

SOMMAIRE

QUALITÉ

L'accréditation en équipe à Hénin-Beaumont 1

CHIRURGIE VISCÉRALE

- Pelvipérinéologie : diagnostic et prise en charge à Hénin-Beaumont 2
- Le traitement du kyste pilonidal au laser à Divion 3
- Le traitement des hémorroïdes par radiofréquence à Divion 3

PRÉVENTION

Une consultation d'urgence en cas de test Hémocult positif à Divion 4

CHIRURGIE VASCULAIRE

La prise en charge des varices à Hénin-Beaumont 4

MÉTIER

Infirmière en pratique avancée : une nouvelle expertise dans le soin 6

PLAIES ET CICATRISATIONS

Une équipe spécialisée au HâD du Hainaut 7

CARDIOLOGIE

Rythmologie et pose de pacemaker à Hénin-Beaumont 8

MÉDECINE POLYVALENTE

Quand la valve trompe : une hémolyse mécanique sans schizocytes 10

GÉRIATRIE

Iatroprev : la coordination ville-hôpital comme levier de sécurité médicamenteuse 12

RECHERCHE CLINIQUE

Rendre accessible l'innovation thérapeutique en cancérologie 13

PORTRAIT

Christophe VERSAEVEL, docteur et auteur 14

EN BREF

Nos établissements certifiés 14

TÉLÉ-EXPERTISE

Le Groupe AHNAC est sur Omnidoc 15



L'équipe d'anesthésie de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont.
De gauche à droite : Dr Guduff, Dr Pires, Dr Sochala, Dr Chiche, Dr Tesse, Dr Verbeke, Dr Chaik, Dr Debrabant, Dr Krouchi, Dr Agboli, Dr Degroote. Dr Hajjar (absent sur la photo).

QUALITÉ

Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Les anesthésistes ont obtenu leur accréditation en équipe

L'équipe d'anesthésie-réanimation de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont est la première dans l'établissement à avoir obtenu avec succès son accréditation par la Haute Autorité de santé (HAS).

Cette démarche concerne les spécialités à risques visant l'amélioration continue de la sécurité des soins. L'accréditation peut se faire de façon individuelle ou en équipe. Les anesthésistes-réanimateurs ont choisi de réaliser cette démarche en équipe devant le travail collectif inhérent à la spécialité.

Le projet a été piloté par le docteur Anne-Laure VERBEKE, déjà accréditée de façon individuelle. Cette démarche vise avant tout à sécuriser le parcours péri-opératoire des patients en matière de qualité et de sécurité des soins. Les critères évalués portent sur la sécurité du patient, les pratiques professionnelles, la relation avec le patient, le travail en équipe mais aussi la santé du professionnel.

L'accréditation obtenue, le travail se poursuit, pour entretenir la dynamique, avec un unique objectif : sans cesse améliorer la sécurité des patients. ■



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Pelvipérinéologie : diagnostic et prise en charge

Docteur Simon GABRIEL, chirurgien viscéral

La pelvipérinéologie est dédiée au diagnostic et à la prise en charge des troubles du plancher pelvien et du périnée. Elle regroupe diverses spécialités permettant de traiter l'ensemble des aspects urinaires, génitaux, rectaux et sexuels.

Les signes cliniques sont multiples :

- « Boule » vaginale ou rectale,
- Incontinence urinaire et/ou fécale,
- Constipation terminale (difficulté d'exonération).

LE PROLAPSUS GÉNITAL, parfois appelé « la descente d'organes »

Il se définit par une saillie d'une des parois vaginales dans la lumière du vagin. C'est une pathologie fréquente, pour laquelle 12,6 % des femmes ont un risque de recourir à la chirurgie avant l'âge de 80 ans.

Seuls les prolapsus génitaux symptomatiques ou compliqués nécessitent une prise en charge, souvent multidisciplinaire.

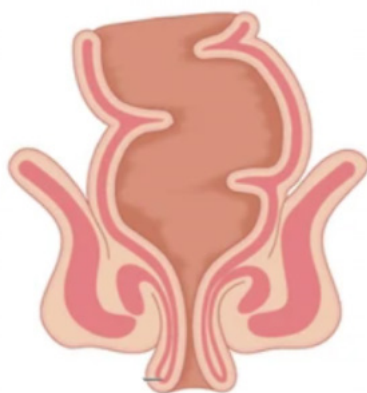
Au sein de la polyclinique d'Hénin-Beaumont, nous disposons d'une **évaluation diagnostique globale** :

- Consultation médicale spécialisée (urologie, gynécologie, chirurgie digestive, gastro-entérologie) : avec interrogatoire, questionnaire de symptômes, évaluation de l'impact sur la qualité de vie.
- Exploration complémentaire :
 - Imagerie médicale : IRM dynamique, échographie
 - Exploration fonctionnelle : bilan urodynamique, manométrie anorectale.

Décision thérapeutique collégiale

Une fois le bilan réalisé, une discussion collégiale au sein de notre réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de périnéologie est organisée pour décider ensemble de l'approche thérapeutique à adopter : rééducation périnéale, pessaires, thérapeutique médicamenteuse ou chirurgicale.

Du point de vue du chirurgien digestif, l'activité est essentiellement tournée vers la statique ano rectale, avec le prolapsus rectal ou la rectocèle.



Prolapsus rectal

LE PROLAPSUS RECTAL

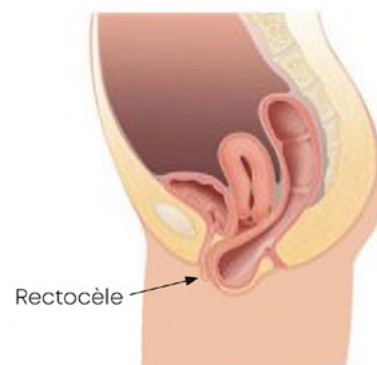
Le prolapsus rectal, extériorisé ou non, se définit par une invagination complète ou non de la paroi rectale à travers l'anus. Le nombre de nouveaux cas par an est de 0,5 % dans la population générale, avec un ratio de 10 femmes pour 1 homme, surtout au-delà de 70 ans.

Techniques chirurgicales :

Celui-ci peut relever d'une chirurgie soit :

- **Par voie haute** : technique de rectopexie par voie coelioscopique ou robotique. Une prothèse est fixée de part et d'autre de la paroi rectale ou des muscles releveurs de l'anus puis tendue et fixée sur le promontoire.

- **Par voie basse**, plutôt à privilégier chez les patients âgés et fragiles, avec réalisation d'une résection recto sigmoïdienne par voie périnéale (technique d'Altemeier) ou une mucosectomie et rectoplastie transanale (technique de Delorme).



Rectocèle

LA RECTOCÈLE

Elle se définit par une hernie de la paroi antérieure du rectum souvent à travers la cloison rectovaginale.

L'indication chirurgicale est évaluée selon la gêne fonctionnelle et au terme d'un bilan morphologique complet. Il est extrêmement important d'authentifier la gêne exacte de la patiente pour évaluer les corrections possibles, qu'elles soient médicales ou chirurgicales. En effet il peut exister sur les examens d'imagerie une rectocèle physiologique souvent asymptomatique ne nécessitant aucun traitement.

La chirurgie peut être réalisée :

- **Par voie basse** : technique de plicature de la musculature rectale (technique de Sullivan) ou par hémirésection rectale antérieure (technique de STARR).
- **Par voie haute** coelioscopique par rectopexie, chirurgie plutôt réservée aux rectocèles associées à une pathologie urogénitale (cystocèle, entéroccèle).

L'évaluation des résultats fonctionnels après chirurgie s'effectue de manière systématique par plusieurs consultations postopératoires.

Points clés opérationnels

- Pathologies fréquentes mais **souvent sous-déclarées**
- Importance d'une **approche multidisciplinaire structurée**
- Primauté de la **gêne fonctionnelle sur l'imagerie**
- Chirurgie = **indication ciblée, personnalisée**

Illustrations : Encyclopédie médico-chirurgicale

Renseignements et prise de rendez-vous au 03 21 13 30 72.



La prise en charge du kyste pilonidal par traitement laser endocavitaire

Docteurs Cécile SKRZYPCZYK, Sylvie DEWAILLY, Nathalie VERHOEVEN, chirurgiens viscéraux

Le kyste pilonidal sacro-coccygien est une pathologie inflammatoire chronique fréquente touchant principalement l'adulte jeune. Il résulte de la pénétration de poils dans le sillon inter fessier, entraînant la formation de trajets fistuleux parfois compliqués d'abcès récidivants. La prise en charge classique « à froid », hors abcédation aiguë, repose historiquement sur l'exérèse chirurgicale avec délabrement plus ou moins large, souvent associée à des soins locaux prolongés (méchage cavitaire) et à un arrêt d'activité parfois important.

Principe de la technique laser

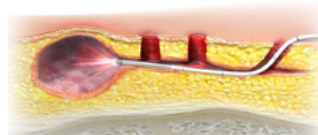
L'intervention est réalisée le plus souvent en ambulatoire et consiste à introduire une fibre laser fine dans le trajet fistuleux après un nettoyage soigneux de la cavité et l'extraction des poils. L'énergie délivrée provoque une destruction contrôlée de l'épithélium du trajet et une rétraction progressive des tissus, permettant la fermeture du kyste sans exérèse large.

Avantages de cette approche

- geste mini-invasif ;
 - absence de large plaie ouverte ;
 - douleurs postopératoires généralement limitées ;
 - reprise rapide des activités quotidiennes et professionnelles ;
 - soins infirmiers simplifiés ;
 - amélioration du confort postopératoire.
- Cette approche peut être proposée dans les formes simples ou récidivantes sélectionnées. Les suites sont

habituellement simples. Une hygiène locale rigoureuse et une dépilation régulière du sillon interfessier restent essentielles pour limiter le risque de récurrence.

Le traitement laser du kyste pilonidal représente aujourd'hui une alternative moderne et peu invasive à la chirurgie conventionnelle. Il permet une prise en charge ambulatoire avec des suites simples et un retour rapide aux activités, tout en conservant des résultats fonctionnels et esthétiques satisfaisants. ■



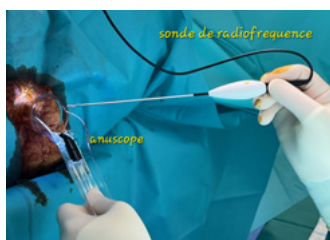
Une alternative mini-invasive dans le traitement des hémorroïdes : la radiofréquence

Docteurs Cécile SKRZYPCZYK, Sylvie DEWAILLY, Nathalie VERHOEVEN, chirurgiens viscéraux

La maladie hémorroïdaire est une pathologie fréquente, responsable de saignements, de douleurs, de prolapsus ou d'inconfort anal. Lorsque le traitement médical devient insuffisant, plusieurs options interventionnelles peuvent être proposées. Parmi elles, la radiofréquence constitue aujourd'hui une technique moderne, peu invasive et bien tolérée.

Le principe repose sur l'utilisation d'une sonde délivrant une énergie thermique de haute fréquence directement dans le tissu hémorroïdaire. Cette énergie entraîne une coagulation et une rétraction progressive des paquets hémorroïdaires, tout en respectant les tissus environnants.

L'intervention est réalisée au bloc opératoire, le plus souvent en ambulatoire, sous anesthésie loco-régionale ou générale courte. Elle ne nécessite pas de délabrement ou d'exérèse tissulaire, contrairement aux techniques « classiques », ce qui explique des suites généralement moins douloureuses et moins de conséquences fonctionnelles ou sphinctériennes.



La radiofréquence est principalement indiquée dans les hémorroïdes internes symptomatiques de grade II à III, parfois dans certaines formes de grade IV sélectionnées. Elle peut être particulièrement intéressante chez les patients souhaitant une récupération rapide avec un arrêt d'activité limité.

Les suites opératoires sont habituellement simples : douleurs modérées, reprise rapide

des activités quotidiennes et faible risque de complications. Le résultat s'évalue à 4 à 6 semaines, une fois la fibrose des tissus constituée.

Comme pour toute technique, une récurrence reste possible à distance, notamment en l'absence de correction des facteurs favorisants (constipation, efforts de poussée, troubles du transit).

L'équipe de chirurgie viscérale à Divion bénéficie d'une expertise de plus de 8 années pour cette technique qui apporte des résultats fonctionnels très satisfaisants, avec une disparition des symptômes et une bonne acceptation par les patients, de surcroît sans dépassement d'honoraires. ■

ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE TABAGIQUE

Les suites opératoires de ces gestes sont simplifiées lorsque les patients sont sevrés en tabac en préopératoire, notamment pour diminuer l'effet pro-inflammatoire et les complications infectieuses.

Aussi, à la Polyclinique de La Clarence, nous proposons des consultations d'addictologie pour le soutien au sevrage.

Prise de rendez-vous au 03 21 54 90 53.

Lieu de santé sans tabac



Dépistage du cancer colorectal : une consultation d'urgence en cas de test positif, à la Polyclinique de La Clarence

Le docteur Fatiha YAHIAOUI, hépato-gastro-entérologue, a rejoint la Polyclinique de La Clarence en février. Passionnée par sa spécialité, le docteur a participé à la campagne Mars Bleu de lutte contre le cancer colorectal, afin de relayer l'importance du dépistage. « J'ai eu un véritable coup de foudre pour la gastro-entérologie lors d'un stage, pendant mes études de médecine, en Algérie. J'aime le contact humain avec le patient et surtout le côté technique de l'endoscopie. Cet examen doit être indiqué dans des délais rapides en cas de test Hémocult positif, plaque tournante du dépistage du cancer colorectal. Cela permet également d'asseoir un

diagnostic précoce du cancer à un stade encore curable.

À la Polyclinique de La Clarence, il est possible d'obtenir une consultation en urgence en cas de test Hémocult positif, tout comme pour les anémies, qui doivent être explorées rapidement lorsque l'on suspecte une étiologie digestive. »

L'accès rapide à une coloscopie après test positif est un élément-clé de l'efficacité du dépistage du cancer colorectal. Les recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) sont claires : la coloscopie après test positif doit être réalisée dans les 31 jours



Docteur Fatiha YAHIAOUI,
hépato-gastro-entérologue

suivant la consultation du gastro-entérologue. Il est utile de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une urgence vitale immédiate, sans paniquer, il faut agir dès que l'on a connaissance des résultats. ■

Renseignements et prise de rendez-vous auprès du secrétariat : 03 21 54 90 18.

CHIRURGIE VASCULAIRE

Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Les varices : une maladie veineuse fréquente et aujourd'hui bien prise en charge

Docteurs Pierre DE TEMMERMAN et Benjamin CRUNELLE, chirurgiens vasculaires
Docteurs Delphine HOTTIN, Marc GRAS et Nathalie NICOLAS, angiologues

Les varices des membres inférieurs touchent près de 18 millions de personnes en France et concernent particulièrement les femmes. Après 40 ans, une femme sur deux présente des signes cliniques d'insuffisance veineuse. Cette pathologie représente aujourd'hui la deuxième intervention chirurgicale la plus fréquente après la cataracte.

Qu'est-ce qu'une varice ?

Une varice correspond à une dilatation anormale des veines superficielles des jambes, notamment des veines saphènes et de leurs branches. Normalement, les veines assurent le retour du sang vers le cœur grâce à des valves empêchant le reflux sanguin. Lorsque la paroi veineuse se fragilise et que ces valves fonctionnent mal, le sang stagne dans les veines, entraînant leur dilatation.

Les facteurs de risque

Plusieurs facteurs favorisent l'apparition des varices : l'âge, les grossesses, la station debout prolongée dans certains métiers et surtout l'hérédité. Le risque augmente fortement lorsque plusieurs membres de la famille sont atteints. Les femmes sont environ trois fois plus touchées que les hommes.

Les symptômes peuvent être variés : gêne esthétique, sensation de jambes lourdes, douleurs, gonflement ou démangeaisons. Ces troubles sont souvent accentués par la chaleur, la station debout prolongée ou la fin de journée, et soulagés par le repos ou la position allongée.

Même si elles sont souvent considérées comme bénignes, les varices peuvent entraîner certaines complications : thrombose veineuse superficielle, saignement, eczéma, dermite ocre ou encore ulcère veineux.





De gauche à droite : Dr Benjamin CRUNELLE, Dr Pierre DE TEMMERMAN, Dr Marc GRAS, Dr Delphine HOTTIN et Dr Nathalie NICOLAS

L'écho-Doppler veineux : examen de référence

L'échographie-Doppler veineux constitue l'examen indispensable du bilan préthérapeutique. Cet examen indolore permet d'étudier l'anatomie des veines, d'identifier les zones de reflux et d'adapter précisément le traitement.

Une prise en charge désormais largement mini-invasive

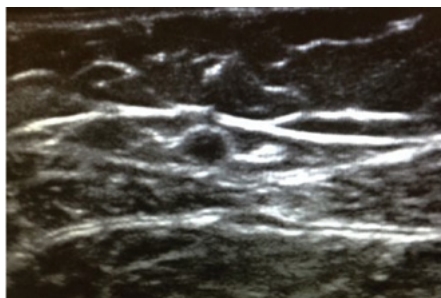
Le traitement dépend du stade clinique, de la symptomatologie et de l'impact fonctionnel.

La prise en charge débute généralement par le port de bas ou chaussettes de compression, qui permettent de limiter les symptômes et les complications. La sclérothérapie liquide reste particulièrement adaptée aux télangiectasies et aux petites varices superficielles. La sclérothérapie mousse est également envisageable pour les varices de plus gros calibres.

Les techniques modernes privilégient aujourd'hui les traitements mini-invasifs, notamment les traitements endoveineux au laser ou par radiofréquence +/- phlébectomies des veines.

Ces techniques mini-invasives présentent plusieurs avantages :

- intervention ambulatoire ;
- douleurs postopératoires réduites ;
- reprise rapide de la marche et des activités ;
- excellent résultat fonctionnel et esthétique ;
- diminution du risque de complications postopératoires.



Écho-Doppler veineux

Une prise en charge coordonnée à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont

À la Polyclinique d'Hénin-Beaumont, la prise en charge repose sur une collaboration étroite entre médecins vasculaires (angiologues), chirurgiens vasculaires et anesthésistes.

Le parcours comprend :

- une consultation spécialisée ;
- un écho-Doppler veineux complet ;
- une discussion thérapeutique personnalisée ;
- une consultation d'anesthésie ;
- une intervention adaptée au profil du patient ;
- un suivi clinique et échographique postopératoire.

Les interventions sont réalisées en ambulatoire avec différentes possibilités anesthésiques selon les indications : anesthésie locale (tumescente), neuroleptanalgie, anesthésie locorégionale, anesthésie générale, sédation.

Un marquage échographique préopératoire est systématiquement effectué avant l'intervention.

La durée opératoire est d'environ 30 minutes par jambe.

Suites opératoires et suivi

La reprise de la marche est immédiate après l'intervention.

Les consignes postopératoires comprennent généralement :

- port de bas de compression pendant un mois ;
- reprise rapide des activités quotidiennes ;
- soins locaux si nécessaire ;
- prévention thromboembolique dans les situations à risque ;
- contrôle clinique et échographique à distance.

Les arrêts de travail sont le plus souvent courts. Un suivi angiologique régulier reste nécessaire à long terme après une chirurgie. En effet, une surveillance clinique et échographique régulière permet de dépister précocement d'éventuelles récurrences ou l'apparition de nouvelles varices.

Des résultats durables avec une récupération rapide

Les techniques actuelles permettent d'obtenir des résultats très satisfaisants, tant sur le plan symptomatique qu'esthétique, avec une récupération rapide et des douleurs postopératoires limitées.

Une orientation précoce des patients symptomatiques permet non seulement d'améliorer leur qualité de vie mais également de prévenir l'évolution vers les formes compliquées de l'insuffisance veineuse chronique.

La prise en charge à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont est accessible à tous, **sans dépassement d'honoraires**, quelle que soit l'étape du parcours de soins. ■

Renseignements et prise de rendez-vous auprès du secrétariat :

- de chirurgie vasculaire (Drs Crunelle et De Temmerman) : 03 21 13 32 51 ;

- de médecine vasculaire (Drs Gras, Hottin, Nicolas) : 03 21 13 35 32.

Infirmier(e) en pratique avancée : une nouvelle expertise dans le soin

Laurine DEZITTER est Infirmière en pratique avancée (IPA) au Centre de réadaptation Les Hautois de Oignies. À travers son portrait, elle nous présente son métier, en évolution constante.

Quel est votre parcours ?

« Je m'appelle Laurine DEZITTER. J'ai obtenu mon diplôme d'infirmière en juillet 2018. Dans les mois qui ont suivi, j'ai intégré le Centre de Réadaptation de Oignies. J'y ai débuté par des remplacements au sein des différents services, avant d'être titularisée dans le service de réadaptation cardiaque. »

Comment vous est venue l'idée de devenir IPA ?

« Dès mes études en soins infirmiers, j'avais le souhait d'évoluer professionnellement et de me spécialiser. J'ai d'abord envisagé de devenir puéricultrice, avant de réaliser que l'accompagnement des enfants malades ne correspondait pas à mon projet professionnel.

En troisième année, j'ai effectué un stage au bloc opératoire. Si la voie d'IADE ne m'attirait pas particulièrement, celle d'IBODE m'a intéressée un temps, sans pour autant m'apparaître comme une évidence sur le long terme.

À mon arrivée au Centre Les Hautois, je n'avais aucune expérience en cardiologie. Cependant, au fil des années, j'ai développé de solides compétences dans cette spécialité grâce à mon exercice en réadaptation cardiaque. Je conservais néanmoins cette envie d'évolution, sans savoir précisément vers quelle orientation me diriger. Mon entourage professionnel et personnel m'imaginait évoluer vers un poste de cadre de santé. Toutefois, je ne me projetais pas dans une fonction m'éloignant du soin et de la relation directe avec les patients. Le déclic est venu lors de l'accueil d'un étudiant en stage dans le service, qui s'est présenté comme « étudiant IPA ». Intriguée, je lui ai demandé ce que cela signifiait : « Infirmier en pratique avancée ». Cette découverte a marqué le début de ma réflexion vers cette voie. »

IPA, c'est quoi ?

« L'infirmier(ère) en pratique avancée (IPA) est une spécialisation reconnue en France depuis le décret de juillet 2018, bien que ce rôle existe depuis plus longtemps dans d'autres pays, notamment nordiques.

L'IPA est un(e) infirmier(ère) disposant de compétences élargies lui permettant d'assurer, en collaboration avec les médecins, le suivi de patients de manière autonome : réalisation d'examen cliniques, renouvellement et adaptation



Laurine DEZITTER, IPA

des traitements, prescription d'examen complémentaires, dans le cadre défini par le décret et selon la mention choisie. Au-delà de ces missions, l'IPA développe également des compétences en éducation thérapeutique du patient, en coordination des parcours de soins, en leadership clinique et en recherche. »

Comment se déroulent les études ?

« La formation d'IPA correspond à un diplôme de grade master. Pour ma part, j'ai intégré la formation sur dossier à la faculté de médecine de Lille.

Le cursus s'étend sur deux années :

- Une première année de tronc commun, alternant enseignements théoriques et deux mois de stage en discontinu.
- Une deuxième année spécialisée selon la mention choisie (pour moi : pathologies

chroniques stabilisées), comprenant des enseignements spécifiques et quatre mois de stage.

La formation se conclut par la rédaction et la soutenance d'un mémoire de recherche. Étant donné que le Centre Les Hautois faisait partie des établissements engagés dans un projet relevant de l'article 51, consacré à la téléadaptation cardiaque dans un cadre expérimental, j'ai naturellement choisi d'orienter mon mémoire sur cette thématique : « La téléadaptation cardiaque, une innovation au service des patients en postsyndrome coronarien aigu (SCA) : retour d'expérience du programme Walk hop au centre de réadaptation « Les Hautois » de Oignies. » Il s'agissait ainsi d'une étude quantitative, rétrospective et descriptive. »

Mes fonctions au Centre Les Hautois

« La mise en place du poste d'IPA au sein du service répondait initialement à un objectif d'optimisation du temps médical. Dans ce cadre, mes missions sont variées.

Devenir IPA a profondément fait évoluer ma pratique. J'interviens aujourd'hui à différentes étapes du parcours du patient, avec un rôle qui va bien au-delà de celui d'avant.

Dès l'entrée, je participe activement à l'accueil du patient : je réalise les entretiens, l'examen clinique, rédige l'observation médicale et je peux reconduire les traitements en cours, tout en prescrivant le parcours de réadaptation le plus adapté à la situation du patient. Cela me permet d'avoir, dès le départ, une vision globale et structurée de sa prise en soins.

Au fil du séjour, j'assure un suivi clinique régulier et approfondi. Je peux ajuster les traitements si nécessaire, en fonction de l'évolution de l'état de santé, et solliciter des avis spécialisés auprès de médecins externes lorsque la situation le demande. Cette réactivité est essentielle pour sécuriser et personnaliser les soins. Mon rôle s'inscrit aussi beaucoup dans la coordination. Je participe à l'organisation des parcours, en lien avec les gestionnaires de lits pour planifier les entrées, mais aussi avec les établissements adresseurs, la médecine de ville ou encore des unités spécialisées comme l'unité de transplantation et d'assistance circulatoire du CHU. L'idée est vraiment d'assurer une continuité et une fluidité dans le parcours du patient. Par ailleurs, j'interviens de manière plus spécifique sur certaines prises en charge, notamment en hôpital de jour, où je réalise des incréments

thérapeutiques chez des patients insuffisants cardiaques ou encore en lien avec les facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, dyslipidémie, diabète...). J'ai également une forte dimension éducative : je mets en place des actions d'éducation thérapeutique et j'accompagne les patients dans l'apprentissage de certains outils, comme l'utilisation du CoaguChek.

Je m'implique dans les différents projets de service. Cela me permet de contribuer, à mon échelle, à l'évolution des pratiques et à l'amélioration de la qualité des soins.

Ce qui caractérise finalement mon rôle, c'est cette double dimension : clinique et organisationnelle. Je suis à la fois au plus près du patient et actrice de la structuration de son parcours, avec une autonomie et une capacité d'initiative qui enrichissent considérablement ma pratique. » ■

PLAIES ET CICATRISATIONS

HàD du Hainaut

Une équipe spécialisée se constitue autour du docteur Süreyya DEMETS, médecin praticien en HàD

En quoi la création d'une équipe « Plaies et cicatrisation » à l'HàD du Hainaut représente-t-elle une innovation ?

Dr S. DEMETS : « Nous sommes fortement sollicités pour les plaies et cicatrisations. Cela représente environ un tiers des prises en charge de l'HàD. Nous avons décidé de créer cette équipe spécialisée pour amener une qualité de prise en charge supplémentaire à domicile, pour cette spécialité. L'objectif est que les patients puissent avoir des référents identifiés pour leur prise en charge. Cela amène un suivi rapproché des plaies, une meilleure communication et de ce fait une optimisation des soins. »

Qui constituera cette équipe ?

« L'équipe est actuellement composée d'une infirmière experte et moi. À terme, le projet est d'être sept avec une deuxième infirmière experte qui arrive prochainement, et quatre infirmiers de terrain. »

Effectuez-vous des formations ?

« Oui, je réalise des formations au sein de l'HàD du Hainaut, avec des EHPAD, lors de Journées « Plaies et cicatrisations » organisées localement comme au CH de Valenciennes, ou lors d'EPU pour les libéraux. Je représenterai d'ailleurs en juin le Groupe AHNAC au Congrès « Plaies et cicatrisations » en Guadeloupe. Je pense cependant que la meilleure formation se fait par transmission des bonnes pratiques au chevet du patient. »



Docteur Süreyya DEMETS

Comment se passe l'adressage ?

« Nous accueillons des patients nécessitant des soins de plaies complexes selon des critères définis : par exemple pansements longs de plus de 30 minutes, plaie avec TPN (Thérapie par Pression Négative) car leur prise en charge nécessite une intervention possible 24h/24 et 7j/7 ou de l'antalgie par MÉOPA (Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote). Les patients sont adressés en sortie d'hospitalisation ou directement du domicile, sur appel ou signalement des infirmiers libéraux et des médecins traitants, par téléphone ou par télé expertise via Omnidoc. » ■



Scannez le QR code pour accéder à Omnidoc



La rythmologie et la pose de pacemaker : une prise en charge spécialisée des troubles de conduction et du rythme cardiaque

Docteur Cécile DONFACK, cardiologue rythmologue



Depuis 2013, la Polyclinique d'Hénin-Beaumont pratique une activité de rythmologie interventionnelle chez l'adulte, incluant les actes d'électrophysiologie diagnostique et la pose de pacemakers.

Au sein de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont, la rythmologie occupe une place importante dans l'offre de soins en cardiologie. Cette activité s'inscrit dans une prise en charge cardiologique globale, permettant d'assurer un parcours coordonné allant du diagnostic initial jusqu'au suivi à long terme des patients porteurs de dispositifs cardiaques implantables.

Une expertise dédiée aux troubles du rythme cardiaque

Les troubles du rythme et de la conduction cardiaque représentent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur fréquence croissante liée au vieillissement de la population et à l'augmentation des comorbidités cardiovasculaires.

L'équipe de rythmologie de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont est composée des Docteurs Cécile DONFACK et Corinne MOULIN, assistées d'une infirmière spécifiquement formée à la stimulation cardiaque et à la télésurveillance des dispositifs implantables.

Cette organisation permet d'assurer une prise en charge spécialisée des patients présentant notamment :

- des bradycardies symptomatiques ;
- des troubles de conduction auriculo-ventriculaire ;
- des syncopes inexpliquées ;
- des palpitations récurrentes ;
- certaines arythmies auriculaires ou ventriculaires nécessitant une surveillance prolongée.



Docteur Cécile DONFACK, cardiologue rythmologue

Un plateau technique complet au service du diagnostic

L'activité de rythmologie s'appuie sur un plateau technique performant permettant la réalisation des principaux examens diagnostiques :

- électrocardiogramme (ECG) ;
- Holter ECG de courte et longue durée ;
- télésurveillance des dispositifs implantables ;
- échocardiographie ;
- explorations électrophysiologiques diagnostiques.

Ces examens permettent d'identifier les anomalies rythmiques parfois intermittentes ou asymptomatiques et d'orienter la stratégie thérapeutique la plus adaptée.

La stimulation cardiaque : une activité structurée et réactive

L'implantation de stimulateurs cardiaques constitue une activité majeure du service.

Implantations programmées

Les indications sont principalement posées à l'occasion :

- des consultations de cardiologie pour malaise, syncope ou bradycardie symptomatique
- de la découverte de troubles conductionnels lors d'un Holter ECG vu lors des lectures de Holter ECG ou sur les moniteurs implantables sous-cutanés télésurveillés,
- des remplacements de boîtiers de pacemakers prévisibles grâce aux contrôles en consultation et par télésurveillance.

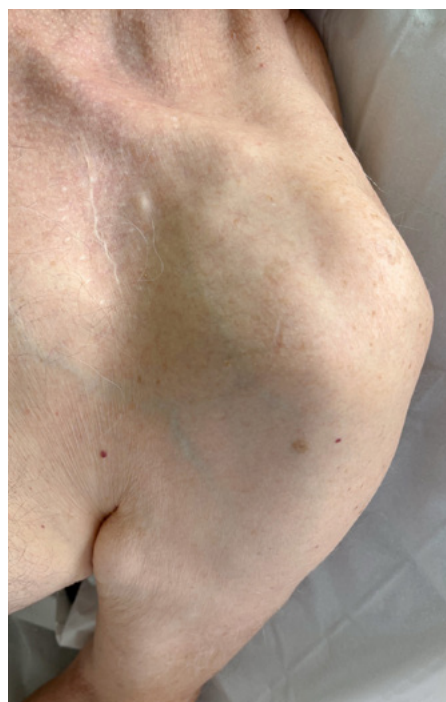
Implantations en urgence

L'équipe intervient également pour les patients :

- hospitalisés pour un motif non rythmique mais dont la surveillance ECG ou monitorée fait poser l'indication d'une stimulation définitive,
- pris en charge aux urgences pour syncope, chute, lipothymie, décompensation cardiaque avec troubles de conduction documentés.

Un parcours patient sécurisé

Quand il s'agit d'implantations programmées, le patient est généralement hospitalisé la veille de l'intervention pour les primo-implantations ou le jour même pour les remplacements de boîtiers. L'intervention se déroule généralement sous anesthésie locale au bloc opératoire et dure environ une heure. La durée d'hospitalisation en post-implantation est de 2 jours sauf complications. Une fois le contrôle et les réglages effectués, le patient sort avec les ordonnances pour la réalisation des soins de cicatrice ainsi qu'un rendez-vous de contrôle.



Un suivi spécialisé associant consultations et télésurveillance

L'implantation et les contrôles du pacemaker sont assurés par les Docteurs DONFACK et MOULIN. Les contrôles s'effectuent en consultation au plateau technique. Elles assurent le premier suivi rapproché à 2 – 3 mois indispensable pour affiner les réglages, contrôler la bonne cicatrisation de la loge située en pré pectorale, le bon fonctionnement des sondes et éventuellement répondre aux questions des patients par rapport au dispositif.

Une télé-surveillance est également proposée.

Le suivi ultérieur est réalisé tous les six à douze mois selon le profil clinique du patient.

Les moniteurs cardiaques implantables : un outil diagnostique de référence

La pose de moniteurs cardiaques implantables sous-cutanés représente également une activité fréquente.

Ces dispositifs miniaturisés sont implantés en ambulatoire dans des conditions d'asepsie rigoureuses.

Ils permettent un enregistrement continu de l'activité électrique cardiaque sur plusieurs années et sont particulièrement indiqués dans :

- bilan de syncopes inexpliquées graves avec un bilan initial négatif (troubles de conduction graves mais paroxystiques donc difficilement détectables),
- bilan de palpitations gênantes avec Holter ECG classiques non contributifs,
- bilan d'AVC avec recherche de troubles du rythme auriculaires paroxystiques pour valider une indication de traitement anticoagulant,

Grâce à la télésurveillance, les données peuvent être analysées à distance. Le patient peut déclencher un enregistrement en cas de symptômes afin de faire un diagnostic rapide de sa problématique. La longévité moyenne de la batterie est de 2 à 5 ans selon les marques.

Une prise en charge adaptée aux besoins actuels de l'imagerie

La plupart des nouveaux stimulateurs cardiaques sont IRM compatibles.

Afin de sécuriser l'accès à cet examen devenu incontournable dans de nombreuses spécialités médicales, un parcours spécifique a été développé en collaboration avec le service de radiologie de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont. Celui-ci permet le contrôle et le réglage des dispositifs avant l'examen.

Une expertise de proximité au service du territoire

La prise en charge des troubles du rythme à la polyclinique d'Hénin-Beaumont repose sur une approche complète, du diagnostic au suivi à long terme. L'implantation des pacemakers, associée à des techniques diagnostiques et thérapeutiques avancées, permet d'offrir aux patients des solutions efficaces, sûres et adaptées à leur pathologie. ■

Renseignements et prise de rendez-vous :

- secrétariat du Dr Donfack au
03 21 13 30 30 ;

- secrétariat du Dr Moulin au
03 21 13 30 38.

Quand la valve trompe : une hémolyse mécanique sans schizocytes

Docteur Rémi BARJAUD, médecin spécialiste en médecine générale, titulaire du DIU d'immuno-hématologie

L'anémie hémolytique mécanique secondaire à une fuite périprothétique constitue une complication rare mais bien décrite des prothèses valvulaires. Son diagnostic peut cependant être retardé en raison de présentations atypiques, notamment en l'absence de schizocytes ou devant une imagerie initiale rassurante. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une anémie hémolytique transfusion-dépendante, dont l'étiologie mécanique n'a été identifiée qu'après une réévaluation approfondie, illustrant les limites des marqueurs biologiques classiques et l'importance de l'échocardiographie transœsophagienne.

Introduction

L'anémie hémolytique chez un patient porteur de valve mécanique impose une démarche diagnostique rigoureuse. Si l'origine mécanique est classiquement évoquée en présence de schizocytes et d'anomalies échographiques, certaines situations se révèlent plus complexes, notamment lorsque ces éléments sont absents ou discrets.

La fuite périprothétique représente une cause reconnue d'hémolyse mécanique chronique. Elle peut entraîner une destruction érythrocytaire par cisaillement, responsable d'une anémie parfois sévère et progressive. Toutefois, son diagnostic peut être retardé en raison d'une présentation biologique atypique et d'une sensibilité limitée de l'échocardiographie transthoracique. Nous rapportons ici une observation illustrant ces difficultés diagnostiques, marquée par une discordance entre les données biologiques, les résultats d'imagerie initiale et l'évolution clinique.

Observation

Il s'agit d'une patiente porteuse d'une valve mitrale mécanique Saint-Jude implantée en 1991 dans un contexte de rhumatisme articulaire aigu. L'histoire cardiovasculaire est marquée par des complications thromboemboliques artérielles précoces, survenues dans le contexte péri-opératoire, ayant nécessité la réalisation de pontages artériels périphériques, notamment huméral droit et poplité droit.

La patiente présente par ailleurs une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ayant conduit à plusieurs procédures de revascularisation, ainsi

que des troubles du rythme supraventriculaire. Elle est sous anticoagulation au long cours, avec un antécédent notable de surdosage en AVK en novembre 2024, ayant motivé une hospitalisation avec INR supérieur à 10, sans complication hémorragique majeure, mais nécessitant une transfusion et une adaptation du traitement anticoagulant.

Elle présente également des antécédents neurologiques à type de séquelles d'ischémie lacunaire, ainsi qu'un terrain digestif fragilisé par une gastrite érosive compliquée d'un saignement bulbaire en 2025.

Début de l'histoire actuelle

L'épisode actuel débute fin octobre 2025, avec la découverte d'une anémie sévère. La patiente est hospitalisée et bénéficie d'un bilan étiologique complet.

Les explorations digestives, incluant une fibroscopie œso-gastro-duodénale, ainsi que l'imagerie thoraco-abdomino-pelvienne, ne retrouvent aucune source de saignement. La recherche de sang occulte dans les selles est négative.

L'évolution biologique oriente rapidement vers une anémie hémolytique. On retrouve une haptoglobine effondrée, une élévation de la bilirubine, ainsi qu'une réticulocytose importante, traduisant un mécanisme régénératif. Le test de Coombs direct est négatif, écartant une hémolyse auto-immune classique.

Éléments perturbateurs du raisonnement

Malgré cette orientation, plusieurs éléments viennent compliquer l'analyse. En premier lieu, les schizocytes, habituellement considérés comme un marqueur clé des hémolyses mécaniques, sont absents de façon répétée sur les

premiers prélèvements. Cette négativité est initialement interprétée comme un argument contre une origine mécanique. Ce n'est que secondairement qu'une positivité est observée, à un taux faible, estimé entre 1 et 2 %, et de manière isolée. Cette positivité ne sera pas retrouvée sur les contrôles ultérieurs, renforçant le caractère non contributif de cet élément.

En second lieu, la mise en évidence d'agglutinines froides à faible titre (1/64) introduit une hypothèse alternative, orientant le raisonnement vers une cause immunologique. Cette hypothèse est d'autant plus discutée que la patiente rapporte un épisode infectieux bénin dans les semaines précédentes.

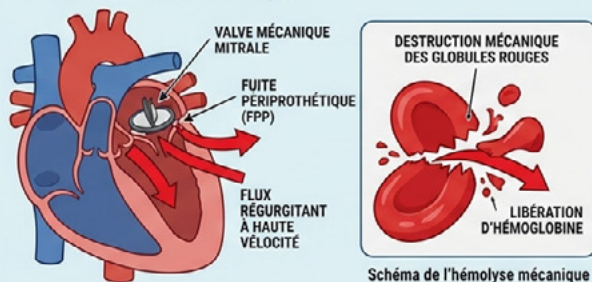
Une corticothérapie d'épreuve est instaurée dans cette optique. Toutefois, l'absence d'amélioration clinique et biologique conduit à reconsidérer cette hypothèse.

Le bilan complémentaire ne retrouve pas d'argument en faveur d'une hémolyse immunologique. Le test de Coombs reste négatif, tant pour les IgG que pour le C3d. L'électrophorèse des protéines ne met pas en évidence de gammapathie monoclonale. Le bilan auto-immun est négatif, notamment les anticorps antinucléaires. Le complément est normal. Les sérologies virales, incluant VIH, VHB, VHC, CMV, EBV et parvovirus B19, ne retrouvent pas d'infection active. Dans ce contexte, la présence d'agglutinines froides est interprétée comme un **épiphénomène biologique sans rôle pathogène significatif**.

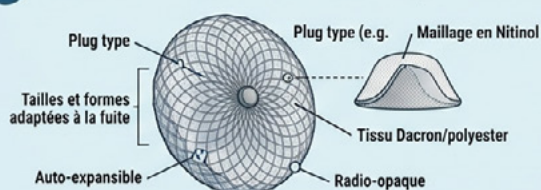


'FERMETURE PERCUTANÉE DE FUITE PÉRIPROTHÉTIQUE MITRALE : TRAITEMENT DE L'HÉMOLYSE MÉCANIQUE'

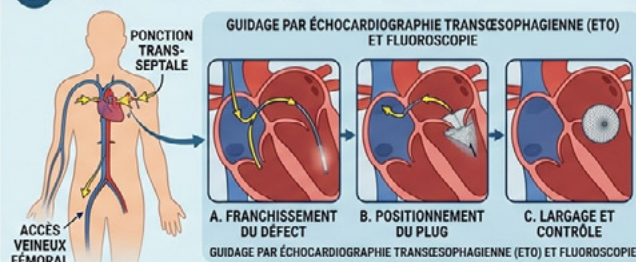
1. LE PROBLÈME : FUITE PÉRIPROTHÉTIQUE (FPP) ET HÉMOLYSE MÉCANIQUE



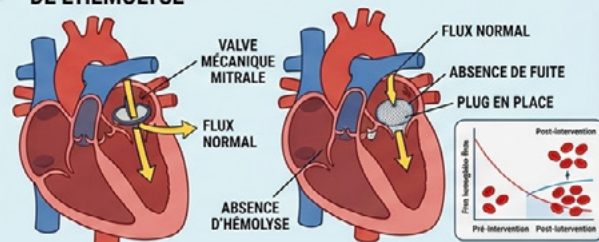
2. LE DISPOSITIF : PLUG DE FERMETURE (OCCLUDEUR)



3. LA PROCÉDURE : VOIE D'ACCÈS ET ÉTAPES



4. LE RÉSULTAT : CORRECTION DE LA FUITE ET ARRÊT DE L'HÉMOLYSE



Données transfusionnelles

Sur le plan transfusionnel, la patiente présente des **RAI positifs de type allo-anticorps (HALO)**, connues depuis mai 2025, témoignant d'une allo-immunisation secondaire aux transfusions antérieures. Cette situation complexifie la compatibilisation transfusionnelle et souligne l'exposition répétée aux produits sanguins.

Imagerie initiale

Sur le plan cardiologique, une échocardiographie transthoracique est réalisée dans un premier temps. Celle-ci ne met pas en évidence de dysfonction de la prothèse ni de fuite périprothétique. La fonction ventriculaire gauche est conservée.

Ce résultat est initialement rassurant et contribue à retarder l'orientation vers une cause mécanique.

Réévaluation diagnostique

Devant la persistance de l'hémolyse et l'aggravation clinique, marquée par une augmentation progressive des besoins transfusionnels, une réévaluation est décidée.

Une échocardiographie transœsophagienne est alors réalisée.

Cet examen met en évidence une **fuite mitrale périprothétique de haut grade**, avec un volume régurgitant estimé à 55 ml et une fraction de régurgitation de 55 %. Il existe également une élévation des pressions de remplissage gauches ainsi qu'une hypertension pulmonaire modérée.

La fonction ventriculaire gauche reste conservée, sans anomalie intrinsèque de la prothèse.

L'examen est confirmé au CHRU de Lille, permettant de retenir le diagnostic d'**anémie hémolytique mécanique secondaire à une fuite périprothétique mitrale**.

Évolution

L'évolution est marquée par une dépendance transfusionnelle progressive et sévère.

Entre octobre 2025 et février 2026, la patiente reçoit 33 concentrés globulaires. L'analyse de la cinétique transfusionnelle montre une augmentation régulière des besoins, atteignant environ deux transfusions hebdomadaires.

Cette progression témoigne d'une hémolyse active et persistante.

Dans ce contexte, une prise en charge spécialisée est organisée. La patiente bénéficie d'une correction de la fuite périprothétique au CHRU de Lille le 16 mars.

Discussion

Ce cas met en évidence plusieurs points essentiels.

Tout d'abord, l'absence de schizocytes n'exclut pas une hémolyse mécanique. Leur présence peut être inconstante, tardive et parfois limitée à des taux faibles. Une négativité répétée peut induire un faux sentiment de sécurité. Ensuite, l'échocardiographie transthoracique peut être insuffisante pour

détecter une fuite périprothétique. L'ETO constitue l'examen de référence.

Par ailleurs, la présence d'agglutinines froides à faible titre peut constituer un piège diagnostique, en orientant à tort vers une cause immunologique.

Enfin, la cinétique transfusionnelle apparaît comme un élément déterminant. L'augmentation progressive des besoins doit faire évoquer un mécanisme persistant. ■

Conclusion

Cette observation illustre une anémie hémolytique mécanique sévère dans un contexte trompeur.

Elle souligne l'importance :

- d'une approche globale et évolutive,
- de la prudence dans l'interprétation des marqueurs biologiques,
- et du recours précoce à l'ETO.

Points clés

- Absence de schizocytes possible
- ETT normale trompeuse
- Agglutinines froides non spécifiques
- Cinétique transfusionnelle essentielle
- ETO indispensable



Iatroprev : quand la coordination ville-hôpital devient un levier de sécurité médicamenteuse chez le sujet âgé

Docteur François RINALDI, Gérant de la PUI, Hôpital de Riaumont ;

Claire GIRAUD, IPA Gestionnaire de cas et Apolline MERCIER, Alternante en Coordination (CPTS Liévin Pays d'Artois)

La iatrogénie médicamenteuse n'est pas une fatalité. C'est pourtant l'une des causes évitables les plus lourdes de morbidité chez la personne âgée, en particulier chez les patients polymédiqués. Le sujet âgé de 75 ans et plus, porteur de comorbidités et soumis à des ordonnances parfois complexes, reste particulièrement exposé. La polymédication multiplie les risques d'interactions, de prescriptions inappropriées et d'effets indésirables évitables. Face à cette réalité, la question n'est plus de savoir s'il faut agir, mais comment structurer une réponse adaptée ?

C'est l'ambition de Iatroprev, expérimentation nationale lancée dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018. Porté par les CHU d'Amiens-Picardie et de Lille, avec le soutien de l'ARS, de l'Assurance Maladie et des URPS, il repose sur une conviction simple : l'optimisation médicamenteuse nécessite une concertation réelle entre professionnels hospitaliers et libéraux.

Cette approche répond à un besoin concret d'avoir un temps dédié. Les résultats de Iatroprev 1 (2021–2024) sont probants : 549 patients inclus, 7383 recommandations (15 par patient en moyenne). Elles concernent principalement les révisions thérapeutiques (63 %), le suivi clinico-biologique (26 %) et la vaccination (8 %). Le taux de suivi à 90 jours atteint 80 %, jusqu'à 89 % pour les révisions. Surtout, le taux de réhospitalisation à 30 jours est réduit à 4,4 % contre 11,6 % dans le groupe contrôle ($p = 0,003$).

Iatroprev 2, lancé le 1^{er} juillet 2025, étend l'expérimentation à 4 régions et 32 territoires, avec un objectif de 3085 patients. Les critères évoluent (âge ≥ 65 ans) et les modalités s'adaptent, notamment avec des RCP asynchrones et une meilleure articulation avec les dispositifs existants.

Un levier pour améliorer le parcours de soins

Sur le territoire de la CPTS Liévin – Pays d'Artois, en collaboration avec l'Hôpital de Riaumont, le déploiement s'inscrit dans un contexte de forte prévalence de pathologies chroniques et de tensions sur l'offre de soins. Le dispositif répond à des situations concrètes, où la iatrogénie s'inscrit dans des ordonnances non réévaluées. Il est perçu comme un levier pour améliorer la continuité du parcours, notamment pour faciliter la conciliation de sortie hospitalière avec les professionnels de ville.

Pour accompagner son appropriation, des soirées ville-hôpital ont été



organisées à l'Hôpital de Riaumont sous un format innovant d'escape game, favorisant les échanges interprofessionnels. Ce format, largement plébiscité, a permis de créer du lien et de rendre le dispositif plus concret et plus accessible.

Les premiers retours, issus d'entretiens anonymes réalisés dans le cadre d'un travail de recherche, confirment l'intérêt du dispositif. Malgré les ajustements

nécessaires au démarrage, la dynamique est engagée, les participants expriment l'envie que ce projet aille jusqu'au bout. Iatroprev s'impose ainsi comme un outil directement mobilisable dans la pratique quotidienne, pour structurer les échanges ville-hôpital et sécuriser la prise en charge des patients âgés polymédiqués, au cœur des enjeux actuels de pratique. ■

Concrètement, « comment ça marche ? »

Le patient hospitalisé est repéré éligible par l'équipe soignante (65 ans et plus, dix médicaments ou plus, médicament présentant une interaction médicamenteuse, médicament à marge thérapeutique étroite, nombreuses modifications thérapeutiques, événement iatrogène avéré ou potentiel). La coordinatrice de parcours – une infirmière en pratique avancée (IPA) – contacte alors le médecin traitant, le pharmacien d'officine, le pharmacien hospitalier et le gériatre pour organiser un temps d'échange court en visioconférence. Cette RCP de 15 à 20 minutes est le cœur du dispositif : les propositions d'optimisation sont discutées et validées collectivement. Un Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP) est remis à tous les acteurs. Le suivi est assuré à 90 jours.

La recherche clinique en cancérologie : rendre accessible l'innovation thérapeutique

Docteur Vincent LEROY, oncologue

Depuis 2019, l'activité d'oncologie thoracique au sein de la clinique Teissier s'intensifie chaque année. En 2024, plus de 6 000 poches de chimiothérapies ont été délivrées chez 387 patients suivis régulièrement. Cette croissance a nécessité la structuration de l'activité du service d'oncologie thoracique, la réalisation d'un parcours patient dédié coordonnant l'ensemble des professionnels de santé impliqués : chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes, radiologues, médecins nucléaires...

En parallèle, l'accès à l'innovation faisant partie intégrante d'une prise en charge oncologique de qualité selon les critères INCA, l'équipe médicale et paramédicale, soutenue par la direction de la clinique, a développé l'accès aux essais thérapeutiques. Un des leviers essentiels à ce développement fut l'adhésion de l'établissement au réseau StaRCC (Structuration de l'Activité de Recherche Clinique en Cancérologie). Réseau né en 2017 de la volonté du GIRC Nord-Ouest à mieux utiliser les fonds EMRC (Équipe Mobile de Recherche Clinique) délivrés par le ministère. Ce réseau a permis la mise à disposition progressivement croissante de temps ARC (attaché(e)s de recherche clinique), ce sont les garants de la qualité de la conduite de l'étude.

L'équipe a d'abord participé à des essais non interventionnels (études en vie réelle, observatoires rétrospectifs...)

puis progressivement à des études interventionnelles (Type RIPH ie recherche impliquant des personnes humaines niveaux 1 et 2) permettant l'accès à des traitements et/ou à des stratégies non actuellement disponibles dans le cadre des pratiques habituelles. Ces essais étant promus, soit par des groupements d'experts nationaux ou internationaux (recherche académique), soit par l'industrie pharmaceutique dans le cadre du développement de nouveaux médicaments.

La clinique Teissier, parmi les leaders régionaux

C'est ainsi que l'équipe de la clinique Teissier a pu donner accès à certains de ses patients au Tarlatamab, un nouveau médicament améliorant le traitement du cancer pulmonaire à petites cellules avancé (maladie pour laquelle le traitement n'avait que relativement très peu évolué ces dernières années) ou à de



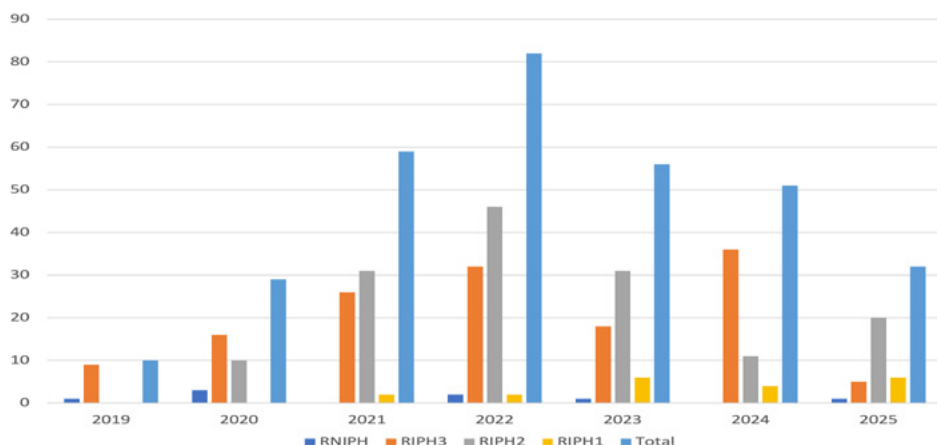
nouvelles stratégies multimodales : prises en charge péri-opératoires ou schémas multimodaux associant chimiothérapie, immunothérapie et radiothérapie pour le cancer pulmonaire localement avancé non métastatique. Plus d'une centaine de patients ont pu participer à un programme de dépistage du cancer du poumon par détection de composés organiques volatiles (programme promu par le CHU de Lille).

Depuis 2019, ce sont ainsi plus de 300 patients qui ont bénéficié de la recherche clinique dans une équipe renforcée de 0,2 ETP à 1,5 ETP d'attachées de recherche clinique depuis juin 2025, faisant de la clinique Teissier un des leaders en termes d'inclusions en recherche clinique dans la région des Hauts-de-France.

Le déploiement de cette activité de recherche a engendré d'autres effets vertueux collatéraux : ruissellement sur la qualité du soin courant, cohésion des équipes, recrutement et fidélisation des praticiens médicaux, interactions avec les équipes des établissements de santé de proximité, rayonnement de l'établissement et du groupe...

La recherche clinique en cancérologie fait partie intégrante de la prise en charge des patients et n'est pas exclusivement réservée aux centres universitaires ou centres de lutte contre le cancer. Son déploiement dans des centres périphériques permet de rendre l'innovation thérapeutique plus accessible tout en améliorant le perfectionnement des équipes médicales et paramédicales. ■

Clinique Teissier : 03 27 14 24 34.



Nombre d'inclusions et répartition des études cliniques à la clinique Teissier de 2019-2025



Christophe VERSAEVEL, docteur et auteur

Psychiatre au sein du Groupe AHNAC, père de deux enfants de 17 et 19 ans qui ont testé l'ouvrage (et approuvé), le docteur Christophe VERSAEVEL vient de sortir un livre en auto-édition, « L'Île aux écrans », chez Amazon.

Pourquoi ce livre ?

« Je suis des patients avec lesquels je travaille la régulation des émotions. Je suis aussi auteur de programmes de e-santé, sur le stress et l'anxiété. Avec ce livre, je n'ai pas voulu écrire un énième discours alarmiste sur les écrans. J'ai voulu créer un outil utile, concret et accessible, pensé avant tout pour celles et ceux qui souffrent réellement de leur relation au téléphone, aux réseaux sociaux, aux jeux vidéo ou aux plateformes numériques. Derrière cette problématique devenue un véritable enjeu de santé publique, il y a souvent des adolescents, des parents, des étudiants ou des adultes qui se sentent dépassés, épuisés, prisonniers d'habitudes qu'ils ne comprennent pas.

En tant que psychiatre, j'ai voulu mettre dans ce livre toute mon expérience clinique de terrain. J'y partage de nombreuses vignettes cliniques inspirées de situations réelles, avec des personnages auxquels chacun peut facilement s'identifier. Au fil des pages, on suit leur parcours, leurs difficultés, leurs rechutes, mais aussi leurs prises de conscience et leurs progrès. L'objectif n'est jamais de culpabiliser, mais de comprendre pourquoi les écrans deviennent parfois si difficiles à lâcher, surtout lorsqu'ils servent à calmer le stress, la solitude, l'ennui, l'anxiété ou le mal-être.

J'ai aussi voulu un livre vivant et facile à lire. Les chapitres sont courts, rythmés et conçus pour pouvoir être lus progressivement, en dix ou quinze minutes par jour, afin d'éviter un contenu trop dense ou décourageant. Chaque partie apporte des explications simples sur le fonctionnement du cerveau, des émotions et des mécanismes de l'attention, mais surtout des outils concrets pour reprendre progressivement le contrôle. Le lecteur y trouvera des tests pour mieux se situer, des exercices pratiques pour expérimenter directement certaines stratégies, ainsi que des pistes de réflexion pour retrouver un rapport plus apaisé avec les écrans. Car comprendre ne suffit pas toujours : il faut aussi vivre des expériences nouvelles, apprendre à réguler ses émotions autrement et retrouver du plaisir en dehors du numérique.

Ce livre est avant tout une main tendue : un compagnon de route pour aider chacun à reprendre sa liberté sans se faire violence. »

Des projets ?

« Une thérapie de groupe, sur le sujet des écrans, à l'étude avec le psychologue Mohamed KASSOU, au CSAPA Le Phénix. »

La plume le taquinant aussi au-delà des murs de l'hôpital, qui sait si on verra un jour le Docteur VERSAEVEL publié au rayon des thrillers psychologiques ? ■



**Docteur
Christophe
VERSAEVEL**



Disponible sur
Amazon.fr
342 pages - 16,90€

EN BREF

Certifications réussies pour la Polyclinique d'Hénin-Beaumont et l'Hôpital de Riaumont.

La Haute Autorité de santé a certifié la **Polyclinique d'Hénin-Beaumont** avec la mention « **Haute qualité des soins** », la plus haute distinction attribuée à un établissement de santé, avec un score de **97,64 %**.

L'**Hôpital de Riaumont** a obtenu la certification « **Qualité des soins confirmée** », délivrée par la Haute Autorité de santé, avec un très bon score de **93 %**.

Ces reconnaissances témoignent d'un engagement de l'ensemble du personnel, mobilisé avec rigueur pour atteindre les objectifs fixés par le nouveau référentiel de certification.



Télé-expertise médicale : le Groupe AHNAC vous accompagne dans votre pratique

Les médecins du Groupe AHNAC sont sur Omnidoc, la plateforme de télé-expertise médicale sécurisée. Vous avez une question sur un cas clinique ? Prenez l'avis d'un de nos praticiens via la plateforme.

Les avantages :

- appui à la décision médicale grâce à un avis rapide, spécialisé, sur un cas clinique
- échange fluide, sans contrainte organisationnelle
- amélioration de la coordination des soins

Nos établissements sont déjà actifs sur plusieurs spécialités :

Polyclinique et Maternité de La Clarence – Divion

Cardiologie – Gynécologie – Obstétrique – Sénologie

Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Diabétologie – Endocrinologie – Urologie

Hôpital de Riamont – Liévin

Cardiogériatrie – Cardiologie – Endocrino-diabétologie – Gériatrie globale – Maladies infectieuses et tropicales – Oncogériatrie – Psychogériatrie – Soins palliatifs

HAD du Hainaut – Valenciennes

Demandes d'admission – Avis plaies et cicatrisation

Clinique Teissier – Valenciennes

Pneumologie générale – Oncologie thoracique



Nos médecins en parlent...

Docteur Martin LORETTE, urologue à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont, de La Clarence (Divion) et à l'Hôpital de Riamont (Liévin)

Au sein de notre équipe, la confraternité et l'échange direct ont toujours été au cœur de notre pratique. Cependant, avec l'accélération des sollicitations, les échanges téléphoniques avec nos confrères de ville/correspondants médicaux deviennent difficiles à concilier avec nos programmes opératoires et nos consultations. Le déploiement d'Omnidoc nous a permis de préserver ce lien précieux tout en le modernisant.

Une collaboration plus fluide avec la médecine de ville

Le passage à la télé-expertise nous permet de sortir de l'urgence de l'appel téléphonique pour entrer dans un temps médical choisi. Pour le médecin traitant ou l'infirmière, c'est l'assurance d'une réponse écrite, réfléchie et tracée, sans la crainte de nous interrompre. Pour nous, c'est la garantie de recevoir d'emblée les éléments cliniques essentiels (biologie, imagerie), ce qui rend notre conseil bien plus précis.

L'anticipation au service du patient

L'un des grands bénéfices est l'optimisation du parcours de soins. Prenons l'exemple d'une suspicion de tumeur rénale ou d'une hématurie : l'échange sur la plateforme nous permet de prescrire les examens complémentaires indispensables en amont de la rencontre. Le jour de la consultation, le bilan est déjà prêt, la décision thérapeutique est prise plus tôt, et l'anxiété du patient est écourtée.

Un rempart contre l'engorgement des urgences

Enfin, cette réactivité numérique joue un rôle clé dans la régulation des soins. Qu'il s'agisse d'une interrogation sur un drainage urinaire ou d'une situation clinique incertaine, un avis rapide permet souvent d'éviter un passage aux urgences non justifié. On sécurise la prise en charge à domicile et on ne sollicite l'hôpital que lorsque cela est strictement nécessaire.

En somme, cet outil ne remplace pas notre dialogue, il le structure pour le rendre plus efficace et plus humain, tant pour les soignants que pour nos patients.



Docteur Christophe MARESCAUX, gériatre à l'Hôpital de Riamont (Liévin)

Un outil au service de l'intérêt du patient

Omnidoc permet à tout médecin généraliste de nous contacter facilement afin de discuter sans urgence d'une situation médicale ou d'une orientation possible.

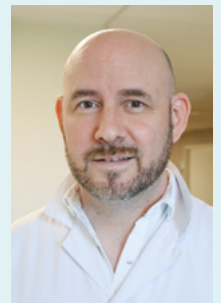
À titre d'exemple, un confrère nous a joints afin d'échanger sur un de ses patients sorti récemment d'hospitalisation en court séjour gériatrique et dont l'état général et d'autonomie continuait à se dégrader au domicile. En discutant sur Omnidoc, nous avons convenu ensemble de la pertinence d'une orientation vers l'USLD : j'ai alors fait le lien avec ma consœur responsable de cette unité, afin d'obtenir sa validation quant à la pertinence de l'admission dans son unité, transmis les informations concernant la patiente ainsi que les coordonnées de la famille pour que le service administratif de l'établissement puisse prendre contact.

En retour, sur Omnidoc, j'ai pu indiquer au médecin généraliste la place disponible et les éléments attendus, notamment qu'il effectue une demande d'admission sur Viatrajectoire grand âge, afin que le service puisse organiser la pré-admission dans les plus brefs délais.

Cela a permis **une action plus rapide** et a permis d'apporter **une solution adaptée** à la difficulté de gestion de la situation par la famille de la patiente au domicile.

D'autres confrères nous ont sollicités pour nous questionner sur des adaptations de doses de traitement par exemple, ou sur l'orientation dans la filière gériatrique la plus adaptée à la situation clinique de leurs patients.

Omnidoc est un outil **simple, rapide** pour lequel nous essayons d'être très réactifs dans nos réponses. L'intérêt c'est que tout praticien avec un numéro RPPS peut se créer un compte Omnidoc pour l'utiliser. »



OMNIDOC

EN QUELQUES MOTS

Omnidoc est une plateforme de téléexpertise qui permet aux médecins d'échanger des avis cliniques rapidement et en toute sécurité.



Le principe est simple :

- Un médecin pose une question clinique à un confrère via la plateforme
- Le confrère répond dans un délai court
- Chaque échange est sécurisé et confidentiel

Concrètement, pourquoi l'utiliser ?

- Accéder à une expertise rapide sur un cas clinique
- Créer du lien entre confrères
- Chaque téléexpertise est valorisée :
 - 10 € pour le médecin demandeur
 - 20 € pour le médecin répondant



S'INSCRIRE SUR OMNIDOC

Retrouvez le tuto
via ce QR Code



Conception : Service communication - Groupe AHNAC - Février 2026 - Ne pas jeter sur la voie publique



MédicalMag

est un magazine du Groupe AHNAC

Parution bi-annuelle, 2 260 exemplaires.
Directeur de la publication : Olivier DEVRIENDT.
Crédits photos : Laurent Ghesquiere, Groupe AHNAC, AdobeStock. Conception et réalisation : Agence Audace, Direction de la Communication du Groupe AHNAC.

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 réadaptation « Les Hautois » - Clinique Teissier - Polyclinique du Ternois - Centre de psychothérapie « Les Marronniers » - 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.

