

Emportez-moi!

#16 | SEMESTRIEL | NOVEMBRE 2025 - AVRIL 2026

chm

L'ACTUALITÉ DE VOTRE HÔPITAL

mag

p. 8-9 | Contrôles ophtalmologiques : une nécessité trop souvent négligée



PORTRAIT p. 6-7

Le médecin nutritionniste : une prise en charge médicale complète



DOSSIER p. 4-5

Don d'organe : sauvons des vies !



ACTU p. 10

L'hémodialyse à domicile (HDD) : quand le patient reprend la main sur son traitement rénal



Rejoignez-nous sur



– www.chmouscron.be – info@chmouscron.be

Sommaire

Édito	2
FOCUS	
Intelligence artificielle au service de l'imagerie médicale	3
DOSSIER	
Dons d'organes : sauvons des vies !	4
PORTRAIT	
Le médecin nutritionniste : une prise en charge médicale complète	6
DOSSIER	
Contrôles ophtalmologiques : une nécessité encore trop souvent négligée	8
ACTU	
L'hémodialyse à domicile (HDD) : quand le patient reprend la main sur son traitement rénal	10
FLASH	
Déménagement du poste de garde de médecine générale	11

CHM Mag est une publication du Centre Hospitalier de Mouscron asbl, Av. de Fécamp 49, B-7700 Mouscron

Éditeur responsable: Grégoire Lefebvre, Av. de Fécamp 49, B-7700 Mouscron

Conception, réalisation et production: Sophie Schraen, Sophie Dewaele, Imprimerie Parmentier

Rédaction: Carine Bresse, CHMouscron

Coordination de la rédaction: Sophie Dewaele

Comité de rédaction: Carine Bresse, Sophie Schraen, Sophie Dewaele
Comité Patients Partenaires

Photos: CHMouscron, Sophie Dewaele, Sophie Schraen, Samuel Rossie, Adobe Stock

Image de couverture: Samuel Rossie

Maquette et mise en page: Imprimerie Parmentier

Impression: Imprimerie Parmentier, papier certifié gestion durable de la forêt

Tirage: 1200 exemplaires

Pour toute correspondance: communication@chmouscron.be

Édito

M. Guillaume Delbecque,
Directeur administratif



L'IA dans les soins de santé : évolution ou révolution ?

Il ne se passe décidément pas un jour sans que le sujet de l'intelligence artificielle (« IA ») s'invite dans nos conversations. Dans l'industrie, le commerce, l'enseignement, l'économie ou la finance, l'IA est présentée comme un tournant majeur, annonciatrice de bouleversements comparables à l'irruption de l'internet ou du smartphone dans nos vies.

Qu'en est-il dans le secteur des soins de santé ? L'IA représente-t-elle une opportunité ou une menace, notamment pour l'humanisation de nos hôpitaux ?

Force est de constater que l'IA frappe à notre porte au travers des nombreuses technologies déjà présentes dans nos institutions. Et ceci à raison : selon une étude récente publiée dans la revue Lancet Digital Health (2024), les algorithmes surpassent désormais les performances humaines dans 87% des tâches de détection d'anomalies en imagerie médicale, parfois invisibles à l'œil nu. C'est donc en toute logique que de tels algorithmes sont aujourd'hui présents dans notre institution afin de soutenir l'activité du service d'imagerie dans des domaines choisis et scientifiquement établis. Dans ce contexte, l'IA se présente à la fois comme un outil accélérateur de qualité au service des patients, et comme un outil d'aide à la décision pour le clinicien.

L'IA se nourrit de volumes massifs de données médicales pour produire sa plus-value : imagerie, biologie, dossiers cliniques électroniques. Ainsi, en radiologie, en dermatologie, en anatomopathologie, mais aussi en neurologie ou en oncologie, il est désormais acquis que l'IA contribue à une détection plus précoce de pathologies, orientant le clinicien lors de mises au point complexes par l'analyse de données multiples, contribuant ainsi à réduire les délais de prise en charge tout en renforçant la sécurité diagnostique.

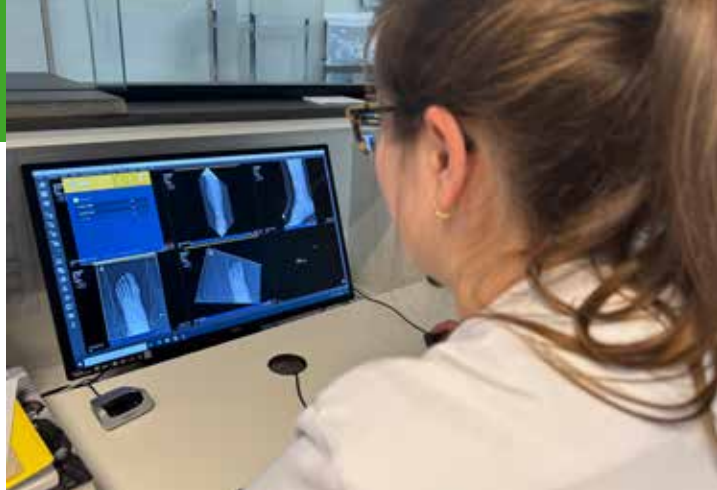
Mais les perspectives sont nombreuses et vont bien au-delà de l'activité purement clinique de nos institutions. Pensons notamment à l'optimisation de la chaîne logistique hospitalière, la planification de l'activité et du personnel, la prévision des flux de patients tenant compte de la saisonnalité et de l'épidémiologie, etc.

Bien évidemment, toute évolution technologique doit s'accompagner de garde-fous en réponse notamment aux enjeux éthiques ou limitant les biais qui peuvent l'accompagner (p.ex. la sous-représentation de certaines populations dans les données d'entraînement). L'Union Européenne l'a bien compris en publiant mi-2024 son « IA Act », classifiant le secteur de la santé parmi les secteurs à haut risque et fixant un cadre rigoureux pour une innovation responsable et sécurisée. À notre échelle, la mise en œuvre d'une gouvernance locale claire ainsi que la formation des équipes sont indispensables afin de garantir l'utilisation sûre de la technologie.

L'IA ne transforme pas la finalité de nos institutions de soins, elle apporte de nouveaux moyens dans la prise en charge qualitative et sécuritaire des patients. À condition de la comprendre, d'en maîtriser les limites et d'encadrer son usage, elle peut devenir le véritable accélérateur d'une médecine plus prédictive et personnalisée, mais en aucun cas moins humaine.

(1) Cet éditto a bien évidemment été rédigé avec le support d'une IA développée en Europe

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE au service de l'imagerie médicale



Elle fait désormais partie de notre quotidien et s'y est installée sans que nous nous en soyons réellement rendu compte. L'intelligence artificielle rend aussi bon nombre de services dans le secteur médical, mais ne remplace pas le médecin, bien qu'elle soit devenue un outil indispensable.

Jean-François Adam est infirmier chef du service d'imagerie médicale. L'IA a considérablement changé son métier au profit des patients. Une première application concerne l'amélioration des images : l'IA est capable de supprimer le "bruit" (grain) des clichés, en particulier ceux des scanners, ce qui permet de réduire la dose de rayons X tout en obtenant une meilleure qualité d'image.

Ces systèmes s'appuient sur d'immenses bases de données d'images, qu'ils analysent pour apprendre à reconnaître les structures anatomiques. En IRM, l'intelligence artificielle permet aussi de réduire la durée de certains examens de 45 à 15 minutes, ce qui améliore la prise en charge et réduit les délais d'attente pour les rendez-vous.

Pour les services d'urgence, le CHM a investi dans des solutions d'IA qui accélèrent et sécurisent la prise en charge des patients. La première détecte automatiquement les fractures ou anomalies sur les radiographies. Un filet de sécurité pour les urgentistes et radiologues.

La seconde solution traite en temps réel les scanners cérébraux afin d'identifier rapidement un saignement ou une occlusion. Les résultats sont disponibles quasi immédiatement pour le neurologue, offrant un gain de temps crucial, en particulier dans la prise en charge des AVC, où chaque minute compte.

L'IA remplacera-t-elle un jour le corps médical ?

La réponse de l'infirmier en chef est sans appel : « Non, car dans notre métier, l'homme restera maître de la situation. »

Le diagnostic restera toujours validé par le médecin, non seulement parce qu'un outil peut connaître une défaillance, mais surtout parce que l'expertise humaine demeure indispensable.

L'IA progresse également dans d'autres domaines hospitaliers : chirurgie assistée par robot, analyse biologique, etc. Tant qu'elle est bien encadrée, l'intelligence artificielle est un réel atout pour les patients et les soignants.



DON D'ORGANE : sauvons des vies !

C'est une question qui vous taraude peut-être l'esprit ou celui de vos proches : quand devient-on donneur d'organes ? Quelle procédure suivre pour le faire savoir ou à l'inverse s'y opposer ?

En Belgique, *a priori*, toute personne est un donneur potentiel.

« La législation encadre strictement le prélèvement d'organes après le décès » explique le Docteur Jean-Louis Mariage, Directeur médical du CHM. Chacun a la possibilité de s'y opposer de son vivant, ou, au contraire, d'exprimer son accord en informant ses proches. Cette volonté peut aussi être enregistrée dans une base de données nationale, consultée systématiquement par le personnel médical avant tout prélèvement. À tout moment, le donneur potentiel peut revenir sur son choix et le modifier.

Lorsqu'un prélèvement est envisagé, la coordination hospitalière de transplantation consulte le Registre national des refus pour connaître la position du défunt : une éventuelle opposition entraîne l'arrêt immédiat de la procédure, sans dialogue avec la famille. Si au contraire un accord explicite y figure, les proches en sont informés, généralement sans surprise, ce qui facilite la continuité de la démarche.

La majorité des citoyens ne figurent dans aucun registre, ni de refus, ni d'accord.

Dans ce cas, l'équipe médicale interroge la famille plus légitimement : « Le défunt s'était-il opposé au don d'organes ? ». La formulation de la question a son importance, car il ne s'agit pas de demander aux proches leur autorisation, mais de confirmer si une objection existe. Une réponse claire par « oui » ou « non » assure le respect de la volonté du défunt sans transfert de responsabilité indue.

Chaque seconde compte !

Comme on peut le deviner aisément, ces procédés exigent de la rapidité : l'arrêt circulatoire entraîne l'arrêt de la perfusion des organes, donc une souffrance tissulaire rapide. Pour conserver leur qualité, il faut agir dans des délais très courts (quelques heures selon l'organe), renforçant l'importance de procédures fluides et coordonnées.



La classification de Maastricht a désigné trois nouvelles catégories :

1. Mort encéphalique : la personne est déclarée morte, car son cerveau ne reçoit plus de sang, bien que le cœur puisse battre temporairement grâce à des dispositifs de maintien en vie. Cette situation a longtemps été la seule permettant le prélèvement d'organes.

2. Arrêt circulatoire, c'est-à-dire l'interruption complète et irréversible de l'activité cardiaque et respiratoire, entraînant l'arrêt de la circulation sanguine vers les organes et, par conséquent, le décès de la personne.

La classification de Maastricht a désigné trois nouvelles catégories :

3. Lorsque le décès est attendu après une décision collégiale d'arrêt des soins. Le prélèvement est organisé post-mortem au bloc opératoire.

4. L'arrêt cardiaque non contrôlé, avec tentative de réanimation. Si elle échoue, une conservation temporaire des organes peut être mise en place avant le prélèvement, sous conditions strictes.

5. Le prélèvement après euthanasie, lorsqu'elle est autorisée. L'intervention est planifiée afin de minimiser le délai entre le décès et le prélèvement, protégeant ainsi la qualité des organes.

Le prélèvement est réalisé sur place au CHM : le donneur ne se déplace pas.

Ce sont les équipes spécialisées, issues de centres de transplantation qui interviennent à l'hôpital où se trouve le défunt, organisent l'opération et assurent le transport des organes vers les centres qui les recevront, via le réseau Eurotransplant. « Au CHM, ce sont les équipes de l'UCL Saint Luc qui interviennent » explique le Directeur médical.



Un seul donneur peut sauver plusieurs vies

Cœur, foie (entier ou partagé), poumons, reins, et même des tissus comme cornées ou os... Jusqu'à cinq ou six personnes peuvent bénéficier d'un même don. Cependant, certaines contre-indications existent :

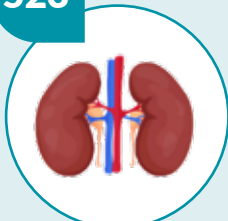
- âge trop avancé,
- infections ou cancers récents,
- incompatibilités morphologiques ou immunologiques (groupe sanguin, taille, etc.).

Des techniques comme les greffes en domino, où l'organe d'un patient atteint d'une maladie génétique peut être re-transplanté chez un autre, ou les greffes hépatiques divisées permettent d'optimiser l'usage des dons, notamment pour des receveurs plus petits ou des enfants.



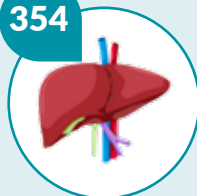
NOMBRE DE TRANSPLANTATIONS EN BELGIQUE EN 2024

523



REIN

354



FOIE

108



POUMONS

85



CŒUR

12



PANCRÉAS

En 2024, 1082 transplantations ont été réalisées en Belgique. La moitié des transplantations étaient des transplantations rénales et un tiers des transplantations hépatiques.

<https://www.belgiqueenbonnesante.be>

Besoin d'infos ?

N'hésitez pas à en discuter avec le personnel soignant de l'hôpital ou votre médecin traitant. Ils sauront répondre à vos questions, vous expliquer les procédures et vous accompagner dans vos choix, en toute confidentialité et dans le respect de votre volonté.

Le médecin nutritionniste : une prise en charge médicale complète



Face à un problème de poids, un besoin de rééducation alimentaire ou une adaptation nutritionnelle liée à un état de santé (maladie chronique, convalescence, âge, activité physique...), quel professionnel consulter ? Se tourner vers un diététicien, un nutritionniste ou directement vers un médecin nutritionniste ? Le bon choix dépend de la situation du patient, de ses objectifs et des troubles rencontrés.

Le médecin nutritionniste : une prise en charge médicale complète

« Comme son titre l'indique, le médecin nutritionniste est un docteur en médecine ayant poursuivi une formation universitaire complémentaire en nutrition humaine », explique le Dr Angeliki Koutla, médecin nutritionniste au CHM. À la croisée de la médecine, de la prévention et de l'éducation thérapeutique, c'est un acteur clé de la santé.

Au-delà du simple conseil alimentaire, sa mission consiste à établir un diagnostic médical, diriger les patients vers les ressources appropriées et les accompagner à long terme. Il prend en considération tous les paramètres de santé : obésité, complications métaboliques,

dénutrition, notamment chez les personnes âgées ou en oncologie, diabète de type 2, troubles cardiovasculaires, maladies digestives, inflammatoires ou hormonales.

Il est habilité à prescrire des examens, poser un diagnostic médical, proposer un traitement ou orienter vers d'autres spécialistes. Il joue un rôle central pour dépister les causes médicales profondes d'un déséquilibre nutritionnel.

Une approche globale, individualisée et durable

Le médecin nutritionniste adopte une vision holistique, c'est-à-dire une prise en compte de la personne dans sa globalité, pas seulement ce qu'elle mange. Il ne propose donc pas un régime standard, mais personnalise chaque prise en charge en tenant compte de l'histoire, des

habitudes, de l'environnement et du profil psychologique du patient. « Chaque prise en charge est personnalisée : il n'existe pas de protocole standard applicable à tous », précise encore le Dr Koutla.

Une approche pluridisciplinaire

La nutrition est une discipline transversale. Pour une prise en charge optimale, le médecin nutritionniste collabore étroitement avec des diététiciens pour le suivi alimentaire pratique, des psychologues ou psychiatres, en cas de troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie...), des kinésithérapeutes, pour le maintien de l'activité fonctionnelle, des médecins spécialistes (cardiologues, endocrinologues, gastro-



faut pas se peser tous les jours », insiste le Dr Koutla. Ces pratiques génératrices d'anxiété entraînent souvent un désengagement à long terme. L'accompagnement s'inscrit dans des objectifs réalistes, sur une période durable (six mois ou plus), sans pression excessive.

L'activité physique adaptée : un pilier essentiel

L'activité physique est un pilier fondamental de la prise en charge nutritionnelle. Elle ne nécessite pas un entraînement intense ; l'essentiel est de l'intégrer à la vie quotidienne : marche, escaliers, renforcement musculaire doux, vélo d'appartement, etc. Chez les personnes âgées ou fragiles, préserver la masse musculaire (prévenir la sarcopénie) est crucial pour maintenir l'autonomie et prévenir les complications. Le recours à un kinésithérapeute ou à un centre de rééducation peut être judicieux.

entérologues...) pour traiter les pathologies sous-jacentes.

L'objectif demeure la création d'un pôle nutrition pluridisciplinaire structuré, encore trop rare aujourd'hui, mais indispensable pour une organisation optimisée des soins.

Perte de poids : le corps n'est pas fait pour la privation

« Le but n'est pas d'imposer un régime restrictif. Le corps humain n'est pas fait pour vivre en état de privation prolongée. »
Les régimes stricts sont souvent

inefficaces sur le long terme. Le médecin nutritionniste travaille donc à un changement durable du mode de vie, en intervenant sur la relation à l'alimentation, l'équilibre émotionnel, l'activité physique, le sommeil, et, si nécessaire, la prise en charge médicale associée.

Restaurer une relation saine à l'alimentation

Souvent, les patients arrivent fatigués ou découragés après avoir enchaîné les régimes infructueux. Le médecin nutritionniste adopte une approche bienveillante, basée sur l'écoute et l'éducation. *« Il ne*

NUTRITIONNISTE ET DIÉTÉTICIEN : QUELLES DIFFÉRENCES ?

Le terme « nutritionniste » n'est pas protégé : il peut désigner un professionnel ayant suivi une formation en nutrition — sérieuse ou non — mais ne garantit pas de qualification médicale. En revanche, le diététicien (nutritionniste) est un professionnel de santé paramédical, diplômé d'État.

Il a pour rôle de calculer les besoins nutritionnels individuels, élaborer des régimes adaptés (en cas d'obésité, intolérances, diabète, etc.) et accompagner les patients au quotidien. Bien qu'expert en gestion alimentaire, il n'est pas médecin : il ne pose pas de diagnostics médicaux, ni n'intervient sur des pathologies — rôle que peut par contre remplir le médecin nutritionniste en consultant, puis orientant vers le diététicien pour le suivi diététique personnalisé.



CONTRÔLES OPHTALMOLOGIQUES : une nécessité encore trop souvent négligée

Avez-vous pensé à consulter un ophtalmologue ?
Les consultations ophtalmologiques font-elles
partie de vos priorités santé ?

De nombreuses pathologies oculaires peuvent évoluer de manière silencieuse, sans provoquer de symptômes évidents aux premiers stades. Certaines affections graves, comme les tumeurs intraoculaires, peuvent ne manifester aucun signe perceptible avant d'atteindre un stade avancé. D'autres troubles, notamment les anomalies de la réfraction (myopie, hypermétropie, astigmatisme), peuvent être naturellement compensés par l'œil, rendant leur détection difficile sans examen spécifique. Dans ces cas, les seuls signes révélateurs peuvent être des maux de tête récurrents, dont l'origine oculaire est rarement suspectée de prime abord.

C'est pourquoi une consultation ophtalmologique est conseillée même en l'absence de symptômes apparents.

Un bilan annuel pour dépister précocement des altérations de la vision et des complications potentielles

La fréquence est cependant à moduler selon le profil de chaque patient. La présence de facteurs de risque, tels que des antécédents familiaux de pathologies oculaires, le diabète, l'hypertension ou certaines maladies systémiques, justifie un suivi plus rapproché.

À l'inverse, chez les patients de moins de 40 ans, en bonne santé et sans antécédents médicaux, une consultation tous les deux à trois ans peut suffire.



Dépistage chez l'enfant : un rôle central assuré par les écoles

En Belgique, les établissements scolaires assurent un dépistage visuel régulier chez les enfants, en général tous les deux ans. Ces examens permettent d'identifier précocement d'éventuelles anomalies visuelles. Si un trouble est suspecté, l'enfant est orienté vers un ophtalmologue pour un examen approfondi. En l'absence d'alerte lors de ces contrôles, une consultation spécialisée n'est pas toujours nécessaire.

Cependant, un suivi plus étroit peut s'avérer indispensable si l'enfant présente des antécédents familiaux de strabisme, de port de lunettes précoce, ou d'autres pathologies ophtalmiques. Dans ces cas, une vigilance accrue est de mise, même en dehors du cadre scolaire.



Urgences ophtalmologiques : une organisation structurée

Un dispositif de garde est en place pour répondre aux urgences ophtalmologiques. En cas de symptômes soudains comme une perte brutale de vision, une douleur intense ou un traumatisme oculaire, il convient de se présenter aux urgences hospitalières. Le médecin urgentiste évalue la gravité de la situation : si elle est bénigne (ex. conjonctivite, allergie), il peut assurer le traitement. En revanche, si un avis spécialisé est requis, il contacte l'ophtalmologue de garde, disponible pour intervenir à tout moment, y compris la nuit.

Suivi médical coordonné : un enjeu de santé publique

Les médecins spécialistes, comme les diabétologues, les rhumatologues ou les internistes, sont souvent conscients des implications oculaires potentielles de maladies systémiques. Ils orientent leurs patients vers des ophtalmologues pour assurer un suivi visuel régulier. Pourtant, certains patients – faute d'information ou de sensibilisation – ignorent l'importance de ces contrôles. Ils peuvent négliger un suivi pourtant essentiel, surtout

lorsque leurs bilans sanguins paraissent rassurants.

Le rythme de suivi est individualisé, établi par l'ophtalmologue en fonction des résultats de l'examen initial, des antécédents et des risques identifiés. Il peut varier de six mois à deux ans, selon les cas, s'il n'y a pas d'atteinte oculaire.

Le suivi médical coordonné est beaucoup plus rapproché pour les inflammations oculaires aiguës ou les glaucomes aigus. Des contrôles sont nécessaires toutes les semaines jusqu'à la stabilisation de la maladie.

Les compétences de l'opticien

L'opticien est un acteur essentiel dans l'adaptation des lunettes et des lentilles de contact, et peut proposer certaines aides visuelles pour améliorer le confort quotidien. Néanmoins, il n'a ni la compétence ni l'autorisation de poser un diagnostic médical ou de suivre une pathologie oculaire. Pour toute suspicion de maladie oculaire, seul l'ophtalmologue est habilité à établir un diagnostic et à proposer un traitement adapté, en particulier dans le cadre de maladies chroniques telles que le diabète, les pathologies inflammatoires ou auto-immunes.

Vers une transformation numérique de l'ophtalmologie ?

Les quinze dernières années ont été marquées par des progrès majeurs dans la prise en charge des maladies de la vision, notamment grâce aux innovations technologiques. Si l'intelligence artificielle n'a pas encore transformé radicalement la pratique ophtalmologique, elle pourrait, dans un avenir proche, jouer un rôle important dans le dépistage automatisé, l'analyse d'images rétinienne ou la gestion du flux des urgences.

Il reste cependant préférable de consulter un spécialiste pour un symptôme bénin et être rassuré que de laisser évoluer une pathologie grave sans prise en charge.



L'hémodialyse à domicile (HDD) : quand le patient reprend la main sur son traitement rénal



C'est une révolution dans le traitement de l'insuffisance rénale : il est désormais possible de réaliser ses dialyses chez soi. Bien que cela demande une certaine préparation, cette méthode offre une réelle amélioration du quotidien du patient. De fait, sans cette nouvelle solution technique, le patient dialysé doit se rendre à l'hôpital plusieurs fois par semaine pendant plusieurs heures pour qu'une machine filtre son sang.

La récente possibilité de le faire dans son salon, à l'heure souhaitée, offre de nombreux avantages et permet au patient de devenir acteur de sa santé.

L'HDD, une nouvelle liberté

La dialyse à domicile consiste à effectuer soi-même ses séances de dialyse chez soi. Le patient prend alors en main sa maladie et se dialyse 5 à 6 fois par semaine de manière autonome.

Après une formation de deux mois proposée par des infirmiers spécialisés en dialyse, le patient

est apte à gérer la machine, à se ponctionner, à suivre le bon déroulement de la séance et à réagir en cas d'alerte.

Une fois la formation terminée, la première séance à domicile se fait en présence d'un infirmier ou d'une infirmière du service de dialyse. Par la suite, un accompagnement médico-infirmier reste disponible 24h/24. Les patients sont cependant attendus une fois par mois pour une dialyse en centre et quelques vérifications et prélèvements sanguins pour s'assurer qu'aucun problème de traitement ne soit à déplorer.

Si le procédé ne peut se mettre en œuvre du jour au lendemain, il promet cependant un quotidien moins contraignant qu'un suivi hospitalier régulier.

Les avantages et les inconvénients

L'HDD améliore la qualité de vie : moins de déplacements, horaires flexibles, meilleure tolérance des séances et donc moins de fatigue, moins de contraintes alimentaires, car la répartition des dialyses est plus adaptée au fonctionnement du corps et de ses besoins de purification ; elle est aussi plus adaptée au maintien d'une vie professionnelle et offre davantage de libertés.

Cette autonomie de traitement reste cependant inaccessible aux patients qui ne peuvent ou ne veulent pas se ponctionner seuls ou qui ont un logement inadapté.



► Déménagement du poste de garde de médecine générale

À partir du week-end des 6 et 7 décembre 2025, le poste de garde de médecine générale déménage vers un nouvel espace.

Dans le but d'améliorer le confort des patients et de renforcer la sécurité et la coordination avec les services hospitaliers, le poste de garde sera désormais **installé dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Mouscron, et accessible directement par l'entrée bleue** située à droite de l'entrée principale du CHM.

Le poste de garde de médecine générale est ouvert au public les **samedis, dimanches et jours fériés de 08h00 à 20h00 sans rendez-vous**.

En dehors de ces horaires, nous invitons les patients à contacter le **1733**, à se présenter au service des Urgences ou à contacter le 112 en cas de besoin médical urgent.



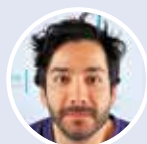
► Nouveaux médecins

Docteur ORDONEZ ORTEGA Germain Rodrigo,
Médecin spécialiste en anesthésiologie

Docteur BESLEAGA Beatrice
Médecin spécialiste en psychiatrie

Docteur RIZESCU Rares-George
Médecin spécialiste en ORL

Docteur VAN ESSCHE Cyril
Médecin spécialiste en anatomie pathologique



DÉPARTS :

Dr Aurélie Foulon, gynécologue

Dr Jeanne Delvaux De Fenffe, médecin spécialiste en ORL

CONFÉRENCES SANTÉ

Le mardi à 18h

À TOI AUSSI
Agis pour
la Santé

Programme 2026

20/01

OUBLIER, QUAND FAUT-IL S'INQUIÉTER ?

Par Mme Mégane Callewaert, Neuropsychologue

03/02

TROP D'OBJETS, TROP DE STRESS !

Par Mme Katrien Sieuw, Home Organiser

24/03

ET SI ON REMPLAÇAIT LES SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES PAR DE MEILLEURS CHOIX EN SUPERMARCHÉ ?

Par M. Arthur Delcourt, Diététicien- nutritionniste titulaire de
Masters en sciences

21/04

BIEN VIVRE AVEC SES ALLERGIES DANS UN MONDE QUI CHANGE

Par Dr Vintila, Pneumologue-Allergologue

23/06

LA SEXUALITÉ DES JEUNES : ENTRE RÉALITÉS, MYTHES ET NOUVELLES PRATIQUES

Par Mme Sylvie Loumaye, Psychologue - Sexologue

22/09

MIEUX CONNAÎTRE LES PRATIQUES NUMÉRIQUES DES ADOS

Par M. Yves Collard, Formateur expert en éducation
aux médias, professeur à l'IHECS

13/10

HUMANITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DANS LES SOINS PALLIATIFS

Par Dr Emilie Debue et Mme Zohra Labreg ainsi que l'équipe des
psychologues de l'équipe mobile en soins palliatifs du CHM

17/11

LA THYROÏDE, UN PETIT PAPILLON AUX GRANDS POUVOIRS

Par Dr Klipper Dit Kurz, Endocrinologue-Diabétologue



Au CFPC - Rue de la Coquinie (à l'arrière du CHM)

Inscription obligatoire

Une collaboration entre la Maison de la Santé et le Centre Hospitalier de Mouscron

CFPC
Centre de Formation
et de Recherche
en Santé

chm
mouscron

Centre
Hospitalier
de
Mouscron

McpS
Maison de la Santé

MOUSCRON



AVIQ

Si vous ne savez pas vous inscrire via le QR code,
vous pouvez contacter le +32 (0)56 860 215
ou vous rendre sur le site : www.chmouscron.be

Les inscriptions sont possibles un mois jour pour
jour avant chaque conférence.