

### CRISE DANS LES SOINS DE SANTÉ?

Ce qui était initialement un petit déclin de la conjoncture s'est finalement mué en la plus profonde crise financière depuis le crash de Wall Street en 1930. Il semble impossible d'équilibrer un budget, l'économie se tasse et la dette publique augmente.

À première vue, la crise semble pourtant épargner les soins de santé. Toutefois, dès l'année prochaine, diverses mesures d'économies sont à craindre.

Le triomphe de l'individualisme est à la haute conjoncture ce que le penchant croissant pour la solidarité est à la crise. L'on attend de l'état si souvent vilipendé davantage d'initiatives. Les banques récemment privatisées reviennent en partie aux mains du public et une grande majorité de l'opinion publique préférerait même une nationalisation complète. Cette tendance se poursuit d'ailleurs aux États-Unis, où la Health Care Reform (réforme des soins de santé) d'Obama est le sujet à la mode. Un des piliers de cette réforme consiste en un glissement de l'assurance maladie essentiellement privée vers une assurance maladie davantage publique. En 2005, l'administration américaine endossait environ 45 % des dépenses liées à la santé ; tandis que l'administration belge en supportait environ 72 %. Aux USA, pays le plus traditionnellement marqué par le libre-échange dans les soins de santé, là où l'homme est considéré comme un produit économique, nonante millions de personnes se sont retrouvées au moins un moment sans assurance maladie en 2007. Pourtant, en 2005, les USA ont consacré quelque 15,3 % de leur PNB aux soins de santé (contre environ 10,3 % en Belgique). En 2005, les dépenses pro capita s'élevaient à près du double des dépenses belges et de la plupart des pays européens. Les frais généraux des hôpitaux avoisinent les 20 % (environ 6 % en Belgique). Si la qualité globale des soins de santé se mesure en termes de résultat, de rentabilité et de disponibilité réelle pour la population, notre pays occupe une bien meilleure position que le géant outre-atlantique.

Il semble donc que les Américains, qui commencent à entrevoir les aberrations de leur système de soins de santé, évolueront plutôt vers le modèle européen, juste au moment où certains pays européens sont enclins à introduire plus de libre-échange dans les soins de santé. Matière à réflexion.

**Serge VANDERSCHUEREN**  
Directeur médical



REVUE  
SCIENTIFIQUE  
ACTA GROENINGE

N° 11

JUIN 2009

### CHIRURGIE PERCUTANÉE DU PIED

La chirurgie percutanée du pied est une nouvelle technique appliquée de manière régulière à l'aiz Groeninge. Cette technique permet de pratiquer des opérations du pied telles que les corrections d'orteil en marteau et de hallux valgus via des incisions de 2 à 3 mm.

A l'instar des autres branches de la chirurgie, on constate en orthopédie une évolution vers des techniques de moins en moins invasives. Dans de nombreux cas, ces techniques sont devenues la nouvelle référence, comme par exemple la reconstruction sous arthroscopie d'un ligament croisé antérieur dans la chirurgie du genou. De par son approche minimale invasive, la chirurgie percutanée du pied offre de multiples avantages dans différentes affections du pied. Elle entraîne moins de dommages au niveau des tissus mous, si bien que le patient guérit plus efficacement et peut suivre une rééducation plus rapide. En raison des incisions plus petites, le risque

d'infections et de problèmes de cicatrisation est moindre. Les petites plaies représentent aussi un avantage esthétique par rapport aux plus grandes plaies qui résultent d'une opération. Comme les tissus mous offrent une certaine stabilité, il n'est souvent pas nécessaire de placer du matériel d'ostéosynthèse. Les complications induites par ce type de matériel sont dès lors évitées. Tous les problèmes de pied ne peuvent cependant pas être résolus de cette manière.

Même si cette méthode a pris naissance dans les milieux de la podiatrie, nous voyons en ces différentes techniques innovantes un complément idéal de notre "arsenal chirurgical". En outre, si elle est utilisée de façon réfléchie, cette méthode ne peut que profiter au patient.

**Dr Frederick MICHELS**  
**Dr Jan VANDER BAUWHEDE**  
Service d'orthopédie

### MALADIES BULLEUSES AUTO-IMMUNES

Divers chercheurs du St John's hospital for skin diseases (St Thomas' hospital, Guy's hospital, University of London) se penchent depuis plusieurs décennies sur les maladies bulleuses, de nature aussi bien congénitale qu'acquise. Entre-temps, nous sommes parvenus, avec quelques autres centres dans le monde, à identifier de nombreux auto-antigènes de ces maladies bulleuses auto-immunes et à simplifier par conséquent la classification de ces maladies. Ceci a également permis de mener des études restreintes sur le comportement clinique et la réponse au traitement pour chacune des maladies.

Les principaux groupes de maladies bulleuses auto-immunes sont le pemphigus, la pemphigoïde, la dermatose à IgA linéaire, la dermatite herpétiforme et l'épidermolyse bulleuse acquise.

En outre, on a développé des techniques visant à accélérer et objectiver le diagnostic de ces maladies (immunofluorescence directe et indirecte) et de le spécifier par "fine-tuning" (par l'utilisation de différents substrats tels que de la peau humaine normale, l'œsophage

de singes et la vessie de rats) ; depuis, les experts tentent également d'examiner si des techniques comme ELISA sont susceptibles de prévoir les récurrences.

Ces techniques diagnostiques font depuis lors l'objet d'un consensus mondial et de nombreuses études : on dispose néanmoins encore de trop peu d'études randomisées en ce qui concerne le traitement, surtout des dermatoses bulleuses auto-immunes plus rares. De plus, chaque patient doit être examiné de façon distincte en fonction de l'étendue de la maladie, de la réponse variable au traitement et des effets indésirables potentiels.

Des recherches sont toujours en cours sur l'immunopathogenèse de ces dermatoses et nous permettront avec le temps d'en savoir encore plus sur la biologie de la peau.

**Dr Sabine REYNAERT**  
Service de dermatologie

## LA RENAISSANCE DE LA RHUMATOLOGIE

La rhumatologie moderne est à mille lieues de la discipline qu'elle était il y a dix ans. Tant les théories ayant trait aux fondements des véritables affections rhumatismales inflammatoires – comme l'arthrite rhumatoïde et les spondylarthropathies – que les soins et la prise en charge globale ont complètement changé. L'introduction des agents biologiques (ou "biologicals") nous permet d'en apprendre davantage sur le fonctionnement et la complexité de notre système immunitaire. Ceci ouvre des perspectives vers de nouvelles connaissances et la lutte contre d'autres maladies auto-immunes liées. L'avènement des thérapies biologiques a démontré que ces affections chroniques résultent d'un déséquilibre dans le profil cytokinique propre à notre corps. Ce déséquilibre est responsable d'une inflammation persistante, qui induit des changements au sein de l'articulation, eux-mêmes responsables de la perte fonctionnelle du patient. L'inhibition sélective au moyen d'un anticorps monoclonal - antagonistes du facteur de nécrose tumorale, antagonistes de l'interleukine-6, antagonistes de l'IL-1, antagonistes du CD-20 – d'une cytokine spécifique, peut rétablir l'équilibre entre les cytokines pro-inflammatoires et anti-inflammatoires. Cet équilibre restitué entraîne une récupération de l'homéostasie d'origine dans l'articulation et a pour effet de calmer et de freiner les dommages.

Dans les affections articulaires inflammatoires chroniques classiques, les déséquilibres cytokiniques ne sont cependant pas les seuls à jouer un rôle. D'autres processus destructeurs contribuent au développement de dommages, notamment par une reconstruction tissulaire inadaptée. Une destruction et une réparation anormale interviennent dans les trois affections rhumatismales classiques.

Le tableau clinique et radiologique de chaque patient individuel est déterminé par cette destruction et cette réparation anormale, en mettant l'accent sur l'un de ces tableaux. A l'avenir, on parlera davantage d'arthrite destructrice ou de remodulation avec, en fonction de cela, des projets de thérapies individuelles. Par ailleurs, d'autres variables internes et psychosociales doivent être évaluées et éventuellement influencées. L'approche du rhumatologue est dès lors une prise en charge globale, qui repose obligatoirement sur un modèle pluridisciplinaire. Au sein de ce modèle, l'infirmière en rhumatologie occupe un rôle central en tant que coordinatrice de tous les services paramédicaux : kinésithérapie, psychologie, service social, ONEM et autres instances.

**Dr Klaas VANDEVYVERE**  
*Service de rhumatologie*

## DÉVELOPPEMENTS DANS L'OFFRE THÉRAPEUTIQUE POUR LES ADULTES PRÉSENTANT DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES DANS LES SERVICES D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE DE L'aIZ GROENINGE

Cet article décrit les traitements psychologiques développés récemment à l'attention d'adultes (15 à 65 ans) présentant un trouble lié à l'utilisation de substances, tels qu'ils sont développés depuis plusieurs mois dans les services de traitement de DAM et de BRES.

**DAM:** service de traitement pour adultes (15 à 65 ans) ciblé sur les troubles du comportement et les troubles liés à l'utilisation de substances

**BRES:** hôpital de jour psychothérapeutique ayant 3 groupes cibles: anxiété et humeur / troubles liés à l'utilisation de substances / seniors

La clé pour la mise en adéquation des différentes visions et différents traitements au sein des services de BRES et de DAM est la concertation pluridisciplinaire, qui vise à établir un plan de traitement uniforme et personnalisé pour chaque patient, avec des objectifs de traitement par phases. La durée d'une cure de désintoxication moyenne au service de DAM est de maximum 6 semaines; à l'hôpital de jour psychothérapeutique de BRES, elle peut atteindre 6 à 12 semaines. Le principal objectif de ces services est l'arrêt complet de la consommation d'alcool et/ou de médicaments. Pour y arriver, on travaille surtout sur la prise, la confirmation et le maintien de la décision d'arrêter. Ce processus de renforcement de la motivation est crucial dans le traitement. Le traitement au service de DAM comprend 4 phases : Une période de détoxification et d'observation. Pendant la phase de traitement, on aborde les changements nécessaires pour accroître les chances de mener une vie ultérieure dans l'abstinence. Durant la phase de départ du service, le retour au domicile est préparé de manière concrète et intensive. Le traitement de jour implique la poursuite du traitement instauré au

sein du service de BRES, à raison de 2 jours/semaine. Pour les soins ultérieurs, on fait ensuite appel au programme 'substances' de l'hôpital de jour psychothérapeutique de BRES. Un traitement contre l'utilisation de substances peut toutefois aussi être initié au sein du service de BRES.

Le traitement de personnes souffrant de troubles liés à l'abus de substances est un sujet passionnant qui est en pleine évolution en psychiatrie. Ce traitement implique une approche pluridisciplinaire et biopsychosociale. Une attitude empathique et motivante, de même que de bonnes connaissances des faits et chiffres mènent parfois à des résultats étonnamment positifs et nous font oublier le défaitisme avec lequel le traitement de ces troubles était autrefois considéré. Ceci signifie que de nouveaux investissements dans l'équipe de traitement pluridisciplinaire par le biais de formations devront être envisagés en priorité durant les prochaines années.

**Dr Wim LECOT,**  
Psychiatre, service de traitement de DAM, coordinateur médical, hôpital de jour de BRES

**M. Frederiek DUMAREY,**  
Psychologue clinique, service de traitement de DAM

**Mme Joke PILLE,**  
Psychologue clinique, coordinatrice de BRES

**M. Dirk VANMARCKE,**  
Infirmier en chef, service de traitement de DAM

**Mme Annelies GUNST,**  
Assistance sociale, service de traitement de DAM

**Mme Petra VANDEWYNCKELE,**  
Infirmière sociale, service de traitement de DAM

**Equipe Ergo Psychiatrie aiz Groeninge**