



SOMMAIRE

SÉNOLOGIE

Cancer du sein : une prise en charge globale de proximité 1

OPHTALMOLOGIE

L'offre se complète au sein du Groupe AHNAC 3

BARIATRIE

Obésité : des parcours de soins personnalisés 4

GYNÉCOLOGIE

Des hystéroscopies hors bloc 5

RÉÉDUCATION

Une filière spécifique pour les sportifs 5

INFECTIOLOGIE

La dermohypodermite 6

GÉRIATRIE

Ouverture du Centre de dépistage de la fragilité 8
Le syndrome de la dent couronnée 11

BIEN-ÊTRE

Un programme en ligne pour booster l'estime de soi 12

PORTRAITS

Le duo garant de la bonne santé du résident en EHPAD 14

PROXIMITÉ

La maison médicale du Ternois 15

IMAGERIE

L'arrivée du scanner à la Polyclinique du Ternois 16

SÉNOLOGIE

Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Polyclinique de la Clarence

Cancer du sein : une prise en charge globale de proximité

Drs Daphné BORJA DE MOZOTA, Leila MEGHELLI, Maité SMAÏL et Fabienne VIALA

Le cancer du sein est le premier cancer de la femme et le deuxième de tous les cancers en France. Avec environ 60 000 nouveaux cas par an, il touche une femme sur huit. 1 % de ces cancers concernent des hommes.

Les **facteurs de risque** identifiés sont l'âge, les antécédents personnels et familiaux (mais seuls 5 à 10 % sont liés à une prédisposition génétique), l'imprégnation œstrogénique prolongée, le surpoids et l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool. Certains de ces facteurs de risque sont très marqués sur notre territoire, faisant du cancer du sein un axe prioritaire de santé publique.

Le cancer du sein se soigne bien, avec une survie de près de 90 % à 5 ans. Encore faut-il le diagnostiquer tôt et c'est tout **l'enjeu du dépistage** organisé en France, de 50 à 74 ans (âge de survenue de 80 % des cancers du sein). Néanmoins, cette limite d'âge du dépistage organisé ne doit pas stopper les examens radiologiques

chez des patientes bien portantes, dont l'espérance de vie ne cesse de croître. En effet, 12 000 cas surviennent au-delà de 74 ans, en faisant la première cause de mortalité entre 60 et 80 ans.

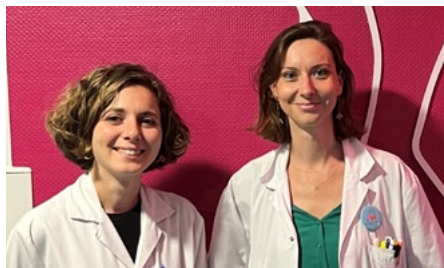
En 2017, le taux de participation au dépistage était inférieur à 50 % en France (pour un objectif européen à 70 %) et cette situation s'est encore aggravée avec le COVID, entraînant un retard diagnostique majeur responsable d'une surmortalité. Ces indicateurs péjoratifs sont encore plus marqués sur notre territoire de Béthune-Lens-Hénin avec une surmortalité de 15 à 30 % par rapport aux chiffres nationaux.

Tous ces éléments justifient d'une prise en charge de qualité au plus près des patient(e)s. Les établissements du Groupe AHNAC sont organisés pour répondre à ces besoins.

En effet, après les biopsies faites par les radiologues de proximité et l'analyse anatomopathologique, les patientes sont reçues dans les meilleurs délais (8 à 15 jours après la biopsie) pour une prise en charge



Cancer du sein : une prise en charge globale de proximité



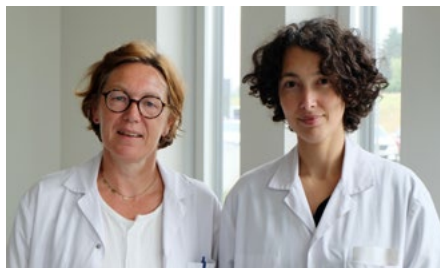
Drs Leïla MEGHELLI et Daphné BORJA DE MOZOTA à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont

chirurgicale de qualité (2 à 3 semaines après la consultation), sans dépassement d'honoraires, dans le respect des dernières recommandations et selon une expertise acquise en centres de référence.

Cette chirurgie est accompagnée par des services d'algologie (Dr Julien MARC à Hénin-Beaumont, Dr Riadh BOUHLEL à Divion) et des stomathérapeutes pour le suivi des cicatrices complexes. Les bilans et traitements complémentaires sont assurés grâce au **réseau de proximité** en imagerie, médecine nucléaire, oncologie et radiothérapie **selon le lieu de vie et le souhait des patients**, oncogériatrie (Hôpital de Riamont, Groupe AHNAC - Liévin) oncogénétique, kinésithérapie spécialisée pour une **prise en charge globale, personnalisée au plus près du lieu de vie** et afin d'éviter des trajets longs et anxiogènes vers la métropole lilloise.

Le traitement du cancer du sein peut aussi amener à évoquer le sujet de la **reconstruction mammaire**, pour une reconstruction globale en volume, la gestion d'une asymétrie postopératoire ou de séquelles de traitement conservateur. Toutes ces options sont également proposées par nos équipes sur les deux sites, sans dépassement d'honoraires et selon le souhait des patientes. La reconstruction est un droit et non une obligation, qui doit être laissé à l'appréciation de la patiente, tant que son état de santé le permet.

La prise en charge du cancer du sein évolue sans cesse. Ceci impose un lien



Drs Fabienne VIALA et Maïté SMAÏL à la Polyclinique de la Clarence à Divion

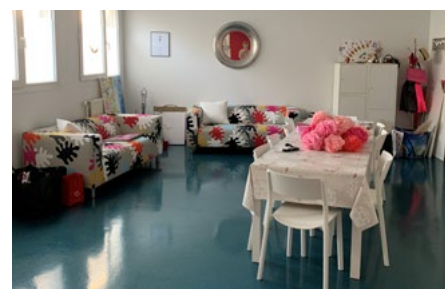
fort entre spécialités, unies au sein des **RCP du territoire** (Roza 3C Artois, RCP Onco Béthunois) et avec les centres de référence (Centre Oscar Lambret et CHU) lorsque cela est nécessaire. Cela nécessite aussi de pouvoir accompagner les patient(e)s au-delà des traitements médicaux par le biais d'**activités et de soins de support** ayant une importance capitale dans la gestion de l'**après cancer** et d'un retour à une vie de qualité.

Par le biais des Espaces Ressources Cancer (Prevart pour Béthune, Lens et Hénin-Beaumont ; la Plateforme Santé pour le Douaisis), la salle Parenthèse de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont et l'aide de la Ligue contre le Cancer, il est proposé un accompagnement psychologique, des activités physiques adaptées, de la sophrologie, de l'art-thérapie, des ateliers diététiques, de la socio-esthétique et des massages... pour les patient(e)s et leurs accompagnants.

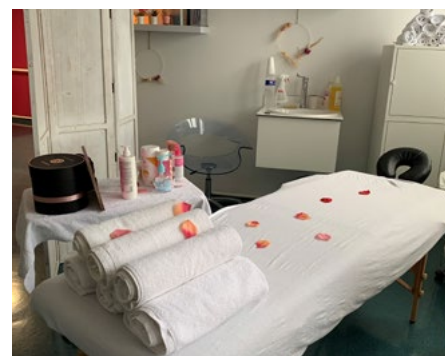
Ainsi nous sommes en mesure d'offrir des prises en charge globales de qualité, à la hauteur des enjeux de santé publique du territoire et sans dépassement d'honoraires, pour des soins au plus près du lieu de vie de nos patient(e)s. ■



L'équipe des soins de support (salle La Parenthèse). De gauche à droite : Laetitia BLONDEL, sophrologue ; Morgane DE SMET, socio-esthéticienne ; Florence NORQUET, massages de tradition indienne ; Morgane SCHULZ, psychologue ; Marie-Claude WITCZAK-LAURENT, art-thérapeute (absente sur la photo).



Salle « La Parenthèse » à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont



Atelier socio-esthétique à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Dr Daphné BORJA de MOZOTA,
Dr Leïla MEGHELLI
03 21 13 32 88
gynecologie.hb@ahnac.com

Polyclinique de La Clarence - Divion

Dr Maïté SMAÏL,
Dr Fabienne VIALA,
03 21 54 91 47
secretariatsenologielaclarence@ahnac.com

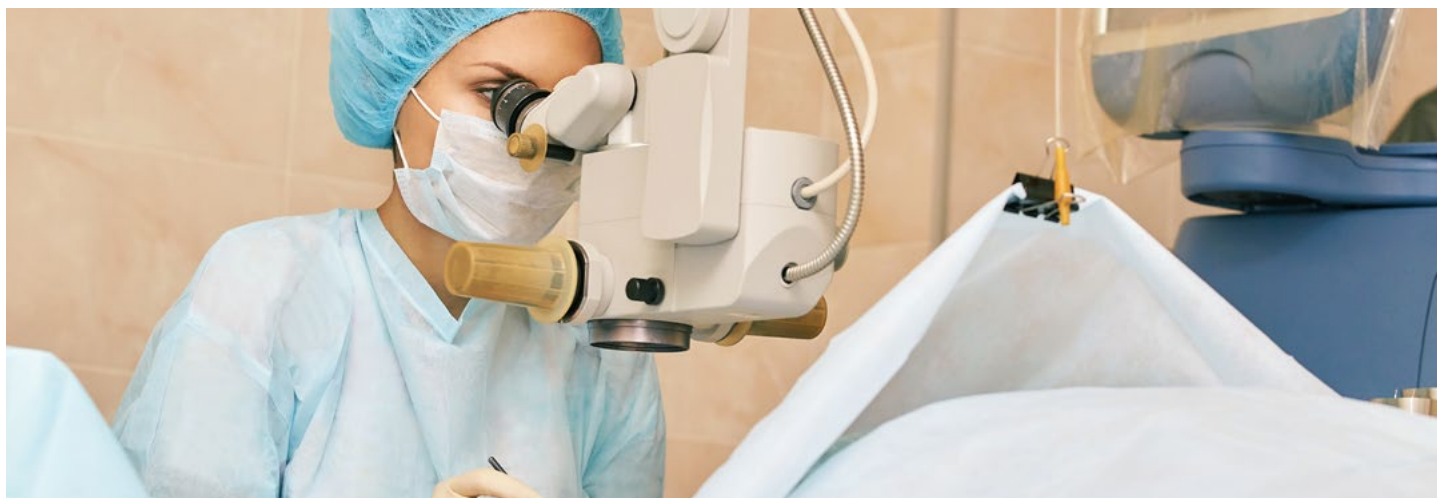
L'équipe de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont et le Groupe AHNAC sont fiers de vous informer qu'en 2022, **l'établissement représentait le premier centre de chirurgie du cancer du sein du Pas-de-Calais** (et le 5^e centre des Hauts-de-France). La prise en charge chirurgicale des cancers du sein avait pris de l'importance grâce à l'investissement du Dr Yves DELAMBRE, radiologue et

du Dr Pascale BUGNON, chirurgienne. Ils ont été rejoints fin 2019 par le Dr Daphné BORJA DE MOZOTA, formée au Centre Oscar Lambret, afin de développer l'activité et de proposer de la reconstruction mammaire, en lien avec les radiologues du territoire. Le départ à la retraite du Dr BUGNON, qui maintient une activité de suivi après cancer du sein, a motivé le recrutement du Dr Leïla MEGHELLI

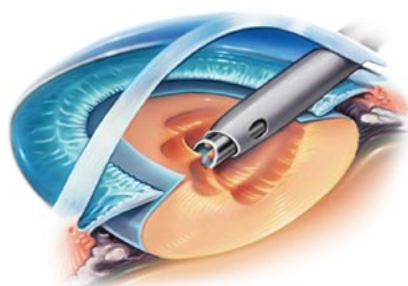
en janvier 2023, afin de continuer à répondre aux besoins des patientes dans les meilleurs délais. À Divion, le Dr Maïté SMAÏL a été formée au Centre Oscar Lambret, a pris la suite du Dr DELZENNE il y a deux ans et pratique la chirurgie reconstructrice. En 2023, le Dr Fabienne VIALA est venue étoffer l'effectif pour permettre une prise en charge rapide des patientes du territoire.

Ophtalmologie chirurgicale : l'offre se complète au sein du Groupe AHNAC

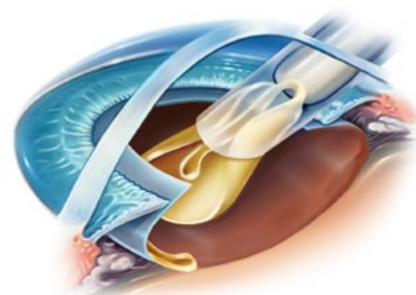
Dr Vincent DEDES



L'offre de soins se développe au sein du Groupe AHNAC. Un grand nombre de chirurgies de la cataracte et d'injections intravitréennes (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age et Rétinopathie Diabétique) sont effectuées au sein des Polycliniques d'Hénin-Beaumont et de La Clarence à Divion depuis plusieurs années. La cataracte entraîne une baisse d'acuité visuelle par l'altération de la transparence du cristallin. Ce dernier est alors remplacé par un implant intraoculaire. Il s'agit de la première chirurgie en France en termes d'interventions (plus de 1 million en 2022).



Fragmentation du cristallin



Mise en place de l'implant

La chirurgie de la rétine (détachement de rétine, trou maculaire, membrane épirétinienne,...) est pratiquée depuis plus d'un an au sein de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont).

Afin de compléter cette prise en soins chirurgicale, la chirurgie des paupières pathologiques (entropion, ectropion, lésion de paupières,...) pourra être réalisée à partir de septembre 2023.

L'ensemble de ces actes chirurgicaux est réalisé sous anesthésie locorégionale, en ambulatoire court (quelques heures) et sans reste à charge pour le patient.



Champ opératoire ophtalmologique

Obésité : des parcours de soins personnalisés

Drs Thibault CROMBE, Loïc GAUDUCHON, Benjamin LE COQ

L'obésité est une maladie chronique dont l'incidence ne fait qu'augmenter.

C'est une maladie qui touche quatre fois plus les populations socialement défavorisées et plus particulièrement les femmes.

Au sein du Groupe AHNAC, la Polyclinique d'Hénin-Beaumont et la Polyclinique de La Clarence à Divion, proposent deux parcours :

- Un parcours médical,
- Un parcours chirurgical.



Les équipes de chirurgie bariatrique de la polyclinique d'Hénin-Beaumont (photo de gauche) et de Divion (photo de droite).

Qui sommes-nous ?

Une équipe pluridisciplinaire incluant médecins nutritionnistes, diététiciennes, IDE formées à l'éducation thérapeutique du patient (ETP), psychologues et chirurgiens digestifs spécialisés dans la chirurgie de l'obésité.

Notre mission est de prendre en charge l'obésité sévère (au-delà d'un BMI supérieur à 35) et de rechercher des pathologies associées.

Un parcours complet est proposé avec un accompagnement médical et paramédical de qualité, en vue ou non d'une chirurgie bariatrique et en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Un accompagnement personnalisé (ateliers d'éducation thérapeutique, consultations individuelles ou de groupe) est mis en place afin d'élaborer un programme adapté à chacun, le tout dans un climat de confiance. Nous sommes en lien étroit avec des associations qui peuvent aider tout au long du parcours.

Complications de l'obésité

La définition de l'obésité se réfère à la mortalité et aux risques liés à l'excès de masse grasse.

La référence la plus utile est l'IMC (indice masse corporelle).

Les complications associées à l'obésité sont différentes d'un sujet à l'autre et dépendent de l'âge, de la répartition et de l'ancienneté de la surcharge

pondérale, des éventuels autres facteurs de risque cardiovasculaires, de la prédisposition génétique à certaines pathologies comme le diabète de type 2 ou encore des facteurs sociaux. Les inconvénients de l'excès de poids sont à considérer dans leur globalité, aspect somatique mais également aspect psychologique.

Les complications somatiques sont :

- Cardiovasculaires (HTA, Infarctus du myocarde, AVC ou insuffisance veineuse périphérique),
- Troubles respiratoires, SAS (syndrome d'apnées du sommeil),
- Perturbations synthèses des hormones sexuelles,
- Troubles métaboliques sur plan lipidique (dyslipidémie, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie) ou glucidique (diabète de type 2),
- Complications hépatiques avec steato-hepatite non alcoolique (NASH)
- Complications mécaniques (usure prématurée des articulations, douleurs, gêne à la marche...),
- Complications psycho-sociales (moins d'estime de soi, troubles de l'image du corps, troubles des relations sociales...).

Notre approche est basée sur l'éducation thérapeutique du patient. Des outils sont fournis permettant une évolution et une autonomisation dans le contrôle de la perte de poids à travers de nouveaux apprentissages.

Le parcours commence par des consultations avec les médecins nutritionnistes qui orienteront vers une prise en charge personnalisée.

Parcours patient

Les patients sont alors intégrés à un parcours d'ETP durant plusieurs mois avec de multiples ateliers animés par les IDE, diététiciennes et psychologues. En parallèle, pour les patients candidats à une chirurgie, sont réalisés les examens du bilan préopératoire. (FOGD, Recherche de SAS, Échographie abdominale).

Ils sont également invités et accompagnés à la reprise d'une activité physique adaptée.

Chirurgie bariatrique

À l'issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à laquelle participe l'ensemble des professionnels du parcours, les dossiers sont validés en vue d'une intervention chirurgicale bariatrique.

Nous réalisons l'ensemble des interventions recommandées par la HAS à savoir :

- L'anneau gastrique ajustable
- La sleeve gastrectomie
- Le gastric bypass

Ces interventions sont réalisées par voie coelioscopique, éventuellement robot-assistée.

Les patients restent en moyenne 24 h à 48 h en hospitalisation.

Suivi après chirurgie

Le suivi est assuré par l'équipe pluridisciplinaire avec 4 consultations la première année, puis une consultation annuelle, adapté à chaque patient. ■

Des hystéroscopies hors bloc

Drs Lucie BRESSON et Leïla MEGHELLI

Le service de gynécologie de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont propose depuis juin 2023 un service de soins externes permettant de réaliser certains gestes chirurgicaux sous anesthésie locale hors bloc, dans une salle de consultation. Les médecins proposent notamment des hystéroscopies diagnostiques et thérapeutiques.

Les indications de cet examen comprennent : les stérilets de retrait difficile, les bilans d'infertilité, les ménométrorragies inexplicables, les métrorragies post-ménopausiques et les polypes de petite taille.

- L'hystéroscopie est réalisée entre le 5^e et le 14^e jour du cycle, chez les femmes non ménopausées et qui n'ont pas de traitement hormonal. À n'importe quel moment pour les autres patientes.

- Cet examen est peu douloureux et ne nécessite pas d'anesthésie (score de douleur 2/10)

- L'hystéroscopie diagnostique ne nécessite aucune préparation particulière. Une prémédication antalgique est proposée systématiquement aux patientes.

- L'examen dure 1 à 2 min. en dehors du temps d'installation.

- Pour certaines anomalies mises en évidence, on peut proposer une hystéroscopie opératoire qui sera réalisée dans un second temps.

D'autres gestes peuvent également être réalisés en soins externes : conisations sous anesthésie locale, ablation de lésions périmétrales, ablation de PAC...

Cette organisation a été mise en place afin d'optimiser le parcours et la prise en charge des patientes avec un moindre temps d'attente pour la programmation mais également le jour de l'intervention. Cela permet également de diminuer le stress lié au bloc opératoire.

Les premières patientes prises en charge se disent tout à fait satisfaites. ■



Drs Leïla MEGHELLI et Lucie BRESSON

RÉÉDUCATION

Centre de réadaptation Les Hautois

Mise en place d'une activité de rééducation du sportif au Centre Les Hautois

Dr Alexandre RIMETZ

Création d'une filière de soins de rééducation concernant le sportif amateur au Haut-Niveau nécessitant des soins de rééducation en centre.

Une filière de soins allant du sportif amateur à l'athlète de haut niveau nécessitant des soins de rééducation en centre vient d'être créée au Centre de réadaptation Les Hautois de Oignies.

Lors de blessures ostéoarticulaires, myotendineuses ou ligamentaires, le suivi médical des sportifs est nécessaire. C'est pourquoi il était important pour le Centre Les Hautois de développer son offre de soins dans ce domaine, pour apporter dans le bassin minier et, plus largement, le Pas-de-Calais une structure participant à la rééducation du sportif blessé. Dans la dynamique des Jeux Olympiques et paralympiques de Paris 2024, il est important de promouvoir les structures de soins accompagnant les sportifs et paraspportifs blessés dans leurs rééducations et réathlétisations. De même, la promotion de l'activité sportive chez le patient en situation de handicap est une mission que l'établissement met un point d'honneur à accomplir.

Ainsi, des programmes de soins en hôpital de jour ou hospitalisation complète sont proposés au sein d'un plateau technique spécialisé (isocinétisme, balnéothérapie, imagerie motrice, réalité virtuelle, parcours de 6 ha...). Ils sont assurés par une équipe pluriprofessionnelle comprenant kinésithérapeute, APA, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute et diététicien. Le suivi médical spécialisé est assuré par le Dr Alexandre RIMETZ, médecin MPR et médecin du sport. De plus, une filière paraspport est en cours de développement au sein du centre (présentation d'activité, développement du sport fauteuil, etc.). ■

LA RÉÉDUCATION DU SPORTIF
au Centre de réadaptation Les Hautois à Oignies

1700M² DE PLATEAU TECHNIQUE SPÉCIALISÉ

- Isocinétisme
- Balnéothérapie
- Pressothérapie, bain écossais
- Matériel de rééducation et préparation physique
- Parc de 6Ha avec parcours

SUIVI DE SPORTIF
Haut niveau ou Amateur

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE, DYNAMIQUE, INNOVANTE

- Médecin du sport
- Kinésithérapeutes
- Professeur activité physique
- Psychologue du sport
- Psychomotricienne
- Diététicien

Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun



Dermohypodermite bactérienne aiguë non nécrosante de l'adulte : Prévention des récurrences

Drs Hugues MELLIEZ, Christian DURAK, avec Marie DHALLEINE (IDE)

Introduction

La dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) est une infection aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, du tissu cutané, « cellulitis and erysipelas » pour les anglosaxons. Le terme « erysipelas » est considéré comme une forme superficielle de « cellulitis ». L'âge moyen est de 60 ans, le début souvent brutal par l'apparition d'un placard inflammatoire unilatéral, souvent localisé aux membres inférieurs, bien limité, associé à une fièvre. Une porte d'entrée cutanée est présente dans 75 % des cas. La DHBNN est principalement due au streptocoque β -hémolytique du groupe A qui ne présente pas de résistance aux β -lactamines, et une résistance aux macrolides dans 5 à 10 %. La principale complication est la récurrence dans 20 à 30 %.

Diagnostiques différentiels

Fasciite ou dermohypodermite bactérienne nécrosante.

Présence de signes de sepsis ou choc toxique, douleur très intense, discordante avec des signes locaux initialement peu étendus, taches cyaniques, douleur à la palpation au-delà des lésions cutanées apparentes, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, et nécrose locale. Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale.

Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse. Se traduisant par une atteinte des membres inférieurs bilatérale sans fièvre.

Facteurs de risque

Les portes d'entrée cutanées, notamment plaies aiguës ou chroniques, intertrigos, et le lymphœdème, représentent de très loin les sur-risques les plus élevés. Les œdèmes de stase, une insuffisance veineuse et l'obésité sont d'autres facteurs de risque, souvent intriqués.

Prévention des récurrences

1 - Prise en charge des facteurs de risque

a) Plaies chroniques. Plaie dont le délai de cicatrisation est supérieur à 4-6 semaines (ulcère, escarre, plaie diabétique...).

Rôle de l'IDE. Il est central, de la phase préventive à la phase curative. Il commence par l'évaluation de la plaie. L'IDE doit savoir décrire le lit de la plaie, l'aspect de la peau péri-lésionnelle, la dimension, la forme, la profondeur, de mesurer les décollements, vérifier l'état vasculaire par la palpation des puls, et d'évaluer la douleur (Tableau 1. Figure). Ces éléments sont indispensables au choix du pansement.

Élaboration d'un protocole de soins. Il doit être discuté de manière collégiale avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge (Tableau 2).

Plaies surinfectées. Il faut distinguer la colonisation : germes présents qui se multiplient, sans réaction de l'individu ; de l'infection : germes présents qui se multiplient et réaction de l'individu, chaleur, odeur, écoulement purulent. Le diagnostic est clinique. Aucun intérêt des écouvillonnages.

b) Lymphœdème. Les complications bactériennes du lymphœdème sont favorisées par sa richesse en protéine, milieu de culture idéal pour la croissance des bactéries. Il s'agit d'un cercle vicieux puisque la DHBNN abîme les vaisseaux lymphatiques. Son traitement curatif est basé sur la compression et le drainage, phase intensive pendant 1 à 3 semaines, puis phase d'entretien. La place de la chirurgie reste à définir.

c) Autres facteurs de risque. Les intertrigos doivent être traités dès leur apparition. L'obésité nécessite une orientation vers une consultation spécialisée.

2 - Antibiotrophylaxie

Elle diminuerait le risque de récurrence de 69 %. Chez les patients présentant des facteurs de risque difficilement rapidement résolutifs (obésité, lymphœdème), voire non résolutifs (antécédent de chirurgie avec lymphœdème post-opératoire), l'antibiotrophylaxie devrait être proposée après deux épisodes en 1 an (Tableau 3). Il n'a pas été montré de supériorité d'un schéma par rapport à un autre. La durée est fonction de l'évolution des facteurs de risque, très prolongée voire définitive car son effet n'est que suspensif.

Conclusion

Les facteurs de risque de récurrence des DHBNN sont dominés par les portes d'entrée cutanée et le lymphœdème. La prise en charge des plaies chroniques nécessite une bonne évaluation de la plaie, un traitement étiologique et l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Le traitement du lymphœdème est basé sur la compression et le drainage. Une antibiotrophylaxie est parfois indiquée en cas de facteurs de récurrence difficilement résolutifs.

Références.

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Recommandations de bonnes pratiques SPILF et HAS. Février 2019.
A. Dupuy, H. Benchikhi, J.-C. Roujeau, Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis) : casecontrol study. *BMJ* 1999 ; 318 : 1591-4.

P. Pitchéa, B. Diatta, O. Faye. Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne : étude multicentrique cas-témoins. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2015 ; 142 : 633-638.

KS. Thomas, AM. Crook. Penicillin to Prevent Recurrent Leg Cellulitis. *N Engl J Med* 2013 ; 368 : 1695-703.

A. Dalal, M. Eskin-Schwartz, D. Mimouni. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis. *The Cochrane Database of Systematic Review* 2017 ; 6 (CD009758).

Tableau 1. Évaluation d'une plaie	
BERGES	Macération, sécheresse, décollement cutané, hyperkératose
PEAU PÉRIPHÉRIQUE	Saine, sèche, œdémateuse, eczématisée
SIGNES DE SURINFECTION	Chaleur, odeur, écoulement purulent
ÉTENDUE DES DOMMAGES TISSULAIRES	
RECHERCHE D'ATTEINTES ASSOCIÉES	Os, tendons, articulations
ÉVALUATION DES EXUDATS	
ÉVALUATION DES ODEURS	
ÉVALUATION DU LIT DE LA PLAIE	Nécrose, fibrine, bourgeonnement
EXPLORATION DES COMORBIDITÉS	Facteurs retardant la cicatrisation : âge, diabète, mauvaise oxygénation des tissus (anémie, artérite), infection, et dénutrition

Figure. Évaluation d'une plaie



Tableau 2. Plaies chroniques. Élaboration d'un protocole de soins	
TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE	Indispensable
NETTOYAGE	Il n'est pas utile de désinfecter une plaie chronique. Le lavage à l'eau et au savon est essentiel, si possible sous la douche
DÉTERSION	Scalpel, curette ; après prise en charge ANTALGIQUE par application de Lidocaïne spray ou gel, antalgiques, hypno analgésie par distraction, EMLA®
PEAU PÉRILESIONNELLE	Hydratation COLDCREAM, application de dermocorticoïdes en cas d'eczématisation
PANSEMENT PRIMAIRE	Pansement au contact de la plaie
PANSEMENT SECONDAIRE	Pansement sans principe actif permettant l'absorption ou la fermeture de la plaie (compresse, pansement américain, tubifast®)
FERMETURE	Bandes, tubifast®
COMPRESSION	Allongement court, compression multi type, compression inélastique
RÉFECTION	Établir la rythmicité des pansements, espacer en cas d'évolution positive
MESURES ASSOCIÉES	Décharge si mal perforant plantaire

Tableau 3. DHBNN de l'adulte. Antibioprophylaxie	
Traitement antibiotique 1^{ère} intention	Si allergie
Benzathine pénicilline G (retard) : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines OU Pénicilline V (phénoxyéthylpénicilline) : 1 à 2 MUI/j selon le poids, en 2 prises	Azithromycine : 250 mg/j



Nouveau : la consultation au Centre de dépistage de la Fragilité

— Dr Christophe MARESCAUX



La fragilité qu'est-ce que c'est ?

La fragilité est un syndrome clinique encore méconnu du grand public et précédant la dépendance.

Elle a été définie en 2011 par la société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) et se manifeste par un certain nombre de signes cliniques :

- une perte de poids involontaire
- une baisse de la force musculaire
- une asthénie
- une vitesse de marche diminuée.
- une sédentarité pouvant mener à l'isolement social.

Pourquoi s'intéresse-t-on à la fragilité ?

Ceci est lié aux projections démographiques et au vieillissement de la population.

En France, sur l'année 2022 on comptait 6,8 M de plus de 75 ans et 1,5 M de plus de 85 ans. Selon l'Insee, les projections en 2060 montrent que la France pourrait compter environ 12 M de plus de 75 ans et 5 M de plus de 85 ans. Sur le département du Pas-de-Calais, la part des seniors (personne âgée de 65 ans et plus) en 2013 représentait 16 % de la population. Sur les projections en 2050 elle sera de 26 %. Sur cette population des plus de 75 ans, environ 45 % d'entre eux présentent des limitations fonctionnelles. C'est en moyenne vers cet âge que la santé se dégrade et que des vulnérabilités apparaissent.

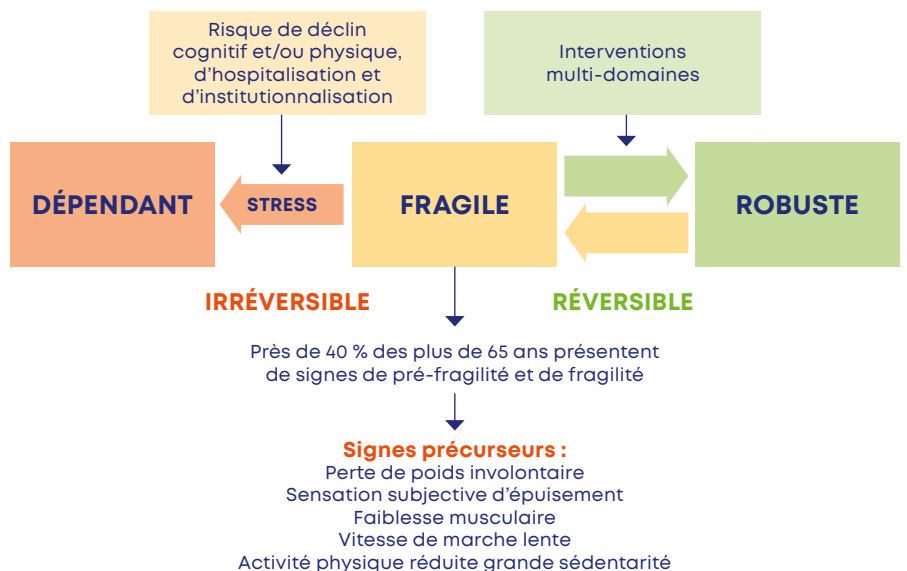
Comment se déroule le vieillissement ?

Au sein de la population âgée, on distingue 3 catégories :

- les sujets âgés robustes qui représentent 55 à 60 % de la population âgée.
- les sujets âgés dépendants qui représentent 5 à 10 % de cette population.
- Et entre les 2, les sujets âgés dits « fragiles » représentant 20 à 30 % du total des sujets âgés.

Pourquoi dépister la fragilité ?

Tout simplement parce qu'en intervenant suffisamment tôt, **la fragilité est réversible**. Sans intervention, le risque est que le patient évolue vers la dépendance qui, elle, sera irréversible.



L'enjeu de la discipline gériatrique est de prévenir le risque de dépendance en limitant le nombre de personnes fragiles. Le dépistage et la prise en charge de cet état de pré-dépendance sont une priorité de santé publique.

En plus de leur prise en charge, un des défis de notre société est d'intervenir à un stade précoce, celui de la fragilité, pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des seniors.

Ce dépistage précoce permet donc :

- le maintien de l'autonomie de la personne âgée
- de limiter les conséquences de la fragilité et de prévenir la dépendance.
- la diminution des coûts de santé liés aux dépendances.

Qui peut se faire repérer et comment ?

Toute personne âgée de 70 ans et + peut se faire repérer. Ce repérage est réalisé par un des professionnels de ville autour du patient : son médecin traitant, son pharmacien, son IDE, le kinésithérapeute, l'auxiliaire de vie...



Pour cela, rien de plus simple !

Nous avons développé un outil de repérage accessible simplement depuis le site de l'AHNAC, en tapant « fragilité » dans la barre de recherche vous aurez accès à cet outil, qui, une fois ouvert, peut être mis en raccourci sur la page d'accueil de votre smartphone, rendant l'accès à cet outil encore plus facile. Cet outil de repérage comporte 7 questions simples, auxquelles il faut répondre par oui ou par non (ce questionnaire a été créé par le Gêrontopole de Toulouse, précurseur sur le sujet, et repris dans les fiches HAS sur la fragilité).



Scannez ce QR code pour accéder à l'outil de repérage



Rechercher



Nous connaître

Vous soigner

Nos établissements

Nos praticiens

Urgences



Outil de repérage de la fragilité

Outil à destination des professionnels de santé



Votre patient vit-il seul ? *

☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE SAIS PAS

Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ? *

☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE SAIS PAS

Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ? *

☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE SAIS PAS

Votre patient a-t-il plus de difficultés à se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? *

☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE SAIS PAS

Votre patient se plaint-il de la mémoire ? *

☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE SAIS PAS

Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (> 4 sec pour parcourir 4 mètres) *

☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE SAIS PAS

Votre patient vous paraît-il fragile ? *

☐ OUI ☐ NON

Si des critères de fragilité potentielle sont repérés, et si le patient donne son accord, un mail est transmis directement au centre de dépistage de la fragilité de Riaumont. L'IDE du centre contacte ensuite le patient pour lui proposer un rendez-vous de consultation de dépistage de la fragilité à l'Hôpital de Riaumont.



La consultation au centre de dépistage de la Fragilité de l'Hôpital de Riaumont

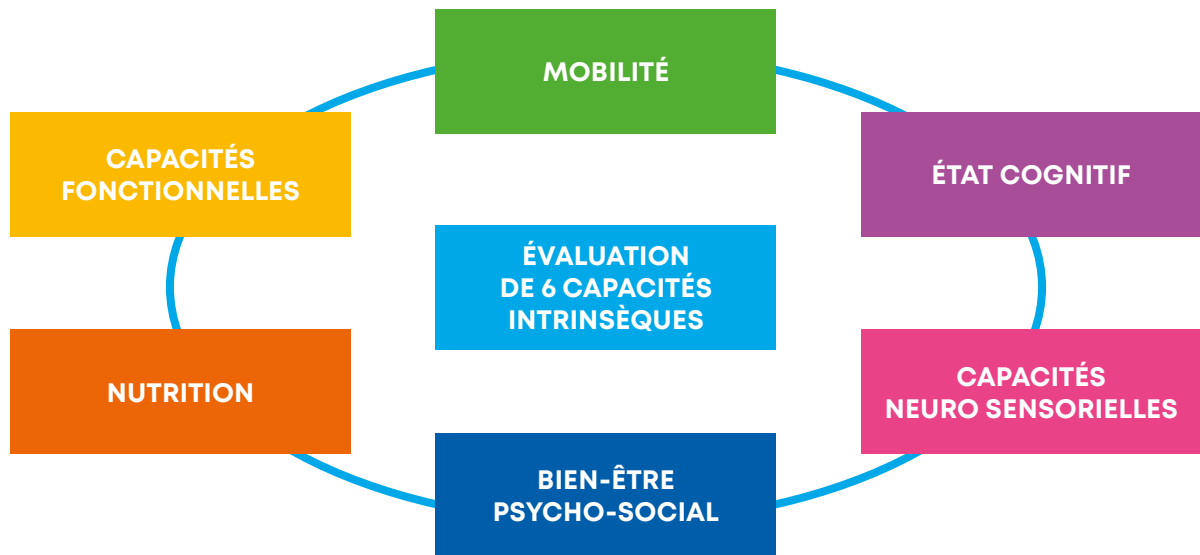
Que cherche-t-on lors de cette consultation IDE ?

De multiples tests sont réalisés permettant d'évaluer la fragilité du patient. S'il est effectivement fragile, un plan personnalisé de santé (PPS) est établi en fonction des éléments déterminés lors de l'évaluation. Il s'agit de conseiller (nutrition, activité physique, gestes quotidiens), d'orienter (bilan auditif, visuel...), d'éduquer (hygiène bucco-dentaire...), de sensibiliser aux risques (médicaments, prévention des chutes...).

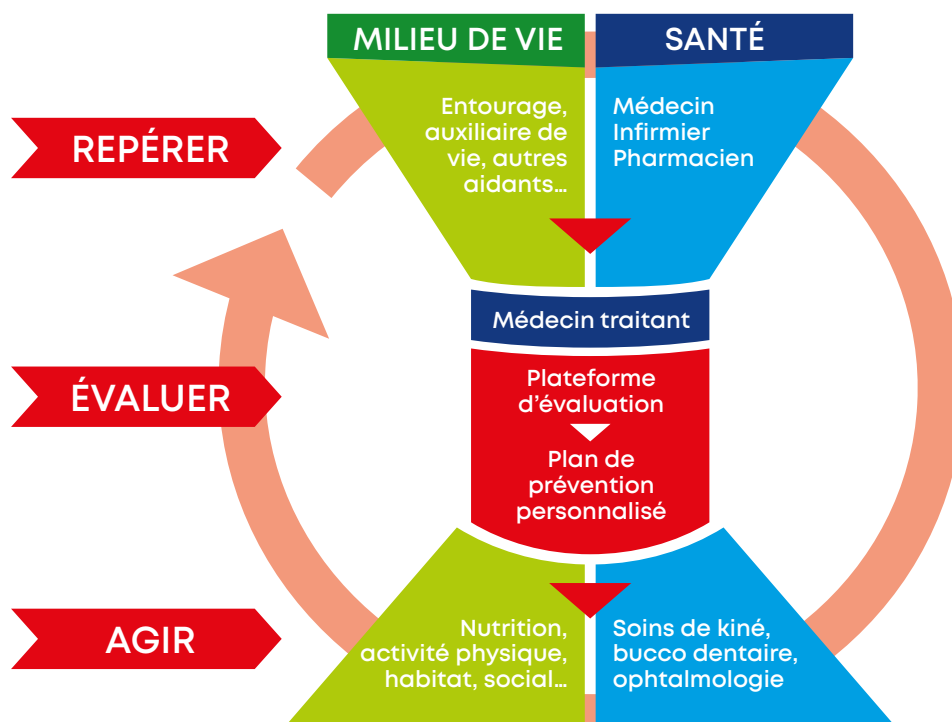
Une réorientation vers une consultation mémoire, un HDJ gériatrique ou chutes est également possible en fonction des éléments recueillis.

En cas d'établissement d'un PPS, un suivi à 6 mois sera programmé en concertation avec le patient.

Le rapport de l'évaluation est transmis au médecin traitant et à l'IDEL à l'origine du repérage.



Une démarche parcours en 3 étapes



Pr O. Hanon

Au secours, mon gériatre m'informe que j'ai le syndrome de la dent couronnée alors que j'ai un appareil dentaire !

Dr Sanaa HANNAT - Spécialiste en gériatrie - Court séjour gériatrique

Résumé

La chondrocalcinose de l'odontoïde connue sous le nom de syndrome de la dent couronnée est définie comme une atteinte microcristalline du ligament rétro-odontoïdien. Nous présentons un cas de syndrome de la dent couronnée chez une patiente de 83 ans révélé par des cervicalgies précédées par des douleurs rachidiennes basses invalidantes d'évolution favorable sous Colchicine.

Observation

Mme T. C. âgée de 85 ans est adressée aux urgences par le médecin traitant pour douleurs rachidiennes basses persistantes malgré la mise sous antalgiques palier II, invalidantes et confinant la patiente au lit depuis plusieurs jours.

Ses comorbidités sont marquées par une HTA, un syndrome coronarien aigu, une hypothyroïdie. Son traitement à domicile est à base de : Aspirine-Valsartan- Pravastatine- Bisoprolol-Levothyroxine. Le bilan aux urgences retrouvait un syndrome inflammatoire avec des GB à 10 000/mm³ et une CRP à 204 mg/l. Un scanner abdominopelvien et du rachis dorsolombaire est réalisé, retrouvant un tassement L2 d'allure ancienne et n'expliquant pas la symptomatologie. Elle est adressée au service pour poursuite de prise en charge.

L'examen à l'admission retrouvait des cervicalgies très importantes empêchant toute mobilisation et des gonalgies bilatérales plus accentuées à gauche. Dès le lendemain, la patiente se plaint de l'apparition de douleurs du poignet gauche qui est effectivement inflammatoire à l'examen clinique. Ces douleurs plurifocales associées au syndrome inflammatoire étaient très évocatrices d'un rhumatisme inflammatoire, et au vu de son âge une chondrocalcinose semblait être le diagnostic le plus probable.

La TDM du rachis cervical retrouve des calcifications du ligament de l'odontoïde réalisant un aspect de dent couronnée très évocatrices d'une chondrocalcinose de C1. La patiente est mise sous Colchicine. L'évolution a été marquée par une amélioration spectaculaire des symptômes en 48 h avec une reprise de la mobilisation et de l'autonomie habituelle. On note également une régression du syndrome inflammatoire.

Discussion

Décrit en 1985 par Bouvet et Al.

C'est une arthropathie microcristalline due à des dépôts de cristaux de pyrophosphate de calcium le plus souvent ou plus rarement d'hydroxyapatite au niveau de la vertèbre C2. Il se manifeste sur le plan clinique, le plus souvent, par une triade :

- Céphalées
- Fièvre (3/4 des cas)
- Cervicalgies postérieures.

Ce tableau clinique trompeur est source de retard de diagnostic car il oriente le plus souvent vers une origine infectieuse notamment une méningite ou une spondylodiscite faisant pratiquer des examens coûteux, désagréables et inutiles. Dans sa forme chronique, l'évolution peut être insidieuse évoquant une origine arthrosique.

Le diagnostic est suspecté devant des antécédents de chondrocalcinose, ou devant l'atteinte concomitante d'autres



L'imagerie montre des calcifications du ligament cruciforme de l'odontoïde, lui conférant un aspect de couronne.

articulations périphériques comme ce fut le cas de notre patiente.

Le bilan biologique retrouve un syndrome inflammatoire, les radiographies standard sont peu contributives, l'IRM du rachis cervical retrouve un hypersignal C1-C2 non spécifique. La TDM cervicale centrée sur C1-C2 permet de poser le diagnostic en objectivant des calcifications du ligament cruciforme de l'odontoïde lui conférant un aspect de couronne très évocateur du diagnostic.

Le traitement est à base d'AINS ou de corticoïdes, la colchicine peut également être prescrite.

Le pronostic est très bon avec une régression spectaculaire et rapide des manifestations.

Conclusion

Le syndrome de la dent couronnée est une entité rare pouvant mimer une urgence thérapeutique et amener à des examens inutiles.

Il faut savoir l'évoquer devant des céphalées fébriles et cervicalgies notamment chez la personne âgée aux ATCD de chondrocalcinose périphérique et faire pratiquer un scanner cervical centré sur C1-C2.

Références

- 1- Bouvet JP, Le Parc JM, Michalski B et al. Acute Neck pain due to calcifications surrounding the odontoid process : the crowned dens syndrome. *Arthritis Rheum* 1985 ; 28 : 1417-20
- 2- Weitten T, Mourot R, Durckel J et al. Cervicalgies aiguës hyperintenses et fébriles : Syndrome de la dent couronnée, une arthrite microcristalline monofocale parfois doublement trompeuse. *Med Mal Infect* 2010 ; 40 : 363-5
- 3- Ishikawa K, Furuya T, Noda K et al. Crowned dens syndrom mimicking meningitis. *Intern Med* 2010 ; 49 : 2023.



Mise en ligne d'un programme de thérapie pour restaurer l'estime de soi

Dr Christophe VERSAEVEL



Le Groupe AHNAC a déjà mis en ligne une thérapie par internet qui a aidé des centaines de personnes : « Mieux vivre avec le stress et l'anxiété ». Fort du bénéfice de cette expérience, c'est maintenant une thérapie visant à restaurer l'estime de soi qui est disponible en ligne.

C'est quoi l'estime de soi ?

L'estime de soi est la valeur que je me donne en tant qu'individu.

En résumant en une phrase, c'est :

« Comment je me vois et si j'aime ce que je vois ».

En précisant un peu, c'est :

« Est-ce que je m'aime ? »

« Est-ce que je me sens compétent(e) ? »

« Est-ce que j'ai confiance en moi ? »

C'est donc une perception et un jugement sur moi, qui ne reflète pas forcément la réalité.

Pourquoi est-ce important ?

L'estime de soi représente une dimension fondamentale de la personnalité. Elle est essentielle à l'équilibre psychologique. Dans les raisons qui amènent les personnes vers la psychothérapie, ce sentiment d'infériorité en est la cause la plus fréquente.

C'est dans les années 1990 que la prise de conscience devient mondiale sur cette problématique. On cherche depuis à comprendre ce qui altère l'estime de soi et comment la réparer.

Traverser la vie sans une bonne estime pour soi-même est un réel handicap. Une mauvaise estime de soi augmente le risque d'avoir de mauvaises relations avec les autres, d'être en mauvaise santé physique et psychologique. C'est-à-dire d'être malheureux et d'avoir une mauvaise qualité de vie.

Concernant plus précisément la santé psychologique, une bonne estime de soi protège dans une certaine mesure

du stress, de l'anxiété, de la dépression et du suicide.

Une mauvaise estime de soi est pourtant un problème fréquent. En France, 19 % des personnes déclarent avoir une mauvaise image d'eux-mêmes (Statista Research Department 2018)

Voilà pourquoi ce programme a été créé : pour aider à restaurer l'estime de soi dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie (être plus heureux)

Une bonne estime de soi, c'est ?

C'est une personne qui s'aime et pense qu'elle mérite d'être heureuse. Une personne qui se sent compétente et pense qu'elle saura s'adapter en cas de difficultés ou de changement(s).

Une bonne estime de soi, c'est aussi avoir confiance en soi (pour établir des relations avec autrui et initier des projets). Cela favorise une meilleure réalisation personnelle et une bonne intégration sociale.

La personne ayant une bonne estime de soi a régulièrement des sentiments de satisfaction et de fierté envers elle-même. Elle se sent « bien dans sa peau ». Une bonne estime de soi favorise la « solidité » de la personne dans les difficultés de la vie (échecs, ruptures affectives, accidents ou maladie). La personne sera donc moins sensible au stress, à l'anxiété et à la dépression. Elle régulera mieux ses émotions.

Une mauvaise estime de soi, c'est ?

Chaque personne utilise des stratégies pour rehausser son estime de soi. Ce sera par exemple séduire l'autre, entretenir des relations affectives, aider autrui ou performer dans une activité. Le but est de percevoir une valorisation dans le regard d'autrui.

Les personnes qui ont une mauvaise estime de soi vont utiliser de façon intensive ces stratégies et en deviendront dépendantes.

L'exemple le plus parlant est celui de la personne qui présente une **dépendance affective de type amoureuse**.

C'est une personne qui compense son manque d'estime de soi dans la relation amoureuse. Lorsqu'une personne ayant une bonne estime de soi souffre trop d'une relation, il lui est possible d'envisager une séparation. Par contre, la séparation n'est pas envisageable pour la personne dépendante amoureuse. Elle va donc continuer à souffrir d'une relation toxique, dévalorisante voire violente, plutôt que d'envisager la rupture, la solitude affective paraissant trop angoissante.

Les personnalités « perverses-narcissiques » repèrent ces éléments de fragilité affective. Effectivement, les personnalités dépendantes affectives sont les proies idéales pour qui veut déployer une relation d'emprise.

Il existe d'autres types de dépendance à ces stratégies de rénovation de l'estime de soi : cela peut être une personne qui souffre de **dépendance à l'aide d'autrui**, c'est-à-dire qui ne peut s'empêcher d'endosser le rôle de sauveur pour se valoriser via la reconnaissance. Bien souvent la personne s'y noie car elle ne prend plus le temps de se ressourcer. L'altération de l'estime de soi et les dépendances qu'elle entraîne provoquent des moments d'anxiété, de dépression et un risque suicidaire.

L'estime de soi fluctue au cours de la vie

Il n'y a pas d'un côté les personnes qui ont une bonne estime de soi et d'un autre côté ceux qui en ont une mauvaise. L'estime de soi est une dimension : je me trouve plus ou moins valable.

Elle varie toute notre vie, suivant :

- mes expériences (réussites, échecs, amour, ruptures...),
 - les stratégies que j'utilise pour valoriser mon estime de soi,
 - ma façon de penser (mes interprétations – projections – et mes croyances).
- Même s'il est vrai que ce que j'ai vécu dans ma tendre enfance est un moment clé de la construction de mon estime de soi, il est possible de « redresser la barre » une fois adulte. Les psychothérapies destinées à améliorer l'estime de soi ont démontré leur efficacité.

Les objectifs de ce programme sont :

- Comprendre l'importance d'une bonne estime de soi.
- Évaluer mon estime de soi.
- Évaluer les différentes composantes de mon estime de soi.
- Comprendre la construction de mon estime de soi.
- Connaître et utiliser les différentes stratégies pour augmenter mon estime de soi.
- Mieux cerner qui je suis, m'accepter et m'affirmer.
- Développer la bienveillance envers moi.

- Améliorer ma santé physique et psychologique.
- M'éloigner de la dépendance affective
- Avoir une vie plus heureuse : faciliter la réalisation de mes projets, faire des choix qui me correspondent mieux, développer mes capacités d'adaptation et avoir de meilleures relations avec les autres.

Créateur du programme :

Le Dr VERSAEVEL est riche d'une expérience de plus de 20 ans en psychothérapie et notamment sur le suivi de personnes souffrant d'altération de l'estime de soi et de dépendance affective.

Il a réalisé et publié des recherches scientifiques sur l'estime de soi et la dépendance affective. Ce programme fera l'objet d'une recherche scientifique sur son efficacité.

Indications :

- Basse estime de soi.
- Estime de soi instable (qui s'effondre rapidement dans des circonstances défavorables).
- Dépendance affective et relation d'emprise.
- Deuil difficile.
- Mauvaise régulation des émotions.
- Dépressions récurrentes.
- Anxiété chronique.
- Difficultés à s'adapter aux nouvelles situations.



Téléchargez notre programme en scannant ce QR-Code



Médecin coordonnateur et médecin traitant : des missions transverses, un duo garant de la bonne santé du résident en EHPAD

Lors d'une entrée en EHPAD se pose la question du suivi médical de la personne. Pour répondre au besoin, lorsque ce dernier est éloigné du lieu d'hébergement, le médecin traitant de l'EHPAD peut prendre le relais. Nous avons rencontré le Dr Franco GRACEFFA, qui assure cette fonction à l'EHPAD Les Jardins du Crinon, établissement du Groupe AHNAC à Achicourt. Il travaille en étroite collaboration avec le Dr Eugène CASTELAIN, gériatre, médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Pouvez-vous nous rappeler vos rôles respectifs ?

Dr Eugène CASTELAIN, médecin coordonnateur : « Le médecin coordonnateur, salarié du Groupe AHNAC, porte un regard global sur l'établissement, dans un seul but : la meilleure prise en charge des résidents. C'est un travail varié, on s'imagine que c'est très administratif, pas du tout ! J'élabore le projet de soins, j'émet un avis concernant les admissions, j'évalue les résidents à leur entrée, et ensuite de manière régulière. Pour établir des parcours de soins avec les différentes filières (évaluation gériatrique, soins palliatifs...), je tisse des partenariats. La gestion du risque sanitaire fait également partie de mes missions, en cas d'épidémie. En tant que conseil, j'informe les médecins traitants des règles de bonnes pratiques. Et exceptionnellement, en cas d'urgence et d'indisponibilité du médecin traitant, la législation m'autorise depuis peu à prescrire. »

Dr Franco GRACEFFA, médecin traitant : « Je suis médecin généraliste, salarié par le Groupe AHNAC pour remédier au problème de démographie médicale. Mes services sont proposés par l'EHPAD aux patients qui n'ont pas de médecin traitant dans le secteur, la médecine de ville ne pouvant absorber seule toute l'activité de l'établissement. Sur 80 résidents, 20 m'ont choisi comme médecin. J'effectue à ce jour deux demi-journées de consultations à l'EHPAD. En dehors de ce temps de présence, je suis disponible pour apporter une réponse rapide si l'infirmière me sollicite en cas



Docteurs Eugène CASTELAIN et Franco GRACEFFA

de problème. Je dispose d'un logiciel qui me permet de consulter les fiches des patients de chez moi. S'il m'arrive d'intervenir pour un patient que je ne suis pas, on prévient tout de suite son médecin traitant. »

Comment articulez-vous votre travail ensemble ?

Dr CASTELAIN : « On se connaît bien, il y a une bonne entente entre nous. Notre travail, c'est l'intérêt du patient : le résident est au centre du système. Mon objectif est que l'établissement soit le mieux adapté possible aux patients. Pour cela, il faut les connaître, et échanger très régulièrement, soit sur place, soit par l'outil informatique, soit au téléphone, avec le Dr GRACEFFA ! Il est auprès des patients, cela lui permet de faire de la prévention... »

Dr GRACEFFA : « ...En se basant sur mon retour, le Dr Castelain adapte la prise en charge, l'équipement. Mon métier commence par le dialogue, le résident doit être avant tout dans le bien-être. C'est important de leur accorder un peu de temps pour discuter. Je fais du cas par cas. Mon objectif est d'éviter l'hospitalisation, et surtout le passage

des personnes âgées aux urgences. J'apporte un accompagnement au patient : j'interviens en amont si une hospitalisation est nécessaire, pour l'humaniser. Le patient est attendu, il effectue les bilans indispensables et ensuite sa place est réservée dans le service. C'est ainsi que nous travaillons, surtout avec l'Hôpital de Riaumont, pôle de référence gériatrique sur son territoire. »

Qu'apporte le fait d'être rattaché à un Groupe, dans l'exercice de vos métiers ?

Drs CASTELAIN et GRACEFFA : « Nous avons la chance de pouvoir offrir aux patients une prise en charge complète, avec la filière gériatrique de l'Hôpital de Riaumont. Le Groupe AHNAC a une politique d'excellence. Un patient peut bénéficier de soins d'urgence programmés, en HDJ, rhumato, nutrition, cardio-gériatrie, d'une évaluation pour la prévention des chutes, d'un suivi personnalisé... S'ils se sentent bien, si la prise en charge permet de ne pas perdre leurs repères, ils vivent longtemps, on est là pour ça ! Nos missions sont différentes, mais complémentaires. » ■

La maison médicale du Ternois



La Polyclinique du Ternois dispose depuis 2007 d'un service de Soins Non Programmés (SNP) qui a remplacé ses urgences.

La vocation du service au sein de cet hôpital de proximité labellisé depuis 2021, est de favoriser l'accès aux soins à la population du territoire. L'équipe pluridisciplinaire est composée de médecins libéraux spécialisés en médecine générale ainsi que du personnel paramédical de la Polyclinique. Elle offre son savoir-faire pour des motifs de consultation variés, allant de la petite traumatologie (plaies, brûlures, entorses...) jusqu'à l'hospitalisation si nécessaire.

De plus, d'autres spécialistes qui exercent au sein de la polyclinique, tels que cardiologue, angiologue, gastro-entérologue, peuvent intervenir au besoin dans le parcours de soins du patient sur demande pour une prise en charge optimale face à un problème de santé.

Le SNP dispose d'un accès privilégié au service de radiologie via son partenaire IMAO qui met à disposition les différents types d'examens tels que : radiographies standards, échographies, mammographies, ostéodensitométrie (liste non exhaustive) et, depuis le mois d'août, d'un scanner.

Le SNP accueille tout patient nécessitant une consultation au regard d'un **problème de santé imprévu** du lundi au vendredi de 9h à 18h30.

Dans le prolongement de cet engagement pour les patients, les praticiens libéraux qui exercent au sein du SNP consultent dans les locaux de la Maison Médicale du Ternois qui se trouvent à l'arrière de l'Établissement.

Le personnel soignant de la Polyclinique du Ternois, les Docteurs D'ALMEIDA-NZOTCHA, DEQUIDT, FILLIETTE-MOUCKETOU (médecins généralistes de la Maison Médicale du Ternois), le Docteur NZOTCHA (angiologue), les spécialistes libéraux et tous les professionnels de santé paramédicaux souhaitent vivement s'inscrire au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) nouvellement nommée sur le secteur qui rayonne sur 119 communes.



À la Polyclinique du Ternois, le SNP est ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 18h30, sans rendez-vous.

Maison Médicale du Ternois :

DR D'ALMEIDA NZOTCHA : **03 74 74 04 98**

(Secrétariat de 8h à 11h – Du lundi au vendredi / RDV Doctolib)

DR DEQUIDT : **06 32 49 31 73** (RDV Doctolib)

DR FILLIETTE – MOUCKETOU (RDV Doctolib)

DR NZOTCHA : **03 21 04 51 21** (RDV Doctolib)

Un scanner à Saint-Pol, une vraie avancée pour les patients



La polyclinique du Ternois à Saint-Pol-sur-Ternoise va accueillir prochainement dans ses locaux, un tout nouveau scanner.

IMAO, centre d'imagerie Médicale, déjà présent sur la Polyclinique du Ternois avec radiographies standards, échographies, mammographies, ostéodensitométrie (liste non exhaustive), installe cet équipement en partenariat avec la Clinique.

L'installation va se réaliser en deux temps : d'abord l'arrivée d'un scanner provisoire sur le site de l'établissement. Puis, une phase de travaux pour préparer l'installation définitive.

Des changements importants pour les patients et les professionnels mais pour un mieux !

Les travaux pour l'installation de ce scanner sont conséquents et nécessitent de modifier les espaces de circulation ainsi que la voirie autour

de la Polyclinique. Il s'agit de mettre en place les normes d'accessibilité requises pour cet équipement et de mettre en œuvre des ouvertures sur la voirie afin de faciliter les accès.

“
L'arrivée d'un scanner sur la Polyclinique du Ternois, labellisée Hôpital de proximité, est une vraie avancée pour les patients !
”

Cette installation permettra aux patients du territoire un accès à un équipement diagnostique à proximité de leur lieu de vie et surtout de réduire les délais d'attente des patients du Ternois qui s'orientent actuellement vers Arras.

Le scanner permet aux médecins de poser des diagnostics précis et d'offrir une prise en charge plus rapide aux patients. Un hôpital de proximité équipé d'un scanner peut réduire considérablement les délais d'attente.

Les activités d'imagerie portées dans le cadre d'un partenariat avec IMAO seront accessibles aux patients de la Polyclinique, du service de Soins Non Programmés, de la Maison Médicale, des professionnels libéraux du territoire et par extension à l'ensemble de la population locale.

Cet équipement structurant permet enfin une coordination des soins au niveau territorial et au plus près des patients.

RADIOLOGIE • SCANNER ÉCHOGRAPHIE • DOPPLER

DR C. BROCHART
DR L. TAKERNICHT
DR J. RAIS
DR K. NICOLAS
DR M. MEDJAHDI
DR A. TEXIER

03 10 45 06 55



MedicalMag est un magazine du Groupe AHNAC

Parution bi-annuelle, 5 000 exemplaires. Directeur de la publication : Olivier DEVRIENDT

Conception et réalisation : **Agence Audace**

Groupe AHNAC, une offre de santé globale dans les Hauts de France : Polyclinique de la Clarence - Polyclinique d'Hénin-Beaumont - Hôpital de Riamont - Centre de rééducation fonctionnelle « Les Hautois » - Clinique Teissier - Polyclinique du Ternois - Centre de psychothérapie « Les Maronniers » - Service d'hospitalisation à Domicile du Hainaut - Services de soins infirmiers à Domicile - EHPAD « Aquarelle » - EHPAD « Denise Delaby » - EHPAD « Fernand Cuvelier » - EHPAD « Les jardins du Crinchon » - EHPAD « Les Charmilles » - EHPAD « Les Glycines » - Résidence Autonomie « Les Trèfles » - USLD « Les Iris » - USLD « Les Capucines » - CSAPA « Le Phénix » - Institut de formation des aides-soignants.