

Hospinews Focus :

Rencontre avec le Médecin-chef de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, Dr. Abdallah Kanfaoui.

Novembre 2012

Interview de : Abdallah Kanfaoui

Propos recueillis par : Emmanuelle Vanbesien

Editeur : Hospichild.be / asbl cdcs-cmdc vzw

Cet article est sous droits réservés selon la licence Creative Commons Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification - 2.0 Belgique (CC BY-NC-ND 2.0) selon laquelle :

Vous êtes libres :

* de reproduire, distribuer et communiquer cette création au public

Selon les conditions suivantes :

* **Paternité** — Vous devez citer le nom de l'auteur original de la manière indiquée par l'auteur de l'oeuvre ou le titulaire des droits qui vous confère cette autorisation (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'ils vous soutiennent ou approuvent votre utilisation de l'oeuvre).

* **Pas d'Utilisation Commerciale** — Vous n'avez pas le droit d'utiliser cette création à des fins commerciales.

* **Pas de Modification** — Vous n'avez pas le droit de modifier, de transformer ou d'adapter cette création.

Pour toute demande de diffusion hors de ces clauses, veuillez envoyer un mail à evanbesien@hospichild.be

Le célèbre hôpital public consacré aux enfants a récemment vu arriver un nouveau Médecin-chef pour prendre la relève du Docteur Thierry Schurmans, appelé à d'autres fonctions. C'était l'occasion pour Hospichild de poursuivre les rencontres avec les patrons de la pédiatrie bruxelloise et de leur demander de commenter l'évolution de la pédiatrie dans ses différentes composantes. Bruxelles voit son taux de naissances fortement augmenter ces dernières années, la population est de plus en plus cosmopolite et les hôpitaux doivent s'adapter à de nouvelles réalités. À la richesse culturelle, s'oppose la variété des problématiques vécues par les familles vivant dans une grande ville. À commencer par le noyau familial qui n'a plus du tout la même signification qu'il y a 20 ans. La société du virtuel a changé la donne et cela oblige le monde hospitalier à modifier aussi ses pratiques. La recherche d'informations sur la toile précède souvent la visite chez le praticien, les médecins pratiquent les réseaux sociaux, l'on twitte, l'on blogue, l'on partage, l'on consulte via un écran... Les mœurs sociales et technologiques évoluent rapidement, le métier aussi.

Discussion à bâton rompu avec le Médecin-chef de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, le Dr. Abdallah Kanfaoui, pédiatre à la croisée des chemins entre tradition médicale, essor multiculturel, progrès scientifiques et gestion contemporaine d'un grand hôpital.

Je commence par une question bateau. Comment voyez-vous l'évolution de la pédiatrie ces dernières années ?

Dr. Abdallah Kanfaoui : Je vais commencer par une boutade : mes anciens confrères et prédécesseurs ne se sont pas trop mal débrouillés, la preuve en est que la plupart des enfants qu'ils ont soignés sont devenus grands...(Rires)

Plus sérieusement, ce qui a changé, c'est par exemple la connaissance des maladies rares; il existe un foisonnement de connaissances, la génétique est mieux connue, la prise en charge de ces maladies s'améliore, en tous cas dans la majorité des pays européens. Ce qui est aussi important, c'est la prise en charge globale du patient dont nous obtenons une meilleure participation à ses propres soins qu'autrefois.

Il existe aussi une reconnaissance de l'enfant, qui a complètement changé.

L'enfant est aujourd'hui considéré comme un être humain à part entière ?

Dr. A.K.: Exactement, avec des droits. C'est une révolution. Et certainement par rapport à sa souffrance. On a appris à savoir que l'enfant a mal, c'est loin d'être évident. L'enfant n'avait pas mal, l'approche n'était pas la même. Un adulte exprime sa souffrance tandis qu'un enfant pleure, mais voilà tout. Depuis lors, toute une réflexion a été menée et cela a permis de mettre en place des cellules qui s'occupent de la douleur de l'enfant, au sein des hôpitaux, notamment avec le "Projet National Douleur Aiguë de l'Enfant". Récemment il y a eu une prise de conscience que l'enfant en fin de vie avait besoin de soins palliatifs spécifiques, c'est pourquoi on a mis sur pied une cellule mobile de soins palliatifs intra et extra muros. Je pense que c'est une reconnaissance de la dignité de l'enfant. Cette évolution est aussi sous-tendue par de longues recherches scientifiques qui sont venues étayer les observations des soignants et les aider dans cette vision plus globale.

Est-ce que le phénomène de l'Internet a changé la façon dont les médecins effectuent leur formation continue ?

Dr. A.K.: Oui, dans le sens où nous travaillons en partage d'informations, en réseau inter-hospitaliers et que nous avons accès à différents sites médicaux où l'on peut trouver tous les articles scientifiques qui nous permettent de rester à jour, comme une formation continue. Il existe par ailleurs des formations continues qui se déroulent au sein de l'hôpital: les "grands tours". Ce sont des sujets particuliers qui sont traités par des spécialistes de notre institution ainsi que par des personnalités venues du monde entier. Et puis, il y a bien évidemment toutes les relations que nous entretenons avec les universités car nous avons pour vocation de former les futurs médecins spécialistes. L'institution se doit donc d'adhérer à de strictes critères académiques de recherches et publications qui nous définissent comme centre de formation universitaire.

Nombre de jeunes médecins pratiquant en cabinet sont aujourd'hui des amateurs de "twitts" sur le célèbre site "Twitter" qui permet de délivrer de courts messages à ses relations. Qu'en pensez-vous ?

Dr. A.K.: Je ne suis pas très au courant de cette pratique mais je pense que c'est aussi un phénomène assez récent et qui s'explique ainsi : dans ma pratique solo, je ne suis plus seul, mais tout en restant seul. Ce que nous avons toujours favorisé et que nous continuons à favoriser, c'est qu'il y ait des discussions et des rencontres entre confrères à propos des cas cliniques. Mais je pense que ces rencontres sont de meilleure qualité sur un plan scientifique et social pour le médecin lorsqu'elles se font de visu. Le problème si on le fait par le biais des réseaux sociaux, c'est à mon sens, la conception du temps que l'on a qui devient très restreinte, parce que l'on a plus le temps de voir les autres, alors on le fait de manière virtuelle. C'est peut-être un reflet de la société avec, évidemment, toutes les pathologies que cela peut entraîner comme problèmes de santé publique. Un autre danger est que ces réseaux sociaux sont ouverts à tout le monde et que l'aspect du secret médical peut être mis à mal. Le patient peut se sentir, en lisant ces messages, non respecté dans son intégrité, instrumentalisé.

Et que pensez-vous des consultations par internet ?

Dr. A.K.: Certains pays les ont rendues payantes, par téléphone ou par internet. La médecine n'étant pas une science exacte, je trouve qu'il est déjà suffisamment compliqué de diagnostiquer correctement un patient que l'on a devant soi pour ne pas prendre le risque de le faire à distance. Par internet, sans voir le patient, pouvoir poser un diagnostic le plus précis possible, sans le toucher, je ne considère plus cela comme de la médecine.

Par rapport aux compétences spécifiques des pédiatres, quel est votre avis ?

Dr. A.K.: On ne veut pas continuer à vivre ce qui a existé pendant plusieurs décennies, c'est-à-dire, lorsqu'il y avait un souci hors de la pédiatrie générale, on devait faire appel à un confrère spécialiste qui n'avait aucune formation pédiatrique. Pour améliorer la qualité de la médecine pédiatrique, nous avons besoin au sein de notre spécialité de former des gens à une prise en charge spécifique pour certaines pathologies. Nos revendications portées depuis plusieurs années par des confrères et instances représentatives commencent à porter leurs fruits. Il s'agit de faire reconnaître les différentes compétences pédiatriques. On veut garder la pédiatrie comme un ensemble. En médecine interne, chez l'adulte, on s'est hyper spécialisé, in fine, on se rend compte que l'on n'a plus d'internistes généralistes et l'on doit aujourd'hui à nouveau stimuler cette approche de cette spécialité.

Pour nous, ce qui est important, c'est que le pédiatre reste un pédiatre généraliste, c'est à dire qu'il puisse appréhender l'enfant dans sa globalité, tout en ayant une compétence particulière et pointue de sa spécialité. Il doit continuer à connaître la médecine interne de l'enfant. Ce qui est important également, c'est que nous ayons une possibilité de formation pour les compétences particulières des pédiatres mais aussi une reconnaissance par les autorités de la santé afin qu'ils aient un travail valorisé, sans quoi nous ne pourrions plus continuer cette médecine car il n'existe pas de valorisation de leur activité.

Par exemple, un pédiatre néphrologue appelé à donner un avis par un autre pédiatre ne verra pas son acte tarifé par un code spécifique, à l'inverse d'un néphrologue adulte. On considère donc que c'est un dialogue entre deux pédiatres.

En revanche, toute une série de compétences particulières sont sur le point d'être reconnues, dont les neuropédiatres, les hémato-oncologues et les "cardio-pédiatres", la démarche auprès de l'INAMI est en cours et les choses vont dans le bon sens.

La relation du pédiatre à son patient passe aussi par ses parents, c'est une relation triangulaire qui exige une communication spécifique ?

Dr. A.K.: Au minimum triangulaire ! Il y a des intervenants multiples rien qu'au niveau familial: Il y a le papa, la maman, parfois le grand-frère qui traduit car il y a un problème linguistique, parfois les grands-parents ou une cousine. Lorsque c'est une situation familiale plus compliquée parce qu'éclatée, alors on peut avoir des intervenants multiples, le père et la belle-mère, parfois une assistante sociale dans un cadre SAJ ou SPJ; c'est une relation multi-directionnelle et qui prend beaucoup plus de temps. Ce temps de communication fait partie de notre relation d'excellence avec notre patient dans le but d'apporter les meilleurs soins. Quand je dis soins, c'est aussi bien organiques que psycho-sociaux. Ce temps de communication n'est pas valorisé. Il est important de souligner que ce n'est pas une recherche du gain financier à tout prix. Mais je pense que les institutions et les personnes qui font leur métier doivent pouvoir, par un financement structurel, continuer à améliorer les soins de santé. Le temps suffisant dépend aussi d'un individu à l'autre. L'annonce d'un diagnostic est entendue par une personne et pas du tout par une autre qui ne peut pas l'accepter. Dans ce cas, cela prendra encore plus de temps parce qu'il faudra l'intervention de l'équipe multidisciplinaire, avec une répétition du dialogue avec le patient et son entourage. Pour certains adolescents, il existe un refus complet de la pathologie : " je ne veux rien savoir, le docteur est là pour me guérir!".

Au fait, fait-on une différenciation entre les enfants et les adolescents dans l'hôpital ?

Dr. A.K.: Nous essayons d'opérer un bon transfert de l'enfant adolescent vers la prise en charge adulte, en organisant une consultation combinée entre le pédiatre qui suit l'enfant et le médecin pour adultes. C'est très important de prendre ce temps, à nouveau, pour obtenir de cet enfant, qui n'a connu que son pédiatre spécialiste, l'acceptation d'un nouveau thérapeute avec lequel il faut nouer une relation de confiance dans le cadre d'une pathologie chronique qui peut être très lourde sur le plan de l'existence de l'individu. En revanche, nous ne cherchons pas forcément à séparer les enfants par groupes d'âges. Lorsque l'enfant entre à l'hôpital, il doit le plus possible évoluer comme dans son milieu naturel, avec des enfants de tous âges, comme à la plaine de jeux, à l'école, pendant ce temps précis de sa maladie; il n'est donc pas nécessaire d'opérer des cloisonnements. Par ailleurs, il existe des unités où sont pris en charge les nourrissons qui sont donc séparés des autres enfants car les pathologies sont plus particulières chez eux, comme les bronchiolites.

Le rôle du médecin-chef est multiple et complexe vu de l'extérieur, pouvez-vous nous en parler ?

Dr. A.K.: Il y a d'abord les aspects relationnels multiples : du médecin vers les autres médecins, du médecin vers le patient, entre le médecin et les autres professions qui coexistent dans l'institution, en exerçant un rôle de médiateur- facilitateur et, bien entendu, le rôle de représentant de l'institution vis-à-vis du monde extérieur. Il faut aussi participer à différents comités : le comité médico-pharmaceutique, le comité sur le matériel médical lourd, le comité Internet, etc. Le médecin-chef participe aussi à certaines séances du Conseil médical. Ensuite, le médecin-chef reste docteur et voit ses patients. Encore une fois, c'est une question de gestion de ce fameux temps... (Rires).

J'ai lu dans la presse que votre nomination comme Médecin-chef a enchanté la communauté marocaine de Bruxelles, pensez-vous que cela puisse créer des vocations ?

Dr. A.K.: Les membres de ma famille se sont réjouis réellement. Plus largement, plusieurs personnes sont venues me féliciter. Pour eux, cela démontre que pour l'ancien immigré, il est possible de pouvoir réussir dans une société qui, au départ, n'est pas la sienne, d'entrer en harmonie avec cette société et de pouvoir fonctionner en pleine conscience dans cette nouvelle société. Finalement, la discrimination existe et existera toujours, mais il est possible de la faire sauter. Pour mes parents et les personnes de leur génération, arrivant en Belgique, c'était déjà difficile, car il fallait gérer et alléger deux poids. Leurs acquis culturels et cette nouvelle culture dans laquelle ils arrivaient. Ensuite, l'enfant arrive avec son acquis propre, sa propre culture recréée de toute pièce. Il faut ensuite composer avec toutes ces dimensions, il faut gérer trois cultures, c'est donc loin d'être facile. Le mélange de tout cela donne un nouvel hybride et non un mélange de deux cultures. Des fibres d'amour pour les deux cultures existent et puis elles s'entrelacent et créent une troisième dimension originale. D'où, peut-être aussi mon attirance pour les différentes formes d'expression artistique... Et pour la médiation ? (Rires) Des parents, en consultation, sont très heureux, j'entends leur enfant déclarer qu'il veut aussi devenir médecin. Si j'ai eu comme repère l'opération 11.11.11, étant enfant, qui m'a donné envie d'être médecin, j'espère pouvoir susciter le même enthousiasme auprès d'autres enfants, à mon tour.

Hospichild vous remercie et vous souhaite une bonne continuation !

Propos recueillis par Emmanuelle Van Besien, coordinatrice Hospichild.be