

Bulletin des Hospices - CHUV

CHUV magazine

avril 2004 - n°1

- 
- La plaie des violences
 - La situation aux urgences
 - Une permanence pour aider les victimes à Lausanne

Sommaire

Aggressivité et violence en augmentation

Les urgences restent le point sensible **Page 2**

Informatique

Le recours à la messagerie prend l'ascenseur **Page 4**

Démarche DEFCO'Santé

Coup de jeune pour la grille des fonctions sanitaires **Page 6**

Accord Vaud - Genève

Le CHUV s'est doté d'un Service de transplantation **Page 8**

Dossier Plan stratégique

Un programme de 4 millions engagés en 2004 **Page 10**

Le Centre d'antalgie a pris corps en novembre 2003 **Page 13**

L'Unité de soins palliatifs devrait voir le jour en 2005 **Page 14**

Une permanence de soutien aux victimes de la violence **Page 16**

Le bénévolat célèbre ses 5 ans d'activités au CHUV **Page 18**

Formation

Le cours d'éthique biomédical fait œuvre de pionnier **Page 19**

Schizophrénie

Une des modalités de prise en charge assurée par le CTJA **Page 20**

Quand la médecine a besoin d'interprètes **Page 22**

L'illustration de la couverture a été prise lors de l'exposition de Claude Augsburger, qui s'est tenue au CHUV du 15 janvier au 26 février 2004.

CHUV-Magazine
 Editeur responsable:
 Bernard Decrauzat, directeur général

Rédaction:
 Fabien Dunand
Photos:
 CEMCAV

Graphisme:
 Antidote
Impression:
 Imprimerie
 PAPERFORMS SA
Tirage:
 9'000 exemplaires

Vous souhaitez que CHUV-Magazine aborde un thème important ou fasse écho à une information intéressante? Envoyez vos suggestions à l'adresse e-mail: Fabien.Dunand@hospvd.ch

.....L'agressivité et la violence continuent d'augmenter dans les murs de l'hôpital

Les urgences restent le point sensible

L'hôpital qui a été longtemps un lieu d'asile n'échappe plus au phénomène d'insécurité et de violence. Agressivité due à l'attente, désaccord avec les prescriptions, états d'ébriété ou d'intoxications diverses, la tension peut monter très vite. Comme on le sait, le phénomène n'est pas propre à notre région. CHUV-Magazine fait une nouvelle fois le point sur cette évolution inquiétante et sur les mesures prises pour y faire face dans toute la mesure du possible.

La violence sous toutes ses formes, de l'agressivité verbale au passage à l'acte, ne cesse d'augmenter à l'intérieur même de l'hôpital. Quelques rappels permettent de mieux s'en rendre compte.

- Dans le cadre du projet qualité des Hospices-CHUV, intitulé "Qualité des conditions de travail (santé et sécurité)", réalisé de juin 97 à novembre 98, par l'Institut universitaire romand de santé au travail, le risque d'être agressé par un patient ou par le public a été évoqué à plusieurs reprises par le personnel des urgences. La survenance de ce risque avait été qualifiée de modérée et sa gravité d'importante, soit 9 sur une échelle de 25.

- En janvier 2001, lors de son travail de diplômé d'ingénieur de sécurité intitulé "Analyse des risques d'accidents et de maladie professionnelle dans le service des urgences du CHUV", M. David Vernez qualifiait ce risque de fréquent et la gravité d'importante, soit 15 sur une échelle de 25.

- Dans son étude "Agressivité et violence aux urgences août 2002", Suzanne Gilliéron, infirmière au Centre interdisciplinaire des urgences (CIU), relève le sentiment d'insécurité et la peur de l'agressivité des patients ressentis par le personnel soignant. A la question "Avez-vous déjà fait l'objet de violence verbale de la part d'un patient ou d'un accompagnant au CIU?", 100% des soignants interrogés répondent par l'affirmative et pour un quart d'entre eux, l'agressivité est courante. En ce qui concerne la violence physique, 94% des soignants interrogés déclarent en avoir été au moins une fois victime.

Evolution d'octobre 2002 à septembre 2003

Afin de pouvoir quantifier et qualifier les interventions des agents de sécurité pour



L'étude sur laquelle s'appuie cet article a été conduite par Pierre Kündig, directeur de la sécurité des Hospices-CHUV

les cas de violence, une étude a été conduite par Pierre Kündig, directeur de la sécurité des Hospices-CHUV, d'octobre 2002 à septembre 2003. Pendant toute cette période, chaque intervention a fait l'objet d'un relevé de données très précises comprenant entre autres:

- Le jour et l'heure
- Le service et le lieu
- Le motif et le type de la violence
- Le type et le résultat de l'intervention.

La tendance indique une forte progression des interventions en une année. On passe de 71 interventions en moyenne en octobre 2002 à 86 en septembre 2003, soit une augmentation de 21%. Cette augmentation est due principalement aux interventions dissuasives et préventives. En revanche, le nombre d'interventions «musclées» reste stable. Si les interventions préventives et dissuasives représentent 70% des cas, il faut être conscient qu'à 265 reprises en une année, les agents ont dû recourir à un contact physique avec le patient et/ou son accompagnant, et dans 66 cas, la force a été requise. Ces données sont résumées dans les tableaux de la page 3.

L'adaptation des mesures de sécurité au CIU

Le calendrier ci-dessous rappelle les mesures prises progressivement pour faire face à cette évolution.

Juillet 2000
 Présence continue d'un agent de sécurité de 18h30 à 3h au CIU.

Septembre 2000
 Les agents de sécurité au bénéfice d'un permis de port d'armes sont équipés d'un bâton métallique télescopique en alliage léger dans le but de pouvoir se défendre en cas d'agression.

Octobre 2002
 Les agents sont équipés d'entraves de type Velcro.

Novembre 2002
 Suite à l'ouverture de la PMU, la permanence d'un agent de sécurité aux urgences CIU et PMU est assurée de 12h15 à 5h.

Novembre 2002
 Le nombre de poussoirs d'alarme agression équipant les zones "chaudes" du niveau 5 du bâtiment hospitalier est porté de 6 à 13.

Mars 2003
 Un cours sur la gestion de la violence intitulé "approche préventive et intervention contrôlée", d'une durée de 4 jours, dispensé par un organisme canadien, est donné à une vingtaine de collaborateurs du CIU comprenant du personnel infirmier, des admissions et de la sécurité.

Un de ces cours est à nouveau organisé du 24 au 28 mai prochain.

Malgré toutes ces mesures, les actes de violence entraînant un climat d'insécurité parmi le personnel du CIU n'ont cessé d'augmenter. D'autres mesures ont donc été prises:

- Mise en place d'une procédure lors de la découverte d'une arme à feu lors de l'admission d'un patient.

Les types d'intervention mentionnés correspondent aux définitions suivantes:

Présence = agent visible (discussion), prévention	Physique légère = contact physique sans violence
Verbale = agent cherche à convaincre le patient	Physique forte = contrainte par la force (entraves)

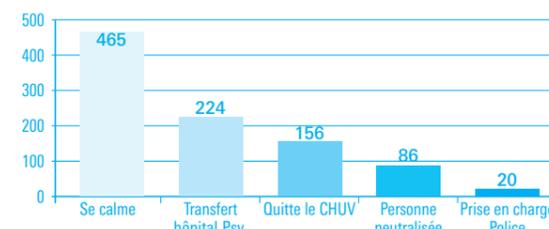
Nombre et type d'interventions

Date	Total	Présence	Verbale	Physique légère	Physique forte	Prise en charge par personnel
oct.02	56	18	17	13	7	1
nov.02	95	34	40	12	5	4
déc.02	63	21	22	11	8	1
janv.03	70	39	18	11	2	0
févr.03	70	13	33	17	6	1
mars.03	105	19	47	34	5	0
avr.03	61	14	27	17	2	1
mai.03	97	31	38	19	6	3
juin.03	94	41	26	22	4	1
juil.03	82	38	22	11	9	2
août.03	77	34	24	13	5	1
sept.03	81	26	28	19	7	1
	951	328	342	199	66	16
%	100%	34.5%	36.0%	20.9%	6.9%	1.7%

Résultats des interventions

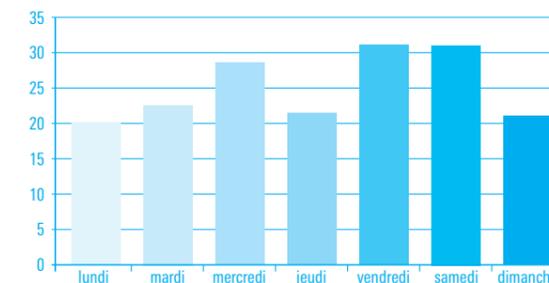
Dans près d'un cas sur deux, la personne agressive ou violente se calme à la suite de l'intervention. Mais la contention a quand même dû être utilisée dans 179 cas, soit 18,8% des interventions, et 20 personnes, soit 2.1%, ont dû être remises aux forces de l'ordre.

Résultats des interventions



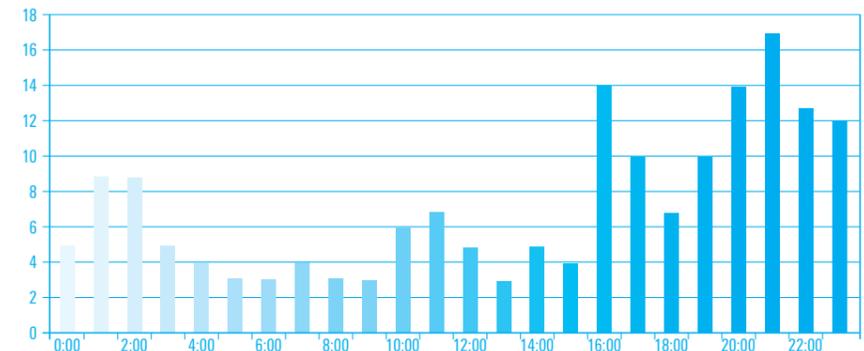
Deux services totalisent à eux seuls trois quarts de ces interventions: la moitié (503) aux urgences, essentiellement dans le couloir des urgences de médecine, et un quart au Service de psychiatrie de liaison.

Répartition journalière des interventions "physiques" aux urgences



L'augmentation des cas est plus élevée aux urgences qu'ailleurs. En une année, le nombre des interventions passe de 32 cas à 53 cas en moyenne par mois, soit une augmentation de 66%. Et 73% des situations qui requièrent un recours à la force se produisent au CIU.

Répartition horaire des interventions "physiques" aux urgences



Violences au CHUV

- Remplacement des bouteilles en verre d'eau minérale pour les patients par des bouteilles en PET.
- Port de badge non nominatif pour le personnel exposé.
- Collaboration avec les gérants de la Sécurité de la Police cantonale vaudoise pour renforcer les mesures de prévention et de gestion des actes de violence.

La difficulté d'aller plus loin

La première difficulté réside dans le fait qu'il n'est pas possible de traiter un patient à travers une barrière architecturale, comme celles qui sont installées pour protéger les collaborateurs d'autres entreprises ou d'autres services de l'Etat.

La deuxième difficulté tient au fait que très peu de suites pénales ou judiciaires sont engagées, permettant ainsi aux auteurs d'échapper à toute poursuite et de pouvoir récidiver en toute impunité sans être inquiétés de quelque manière que ce soit. La grande majorité des actes de violence commis à l'hôpital (lésions corporelles simples, voies de fait, une gifle par exemple, injure, calomnie, menace) ne sont en effet poursuivis que sur plainte du lésé.

Le problème est qu'en vertu de l'article 83 du code de procédure pénale, seule la personne directement lésée par l'infraction a qualité pour déposer plainte pénale et que lors de l'enquête, une séance de tentative de conciliation entre l'auteur et sa victime a automatiquement lieu. La plupart du temps, la collaboratrice ou le collaborateur victime d'un acte d'agressivité ou de violence renonce donc à déposer plainte afin de ne pas se retrouver face à son agresseur, qui peut connaître son nom et son adresse privée.

La direction générale des Hospices-CHUV est parfaitement consciente du problème et tente de trouver une solution. Dans l'immédiat, elle a décidé de ne plus accepter les incivilités. Elle ne peut qu'encourager les collaborateurs à ne pas banaliser les actes de violence et à déposer plainte pénale lorsque les infractions le justifient. Elle leur garantit le soutien et l'encadrement nécessaire, avec l'aide du Service du personnel de l'Etat de Vaud, tout au long de la procédure pénale. Si le collaborateur renonce malgré tout à déposer plainte, il devrait au moins remplir le formulaire «personne menaçante» à leur disposition, qui sera ensuite transmis à la police cantonale par la sécurité Hospices-CHUV.

Que ferions-nous sans l'informatique?

Le recours à la messagerie prend l'ascenseur

Fin 2003, les collaborateurs des Hospices-CHUV échangeaient entre eux

une moyenne de 300'000 courriels (mails) par mois. Soit une augmentation

d'environ 50% du trafic interne en une année¹. Cette augmentation est net-

tement supérieure à la croissance du parc informatique, puisque la croissance

du nombre de PC installés dans l'institution n'a pas atteint 10% en 2003.

Le trafic de la messagerie des Hospices-CHUV avec l'extérieur est en revanche assez stable, avec un peu plus de 210'000 messages entrants en moyenne par mois et 120'000 messages sortants en moyenne mensuelle. Mais cette stabilité apparente cache un phénomène inquiétant: la marée grandissante des spams. En décembre 2003, ce sont 600'000 spams qui ont été éliminés «à l'entrée» du site des Hospices-CHUV, soit plus de 75% du trafic des messages envoyés à l'un ou l'autre des collaborateurs.

La déferlante des spams

Cette déferlante s'explique par la grande ouverture des Hospices-CHUV au monde extérieur. Les missions de formation et de recherche de l'institution se traduisent notamment par des forums de discussion et de nombreuses publications qui laissent des traces d'adresses e-mail utilisées par les spameurs pour se répandre à travers la toile.

Bien sûr, certains spams arrivent encore à passer malgré les filtres installés par les spécialistes de l'Office informatique, mais dans une proportion infime. Et c'est heureux. Une étude conduite aux Etats-Unis auprès des entreprises qui ne sont pas protégées contre les spams a montré que chacun de leurs employés passait en moyenne dix minutes par jour à éliminer les intrus de leur boîte électronique. Avec les 5'000 collaborateurs des Hospices-CHUV branchés sur bureautique, 50'000 minutes seraient ainsi perdues chaque jour, soit environ 830 heures de travail, ou l'équivalent de 100 emplois plein temps par an. C'est dire l'ampleur de la perte de productivité qui pourrait résulter d'une mauvaise protection du système contre les spams.

Le contenu des spams tournent toujours autour des mêmes sujets. Au début, le sexe et les prétendues bonnes affaires (allant de



Stephan Misteli, responsable des réseaux à l'Office informatique

promesses de gains rapides à la vente de faux médicaments génériques) détenaient la palme. Aujourd'hui, c'est le marketing électronique en tout genre qui est à l'œuvre. Le but des spams est essentiellement commercial. Il semblerait d'ailleurs que 90% d'entre eux aient pour origine un très petit nombre d'acteurs, à peine une vingtaine de «spammeurs», spécialisés dans ce type d'envois.

Détection et élimination des spams

Comment repère-t-on un spam et ses semblables? Leur détection repose sur une analyse technique et mathématique de l'origine du message, de ses caractéristiques, des images qui l'accompagnent, etc. En additionnant tous ces critères, les filtres arrivent à reconnaître les messages qui ont tout du profil d'un spam et à écarter l'immense majorité d'entre eux.

Que deviennent les spams qui nous étaient destinés? Ils sont mis en quarantaine et stockés pendant quelques semaines avant d'être détruits. Cette mesure évite d'éliminer des messages filtrés comme spams alors qu'ils n'en sont pas et permet de les délivrer au destinataire dès que l'erreur est décelée.

Détection et élimination des virus

Le phénomène des virus est plus ancien que celui des spams, mais continue de se développer ponctuellement. De 1988 à 2003, le réseau international a enregistré 430 alertes importantes aux virus de niveau de gravité très élevé. Chacun de ces microbes a sa spécialité. En gros, il y a ceux qui effacent le disque dur de votre ordinateur ou qui le mettent en panne et ceux qui saturent le système de messagerie. Le virus Mydoom, qui s'est manifesté en février 2004, appartenait à cette deuxième catégorie.

Les moyens de filtrage actuels, sur le serveur de messagerie, sur les serveurs de bureautique et sur chaque poste de travail, parviennent à éliminer les virus connus. Le danger persiste quand apparaît un nouveau virus. Car il s'écoule toujours quelques heures au moins entre l'apparition d'un virus et la mise au point de l'anti-virus approprié. Mais là aussi, les dégâts peuvent être limités. En cas d'alerte, les filtres anti-virus peuvent être chargés plusieurs fois par jour et leur installation se propage en quelques minutes sur l'ensemble du réseau et des appareils des Hospices-CHUV. C'est ainsi que seuls quelques postes ont été infectés par Mydoom au sein de l'institution.

Mais attention, tout le monde n'est pas protégé de la même manière. Avec Outlook, les fichiers attachés sont exécutés dès la pré-visualisation d'un mail, sans qu'il soit besoin de les ouvrir. Le virus se déclenche donc dès son entrée sur le poste. Ce qui n'est pas le cas avec Eudora, ni avec Webmail.

¹ Il faut toutefois rappeler comment fonctionne la statistique. Un message envoyé à un destinataire compte pour un message. Un message envoyé à plusieurs destinataires compte pour autant de messages qu'il a de destinataires. La statistique reflète ainsi la réalité des messages traités au sein de l'institution.

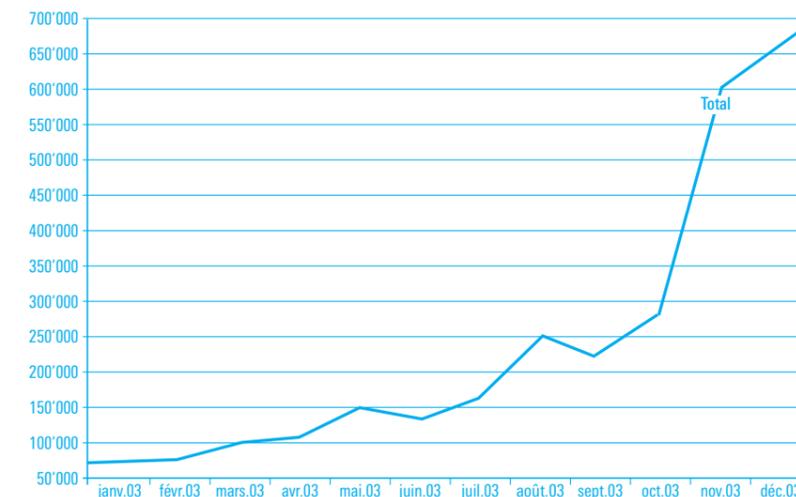
Statistiques des courriers de la messagerie Hospices-CHUV

Mois	Mails entrants	Mails sortants	Mails internes	Total mails
janv.03	200'000	120'000	200'000	520'000
févr.03	200'000	120'000	200'000	520'000
mars.03	201'911	125'372	231'826	559'109
avr.03	179'378	117'255	212'005	508'638
mai.03	220'179	139'194	273'605	632'978
juin.03	188'638	114'453	237'934	541'025
juil.03	186'716	102'225	213'909	502'850
août.03	259'695	104'151	226'090	589'936
sept.03	249'537	118'859	276'538	644'934
oct.03	258'341	135'874	291'051	685'266
nov.03	215'874	132'022	277'560	625'456
déc.03	190'510	129'726	281'927	602'163
TOTAL 03	2'550'779	1'459'131	3'042'445	7'052'355

Statistiques de filtrage de la messagerie Hospices-CHUV (Nombre de mails supprimés par les filtres de l'Office informatique) Attention: un seul mail peut avoir de nombreux destinataires.

Mois	Size	Bad	Virus	Spam	Total
janv.03	269	812	1819	66'156	69'056
févr.03	233	1227	1083	69'459	72'002
mars.03	223	5632	836	94'094	100'785
avr.03	244	1107	1029	111'170	113'550
mai.03	447	1310	1812	143'400	146'969
juin.03	294	2207	3188	128'742	134'431
juil.03	183	1045	1784	160'773	163'785
août.03	258	1179	79'915	169'022	250'374
sept.03	271	1294	35'293	188'954	225'812
oct.03	385	1331	6878	284'527	293'121
nov.03	166'439	2683	432'188	601'310	601'310
déc.03	77'710	1301	610'277	689'288	689'288
janv.04	4492	186	6891	11'569	11'569

Statistiques de filtrage de la messagerie Hospices-CHUV (Total des mails supprimés par les filtres de l'Office informatique)



Quelques conseils

Pour un usage efficace de la messagerie...

La messagerie électronique facilite les échanges et accélère la vitesse de transmission des informations. Mais la multiplication des messages peut finalement aller à l'encontre de son utilité et nuire à son efficacité. La messagerie doit être utilisée pour une communication ciblée et justifiée. Un message qui doit parvenir à un collègue, par exemple, ne doit pas nécessairement être envoyé en copie à tous vos correspondants ou à toute la hiérarchie.

Cette attitude dans la communication interne implique une autre dans la communication externe. Envoyer un message à un correspondant extérieur, ce n'est pas seulement le signer de son nom, c'est aussi, d'une certaine manière, communiquer au nom de l'entreprise. Un message électronique peut avoir le même impact qu'une lettre, même si la facilité

avec laquelle on peut envoyer un message tous azimuts donne, à tort, l'impression qu'il n'a pas le même caractère officiel qu'un envoi postal. Là aussi, une certaine retenue est donc de mise, aussi bien sur le fond que dans la forme.

...et prudent à l'égard des virus

Il existe quelques moyens simples de se prémunir contre les messages indésirables et les virus. Le premier, et le moins compliqué, consiste à pratiquer une sorte d'abstinence en ne fréquentant pas les sites internet douteux. Le deuxième, absolument impératif, est de détruire sans les ouvrir les fichiers attachés à des messages suspects ou venant de correspondants inconnus. Le troisième est de ne pas installer sur son ordinateur des logiciels non reconnus par l'institution ou de copier des fichiers externes qui n'ont pas été passés aux scanners anti-virus.

.....La démarche DECFO'Santé au sein du Groupe Hospices-CHUV.....

Un coup de jeune pour la grille des fonctions sanitaires

La démarche de description des emplois et de classification des fonctions (DECFO), actuellement en cours au sein de l'administration cantonale, a été étendue, l'automne dernier, aux institutions sanitaires du secteur public, à savoir les Hospices-CHUV et les établissements qui leur sont affiliés. La décision du Conseil d'Etat de lancer cette démarche complémentaire, DECFO'Santé, doit permettre d'assurer une gestion équitable et harmonieuse des ressources humaines entre tous les services de l'Etat, d'une part, et au sein du Groupe Hospices-CHUV, d'autre part. Après une phase de préparation et d'information des cadres et des associations professionnelles, DECFO'Santé entre dans sa phase active. CHUV-Magazine présente ici les objectifs et les résultats attendus de la démarche ainsi que son déroulement ces prochains mois avec le concours des collaborateurs intéressés.

Le statut de la fonction publique, adopté en 1947, avait un demi-siècle d'âge. Il est remplacé depuis le 1^{er} janvier 2003 par la Loi sur le personnel de l'Etat de Vaud. La classification des fonctions actuellement en vigueur au sein de l'administration vaudoise, et qui s'applique également aux fonctions sanitaires, date de 1969. En 35 ans, beaucoup de choses ont changé, non seulement dans l'éventail des métiers mais aussi dans les compétences exigées pour chacun d'eux. Pour Emmanuel Masson, directeur de l'Office du personnel des Hospices-CHUV, la grille actuelle des fonctions est obsolète. Elle n'a pas suivi l'évolution des professions et des pratiques. D'un côté, elle s'est alourdie avec la multiplication des cas particuliers. De l'autre, elle accorde un poids trop important à la formation initiale. D'autres critères doivent être mieux reconnus, le niveau de responsabilité confié aux collaborateurs, par exemple, ou l'environnement et les conditions de travail dans lesquels la fonction est exercée. La nouvelle grille devrait notamment permettre d'atténuer les problèmes que l'on rencontre aujourd'hui quand des collaborateurs exerçant des tâches semblables se retrouvent dans des classes très différentes, selon leur niveau de formation initiale.

La démarche DECFO vise donc à adapter ces instruments à une administration des années 2000. DECFO'Santé a le même but pour les fonctions sanitaires du secteur public, en l'occurrence les Hospices-CHUV et les établissements qui leur sont affiliés:

- l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande,
- l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne,
- l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin,
- la Policlinique médicale universitaire (PMU),
- le Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePO),

- et l'Institut universitaire de santé au travail.

Concrètement, DECFO'Santé a deux objectifs:

Un objectif de description des emplois qui débouchera sur un nouveau **répertoire des métiers** des institutions sanitaires du Groupe Hospices-CHUV.

Un objectif d'évaluation des fonctions qui débouchera sur une nouvelle **grille des fonctions sanitaires**, en les classant les unes par rapport aux autres sur la base des principaux critères qui les caractérisent.

Un nouveau répertoire des métiers

Les métiers seront décrits au sein des familles professionnelles suivantes:

- Métiers médicaux
- Métiers de soins
- Métiers médico-thérapeutiques
- Métiers médico-techniques
- Métiers de la recherche
- Métiers du management
- Métiers de l'administration sanitaire
- Métiers de la logistique sanitaire

Dans des domaines comme le management, l'administration et la logistique, DECFO'Santé s'occupera principalement des métiers spécifiques au secteur sanitaire, par exemple à la fonction de secrétaire médicale. Les autres ont déjà été décrits dans le cadre de la démarche DECFO générale au sein de l'administration vaudoise. Il s'agit de ne pas refaire le travail qui a déjà été fait. Toutefois, un travail de vérification sera nécessaire pour s'assurer que les descriptions d'emplois déjà réalisées sont pertinentes et complètes lorsqu'elles s'appliquent au domaine sanitaire. Des précisions, des adjonctions seront probablement nécessaires.

Une nouvelle classification des fonctions

La méthode d'évaluation est la même que celle qui est utilisée par le projet DECFO dans l'ensemble de l'administration cantonale. Il s'agit d'une méthode développée à l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich. Les fonctions seront évaluées et classées les unes par rapport aux autres sur la base des critères suivants:



Emmanuel Masson, directeur de l'Office du personnel: "L'actuelle grille des fonctions est obsolète."

La structure du projet

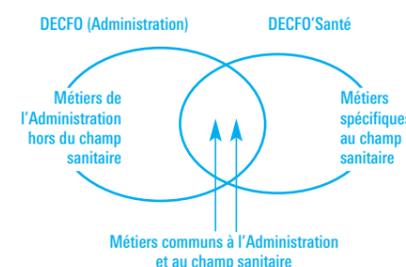
La direction du projet est assurée par Brigitte Martin-Béran, sous l'égide du Service de la santé publique (SSP), et en collaboration avec le Service du personnel de l'Etat de Vaud (SPEV),

Le comité de pilotage est composé:

- du chef du SSP, Marc Diserens
- du directeur adjoint du SPEV, Filip Grund
- du directeur de l'Office du personnel des Hospices-CHUV, Emmanuel Masson
- des chefs de projets DECFO et DECFO'Santé,
- et, selon les questions traitées, d'un expert de la méthode utilisée pour les démarches DECFO et DECFO'Santé.

L'ensemble de la démarche DECFO dépend de la délégation du Conseil d'Etat aux ressources humaines, complétée pour le volet sanitaire par le chef du Département de la santé et de l'action sociale.

Articulation des démarches DECFO et DECFO'Santé



- **Compétences professionnelles requises**
 - connaissances (formation de base, complémentaire, continue)
 - expérience
 - aptitudes
- **Compétences personnelles requises**
 - autonomie
 - flexibilité
- **Compétences sociales requises**
 - communication
 - coopération
- **Compétences managériales requises**
 - conduite
 - encadrement
 - aide à la décision
- **Conditions de travail**
 - sollicitation psychologique
 - sollicitation sensorielle (bruit pour l'ouïe, par exemple)
 - influence de l'environnement
 - temps de travail irrégulier.

Comme pour la partie descriptive, le travail d'évaluation et de classification s'intéressera essentiellement aux fonctions spécifiques du groupe Hospices-CHUV, mais une vérification de la pertinence des analyses réalisées par DECFO sera faite pour les fonctions communes aux différents secteurs.

Comment va-t-on procéder?

DECFO est une démarche participative, qui fait appel aux compétences des collaborateurs. Les métiers seront décrits et les fonctions évaluées par les professionnels eux-mêmes, et non par des experts externes, dans le cadre de la méthode retenue. L'idée générale de la démarche est de faire décrire les métiers par les professionnels qui les exercent et de les faire évaluer par des groupes interdisciplinaires qui permettent de croiser les regards.

Les participants pourront ainsi contribuer à forger l'avenir des ressources humaines au sein des institutions sanitaires. La démarche permettra aussi aux participants de mieux comprendre le fonctionnement des différentes professions de la branche, les responsabilités, les exigences et les contraintes qui sont liées à chacune d'elles.

Au total, la démarche va s'appuyer sur les responsables des ressources humaines et sur 180 à 200 personnes qui y participeront de diverses manières: soit pour parler de leur emploi, soit pour décrire leur métier, soit au sein d'un groupe d'évaluation des fonctions. Les responsables de la démarche veilleront à ce que ces collaborateurs soient représentatifs des différents secteurs et des différents groupes professionnels des Hospices-CHUV et de leurs affiliés.

Pour la description des emplois

Pour décrire les emplois, sept à huit groupes de travail, un par famille professionnelle, de 8 à 10 personnes chacun, seront mis sur pied. Le travail s'effectuera au cours de 5 à 6 séances de deux heures

Appel aux collaboratrices et collaborateurs intéressés



Brigitte Martin-Béran, responsable du projet DECFO'Santé.

Les personnes intéressées par la démarche DECFO'Santé et qui sont disposées à participer à l'un des trois groupes d'étude chargés d'analyser et d'évaluer les fonctions, sont priées de s'adresser à la cheffe de projet, Brigitte Martin-Béran, au Service de la santé publique (021 316 42 23 ou Brigitte.Martin-Beran@ssp.vd.ch).

Ce premier contact permettra d'enregistrer leurs coordonnées et leur disponibilité pour l'une ou l'autre des dates retenues pour les séances d'information qui seront organisées à leur attention le jeudi 17 et le jeudi 24 juin 2004, dans les deux cas de 16h à 18h.

Précisions importantes

- Il est possible que toutes les personnes intéressées ne soient pas retenues. Car il s'agit de disposer d'un échantillon représentatif des emplois et des fonctions du secteur sanitaire en évitant la sur-représentation de certaines catégories.
- Afin d'assurer toute l'indépendance nécessaire des participants, la composition des groupes d'étude ne sera pas publiée.
- Les chefs de service et de départements ont été informés des implications en temps pour les participants à la démarche DECFO'Santé. Toutes les candidatures retenues feront l'objet d'une autorisation en bonne et due forme leur permettant de prendre sur leur temps de travail les heures nécessaires au travaux du projet.

Suite page 8. →

DECFO'Santé

Parallèlement à l'accord Vaud-Genève sur la répartition des transplantations

chacune, soit 10 à 12 heures au total par participant.

Ces groupes seront chargés d'établir des fiches descriptives des métiers sur la base des cahiers des charges, des trajectoires professionnelles qui leur sont associées, du degré de formation et d'expérience requis, etc.

Pour l'évaluation des fonctions

Pour évaluer les fonctions, trois groupes d'études réunissant 8 à 10 collaborateurs chacun seront constitués (voir l'encadré sur l'appel aux collaborateurs intéressés). Le travail s'effectuera en deux vagues au moins. Au cours de la première vague, au deuxième semestre 2004, il est prévu :

- 2 jours de formation préalable à la méthode,
- 1 à 2 jours de préparation (étude des fonctions à évaluer),
- 2 à 3 jours de travail collectif d'évaluation des fonctions au sein des groupes d'étude.

Au cours de la deuxième vague, au premier semestre 2005, il est prévu :

- 1 à 2 jours de préparation (étude des dossiers liés aux fonctions à classer),
- 2 à 3 jours de classification des fonctions au sein des groupes de travail.

Une troisième vague pourrait être nécessaire, en 2005 encore, sur le même schéma que la deuxième. Soit un total de 8 à 17 jours de travail par participant, étalés sur deux ans.

Chacun des trois groupes d'étude travaillera sur un ensemble de fonctions différentes. Certaines d'entre elles seront cependant évaluées dans plusieurs groupes afin d'enrichir les analyses. Un groupe de cohérence, auquel participera notamment le responsable de chacun des trois groupes d'évaluation, supervisera par ailleurs l'application homogène de la méthode pour éviter les déviations qui pourraient se produire d'un groupe à l'autre.

Tous les métiers et toutes les fonctions ne seront pas examinés. Ce serait un travail de titan. On n'examinera pas par exemple toutes les spécialités infirmières. Le travail se concentrera sur les emplois-types et les fonctions-repères qui permettront ensuite et par comparaison d'assurer une classification complète des fonctions sanitaires.

Le CHUV s'est doté d'un Service de transplantation

Parallèlement à la préparation de l'accord Vaud-Genève sur la répartition des transplantations adopté le 1er février dernier, le CHUV s'est doté d'un Service de transplantation, placé sous la direction du Professeur Manuel Pascual. Le rattachement de ce nouveau service doit cependant être encore précisé de même que certaines modalités de son organisation. Mais il est d'ores et déjà opérationnel.

Les premières transplantations

Au CHUV, la transplantation commence en 1971 avec une greffe de rein à partir d'un donneur décédé. Entre 1971 et 2003, un total de 623 greffes de reins sont effectuées, dont 565 à partir de donneurs décédés et 58 à partir de donneurs vivants.

La première transplantation de cœur a lieu en 1987. La transplantation du foie est introduite en 1988, la transplantation des poumons en 1993. Plusieurs greffes combinées (cœur-poumons, cœur-rein, foie-rein) ont aussi été réalisées.

Au total, le CHUV a procédé à 639 transplantations durant la période 1993-2003 :

- reins	301
- foies	173
- cœurs	120
- poumons	45

Un service médico-chirurgical

Vu les développements rapides qui ont lieu dans le domaine médico-chirurgical de la transplantation, le CHUV et la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne décident dans le courant de l'année 2002 d'ouvrir un Service de transplantation d'organes avec une composante ambulatoire dans le Département de médecine (professeur Pascal Nicod) et une composante hospita-

lière de 10 lits dans le Département de chirurgie (professeur Hans-Juerg Leisinger).

Depuis le mois de mars 2003, c'est le professeur Manuel Pascual (médecin interniste et néphrologue, initialement formé à Genève) qui dirige le nouveau service de transplantation du CHUV. De 1993 à 2002, le professeur Pascual s'est spécialisé en transplantation au prestigieux Massachusetts General Hospital de l'Université d'Harvard, à Boston, avant d'être nommé à Lausanne. Le financement de son poste a été rendu possible grâce à une bourse de la Fondation Leenaards dans le cadre de son programme d'encouragement à la relève académique en médecine.

Durant l'année 2003, le Service de transplantation du CHUV est mis en place progressivement en développant une excellente collaboration interdisciplinaire avec les divers services concernés par la transplantation d'organes. On peut notamment citer :

- la mise au point de nouveaux protocoles d'immuno-suppression et anti-infectieux,
- la "réactivation" du programme de "donneurs vivants" par voie laparoscopique en transplantation rénale,
- l'organisation interdisciplinaire des réunions en vue des bilans pour l'inscription des patients sur liste d'attente,



Le professeur Manuel Pascual

Un Prix pour le professeur Manuel Pascual

Le professeur Manuel Pascual, chef du Service de transplantation du CHUV, a reçu un des trois prix 2003 (clinical science awards) de la Société américaine de transplantation (AST). Ce prix, de 25'000 dollars, récompense l'ensemble de ses travaux de recherche effectués pendant la période 1994-2003 qui ont permis d'élucider les mécanismes humoraux du rejet des greffes rénales. Les résultats obtenus par le professeur Pascual ont contribué à la mise au point de nouvelles stratégies pour le traitement des rejets sévères chez les patients ayant reçu une greffe rénale.

- ou la réorganisation générale de la prise en charge des patients ayant reçu une greffe du foie (suite au départ à la retraite du professeur Michel Gillet).

D'autre part, des projets transversaux sont en cours avec les services d'immunologie, des maladies infectieuses, de psychiatrie et avec l'Institut de pathologie.

La coordination avec SwissTransplant

Au CHUV, 3 coordinatrices et 1 coordinateur de transplantation sont pleinement intégrés aux activités de transplantation et assurent un piquet 24h sur 24. Leur activité est très importante puisqu'elle est au centre du processus du don d'organes (coordination des transplantations, des prélèvements d'organes et de tissus des donneurs annoncés, et de la communication avec la Coordination nationale de SwissTransplant). La Coordination joue aussi un rôle important dans la prise en charge de receveurs d'organes (bilans, mises sur liste d'attente, information aux patients et aux familles). Le déroulement de la procédure de mise en liste d'attente et du processus de transplantation d'organe a fait l'objet d'un référentiel Qualité CHUV pour établir clairement les différentes étapes.

La répartition des organes entre Vaud et Genève

Pour mémoire, l'accord Vaud-Genève instaure la répartition des transplantations de la manière suivante entre les deux sites :

- Transplantation cœur et poumon aux CHUV
- Transplantation foie-pancréas aux HUG
- Transplantation de reins sur les deux sites.

Historiquement, la transplantation rénale est la plus ancienne et la mieux maîtrisée. Pratiquée sur les deux sites, elle permet de maintenir un équilibre de volume d'activité dans les deux hôpitaux et de garantir la formation FMH en néphrologie et chirurgie.

Cette répartition s'inscrit dans une logique d'organe (thorax à Lausanne et abdomen à Genève). Elle tient compte des critères de qualité reconnus et permet d'intégrer les équipes de transplantation actuellement présentes sur les deux sites.

A noter qu'il s'agit uniquement de la concentration des interventions chirurgicales sur un site (l'acte opératoire de transplantation). Toutes les autres activités médicales sont maintenues sur les deux sites, soit le bilan pré-transplantation et le suivi médical post-transplantation. La création de ce réseau n'impose donc pas aux patients des déplacements fréquents, car seul l'acte chirurgical est concentré.

Tous les patients romands bénéficieront désormais d'une qualité de prise en charge renforcée, grâce à la réunion des compétences médicales des deux hôpitaux universitaires, à l'élaboration commune de protocoles et d'études et à une masse critique suffisante pour être compétitif sur le plan européen.

..... Dossier Plan stratégique 2004-2007

Mise en œuvre du Plan stratégique 2004-2007 des Hospices-CHUV

Un programme de 4 millions engagés en 2004

Cet article présente les priorités fixées par la direction générale pour la mise en œuvre, en 2004, de la première étape du Plan stratégique 2004-2007 des Hospices-CHUV. Au total, quatre millions sont prévus pour cette première année. Il est complété par une brève présentation de trois projets en cours, l'aide aux victimes de violence en santé communautaire et la mise en place des unités d'antalgie et de soins palliatifs au CHUV.

Afin d'assurer une mise en œuvre progressive du plan stratégique, la sélection des actions à entreprendre a été faite en fonction des principes suivants :

- Mettre si possible en œuvre au moins une action ou un projet par stratégie.
- Se concentrer sur un nombre limité d'actions ou de projets, au périmètre bien défini et intégrant les contraintes budgétaires.
- Choisir des actions dont le niveau de maturité et les enjeux étaient suffisamment élevés pour assurer un degré de réalisation substantiel.

Le plan stratégique 2004-2007 repose sur six stratégies :

1. Assumer le rôle d'hôpital général universitaire pour mieux répondre aux besoins de la population lausannoise et cantonale.
2. Promouvoir la création d'un nombre limité de pôles pour concentrer les efforts en médecine de pointe et assurer un leadership au niveau suisse dans les domaines retenus.
3. Affronter l'augmentation de la concurrence en renforçant la capacité d'innovation à travers la recherche et la formation.
4. Renforcer les relations avec les autres acteurs du système de santé pour mieux profiter des synergies.
5. Affronter le contexte de pénurie des professionnels en améliorant la gestion des ressources humaines pour attirer et conserver les meilleurs professionnels.
6. Repenser l'approche utilisée dans la recherche de l'efficacité et assurer l'équilibre financier de l'institution.

Les stratégies 1 et 2 visent à mieux différencier les missions de soins confiées aux Hospices-CHUV : une mission de soins de proximité, d'une part, et une mission de soins de pointe, d'autre part.

Les stratégies 3 à 6 mettent l'accent sur l'innovation de manière à réunir les moyens nécessaires pour réaliser les développements

et assurer la prise en charge des patients.

Les actions ou projets retenus par la direction générale pour 2004 sont décrits sous chacune des stratégies. Un tableau récapitule les montants prévus par projet et par stratégie de façon à présenter une vision aussi globale que possible des développements envisagés.

Stratégie 1

Les actions retenues développent, dans certains cas, des projets en cours ou suffisamment élaborés pour pouvoir être mis en œuvre rapidement. Elles contribuent à améliorer la prise en charge spécifique de segments de population et à renforcer l'approche communautaire au sein de l'institution afin de mieux répondre aux besoins de patients vulnérables.

Santé communautaire : permanence de soutien aux victimes de violence et de maltraitance

A la suite d'une initiative du CHUV, du Bureau de l'égalité du canton de Vaud et de la Fondation Leenards, une permanence de professionnels est mise sur pied pour venir en aide aux victimes de violence et de maltraitance. Elle a pour mission d'assurer 24h sur 24, avec le concours des personnels de l'urgence ou de la police et à la demande des personnes concernées, le suivi de situations de violence ou de maltraitance chez l'adulte dans la région lausannoise (voir développement p.16). En 2004, le financement du projet est assuré conjointement par les Hospices-CHUV (pour 150'000 francs) et le Département cantonal de l'économie (pour 160'000 francs).

Santé mentale

Les projets retenus en santé mentale cou-

vrent deux axes principaux de développement. D'une part, ils visent à regrouper les compétences existantes au sein de l'institution pour une meilleure prise en charge de pathologies spécifiques et répondre à des besoins aujourd'hui non couverts (détection et traitement précoce des premiers épisodes psychotiques, renforcement de l'unité de psychiatrie légale, renforcement des unités d'hospitalisation pédopsychiatrique destinées aux enfants et aux adolescents). D'autre part, ils contribuent à renforcer le dispositif de psychiatrie communautaire. Les 625'000 francs qui y sont dédiés couvrent partiellement les salaires nécessaires à l'augmentation d'activité.

Personnes âgées

La nomination du nouveau chef du Service de médecine interne qui regroupera les services MIA-MIB interviendra courant 2004. Un de ses adjoints sera chargé, en qualité de gériatre, d'élaborer une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire des personnes âgées au sein de l'institution. Dans l'intervalle, le Centre interdisciplinaire des urgences recevra la dotation nécessaire pour engager deux consultants de gériatrie et de psychogériatrie chargés notamment d'identifier de manière précoce les patients âgés nécessitant une prise en charge multidisciplinaire au sein de l'institution. 200'000 francs sont prévus pour ces postes.

Orientation patient

Un montant de 100'000 francs est réservé pour des actions visant à améliorer la prise en charge des patients.

Plateaux techniques

Une étude sera conduite visant à améliorer les espaces dédiés aux activités du Centre d'endoscopie, de l'hospitalisation de jour, de la radiologie et de la cardiologie interven-

Cet article a été rédigé avant la publication des comptes 2003 de l'Etat de Vaud et des décisions d'économies du Conseil d'Etat communiquées à cette occasion. Le programme décrit dans cet article est donc susceptible d'être modifié en conséquence.

tionnelles ainsi qu'aux soins intensifs. Cette étude est importante compte tenu des mesures d'hygiène hospitalière et des développements technologiques intervenus depuis la construction du CHUV.

Enfants et adolescents

Le projet Pédiatrie 2010 se poursuit dans le cadre de la mise en œuvre de la réorganisation du Département médico-chirurgical de pédiatrie. Il a pour but d'améliorer la prise en charge des enfants et adolescents. 140'000 francs y sont dédiés en 2004.

Unité d'antalgie

Ce projet, inscrit dans le plan stratégique 2000-2003, constituait l'une des priorités de la Commission parlementaire du Grand Conseil. Cette unité aujourd'hui opérationnelle a pour mission de :

- traiter les patients souffrant de douleurs chroniques et aiguës
- former en antalgie chronique et aiguë les médecins, infirmières et étudiants
- développer la recherche clinique en collaboration avec des groupes de recherche fondamentaux liés à l'antalgie.

300'000 francs lui sont réservés en 2004 afin d'assurer la dotation en personnel nécessaire à une prise en charge multidisciplinaire (psychiatrie et neurologie notamment) des patients (voir développement p.13).

Unité de soins palliatifs

Ce projet inscrit dans le plan stratégique 2000-2003 constituait une autre priorité de la Commission parlementaire du Grand Conseil. Suite au retrait d'une candidature, la procédure de nomination d'un nouveau Professeur doit être relancée. L'unité de 10 lits devrait être opérationnelle comme prévu à fin 2005, sous réserve de modifications de l'enveloppe budgétaire prévue (voir développement p.14).

Stratégie 2

Afin de mettre les pôles progressivement en place, une réflexion approfondie sur les structures, le périmètre, les objectifs et les effets attendus des pôles sera conduite au courant de l'année 2004 par la direction générale. Parallèlement, les contacts seront poursuivis avec les partenaires naturels de ces pôles. Le but est de formaliser des accords de collaboration notamment avec l'EPFL, l'UNIL, l'Institut Ludwig, l'ISREC, l'Université et les Hôpitaux universitaires de Genève.

Pôle cardiovasculaire

Dans un premier temps, la direction générale désignera un organe responsable de la mise en place et du développement de ce pôle. En fonction des priorités de développement qui seront établies, un montant de 400'000 francs est réservé pour 2004.

Pôle oncologie

Compte tenu de l'intérêt marqué pour ce pôle par l'UNIL, l'EPFL et les instituts ISREC et Ludwig, l'objectif est d'instituer un «Centre du cancer» sur la base d'un financement au moins tripartite.

Le successeur du professeur Ferdy Lejeune, qui devrait prochainement être désigné, aura pour tâche de proposer une structure compatible avec les orientations préconisées. Parallèlement, un projet sera conduit avec le soutien de l'Office Informatique afin de développer le système d'information nécessaire au fonctionnement du pôle.

Par ailleurs, un soutien financier sera accordé au développement de nouvelles cibles thérapeutiques (tumeurs solides et leucémies). Un montant de 500'000 francs a été réservé pour ce pôle en 2004.

Pôle transplantations

L'accord Vaud-Genève concernant la répartition des transplantations entre les HUG et les Hospices-CHUV ayant été adopté le 1^{er} février 2004, un Service de transplantation a été formellement créé. L'engagement de ressources supplémentaires doit être précisé en fonction du modèle organisationnel préconisé. 210'000 francs sont réservés en 2004 à cet usage.

Pôle neurosciences psychiatriques

Les accords entre les partenaires du programme triangulaire Science, Vie et Société (EPFL, UNIL, UNIGE) et les hôpitaux universitaires doivent encore être finalisés avant que la mise en œuvre de ce pôle puisse s'effectuer.

Génie biomédical ou bioengineering

Les accords entre les partenaires EPFL et UNIL et les Hospices-CHUV doivent encore être finalisés avant que la mise en œuvre de ce pôle puisse s'effectuer.

Imagerie biomédicale

Ce projet émanant du programme triangulaire Science, Vie et Société a été élargi aux deux hôpitaux universitaires et fait désormais partie intégrante du plan stratégique des Hospices-CHUV. L'objectif est de créer et de développer une plate-forme technologique de pointe accessible aux chercheurs et cliniciens afin d'établir les ponts nécessaires à la recherche translationnelle. Un centre d'imagerie biomédicale sera créé en 2004 et associera les cinq partenaires.

Stratégie 3

En fonction du mandat donné par les chefs du Département de la formation et de la jeunesse et du Département de la santé et

Dossier Plan stratégique 2004-2007

de l'action sociale, à la direction des Hospices-CHUV et au rectorat de l'UNIL, l'objectif est d'élaborer une convention entre l'UNIL et les Hospices-CHUV permettant de créer une direction commune de la recherche et de la formation au sein de l'hôpital universitaire et de préciser les flux de financement de la recherche.

Création d'une direction commune de la recherche et de la formation

Dès que la base conventionnelle aura été approuvée, une direction commune de la recherche et de la formation sera progressivement mise en place. Un montant de 240'000 francs est réservé à cette fin en 2004.

Stratégie 4

Le déploiement de cette stratégie est lié à toutes une série d'actions et de contacts qui seront réalisés à divers niveaux de l'institution. La direction générale précisera ses objectifs et élaborera sa politique dans le domaine au courant 2004.

Création d'un Département de l'appareil locomoteur

En vue de constituer un ensemble hospitalo-universitaire cohérent, la Direction a décidé d'étudier la pertinence d'un Département médico-chirurgical centré sur l'appareil locomoteur. Le périmètre de ce département comprendrait les services OTR, RMR et CPR du CHUV, ainsi que l'Hôpital orthopédique. La clinique de Longeraie participe également à la réflexion. Cette étude est réalisée sur ressources internes.

Stratégie 5

En 2004, la direction de l'Office du personnel a pour objectif d'élaborer la politique institutionnelle en matière de ressources humaines. Il s'agit notamment de disposer d'une gestion des ressources humaines plus décentralisée et plus proche des départements cliniques et médico techniques.

D'autres mesures sont prévues concernant le coaching des cadres, les plans de formation par catégorie professionnelle, le soutien au personnel (garderies, aménagement du temps de travail) et l'amélioration du processus de recrutement.

Stratégie 6

Des efforts conséquents ont été réalisés afin d'assurer l'équilibre budgétaire 2004. Mais en raison du déficit structurel subsistant entre les recettes et les coûts d'exploitation, des études seront menées notamment sur :

- les coûts de revient basés sur les APDRG et sur la comptabilité analytique;
- les possibilités d'améliorer les flux de patients et de diminuer les transferts sur les cliniques de la ville.

Ces études s'effectueront sur ressources internes.

Optimisation des laboratoires

Une étude approfondie sera conduite afin d'étudier le potentiel de rationalisation des prestations diagnostiques de l'ensemble des laboratoires. Un montant de 200'000 francs est réservé à cette étude.

Tableau récapitulatif des montants prévus pour la mise en œuvre du plan stratégique en 2004

Au total, près de quatre millions sont prévus pour cette première année de mise en œuvre du plan stratégique. Trois millions proviennent des revenus garantis par le Conseil d'Etat et les assureurs. Un autre million sera prélevé sur le fonds de développement des Hospices-CHUV pour les études et projets ponctuels. En fonction de l'avancement des travaux et des évaluations qui seront effectuées, ils seront reconduits, voire augmentés, en 2005.

Stratégie	Thématique	Budget par thématique	Budget par stratégie
1. Hôpital général universitaire	Personnes âgées	200	1'515
	Santé mentale	625	
	Santé communautaire	150	
	Orientation patient	100	
	Plateaux techniques	0	
	Enfants et adolescents	140	
	Antalgie	300	
2. Pôles	Cardiovasculaire	400	1'110
	Oncologie	500	
	Transplantations	210	
3. Recherche et formation	Direction unique	240	240
4. Collaborations			0
5. Ressources humaines	Politique RH	700	700
6. Efficience	Laboratoire	200	200
TOTAL			3'765

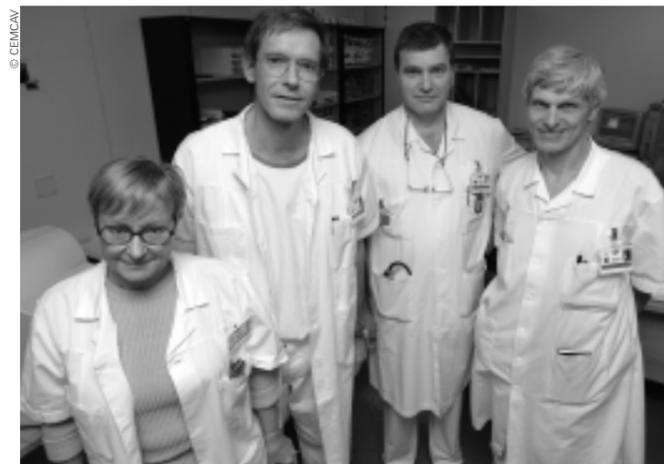
Le suivi et la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique 2004-2007 est assurée par l'Unité de développement stratégique et qualité. Cette unité a été créée par la direction générale dans la foulée de l'adoption du plan stratégique. Elle est dirigée par Daniel Petitmermet et subordonnée au directeur général adjoint, Pascal Rubin. Les rôles de cette unité sont en résumé les suivants :

- Support à la direction générale pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de l'institution
- Suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique
- Soutien méthodologique aux chefs de projet
- Elaboration et mise en œuvre de la politique qualité institutionnelle
- Conduite de projets transversaux.

Le Centre d'antalgie a pris corps en novembre 2003

C'est la nouveauté, même si la consultation d'antalgie existait depuis plusieurs années: le Centre d'antalgie a pris corps et s'est officiellement installé dans ses locaux, en novembre 2003, au niveau 07 du bâtiment hospitalier principal du CHUV. La création d'une unité d'antalgie était inscrite dans le plan stratégique 2004 des Hospices-CHUV et son développement figure dans le plan stratégique 2004-2007. Un montant de 300'000 francs est réservé en 2004 notamment pour l'engagement d'un chef de clinique et d'une infirmière supplémentaires afin de favoriser la prise en charge multidisciplinaire des patients.



De gauche à droite : Alice Szuhanszky, secrétaire, le professeur R. Donat Spahn, le Dr Antonio Foletti, et le professeur Nicolas Gilliard.

Le Centre d'antalgie est une unité du Service d'anesthésiologie que dirige le professeur R. Donat Spahn. Placé sous la responsabilité du Dr Antonio Foletti, le centre est supervisé sur le plan clinique par le professeur Nicolas Gilliard.

Le Centre fonctionne en collaboration très étroite avec l'Hôpital de Morges. Le Dr Eric Buchser, spécialiste de la lutte contre la douleur à Morges, vient travailler un jour par semaine au CHUV et ce sont des infirmières spécialement formées de l'Hôpital de Morges qui viennent assurer, en fonction des besoins, la prise en charge des patients chroniques au Centre d'antalgie.

La collaboration s'étendra aux Hôpitaux universitaires de Genève pour certains traitements de la douleur, en particulier en ce qui concerne la neuromodulation (pour l'installation, par exemple, d'électrodes dans le dos ou de pompes qui permettent d'injecter des médicaments).

Le fait que le Centre d'antalgie partage ses locaux avec le Centre de préhospitalisation chirurgicale favorise enfin les synergies à plusieurs niveaux entre ces deux unités

(puisque une partie importante des activités du Centre d'antalgie a trait à la prise en charge des patients des différents blocs opératoires, avant, pendant et après l'intervention).

Prise en charge des patients

A la consultation, les patients vus pour la première fois bénéficient d'un examen complet pour cadrer leur problème. Selon le diagnostic, trois types de traitement leur sont proposés :

- la prise de médicaments oraux,
- l'injection près des nerfs de médicaments analgésiques,
- la destruction des fibres nerveuses par thermothérapie, pour couper la sensation de douleur.

Les patients sont revus en moyenne 4 à 5 fois. Si le recours à ces techniques n'améliore pas la situation, le cas du patient est examiné de manière pluridisciplinaire par une équipe qui réunit rhumatologue, psychiatre, orthopédiste, neurologue, etc. Le but est d'éviter que les situations ne durent. Tout est entrepris pour ne pas prolonger des stratégies qui se révèlent inefficaces.

Statistiques d'activité 2003

Nombre de patients traités	424
Nombre de consultations	1'522 (contre 600 à 700 en 2000-2001)
Gestes techniques	
Blocs facettaires	538
Infiltrations	369
Péridurales, caudales, rachis	141

Les patients sont adressés au centre aussi bien par les médecins de ville que par les services de l'hôpital. En dehors de cet important travail de « routine », le centre est également appelé à s'occuper de patients hospitalisés au CHUV dont les traitements standards ne parviennent pas à gérer les douleurs aiguës et chroniques. Là aussi, un examen complet est entamé pour vérifier la cause des douleurs, faire le bilan de ce qui a marché ou non et adapter la stratégie thérapeutique.

Développements en cours

Dans le cadre de son plan de développement, le centre a assuré la formation universitaire spécialisée de la Dresse Danièle Skouvaklis, dont le stage en Australie a été financé par le fonds de service, le fonds de perfectionnement et une bourse octroyée par une fondation.

Sur le plan de la recherche, la Dresse Isabelle Decosterd mène deux projets du Fonds national de la recherche scientifique sur la douleur chronique, dans l'idée d'en mieux comprendre les mécanismes et de trouver de nouveaux traitements pour soulager les patients.

..... Dossier Plan stratégique 2004-2007

L'Unité de soins palliatifs devrait voir le jour en 2005

Les mesures intégrées dans le plan stratégique 2004-2007 prévoient l'ouverture d'une unité de 10 lits de soins aigus et d'un hôpital de jour pour les soins palliatifs à la fin de l'année 2005. Ce programme pourrait être modifié par les nouvelles mesures budgétaires décidées par le Conseil d'Etat. Les soins palliatifs sont destinés aux patients souffrant d'une maladie évolutive pour laquelle un traitement curatif seul n'est plus approprié, quels que soient la nature et le stade d'évolution de leur maladie.



Colloque des soins palliatifs.



La Dresse Claudia Mazzocato.

La majorité des patients concernés sont atteints d'un cancer. Mais le nombre des malades non cancéreux qui ont besoin de soins palliatifs augmente constamment depuis plusieurs années.

Une histoire déjà longue

L'idée de créer une véritable unité de soins palliatifs au CHUV remonte à 1995. La direction avait alors mandaté un groupe de travail pluridisciplinaire pour élaborer un projet. Dans son rapport, ce groupe proposait de mettre sur pied :

- une équipe mobile inter-hospitalière de soins palliatifs,
- une consultation ambulatoire,
- une unité de lits et un hôpital de jour.

L'équipe mobile, constituée de la Dresse Claudia Mazzocato et d'une infirmière, Sophie Ducret, était opérationnelle dès le mois d'octobre 1996, sous la direction du Dr Barrelet. C'était d'ailleurs la première équipe mobile de soins palliatifs en milieu hospitalier universitaire. La consultation ambu-

latoire, assurée par l'équipe mobile, se mettait en place en 1997. Mais la création d'une unité de lits et d'un hôpital de jour était reportée pour des raisons financières.

Ce dernier projet a été relancé par le postulat déposé par le député Michel Glardon et consorts. Cette intervention parlementaire a d'abord débouché sur un état des lieux des soins palliatifs confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, puis sur l'élaboration d'un programme cantonal de soins palliatifs. Le programme adopté à l'unanimité par le Grand Conseil en juin 2002 prévoit :

- le soutien au développement d'équipes mobiles à travers le canton,
- l'ouverture de lits supplémentaires de moyen séjour dans l'agglomération lausannoise (actuellement, il existe 14 lits de moyen séjour à Aubonne, 14 à Rive-Neuve et 6 à Lavaux),
- la création d'une unité de 10 lits de soins aigus et d'un hôpital de jour au CHUV,
- l'ouverture, en collaboration avec Genève, d'une chaire de médecine palliative à la

Faculté de biologie et de médecine, financée par la Fondation Leenaards.

Comme on le sait, le professeur Eduardo Bruera, spécialiste de renommée internationale, pressenti pour occuper cette chaire, s'est finalement désisté et la procédure de recrutement doit être relancée. En ce qui concerne l'unité de lits de soins aigus et l'hôpital de jour, les travaux d'aménagement des locaux sont programmés au CHUV entre avril 2004 et octobre 2005 pour que l'unité soit opérationnelle à la fin 2005. La question du financement des frais d'exploitation doit cependant encore être réglée.

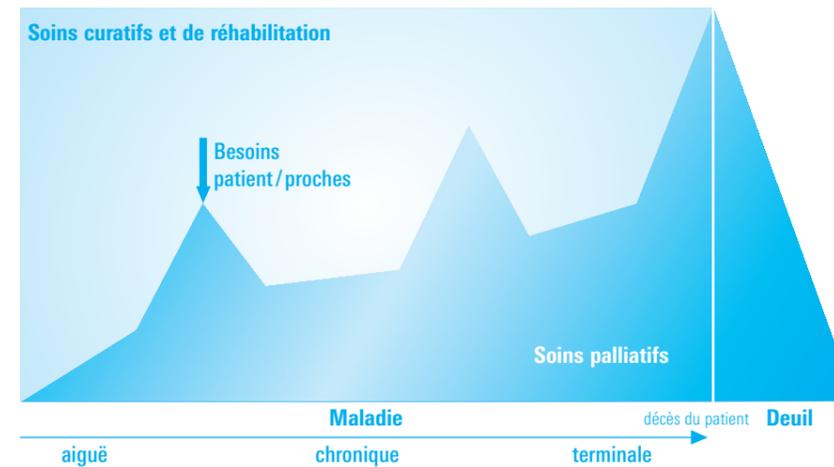
Le travail accompli aujourd'hui

En 2003, la Division des soins palliatifs du CHUV, que dirige la Dresse Claudia Mazzocato, a vu environ 500 patients différents et assuré plus 3'200 consultations. Les demandes d'intervention proviennent surtout des services de médecine interne générale, qui représentent plus de 40% des

Vision ancienne des soins palliatifs : ils prennent le relais des soins curatifs.



Vision émergente des soins palliatifs : ils interviennent en complément des soins curatifs.



demandes. Le travail de consultation consiste à évaluer, avec les soignants, la situation du patient sur le plan biologique, psychologique et social, et à proposer des soins palliatifs adaptés, en particulier en ce qui concerne le contrôle des symptômes, l'orientation éventuelle du patient vers d'autres structures et le soutien du malade et de ses proches.

Les demandes concernant la gestion des symptômes, en particulier la gestion de la douleur, restent majoritaires. Elles représentent environ 75% des appels à l'intérieur de l'hôpital et 90% des demandes en ambulatoire. Depuis la création de la division, on observe cependant une augmentation lente mais régulière des autres demandes, surtout de celles qui ont trait au soutien du patient, de ses proches ou des équipes soignantes. Avec les années, le nombre des visites de suivi a été adapté pour faire face à l'accroissement des demandes de consultations: à l'intérieur de l'hôpital, ce nombre est aujourd'hui de trois visites en moyenne par patient.

En 2003, environ 50% des patients atteints d'un cancer et qui sont décédés au CHUV ont ainsi été vus par l'équipe des soins palliatifs. Et les autres, dira-t-on? Il faut savoir que l'objectif d'une unité de soins palliatifs n'est pas de voir tous les patients mais de toucher et de former avec le temps tous les professionnels qui sont en contact avec des patients pour qui les soins curatifs seuls ne sont plus suffisants. Certains de ces malades ont en effet une fin de vie qui ne présente pas de complexité particulière et qui peut parfaitement être prise en charge par les équipes soignantes, sans recourir à l'équipe des soins palliatifs.

A l'origine, les soins palliatifs s'identifiaient à des soins de fin de vie. Si cette étiquette est encore très répandue, ils sont aujourd'hui de plus en plus souvent conçus comme des soins complémentaires aux soins curatifs, auxquels ils se substituent progressivement. L'idéal est que l'équipe de soins palliatifs puisse intervenir aussitôt que possible, c'est-à-dire dès que le patient et ses proches en ont besoin, et pas seulement dans les deux ou trois derniers jours de vie.

Formation en soins palliatifs

Formation interdisciplinaire

Le Service de formation continue des soins infirmiers du CHUV et la Division de soins palliatifs organisent chaque année une formation interdisciplinaire post-diplôme en soins palliatifs destinée à toute personne disposant d'un diplôme professionnel dans les domaines de la santé, du social ou de la théologie.

Cette formation comprend quatre modules de quatre jours chacun complétés par un stage de cinq jours. Renseignements et inscriptions auprès du Service de formation continue des soins infirmiers du CHUV, Françoise Porchet, tél. 021 314 18 64.

Formation médicale de base

La Ligue suisse contre le cancer a mis sur pied une formation de base en soins palliatifs à l'attention des médecins. Ces cours sont accrédités par la Société suisse de médecine interne et recommandés par la Société suisse de médecine générale.

Les prochains cours auront lieu les 10-11 septembre et 1^{er}-2 octobre 2004, à Montilier, dans le canton de Fribourg. Ils sont donnés par les Dresses Claudia Mazzocato et Nathalie Steiner, respectivement médecin-chef et chef de clinique de la Division des soins palliatifs du CHUV, et par le Dr Dominique Anwar, médecin-chef de l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital d'Aubonne.

Renseignements et inscriptions (avant le 31 juillet) auprès de la Ligue suisse contre le cancer, Claudia Bigler, tél. 031 389 91 40.

..... Dossier Plan stratégique 2004-2007

“C’est assez” : Une permanence de soutien aux victimes de la violence

Le plan stratégique 2004-2007 assure, conjointement avec le Département cantonal de l'économie, le financement et la pérennité du programme «C'est assez». Celui-ci comprend notamment une permanence de soutien et d'orientation des adultes victimes de violence mise en place dans la région lausannoise en novembre 2003. Cette permanence n'est pas une nouvelle structure de type consultation spécialisée: elle s'appuie sur la mise en réseau des institutions qui s'occupaient déjà, sous une forme ou sous une autre, de l'aide aux victimes de violence ou de maltraitance.

Le projet a démarré en l'an 2000, sous l'impulsion conjointe du Centre interdisciplinaire des urgences du CHUV, du Bureau de l'égalité hommes-femmes du canton de Vaud et de la Fondation Leenaards. Les travaux menés dès cette date par une équipe interdisciplinaire, conduite par un comité de pilotage présidé par la conseillère d'Etat Jacqueline Maurer-Mayor, ont permis de mettre sur pied un programme d'amélioration de la qualité des soins aux adultes victimes de violence.

L'équipe de projet, la Dresse Marie-Claude Hofner et Nataly Viens Python, développe ce programme selon quatre axes principaux:

- 1. Epidémiologie:** Enquête sur la prévalence de la violence parmi les patients accueillis aux urgences du CHUV.
- 2. Réseau:** Identification des ressources existantes en matière d'aide aux victimes de la violence dans la région lausannoise (carte du réseau d'aide en cas de violence et maltraitance de Lausanne et sa région)
- 3. Formation:** Cours destinés au personnel médical et infirmier, en priorité des urgences, sur la base d'un protocole de dépistage des victimes de violence (protocole DOTIP).
- 4. Prise en charge:** Mise sur pied de la permanence «C'est assez» (actuellement en phase pilote).

La densité et la diversité des services existants ne justifiaient pas la création d'une nouvelle structure. 53 institutions actives dans ce domaine ont en effet été recensées dans la région lausannoise. La permanence existe grâce à leur mise en réseau et permet d'orienter les victimes de violences vers les institutions les mieux appropriées à leur situation.

Concrètement, l'équipe de projet a mis sur pied un système de piquet, assuré par les professionnels des institutions du réseau disponibles du vendredi 18h au lundi 8h. Sur appel d'un professionnel des urgences

du CHUV ou de la police, et avec l'accord de la personne concernée, le professionnel de piquet:

- se rend, si nécessaire, dans un délai de 60 minutes au maximum, au local de la PMU où la personne concernée a été amenée par la police ou par un membre de l'équipe des urgences du CHUV,
- fait, en fonction de la situation, une proposition d'orientation de la personne concernée.

Le contenu de l'aide apportée

D'une manière plus générale, le professionnel de la permanence «C'est assez» offre un suivi d'intervention qui implique:

- d'assurer un accueil et une écoute attentive,
- de signifier clairement que la violence est interdite, quelles que soient les circonstances,
- d'informer la personne de ses droits, devoirs et obligations,
- de recenser avec elle ses besoins prioritaires et ses ressources disponibles dans l'immédiat,
- d'établir un plan de protection et un projet pour les prochaines 24-48h,
- d'identifier avec la personne l'institution la mieux à même de lui venir en aide dans les prochains jours,
- de compléter et remettre la carte de suivi «C'est assez» contenant les coordonnées de l'institution à contacter (à dater et à signer).

Après le départ de la personne, il rédige un bref rapport de synthèse de l'intervention selon le modèle pré-établi à l'attention de la centrale «C'est assez».

L'évaluation de la phase pilote de cette permanence au cours de ses premiers mois d'activité (de novembre 2003 à mai 2004) permettra d'adapter le modèle et son fonctionnement. Son financement est assuré en 2004 par une double contribution des Hospices-CHUV (150'000 francs) et du Département cantonal de l'économie (160'000 francs).



L'équipe de projet est constituée de Marie-Claude Hofner, médecin cheffe de projet, et de Nataly Viens Python, infirmière chargée de recherche, toutes deux rattachées à l'Unité de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

Leur importante contribution ne représente pourtant qu'un emploi plein temps par an (40% pour Mme Hofner, 60% pour Mme Viens-Python). Un bel exemple de parcimonie et d'efficacité.

La violence dans notre société

- L'enquête nationale sur la violence domestique, publiée en 1997, montre qu'une femme sur quatre subit des violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie dans le cadre d'une relation de couple et que deux sur cinq doivent faire face à des violences psychologiques.
- L'état de santé 2001 des Suisses révèle que 8% des femmes et 10% des hommes interrogés ont subi au moins une forme de violence (physique, sexuelle ou psychologique) au cours des douze mois précédant l'enquête. La moitié des violences enregistrées se déroulent dans le cadre familial et sont infligées par des proches. La maltraitance touche particulièrement les personnes âgées et les enfants, qui représentent une population spécialement vulnérable.
- La statistique criminelle de l'Office fédéral de la police montre une augmentation de plus de 10% en 2000 des infractions telles que lésions corporelles, incendies intentionnels, violences et menaces contre des autorités ou des fonctionnaires.
- L'enquête effectuée au CHUV en 2002 met en évidence que 11.4% des adultes admis aux urgences au cours des douze mois précédant l'enquête ont été victimes de violences alors que les constats de coups et blessures ne représentent que 1.1% des constats de police durant la même période.

Les conséquences pour la santé

Non seulement être victime de violence ou de maltraitance représente un risque direct pour la santé et parfois pour la vie, mais vivre dans un contexte de violence peut entraîner des troubles de tous ordres, entraînant une surconsommation de soins et un recours élevé aux services de santé. Une recherche conduite par l'Université de Fribourg, publiée

en 1998, a estimé:

- à 133 millions de francs par an le coût direct et le coût social des violences subies dans notre pays,
- à 187 millions de francs le coût des interventions de la police et de la justice,
- à 72 millions de francs le coût de l'aide sociale consécutive à des actes de violence.

Quelle prévention?

L'OMS a recensé les actions de prévention qui ont fait leurs preuves, au moins dans certains contextes:

- Approches individuelles: apprendre aux gens à résoudre les différends et les conflits sans avoir recours à la violence, notamment avec des programmes de conseils et de prise en charge des victimes, et de conseils et de traitement des agresseurs.
- Approches relationnelles: intervenir par le biais du réseau de proches des personnes vivant dans un contexte de violence.
- Approches communautaires: sensibiliser la population, encourager les actions collectives, mobiliser les partenaires sociaux, notamment au travers de campagnes dans les médias, de formation des policiers et des professionnels de la santé et du social, de sensibilisation des employeurs.
- Approches sociétales: agir sur les facteurs culturels, économiques et sociaux, notamment par des mesures législatives et judiciaires, par des programmes de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales, des actions spécifiques auprès des populations vulnérables et marginalisées.

..... **Le bénévolat célèbre ses cinq ans d'activité au CHUV**

"Quand un présent vient du cœur, celui qui l'offre s'enrichit"

«Le bénévolat au XXIe siècle, une idée subversive?» La conférence du sociologue Bernard Crettaz a été l'un des temps forts de la manifestation organisée le 5 février dernier, à l'auditoire César-Roux, pour marquer les cinq ans d'activité de l'équipe du bénévolat au CHUV. Cette journée du bénévolat a également reçu le soutien du conseiller d'Etat Charles-Louis Rochat, chef du Département de la santé et de l'action sociale.

Le CHUV a joué un rôle de pionnier dans ce domaine. Quand l'opération bénévolat a été lancée, au début de l'an 2000, le groupe Les Lucioles oeuvrait déjà depuis huit ans dans l'établissement, auprès des patients en fin de vie. Le pari d'offrir un accompagnement à l'ensemble des patients, en leur proposant une écoute et des activités de la vie quotidienne, est aujourd'hui gagné. Les 40 bénévoles du début sont aujourd'hui 80. Et ils n'ont pris la place de personne. Leur présence est un complément humain à la prise en charge médicale et soignante qui reste naturellement du ressort exclusif des professionnels de la santé.

Les bénévoles sont là pour améliorer les conditions d'hospitalisation et le bien-être des patients, leur offrir assistance et réconfort, soulager leur solitude ou leur ennui en leur proposant des activités de la vie quotidienne (lecture, jeux, promenades, etc.). Ils sont spécifiquement formés et encadrés par la responsable de l'équipe, Chantal Virgili-Crettaz (tél. 021 314 18 38 ou e-mail: benevolat@hospvd.ch).

Les interventions du bénévolat

Les bénévoles interviennent durant la journée dans la plupart des services du CHUV selon une planification hebdomadaire fixe et connue. Ils vont spontanément à la rencontre des patients dans le cadre de cette présence régulière. Mais les patients peuvent également faire appel à eux par l'intermédiaire de l'infirmière chef du service ou d'un membre de l'équipe soignante.

Une équipe, plus spécifiquement formée et dénommée *Lucioles*, offre au patient et à ses proches un accompagnement dans des situations de crise ou de fin de vie. Cette équipe-là intervient uniquement sur demande, de jour comme de nuit.



Chantal Virgili-Crettaz, responsable du bénévolat au CHUV



Le conseiller d'Etat Charles-Louis Rochat, en compagnie de Mme Hélène Brioschi Levi et du sociologue Bernard Crettaz

"Le bénévolat est un phare"

Voici quelques extraits du discours que le conseiller d'Etat Charles-Louis Rochat a prononcé à l'occasion de la journée du bénévolat au CHUV, le 5 février dernier:

«Le bénévolat qui vous est cher, c'est d'abord une action qui recherche le bien, qui cherche à être utile. C'est ensuite une action volontaire, qui ne relève d'aucune obligation. C'est enfin une action désintéressée, gratuite, qui ne demande rien en échange. Cela ne veut pas dire qu'elle ne reçoit rien en échange. Car comme le rappelle votre plaquette sur le bénévolat au CHUV: «Quand un présent vient du cœur, celui qui l'offre s'enrichit et celui qui le reçoit s'agrandit.» (...)

«Le bénévolat est un phare qui nous rappelle les dangers et les risques d'écueil d'une société axée sur l'individualisme pour ce qui touche aux avantages, et sur le tout à la collectivité pour ce qui touche aux inconvénients. C'est dans cet esprit que le bénévolat est l'un des axes du Programme de législation du Conseil d'Etat, l'une des actions inscrites sous le chapitre Ouverture et partenariat: «Reconnaître et soutenir le bénévolat organisé complétant l'action des services publics».

«Quand la complexité des problèmes, les sollicitations de toutes parts et la limite des ressources disponibles mettent la puissance publique dans une situation souvent proche de l'impuissance, l'Etat doit jouer de plus en plus le rôle d'un animateur, c'est-à-dire de celui qui coordonne et stimule l'action venant de la société civile, de celui qui permet aux acteurs de mobiliser leur créativité et leur générosité. On touche ici le cœur même de votre mérite et de votre succès. (...)

«Chacun d'entre nous sait bien que si l'on peut tomber malade par chagrin ou par désespoir, les traitements les plus performants ont parfois besoin d'un coup de pouce du cœur et de l'esprit. Au bout du compte, le bénéficiaire du bénévolat, c'est le patient et ses proches. Au nom de toutes celles et de tous ceux qui trouvent auprès de vous accueil et réconfort dans leur souffrance physique et morale, je vous dis très chaleureusement bravo pour votre engagement et merci pour votre générosité.»

..... **Organisé sous le label de la formation continue**

Le cours d'éthique biomédicale fait œuvre de pionnier

Les premiers cours d'éthique biomédicale donnés par Carlo Foppa, éthicien du CHUV, ont eu lieu en l'an 2000. Il s'agissait d'un cours de base. Il est relayé aujourd'hui par un cours plus approfondi et intégré au programme de formation continue des Hospices-CHUV. La prochaine session se déroulera d'octobre 2004 à avril 2005.

En l'an 2000, le cours de base est parti d'une expérience pilote en soins intensifs de pédiatrie. Il en est aujourd'hui à sa douzième volée et son succès ne s'est pas démenti. Il y a toujours plus d'inscriptions que de places disponibles.

Cette sensibilisation aux problèmes de l'éthique biomédicale a montré la nécessité d'un cours plus complet et plus approfondi. Ce cours est désormais bien rodé et fait partie du programme de formation continue des Hospices-CHUV. Une cinquième volée de 25 personnes, dont 15 collaborateurs du CHUV, va pouvoir en bénéficier d'octobre 2004 à avril 2005.

Le cours est articulé en huit modules d'une journée. Conçu de manière interdisciplinaire, il fait intervenir des médecins, des infirmières, des ecclésiastiques, des philosophes, des juristes. Chaque participant doit pouvoir se retrouver dans les différentes interventions et en tirer des éléments exploitables dans son activité.

La première journée est consacrée à la mise en perspective générale de l'éthique. Elle introduit au vocabulaire et à la philosophie de l'éthique et fournit des points de repère historiques. Elle dresse également un tableau de la situation actuelle, notamment en Suisse.

La deuxième journée est consacrée à l'éthique dans le contexte des soins. Elle montre notamment, à l'aide de témoignages et de présentation de cas, comment l'éthique s'applique à la recherche médicale et à la pratique clinique, et comment cette application évolue avec le temps.

Les troisième et quatrième journées abordent le problème du consentement du patient, ses fondements philosophiques, ses bases légales et sa portée juridique, ainsi que les cas où son application pose problème, notamment en psychiatrie.

La cinquième journée aborde la mort sous l'angle de la médecine, du droit et de l'éthique, en théorie et sur la base de cas cliniques.



Carlo Foppa, éthicien

Pour participer au cours

- Il est vivement recommandé d'avoir suivi le cours de base avant de s'inscrire au cours approfondi.
- Les cours se déroulent au CUTR Sylvana, à Epalinges, de 9h à 12h et de 14 à 17h.
- Les frais de participation s'élèvent à 1'700 francs. Ils sont pris en charge à parts égales par le fonds de service et par le fonds de formation continue des Hospices-CHUV. Cette disposition n'est valable que pour les collaborateurs des Hospices-CHUV, tous les autres participants paient le plein tarif.
- Le délai d'inscription pour le prochain cours (octobre 2004-avril 2005) est fixé au 31 août 2004.
- La participation à des séances isolées n'est pas admise: les personnes inscrites sont tenues de suivre l'ensemble du cours. L'annulation d'une inscription donne lieu à une facturation partielle ou totale selon le délai dans lequel elle intervient.
- Renseignements et inscriptions auprès du Secrétariat de la formation continue, Office du personnel des Hospices-CHUV, rue du Bugnon 21, 1005 Lausanne, Tél. 021 314 39 72 (e-mail: Sylvie.Barbvera@hospvd.ch).

La sixième journée est consacrée à la procréation médicalement assistée et à ses possibles dérives, notamment vers des formes nuancées d'eugénisme. Elle repose sur des témoignages et la présentation de cas cliniques.

La septième journée aborde la question de l'euthanasie et l'assistance au suicide, sous ses aspects éthiques, dans le contexte médico-légal actuel et en relation avec la déontologie médico-infirmière.

La huitième et dernière journée ouvre le débat plus général sur les relations entre

l'éthique, la morale et la religion en posant la question: Et Dieu dans toute cela? Un débat contradictoire sert d'introduction à une table ronde.

- Le cours est placé sous la responsabilité d'un groupe interdisciplinaire, réunissant:
- Carlo Foppa, éthicien
 - Marion Fischer, Formation continue du CHUV
 - Dr Olivier Hugli, Centre interdisciplinaires des urgences
 - Dr Jacques Cotting, Soins intensifs de pédiatrie
 - Etienne Rochat, aumônier.

.....La schizophrénie touche aussi les enfants et les adolescents.....

Une des modalités de leur prise en charge est assurée par le CTJA

1% des schizophrénies se déclenchent avant l'âge de 10 ans. 20%, une sur cinq, commencent avant l'âge de 18 ans. Et dans 40% des cas de schizophrénie avérée, les premiers signes étaient apparus avant 18 ans.

En septembre 2003, CHUV-Magazine a fait le tour de la prise en charge des schizophrènes adultes. L'entretien avec le Dr Laurent Holzer, médecin associé au Centre thérapeutique de jour pour adolescents (CTJA), complète ce dossier en abordant le problème de la schizophrénie chez les jeunes.

Comment repère-t-on la schizophrénie débutante chez un adolescent?

Laurent Holzer. Le problème est que les premiers signes de la schizophrénie ne sont pas spécifiques. Ils ressemblent dans la très grande majorité des cas à une humeur plutôt dépressive, à une certaine instabilité qui touchent de nombreux adolescents sans que cela ne devienne pathologique. Les transitions qui se produisent à l'adolescence, la modification pubertaire, le corps qui change de manière brutale et massive, tout cela présente un potentiel « psychotique ». Trouver son identité, son autonomie, s'individualiser tout en s'intégrant dans un groupe s'effectuent à travers un parcours souvent sinueux chez les adolescents et qui emprunte parfois des éléments à la psychose. Par ailleurs, un épisode psychotique survenant à l'adolescence n'est pas synonyme d'entrée dans la schizophrénie.

Quels sont les mécanismes déclencheurs de la maladie?

L. H. Elle peut être favorisée génétiquement, par un stress, par des toxiques... La schizophrénie pourrait être liée à une réduction des connexions synaptiques dans le cerveau et l'adolescence est précisément l'âge où, dans le cadre des changements corporels que j'évoquais, beaucoup de synapses disparaissent.

Certains individus se retrouveraient-ils avec un déficit de liaisons synaptiques à ce moment-là? La question reste posée.

La maladie peut aussi être en lien avec l'environnement, par la difficulté à s'y adapter à un âge où les exigences sociales se complexifient, où l'on s'éloigne des codes sociaux assez simples de l'enfance (l'enfant est censé intégrer les injonctions qui lui sont transmises sans trop se poser de questions).

Une chose est importante: plus la schizophrénie commence tôt, plus elle risque d'être grave, d'où l'intérêt d'intervenir précocement et activement. Mais si la maladie est potentiellement plus grave, le pronostic d'un épisode psychotique à l'adolescence est aussi plus ouvert, l'aide et le traitement peuvent parfois être plus efficaces que chez l'adulte dans la mesure où l'adolescence est une période dynamique offrant une certaine malléabilité.

Comment assurez-vous la prise en charge de ces jeunes patients?

L. H. Le CTJA est à la fois un hôpital de jour et une école de l'enseignement spécialisé. Sur les 18 places qu'il offre, une bonne dizaine sont occupées par des jeunes qui présentent une problématique de psychose. Il s'agit de patients pour qui

le suivi en consultation ambulatoire n'est plus suffisant et qui ne relèvent pas ou plus d'une hospitalisation psychiatrique à temps complet.

Après un bilan clinique et infra-clinique, comportant notamment un bilan neuropsychologique et une attention toute particulière à la socialisation du jeune patient, sa prise en charge se développe autour de trois axes, des activités de groupe, l'enseignement en classe et le suivi psychothérapeutique.

Ces activités de groupe sont importantes pour les adolescents. S'ils partagent des préoccupations de leur âge, ils n'ont pas tous les mêmes problèmes et cet échange dynamique est un bon stimulant. Ces activités permettent aussi de voir comment ils fonctionnent au sein du groupe pour les aider à s'y exprimer, à s'y intégrer. Au travers d'exercices très simples et assez ludiques de remédiation cognitive assistée par ordinateur, associés à des activités d'expression ou empruntées à la vie quotidienne, on arrive à améliorer l'attention, la concentration et la mémoire, à réapprendre à exécuter une tâche du début à la fin et favoriser ainsi la relance des apprentissages et du processus de socialisation.

L'enseignement en classe rapproche les patients de la « normalité » faite, à leur âge, d'école ou d'apprentissage, et les confronte aux nécessités de leur formation, tout en



Le Dr Laurent Holzer :
"Sur dix adolescents qui passent au CTJA, sept quittent le centre avec un projet qui a de bonnes chances d'aboutir."

s'adaptant aux difficultés cognitives de chacun d'entre eux. L'objectif général de la prise en charge est de permettre aux patients de retrouver confiance dans leurs capacités et du plaisir à fonctionner. Pour certains d'entre eux, c'est vraiment salutaire.

Toutes ces activités sont évidemment complétées par un suivi individuel, médical et psychologique ainsi que familial. Au cours d'entretiens de psychothérapie, nous essayons avec le patient de relancer le processus d'adolescence en cours entravé par la psychose. Là aussi, le but est de le revaloriser à ses yeux, d'obtenir une alliance thérapeutique et, dans toute la mesure du possible, de lui faire partager une approche rationnelle, cognitive, des troubles psychotiques qu'il ressent, de ses interprétations délirantes ou des phénomènes hallucinatoires qu'il perçoit par exemple. C'est un gros challenge.

Vous recourrez aussi aux traitements médicamenteux?

L. H. Le traitement médicamenteux joue un rôle important dans la prise en charge. Il est toujours proposé aux adolescents et l'état de certains d'entre eux s'améliore considérablement sous l'effet du traitement.

La première difficulté tient au fait que les jeunes patients répondent un peu moins bien aux médicaments que les adultes,

qu'ils en ressentent plus souvent les effets secondaires, mais surtout qu'ils ne les prennent pas toujours, ou pas régulièrement: un adolescent sur trois seulement (contre un adulte sur deux) observe les prescriptions de médicaments antipsychotiques.

La deuxième difficulté survient quand l'état du jeune patient s'améliore sous l'effet du médicament. Comme il se sent mieux, il a tendance à arrêter le traitement, et c'est souvent la rechute dans les trois semaines à six mois. Mais à chaque nouvelle décompensation, remonter la pente est plus difficile.

A cela s'ajoute qu'en plus de sa maladie, un patient sur deux a des problèmes de consommation de drogues, cannabis, ecstasy, etc., qui leur donnent l'impression de soulager leur souffrance alors qu'en réalité elles aggravent les troubles psychotiques.

Quel est votre taux de réussite?

L. H. La durée moyenne de séjour au CTJA est d'environ six mois. On peut dire schématiquement que sur dix adolescents qui passent au CTJA:

- 7 quittent le centre avec un projet qui a de bonnes chances d'aboutir,
- 2 sont dans un état qui n'est pas stabilisé au moment où leur âge les fait passer en psychiatrie adulte,
- 1 part à la suite d'une rupture avec le

centre, en raison par exemple d'un profond désaccord avec le projet de soins ou d'une consommation persistante de drogue, cannabis ou autre.

Ceux qui restent le moins longtemps ne sont pas engagés trop loin dans la psychose et parviennent généralement à reprendre normalement l'école ou l'apprentissage avec un suivi médical et un traitement médicamenteux.

Que faites-vous avec les jeunes patients qui s'en vont?

L. H. L'évaluation de nos prises en charge nous a montré que l'amélioration obtenue durant le séjour est significative, mais pas suffisante pour qu'à la sortie les adolescents n'aient plus besoin de soins. Ceux qui s'en vont retournent donc voir celui ou ceux qui nous les ont adressés. Le CTJA dispose également d'une équipe mobile qui assure des interventions auprès des jeunes qui ont quitté le centre alors que leur état présente encore des risques psychopathologiques élevés. On leur rend visite à domicile, parfois avec un enseignant, pour les inciter à retourner à l'école et à reprendre le traitement. Car, à la différence des adultes, la nécessité de reprendre leur scolarité ou leur formation, dans une école collective, est fondamentale et fait partie intégrante du traitement. C'est ce que nous tentons, sans toujours y parvenir.

..... Pour communiquer il faut au moins parler la même langue

Quand la médecine a besoin d'interprètes

Patrice Guex et Pascal Singy viennent de sortir un livre au titre éloquent: «Quand la médecine a besoin d'interprètes» (Editions Médecine et Hygiène, novembre 2003). Ce livre réalisé en collaboration avec d'autres auteurs est issu d'un projet financé par le Fonds national de la recherche scientifique dans le cadre du programme sur les migrants. Il met en évidence le rôle bénéfique d'interprètes professionnels lors de consultations mettant en présence soignants d'ici et patients venus d'ailleurs.

Que se passe-t-il lorsqu'un médecin et un patient se retrouvent dans un cabinet de consultation sans partager la même culture, ni même pouvoir parler une langue commune? Un médecin répond sans se moquer aucunement que, dans ces circonstances, il a l'impression de faire de la «médecine vétérinaire». Au-delà de l'anecdote, c'est la réalité à laquelle se trouvaient souvent confrontés une grande partie de la population migrante vivant en Suisse et la plupart des médecins auxquels ces migrants s'adressaient.

Une enquête sur le terrain

Heureusement, la situation est en train de changer. Des interprètes professionnels sont désormais formés pour servir de médiateur lors de ces consultations. Dans le meilleur des cas, c'était jusqu'ici un proche ou un membre de la famille, souvent un enfant, qui jouait ce rôle d'intermédiaire entre le patient et le soignant. L'étude réalisée entre 1997 et 2000 souligne précisément les changements survenus grâce à l'intervention de professionnels de la médiation. Cinq institutions ont servi de terrains d'observation: deux départements du CHUV (psychiatrie et gynécologie-obstétrique), la PMU (Policlinique médicale universitaire), le Service infirmier de la Fondation vaudoise pour l'accueil des requérants d'asile (FAREAS) et l'Association lausannoise Appartenances. Cette dernière assure d'ailleurs depuis 1997 la formation des médiateurs-interprètes.

Pour faire la comparaison entre les deux situations, avant et après l'arrivée de médiateurs-interprètes, l'étude a utilisé un questionnaire rempli par les soignants ayant réalisé une consultation d'un patient migrant établi en Suisse depuis moins de cinq ans. Elle a également eu recours à des groupes de discussion (focus-groups) réunissant séparément patients, interprètes et soignants. Ces groupes ont tous abordé le même canevas de questions:



Pascal Singy est linguiste et privat-docent dans les facultés des lettres et de biologie et de médecine. Patrice Guex est directeur du Département de psychiatrie du CHUV.

1. Comment décririez-vous vos rencontres avec le patient migrant (respectivement le soignant)?
2. Quelle importance accordez-vous à la concordance ou à la différence de genre (sexe) dans la consultation avec les migrants?
3. En l'absence de médiateur et de langue commune, comment vous tiriez-vous d'affaire dans le cadre d'une consultation?
4. De quelles informations culturelles jugez-vous avoir besoin pour la consultation?
5. Pour vous, que signifie la médiation dans une consultation médicale?
6. Pourriez-vous nous aider à définir les caractéristiques du médiateur culturel-interprète idéal?

Les bénéfices de l'interprète

Sans entrer dans les détails et les nuances de l'étude, on peut conclure que les médiateurs-interprètes jouent un rôle positif sur plusieurs plans:

- Ils répondent d'abord à l'évidente nécessité de se comprendre. Leur apport est inestimable sur ce point dans la mesure où ils assurent, pour le patient comme pour le soignant, la compréhension du langage de l'autre et permettent de lever les malentendus qui peuvent surgir. Pour la majorité des médecins cependant, le médiateur-interprète doit se borner à traduire mot à mot les paroles du médecin et du patient. Seule une minorité de soignants attend du médiateur-interprète qu'il aille au-delà de la traduction littérale. Patrice Guex et Pascal Singy plaident quant à eux pour que le médiateur-interprète puisse sensibiliser le médecin à l'environnement culturel du patient, et le patient aux modes de vivre et de faire dans notre pays.
- Les médiateurs-interprètes améliorent ensuite l'accès aux soins et leur qualité et renforcent le respect des droits du patient, en particulier en matière d'information et d'autonomie, sans qu'il soit

indispensable de considérer ces interprètes comme des «avocats» du patient.

- Ils limitent enfin les coûts en réduisant le nombre de consultations interminables - parce que patient et soignant ne se comprennent pas - ou répétitives - parce qu'ils ne se sont pas compris.

Au total, les soignants eux-mêmes jugent nécessaires la présence d'un interprète. Ils estiment que c'est mieux qu'un membre de la famille et beaucoup mieux que rien. Entre le début et la fin de l'étude, les soignants ont d'ailleurs pris l'habitude de recourir à un médiateur-interprète. Aujourd'hui la majorité (67%) des consultations sans langue commune entre patient et soignant se déroule en présence de l'un de ces professionnels, alors que c'était loin d'être le cas au départ (37%). Reste à trouver le financement adéquat de cette nouvelle activité.

Un profil et un rôle bien définis

La plupart des soignants souhaitent que cet interprète soit un professionnel formé à ce genre de travail, où la discrétion joue un rôle essentiel. Ils attendent aussi que ce «tiers» reste à sa place, permettant ainsi au soignant d'établir une relation privilégiée avec le patient.

L'un des problèmes les plus souvent évoqués par ailleurs touche au sexe des médiateurs-interprètes et des soignants (hommes ou femmes) quand il s'agit d'aborder avec les patientes et les patients venus d'autres cultures les questions liées à la sexualité et à la reproduction. Dans ce cas, la plupart des personnes interrogées estiment que les femmes sont généralement mieux placées pour prendre en charge ou assister les patientes et, inversement, que les hommes sont mieux à même de s'occuper des patients. Mais il y a évidemment des exceptions. Le récit de cette soignante en témoigne:

«J'ai rencontré un jour un Monsieur bosniaque... Pendant presque deux ans, il n'arrivait pas à dire ce qui lui était arrivé... Tout d'un coup, un jour, c'était comme un accouchement, il a dit: Voilà, j'ai été violé... Il racontait, il racontait, on arrivait plus à l'arrêter, et à la fin, il a dit: Voilà je dis ça à vous car j'aurais jamais pu dire ça à un homme...»

Une réalité dans toute relation médecin-patient

L'intérêt du livre de Patrice Guex et de Pascal Singy va bien au-delà de la prise en charge des patients migrants. En attirant l'attention sur les difficultés liées aux diffé-

rences de langues et de cultures, il met indirectement en évidence les problèmes de communication dans toute relation médecin-patient, comme dans toute relation humaine.

Dans une consultation, les mots ne sont pas le seul moyen d'échanger des informations. Il y a des attitudes, des gestes (l'auscultation par exemple), ou des objets, des images (radiographie, imagerie médicale). Mais une partie importante de la consultation passe au travers du langage et de sa fonction de transmission intentionnelle d'informations. C'est là que les vrais problèmes commencent. Car tout signe est porteur de multiples sens. Chaque mot, chaque phrase renvoie à des significations multiples et souvent inconscientes. Le sens émis par l'un, le sens reçu par l'autre, ne sont pas toujours identiques. Le même message n'est pas compris de la même manière par tout le monde: on peut en faire l'expérience tous les jours autour de soi. Il peut même arriver qu'un patient que l'on a informé du diagnostic le concernant ne s'en souvienne pas et prétende de bonne foi n'en avoir jamais entendu parler. Les émotions qui l'ont submergé ce jour-là l'ont vraisemblablement empêché d'enregistrer l'information. On pourrait multiplier les exemples. La communication verbale est problématique même à l'intérieur d'une même culture et d'une même langue, comme le soulignait déjà Carl Gustav Jung, dans *L'homme et ses symboles*:

«Quand, dans une conversation, j'utilise des mots comme «état», «argent», «santé» ou «société», je pars de la supposition qu'ils signifient plus ou moins la même chose pour ceux qui m'écoutent. Mais c'est la restriction «plus ou moins» qui importe ici. Chaque mot a un sens légèrement différent pour chaque personne, même lorsqu'il s'agit de personnes ayant le même arrière-plan culturel. La raison de ces variations est qu'une notion générale s'intègre à chaque fois à un contexte singulier et qu'elle est donc comprise et appliquée d'une manière un peu singulière. Et les variations de sens sont bien entendu d'autant plus marquées que l'expérience sociale, religieuse, politique et psychologique des personnes concernées diffèrent davantage.»

«A chaque fois que les concepts sont identiques aux mots, la variation est imperceptible et ne joue aucun rôle pratique. Mais sitôt qu'une définition exacte ou une explication précise deviennent nécessaires, on découvre parfois les variations les plus surprenantes, non seulement dans la compréhension purement intellectuelle du terme, mais plus particulièrement dans la valeur affective qui lui est attribuée, et dans son application.»

Les dimensions culturelles de la maladie et de la santé

Voici quelques témoignages d'incompréhensions ou de malentendus liés aux différences de langues ou de cultures, extraits du livre de Patrice Guex et de Pascal Singy:

- «J'ai eu dernièrement un problème avec une femme algérienne qui était voilée, accompagnée par son mari, et là je n'ai même pas pu toucher la main de la dame. Elle avait des lésions dermatologiques sur les mains et sur les oreilles. J'ai pu voir celles des mains mais pas plus loin. Et sans les toucher. Cette femme parlait couramment le français, elle est venue avec son petit garçon et son mari. Les rapports ont été tout de suite tendus avec le mari, je pense que ça l'embêtait d'avoir un médecin homme pour examiner sa femme. Mais la consultation suivante elle est venue seule avec son petit garçon et ça s'est mieux passé.»
- «Un patient originaire de l'Ex-Yougoslavie s'est senti profondément insulté par un médecin lui demandant s'il avait mal «sur ou sous la peau».
- «Aujourd'hui, j'ai vu une dame... qui est venue plusieurs fois avec une infection vaginale. Elle était traitée comme d'habitude, le médecin a fait le frottis, etc. Et elle revenait chaque mois avec un autre (accompagnant). Puis là elle m'a téléphoné... elle a pu expliquer ce qu'elle voulait. Mais en attendant elle est venue 5 fois aux urgences, s'il y avait eu un interprète, il n'y aurait peut-être eu que 2 consultations.»
- «Des fois il s'agit de gens qui ont une éducation très basse et c'est très difficile de traduire parce qu'il faut simplifier la traduction à l'extrême... Je veux dire que des fois on doit traduire d'albanais en albanais.»
- «Aux urgences, on a un problème le soir surtout. Ces femmes, je ne sais pas si c'est une habitude dans leur pays, arrivent souvent aux urgences le soir accompagnées de leur mari ou non et si nous avons un médecin homme, même si elles viennent aux urgences, souvent elles repartent.»
- «Les patients africains font plaisir aux thérapeutes en leur amenant des histoires de grigri. Les Africains ont l'habitude de devoir manier plusieurs codes en même temps, par un double track. Les superpositions de croyances sont pour eux une pratique courante. Le matin, le patient va à la mosquée et l'après-midi il fait un rituel animiste. C'est un mythe de croire que l'on comprend un patient africain parce qu'il parle français, il est toujours nécessaire d'avoir un médiateur africain, et si possible de la même ethnie que lui pour que l'on puisse aborder des choses qui font réellement sens.»

Faits et chiffres



Le Centre de préhospitalisation chirurgicale a reçu son 10'000^e patient

Eric Guignard, entouré de l'équipe du CPC, le Dr Veronique Moret est 2^e à partir de la droite.

Le 4 février dernier, le Centre de préhospitalisation chirurgicale (CPC) a reçu son 10'000^e patient. Eric Guignard, 66 ans et fraîchement retraité, y avait rendez-vous pour préparer une intervention chirurgicale programmée le 26 février suivant. Il devait s'y entretenir avec un anesthésiste chargé de réunir toutes les informations nécessaires à son dossier et de répondre aux questions qui pouvaient le préoccuper. «Je trouve très bien de pouvoir ainsi se préparer à l'avance, témoigne Eric Guignard. C'est plus rassurant que de voir l'anesthésiste la veille de l'opération seulement.»

Le hasard a voulu que cet ancien agent d'assurances lausannois, originaire de la Vallée de Joux, soit le 10'000^e patient du centre, mis

en place au CHUV en 1999, par le Dr Véronique Moret. Le patient est ainsi mieux préparé à son opération et à son parcours dans l'hôpital. Avant une opération, l'anesthésie inquiète souvent autant, sinon davantage, que le bistouri. Il est vrai qu'il y a toujours un risque. Selon l'état de santé du patient, ou s'il suit certains traitements médicamenteux, davantage de précautions doivent être prises.

Anesthésiste, responsable du bloc opératoire et du CPC, le Dr Moret est secondé par une équipe de six à sept personnes, dont un, et bientôt deux, anesthésistes. Hormis certains enfants et les patients du Service de chirurgie cardiaque, tous les futurs opérés du CHUV passent par le centre de préhospitalisation.

15 ans de lutte contre le cancer au CePO



Les professeurs Serge Leyvrat et Ferdy Lejeune.

Le CePO, le Centre pluridisciplinaire d'oncologie, célébrera ses 15 ans d'activité le 8 mai prochain. La journée sera notamment marquée par une Table ronde à l'auditoire César-Roux, animée par Jean-Philippe Rapp, présentateur de Zig-Zag Café, à la Télévision

suisse romande, et par des «Portes ouvertes» au Centre coordonné d'oncologie ambulatoire.

Le Centre pluridisciplinaire d'oncologie est une fondation privée, présidée par André Kudelski, et dirigée par le professeur Ferdy Lejeune. La prise en charge de patients cancéreux et de leurs traitements représente une partie importante de l'activité du CePO. Elle est placée sous la responsabilité du professeur Serge Leyvraz. Du fait de sa personnalité juridique propre, le CePO fonctionne sur le même principe qu'un cabinet médical.

Le CePO est cependant intégré dans le Centre coordonné d'oncologie ambulatoire (CCO) du CHUV. Ce centre a été créé pour rassembler en un seul lieu toutes les consultations d'oncologie ambulatoire effectuées au CHUV (radio-oncologie, oncologie chirurgicale, neuro-oncologie, oncologie gynécologique, etc.).

Un service d'hospitalisation qui regroupe les traitements oncologiques des patients de l'oncologie médicale, de l'oncologie-hématologie et de la radio-oncologie, dispose de 20 lits au niveau 12 du bâtiment hospitalier principal du CHUV. Elle est également placée sous la responsabilité du professeur Leyvraz.

Le CePO fait donc partie intégrante du Centre coordonné d'oncologie ambulatoire au même titre que les autres consultations.