



# Le chant des alouettes

Journal du Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle

A N N É E 3

A V R I L 2 0 0 8

## Editorial

Quoi de plus printanier que l'annonce de l'ouverture de notre **nouvelle crèche**? Installée dans un local provisoire dès le 1<sup>er</sup> juillet, elle sera transférée rapidement dans son écrin définitif, dont la construction a démarré, à droite de l'entrée latérale du site. Elle pourra accueillir 12 enfants, âgés de 0 à 3 ans, entre 6h30 et 17h30, tous les jours de la semaine.



Si nous avons déjà présenté l'approche de la **maladie de Parkinson** par l'association hébergée au Centre, le Dr QUINET évoque à son tour les spécificités médicales de la maladie et sa prise en charge complexe au deuxième étage.

Après le succès rencontré par celui développé autour de la prise en charge des patients ENVP, Mme LEJEUNE prépare un **second Itinéraire Clinique**, dynamique majeure de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Nous retrouverons ce thème dans la campagne pour la sécurité du patient, dont la première étape, la **mesure de la culture sécurité**, s'est déroulée en février. Enfin, nous aurons un aperçu de la mobilisation obtenue autour de la **vaccination contre la grippe**.

E. Legrand

Siège social : CNRF. Rue Champ des Alouettes, 30, 4557 Fraiture

Editeur responsable: Chantal COLARD.

Comité de rédaction: Chantal COLARD, Irène ZYLA, Claire JODOGNE, Daniel GUILLAUME, Benoît MAERTENS et Emmanuel LEGRAND.

[www.cnrf.be](http://www.cnrf.be)

# La maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une affection neurologique dont les premiers symptômes apparaissent dans la plupart des cas après 50 ans.

Contrairement à l'idée reçue, elle ne se traduit pas nécessairement par des tremblements de repos. Il existe, en effet, des formes dites akinéto-rigides se caractérisant surtout par une lenteur des mouvements et une raideur musculaire. Il faut, par ailleurs, distinguer la maladie de Parkinson d'autres affections neurologiques assimilées encore appelées Parkinson « + ». Leur diagnostic reste malaisé à établir, notamment en début de symptomatologie. Il est actuellement connu qu'après quelques années apparaissent des désordres cognitifs (désorientation, confusion, agitation, troubles de la mémoire) pouvant aller jusqu'à la démence. Ces perturbations compliquent évidemment la prise en charge du syndrome parkinsonien.

La base du traitement comporte, d'une part, la L-Dopa, dont l'effet bénéfique s'amenuise progressivement au fil du temps et d'autre part, les agonistes dopaminergiques de type Parlodel, Permax, Requip et Mirapexin. Ces derniers seront préférés à la L-Dopa en début de traitement. Plus récemment, l'arsenal thérapeutique s'est étoffé d'autres techniques qu'il convient d'utiliser au cas par cas (implantation d'électrodes intracérébrales, pompe à Duo-Dopa délivrant la médication via une sonde implantée dans l'estomac, infusion continue d'apomorphine par voie sous-cutanée). Ces différents traitements permettent un traitement adapté à la situation de chaque patient. En effet, aucun parkinsonien ne ressemble à un autre parkinsonien.

Depuis plusieurs années, le deuxième étage s'est vu confier la prise en charge de ces patients. La tâche est lourde et la mise au point thérapeutique requiert de la patience et surtout l'observation quotidienne par les différents services impliqués dans la prise en charge. Il faut systématiquement remonter dans le temps pour s'informer des diverses stratégies thérapeutiques déjà mises sur pied afin d'exclure tout traitement qui va fatalement se solder par un nouvel échec.

Baucoup de patients admis au Centre ont déjà épuisé beaucoup de ressources thérapeutiques et ont consulté plusieurs neurologues. D'autres patients nous sont confiés afin de permettre au conjoint de « souffler ». A leur arrivée au Centre, ils perdent souvent leurs repères familiaux, apparaissent plus agités et désorientés qu'à l'ordinaire. Ils sont parfois incontinents et présentent souvent un excès de salive socialement invalidant pour lequel nous proposons régulièrement des injections de toxine botulinique au niveau des glandes salivaires. Des difficultés d'élocution sont dans la plupart des cas observées.

La prise en charge est essentiellement pluridisciplinaire (neurologie, soins infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie, logopédie, urologie, neuropsychologie et psychologie). Dans les premières phases de la maladie, nous pouvons certes améliorer l'autonomie globale

des patients car la manœuvre thérapeutique reste possible. Par contre, après de nombreuses années d'évolution, la mise au point devient de plus en plus délicate et on se trouve souvent devant une réelle « impasse thérapeutique ». Malgré tout, un certain nombre de parkinsoniens nous quittent en nous remerciant d'avoir contribué à l'amélioration de leur qualité de vie.

Pour tous les intervenants, c'est une réelle victoire. Cela nous incite à persévérer dans ce type d'activité.

Dr R. QUINET

Médecin hospitalier 2<sup>ème</sup> étage.

## Quelques changements en médecine physique et réadaptation fonctionnelle en consultations polyclinique au CNRF

Le Dr. Muriel BURNEL, spécialiste en médecine physique et réadaptation fonctionnelle, a arrêté ses activités au Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle de Fraiture-en-Condroz. Elle a souhaité réorganiser ses activités professionnelles sur la région de Waremme et nous lui souhaitons beaucoup de succès dans ses activités futures.

**Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2008**, l'équipe de médecine physique et réadaptation fonctionnelle du CNRF est renforcée par le **Dr. Bernard ZEEVAERT**. Son activité est essentiellement consacrée aux consultations et aux explorations par électroneuromyographie (ENMG) dans lesquelles il a développé une expertise largement reconnue.

Le Dr. ZEEVAERT assurera des consultations au CNRF le lundi et le vendredi matin ainsi que le mardi après-midi.

Pour tout rendez-vous, vous pouvez contacter la polyclinique du CNRF au 085/51 91 27 entre 8h et 17h.



# Vaccination anti- grippale 2007.

La campagne de promotion de la vaccination et sa gratuité proposée par Mme Colard ont porté leurs fruits ! En effet, le pourcentage de personnes vaccinées à l'automne 2007 a atteint 51,57% du personnel, alors qu'il n'était en 2006 que de 7,92% ! Si on ne tient compte que du personnel en contact direct avec le patient, le pourcentage s'élève à **62,23%**, résultat se rapprochant du taux de 70% considéré comme efficace dans la prévention contre la grippe.

Les membres du Comité d'Hygiène Hospitalière se réjouissent de ces résultats encourageants et invitent l'ensemble du personnel à participer - encore plus nombreux !- à la prochaine campagne 2008.

Pour le C.H.H, Cécile Lejeune.

## Un nouvel Itinéraire clinique au 3ème étage

Pour rappel, l'itinéraire clinique centré autour du patient a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution . C'est une méthode faisant appel à l'analyse des processus, la planification des soins et l'élaboration de procédures de soins et protocoles thérapeutiques.

Après l'itinéraire clinique pour les patients en état neuro- végétatif ou de conscience minimale implémenté depuis deux ans au 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> étage, un second itinéraire clinique s'ébauche au CNRF. Les directions ont opté pour la sclérose latérale amyotrophique : ce choix est motivé par les difficultés que présente la prise en charge de ces patients, notamment au niveau des choix de fin de vie et de la ventilation. L'équipe projet est constituée des « référents SLA » : Dr Ortmans, médecin responsable du projet; Dr Arts; B.Vervier; C. Jodogne; S.Remy; C.Lallement; J.Paluskiewicz; C.Halleux; M.Quinet; J. Libert; A.Crunenberg; N.Fiasse; A.Brugman; F.Houlmont et C. Lejeune, coordinatrice. Le travail d'élaboration de l'itinéraire a débuté en janvier 2008 et son implémentation est prévue fin 2008.

C. Lejeune, coordinatrice IC.



# Nouvelles figures

DELHEZ Malory	ergothérapie
DUCHATEAU Luc	brancardage
GAUVRY Emerson	service technique
GILLET Stéphan	cuisine
HANSEN-PETIT Roxane	nursing
LEMAIRE Catherine	physiothérapie
LIMBREE Véronique	cuisine
LOMBARDO Valérian	nursing
NEVENS Christophe	facturation
OULD LEMINE Boutou	cuisine
VANDORMAEL François	nursing
VEZZARO Jessica	psychologie



## Carnet de famille

### Naissances

Clément et Noémie	Anne-Marie DEVILLERS	nursing
Noémie	Hervé FARCY	brancardage
Octavie	Marjorie DENDOOVEN	nursing
Victor	Stéphane ADAM	service psychologie
Juan	Nathalie PONET	service psychologie

### Décès

Yves BOURGEOIS	mari d'Anne-Marie Lecomte	nursing
Marie BORGNET	maman de Jeanne DEFAYS	nursing
Gérard DEMOITIE	frère d'Agnès DEMOITIE	
	beau-frère d'Annick BURON	nursing
Hubert HARZIMONT	beau-père de Marie-Jeanne SERVAIS	nursing

# Éviter l'évitable : enquête sur la culture de sécurité des patients

Malgré les progrès indiscutables de la médecine dans les pays occidentaux, une hospitalisation représente aujourd'hui un risque bien plus élevé que ...le saut à l'élastique ou l'escalade en montagne! A titre d'exemple, on estime que, chaque année, 44000 à 98000 décès<sup>1</sup> auraient pu être évités dans les hôpitaux américains. En Belgique, une étude<sup>2</sup> situe le risque d'incident autour de 6 à 7% des patients hospitalisés. Si ces données sont à prendre avec prudence, il n'en est pas moins vrai que le risque est réel et que ce risque est lié à des événements considérés comme évitables dans 30 à 60% des cas. Les risques les plus fréquents sont, notamment, les erreurs médicamenteuses, les infections nosocomiales, les chutes,.....

Nous vous l'annonçons dans le numéro précédent, notre hôpital a adhéré à la campagne nationale visant à améliorer la coordination de la qualité et de la sécurité du patient. La première étape de cet engagement était la participation à l'enquête nationale visant à mesurer la culture des hôpitaux en matière de sécurité du patient. *Par « culture de sécurité », il faut entendre en premier lieu un climat qui accepte que les établissements et prestataires de soins puissent provoquer des incidents. En effet, une culture propice à la sécurité des patients permet une gestion positive et éducative des incidents au sein de l'institution*<sup>3</sup>.

Distribué dans tous les départements de l'hôpital, le questionnaire était destiné à tous les collaborateurs directement ou indirectement responsables ou impliqués dans les soins cliniques, actifs et engagés depuis plus de six mois, soit plus de 88% des personnes travaillant au CNRF. Le taux de participation fût de 86.4% pour les médecins et 79.3% pour le reste du personnel, soit un taux de participation global très encourageant de **79.9%**.

Parmi les dimensions particulièrement bien perçues au CNRF, nous épinglerons le travail en équipe au sein des unités, la façon dont on tire profit des erreurs commises, le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients, les attentes de la hiérarchie et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients. Par contre, les dimensions plus en difficultés touchent à la crainte de sanction face aux erreurs, l'ouverture à la communication et la transmission des informations.

Comme vous pouvez l'imaginer, les données récoltées constituent un ensemble complexe d'informations à traiter avec circonspection. Le service public fédéral organisera au mois de juin une rencontre sur le sujet avec les coordinateurs qualité concernés. Nous souhaitons pouvoir vous diffuser nos résultats et notre plan d'actions correctrices dans le courant du second semestre 2008.

E. Legrand , coordinateur qualité



1-To err is human : Building a Safer Health System (IOM,1999)

2-Etude belge sur les Adverse Events (K. Van den Heede et al, 2006)

3-Eviter l'évitable : brochure de la semaine pour la sécurité des patients, SPF Santé publique, 2007