

# LA MÉDECINE À MONT-GODINNE

## Aux Cliniques Universitaires de 1967 à 1997 \*

par J. Prignot (1924 - professeur émérite 1989)

Médecin directeur honoraire

L'histoire complète des cliniques universitaires de Mont-Godinne ayant fait l'objet d'un livre séparé « Trente années des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne : 1967 – 1997. Un pari fou » publié aux Éditions Racine (2002), seuls les principaux faits médicaux de cette institution sont repris dans ce recueil de mémoires.

### Un regard en arrière

L'Université de Louvain vise à réaliser ses trois objectifs principaux (enseignement, recherche et service à la société) au sein de la Faculté de médecine au travers de deux centres hospitaliers : la "maison-mère", les cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwe-Saint-Lambert (succédant depuis 1976 à l'hôpital Saint-Pierre de Leuven et à la clinique Saint-Joseph d'Herent) et les cliniques universitaires de Mont-Godinne (succédant à la fraction francophone du sanatorium universitaire bicommunautaire de Pellenberg, encore appelé clinique Sainte-Barbe). Ce dernier situé à une dizaine de kilomètres de Louvain, avait accueilli dès 1959 la section francophone de l'Université unitaire qui y trouvait des possibilités didactiques et de recherche. La moitié des 320 lits y était confiée à son responsable de la pneumologie, J. Prignot, alors que la direction générale de l'institution était assurée par le Pr A. Gyselen, appartenant à la section flamande. Les patients tuberculeux, pour la plupart néerlandophones, provenaient surtout des provinces d'Anvers, du Brabant et du Limbourg, province où la tuberculose sévissait encore parmi les anciens mineurs silicotiques.

Les négociations visant à la scission de l'Université unitaire avaient été préparées par le rapport De Somer-Lavenne qui, dès mai 1966, préconisait la réalisation de l'homogénéité linguistique (unilingue flamande) à Pellenberg. Quoique bien intégré à Pellenberg, J. Prignot se mit donc à la recherche d'une solution de remplacement pour les tuberculeux et pulmonaires chroniques de la section francophone. On évoqua d'abord la possibilité d'une implantation au sanatorium de Jauche comportant une centaine de lits, et qui avait l'avantage d'une relative proximité vis-à-vis de Leuven et de Woluwe-Saint-Lambert

---

\* Les photos des cliniques se trouvent après l'avant-propos en page ? ? ?.

(WSL). Des contacts ont été pris, par l'intermédiaire d'O. Van Lantschoot, un chirurgien namurois, très attaché à l'Université, avec le CPAS de Namur qui gérait la Fondation de Hemptinne, propriétaire du sanatorium. Ils étaient en passe d'aboutir.

Mais une solution alternative, au total beaucoup plus favorable allait s'imposer, celle du sanatorium de Mont-sur-Meuse, encore appelé Institut G. Thérasse, situé à mi-distance entre Namur et Dinant. Celui-ci avait déjà un long passé. Il avait été ouvert en 1903. Comme la plupart des institutions du même genre, il se trouvait à distance des agglomérations pour assurer aux malades la cure d'air qu'on leur croyait utile, mais surtout pour les éloigner de leur milieu de vie et préserver ainsi leur entourage de la contamination. La propriété a été rachetée en 1919 par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) qui y ajouta deux bâtiments et constitua une ASBL l'Alliance Nationale Contre la Tuberculose (ANCT) pour en assurer la gestion.

Le sanatorium a été bombardé par erreur en mai 1940 par l'artillerie française. Heureusement la plupart des malades avaient déjà été évacués. Seul un petit pavillon était resté debout. Après la reconstruction, assurée par M. R. Himmer, président de l'ANCT, la capacité hospitalière avait été portée à 342 lits en 1951. Le financement des travaux avait été couvert par l'Etat comme dommages de guerre et en grande partie par les cotisations des mutualistes chrétiens, pour 75 % néerlandophones. Le sana était au demeurant majoritairement fréquenté par les patients provenant du Nord du pays. La gestion du personnel et les soins infirmiers étaient assurés par les Zwarte Zusters de Termonde.

La direction médicale, qui avait été assumée avec un grand dévouement par le Dr G. Thérasse pendant 32 ans, a été reprise par J. Centner en 1951 puis par J. Steyaert en 1963.

Après la flambée de tuberculose qui avait suivi la deuxième guerre mondiale, la fréquence de la maladie avait nettement régressé dans les années 1960 grâce à l'introduction de la polychimiothérapie : certaines cures étaient conduites de manière ambulatoire, et la durée de séjour hospitalier pouvait être raccourcie. D'autre part, l'ouverture du sanatorium de Pellenberg en 1959 privait Mont-sur-Meuse d'une part importante de ses patients néerlandophones. La sous-occupation habituelle permit en 1962 l'ouverture de 51 lits de chirurgie et de pneumologie chronique, qui abritaient surtout les patients broncho-emphysémateux et insuffisants respiratoires, plus nombreux depuis l'extension du tabagisme. Néanmoins, l'institution restait à la limite de la viabilité et J. Steyaert attira l'attention de l'ANCT sur le risque complémentaire qu'aurait comporté pour elle l'installation d'un pôle de pneumologie universitaire nouveau dans le Brabant Wallon.

M. L. Van Helsoecht, à l'époque président de l'ANMC et M. O. Behogne, président de l'ANCT, s'ouvrirent de ces préoccupations auprès du recteur Mgr A. Descamps, et plaidèrent vigoureusement en faveur d'une implantation de l'Université à Mont-sur-Meuse.

Les intérêts de l'Université et ceux de l'ANCT étaient convergents, et la solution Mont-sur-Meuse répondait aux suggestions de la commission De Somer-Lavenne. Le sana de Mont-sur-Meuse était plus grand, plus moderne, plus compact et mieux adaptable que celui de Jauche aux besoins de la section pneumologique de l'UCL.

Les négociations entre ANCT et Université ont été dès lors menées rondement, avec du côté mutualiste MM. L. Van Helsoecht, O. Behogne, R. Vandenneuvel et surtout J. Hallet (à l'époque secrétaire général de l'ANMC), et du côté universitaire MM. M. Woitrin, administrateur général de l'UCL, P. Lacroix, le doyen X. Aubert et J. Prignot ; elles aboutirent le 28 juin 1967 à la signature d'un accord. Cette convention originale a constitué la charte autour de laquelle, pendant plus de trente ans, se sont développées sans heurt les relations qui ont conduit à une réussite commune : les cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne.

L'installation du secteur pneumologique de la section française de l'UCL à Mont-Godinne, le 1<sup>er</sup> septembre 1967, négociée et acceptée du temps de l'Université unitaire, a précédé le "splittings" officiel de l'Université (consacré par l'octroi de personnalités civiles séparées le 1<sup>er</sup> juillet 1970) et a constitué le premier transfert d'une partie de la section francophone de l'Université.

Comme on le verra par ses résultats, la convention a été un véritable succès : l'UCL apportait de son côté son appui à la qualité médicale et scientifique en ne devant financer qu'un minimum. Quant à l'ANCT, elle garantissait la tradition sociale de l'Institut et mettait en œuvre sa capacité de gestionnaire et sa puissance d'intervention auprès des autorités gouvernementales qui à cette époque, par un heureux concours de circonstances, étaient souvent de la même mouvance : ceci devait s'avérer un élément essentiel face aux nécessités de rénovation et d'extension qui ont suivi.

À l'opposé d'une opinion trop généralement répandue, l'ANMC n'a fourni à la Clinique aucun apport financier direct après la mise en œuvre des accords ANCT-UCL. C'est grâce à l'emploi judicieux des ressources générées à Mont-Godinne, grâce aussi au prix de journée universitaire et aux subsides de l'administration de la Santé publique que l'institution a pu réaliser son plein développement.

## **Le point de départ et les défis à relever**

L'isolement à distance des grandes agglomérations, voulu lors du choix du site d'implantation d'un sanatorium, a pour avantage la disponibilité de grandes surfaces (21 ha dans le cas de Mont-Godinne) facilitant une atmosphère de détente et permettant des extensions futures. Par contre, il devient défavorable pour les malades fréquentant une clinique aiguë, comportant un hôpital de jour et une polyclinique active : celle-ci se situe idéalement dans les centres urbains. Or les villes les plus proches (Namur et Dinant) étaient dotées d'un équipement hospitalier non négligeable.

À l'arrivée de l'UCL, le recrutement des patients non-tuberculeux n'était pas aisé. La qualité des soins ne justifiait pas, aux yeux du public, le déplacement vers un centre hospitalier éloigné, fort isolé et toujours porteur de l'étiquette rebutante de "tuberculose". Beaucoup rechignaient à grimper vers ce qu'ils ont continué à appeler le "sana" pendant de nombreuses années. Le règlement en vigueur pour le service 900 (devenu depuis lors le service 100) défavorisait lui aussi un service d'urgence situé dans une zone peu peuplée, puisqu'il prévoit d'office le transfert des malades vers l'hôpital le plus proche. Pour les membres du personnel, l'installation aux environs immédiats de la clinique faisait problème, vu le peu de disponibilités ; il en était de même pour l'hébergement de leurs enfants pendant les heures de travail.

À la fin des années soixante et au début des années septante, les quelques médecins universitaires attachés à Mont-Godinne souffraient de l'éloignement vis-à-vis de l'autre hôpital universitaire où ils cherchaient à se ressourcer auprès de leurs collègues cliniciens des autres disciplines et à participer aux activités d'enseignement et de recherche de la Faculté.

Les principaux bâtiments étaient interconnectés (St-Charles, Ste-Thérèse, le couvent, la buanderie et les ateliers) mais très étirés en longueur dans le sens est-ouest (260 m). Ste-Thérèse, reconstruit à moindres frais pendant la guerre comportait des chambres à un ou trois lits et des unités de soins de dimension normale. Les unités de soins de St-Charles comportaient plus de 100 lits répartis en chambres de trois à cinq lits. Il y avait aussi, à l'étage supérieur, de longues galeries de cure couvertes, en plein air. Les rares ascenseurs ne toléraient que l'accès d'une chaise roulante ou d'un brancard. La surface attribuée aux locaux de soins et aux services médico-techniques (laboratoire, radiologie et salles d'opération) était limitée. Au contraire, le grand hall d'entrée, le réfectoire, la salle de fêtes chevauchaient deux étages et la chapelle trois : cette place apparemment perdue visait à leur donner un volume suffisant à réduire les risques de contamination.

À côté de tuberculoses actives, on rencontrait au sana quelques formes chirurgicales, quelques cas incurables, chroniquement bacillifères, mais aussi beaucoup de tuberculoses cicatrisées avec handicap respiratoire et désinsertion

sociale. En clinique, les broncho-emphysémateux et les silicotiques étaient souvent eux aussi insuffisants respiratoires.

La longue vie commune créait entre les patients et leurs médecins une sorte de complicité qui ne facilitait pas la discipline et rendait toujours laborieux le renvoi à domicile des cas stabilisés : certains patients trouvaient un séjour hospitalier gratuit plus confortable et plus avantageux qu'un retour dans leur milieu familial parfois éclaté. Les médecins avaient quelque tendance à leur donner raison, évitant ainsi d'accentuer la sous-occupation des lits qui menaçait leur institut.

Loin était déjà en 1967 le temps où certain médecin, féru de pêche à la ligne, se faisait rappeler en cas d'urgence du bord de Meuse à la clinique par un drapeau blanc agité à une fenêtre de l'institution. Celui aussi où tel autre ignorait quasi totalement la nécessité du suivi des hospitalisés pour se consacrer à ses patients privés vus en consultation.

D'autres médecins actifs en 1967, V. Moia, J. Modave, et J. Steyaert, dont l'expérience pneumologique avait été acquise surtout sur le terrain, se partageaient la surveillance des hospitalisés, celle de la fonction pulmonaire et du laboratoire et assuraient les techniques de pneumologie clinique.

### **La philosophie et la méthode de la reconversion**

La reconversion a été menée progressivement, étape par étape, en respectant les personnes et l'acquis social de l'institution. Elle a garanti tant qu'il le fallait des soins adéquats aux tuberculeux. Elle a ouvert, au fur et à mesure des possibilités, l'éventail des pathologies couvertes. Une nouvelle dimension universitaire s'est imposée avec ses volets d'enseignement et de recherche scientifique. Il a fallu des années avant que ces objectifs ne soient effectivement atteints et que la clinique ne mérite pleinement sa qualification d'universitaire.

Cette mutation a été assurée par un Comité de direction, créé en 1967 ; la collaboration et l'entente cordiale qui y ont régné pendant leur vingtaine d'années d'action commune ont été un élément important de la réussite.

J. Steyaert accepta de bonne grâce de reprendre la fonction de médecin-directeur adjoint qu'il avait occupée auprès de J. Centner avant 1963 ; il y apporta sa connaissance de l'institution, veilla à rassurer les "anciens" et à maintenir une approche humaine de la médecine, tout en poursuivant sa fonction de pneumologue.

J. Prignot, pneumologue à l'Université à Leuven et à Pellenberg, devait, pendant le mi-temps qu'il passait à Mont-Godinne de 1967 à 1983 puis les 9/11<sup>ème</sup> de 1983 à 1989, veiller au développement d'une pneumologie de pointe et bientôt à la coordination des nombreux services médicaux qui allaient enrichir

la Clinique. Il devait assurer les contacts avec l'Université. C'est sur le tas qu'il dut se former aux arcanes de la gestion hospitalière.

J. Steyaert a été le premier à prendre sa retraite en 1986 suivi bientôt par J. Prignot en 1989.

R. Krémer, qui avait brillamment développé le service de cardiologie, a pris de 1989 à 1991 la relève de la direction médicale à laquelle son activité à temps partiel de médecin-directeur du Centre Médical de Charleroi l'avait bien préparé dès 1975. Le sens de l'organisation, la ponctualité, l'exigence et l'autorité naturelle de celui qu'on avait à tort considéré comme un "pape de transition" n'avaient pas à être discutés. Au cours de son bref mandat, il ouvrit deux nouveaux services médicaux (l'anatomie pathologique et l'urologie) et mit en place des groupes de travail pour aborder avec les intéressés les problèmes de structure ou de gestion auxquels l'institution devait faire face. Il attira aussi l'attention du recteur M. P. Macq et des autorités facultaires sur les activités de recherche à Mont-Godinne en organisant une "visite du Recteur" qui pendant près d'une journée leur permit de prendre contact avec les différents services.

Un jeune nucléariste, P. De Coster, nommé adjoint à la direction médicale au moment où R. Krémer succédait à J. Prignot, devait devenir en 1991 le nouveau médecin-directeur de Mont-Godinne. Il devait lui aussi veiller à l'implication du staff médical de Mont-Godinne dans l'enseignement et la recherche.

À l'équipe de direction médico-administrative s'est joint en 1997 un médecin-directeur adjoint E. Schroeder. Ils donneront une nouvelle impulsion à l'institution de grande dimension où les problèmes posés par les vastes constructions, le personnel très nombreux et sa rotation rapide, le financement et une administration publique de plus en plus contraignante ont pris, au fil du temps, une ampleur considérable.

## **Les patients hospitalisés**

Il fallut plusieurs années avant de reclasser dans la collectivité, souvent malgré les réticences de leurs médecins, les nombreux cas sociaux insuffisants respiratoires qui traînaient au *sanatorium*. Celui-ci a diminué progressivement d'importance pour être fermé faute de patients le 31/12/1987 ; la fin d'une époque !

La *clinique pneumologique*, qui abritait surtout des patients chroniques, s'est progressivement transformée en un service de pneumologie aiguë. Aux malades pulmonaires sont venus progressivement s'ajouter au fil des années ceux de l'ensemble des disciplines médicales.

La stabilité du nombre de lits malgré la multiplication du nombre de services a été possible à la fois grâce à la régression de l'occupation du sanatorium et grâce à une réduction généralisée des durées d'hospitalisation.

Le type de malades, après s'être rapproché de celui d'un hôpital général, a comporté ensuite beaucoup de pathologies lourdes que l'équipement plus sophistiqué des Cliniques permettait de prendre en charge.

La durée moyenne de séjour s'est raccourcie pour atteindre en 1997 les valeurs suivantes : 7,4 jours dans les services médicaux, 7,3 jours dans les services chirurgicaux, 3,8 jours aux soins intensifs et 18,9 jours en gériatrie.

La rotation plus rapide des patients hospitalisés aurait pu compromettre l'esprit "familial" qui régnait dans l'institution si l'on n'avait veillé à maintenir celui-ci grâce aux nombreuses initiatives visant à l'accompagnement des malades et de leurs familles et au maintien d'un esprit de service au sein du personnel.

## **Les médecins**

### *Les rapports avec les cliniques Saint-Luc à Woluwe-Saint-Lambert*

Le Centre Médical de l'UCL, présidé d'abord par M. M. Woitrin, puis par les recteurs successifs, Mgr E. Massaux et les Prs P. Macq et M. Crochet se réunit chaque mois à WSL. En font partie le prorecteur, le doyen de la Faculté de Médecine, le coordonnateur général et le directeur administratif des cliniques Saint-Luc, le médecin-directeur de Mont-Godinne, les chefs de département des cliniques universitaires UCL et les présidents de leurs conseils médicaux. C'est là que s'élabore la politique générale des cliniques universitaires et que se préparent la création de nouveaux services, les nominations et promotions médicales, y compris bien entendu, celles de Mont-Godinne. C'est un des centres de décision où devait se jouer souvent l'avenir médical de notre clinique ; c'est là aussi que la présence de Mgr E. Massaux, de J.-J. Haxhe, de plusieurs doyens successifs et de J. Hallet a été particulièrement bénéfique. La manne de 1 190 lits universitaires accordés à l'UCL, figée par l'A.R. du 24 décembre 1980, a été répartie équitablement entre Saint-Luc, qui obtint 890 de ses 900 lits et Mont-Godinne, 300 de ses 340. Le Centre Médical a résisté à l'éparpillement de ces lits sollicité par plusieurs cliniques proches de l'UCL qui auraient voulu profiter de la politique de saupoudrage adoptée par d'autres Universités.

Pendant de nombreuses années, les services médicaux de Mont-Godinne n'ont été que des émanations de ceux de la maison-mère. Ils restaient sous l'égide du chef de service « louvaniste », ce qui visait à maintenir l'homogénéité de la pratique médicale, à faciliter la complémentarité et les échanges d'assistants et dans certains cas, à soutenir de jeunes services dont les titulaires portaient le titre peu gratifiant de "responsable local". Les problèmes n'ont pas manqué car certains chefs de service « louvanistes » étaient plus préoccupés par

le développement de leur propre unité à implanter ou récemment ouverte à WSL, que par celui de la clinique-fille qui se débattait au loin pour élargir ses secteurs d'activité et relever son niveau scientifique. Il y eut toutefois à cet égard de nombreuses exceptions parmi lesquelles on n'oubliera pas : P. Bodart, L. Cassiers, Ch. Chaland, Ch. Dive, P. Lacroix, F. Lavenne puis E. Coche, F. Meersseman puis J. Rahier, J. Melin, R. Ponlot, Y. Kestens-Servaye, G. Sokal, A. Vincent. Ils n'ont ménagé ni leur appui à l'institution, ni leurs déplacements vers les bords de Meuse pour y prêter main-forte à leur équipe.

Malgré tout, au début, le recrutement de nouveaux collègues a été plutôt laborieux.

D'assez nombreux services ou unités de la clinique ont été confiés, surtout pendant les premières années, à des médecins n'appartenant pas au "sérail" de Louvain dont les candidats pour Mont-Godinne ne se pressaient pas au portillon. Ils préféraient rester près du soleil plutôt que de s'exiler vers un centre éloigné où prédominait encore une pathologie chronique. C'est ainsi qu'on a eu recours à d'anciens coloniaux (P. Himmer puis, venant de Lovanium, M. R. Minetti, A-M. Monjoie, R. Renoirte, J.-Cl. Schoevaerds), à des médecins issus du privé (M. Clérin, F. de Fays, G. Jonard), de l'industrie pharmaceutique (J. Lulling) ou encore à des consultants poursuivant parallèlement leur carrière de médecin militaire (P. Dubois et beaucoup plus tard L. Deroy, J-L. Leflot). Beaucoup d'entre eux ont joué par la suite un rôle important dans les progrès de l'institution.

Comme J. Prignot faisait partie du staff de WSL par ses fonctions en pneumologie, ses contacts avec les autres chefs de service étaient facilités et lui permettaient de recueillir les informations nécessaires sur les candidats proposés par eux ou qu'il leur suggérait. Il fallait s'assurer que ces propositions résultaient d'une volonté de promouvoir le service de Mont-Godinne plutôt que d'écarter un collègue qui n'était plus en odeur de sainteté à WSL.

L'engagement de nouveaux médecins est devenu bien plus aisé dès qu'on en est arrivé à une masse critique en nombre de médecins et nombre de services. Celle-ci a permis au corps médical de trouver sur place la réponse à une grande partie de ses besoins professionnels et donc une grande satisfaction personnelle.

À quelques exceptions près, les nouveaux collaborateurs de Mont-Godinne y sont entrés en fonction dès la fin de leur spécialisation, comme assistant spécialiste ou résident. Ils ont dû faire preuve d'enthousiasme, d'initiative et de persévérance pour recruter une patientèle et pour franchir avec le temps les nombreuses étapes de la carrière clinique. Celle-ci a été longtemps plafonnée pour eux au grade de chef de service associé.

Sous la direction médicale de R. Krémer, en 1989-1991, et par après sous la houlette de P. De Coster, un effort considérable a été fait pour rapprocher

Saint-Luc et Mont-Godinne et pour attirer l'attention des responsables de Mont-Godinne sur l'intérêt de fixer des axes de recherche. C'est pendant cette période que le verrou au titre de chef de service associé a sauté. Le titre de chef de service a été accordé pour la première fois en 1991 lors de l'éméritat de Ch. Chalant, à un médecin ayant fait toute sa carrière UCL à Mont-Godinne, J.-C. Schoevaerds, une reconnaissance de ses qualités et de la maturité qu'avait acquise son service. La même consécration devait suivre dans les années suivantes pour beaucoup d'autres anciens "responsables locaux". La tâche de relais entre les deux hôpitaux de l'UCL a été confiée à partir de ce moment à un "chef de service coordonnateur" qui était le plus souvent celui de WSL. Ont fait exception J.-Cl. Schoevaerds (1991) et L. Delaunois (1994) qui ont perçu rapidement les difficultés de leur mission. Les chefs de département restent à WSL et sont chargés de la cohésion entre les services des deux sites. Le sens Nord-Sud des échanges entre Woluwe et Mont-Godinne s'est complété par des mutations Sud-Nord. Plusieurs anciens de Mont occupent des places importantes à WSL : M. Buysschaert comme chef de service d'endocrinologie, J.-M. Collard comme membre du service de chirurgie des voies digestives, J.-P. Squifflet comme chef du service de transplantation et de chirurgie des glandes endocrines.

Après sa retraite, R. Krémer est devenu président de l'AMA-UCL, l'association des médecins anciens de Louvain. P. De Coster, succédant à ce poste à E. Coche, est président de la Commission du Réseau Hospitalier Universitaire de l'UCL (CHRU) depuis 1996, une mission délicate pour assurer une communauté de valeurs et une convergence des intérêts.

### *La clinique pneumologique*

Dans le cadre de la clinique pneumologique, il a d'abord fallu mettre en confiance les médecins en place. Le chef de service leur a maintenu la responsabilité et la surveillance de l'ensemble des patients, avec l'aide des deux MACCS\* en médecine interne qui avaient été détachés par WSL. Il assurait lui-même la "lecture de clichés". Les assistants y présentaient tous les cas et les décisions thérapeutiques importantes y étaient prises, de commun accord avec les pneumologues responsables ; elles étaient mises en œuvre par ceux-ci, avec l'aide des assistants qui apportaient au service leurs connaissances en médecine interne. Les pneumologues et leurs assistants assuraient la quasi-totalité des prestations techniques (endoscopies, ponctions, etc...). Ceci a permis une collaboration fructueuse et sans grands heurts, d'autant plus que la situation

---

\* Médecin Assistant Clinicien Candidat Spécialiste

matérielle des anciens s'était améliorée sensiblement avec l'application du statut des docteurs en médecine de l'UCL.

Un élargissement du cadre médical s'imposait toutefois, surtout pour améliorer la qualité des services médico-techniques.

Pour la fonction pulmonaire, on fit appel en 1970 à J. Lulling, pour la chirurgie à R. Ponlot dès 1967 et J-Cl. Schoevaerds (1971), pour le laboratoire à F. Pouthier (1967), pour les soins intensifs à E. Installé (1969), pour la radiologie à divers assistants de P. Bodart, puis à F. de Fays (1973) suivi après sa retraite par J-P. Trigaux, pour l'anesthésie à A. Philippe puis à K. Joucken. Tous ces services gravitaient initialement autour de la pneumologie. Ils ont acquis leur autonomie dès que la clinique devint polydisciplinaire, ce qui ne devait pas tarder.

### *La clinique polyspécialisée*

Dès novembre 1968, grâce au soutien de P. Lacroix, la clinique devait commencer son aventure polydisciplinaire par l'ouverture d'une unité de chirurgie de l'appareil locomoteur. J-P. Ghosez, orthopédiste spécialisé depuis trois ans, travaillant à l'Institut Calot à Berck-Plage, rappelé par le Pr P. Lacroix, a été chargé de ce service dont l'orientation initiale était l'orthopédie infectieuse et chronique. Il l'a développé avec compétence et dynamisme, pour couvrir rapidement l'ensemble de la pathologie de l'appareil locomoteur et occuper bientôt dans l'activité et les locaux de la clinique une place considérable. Cette "saga" de l'orthopédie devait toutefois connaître de nombreux soubresauts car l'équipe très tonique, constituée autour de J-P. Ghosez cherchait à vivre dans une "bulle extensible" indépendamment du reste de la clinique et n'acceptait qu'avec peine les contraintes du statut financier des médecins des cliniques universitaires. On vécut ainsi successivement les départs de J-P. Ghosez en 1974, de L. Lootvoet, de J. Delpierre début 1981 et de J.-P. Dutoy fin 1981, de J. Deneufbourg en 1983, qui tour à tour ont préféré l'option de la médecine privée à celle de l'Université. L'équipe actuelle, pilotée par W. Lokietek depuis 1983, a dû travailler dur pour remonter la pente. En effet, le service de Mont-Godinne avait été une "pépinière" d'orthopédistes qui avaient essaimé dans les cliniques de la région. De plus, le nouveau responsable, d'abord à temps partiel, gardait les yeux braqués sur WSL comme les Juifs de l'Ancien Testament vers la Terre Promise.

C'est l'arrivée en 1974 d'A. Bosly en hématologie et surtout celle d'un spécialiste déjà réputé, R. Krémer en 1975 en cardiologie (suivi après sa retraite en 1991 par B. Marchandise) qui ont constitué le grand tournant vers la polyvalence, la haute technicité et le développement plus scientifique qui devaient s'affirmer davantage au fil des années pour l'ensemble de l'hôpital.

Suivirent W. Esselinck (1975, rhumatologie), M. Clérin (1975) puis P. Hanson (1996, médecine physique et réadaptation), B. Bertrand (1979, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale), G. Jonard (1979) puis C. Reynaert (1982, médecine psychosomatique), M. Buysschaert (1980) puis J. Donckier (1993, médecine interne générale et endocrinologie), M. Melange (1981, gastro-entérologie), L. Michel (1982, chirurgie générale, digestive et endocrinienne), P. De Coster (1985, médecine nucléaire), P. Laloux (1986, neurologie), M. Hoebeke (1987, ophtalmologie) C. Gilliard (1988, neurochirurgie). R. Krémer a recruté C. Swine (1989) pour prendre la direction de la gériatrie, F. Lorge (1990) en urologie et M. Delos (1990) pour l'anatomie pathologique ; cette dernière a développé sur place la cyto- et l'histopathologie et pratiqué les autopsies qui étaient assurées depuis 1967 par les services de F. Meersseman, de Cl. Fievez et de J. Rahier.

La néphrologie n'a pas connu jusqu'ici une grande expansion car son chef de service à WSL voulait rester fidèle aux accords préalables conclus avec plusieurs cliniques namuroises, surtout en ce qui concerne l'hémodialyse. Un accord a été conclu avec la clinique Sainte-Elisabeth à Namur à la suite duquel J-M. Pochet a partagé son activité entre les deux cliniques. P. De Coster a recruté B. Delaere en 2000 pour l'infectiologie.

L'ouverture des nouveaux services était souvent préparée par une activité de polyclinique fort importante, qu'assuraient des consultants internes ou externes : celle-ci permettait d'espérer un développement rapide de l'hospitalisation une fois qu'un responsable local à temps plein la prendrait en mains. Il en a été ainsi particulièrement en neuropsychiatrie (G. Rucquoy et coll.), en urologie (P. Hennebert, F. d'Udekem), en cardiologie (P. Timmermans puis Th. Nkanza), en ophtalmologie et en ORL (E. Puffet), suivi des assistants des services correspondants. La dermatologie, spécialité essentiellement ambulatoire à laquelle avaient participé A. Dupont, puis A. Bourlond, a connu un développement important dès que J-M. Lachapelle en assura la supervision. La pédopsychiatrie, mise en route par J-Y. Hayez n'a pas dépassé le stade de consultation. En médecine dentaire, J. Deltombe puis T. Michiels ont assuré les soins en consultation puis à l'hôpital de jour.

En fin de course, quasi toutes les spécialités se retrouvent au sein de la clinique, hormis la radiothérapie (pour laquelle un accord de fonctionnement est conclu avec la clinique Sainte-Elisabeth à Namur dans le cadre du pôle hématologique). Hormis aussi la maternité et la néonatalogie, pour lesquelles les besoins régionaux sont largement couverts à la clinique Sainte-Elisabeth et au Centre Hospitalier régional (CHR). Pour la gynécologie et la fécondation assistée, les importantes activités de Mont-Godinne se déroulent en consultation

et à l'hôpital de jour à l'intervention de M. Smets sous l'égide de J. Donnez à WSL.

Par suite des antécédents historiques et de l'extension progressive aux divers domaines de la médecine, l'image de Mont-Godinne est celle d'une clinique donnant aux diverses super-spécialités de la médecine interne une place relativement plus importante qu'à WSL, où la médecine interne générale joue un rôle majeur justifié d'ailleurs par les impératifs de formation des étudiants de doctorat.

Des activités regroupant les compétences de plusieurs spécialités se sont développées récemment. On citera par exemple:

- Une cellule de *soins palliatifs*, créée en 1989 est dirigée par une hématologue (Ch. Doyen), soutenue par B. Cholteau (consultante) et bénéficie d'un anesthésiste-algologue (P. Randour), d'une assistante sociale, de deux psychologues à mi-temps, d'un kinésithérapeute et d'une infirmière à temps plein. Plutôt que de regrouper les malades dans une unité de soins spéciale, elle veille à les reconforter dans les services d'origine et participe à l'organisation des soins à domicile pour les malades en fin de vie.
- La consultation interdisciplinaire de la douleur chronique, créée en 1993, coordonnée par le service de médecine physique et à laquelle collaborent les services d'anesthésie (P. Randour), neurologie, neurochirurgie, radiologie, médecine psychosomatique, orthopédie et rhumatologie.

### *L'insertion de la clinique dans la région*

Pendant les premières années, vu les difficultés de recrutement des malades, les médecins du cadre ont tenu des consultations dans diverses policliniques ; ils y prodiguaient leurs soins et ramenaient vers leur service de Mont-Godinne les patients pour lesquels une hospitalisation s'imposait. Des "pseudopodes" de Mont-Godinne s'étendaient ainsi vers les polycliniques de Bomel, de Dinant, de Ciney, de Gedinne, de Couvin, à l'Hôpital Reine Fabiola à Auvélais et depuis 1975 vers le Centre Médical de Charleroi. J. Prignot puis J. Steyaert ont été conseillers au service de Médecine du Centre Hospitalier de Sainte-Ode, A. Bosly à la clinique Sainte-Elisabeth à Namur. La plupart de ces consultations extérieures ont été progressivement abandonnées. Au fur et à mesure de l'épanouissement des cliniques, la qualité de la médecine, celle de l'accueil et le caractère social de l'institution ont suffi à assurer un afflux croissant de patients. En cardiologie, on a veillé à faciliter les contacts avec les cliniques voisines en engageant de nombreux consultants externes qui en proviennent et pratiquent à Mont-Godinne les cathétérismes de leurs propres patients.

Plus récemment, en 1994, un accord a été signé entre les services d'aide médicale urgente de la province de Namur (service 100) pour les urgences (J-B. Gillet). Des accords ont été conclus avec les cliniques Sainte-Elisabeth à Namur et Saint-Luc à Bouge (1992-1993) pour le pôle hémato-oncologique et temporairement avec Saint-Luc à Bouge (1992-1993) pour la chirurgie cardiaque. L'exploitation de la résonance magnétique est commune avec Saint-Luc à Bouge et le Centre Hospitalier des Fagnes à Chimay. La caméra à positrons, acquise avec la clinique Sainte-Elisabeth, bénéficie à sept cliniques des environs.

### *Mont-Godinne au sein de la Faculté de médecine*

#### Enseignement de 2<sup>e</sup> cycle

C'est sous l'égide du doyen X. Aubert, que Mont-Godinne fit ses premiers pas facultaires. Comme J. Prignot était chargé à Louvain de l'enseignement de la pneumologie et que le service louvaniste correspondant en était encore à ses débuts, il a organisé d'emblée à Mont des *tours de salle* suivis de démonstrations de clichés thoraciques, où les étudiants de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> doctorat venaient en autocar, pour quelques heures. Les contraintes économiques ont imposé après quelques années la suspension de transports d'étudiants pour lesquels des possibilités accrues d'exercices pratiques existaient à WSL. Ultérieurement en 1980, un "stage infirmier" a été proposé aux étudiants de 2<sup>e</sup> candidature. Beaucoup d'étudiants ont passé une partie de leur stage de doctorat à Mont-Godinne. Depuis l'introduction du tutorat en 1996, plus de 50 médecins de Mont-Godinne se sont inscrits pour suivre chacun de plus près deux étudiants en médecine au cours de leur formation.

La loi interdit à l'UCL tout enseignement théorique en dehors des arrondissements de Wavre et de Bruxelles. Au fil du temps, la participation des cliniciens de Mont-Godinne à l'enseignement gradué donné pour cette raison exclusivement à WSL s'est accrue bien que restant toujours assez limitée. Le témoignage de cette activité facultaire croissante se retrouve dans l'évolution du nombre de nominations académiques ou académiques-cliniques. Faute de place, on se limitera à celles de professeur en n'oubliant pas pour autant les nombreux autres maîtres de conférence et chargés de cours. J. Prignot a été rejoint en 1972 par R. Renoirte, puis en 1975 par R. Krémer. Le 1<sup>er</sup> octobre 1985, J-C. Schoevaerds fut le premier médecin du "cru" de Mont-Godinne à bénéficier du titre de professeur, suivi en 1991 par E. Installé, et en 1994, par P. De Coster et L. Delaunois. En 1995, cinq nouveaux professeurs ont été nommés: B. Bertrand, A. Bosly, W. Esselinckx, M. Melange et L. Michel suivis en 1996 par P. Laloux et en 1998 par W. Lokietek , puis en 2000 par J. Donckier, Y.

Louagie et E. Schroeder. Un beau succès pour les intéressés et pour P. De Coster qui avait œuvré activement dans ce but.

### Enseignement de 3<sup>e</sup> cycle

C'est surtout dans ce secteur que la clinique de Mont-Godinne joue un rôle important. Elle a accueilli dès 1967 deux MACCS de médecine interne dans le service de pneumologie. Le nombre d'assistants s'est amplifié dès les années suivantes, avec l'apparition des autres services médicaux. On peut suivre l'évolution de ce nombre au tableau I consacré aux "Données générales d'évolution".

L'enseignement post-gradué a comporté d'emblée des staffs hebdomadaires, faisant appel non seulement aux médecins locaux mais aussi à leurs collègues « louvanistes » ou étrangers.

Une collaboration avec le Centre Régional d'Enseignement Médical de l'UCL (CREMEC) à Namur s'est établie dès la première année. Elle s'est couplée ensuite avec les actions de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). R. Krémer et A. Bosly se sont chargés de leur organisation. Ce dernier est devenu d'ailleurs en 1994 président du CREMEC de Namur.

En plus, Mont-Godinne accueille à présent chaque année une séance de formation continue de l'AMA-UCL à l'intention des médecins généralistes : les « Printemps à Mont-Godinne » qui se tiennent comme il se doit au mois de mars.

De nombreuses réunions de sociétés scientifiques (cardiologie, pneumologie, etc.) y sont organisées. Des cours de formation continue ou de super-spécialisation d'une durée de quelques jours et deux mois y ont lieu : relevons en pneumologie, "la semaine de pneumologie" en 1984 regroupant 30 pneumologues, et pendant 9 ans d'affilée, le "Stage de Perfectionnement sur la Tuberculose" destiné aux médecins du Tiers-Monde ; en cardiologie, plusieurs symposiums du groupe de travail de la Société Européenne de Cardiologie ; en oto-rhino-laryngologie, les cours internationaux de chirurgie sinusienne et laryngée; en orthopédie, un symposium sur les substituts osseux synthétiques et en anesthésie, un symposium sur l'hémodynamique et l'échographie transœsophagienne en période péri-opératoire.

### Recherche

La Faculté de Médecine a financé d'emblée quelques mandats de techniciens affectés aux activités didactiques et de recherche. Cela a permis entre autres l'engagement d'une documentaliste qui s'occupait de renforcer la bibliothèque médicale, et d'un technicien attaché au laboratoire de recherche expérimentale équipé partiellement sur les fonds universitaires.

Plus récemment, Mont-Godinne a bénéficié d'interventions du Fonds de Développement Scientifique de l'UCL et de la rémunération des prestations de ses enseignants ainsi que d'un modeste "retour" provenant directement de Louvain-la-Neuve pour les tâches universitaires assurées dans le cadre de la clinique.

Un service de *documentation médicale* et un service *audiovisuel* ont été rapidement développés et repris récemment par J. Jamart, conseiller en matière de statistiques.

Les *recherches expérimentales* ou des *études préliminaires à l'application clinique* ont été menées à Mont-Godinne sur divers animaux, dans le laboratoire expérimental ouvert à tous les services. Se sont succédés les cobayes tuberculeux de F. Pouthier, les chiens bronchitiques de J. Lulling et C. Francis, les chiens normaux de L. Delaunois et avec la collaboration de l'anesthésiologie, les veaux de Ch. Chalant, R. Ponlot, J.-C. Schoevaerds et Y. Louagie (premier cœur mécanique électrique à l'UCL en 1987 en collaboration avec Ch. Hahn), les chiens des plasties expérimentales trachéo-bronchiques de J.-C. Schoevaerds, le modèle d'infarctus aigu chez le chien de P. De Coster, les cochons de L. Michel, L. de Cannière et F. Lorge pour les résections endoscopiques du pôle supérieur du rein et des surrénales et les chiens de B. Bertrand et M. Remacle pour les injections de collagène dans les cordes vocales.

L'éloignement des laboratoires facultaires et les difficultés de recrutement d'étudiants-chercheurs n'ont pas permis le développement sur place de la recherche fondamentale à laquelle ont participé à WSL plusieurs médecins de Mont-Godinne (L. Galanti, Y. Sibille, P. Weynants...).

C'est donc sur la *recherche clinique* que Mont-Godinne a porté ses efforts. On comparera à titre d'exemple les 12 publications des membres du service de pneumologie en 1967-1968 avec les 260 articles parus en 1997 en provenance de la plupart des services. Certaines de ces publications sont les fruits de la "collaboration horizontale" de plusieurs services. Beaucoup de ces travaux ont paru dans des revues faisant appel à des *peer-reviewers* et quelques-uns dans des revues dont l'*impact factor* est important. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que la charge clinique imposée aux médecins de Mont-Godinne a été pendant de nombreuses années assez lourde, ce qui limitait leur disponibilité pour la recherche.

J.-Cl. Schoevaerds a été élu membre correspondant de l'Académie Royale belge de Médecine en 1997. De nombreuses thèses d'agrégation de l'enseignement supérieur ont été élaborées en tout ou en partie à Mont-Godinne : A. Bosly (1996), M. Buysschaert (1989), L. Delaunois (1987), J. Donckier (1993) P. Laloux (1997), W. Lokietek (1982), Y. Louagie (1996), B. Marchandise (1989), C. Reynaert (1995), Y. Sibille (1989), O. Vandenplas (1996), T. Vanderborcht

(1997). S'y ajoute la thèse de doctorat en sciences médicales de L. Galanti (1999). M. S. Theys a conquis le titre de docteur en réadaptation et M.P. Janne celui de docteur en psychologie et sciences de l'éducation.

Une quinzaine de médecins de la clinique ont bénéficié de prix scientifiques. On ne compte plus les mémoires de doctorat ou de licence en médecine ou dans les disciplines connexes (sciences hospitalières, kinésithérapie, diététique, assistants de laboratoire, psychologie) qui ont été patronnés par l'équipe de Mont-Godinne : celle-ci a accueilli d'ailleurs des stagiaires de l'École Sociale de Namur, de l'Institut Paul Lambin à WSL (laborantines, diététiciennes), de l'Institut ND de Fleurus et de l'Institut d'Education Physique, et de diverses écoles d'infirmières.

Ceux qui ricanaient naguère du caractère universitaire de la clinique auraient difficile aujourd'hui à maintenir cette attitude.

### *La Fondation Mont-Godinne*

Créée en 1988 sous l'égide de Mgr Ed. Massaux et sous la présidence de l'ancien ministre A. Califice, elle a rassemblé des fonds ( $\pm$  18 millions) qui produisent intérêt. Ceux-ci sont utilisés pour permettre à des médecins ou autres professionnels de la santé, attachés à Mont-Godinne, de séjourner à l'étranger pour un perfectionnement professionnel. Le jury d'attribution comporte des professeurs de l'UCL, de la KUL et des FUNDP de Namur.

Le fonds de recherche sur la leucémie et le cancer, créé en 1986 à l'initiative de A. Bosly, est aujourd'hui intégré à la Fondation Mont-Godinne.

### *Mont-Godinne et les Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix (FUNDP) à Namur*

En 1967, V. Moia donnait déjà chaque semaine des démonstrations pratiques de physiopathologie respiratoire pour leurs étudiants de 3<sup>e</sup> candidature en médecine. Au moment de sa retraite en 1984, ce cours a été repris par L. Delaunois, puis par P. Weynants et actuellement par E. Marchand.

La réforme du programme des études de médecine en 1983 a ramené en 3<sup>e</sup> candidature des matières cliniques précédemment enseignées en doctorat. Les FUNDP ont nommé à ce moment dans leurs cadres plusieurs médecins de Mont-Godinne : A. Bosly pour l'immunologie, B. Chatelain pour la biologie clinique, F. Pouthier pour les cours pratiques de microbiologie, J-P. Trigaux pour la radio-anatomie; à côté de leur compétence, leur proximité et leur implantation en clinique ont certainement contribué à ces choix.

### *Mont-Godinne, le Tiers Monde et l'Europe de l'Est*

Plusieurs services de Mont-Godinne ont mené sur le terrain des actions d'aide à l'enseignement ou de soutien à des projets médicaux. Citons à ce propos les interventions de la pneumologie, de la biologie clinique et des urgences, de la cardiologie et de l'orthopédie.

## Les résultats

On peut résumer l'évolution des Cliniques UCL Mont-Godinne en trois périodes :

- Celle de la « mise à flot » qui pour les services médicaux s'étend de 1967 à 1974 avec le développement progressif de services médico-techniques et chirurgicaux performants et d'un personnel adéquat.
- Celle de « l'expansion exponentielle » entre 1975 et 1991 où l'arrivée successive de nouveaux services a permis d'atteindre une véritable polyvalence.
- Depuis lors, tous les services utiles ayant été développés, l'extension porte principalement sur les nouvelles techniques de diagnostic et de traitement et sur le développement des activités ambulatoires que sont les consultations et l'hôpital de jour ; cette phase se poursuit encore aujourd'hui.

Nous tenterons de résumer en quelques lignes l'activité des divers services, dont les responsables ont toujours été aux aguets pour faire bénéficier leurs patients des techniques de pointe

Le *service d'anatomie pathologique* (M. Delos) : les techniques d'immuno-histochimie, importantes pour le typage des tumeurs et leur pronostic et l'examen extemporané ont été mis à la disposition de l'ensemble des services hospitaliers.

Le *service d'anesthésiologie* (K. Joucken) outre son activité de routine ( $\pm$  6 000 anesthésies générales et loco-régionales par an) a mis sur pied une unité d'analgésie postopératoire qui prend en charge tous les aspects de la douleur liée aux interventions chirurgicales. Un suivi journalier permet d'évaluer l'efficacité des traitements antalgiques, de les corriger ou adapter éventuellement et de combattre efficacement les effets secondaires indésirables.

Dans le *service de biologie clinique* (Y. Glupcynski), plus de 100 000 échantillons sont analysés chaque année; les résultats urgents sont fournis dans l'heure et la quasi-totalité des examens de routine dans les dix heures grâce à l'automation. La cytologie de flux, qui permet une analyse quantitative des cellules hématologiques et des plaquettes sanguines et le typage HLA en haute résolution sont des applications récentes du secteur cytologie, hémostase et immuno-hématologie.

Le secteur de chimie applique la chromatographie liquide de haute pression et une méthode originale de comptage des particules de latex pour le dosage de divers éléments sanguins. Il quantifie l'exposition à la fumée de tabac.

Dans le secteur de microbiologie, les techniques génétiques permettent une identification plus rapide et plus précise des souches bactériennes.

*Le service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique* (J-C. Schoevaerdt) a assuré le développement des techniques mini-invasives en chirurgie coronarienne et valvulaire cardiaque, les placements de défibrillateurs ventriculaires ou autres opérations pour corriger les troubles du rythme cardiaque, les méthodes endoscopiques en chirurgie thoracique, la transplantation pulmonaire, la réduction pulmonaire et enfin, les techniques endovasculaires en collaboration avec le service de radiologie.

*Le service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne* (L. Michel) a développé et assuré une première chirurgicale belge en chirurgie vidéoscopique mini-invasive des glandes surrénales. Il a mis au point, avec le service de radiologie, la reconstruction en trois dimensions par tomodensitométrie des traumatismes abdominaux et d'autre part la lymphoscintigraphie du ganglion « sentinelle » dans le traitement du cancer du sein.

*Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur* (W. Lokietek) s'est développé dans les domaines de l'orthopédie pédiatrique (allongement des membres, correction de scolioses, traitement de pied bot, luxation congénitale de hanche, malformation congénitale), de la chirurgie prothétique (hanche, genou, épaule), de la chirurgie arthroscopique (épaule, genou, cheville), de la chirurgie des complications septiques et de celle de la colonne, dotée récemment de l'ortho-navigation.

*Le service de gastro-entérologie* (M. Melange) a développé des secteurs en rapport avec les maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas et les affections anales et recto-coliques. L'unité d'explorations endoscopiques et fonctionnelles assure l'exérèse des tumeurs bénignes, la photocoagulation au laser, la ligature de varices œsophagiennes, l'hémostase de lésions hémorragiques, l'extraction de calculs biliaires et la pose de prothèses œsophagiennes ou biliaires.

*Le service d'hématologie* (A. Bosly) applique les intensifications thérapeutiques suivies d'autogreffe ou d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques de la moelle osseuse, puis du sang périphérique. Les autres axes développés sont : la stratégie dans les lymphomes non-Hodgkiniens, notamment immunothérapie et anticorps monoclonaux, les myélomes, l'étude des mécanismes de l'immunodépression post-greffe et des thrombophilies. Le service a été « pilote » dans le développement d'une nouvelle classe thérapeutique : les inhibiteurs de la tyrosine kinase, ouvrant une nouvelle voie en cancérologie.

*Le service de médecine gériatrique* (C. Swine) gère en équipe l'hospitalisation de patients âgés fragiles dont elle assure le diagnostic, les traitements, les soins et la réadaptation, dans le but d'un retour à domicile ou d'une orientation adaptée. Le service a développé l'évaluation du profil des patients âgés admis en urgence, afin de réduire activement leur risque de déclin fonctionnel. L'ouverture d'une structure de jour permet d'évaluer et de suivre certains patients sans devoir les hospitaliser.

*Le service de médecine interne générale et endocrinologie* (J. Donckier) est à la fois général et spécialisé. Sa vocation est ainsi autant la prise en charge du patient dans sa globalité que

celle de pathologies endocrines complexes. Dans le cadre de l'auto-contrôle du diabète, a été créée une équipe multidisciplinaire qui a rencontré un vif succès auprès des patients. Le service a amplifié son rôle universitaire par de nouveaux enseignements (physiologie endocrine) et par ses recherches dans l'hypertension artérielle.

Le *service de médecine nucléaire* (P. De Coster) étudie de manière atraumatique la fonction des organes. Les techniques tomographiques, monophotonique ou à positrons, présentent la répartition du traceur en trois dimensions, comme le fait le scanner ou la résonance magnétique pour les données anatomiques. La "fusion" des données de ces différentes modalités d'imagerie combine leurs avantages respectifs pour une meilleure prise en charge du patient.

Le *service de médecine physique et de réadaptation* (P. Hanson) s'intéresse principalement au diagnostic et au traitement des lésions et handicaps secondaires aux pathologies affectant l'appareil locomoteur. Parmi ses spécificités, relevons la prise en charge précoce de pathologies neurologiques lourdes (accidents vasculaires cérébraux, para- et tétraplégies, traumatismes crâniens,...), la prise en charge pluridisciplinaire de la spasticité et le traitement intensif du lymphoedème par pressothérapie pluriétagée.

Le *service de médecine psychosomatique et de psychologie* (C. Reynaert) offre en hospitalisation une approche globale (biologique, psychologique et relationnelle) de toute pathologie adulte ou adolescente. Comme marqueurs biologiques de la souffrance psychique, on prend en considération les variations endocriniennes et les potentiels évoqués endogènes. Le centre de jour offre aux patients une approche psychosomatique complète incluant la dynamique de groupe. Le service a poursuivi ses recherches en particulier sur les variations immunitaires associées aux dépressions.

Le *service de neurochirurgie* (C. Gilliard) est doté d'un équipement de pointe: stéréotaxie puis neuronavigation, guidées par l'imagerie médicale moderne. Il développe la prise en charge pluridisciplinaire des douleurs chroniques (trijumeau inclus), de la spasticité et des mouvements anormaux. Les collaborations régionales, renforcées par la télémédecine, ont permis de créer des synergies, notamment en oncologie-radiothérapie avec la Clinique Sainte-Elisabeth à Namur.

Le *service de neurologie* (P. Laloux) a développé une clinique des céphalées en relation avec le centre de la douleur chronique, une unité neurovasculaire spécialisée dans le traitement de l'infarctus cérébral aigu, un centre d'épileptologie et du sommeil disposant d'un équipement de pointe. Plus récemment, fut créée une clinique de la mémoire qui assure un diagnostic affiné des démences et leur traitement et s'intègre dans une consultation spécialisée pour la maladie de Parkinson.

Le *service d'ophtalmologie* (M. Hoebeke) : la tonométrie par air pulsé permet de mesurer la pression oculaire sans encourir aucun risque de contamination. La chirurgie moderne de la cataracte respecte la capsule du cristallin et extrait celui-ci par phaco-émulsification aux ultrasons ; l'implant de remplacement pliable est introduit par une porte d'entrée réduite à 3 mm et déployé dans le sac capsulaire.

*Le service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale* (B. Bertrand) : En laryngologie, l'injection de collagène, d'abord bovin puis humain, a permis de corriger certains troubles de la voix et de la déglutition. En rhinologie, la chirurgie de la base du crâne et des sinus sous guidage endoscopique a connu un essor considérable, et des techniques chirurgicales originales ont permis le traitement de la rhinite atrophique et des pathologies combinées du nez et de la pyramide nasale. Les chirurgies partielles du cancer du larynx font parfois appel au Laser. En otologie, les prothèses auditives à demeure, posées par voie chirurgicale récoltent des résultats fonctionnels excellents. La chirurgie assistée par ordinateur autorise la prise en charge des cas les plus complexes.

*Le service de pathologie cardiovasculaire* (B. Marchandise) a axé son activité médico-technique sur le diagnostic et le traitement interventionnel de la maladie coronaire et des troubles du rythme ainsi que sur les nouvelles applications de l'échocardiographie. Il a participé à de nombreux projets multicentriques dans ce domaine et également dans ceux de la décompensation cardiaque et de l'athérosclérose. Ce développement se fait grâce à une collaboration étroite avec la chirurgie, les soins intensifs, l'anesthésiologie, la biologie clinique et la médecine nucléaire.

*Le service de pédiatrie* (E. Bodart) applique sans anesthésie générale la fibroscopie bronchique souple à de petits-enfants. Il a développé des consultations communes de psychiatrie et de pédiatrie en matière d'asthme grave, avec intégration de l'équipe paramédicale et un effort d'éducation de l'entourage familial des petits asthmatiques.

*Le service de pneumologie* (L. Delaunois) effectue la mise au point des transplantations et des réductions pulmonaires. Grâce à une cabine d'exposition, il détermine sans risque les facteurs responsables de l'asthme au cours d'un test de provocation bronchique. Dans les insuffisances respiratoires majeures, l'oxygénothérapie à domicile complétée parfois par la ventilation assistée non invasive est un de ses créneaux majeurs. L'étude des troubles respiratoires du sommeil par polysomnographie est poursuivie en collaboration avec la neurologie.

*Le service de radiologie* (J.-P. Trigaux) a introduit l'angioplastie périphérique dès 1980 et depuis lors, la radiologie interventionnelle s'est développée grâce à l'utilisation de l'angiographie avec soustraction numérique. Un tomodensitomètre a été autorisé en 1986, et un appareil de résonance magnétique à 1 Tesla en 1996. L'acquisition d'un tomodensitomètre hélicoïdal en 1993 et celle d'un tomodensitomètre multibarrette en 2000 lui a permis de rester à la pointe face à une technologie rapidement évolutive.

*Le service de rhumatologie* (W.Esselinckx) : ses récents développements se sont concentrés sur la prévention de l'ostéoporose que peuvent causer certains médicaments cortisoniques, indispensables dans un nombre considérable de maladies (y compris rhumatismales). La valeur du traitement préventif mis au point est reconnue dans les publications scientifiques, et son emploi bénéficie maintenant systématiquement aux malades concernés.

*Le service des soins intensifs* fondé en 1970 par P. Dubois, a été repris en 1971 par E. Installé et s'est depuis développé au rythme des autres départements de l'institution. De médical, le service est devenu médico-chirurgical, intégrant progressivement la chirurgie cardiaque, la

neurochirurgie et la neurotraumatologie et depuis 1991, la transplantation pulmonaire. Il comporte actuellement 22 lits avec une extension à 30 lits en cours d'étude.

Dans le *service des urgences* (J.-B. Gillet), le nombre de passages (plus de 12 000 en 1997) traduit l'importance de cette porte d'accès à l'hôpital.

Grâce à l'utilisation du logiciel Urqual, il a pu arriver à une meilleure organisation du service dans ses composantes administrative, infirmière et médicale. Il collabore avec Dinant dans le cadre du SAMUR.

Le *service d'urologie* (F. Lorge) : le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par électrocoagulation au laser Yag a remplacé avec succès la résection endoscopique dans les cas à risque. Les diverses modalités du traitement de l'impuissance organique sont appliquées dans le service qui a développé en outre la résection laparoscopique du rein. La lithotripsie est largement utilisée.

Un *plateau d'endoscopie* commun à la gastro-entérologie, la pneumologie, l'urologie et la pédiatrie accueille plus de 6 000 malades par an, répondant ainsi aux exigences du développement extraordinaire de ce secteur de la médecine.

Le tableau I présenté en annexe permet de quantifier l'évolution considérable des activités des Cliniques au cours des 30 années considérées, par tranches décennales.

Grâce à l'amabilité de J.-J. Haxhe, nous avons pu en outre établir quelques comparaisons entre Mont-Godinne et les cliniques Saint-Luc comme indiqué dans le Tableau II en annexe où la proportion est établie selon le nombre de lits. À nombre égal de lits, la plupart des données sont sensiblement similaires entre les deux institutions.

Il est clair que pour les consultations, on ne peut comparer un hôpital situé dans une grande agglomération comme Bruxelles avec un autre localisé en pleine campagne dans une zone peu peuplée : ceci suffit à rendre compte de l'importante disparité notée dans ce secteur.

En ce qui concerne les interventions chirurgicales, on n'oubliera pas non plus que plusieurs services avaient commencé leurs activités depuis peu comme l'urologie et que d'autres ont développé depuis 1997 leur activité en hôpital de jour (stomatologie, gynécologie).

Quoi qu'il en soit, Mont-Godinne n'a pas à être honteux de la comparaison avec la maison-mère en ce qui concerne l'importance de son encadrement médical.

## **5. Un regard vers l'avenir**

Un projet stratégique élaboré par une firme-conseil externe insiste sur la vision d'un développement plus qualitatif que quantitatif et sur le maintien du patient au cœur du dispositif de soins, sur une politique de collaboration externe

avec les médecins généralistes et d'autres établissements de santé, et sur l'importance d'activités multidisciplinaires pour éviter le cloisonnement des services. Une véritable synergie devrait être mieux développée entre les cliniques universitaires Saint-Luc et celles de Mont-Godinne (notamment en ce qui concerne les greffes pulmonaires, cardio-pulmonaires et hépatopulmonaires). Parmi les secteurs prioritaires, figure un pôle universitaire d'oncologie-hématologie-radiothérapie en collaboration avec la clinique Sainte-Elisabeth à Namur. À l'intérieur de la clinique, des "comités d'organe" permettraient une organisation transversale de la carcinologie. La pathologie cardiaque et pulmonaire reste un noyau central dans l'institution. Le développement de l'activité ambulatoire suppose un soutien au service des urgences, la création d'un centre de chirurgie ambulatoire, celle d'un hôpital de jour médical, le développement de la chirurgie ORL et d'un centre d'audiophonologie.

Parmi les autres suggestions de ce projet stratégique figurent la structuration d'un pôle polydisciplinaire médico-chirurgical d'angiologie, le renforcement du service de soins intensifs, une certaine redistribution toujours délicate des lits entre services et enfin la nécessité d'un infectiologue actif dans les services existants.

La plupart de ces recommandations ont déjà été mises en œuvre par l'équipe de direction actuelle, ce qui améliorera l'ancrage régional de l'institution et permettra le renforcement de ses spécificités.

Namur, mai 2001

Tableau I

## Données générales d'évolution de la Clinique

|  | 1967              | 1977   | 1987    | 1997                                  |
|--|-------------------|--------|---------|---------------------------------------|
| Nombre de lits   |                   | } 340  |         |                                       |
| Sanatorium   | 294               |        | 27      | 0                                     |
| Clinique   | 55                |        | 313     | 355                                   |
| Nombre d'admissions  |                   |        |         |                                       |
| Sanatorium   | 275               | 128    | 21      | 0                                     |
| Clinique   | 243               | 3 674  | 9 672   | 13 802                                |
| Occupation moyenne   |                   |        |         |                                       |
| Sanatorium et clinique   | 85%               | > 77%  | 90%     | 98,6%                                 |
| Durée de séjour (jours)  |                   |        |         |                                       |
| Sanatorium   | 180               | 100    | 53      | —                                     |
| Clinique   | 71                | 20,7   | 11,5    | 9,3                                   |
| Consultations externes par le staff interne                                | 838               | 12 802 | 38 650  | 70 050                                |
| Consultations par consultants externes                                     | 2 979             | 3 646  | 3 716   | 7 133                                 |
| Nombre de médecins du cadre  | 3                 | 17     | 46,3    | 94                                    |
| Nombre de médecins consultants externes                                    | 14                | 11     | 8       | 12 ETP <sup>1</sup><br>(75 personnes) |
| Nombre de MACCS <sup>2</sup>   | 2                 | 15     | 48      | 75                                    |
| Nombre de soignants (mandats)  | 51                | 172,25 | 322,1   | 421                                   |
| Personnel total (mandats)  | 111               | 439    | 744     | 974                                   |
| Prix de journée d'entretien (hors promotion)                               | 464               | 2 096  | 5 777   | 10 938                                |
| Prix de journée (en MF <sup>3</sup> )                                      | N.D. <sup>4</sup> | 211,1  | 658,5   | 1 423,8                               |
| Honoraires médicaux (en MF)  | N.D.              | 175,4  | 604,8   | 1 159,0                               |
| Produits pharmaceutiques (en MF facturés) (spécialités + sang + prothèses) | N.D.              | 32,5   | 233,8   | 571                                   |
| Chiffre d'affaires (en MF)   | 44,7              | 419    | 1 497,1 | 3 153,8                               |

<sup>1</sup> ETP: Equivalent temps-plein<sup>2</sup> MACCS : Médecins Assistants Cliniciens Candidats Spécialistes<sup>3</sup> MF : Milliers de francs<sup>4</sup> N.D. : Non disponible

Tableau II

**Comparaison de certains éléments  
entre Mont-Godinne (1997) et les cliniques Saint-Luc (1996)\***

|  | <b>Mont-Godinne :<br/>355 lits</b> | <b>Saint-Luc<br/>proportion 355/893</b> |
|--|------------------------------------|---|
| <b>Admissions</b>                                  | <b>13 802</b>                      | <b>12 840</b>                           |
| <b>Durée moyenne de<br/>séjour</b>                 | <b>9,3</b>                         | <b>8,19</b>                             |
| <b>Consultations</b>                               | <b>77 183</b>                      | <b>127 668</b>                          |
| <b>Nombre d'interventions<br/>chirurgicales</b>    | <b>6 307</b>                       | <b>7 284</b>                            |
| <b>Médecins du cadre<br/>permanent</b>             | <b>94</b>                          | <b>71,5</b>                             |
| <b>Médecins temporaires<br/>ou consultants ETP</b> | <b>12</b>                          | <b>17,9</b>                             |
| <b>Nombre de MACCS</b>                             | <b>75</b>                          | <b>80,3</b>                             |
| <b>Total médecins</b>                              | <b>181</b>                         | <b>169,7</b>                            |
| <b>Total médecins/100 lits</b>                     | <b>51</b>                          | <b>48</b>                               |
| <b>Personnel total<br/>(en ETP)</b>                | <b>974</b>                         | <b>1 060</b>                            |

\* Extrait du livre « Si Saint-Luc m'était conté... » Ed. Racine, Bruxelles, 2001.