

Erasme & vous

Périodique interne de l'Hôpital Erasme Mars 2013 # 5

.....
**Don de sperme,
passez à l'acte !**
.....

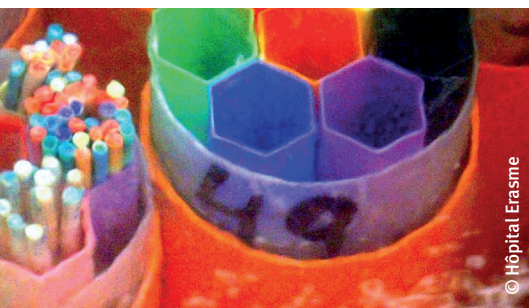
**Neurones,
mon beau miroir ...**
.....

**Paola Scontrino,
« un parcours
spécial »**
.....

Hôpital
Erasme



ULB



Quatre-vingt projets sur le métier 2013 s'annonce l'année des concrétisations

Comex afin de permettre les arbitrages nécessaires à leur bon déroulement. Le bilan des réalisations 2012 se caractérise par la mise en place des pré-requis nécessaires au déploiement concret en 2013 et 2014. En voici quelques exemples. En gastroentérologie, l'activité endoscopique de routine se renforce grâce à une visibilité interne et externe accrues. Un aménagement des espaces permettra un meilleur accueil des patients. En médecine interne, le traitement de certaines maladies rares augmente le nombre de consultations. La création d'un registre patients y participe et favorise par ailleurs la recherche, tout comme le Programme de Revalidation pulmonaire en Pneumologie. En cardiologie, un programme de traitement des thromboses et de gestion de l'anti-coagulation développe des outils pour améliorer les choix thérapeutiques en cohérence avec le développement de la pharmacie clinique. La gynécologie s'est attelée à fournir un contenu à jour de ses pages sur le web et la Clinique de Fécondation In Vitro revoit ses procédures administratives et de facturation, tout en accroissant le volume de son activité. En anesthésiologie, une étude auprès de la patientèle est menée pour aboutir à un meilleur traitement de la douleur. Un centre de médecine générale proche de l'hôpital va voir le jour pour désengorger les urgences.

L'acquisition d'automates à la pharmacie et pour les urgences se prépare afin de faciliter la préparation, la distribution et la facturation des médicaments. Les laboratoires seront audités en vue de leur accréditation. De nouveaux tests de biologie moléculaire oncologique sont développés. Certains projets touchent l'ensemble des services. L'envoi de sms, pour rappeler les rendez-vous de consultation, donne des résultats probants en liaison avec Ultragenda étendu aux services médicaux et médico-techniques. Une cellule centralisée des coordinatrices en trajets de soins a été créée. Un guide des bonnes pratiques à leur attention sera édité. L'optimisation d'Ultragenda s'accompagne de la création

Entre Nous

p. 2

Don de sperme, passez à l'acte p. 3

Neurones, mon beau miroir p. 4

Documentaire TV sur la transplantation à Erasme p. 6

Paola Scontrino, « un parcours spécial » p. 7

Le psychodrame thérapeutique p. 8

L'hôpital connaît désormais une meilleure santé financière. Son plan de redéploiement développe l'activité en accord avec la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Quatre-vingt projets sont sur le métier afin de développer activités médicales et améliorer l'accueil des patients. Renforcer l'attractivité de l'hôpital et sa notoriété - tout en garantissant l'équilibre économique - assurent la pérennité de l'institution. Les équipes « projets » mobilisent près de 300 acteurs, tous départements confondus. Sur le terrain, les choses peuvent sembler complexes au sortir du plan de redressement. Les investissements requièrent encore prudence et vigilance. Prioriser devient donc le maître-mot. Mais la motivation des chefs de projet et de leurs équipes reste au rendez-vous.

La multiplicité et la variété des projets nécessitent une méthodologie appropriée pour fournir les résultats attendus sans conséquences collatérales négatives. Celle-ci est maintenant bien connue et maîtrisée par les chefs de projet. Ils se heurtent néanmoins à la difficulté majeure de combiner le travail quotidien avec la charge de travail supplémentaire pour piloter le projet. Pour l'aider dans cette tâche, le Program Management Office (PMO), met à sa disposition des outils et son expertise. Des réunions périodiques sont organisées et permettent l'échange des bonnes pratiques et la mise en commun de résultats. L'état d'avancement des projets est présenté bimensuellement au Comité exécutif ou

d'indicateurs permettant de visualiser l'occupation réelle des locaux. Une procédure facilitant la planification des hospitalisations est en cours de développement. Des tableaux de bords sont mis à disposition des chefs de services pour faciliter le pilotage. La facturation s'est vue optimisée par la généralisation de l'usage de Teleform qui scanne automatiquement les feuilles de prestations et évite leur encodage.

Le Département des Ressources humaines dispose d'un nouvel organigramme. Harmonisation des descriptions de fonctions, mise en place d'une procédure standard pour les ouvertures de postes, processus d'évaluation pour les cadres administratifs, paramédicaux et techniques, en période d'essai ou probatoire, déploiement de l'usage de StaffPlanner pour la gestion des congés, préparation d'un logiciel de paie plus performant sont quelques-uns des objectifs déjà atteints. Des réflexions sont aussi menées pour favoriser le recrutement et la rétention de médecins. La dynamique de redéploiement est bel et bien lancée.

Vu l'ensemble des préparatifs, 2013 s'annonce l'année des concrétisations.

Nicolas Claus,
Program Manager

Julien Dugauquier,
Project Manager



Julien Dugauquier,
Nicolas Claus © DR

Cellule PMO

Julien Dugauquier, Project Manager
T 02 555 48 16
julien.dugauquier@erasme.ulb.ac.be

Nicolas Claus, Program Manager
T 02 555 49 95
nicolas.claus@erasme.ulb.ac.be

Les enfants ne naissent pas dans les choux ...

Appel aux candidats donneurs de sperme.
Une nouvelle campagne de sensibilisation de la Clinique de Fertilité



De nombreux couples font chaque année appel aux centres de procréation médicalement assistée pour concrétiser leur projet parental. Parfois, le recours à du sperme de donneur est proposé par l'équipe de la Clinique de Fertilité. C'est le cas lorsque le partenaire masculin présente une stérilité définitive, avec absence de spermatozoïdes (azoospermie). En présence d'anomalies très sévères du sperme (oligoasthénospermie extrême), certains couples, trouvant les techniques de fécondation in vitro (FIV) trop lourdes, peuvent préférer le recours à un don de sperme. C'est une alternative qui peut également être envisagée lors d'échecs répétés de FIV.

Le recours au don de sperme peut être proposé en raison d'un risque élevé de transmission paternelle d'une maladie génétique rare inaccessible au diagnostic préimplantatoire ou prénatal. Le recours au don de sperme est par ailleurs pratiqué dans le cadre de demandes de procréation assistée pour des femmes homosexuelles ou célibataires, comme la presse française s'en fait largement l'écho ces dernières semaines à l'occasion du débat, loin d'être clos, sur l'accès à la PMA pour les couples lesbiens.

Qui sont les donneurs ?

Les donneurs sont des hommes de 18 à 44 ans en bonne santé. A l'Hôpital Erasme, les candidats donneurs ont trois rendez-vous planifiés sur la même matinée. Chez la psychologue, l'entretien apprécie l'équilibre général des donneurs et leur motivation. Au laboratoire d'andrologie, un échantillon de sperme est demandé pour évaluer la normalité des critères de fécondabilité de celui-ci, soit des paramètres normaux pour le nombre, la mobilité et la morphologie des spermatozoïdes, ainsi que la résistance de l'échantillon aux

techniques de congélation-décongélation. Une consultation médicale évalue les antécédents médicaux personnels et familiaux du candidat donneur ainsi que son mode de vie et s'assure de l'absence de pathologie transmissible infectieuse ou génétique. La législation belge y est également expliquée. Les caractéristiques physiques des donneurs (taille, couleur des yeux, couleur des cheveux, origine) et leur groupe sanguin sont notés en vue de l'appariement ultérieur des donneurs aux couples receveurs. Les donneurs signent un formulaire de consentement préalable aux dons. Si la candidature du donneur est acceptée, un deuxième rendez-vous sera prévu au laboratoire d'andrologie au cours duquel son échantillon de sperme sera congelé. Une première prise de sang avec bilan infectieux et génétique est réalisée ainsi qu'une analyse d'urines permettant d'exclure un portage de chlamydia. Il est possible que les résultats de ce bilan aboutissent à une contre-indication au don. Le candidat donneur en est alors informé et orienté, s'il le souhaite, vers des consultations en pathologie infectieuse ou génétique. Si la candidature du donneur est retenue, les rendez-vous ultérieurs sont programmés au laboratoire d'andrologie à une fréquence maximale de deux fois par mois. Une prise de sang est demandée environ tous les six mois afin de contrôler l'absence de maladies infectieuses potentiellement transmissibles. Une analyse d'urine est demandée systématiquement pour exclure un portage chlamydia.

La banque de sperme :

10 ans de pouvoir fécondant en cuves
Pour la congélation, le sperme est mélangé à un milieu contenant un agent cryoprotecteur et réparti dans des paillettes de 0.25 à 0.5 ml,

conservées dans des cuves contenant de l'azote liquide à -196°C . Les spermatozoïdes humains peuvent être conservés pendant plus de 10 ans sans altération de leur pouvoir fécondant.

Les paillettes ne sont utilisées qu'après contrôle des sérologies infectieuses du donneur, au moins six mois après le don. On parle de période de quarantaine. C'est un des critères de sécurité sanitaire indispensables avant toute utilisation du sperme. Les paillettes sont identifiées par deux systèmes de repérage indépendants, l'un basé sur la couleur de leur bouchon, l'autre sur un code numérique inscrit sur chacune d'entre elles. Ce double système offre une très grande sécurité.

L'appariement

Le choix du donneur est la responsabilité de l'équipe médicale. Il se fait sur base d'une série de caractéristiques physiques (origine, couleur et texture des cheveux, couleur des yeux, taille) et biologiques (groupe sanguin). Celles-ci sont appariées aux caractéristiques physiques et biologiques du futur père de sorte que l'enfant à venir ne puisse exprimer des caractéristiques physiques qui ne pourraient provenir des parents qui l'élèvent.

Que dit la loi ?

La loi de 2007 relative à la procréation assistée reconnaît la légitimité du don de gamètes (ovocytes ou sperme) et en établit les règles de filiation.

Le donneur de gamètes est défini comme une personne cédant par convention avec un centre de fécondation in vitro, des gamètes pour qu'ils soient utilisés au cours d'une PMA chez des receveurs de gamètes sans qu'aucun lien de filiation ne puisse être établi entre l'enfant à naître et le donneur. Le don de sperme est anonyme et le centre de procréation assistée consulté est tenu de

rendre inaccessible toute donnée permettant l'identification du donneur. Ceci signifie que le donneur n'a pas accès à l'identité des receveurs et qu'inversément ni les parents receveurs, ni les enfants issus du don ne peuvent avoir accès à l'identité du donneur.

La commercialisation des gamètes humains est interdite. Néanmoins, une indemnité qui couvre les frais de déplacement ou de perte de salaire est autorisée.

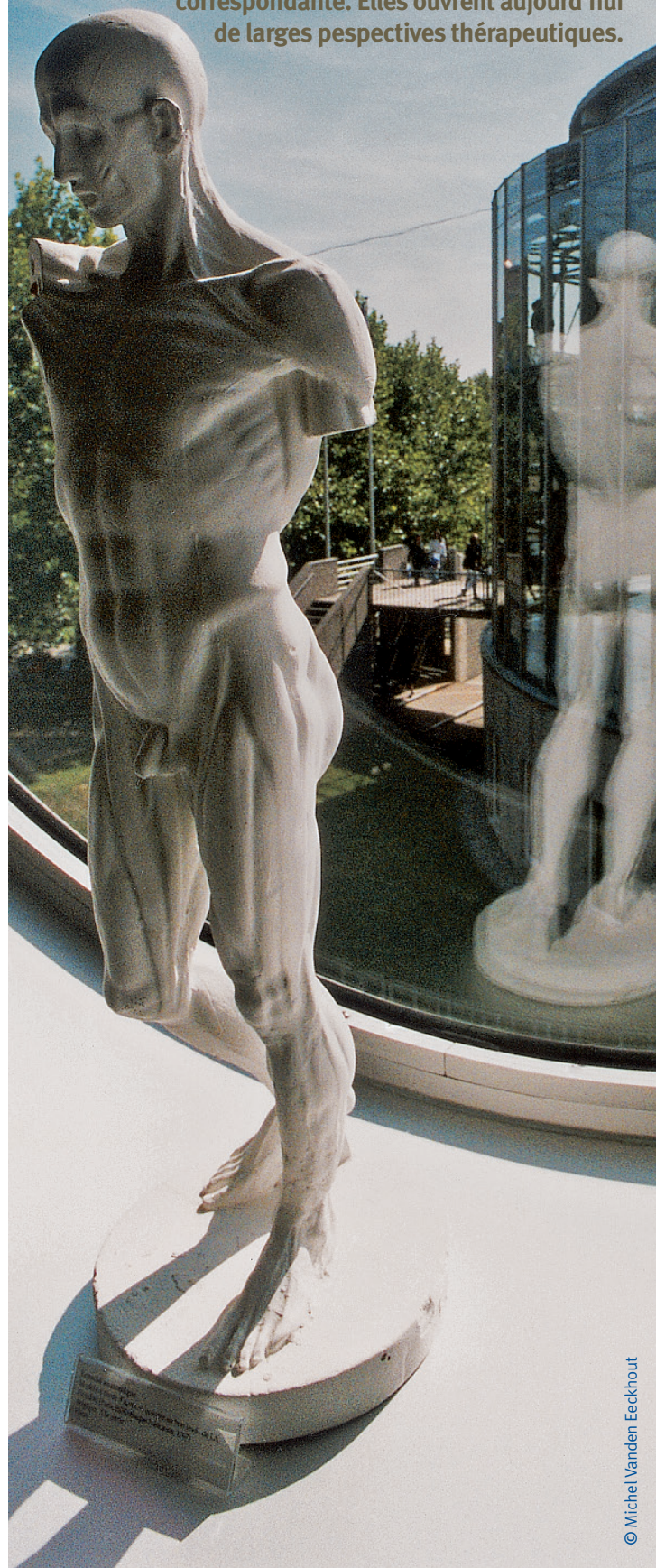
Les gamètes d'un même donneur ne peuvent conduire à la naissance d'enfants chez plus de 6 femmes différentes. La limitation du nombre de grossesses issues d'un même donneur a pour but de maintenir les risques de consanguinité de la descendance à un niveau comparable à celui de n'importe quel enfant de la population. Le don de sperme non anonyme (donneur de sperme connu), à la demande du couple receveur et du donneur, est également autorisé par la loi en Belgique mais pratiqué de façon beaucoup plus sporadique, après entretien des différentes parties concernées avec un psychologue et un médecin.

Passez à l'acte !

A Erasme, chaque année entre 400 et 500 traitements d'assistance à la procréation nécessitent le recours à du sperme de donneur. Il n'est malheureusement pas rare que des traitements doivent être postposés dans l'attente d'un donneur présentant des caractéristiques physiques compatibles avec le futur père. C'est souvent le cas pour des minorités.

C'est pourquoi la Clinique de Fertilité lance à l'aube du printemps une campagne de sensibilisation au don de sperme par voie d'affichage invitant les donneurs à passer à l'acte pour redonner espoir aux couples dans l'attente de devenir parents.

Grâce à l'imagerie mentale, processus cognitif dynamique, un homme peut revivre intérieurement des sensations avec ou sans stimuli externes. Cette opération cognitive peut être visuelle, auditive, tactile, kinesthésique, ou via une combinaison de ces sens. Le versant moteur de l'imagerie mentale, l'imagerie motrice, est la représentation d'une action spécifique reproduite intérieurement par la mémoire de travail, sans aucune action motrice correspondante. Elles ouvrent aujourd'hui de larges perspectives thérapeutiques.



Clinique de Fertilité

Anne Delbaere, Chef de la Clinique de Fertilité
anne.delbaere@erasme.ulb.ac.be - T 02 555 48 11
M labo.andrologie@erasme.ulb.ac.be - T 02 555 36 89



Neurones, mon beau miroir ...



1 © Hôpital Erasme



2 © Hôpital Erasme

Les fondements de l'imagerie motrice reposent sur la découverte chez le singe d'un ensemble de neurones situés dans le cortex prémoteur, les neurones miroirs. Ceux-ci s'activent lorsqu'un individu réalise un mouvement ou lorsqu'il observe un autre individu faire ce même geste. Des réseaux aux propriétés miroirs ont été identifiés chez l'homme, dans la reconnaissance des comportements volontaires et affectifs.

Ces dernières années, les études cliniques se sont multipliées. La recherche des corrélats neurophysiologiques de l'imagerie mentale intéresse de nombreuses équipes grâce à des techniques d'imagerie fonctionnelle tels que le PET-scan ou la résonance magnétique. Elles permettent la localisation des aires corticales activées pendant l'accomplissement de tâches motrices, cognitives, ... Les services de neuro-radiologie, neurologie et kinésithérapie se sont associés pour étudier les différences d'activation cortico-sous-corticales lorsqu'un mouvement est réalisé et lorsque ce même mouvement est imaginé.

Entraînement sportif, douleur chronique ou revalidation neurologique

L'imagerie mentale est aussi désormais proposée comme

adjuvant à un entraînement sportif, à une rééducation à la douleur ou à une revalidation neurologique.

Au Centre de Réadaptation fonctionnelle neurologique (CRFNA), elle est proposée aux patients atteints de sclérose en plaque ou en rééducation post-AVC. Cette technique permet de travailler un mouvement précis alors que le patient est incapable de le réaliser adéquatement. En outre, l'imagerie motrice peut être combinée à certains supports tels que l'utilisation du miroir ou le recours à un film. Ces procédés redonnent au patient l'image d'une réalisation correcte du mouvement.

En se basant sur le réapprentissage de tâches quotidiennes par le biais de l'imagerie mentale, les thérapeutes prolongent les séances de rééducation de patients à domicile. Un DVD leur est proposé avec des activités motrices à visualiser et à imaginer avant de les exécuter physiquement. L'objectif recherché porte sur le réapprentissage de la marche, le passage de la position assise à la station debout, le gain d'amplitude articulaire, ...

Dans le cas des douleurs chroniques, plusieurs études pointent une désorganisation corticale liée au membre douloureux. Cette constatation aboutit à une approche

novatrice de la thérapie par miroir. Il s'agit de permettre au patient avec un membre amputé ou douloureux de visualiser des mouvements du membre malade ou absent par réflexion des mouvements du membre sain dans un miroir¹.

Ce mécanisme d'illusion rétablit une cohérence entre l'intention motrice du patient et la visualisation du membre qui bouge. Il en résulterait une réorganisation corticale associée à une diminution persistante de la douleur. L'efficacité a été démontrée notamment dans les douleurs du membre fantôme chez les patients amputés d'un membre mais également après des traumatismes bénins tels que entorse, fracture du poignet, ou encore de douleurs importantes comme les brûlures, décharges électriques, fourmillements qui engendrent une incapacité fonctionnelle majeure.

Une réalité augmentée pour diminuer la douleur

Les kinésithérapeutes du CRAL ont développé, en collaboration avec Benoît Penelle (Ecole Polytechnique ULB - Laboratoire de l'image : synthèse et analyse (LISA)), un logiciel. Celui-ci garde la moitié de l'image : celle où se situe le bras encore présent ou sain. L'ordinateur reconstruit ensuite de manière digitale l'autre moitié du corps². Grâce à la caméra Kinect, utilisée pour

les jeux, muni d'un système de vision stéréoscopique actif (un écran et des lunettes 3-D), la réalité est "augmentée". Le patient touche, par exemple, des cibles avec son bras sain en regardant dans l'écran son bras pathologique ; il a alors l'impression que c'est son bras lésé qui effectue le mouvement. Au terme de 6 séances de 15 minutes, les premiers résultats montrent que la douleur a diminué en moyenne de 30% sur une échelle visuelle analogique. Outre l'aspect ludique, cet outil mobilise l'attention et les mouvements du patient. Il peut être réalisé quotidiennement à domicile vu le coût modéré et l'accessibilité du matériel par rapport au système de réalité virtuelle classique.

Le 25 janvier 2014, le Service de Kinésithérapie organise un symposium à ce sujet :

Imagerie mentale et observation motrice : des fondements scientifiques aux applications cliniques

Nous y reviendrons !



Eric Brassinne • T 02 555 46 94
Ralph Delire • T 02 555 68 58
Dominique Mouraux • T 02 555 38 48
Chloé Sauvage • T 02 555 64 42
Anne-Marie Ros • T 02 555 45 05

Documentaire TV sur la transplantation à Erasme



Georges Huercano
© Keynews

La transplantation d'organes, les dons nécessaires pour sauver des vies. L'Hôpital Erasme a toujours été à la pointe des techniques, à l'avant-garde du combat dans ce domaine. RTL-TVI a tourné pendant plusieurs semaines un documentaire dans notre service de transplantation. Diffusion les 6, 13 et 20 mars prochain à 20h25. Rencontre avec l'auteur de ce reportage, Georges Huercano.

Pourquoi avoir choisi la transplantation pour une diffusion à une heure de très grande audience ?

J'avais envie de faire connaître le parcours du combattant, et pour le patient, et pour les équipes médicales. Plus de mille personnes en Belgique sont dans l'attente d'un organe que ce soit un rein, un poumon, un cœur ou un foie. Donner est essentiel. On a décidé d'aller dans un service de pointe. Donc, Erasme s'imposait.

Nous avons observé des patients et les médecins durant tout le parcours de la transplantation. Nous avons accompagné plusieurs patients. Pour certains d'entre eux, nous les avons suivis avant, pendant et après la greffe. Nous expliquons aussi toute la complexité technique et humaine de ce type d'opération chirurgicale.

Qu'est-ce qui est le plus étonnant après avoir tourné pendant de nombreuses semaines ?

Ce qu'on imagine difficilement, c'est l'aspect « course contre la montre » car des patients sont à une semaine de l'échéance fatale. Ou, au contraire, il faut gérer le temps qui passe et l'attente d'un organe. Des patients doivent attendre tellement longtemps, entre deux et trois ans en moyenne, avec toutes ces questions qui sont en eux, dans des conditions de plus en plus difficiles, puisque plus le temps avance, plus ils souffrent. C'est aussi l'incertitude. En effet, même lorsque l'organe arrive, même quand ça marche, même quand l'opération se passe bien, le greffé doit apprendre à gérer un organe qui n'est pas le sien, avec des médicaments anti-rejets, avec une rééducation, etc. Après avoir vécu au jour le jour le combat contre la mort, un autre défi commence : revivre autrement avec un autre organe qui est en vous, avec toutes les questions qui se posent sur la personne qui a fait le don de son organe. Ce n'est pas simple de vivre avec l'idée que quelqu'un doit mourir « pour moi » sauf bien sûr dans le cas

d'organes intrafamiliaux où la dimension est totalement différente.

Tous ces patients sont étonnants. Ils ont une philosophie très riche. Ils se posent énormément de questions. Comment gérer ma maladie ? Est-ce que je fais le choix de la greffe ou je me laisse mourir ? Comment me comporter avec la famille ? Quel « après » ?,... Il y a tellement de réflexions. Ce sont toutes des personnes passionnantes, comme leurs proches d'ailleurs.

Quels est le regard que vous posez sur le corps médical dans ce type d'opérations très particulières ?

Il s'agit d'une médecine de pointe où il faut être au top des techniques les plus modernes et en même temps on ne sait jamais quand le « match » va se jouer. Ça c'est terrible et c'est extraordinaire à la fois. Dans n'importe quelle discipline, le chirurgien maîtrise tout, y compris l'agenda. Ici, on ne sait jamais quand cela va se passer. Quand l'organe va-t-il arriver ? Et donc les équipes doivent toujours être sur le qui-vive. Ces médecins hyperspécialisés qui ont mille trucs à faire mais qui à un moment donné, même si c'est la nuit, le week-end, il faut tout lâcher et être au top. C'est inouï. 30 personnes à mobiliser, une coordination sans faille, aller chercher l'organe, les contrôles,...

Tout se joue au millimètre, parce que même quand sur le papier tout est compatible, il y a le médecin qui doit prélever l'organe, qui doit faire un examen, puis encore des tests... Parfois tout se met en place, les patients sont ouverts, des équipes partent en Allemagne chercher des poumons, et à la dernière minute on n'opère pas parce qu'il n'y a pas suffisamment de garantie de succès. Il y a toujours un calcul dans la tête du chirurgien : ces poumons « sont à 60 % », le patient pourrait peut-être encore attendre un mois. Est-ce que je greffe ou pas ? Il y a l'aspect technique, la gestion du temps et l'immédiateté, la concentration et, tout le

temps, ce calcul de risque. La maîtrise est impressionnante. C'est terrible parce qu'on ne peut pas se tromper. On n'a qu'une chance. Le travail de toutes ces équipes est incroyable. C'est tellement fort que j'ai voulu que le reportage leur rende hommage.

Ce reportage ne tombe-t-il pas dans le sensationnalisme ?

Ce serait mentir que de dire qu'il n'y a pas d'émotion dans ce documentaire. Nous accompagnons les patients dans leur parcours et ils sont tous très attachants. On a envie qu'ils s'en sortent.

Nous avons à chaque fois tenté que sur les questions fondamentales (comment j'entre sur une liste ?, c'est quoi Eurotransplant ?, qu'est-ce qu'on fait en cas de mort cérébrale ?, quels sont les aspects techniques ?, qu'est-ce qu'on doit dire à mes proches ?), cela soit expliqué, non pas dans des interviews face à face, mais dans des séquences de vie, de discussions avec le médecin, en consultation, dans la chambre avec un décriptage du médecin. Les caméras sont pudiques. Il n'y a pas d'intrusion. On n'arrive pas brutalement avec une question du type : « Avez-vous peur ? » Il n'y a jamais ce type de question. Les situations sont ce qu'elles sont et il n'y a certainement pas besoin d'en rajouter.

Avec quel état d'esprit sort-on de ce sujet ?

Il faut plus de donneurs. Si avec cette émission on n'y arrive pas, ce sera un échec. Un message dans ce sens sera d'ailleurs diffusé en fin de séquence. Dans un cas tragique, nous sommes allés revoir la famille. Elle a accepté qu'on passe les images. Ses membres ont voulu continuer à témoigner. Pour faire passer un message : donner, donner, donner. Si leur proche avait reçu un don plus tôt elle aurait, peut-être, pu être sauvée. Tout au long du document, ce message est un fil rouge. Vous donnez, vous pouvez sauver une vie, deux, trois ou quatre...



« Un parcours spécial »

Au tout début...

Paola effectue ses études à l'Institut Reine Fabiola. Avec sa formation de puéricultrice et monitrice d'enfants handicapés et inadaptés, elle porte sa candidature dans des centres spécialisés. En attendant des réponses, elle commence à faire de l'intérim. Elle se souvient : « A l'époque, les puéricultrices étaient engagées pour réaliser des tâches d'aides-soignantes. J'arrive à Erasme où je suis engagée dans l'unité de chirurgie cardio-vasculaire. J'avais 21 ans. Je ne pouvais pas imaginer que cette expérience allait durer dix ans ! Et puis, la secrétaire hospitalière est passée mi-temps. La direction m'a demandé si j'étais intéressée par des tâches au secrétariat tout en restant en salle. Je me suis alors formée sur le tas. Et ce nouveau job m'a beaucoup plu. A tel point que, finalement, je le prends à plein temps. L'organisation devient mon truc ! »

Le coup dur

En 2008, c'est le choc. L'unité de chirurgie vasculaire ferme. L'émotion est alors très forte : « La restructuration était vraiment pénible à vivre. Il faut être franc. Le taux d'occupation était insuffisant malgré la présence des patients d'autres unités dans notre service. C'était un demi-étage à fermer. Ça marchait superbement bien. C'était l'incompréhension totale. Nous voulions prendre d'autres pathologies pour sauvegarder notre unité. On voulait bosser. Le couperet est tombé malgré tout. C'était le drame. L'équipe était tellement soudée. L'entente avec les médecins était extraordinaire. Vous savez, on a beaucoup pleuré. C'était dur... Très dur. »

Au cours d'un entretien personnel, Paola demande d'être réorientée vers la clinique de jour de gériatrie. Mission impossible malheureusement. Elle rejoint finalement l'unité de transplantation cardio-pulmonaire et cardiaque. « J'avoue, qu'à l'époque, j'étais quelque peu résignée. C'était comme quitter sa famille. Une horreur. Mais je n'ai jamais pensé quitter Erasme. Je suis née ici. C'est en pleurant que j'ai commencé le premier jour. D'autant que tout était à bâtir dans le service où j'arrivais. J'ai essayé de reproduire ce que j'avais organisé. Ça pourrait bien marcher. Et ça a marché ! Je me suis intégrée dans la nouvelle équipe très vite et avec beaucoup de bonheur. »

Paola, 44 ans. Scontrino, auxiliaire secrétaire hospitalière. Paola Scontrino travaille depuis 23 ans à Erasme. Un parcours qu'elle qualifie elle-même de « spécial », en parallèle avec les bas et les hauts de la vie de l'hôpital. Aujourd'hui, elle rayonne.

Le rebond

Six mois après, c'est la surprise ! Les Professeurs Martine Antoine et Jean-Luc Vachiéry, cardiologues, prennent contact avec Paola via Brigitte Van Meenen, Infirmière Chef. Ils lui demandent si ça l'intéresse de travailler aux insuffisances cardiaques et aux hypertensions cardiaques et pulmonaires. « Ils me disent qu'ils cherchent quelqu'un qui a de l'initiative, de l'expérience et de la compétence ». J'accepte. Et là, le défi est dingue. Tout est à réorganiser. Il faut assurer tout le suivi des patients. Je dois devenir une sorte de super coordinatrice, être le lien entre les médecins et l'unité d'hospitalisation. On gère les consultations, on prépare toutes les hospitalisations, on suit les patients qui viennent en bilan pré-greffe, on les suit quand ils sont listés, on les suit quand ils sont greffés. Assurer toute la continuité est vraiment intéressant. Le contact avec les patients est tout autre. Je ne suis plus dans la salle. Partir de rien pour arriver à un fonctionnement optimal, ça c'est mon truc (rires). »

Avec le recul...

Pour Paola, si son parcours a été émaillé de moments très difficiles, aujourd'hui elle est sereine. « C'est super. En regardant dans le rétroviseur, les changements m'ont beaucoup apporté. Je me dis que ça m'a permis de progresser et de ne pas me morfondre dans mon petit confort, même si cela été très douloureux humainement. Le changement a été bénéfique. Un mal pour un bien. J'ai appris énormément de nouvelles choses, de nouvelles compétences. Avec les anciens de la chirurgie vasculaire, on se revoit encore. Nous avons tous retiré bon nombre d'éléments positifs de cette expérience douloureuse. Cela a permis de nous ressourcer. Aujourd'hui, je suis en première ligne pour encadrer une médecine de pointe. C'est juste génial ! »

Le psychodrame, ou la mise en scène comme expérience thérapeutique

Depuis peu, le Service de Psychiatrie offre une nouvelle approche thérapeutique aux adolescents : le psychodrame psychanalytique de groupe. Il est particulièrement indiqué en cas de mal-être dans le face à face avec l'adulte, lorsque le jeune est inhibé ou qu'il éprouve des difficultés de verbalisation (relativement importantes) ou d'élaboration, ou encore lorsqu'il peut bénéficier du support du groupe.

Le psychodrame occupe une place de choix parmi les thérapies. Les avantages d'un dispositif de groupe tiennent, entre autres, à cet appui possible des participants sur leurs pairs, à la mise en scène de « scénarios » construits ensemble, à l'expérience qu'ils vivront et à ce que celle-ci mobilisera en eux.

Comment fonctionne le groupe ?

Le psychodrame psychanalytique de groupe réunit un couple de thérapeutes et un groupe mixte de 5 à 8 adolescents âgés de 13 à 18 ans. Les séances sont hebdomadaires et durent une heure. Le groupe est semi-ouvert : de nouveaux membres peuvent rentrer dans la mesure des places disponibles. Les jeunes s'engagent pour l'ensemble des séances prévues.

Des rencontres entre le couple des thérapeutes, l'adolescent et les parents (et avec des intervenants psycho-sociaux éventuels) sont prévues en fonction des besoins. Une fois au préalable pour évaluer la pertinence de l'orientation, et une fois par semestre pour faire le point sur le travail thérapeutique au sein du

groupe. Cependant, ces rencontres ne sauraient faire office de fonction de référence pour la situation globale du patient (gestion des questions familiales, scolaires individuelles en parallèle, etc.). Dès lors, il est demandé à ce que les adolescents qui participent au groupe soient suivis par un autre clinicien garant de ces aspects de la prise en charge de la situation.

La mise en scène, clé de la thérapie

Lors des séances de psychodrame, l'un des deux thérapeutes peut prendre part au jeu sur invitation du groupe des jeunes ou de sa propre initiative. Les jeux sont amenés par les adolescents, soutenus au besoin par les thérapeutes. Tout peut être joué : expériences de vie, rêves, craintes de réaliser certaines choses,... Un adolescent peut donc venir à la séance avec une idée précise de jeu. Mais, plus généralement, diverses idées circulent dans le groupe, se transforment en fonction des associations des uns et des autres et débouchent sur un thème ou une ébauche de scénario co-construit.



L'espace de rencontre est dédoublé : d'une part, un espace de la pièce où le groupe s'assoit en arc de cercle et qui est dédié à l'échange tant pour créer les scénarios que pour s'exprimer après le jeu et d'autre part, une aire de jeu bien délimitée. Dans les jeux, la règle d'or est : on fait « comme si ». Chaque participant est libre de s'abstenir de jouer. Après la scène, chacun regagne sa place. S'en suit un moment d'échange au sein du groupe sur ce que chacun a vécu, ressenti, tant à la place de l'observateur, qu'à celle des joueurs.



Rita Sferrazza,
pédopsychiatre, pratique
psychanalytique, psychodramatiste
T 02 555 35 06
M rita.sferrazza@ulb.ac.be
Julie Burton,
psychologue clinicienne,
formée à la gestalt-thérapie
T 02 555 35 06
M julie.burton@erasme.ulb.ac.be

« Quel motif l'homme a-t-il de souhaiter une longue vie sinon de pouvoir être utile au plus grand nombre ? » Erasme 1466-69 - 1536

Périodique interne de l'Hôpital Erasme

Route de Lennik 808 - 1070 Bruxelles

Rédacteur en chef : Sophie Coppens

Ont participé à ce numéro : Julie Burton,

Eric Brassinne, Nicolas Claus, Anne Delbaere,

Ralph Delire, Julien Dugauquier, Georges

Huercano, Dominique Mouraux, Anne-Marie

Ros, Chloé Sauvage, Paola Scottrino et Rita

Sferrazza.

Comité éditorial : Jacques Creteur, Patrick

Goblet, Pierre Alain Gevenois, Alain Raviart,

Anne-Marie Ros, Chantal Van Cutsem

et Jean-Paul Van Vooren.

Contact rédaction :

Direction de la Communication - 02 555 47 30

sophie.coppens@erasme.ulb.ac.be

Graphisme : Geluck, Suykens & Partners

Impression et routage : Gillis