

# CHUV magazine

avril 2005 - n°1

## La cigarette ne fera plus son cinéma chez Europlex

Plus de clopes dans les halls d'entrée et les toilettes de ces salles dès mercredi.

La fumée sera totalement bannie des cinémas Europlex dès mercredi. Le plus grand complexe de Suisse

panneaux seront affichés. Et le personnel demandera gentiment aux contrevenants d'arrêter de fumer. précise M. Jones. Europlex, qui exploite 33 salles à Genève, M

SANTÉ • Deux géants pharmaceutiques, ainsi que l'Hôpital de Bâle, vont proposer un programme de désaccoutumance à leurs collaborateurs fumeurs.

## Novartis bannit la fumée au travail

Novartis va interdire la fumée dans tous ses locaux à Bâle-Ville et Bâle-Cambray dès le 1er janvier 2006.

la prise de poids reste un problème important lorsqu'on décide d'arrêter de fumer. Impossible

tratifs de Roche par contre continuer à miser sur des produits à hautement sig... ent de la san... re que cette op... autres entrepri... programme... all...

SAMEDI-DIMANCHE 26-27 FÉVRIER 2005

TABAC Une convention de l'OMS pour une réduction de la consommation de tabac entre en vigueur demain. Berne, à la traîne, rendra sa législation conforme.

## La Suisse lutte tiède contre la cigarette

Le premier traité international visant à réduire la consommation de tabac entre en vigueur demain. Interdiction de la publicité et du sponsoring, obligation d'inscrire sur les paquets de cigarettes un avertissement sur la nocivité de la fumée, protection des non-fumeurs dans les espaces clos, imposition de prix plus élevés, lutte contre la contrebande: autant de mesures que les Etats parties à cette convention-cadre (ils sont 57 à l'avoir ratifiée) devraient s'efforcer d'adopter.

est un moment historique pour la santé publique. Tel est le message de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à la veille de l'entrée en vigueur de ce traité international. Démarrées en 2003, les négociations qui ont abouti à ce texte ont été marquées par une dure confrontation entre les Etats membres de l'OMS, organisations gouvernementales et ci

Odille Meylan

## La concentration de nicotine dans l'air a chuté à l'Union

Une étude menée avant et un mois après l'interdiction de fumer le démontre.

ont été posés près des cafés et des auditoriums et près du toit. La concentration de nicotine, elle, n'a pas diminué de manière significative. Une étude de saison est en cours de statut quo. sur le toit

### EN UN COUP D'ŒIL LE TABAC, UN FLÉAU MONDIAL



# Les Hospices-CHUV sans fumée dès le 31 mai

tion a été mesurée du taux de nicotine dans l'air a diminué de cinq à trente fois selon les emplacements et de dix fois en moyenne», indique l'ingénieur chimiste Trinh Vu Duc, chef du laboratoire qui a analysé. Des capteurs

# ..... Les 100 premiers jours de Pierre-Yves Maillard au Conseil d'Etat ..... Bilan et perspectives d'action dans le secteur de la santé

«Premières impressions et actions». Le 18 mars dernier, le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard a fait le point, à l'attention des médias, sur ses 100 premiers jours d'activité au sein du Conseil d'Etat et à la tête du Département de la santé et de l'action sociale. CHUV-Magazine l'a rencontré pour aborder plus précisément les questions touchant à la santé et aux Hospices-CHUV. Interview.



«J'accorde une grande importance au caractère universitaire des Hospices-CHUV et je ne suis pas partisan de la concentration des hôpitaux universitaires suisses.»

**CHUV-Magazine - Dans le bilan de vos 100 premiers jours, vous avez souligné le nombre important de vos visites sur le terrain. Qu'avez-vous principalement retenu de celles que vous avez faites aux Hospices-CHUV?**

**Pierre-Yves Maillard** – En ce début de mandat, j'ai visité les urgences, le bloc opératoire, la pédiatrie. Quels enseignements en ai-je tiré? Je fais partie de ceux qui sont impressionnés par l'hôpital et par ceux qui y travaillent. La première impression touche à l'importance des actes qui y sont accomplis pour le commun des mortels et qui sont à la fois entourés de mystère et sujets d'admiration.

Les visites que j'ai faites ne m'ont évidemment pas donné une vision complète de la situation. Aux urgences, la participation à un colloque m'a cependant per-

mis de voir le temps qu'il faut pour parvenir à placer un malade. Cela m'a édifié sur le fait qu'il faut essayer de détendre la situation et m'a conduit à accepter la création de quelques lits supplémentaires.

En pédiatrie, j'ai pris conscience du choc provoqué par le décès d'un enfant, choc auquel les équipes soignantes doivent faire face un certain nombre de fois dans l'année. Au pavillon des prématurés, j'ai vu l'espace pour le moins exigü dans lequel les professionnels accomplissent des merveilles. L'extension de la néonatalogie est un projet que je vais proposer au Conseil d'Etat.

**Quelles sont aujourd'hui les priorités de votre action pour les Hospices-CHUV?**

**P.-Y. M.** – D'abord, j'espère que les mesures proposées par la direction des Hospices-

CHUV permettront de détendre la situation. Ensuite, il y a l'élaboration du budget 2006. L'abondance budgétaire ne sera pas au rendez-vous de ces toutes prochaines années. Pour faire face à cette situation, il faudra procéder aux réallocations internes les plus judicieuses, rechercher les améliorations de fonctionnement toujours possibles dans une grande entreprise de ce type.

Il faudra aussi répondre à la question du statut de l'institution. Je ne suis pas très favorable à un projet d'autonomisation des Hospices-CHUV. Mais sans doute est-il possible de trouver des aménagements qui permettent d'introduire un peu plus de souplesse dans les relations entre l'Etat et les Hospices-CHUV.

Une autre priorité concerne les personnels des établissements affiliés au groupe Hospices. Tous n'ont pas la même caisse de pensions par exemple. Il s'agira de voir comment faire pour que les Hospices-CHUV puissent améliorer la cohérence de l'ensemble sans alourdir inutilement les charges salariales de l'employeur.

D'une manière générale, les priorités touchent à l'amélioration du fonctionnement interne. Sans avoir de réponses à ce stade et sans vouloir tirer des généralités de quelques cas particuliers, on doit sans doute pouvoir faire mieux dans les mécanismes de gestion et de communication entre les différents niveaux hiérarchiques. C'est à la direction des Hospices-CHUV d'investiguer ces champs d'amélioration et de faire des propositions.

**Vous venez d'y faire allusion. Comment voyez-vous l'autonomie des Hospices-CHUV, à la fois service de l'administration, service public et hôpital d'envergure européenne?**

**P.-Y. M.** – Il faut d'abord souligner que les Hospices-CHUV bénéficient aujourd'hui d'un statut qui leur assure une forte autonomie. Ils disposent d'une seule enveloppe budgétaire de près d'un milliard de francs qui leur permet de jouer d'une rubrique à l'autre et de pouvoir faire des réserves.

Ce statut présente aussi l'avantage de ne pas créer de complications excessives dans les relations entre le chef du Département et le directeur de l'Hôpital. Le contact est simple et direct. C'est bien

ainsi. Je n'aimerais pas vivre une situation où le chef du Département se trouve devant un navire dont il est responsable du bon fonctionnement, mais avec lequel il n'aurait que des contacts indirects. Il ne me semble pas souhaitable de s'encombrer d'un conseil d'administration des Hospices-CHUV, qui constituerait un niveau intermédiaire entre le conseiller d'Etat et la direction de l'Hôpital.

**Comment pensez-vous trouver l'équilibre entre les soins hospitaliers de proximité et les soins hautement spécialisés dans un canton de 600'000 habitants et dans une région, la Suisse romande, qui compte environ 1.5 million d'habitants?**

**P.-Y. M.** – Je n'ai pas encore de conception très précise. Après trois mois de présence au Département, j'ai l'impression que la population a d'abord besoin d'une offre de soins de base, qui ne relève pas nécessairement du secteur hospitalier. Sauf exception, par exemple, la grippe ne devrait pas être prise en charge aux urgences d'un hôpital mais par les soins de proximité. Ce type de soins pourrait souvent être assuré par des médecins généralistes et des équipes infirmières. Mais dans ce domaine, la population exprime deux exigences, la proximité et la rapidité: les gens veulent qu'on s'occupe d'eux et qu'on les traite rapidement.

Nous avons par ailleurs besoin de la médecine la plus performante quand les choses tournent mal. Cette médecine de pointe réclame des équipes et des équipements coûteux qu'on ne peut pas s'offrir sur tout le territoire du canton, dans chaque quartier ou dans chaque district. Il y aura toujours une tension entre ces deux pôles: les soins de proximité et les soins aigus. L'essentiel est d'assurer la mission de base: soigner les gens, dans le cadre d'un système qui n'incite pas les soignants à multiplier les actes. Si le soignant n'a pas d'intérêt lucratif à produire des actes, je préfère donner le signal qu'on peut faire un acte de plus plutôt qu'un acte de pas assez, quand la sécurité ou la survie du patient est en jeu.

**Comment voyez-vous la répartition géographique des hôpitaux dans le canton?**

**P.-Y. M.** – Il y a les options qui ont été prises avant mon arrivée au Conseil d'Etat

et il y a mon opinion personnelle. Mais c'est moi qui devrais appliquer les décisions pendant les deux ans qui viennent, voire au-delà. Il est donc naturel que mon avis compte un peu.

Pour renforcer la structure hospitalière du canton, un investissement est prévu sur la Riviera vaudoise et des rénovations et des agrandissements, dans le Nord vaudois, à Nyon et à Morges. Ces gestes-là devraient suffire dans les cinq à dix prochaines années. Je ne suis pas certain qu'il faille créer trois hôpitaux à 150 millions chacun, dans chacune des grandes régions du canton, à l'est, à l'ouest et au nord.

Je ne conteste pas a priori la construction de l'Hôpital de la Riviera, qui devrait remplacer plusieurs hôpitaux de la région, dont certains sont assez vétustes. Les choses avancent et je n'ai pas l'intention de les freiner. Mais je veux m'assurer que toutes les autres hypothèses ont été étudiées et qu'elles ne seraient pas moins coûteuses.

De leur côté, les hôpitaux de Château-d'Ex et de Sarnen veulent se rapprocher et j'encourage cette fusion. Ailleurs, il n'y a pas de raison de toucher à l'hôpital de Payerne. Ni aux petits hôpitaux de la Vallée et de Ste-Croix: les équipes soignantes et la direction y accomplissent un travail remarquable et je ne vois aucun motif de les déstabiliser.

Un des chantiers à ouvrir, en revanche, c'est la répartition entre secteur public et secteur privé au titre de la planification. Je ne vois aucun obstacle idéologique à l'existence d'un secteur privé dans le domaine de la santé. Il ne s'agit pas de nier cet espace privé ou de l'ignorer. Mais si les cliniques privées veulent collaborer avec le secteur public, en avançant le souci d'utiliser au mieux, pour le bien des patients et de la collectivité, les infrastructures dont elles disposent, alors elles doivent respecter les mêmes règles que le secteur public. On ne peut pas les laisser s'équiper sans contrôle puis les voir réclamer que l'on ferme des lits dans le secteur public afin de leur fournir des clients. Des accords de collaboration sont possibles mais ils ne doivent pas avoir d'effets pervers. C'est pourquoi la planification est nécessaire.

**Répartition de la médecine de pointe au niveau national, relation des facultés de médecine avec les**

## Sommaire

### Les 100 premiers jours de Pierre-Yves Maillard au Conseil d'Etat

Bilan et perspectives d'action dans le secteur de la santé **Page 2**

### La plupart des jeunes vont bien mais les problèmes augmentent

La santé et le bien-être des adolescents sont à l'image de la société **Page 5**

### Les Hospices-CHUV lieu de santé sans fumée dès le 31 mai prochain

La cigarette c'est pire que l'amiante! **Page 8**

### Les projets du pôle oncologie prennent forme

Vers la première biobanque du cancer en Suisse **Page 14**

### Panne générale d'électricité le 18 janvier dernier

Tout a bien fonctionné au CHUV mais... **Page 16**

### Processus alimentation des patients au CHUV

ProAlim devrait déboucher sur une politique institutionnelle de l'alimentation **Page 18**

### Ethique et conflit d'intérêts

Une directive pour assurer la transparence au sein de l'institution **Page 19**

### Actualité Santé **Page 22**

#### 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

..... Les 100 premiers jours de Pierre-Yves Maillard au Conseil d'Etat .....



«Je souhaite qu'on arrive à défendre ensemble un bon système de santé.»

**hôpitaux universitaires, ça bouge à Berne dans ce domaine. Quelle est votre position dans ce domaine?**

**P.-Y. M.** – Dans le domaine de la médecine de pointe, il faut privilégier la collaboration avec Genève. Un premier pas significatif et pionnier a été réalisé dans le domaine de la transplantation d'organes entre le CHUV et les HUG : cœur et poumon à Lausanne, foie et pancréas à Genève, et reins sur les deux sites. La volonté exprimée depuis au niveau fédéral de concentrer les transplantations du foie de donneurs vivants à Zurich est malvenue. Je comprendrais les pressions fédérales si la collaboration entre Vaud et Genève ne fonctionnait pas dans ce domaine. Mais les deux cantons ont fait un travail sérieux et reconnu, qui n'a pas à être perturbé par des décisions un peu rapides et qui n'auraient pas l'assentiment des intéressés.

Nous devons favoriser les rapprochements Vaud-Genève qui ont un sens immédiat. Comme pour les transplantations, il s'agit des actes qui réclament une très haute technologie et une expertise qui ne serait pas rentabilisées sur un seul site. D'une manière générale, il serait peut-être utile de charger un expert extérieur, à l'autorité indiscutable auprès des spécialistes genevois et lausannois, de lister les activités susceptibles de faire l'objet d'une répartition entre les deux sites plutôt que de travailler comme jusqu'ici dans un esprit de donnant-donnant : tu me laisses cette activité, je te cède celle-là. Cette expertise constituerait une aide précieuse à la décision et nous permet-

trait aussi d'agir en fonction des opportunités à saisir, par exemple à l'occasion de départs à Genève ou à Lausanne.

**Il y a l'exigence des soins immédiats à fournir à la population. Il y a aussi la formation et la recherche médicales, et c'est important pour un hôpital universitaire. Quelle importance accordez-vous au rôle universitaire des Hospices-CHUV?**

**P.-Y. M.** – J'accorde une grande importance au caractère universitaire des Hospices-CHUV et je ne suis pas partisan d'une concentration des hôpitaux universitaires suisses. Certains évoquent des normes «objectives» pour justifier une réduction du nombre des établissements universitaires dans notre pays. Mais des fusions qui apportent des économies, je n'en ai pas vu beaucoup.

Au-delà de ces considérations, ce qui se passe dans ce domaine concerne l'Université et ma collègue Anne-Catherine Lyon. Comme nous nous entendons bien, nous allons pouvoir travailler ensemble.

Concernant le cursus des études de médecine, il y a deux ou trois préoccupations auxquelles il faudra apporter des réponses, même si des mesures ont déjà été prises dans la bonne direction. Comment faire, par exemple, pour que les études de médecine ne soient pas seulement ou d'abord orientées vers la médecine de pointe et les spécialités, pour construire un statut de médecin généraliste attractif et solide?

**Pléthore ou pénurie de médecins, c'est un débat constant depuis plusieurs années. Quelle est votre vision des choses sur ce point?**

**P.-Y. M.** – J'étais un de ceux qui se sont opposés, il y a une dizaine d'années, au numerus clausus dans les études de médecine. On a beaucoup parlé de pléthore parce qu'on voulait croire que plus il y a de médecins, plus il y a de dépenses de santé. Cette approche de l'offre qui crée la demande m'a toujours paru faussée. Si vraiment l'offre provoque la demande, il faut s'en occuper et supprimer les mécanismes de financement qui inciteraient les médecins à multiplier les actes.

Dans le fond, on sait bien que nous voulons tous vivre plus longtemps – et je ne

vois pas pourquoi il aurait fallu attendre le XXI<sup>e</sup> siècle pour revenir là-dessus. On sait bien aussi que les dépenses liées à la maladie augmentent avec l'âge. Tout laisse donc prévoir qu'il faut former davantage de médecins.

**Les coûts de la santé ne cessent d'augmenter: +4,8% en moyenne annuelle depuis 1990. Quelle est votre attitude par rapport aux réformes envisagées par la LAMa?**

**P.-Y. M.** – Les réformes envisagées ne me paraissent pas aller dans le sens d'une réduction des coûts de la santé. On veut généreusement offrir à l'hôpital les mécanismes du marché, lui faire intégrer la concurrence. Mais quels sont les faits? Si les coûts de la santé continuent d'augmenter, les coûts des hôpitaux publics se sont plutôt stabilisés. C'est le secteur ambulatoire qui voit ses coûts exploser. Alors pourquoi faudrait-il appliquer au secteur hospitalier les mécanismes du marché et la concurrence à l'œuvre dans le secteur ambulatoire, avec les résultats que l'on sait?

Je ne suis pas pour un système moniste, où le secteur de la santé serait financé par un seul acteur, à moins que l'on confie ce rôle aux cantons, et non pas aux assureurs maladie comme on l'envisage à Berne.

**Quel message aimeriez-vous transmettre aujourd'hui aux collaboratrices et aux collaborateurs des Hospices-CHUV?**

**P.-Y. M.** – Je n'aimerais pas avoir l'air de les payer de mots. Mais au-delà de tous les débats sur les coûts et sur les budgets, j'aimerais leur dire la reconnaissance du pouvoir politique pour ce qu'ils font. Plus je découvre leur activité, que je ne connaissais que de loin, plus je suis admiratif de leur travail.

Dans notre société, beaucoup de gens souffrent de ne pas faire un travail utile. Les collaboratrices et les collaborateurs de Hospices-CHUV n'ont pas à se poser cette question : ils exercent un métier utile, qui n'est pas fait seulement de rémunération ou de prestige.

Avec tout le soutien que je peux leur apporter, je souhaite qu'on arrive à défendre ensemble un bon système de santé.

..... La plupart des jeunes vont bien mais les problèmes augmentent .....

# La santé et le bien-être des adolescents sont à l'image de la société

Drogues, alcool, violences, comportements suicidaires. Il ne se passe pratiquement plus de jour sans que les médias relatent des faits qui font froid dans le dos de la part de jeunes de plus en plus jeunes.

Les adolescents sont-ils à la dérive? Quelles sont les causes du phénomène? CHUV-Magazine a posé ces questions au professeur Pierre-André Michaud, médecin-chef de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents, l'UMSA.

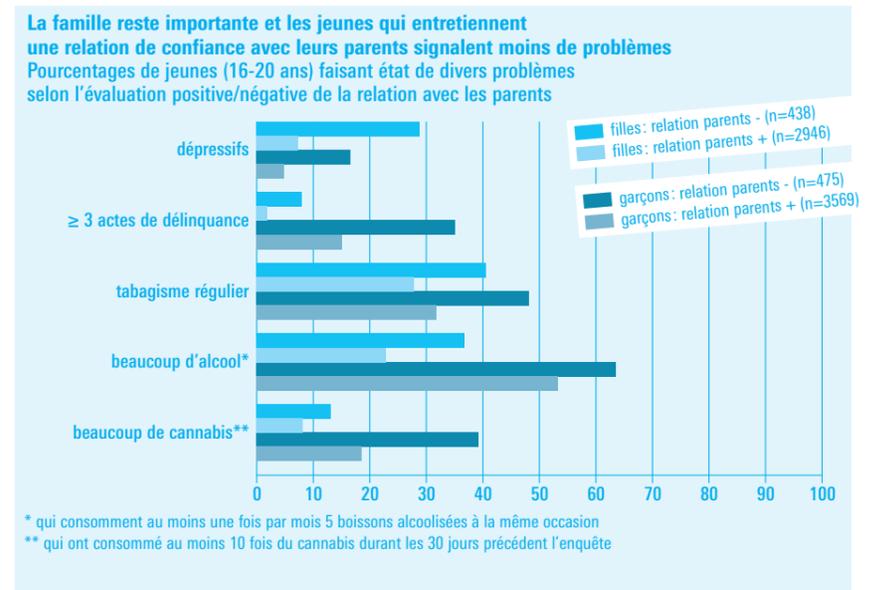
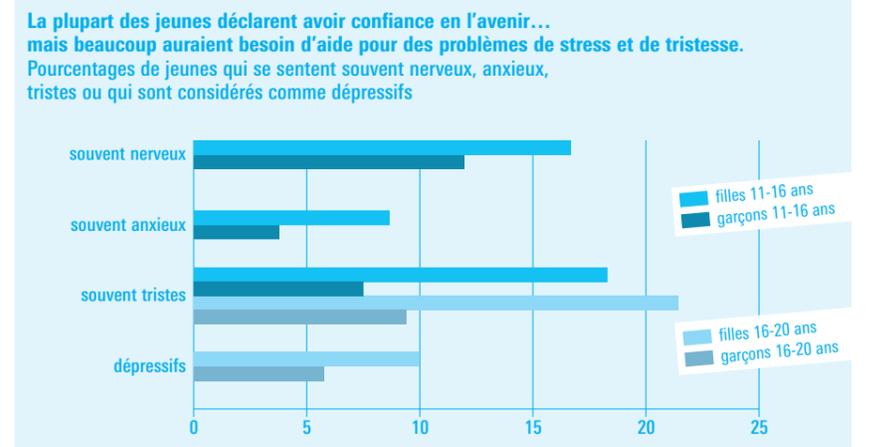


Le professeur Pierre-André Michaud.

**CHUV-Magazine. Quel bilan tirez-vous des enquêtes sur la santé des adolescents dans notre pays?**

**Pierre-André Michaud.** Essentiellement une image nuancée et contrastée. Il ressort des enquêtes que les adolescents ne constituent pas un groupe monolithique. D'une part, la majorité des jeunes vont bien. D'autre part, le pourcentage des jeunes qui ne vont pas bien augmente. Mais j'avoue que ce constat nuancé est difficile à faire passer dans un monde où les messages doivent être de plus en plus courts et de plus en plus simplifiés pour avoir des chances d'être entendus.

Les enquêtes soulignent l'importance tenue par les parents chez les jeunes de 16-20 ans. Beaucoup de parents ont le sentiment qu'à cet âge-là, ils n'ont plus grand-chose à dire ou à faire. C'est faux. La plupart des jeunes attachent de l'importance à la relation avec leurs parents.



Les jeunes de 16-20 ans qui témoignent d'une meilleure relation avec leurs parents indiquent d'ailleurs moins de problèmes de santé.

On a également pu constater que les jeunes en rupture professionnelle avaient plus de chance de se réinsérer s'ils res-

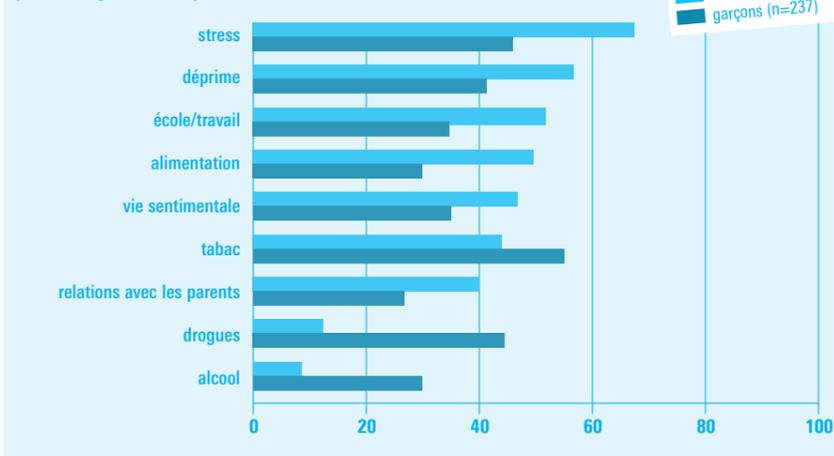
sentiaient un climat de confiance autour d'eux, de la part des parents ou des patrons.

**Dans cette perspective, comment expliquez-vous l'augmentation de la proportion de jeunes qui ont des problèmes?**

..... La plupart des jeunes vont bien mais les problèmes augmentent

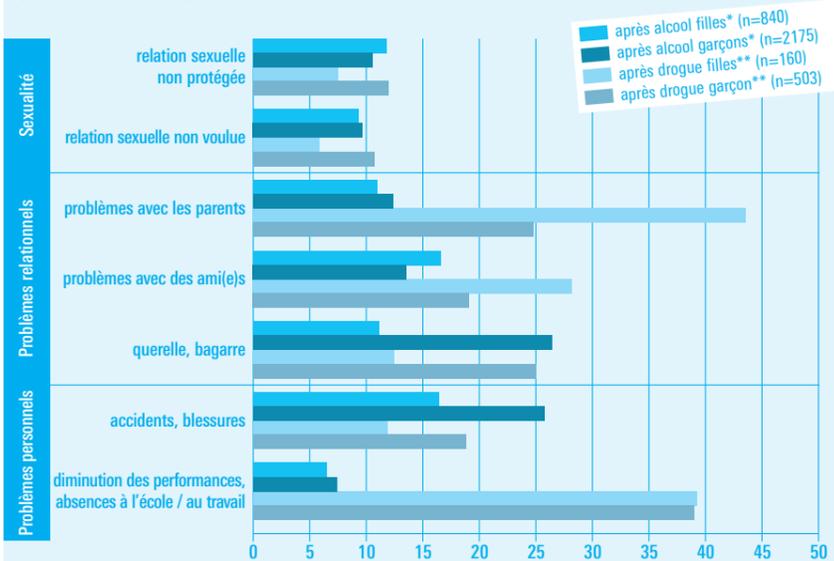
**Ça va? Non j'aurais besoin d'aide.**

Jeunes (16-20 ans) qui s'estiment en mauvaise santé: pourcentage de ceux qui disent avoir besoin d'aide dans divers domaines



**Alcool, cannabis: quelles sont les conséquences négatives?**

Pourcentages de jeunes (16-20 ans) grands consommateurs d'alcool ou de cannabis, qui ont rencontré les problèmes suivants



\* qui consomment au moins une fois par mois 5 boissons alcoolisées à la même occasion (25% filles; 54% garçons 16-20 ans)  
 \*\* qui consomment au moins 10 fois du cannabis durant les 30 jours précédant l'enquête (9% filles; 21% garçons 16-20 ans)

**P.-A. M.** Il ne faut pas s'arrêter à la vision qu'en donnent les médias, par exemple sur la montée de la violence. Les médias ont tendance à ne mettre en évidence que les comportements ou les problèmes de certains adolescents et à laisser de côté l'impact de l'environnement dans lequel ces jeunes évoluent.

Or cet environnement s'est dégradé. Les conflits familiaux et les séparations sont en hausse. Le chômage des jeunes aug-

mente, les perspectives professionnelles sont plus tendues: il y a une précarisation relative de leur situation.

**Vous voulez dire que la société a les adolescents qu'elle mérite?**

**P.-A. M.** Oui, c'est plus un problème de société que le problème des jeunes. Nous vivons dans une société un peu hypocrite. On voudrait des adolescents sages et prudents, et non des jeunes qui font la cour-

se avec des bolides. Mais notre société valorise beaucoup la prise de risques, la vitesse, l'extrême, en oubliant que les jeunes sont vite séduits par la mode, les gadgets et toutes les formes d'expérimentation de la liberté.

Comment renforcer l'estime de soi chez les jeunes et leur faire sentir que le physique n'est pas la seule chose qui compte, dans une société narcissique obnubilée par l'apparence? Il faut bien avouer que l'environnement social des jeunes est pour le moins paradoxal.

On se plaint également que les jeunes ont de la peine à s'engager. Mais la pyramide des âges est lourde à porter dans notre société: les jeunes peinent à y trouver leur place alors que choses ont changé dans la circulation du savoir. Avant, ce sont les parents qui savaient et les enfants qui apprenaient. Aujourd'hui, les jeunes sont en avance sur leurs aînés en matière technologique. Les parents ont de la peine à s'approprier ces nouveaux savoirs, dans le domaine informatique notamment, ils sont souvent largués. C'est dire que nous avons aussi à apprendre des adolescents.

**D'autres changements sont à l'œuvre, en particulier dans le domaine de la sexualité?**

**P.-A. M.** C'est un autre paradoxe. D'un côté, la période de l'adolescence a tendance à se prolonger avec l'augmentation de la durée des études. D'autre part, la puberté intervient de plus en plus tôt. Il n'y a pas si longtemps, la majorité des jeunes filles avaient leurs premières règles entre 16 et 17 ans. Aujourd'hui, elles les ont généralement avant 13 ans.

Les adolescents sont aussi plus grands, ils sont physiquement adultes plus tôt alors qu'ils deviennent psychologiquement adultes plus tard. Le «no man s'land» de l'adolescence a tendance à s'agrandir. Dans les sociétés ancestrales, on devenait adulte à 16 ans par le mariage: l'adolescence était escamotée.

**Quels sont aujourd'hui les âges pères de l'adolescence?**

**P.-A. M.** Pour l'OMS, et ses comparaisons statistiques à l'échelle mondiale, l'adolescence va de 10 à 19 ans. A l'UMSA, nous prenons en charge des

jeunes à partir de 12 ans, parfois de 11 ans, jusqu'à 18-19 ans. On peut dire que, dans notre société, l'adolescence commence à 11-12 ans et s'achève à 18-20 ans avec la post-adolescence.

**Que faites-vous à l'UMSA avec les jeunes en difficulté?**

**P.-A. M.** Comme le nom de notre unité le souligne, nous nous occupons, de manière multidisciplinaire, de la santé des adolescents. Nous ne faisons pas seulement de la médecine. Nous apportons des soins aux jeunes que nous prenons en charge mais nous travaillons aussi sur leurs ressources personnelles. Nous sommes au cœur du processus de l'adolescence, au cours de laquelle l'individu s'autonomise, acquiert progressivement une identité stable, sur le plan sexuel, professionnel...

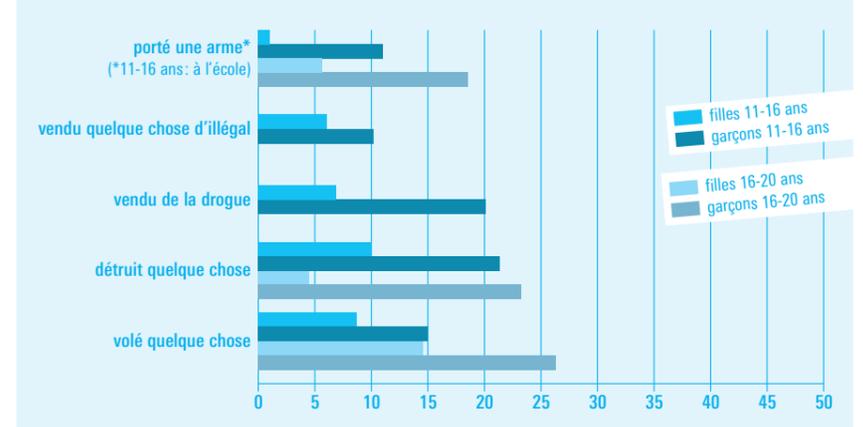
Nous essayons de leur apporter une vision positive d'eux-mêmes, en leur montrant aussi ce qui va bien dans leur vie, et en les incitant à réfléchir à leurs problèmes, aux solutions qu'ils pourraient trouver. Il s'agit de leur faire comprendre qu'on peut rebondir face à l'adversité: on essaie de les rendre résilients aux chocs et aux difficultés de la vie.

**Et dans vos relations avec l'extérieur?**

**P.-A. M.** Plus j'avance, plus je m'intéresse à l'impact de ce que nous faisons à l'UMSA, plus je m'interroge sur la manière de traduire efficacement notre message, en particulier auprès du monde politique et des parlementaires.

Ce qui est difficile avec les politiques, c'est qu'ils nous demandent de supprimer les problèmes des adolescents (la drogue, l'alcool, les ruptures d'apprentissage, les violences, etc.) sans admettre les liens qui existent entre ces problèmes et la société dans laquelle nous vivons, le libéralisme ambiant. Dans mes interventions, j'invite toujours le public, les médias, les politiques à considérer que les adolescents ne représentent pas seulement des problèmes, mais qu'ils sont aussi des ressources. Et que si nous voulons favoriser le bien-être et la santé des adolescents, cette volonté passe d'abord par une action sur les causes des problèmes, au travers de la législation et d'une modification des facteurs environnementaux.

**Les actes de délinquance sont répandus, mais ne constituent pas la norme.**  
 Pourcentages de jeunes qui ont commis différents actes de délinquance



**Promouvoir la santé des adolescents**

«La qualité de l'environnement et les relations interpersonnelles (famille, amis) ont une influence déterminante sur l'état de santé des jeunes.

«Une relation solide avec les parents joue un rôle central pendant toute l'enfance et l'adolescence. Pour assumer leur tâche, les parents ont besoin de conditions économiques et sociales favorables. Il s'agit aussi de soutenir toutes les offres qui les confortent dans leur rôle dès la petite enfance (puériculture) mais aussi à l'adolescence.

«L'école est le deuxième cadre de vie important des enfants et des adolescents. D'où la nécessité d'y soutenir une promotion globale de la santé. Certaines conditions sont particulièrement favorables à la santé (et aux performances scolaires), notamment:

- Des objectifs clairs et un retour régulier de la part du corps enseignant
- La participation des jeunes à l'organisation de la vie scolaire
- Une attitude responsable et respectueuse des élèves envers leurs camarades et un climat dans lequel enfants et adolescents n'ont pas à craindre le mobbing, ni d'autres attaques
- Des conditions de travail et d'apprentissage qui ménagent la santé.

«Ce qui a été dit pour l'école vaut aussi pour l'entreprise où les jeunes font leur apprentissage.

«La possibilité de participer à la vie sociale est particulièrement importante durant l'adolescence. Les associations de jeunesse, les clubs sportifs et les centres de loisirs offrent aux jeunes divers contacts et expériences avec des adultes et des camarades de leur âge. En outre, les projets qui permettent non seulement de participer, mais aussi de s'engager pour d'autres et de prendre des responsabilités renforcent chez les jeunes la conviction d'avoir une emprise sur leur propre vie.

Extrait de la brochure "La santé des adolescents, à l'image de la société", réalisée par Annemarie Tschumper, de l'Institut für Psychologie de Berne, et Chantal Diserens, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique.

«De bonnes conditions cadres politiques et juridiques sont requises pour que les jeunes trouvent en famille, ainsi que dans le cadre de leur formation et de leurs loisirs, un environnement favorisant leur santé. Citons à titre d'exemples la politique familiale et la politique de la formation, la loi sur le travail (...) ainsi que les réglementations dans le domaine des stupéfiants (publicité, distribution). Il incombe donc aux politiques d'examiner les répercussions de leurs décisions sur la santé des enfants et des adolescents.

**Un encadrement compétent des jeunes en difficulté**

Les jeunes en difficulté ont tendance à accumuler les problèmes: déprime, rapports sexuels non protégés, abus de substances, manque de perspectives d'avenir. Des consultations faciles d'accès, comme les services de santé scolaires, les plateformes de consultation et d'information internet ou encore les projets de prévention permettent un conseil et une prise en charge rapide. Le travail des animateurs de rue est aussi un bon moyen de venir en aide aux jeunes marginalisés.

Toute rencontre individuelle avec un jeune en difficulté constitue une opportunité de prévention. Les professionnels de la santé et du secteur socio-éducatif devraient être mieux sensibilisés et formés à cette activité. Par ailleurs, le travail en réseau multidisciplinaire dans ce domaine a fait ses preuves. Le projet DEPART lancé à Lausanne par l'UMSA est un exemple de cette approche (ndlr: CHUV-Magazine reviendra sur ce projet).

Les jeunes ont des idées utiles pour développer des nouvelles interventions. Il est donc capital de les intégrer à toutes les activités de promotion de la santé en tenant compte des différences de perception entre filles et garçons.»

## Les Hospices-CHUV lieu de santé sans fumée dès le 31 mai prochain

# La cigarette c'est pire que l'amiante!

Les Hospices-CHUV deviendront un lieu de santé sans fumée à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, qui a cette année pour thème «Les professionnels de la santé et la lutte antitabac».

Le principe «pas de fumée» déjà appliqué dans de nombreux endroits<sup>1</sup> sera étendu à l'ensemble de l'institution.

La direction générale a pris cette décision sur la base des recommandations du groupe de travail

«CHUV, lieu de santé sans fumée». Il s'agit de promouvoir la santé individuelle et publique,

et de protéger les patients et les collaborateurs des effets de la fumée.



**Le professeur Jacques Cornuz, 45 ans, a fait des études de sciences sociales et politiques, puis de médecine, à Lausanne. Après avoir obtenu son FMH en médecine interne, il est parti se spécialiser en épidémiologie clinique et santé publique à la Harvard Medical School pendant deux ans. De retour au CHUV en 1995, il est aujourd'hui médecin chef directeur adjoint de la PMU et responsable de l'unité de tabacologie, en conservant une pratique d'interniste généraliste au Département de médecine du CHUV et de recherche à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive.**

**Il est notamment membre de la Commission fédérale de prévention du tabagisme et co-responsable du CIPRET-Vaud, le Centre d'information et de prévention du tabagisme du canton de Vaud.**

Dès le 31 mai prochain, conformément au programme «Hôpitaux promoteurs de santé», tous les bâtiments des Hospices-CHUV, sur la Cité hospitalière, à Cery, dans les secteurs psychiatriques Ouest et Nord, seront non-fumeurs. L'intérieur des bureaux et locaux, restaurants du personnel, cafétérias publiques, etc., ainsi que les abords de l'entrée principale du CHUV, seront dorénavant sans fumée. Des zones fumeurs sont cependant prévues à l'extérieur des bâtiments, si possible dans des zones couvertes, par exemple la terrasse des restaurants du CHUV ou le couvert du bâtiment de liaison entre le CHUV et la PMU.

De nombreuses mesures sont prévues pour accompagner cette décision et en assurer l'application. Cet article en fait le tour, en apportant aussi des éléments d'information sur l'évolution de la problématique du tabac dans notre société. Mais d'abord un examen des principaux motifs de cette décision, avec le Professeur Jacques Cornuz, médecin-chef, directeur adjoint de la PMU et responsable de l'unité de tabacologie.

**CHUV-Magazine - Pourquoi faire des Hospices-CHUV un lieu de santé sans fumée?**

### Parce que c'est la mode?

**Jacques Cornuz.** Pas du tout. Les dégâts causés par le tabagisme n'ont rien d'un effet de mode. C'est la première cause évitable de décès et de maladie. Le tabac fait 8'000 morts par an dans notre pays. La moitié des fumeurs meurent de la cigarette et un quart d'entre eux avant 65 ans. La fumée passive est également nocive pour les non-fumeurs. On ne le savait pas il y a 30 ans, désormais on le sait. Le tabagisme passif augmente le risque du cancer du poumon et de l'infarctus du myocarde de 25 à 30% chez les non-fumeurs.

On ne peut pas rester les bras croisés face à un tel constat, a fortiori lorsqu'on a pour mission de s'occuper de la santé de la population. Car nous savons aujourd'hui que plusieurs mesures sont efficaces pour la prévention du tabagisme: 1. l'augmentation conséquente du prix de la cigarette. 2 l'interdiction de la publicité pour les produits du tabac. 3. l'aide aux fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer. 4. Un environnement sans fumée.

Un établissement hospitalier, et de surcroît lieu de formation pour les soignants, doit donc agir dans les deux domaines qui sont de sa compétence: l'aide aux fumeurs qui souhaitent arrêter et l'environnement sans fumée. C'est l'objectif de la décision prise. D'ailleurs, beaucoup de personnes à l'extérieur s'étonnent qu'un hôpital universitaire ne l'ait pas fait plus tôt.

Personne, par exemple, ne conteste l'interdiction de fumer dans les musées, interdiction qui est essentiellement destinée à protéger les toiles et autres œuvres d'art. Les fumeurs l'acceptent et attendent la fin de leur visite, soit 2 à 4 heures plus tard pour en «griller une». Pourquoi cette option ne serait-elle pas



*Si la création du premier groupe de travail sur l'usage du tabac au CHUV remonte à 1987, la sensibilisation progressive aux conséquences de la fumée ont abouti en l'an 2000 à la mise en place de zones fumeurs et à une campagne dissuasive fondée sur l'usage du logo «Hôpital sans fumée».*

aussi valable pour les lieux de travail: la protection d'un être humain ne vaudrait-elle pas celle d'une œuvre d'art?

### L'objectif est donc double: protéger les non-fumeurs et aider les fumeurs à renoncer à la nicotine?

**J. C.** Exactement. Non seulement le fait de vivre dans un environnement sans fumée aide les fumeurs qui souhaitent arrêter à le faire et à s'y tenir, mais nous avons prévu toute une série de mesures d'accompagnement pour permettre aux fumeurs de renoncer à la cigarette. Des mesures individuelles au travers de la consultation Stop-tabac, en offrant la gratuité de la première consultation. Des sessions de groupe ouvertes dès le 18 avril. Et des mesures spécifiques avec des ateliers organisés au mois de juin sur le thème «Arrêt de la cigarette: gestion du stress et prévention de la prise de poids».

### Il y a aussi des patients fumeurs. Comment allez-vous gérer le problème?

**J. C.** L'unité de tabacologie a été renforcée. Des mesures d'accompagnement sont prévues pour les patients avec l'aide de mon équipe, notamment la prescription de substituts de nicotine (patches, gommes, etc.), dorénavant sur la liste des médicaments. Et nous sommes à la disposition des services qui souhaitent que leurs collaborateurs soient informés et formés sur

la manière d'aborder les patients fumeurs et de répondre à leurs réactions. Un courrier dans ce sens a été envoyé à tous les services et des séances de formation pour les soignants, médecins, infirmières et physiothérapeutes, ont été programmées.

### Ne craignez-vous pas d'être traité d'ayatollah?

**J. C.** Même si c'est très rare, il m'arrive d'être traité d'ayatollah, ou d'autres qualificatifs qui relèvent du même esprit. A cette attitude, je réponds d'abord par les chiffres que je viens de citer. J'ajoute que si les collaboratrices et les collaborateurs des Hospices-CHUV peuvent se comporter comme ils le désirent dans leur vie privée, ils peuvent comprendre qu'ils ne soient pas autorisés à fumer à l'intérieur d'un établissement qui lutte contre les maladies dues notamment au tabagisme. La plupart le comprennent sans difficultés. Comme la majorité des fumeurs souhaitent arrêter de fumer et que de nombreux fumeurs sont favorables à des lieux de travail sans fumée, il ne s'agit même pas de faire leur bonheur malgré eux.

Par ailleurs, de très nombreux témoignages d'encouragement nous parviennent régulièrement et un espace de discussion sera ouvert aux collaborateurs, le 18 mai prochain, de 12h30 à 14h, à l'auditoire Yersin du CHUV. L'équipe de tabacologie sera présente pour répondre aux questions et aux remarques des collaborateurs.

## Les mesures d'accompagnement

L'interdiction de la fumée à l'intérieur des locaux des Hospices-CHUV sera accompagnée de mesures destinées aux patients et aux collaborateurs fumeurs.

### Pour les patients

Informations et conseils seront donnés aux patients fumeurs par la consultation Stop-tabac qui est composée de spécialistes, médecins et infirmières. Une information sera insérée dans les documents d'admission des patients. Des séances de formation sont également programmées pour les équipes soignantes, médecins et infirmières, confrontées au problème des patients fumeurs.

### Pour les collaborateurs

Toute une série de mesures encourageront les collaborateurs concernés à cesser de fumer ou les aideront à pratiquer l'abstinence temporaire sur le lieu de travail:

1. Distribution d'un document «Et si j'arrêtais de fumer», que vous avez trouvé dans le même envoi que ce numéro de CHUV-Magazine.
2. Information sur intranet sur les différentes possibilités d'aide à la désaccoutumance au tabac ([www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch)).
3. Stands d'information avec conseils personnalisés au CHUV et sur certains sites psychiatriques dans la semaine du 23 au 31 mai 2005.
4. Séminaire de formation des médecins du CHUV à la désaccoutumance au tabac, le 17 mai 2005, de 17h à 18h30 à l'auditoire Matthias Mayor.
5. Espace de discussion ouvert aux collaborateurs, le 18 mai 2005, de 12h30 à 14h, à l'auditoire Yersin du CHUV. L'équipe de tabacologie répondra à vos questions.
6. Conférence publique «La cigarette, une mauvaise réponse au stress», le 31 mai 2005, à 17h30, à l'auditoire Matthias Mayor du CHUV.
7. Première consultation gratuite auprès de la médecine du personnel de l'établissement.
8. Sessions de groupe pour l'arrêt du tabagisme dès le 18 avril 2005.
9. Ateliers organisés au mois de juin sur le thème «Arrêt de la cigarette: gestion du stress et prévention de la prise de poids».
10. Vente de produits de substitution à la nicotine (qui sont vendus sans ordonnance) dans les pharmacies du CHUV et de la PMU.

<sup>1</sup> A titre d'exemple, le principe non-fumeur est déjà intégralement appliqué dans plusieurs étages du principal bâtiment hospitalier du CHUV (les niveaux 11, 13, 16, 17 et au 18 nord) ainsi qu'à la cafétéria publique. Le bilan à ce jour montre que cette expérience est positive et se déroule sans problème majeur.

..... Les Hospices-CHUV lieu de santé sans fumée dès le 31 mai prochain .....

**Les produits de substitution à la nicotine**

Les produits de substitution à la nicotine peuvent aider les fumeurs à cesser de fumer et/ou faire face au sevrage nicotinique. La médecine du personnel et la consultation Stop-tabc pourront vous conseiller dans ce domaine.

- la gomme à mâcher
- l'inhalateur buccal
- le comprimé à sucer ou à laisser fondre.

Le fait de prendre un substitut à la nicotine double environ le taux d'abstinence chez les fumeurs qui ont décidé d'arrêter, par rapport à un produit placebo. Il n'y a pas de nette différence d'efficacité entre les différents produits de substitution. Certaines données suggèrent qu'une combinaison, par exemple une bithérapie de patch et de gomme, est plus efficace pour les fumeurs les plus dépendants qu'une monothérapie.

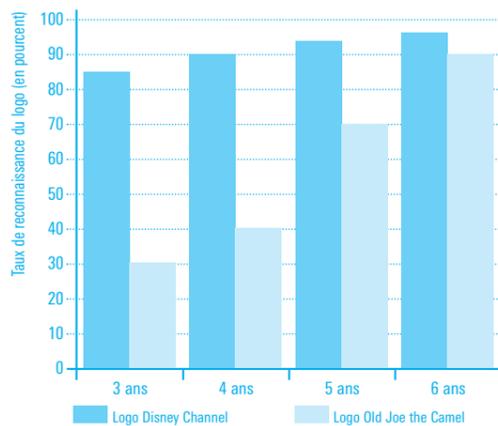
La nicotine fournie par ces produits représente entre un et deux tiers de la quantité absorbée en fumant. Elle facilite la désaccoutumance en réduisant les symptômes provoqués par l'arrêt de la cigarette: envie irrésistible de fumer, manque de concentration, irritabilité, troubles du sommeil, maux de tête, fatigue, qui apparaissent rapidement avant de s'atténuer progressivement en quelques semaines.

Ces produits de substitution peuvent également aider les fumeurs à surmonter une abstinence temporaire, comme lors d'un vol long courrier ou d'une garde de nuit.

Quatre formes de substitut à la nicotine sont actuellement disponibles en Suisse:

- le patch transdermique

Les effets de la publicité: à 6 ans, les jeunes Californiens sont pratiquement aussi nombreux à reconnaître Joe Camel que Mickey...



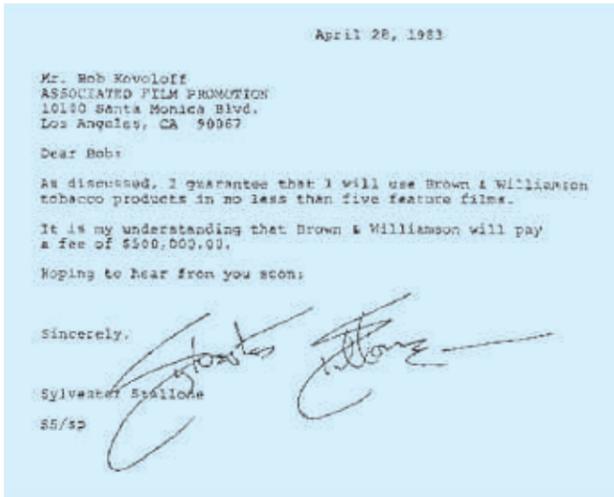
Les études ont montré que le personnage de Joe Camel lancé en 1988 par la marque de cigarettes était pratiquement aussi connu des petits Américains de six ans que Mickey.

**A l'échelle mondiale, le nombre de morts dus au tabac était élevé à 4.2 millions en l'an 2000. A ce rythme, il faudrait compter 10 millions de mort par an dans les années 2025-2030.**

**Ce qui se fait ailleurs**

Les mesures qui entreront en vigueur aux Hospices-CHUV le 31 mai correspondent au concept «Hôpitaux promoteurs de santé», qui prévoit que les dispositions suivantes sont appliquées dans l'ensemble de l'institution.

- Le personnel ne fume pas sur son lieu de travail, y compris dans les bureaux individuels et les véhicules d'entreprise.
- Les patients fumeurs hospitalisés ne peuvent pas fumer en division. Un programme de prévention secondaire leur est proposé afin qu'ils puissent faire face au sevrage nicotinique ou s'ils souhaitent arrêter de fumer.
- Les locaux sont non-fumeurs. Un local fumeur ne peut être aménagé que si trois conditions sont réunies:
  - les conditions de fonctionnement l'exigent,
  - la surface nécessaire est disponible,
  - les conditions locales permettent d'éviter toute immixtion pour les non-fumeurs.



Lettre où l'acteur Sylvester Stallone garantit qu'il fumera les produits de la firme dans cinq de ses films contre le versement de 500'000 dollars.

- Les restaurants du personnel et les cafétérias publiques sont intégralement non-fumeurs.
- Il n'y pas de vente de produits du tabac sur les sites de l'institution.
- L'institution organise une campagne d'information associée aux mesures facilitant l'arrêt de la consommation de tabac et met au point un programme d'aide aux collaborateurs.

L'Hôpital de l'île, à Berne, appliquera les mêmes mesures que les Hospices-CHUV dès le 1er juillet 2005, et les HUG, à Genève, ont constitué un groupe de travail pour aboutir au même résultat en principe cet automne. A la fin de cette année, tous les hôpitaux universitaires de Suisse occidentale appliqueront donc le

même concept en matière de lutte contre le tabagisme.

**Dans les Hautes Ecoles**

Cette évolution ne touche pas seulement le milieu hospitalier. Les Hautes Ecoles, l'Université de Genève, l'EPFL et l'Université de Lausanne se sont engagées dans la voie de l'interdiction de la fumée dans leurs locaux. Depuis que l'on éteint sa cigarette avant d'entrer à l'Université de Genève, la qualité de l'air s'est améliorée dans les locaux de l'institution. Une étude menée pendant un mois, avant et après l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer, soit en mai et en novembre 2004, le démontre: la concentration en nicotine a diminué de 10 fois en moyenne et de 5 à 30 fois selon les emplacements. C'est dans le

bâtiment d'Uni-Mail, l'édifice le plus fréquenté, que l'étude a été conduite. Des capteurs ont été posés à sept endroits, près des cafétérias, à la sortie des auditoriums, dans les étages et près du toit du bâtiment.

**Dans l'industrie**

Les grandes entreprises commencent à s'engager. Novartis a décidé d'interdire la fumée dans tous ses locaux, à Bâle-Ville et à Bâle-campagne. Avec Roche et l'Hôpital universitaire de Bâle, il va lancer dans le même temps un vaste programme de désaccoutumance à la nicotine pour le personnel fumeur. Soit environ 4'000 personnes sur les 18'000 employés que compte les trois entreprises. L'opération est chapeautée par le Département de la santé de Bâle-Ville.

**Au cinéma**

Les cinémas, dont les jeunes générations constituent le public majoritaire, deviennent eux aussi sans fumée. Depuis février dernier, la fumée est totalement bannie des cinémas Europlex. Le plus grand exploitant de salles de cinéma de Suisse romande suit ainsi l'exemple de son homologue allemand, Kitag, qui avait pris cette décision en janvier. A l'entracte, les adeptes de la cigarette vont la fumer dehors.

**Dans les lieux publics**

La question se pose désormais pour les lieux publics, les bars, les restaurants, les transports, comme dans la plupart des pays européens. En France, par exemple, la fumée est interdite dans les lieux publics depuis 1992. Depuis 2003, il est également interdit de vendre du tabac aux jeunes. En Italie et en Autriche, il est interdit de fumer dans les lieux publics et les bureaux depuis le début de 2005. En Norvège, la fumée est interdite depuis juin 2004 dans les bars, les restaurants et les transports publics. La Suède suivra en juin prochain.

**L'opinion contre la fumée**

Les mentalités ont considérablement évolué ces dernières années dans notre pays, grâce à l'amélioration des connaissances sur les effets nocifs de la fumée, y compris de la fumée passive. Les sondages les plus récents le montrent.

Quand la publicité pour les cigarettes pouvait se référer à l'avis des médecins!



**Au niveau national (juillet 2004)**

**La vente de cigarettes aux jeunes doit-elle être interdite par la loi?**

Oui	71%
Non	27%
Ne sait pas	2%

**Faut-il interdire la publicité pour les cigarettes au cinéma, par affichage et dans les journaux?**

Oui	66%
Non	30%
Ne sait pas	4%

**Les restaurants et les bars doivent-ils aménager des espaces fumeurs et non-fumeurs séparés?**

Oui	86%
Non	13%
Ne sait pas	1%

Sondage réalisé du 21 juin au 2 juillet 2004 par Isopublic auprès d'un échantillon représentatif de 500 personnes. Marge d'erreur sur le total de l'échantillon: ± 5%. Source: Le Matin Dimanche, 25 juillet 2004.

**En Suisse romande (février 2005)**

**Seriez-vous favorable à une interdiction totale de fumer sur le lieu de travail?**

Oui	70%
Non	28%
Ne sait pas	2%

**Seriez-vous favorable à une interdiction de fumer dans tous les lieux publics?**

Oui	63%
Non	35%
Ne sait pas	2%

Sondage réalisé du 1<sup>er</sup> au 3 février 2005 par l'Institut Teleactis de Genève auprès d'un échantillon représentatif de 401 Romands âgés de 18 à 74 ans. Marge d'erreur sur le total de l'échantillon: ± 4.9%. Source: L'Illustré, 23 février 2005.

**Un traité international sur la lutte antitabac**

La Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac est entrée en vigueur le 27 février 2005. A cette date, 57 pays représentant 2.3 milliards d'habitants l'avaient ratifiée. Ce qui n'est pas encore le cas de la Suisse. Le Conseil fédéral a certes signé cette Convention-cadre le 25 juin 2004 mais la ratification ne devrait intervenir que dans les années 2010. Certains voient dans cette lenteur l'impact de la présence dans notre pays des deux plus grands cigarettiers du monde, Philip Morris, à Lausanne, et Japan Tobacco International, à Genève.

La Convention-cadre de l'OMS prévoit quatre types de mesures.

**Publicité**

Les Etats signataires du traité doivent interdire toute forme de publicité, y compris le parrainage et la promotion, pour les produits du tabac si leur constitution le leur permet. Si la constitution n'autorise pas cette interdiction globale, ils doivent cependant prendre des mesures pour limiter la publicité en faveur des produits du tabac.

**Information sur les paquets de cigarettes**

Les Etats signataires doivent imposer aux emballages de produits du tabac de consacrer au moins 30% de la surface exposée à des messages de grande dimension (clairs, visibles, lisibles) sur les risques de la consommation du tabac.

**Protection contre l'exposition à la fumée**

Les Etats signataires s'engagent à prendre des mesures efficaces pour la protection contre la fumée dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics et les lieux publics intérieurs.

**Lutte contre le commerce illicite des produits de tabac**

Les Etats signataires s'engagent à prendre des mesures efficaces pour éliminer le commerce et la fabrication illicites des produits du tabac.

..... Les Hospices-CHUV lieu de santé sans fumée dès le 31 mai prochain .....



Ce petit livre de 9 x 5.5 cm, publié en 2004, a figuré au palmarès des meilleures vente en librairie. Il contient des nombreuses données et conseils – qui n'excluent pas l'humour – pour arrêter de fumer.

### Les risques liés à la fumée passive

Le tabagisme passif, c'est l'exposition involontaire des non-fumeurs à la fumée du tabac présente dans l'environnement, à domicile, au travail, dans les lieux publics.

Le risque encouru varie évidemment selon la fréquence, la durée et l'intensité de l'exposition à la fumée passive. Mais les études montrent que la fumée passive augmente de manière significative:

- le risque de cancer du poumon, de maladies coronariennes, de symptômes respiratoires chroniques et d'asthme chez l'adulte;
- le risque d'infection respiratoire aigue, d'otite récidivante et de symptômes respiratoires chroniques chez le nourrisson. Le tabagisme des parents augmente également le risque de mort subite des nourrissons.

Ces risques graves ont une incidence sur la mortalité des fumeurs passifs. Une estimation basse évaluée à plusieurs centaines de morts par an les effets de la fumée passive dans notre pays (entre 300 et

400 morts selon les données de l'Office fédéral de la santé publique, ce qui est supérieur aux décès dus à l'amiante).

Des lieux publics et de travail sans fumée ont donc toute une série d'effets positifs. Ils diminuent:

- le nombre de personnes qui fument;
- le taux de nicotine dans l'environnement;
- l'exposition à la fumée passive et les gênes qu'elle provoque chez les non-fumeurs: l'irritation des yeux, du nez et de la gorge;
- les maladies et les décès dus au tabac.

Ces constats sont fondés sur toute une série d'études internationales. Le professeur Philippe Leuenberger, chef du Service de pneumologie du CHUV, très actif dans ce domaine, a participé à plusieurs d'entre elles, en particulier à l'étude Sapaldia: **Leuenberger P, Schwartz J, Ackermann-Liebrich U, et alii, and SAPALDIA team**, Passive smoking exposure in adult and chronic respiratory symptoms (SAPALDIA Study). *Am J Resp Crit Care Med* 150, pp. 1222-1228, 1994.

Les mesures prises aux Hospices-CHUV s'insèrent dans le cadre de plusieurs démarches:

- L'application des dispositions légales sur la protection de la santé au travail.
- La démarche «Administration cantonale vaudoise sans fumée».
- La démarche «Hôpitaux promoteurs de santé».

L'article 6 de la loi fédérale sur le travail qui s'applique aussi aux administrations cantonales stipule notamment: «Pour protéger la santé des travailleurs, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise.»

### Code de bonne pratique des organisations de professionnels de la santé en matière de lutte antitabac

La Journée mondiale de la santé a cette année pour thème «Les professionnels de la santé et la lutte antitabac». Dans cette perspective, l'OMS a convoqué, à Genève, en janvier 2004, une réunion de représentants d'associations internationales de professionnels de la santé pour élaborer un code de bonne pratique en matière de lutte anti-tabac. En voici le résultat.

« Afin de contribuer activement à la réduction de la consommation de tabac et afin d'intégrer la lutte anti-tabac à l'action de santé publique aux niveaux national, régional et mondial, il est convenu aux termes du présent code que les organisations de professionnels de santé:

1. Encourageront et aideront leurs membres à montrer l'exemple en ne faisant pas usage du tabac et en s'attachant à promouvoir une culture sans tabac.
2. Evalueront et étudieront les modes de consommation de tabac ainsi que l'attitude et le comportement de leurs membres vis-à-vis de la lutte antitabac et ce grâce à des sondages et à la mise en œuvre de politiques appropriées.
3. Interdiront de fumer dans leurs locaux et lors des événements qu'elles organisent.
4. Inscriront la lutte antitabac à l'ordre du jour de tous les congrès et conférences en rapport avec la santé.
5. Recommanderont à leurs membres de demander systématiquement à leurs patients et clients s'ils fument ou s'ils sont exposés à la fumée de tabac et – utilisant des approches scientifiques ainsi que des exemples de «pratiques exemplaires» – en matière de lutte antitabac – de les conseiller sur les

moyens d'arrêter de fumer et de les suivre comme il convient pendant le sevrage tabagique.

6. Inciteront les établissements de santé et d'enseignement à inclure la lutte antitabac dans les études des professionnels de santé, par la formation continue et d'autres programmes de formation.
7. Participeront activement le 31 mai de chaque année à la Journée mondiale sans tabac.
8. Refuseront tout soutien, financier ou autre, de l'industrie du tabac ou s'abstiendront d'investir dans l'industrie du tabac et encourageront leurs membres à faire de même.
9. S'assureront que leur organisation a une politique claire vis-à-vis des liens commerciaux ou de tout autre lien avec des partenaires connus pour entretenir des relations avec ou d'avoir des intérêts dans l'industrie du tabac. Ils feront signer une déclaration d'intérêts à ces partenaires.
10. Interdiront la vente ou la promotion de produits du tabac dans leur enceinte et encourageront leurs membres à faire de même.
11. Soutiendront activement les gouvernements dans le processus qui mène à la signature, à la ratification et à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.
12. Consacreront des ressources financières ou autres à la lutte anti-tabac ainsi que des ressources à la mise en œuvre et au respect de ce code de bonne pratique.
13. Participeront aux activités antitabac des réseaux de professionnels de santé.
14. Soutiendront les campagnes tendant à interdire de fumer dans les lieux publics.

### Le groupe de travail Hospices-CHUV sans fumée

Sous la responsabilité de Jean-Luc Chevalier, directeur de l'Office de logistique hospitalière, le groupe de travail «Hospices-CHUV sans fumée» était composé d'une bonne quinzaine de collaboratrices et collaborateurs:

- **Audrey Byrne**, ICS au Service de chirurgie plastique et reconstructive
- **Jacques Cornuz**, directeur adjoint de la PMU et responsable de l'unité de tabacologie
- **Patrick Francioli**, chef de la Division autonome de médecine préventive hospitalière
- **Jacques Gasser**, chef adjoint du Département de psychiatrie
- **Patrick Genoud**, directeur adjoint des soins
- **Daniel Joye**, ICS du Service de neurologie
- **Pierre Kündig**, directeur de la sécurité
- **Philippe Leuenberger**, chef du Service de pneumologie
- **Jo Montandon**, directrice du Secteur psychiatrique Nord
- **Roland Philippoz**, infirmier cadre au Département de psychiatrie
- **Massimo Sandri**, directeur administratif du Département de gynécologie obstétrique
- **Caroline Sennwald**, cheffe de projets à l'Office du personnel
- **Olivier Simon**, chef de clinique au Département de psychiatrie
- **Rebecca Stoianov**, infirmière de recherche à l'unité de tabacologie
- **Elisabeth Wehren Porret**, secrétaire du Bloc opératoire et présidente de la Commission du personnel du CHUV
- **Frederic Zysset**, chef de la médecine du personnel.

### L'unité de tabacologie

La consultation de l'unité de tabacologie accueille environ 350 patients par an au CHUV et 450 à la PMU. Chaque année, elle forme également entre 6 et 8 assistants, futurs médecins installés.

La consultation est en effet assurée:

- par 4 médecins assistants supervisés par deux chefs de clinique, **Gabrielle de Torrente et Patrick Bodenmann**, à la PMU;
- et par deux médecins assistants, supervisés par un chef de clinique, **Raphaël Bize**, au CHUV.

Une infirmière de recherche, **Rebecca Stoianov**, participe également aux activités cliniques.

Pour les activités de recherche, entre 3 et 5 universitaires, médecins, psychologues et sociologues, travaillent au sein de l'équipe.

### Réponses à quelques propos de fumeur

Propos de fumeurs	Réponses
«J'ai du plaisir à fumer»	Relativiser ce plaisir. Cesser de fumer procure d'autres plaisirs moins nocifs: le sport, le bien-être, des économies...
«Fumer me détend»	Cette impression n'est qu'une illusion due à la dépendance. La cigarette n'est pas la bonne réponse au stress. Il existe d'autres façons de se relaxer.
«Je suis trop dépendant»	Arrêter de fumer permet de sortir de la dépendance.
«Je crains les effets du manque de cigarettes»	Un patch ou un chewing-gum de nicotine atténué considérablement les effets du manque.
«J'ai peur de grossir si j'arrête de fumer»	La prise de poids n'est pas inéluctable. Il est plus risqué de continuer à fumer que de prendre quelques kilos que vous pourrez perdre par la suite. Quelques mesures diététiques simples évitent par ailleurs la prise de poids.
«Je manque de volonté»	Plus d'un million de Suisses ont arrêté de fumer. Pourquoi pas vous?
«Si j'essaye d'arrêter, j'ai peur d'échouer»	Il faut en moyenne entre 3 et 5 essais pour devenir un ex-fumeur. Chaque tentative est une expérience qui augmente vos chances de succès.
«C'est pas le bon moment pour arrêter»	Vous repoussez le problème. Ce ne sera pas plus facile d'arrêter plus tard que maintenant.
«Fumer me permet de mieux me concentrer»	C'est vrai sur le moment mais à la longue le tabac peut diminuer vos performances intellectuelles.
«Le mal est fait, c'est trop tard pour arrêter»	Il n'est jamais trop tard. Cesser de fumer est bénéfique à tout âge.
«Le tabac n'est pas si dangereux que ça»	Vous jouez à pile ou face. Un fumeur sur deux est atteint d'une maladie due au tabac.
«Il faut bien mourir un jour»	Pourquoi mourir avant les autres et le plus souvent après plusieurs années de maladie due au tabac?
«Je fume très peu, ce n'est pas dangereux»	Même ceux qui ne fument que 2 à 3 cigarettes par jour courent un risque.
«Pas de risque, je fume des cigarettes légères»	Les risques sont assez semblables, des études l'ont montré, car les cigarettes légères conduisent les fumeurs à inhaler la fumée plus souvent et plus profondément.
«La plupart de mes proches fument»	Peut-être, mais en Suisse deux tiers des gens ne fument pas.
«Beaucoup de soignants fument»	Mais la plupart sont non-fumeurs ou ont arrêté.

D'après Jean-Paul Humair et Jacques Cornuz, «Désaccoutumance au tabac», publié avec l'appui de la Fédération des médecins suisses et de l'Office fédéral de la santé publique.

Aide pour arrêter de fumer: [www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch)  
 Pour en savoir plus: [www.treattobacco.net](http://www.treattobacco.net) (données clés, références et commentaires par plus de 40 experts internationaux, site en 9 langues).

..... Les projets en pôle oncologie prennent forme.....

# Vers la première biobanque du cancer en Suisse

Le pôle clinique d'oncologie, prévu par le Plan stratégique des Hospices 2004-2007, commence à prendre forme. D'entente avec le doyen de la Faculté de biologie et de médecine, la direction générale en a confié la mise en œuvre au professeur Serge Leyvraz pendant la période intérimaire. Des groupes de travail ont entamé la réflexion sur quelques projets prioritaires. C'est notamment le cas du projet de biobanque.

Le pôle clinique d'oncologie fait partie intégrante du projet de Centre du cancer adopté par l'ensemble des institutions sur le site de Lausanne: l'EPFL, l'UNIL et sa Faculté de biologie et de médecine, les Hospices-CHUV, l'ISREC et l'Institut Ludwig (voir encadré).



Le professeur Serge Leyvraz, responsable de la mise en œuvre du pôle pendant la période intérimaire.

Une biobanque est une collection d'échantillons de «matériel biologique» humain (tissus, cellules, sang, urine...) associée à des données personnelles du donneur (son âge, son sexe, son mode de vie, son environnement) et à des informations relatives à sa santé (pathologies, traitements). Ce type de banque de données est indispensable pour faire des progrès dans la connaissance des causes et des mécanismes de nombreuses maladies, en particulier de celles qui sont largement répandues dans la population. Une biobanque permet de mieux connaître les facteurs externes (mode de vie, environnement) et les facteurs internes (génétiques) qui favorisent l'apparition d'une maladie.

Les biobanques du cancer se sont multipliées ces toutes dernières années à travers le monde. Sur notre continent, elles sont surtout concentrées en Europe de l'Ouest

## Le futur Centre du cancer de Lausanne

Le projet de Centre du cancer, à Lausanne, est l'un des prolongements de la convention conclue le 3 février 2004 entre l'UNIL, l'EPFL et les Hospices-CHUV. Dans cette convention, les trois institutions s'engagent à coordonner leurs efforts, notamment dans le domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche en oncologie. Il s'agit de combiner les nombreux atouts de la place lausannoise pour en faire un centre de référence mondiale en matière de soins et de recherches sur le cancer.

Ce futur Centre du cancer reposera sur deux piliers:

- Un Centre de traitements et de recherches cliniques en oncologie, sur le site de la Cité hospitalière. Il se concentrera sur le traitement des patients atteints de cancer et sur les recherches cliniques et translationnelles dans ce domaine. Il reposera sur le pôle oncologie du CHUV en collaboration avec l'Institut Ludwig et constituera un pont entre les cliniciens et les chercheurs en oncologie.
- Un Centre des sciences du cancer, qui verra le jour à partir de 2008, dès le moment où l'ISREC déménagera sur le site de l'EPFL, à Dorigny.

Campus de Dorigny-Ecublens	Campus de la Cité hospitalière	
Centre des sciences du cancer (Cancer Sciences Center)	Centre de traitements et de recherches cliniques en oncologie (Clinical and Research Oncology Center)	Institut Ludwig de recherche sur le cancer
ISREC EPFL	CHUV UNIL – FBM	

### Le Centre de traitements et de recherches cliniques

La Fondation du CePO chapeautera le Centre de soins et de recherches cliniques en oncologie, dont le Conseil aura notamment pour tâche de désigner le directeur, d'établir les buts et la stratégie du centre, d'évaluer les résultats, et de valider les budgets proposés par la direction.

Le directeur du centre aura rang de professeur ordinaire à la Faculté de biologie et de médecine et de chef de Département aux Hospices-CHUV. La direction sera assistée par un Comité médical dans le domaine des soins et par un Comité scientifique dans le domaine de la recherche clinique et translationnelle.

Ce Centre sera lui-même composé d'un Service d'oncologie clinique, composé du Centre coordonné d'oncologie (CCO), de l'Unité de traitements oncologiques (UTO) et de l'Unité d'investigations cliniques (UIC).

Le chef du Service d'oncologie clinique sera directement rattaché à la direction du centre, qui pilotera avec l'appui du comité scientifique, les différents groupes internes et externes insérés dans les programmes de recherche: clinique, laboratoire, développement technologique, épidémiologie et prévention.

et il n'en n'existe pas actuellement en Suisse. La biobanque de Lausanne serait donc la première dans notre pays.

### Un cadre éthique et légal rigoureux

Le cadre éthique et légal pose aujourd'hui deux exigences claires à la constitution d'une biobanque:

- Le respect de l'autonomie et de la dignité humaine des patients. Cela signifie qu'une lettre d'information doit être remise au patient ou à son représentant légal sur les raisons d'être de la biobanque et qu'aucun échantillon de matériel biologique ne peut être conservé sans leur consentement. Cela signifie aussi que le matériel biologique conservé ne porte aucun préjudice aux examens diagnostiques nécessaires.
- Le respect de la protection des données et de la personnalité. Les données recueillies sur le patient et son état de santé doivent être anonymisées dans la base de données et l'accès à la biobanque hautement sécurisé.

Ce cadre rigoureux implique la mise en place d'un dispositif administratif et informatique qui permette de le respecter à tout moment. Les montants à investir sont en rapport. Dans une toute première approche du groupe de travail conduit par Christine Zweifel, biologiste cheffe de projet, le coût d'exploitation annuelle serait de l'ordre d'un peu moins de 600'000 francs.

Pour le reste, cette biobanque du cancer, qui sera consacrée exclusivement aux tissus et au sang des patients, pourrait voir le jour assez rapidement. Elle pourrait être opérationnelle dès la fin de cette année.

## Actualité Santé

# Tsunami: les tragiques leçons de la mission médicale du CHUV



Le professeur Michel Roulet.



Le professeur Bertrand Yersin. Leur mission en Indonésie pourrait déboucher sur un projet d'aide à plus long terme.

Le CHUV s'est associé au formidable mouvement de solidarité qui a suivi la catastrophe provoquée par le raz-de-marée en Asie du Sud-Est. Le 22 février dernier, Bertrand Yersin, chef du Centre interdisciplinaire des urgences, et Michel Roulet, chef de l'Unité de nutrition clinique, ont fait le bilan de leur mission médicale, en Indonésie. Ce bilan pourrait déboucher sur un projet d'aide à plus long terme dans la Province d'Aceh.

Bertrand Yersin et Michel Roulet sont partis le 5 janvier pour l'Indonésie. Ils étaient chargés d'une évaluation des besoins de santé sous l'égide d'une mission OMS confiée au Corps suisse d'aide humanitaire. Leur mission a duré deux semaines<sup>1</sup>.

Pour illustrer l'étendue de la catastrophe, Michel Roulet l'a mise à l'échelle de notre région: «Si Lausanne était touchée dans les mêmes proportions, a-t-il expliqué, le sud de la ville serait rasée jusqu'à Saint-François. 80'000 personnes seraient mortes. 50'000 se réfugieraient dans les bois du Jorat. Le CHUV serait détruit à 100% et tous ses patients noyés, le personnel médical disparu à 80%. Et pour toute autorité politique, imaginez un seul conseiller communal survivant.»

### Le chaos de l'aide humanitaire

C'est la situation qu'ils ont trouvée à Aceh, la région la plus touchée par le raz-de-marée. Ils ont été immédiatement confrontés aux limites de ce qui était humainement faisable. Dans ce chaos, l'intervention de la multitude des organisations humanitaires, gouvernementales et non gouvernementales, est elle-même chaotique, relève Bertrand Yersin. Il n'y a aucune coordination entre elles et aucune structure capable de la mettre en place: «Ce chaos est sans doute normal un certain temps face à une catastrophe de cette ampleur, mais il m'a paru durer longtemps. Parfois, j'avais l'impression gênante que les organisations humanitaires des pays étaient là surtout pour poser un acte politique, pour planter un drapeau.»

Que pourrait-on faire pour être plus efficace? Quel pourrait être l'apport le plus utile de la Suisse dans ce type de situation? «J'ai la conviction, poursuit le professeur Yersin, qu'avec son niveau de richesse et de compétences dans le domaine des soins, la Suisse pourrait être exemplaire en mettant sur pied une structure d'envoi rapide d'une équipe médico-soignante. Il s'agirait d'une équipe composée de quelques médecins et de quelques infirmières aînées, transportant avec elle son propre matériel et disposant des moyens financiers lui permettant d'assurer son autonomie et son fonctionnement sur place. Une telle structure aurait pour but d'aider l'OMS à mettre sur pied l'indispensable coordination des efforts sanitaires.»

### Un projet pour l'hôpital de Banda Aceh

Dans l'immédiat, Bertrand Yersin et Michel Roulet proposent que la Suisse lance un projet de reconstruction ou de réhabilitation d'une structure hospitalière dans la Province d'Aceh, en participant également aux premiers frais d'exploitation et en s'engageant à plus long terme dans la formation du personnel médical sur place. Il pourrait s'agir, par exemple, du pavillon de pédiatrie de l'hôpital public de Banda Aceh. Mais toutes les infrastructures hospitalières ayant été détruites dans la région, tout autre projet aurait un sens.

Un tel projet ne pourra voir le jour qu'avec l'appui des autorités fédérale et cantonale et en collaboration avec des organisations d'aide humanitaires non gouvernementales. Une première réunion a eu lieu le 22 février, à l'issue de la conférence publique des professeurs Yersin et Roulet, avec la participation de la Direction fédérale du développement et de la coopération, du conseiller d'Etat vaudois Pierre-Yves Maillard, de la direction générale du CHUV et des représentants de la Chaîne du Bonheur et de la Croix-Rouge suisse. Une nouvelle réunion devrait se tenir prochainement avec la Chaîne du Bonheur et la Croix-Rouge Suisse.

<sup>1</sup> Le Dr Marc Bollmann, médecin assistant à l'Institut de médecine légale, a par ailleurs rempli une mission en Thaïlande dans le cadre du DVI Team (Disaster Victim Identification).

.....Panne générale d'électricité du 18 janvier dernier.....

# Tout a bien fonctionné au CHUV, mais...

On s'en souviendra, le 18 janvier dernier, l'arc lémanique a été victime d'une panne d'électricité majeure. La panne déclenchée à la suite d'un coup de foudre sur une ligne à haute tension, à Verbois, n'a heureusement provoqué aucune conséquence grave au CHUV. Les leçons tirées de l'incident ont cependant montré que de nombreuses améliorations pouvaient encore être apportées au plan INCA, le plan d'intervention en cas de catastrophe interne au CHUV.



Christian Blanc (à gauche), chef du Service technique, et René Kündig, directeur de la sécurité, chevilles ouvrières de la cellule de crise.

Dès les premières mini-coupures de courant, à 14h42, les sept groupes électrogènes de secours du CHUV se sont immédiatement mis en marche. Leur puissance représente environ un tiers des besoins en électricité de la Cité hospitalière et permet de maintenir en fonction toutes les zones et les équipements sensibles, dont dépendent la vie ou la survie des patients. Quand la situation est rentrée dans l'ordre, ils ont été arrêtés avec prudence, l'un après l'autre, et non tous ensemble, afin de vérifier à chaque pas que la réalimentation par le réseau normal fonctionnait effectivement. Alors que la panne était terminée à 16h45 sur l'ensemble de l'arc lémanique, c'est seulement vers 18h30 que les groupes de secours ont été mis hors circuit. Tout s'est donc bien déroulé sur le plan technique.

### Pas de couac dans le dispositif de crise

Autre motif de satisfaction, la cellule de crise prévue en pareille situation - service technique, sécurité, direction générale - s'est mise en place immédiatement.

- Plus d'une centaine de collaborateurs du service technique (sur 150) ont été

mobilisés pendant la panne, sous la supervision de Christian Blanc, venu piloter l'opération au centre de contrôle, au niveau 6 du bâtiment hospitalier.

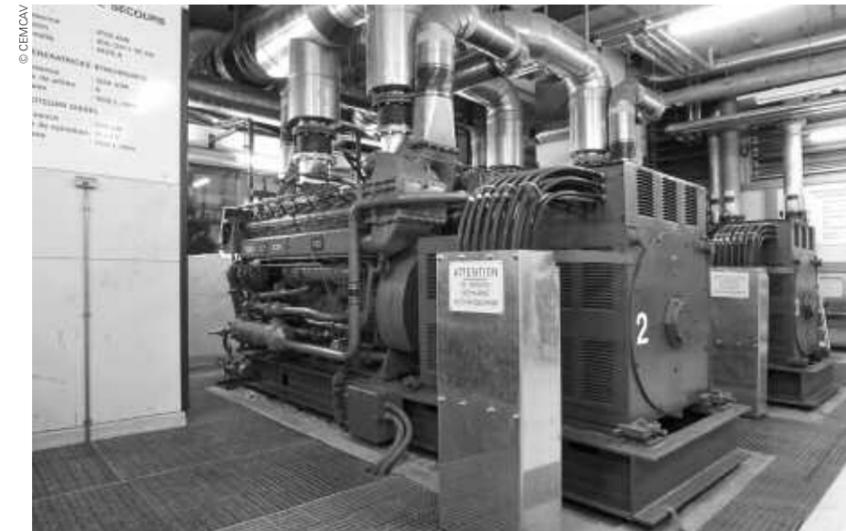
- Du côté de la sécurité, Pierre Kündig a déployé le système de communication prévu pour suivre l'évolution de la situation dans chaque zone prioritaire. En cas de nécessité, Securitas peut mettre à la disposition du CHUV cinq agents supplémentaires dans les 45 minutes et 11 dans les deux heures qui suivent l'appel. Pour d'évidentes raisons d'efficacité, ces personnes doivent avoir une bonne connaissance préalable des lieux: on peut aisément se perdre dans les dédales du CHUV et des bâtiments alentour, surtout quand certains couloirs sont plongés dans une semi-obscurité.
- A la direction générale, Bernard Decrauzat s'est immédiatement rendu sur le terrain, auprès des responsables, entre le centre de contrôle technique et le central téléphonique. Le fait que la panne intervienne en plein jour et en semaine a évidemment facilité la réunion extrêmement rapide de la cel-

lule de crise. Les délais auraient sans doute été plus longs si l'accident s'était produit de nuit ou un week-end.

- Afin de pouvoir répondre à toute demande des services sensibles, un Securitas posté au central téléphonique, un autre au centre de contrôle technique ainsi qu'au centre des urgences, disposaient d'une liaison radio permanente afin de pouvoir renseigner «en direct» Pierre Kündig. C'est ainsi que les salles de déchoquage ont reçu les bouteilles d'air comprimé dont elles avaient besoin malgré l'arrêt de la distribution automatique provoqué par la panne d'électricité.
- Tout s'est déroulé dans le calme, sans panique, en particulier aux urgences et aux soins intensifs habitués à gérer le stress.

### Les leçons du débriefing

Bien que rien de grave ne se soit produit, la cellule de crise a cherché à tirer tous les enseignements possibles de l'incident. Dès le 19 janvier, un débriefing a eu lieu et les services ont été invités à faire part



Deux des groupes électrogènes de secours du CHUV.

de leurs remarques au Service technique. Une douzaine de rapports ont ainsi été transmis à Christian Blanc.

Premier constat. Cette panne a montré toute l'utilité des tests réels effectués régulièrement sur la mise en marche des groupes électrogènes de secours. L'enjeu vaut bien les quelques désagréments qu'ils provoquent ici et là, puisqu'ils sont effectués à l'improviste pour être efficaces.

### Laisser le téléphone à ceux qui en ont besoin

L'un des problèmes a surgi là où il n'aurait pas dû se produire. A aucun moment, les télécommunications n'ont en effet été interrompues: tous les téléphones fonctionnaient (ce qui n'est pas toujours le cas dans ce genre de panne). En revanche, le fait que tout le monde se soit jeté sur son téléphone, pour savoir ce qui se passait, a finalement provoqué la saturation du système interne, en particulier des bips. Cela n'a évidemment pas facilité la tâche des «sauveteurs» qui ont dû systématiquement recourir aux estafettes pour communiquer entre eux.

Dans ce genre de situation, il est donc important que les collaboratrices et les collaborateurs qui ne sont pas impliqués dans les interventions de secours ou dans la prise en charge des patients dans les zones sensibles (urgences, bloc opératoire, soins intensifs, etc.), s'abstiennent de téléphoner. Il est préférable que leur curiosité, au demeurant compréhensible, reste insatisfaite quelque temps plutôt

que de risquer de nuire à la maîtrise de la panne.

### Des appareils branchés sur les bonnes prises

Autre problème. Dans les salles où c'est nécessaire, des prises électriques spéciales sont gravées en bleu. Au contraire des prises normales, ces prises «bleues» continuent d'être alimentées en électricité par les groupes électrogènes en cas de panne du réseau. C'est donc sur ces prises que les équipements vitaux doivent être branchés en permanence pour éviter toute surprise. Le 18 janvier a cependant montré qu'ils ne l'étaient pas tous, simplement parce qu'une partie du personnel ignorait la particularité des prises «bleues». Ce constat a rappelé la nécessité d'une formation de base du personnel soignant sur les équipements des bâtiments.

### Des systèmes de secours pas trop sophistiqués

Dans un environnement où la technologie devient de plus en plus complexe, les mesures d'intervention en cas de crise doivent prévoir des solutions simples, capables d'être mises en œuvre même si la technologie est défaillante. Par exemple, il faut disposer en toute circonstance d'une ligne téléphonique entre le centre de contrôle du CHUV et l'extérieur. La bonne vieille technique de la ligne point à point est à cet égard plus sûre que les appareils portables. Ne pouvant plus compter que sur leur batterie pendant la panne d'électricité, certaines

### Un conseil en cas de panne d'électricité

Ne vous jetez pas sur votre téléphone pour savoir ce qui se passe, si vous ne faites pas partie du système d'intervention ou des équipes soignantes des secteurs vitaux.

Laissez le système téléphonique interne à disposition de ceux qui en ont besoin pour maîtriser la panne ou pour assurer la prise en charges des patients.

Un grand nombre de coups de téléphones simultanés finit par saturer le système. La panne du 18 février l'a montré. Merci de votre compréhension.

stations relais de la téléphonie sans fil ont en effet cessé de fonctionner.

Un autre fait illustre les effets possibles de la sophistication des équipements. Aux urgences du CHUV, la rupture de tension provoquée par la panne du 18 janvier a déclenché l'ouverture automatique des coupoles qui ferment les puits de lumière du plafond. Cette ouverture automatique n'est en principe prévue que pour assurer l'évacuation des fumées en cas d'incendie. Seulement voilà, il n'y avait pas le feu et il était urgent de les refermer le plus vite possible pour éviter que les patients ne prennent froid dans les boxes. Personne ne sachant aux urgences où se trouvait le bouton de commande, un médecin a finalement grimpé sur le toit, a enlevé la goupille qui maintenait les coupoles ouvertes et tout est rentré dans l'ordre...

### La communication, enjeu majeur

La panne a provoqué un autre effet pervers: tous occupés à régler leurs propres problèmes, les partenaires électriques du CHUV ne répondaient plus. Les responsables du CHUV n'avaient donc aucune idée de l'ampleur réelle de la panne ni de sa durée. Cette question mérite d'être approfondie. Que se passerait-il si la panne devait se prolonger plus longtemps, si une partie au moins des groupes de secours venait à ne plus fonctionner? Etablir des procédures en cas de panne jusqu'à deux jours de suite, jusqu'à mettre en œuvre des plans de repli des patients du CHUV sur d'autres établissements hospitaliers fait d'ailleurs partie des objectifs 2005 du directeur de la sécurité. Mais dans une crise de cette ampleur, le CHUV ne serait pas seul. Le plan cantonal d'organisation et de coordination des secours en cas d'accident majeur ou de catastrophe (ORCA) serait déclenché.

## Processus alimentation des patients du CHUV

# ProAlim devrait déboucher sur une politique institutionnelle de l'alimentation

Le processus d'alimentation des patients du CHUV - ProAlim - a obtenu sa certification en novembre 2003.

En attendant les résultats de la nouvelle enquête approfondie de satisfaction des patients, il a atteint les objectifs fixés en matière de qualité et de variété de l'offre présentée au lit du patient. ProAlim n'en poursuit pas moins son déploiement dans plusieurs directions, avec l'objectif de dégager à terme une politique institutionnelle de l'alimentation.



dans un service, etc. Aujourd'hui, ces demandes sont adressées, selon les cas, directement à la restauration ou aux diététiciennes, ce qui freine la bonne gestion du processus.

### Une politique institutionnelle de l'alimentation

Pour le long terme, les trois fournisseurs de prestations de ProAlim, au travers de leurs trois directions (soins, nutrition clinique et restauration) ont engagé une réflexion visant à mieux intégrer les services cliniques dans le processus et à développer une véritable politique institutionnelle de l'alimentation applicable partout de manière analogue.

Bien que ProAlim fonctionne comme un processus intégré et transversal, les services cliniques continuent aujourd'hui d'adresser leurs demandes de manière dispersée, à l'une ou l'autre des unités (à la restauration, à la nutrition clinique, aux soins) plutôt qu'au comité de direction de ProAlim. Surtout, chaque Département a tendance à conserver sa propre vision de l'alimentation des patients, alors que ProAlim n'a pas été conçu pour être un simple service de soutien des unités cliniques.

Le but n'est pas seulement de bien distribuer trois repas par jour aux patients mais d'appliquer une politique institutionnelle allant du dépistage des cas de dénutrition aux effets de l'alimentation sur le reste de la prise en charge. L'une des idées allant dans ce sens est de mettre sur pied une commission de nutrition (comme il y a une commission des médicaments), qui définissent les bonnes pratiques en matière d'alimentation et de régimes.

Autrement dit, l'alimentation doit être considérée comme un processus de soins à part entière qui contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients. Il est donc essentiel que les services et départements utilisent les prestations de ProAlim. Cette possibilité sera d'abord proposée et testée dans un département pilote.

### Organisation et fonctionnement de ProAlim

Le fonctionnement de ProAlim repose sur trois instances :

- le comité de direction
- la commission de suivi
- et le colloque interdisciplinaire.

**Le comité de pilotage** réunit, environ une fois tous les deux mois, Hélène Brioschi Levi, directrice des soins, Jean-Luc Chevalier, directeur de la logistique, et Dominique Hude, directeur du Département des centres interdisciplinaires et de la logistique médicale.

**Le comité de direction** réunit :

- Michel Roulet, médecin chef de l'Unité de nutrition clinique
- Roland Manz, chef du Service de la restauration
- Patrick Genoud, directeur adjoint des soins
- et Patrick Mayor, responsable qualité.

Il siège une fois par mois. Daniel Petitmermet y participe une fois par an pour la revue de direction.

**La commission de suivi**, animée par Patrick Mayor, rassemble des représentants des trois prestataires de ProAlim : soins infirmiers, restauration et diététiciennes. Elle étudie les problèmes constatés ou qui lui sont signalés par l'intermédiaire des messages qualité. Par exemple le problème récurrent des plateaux repas qui ne peuvent pas être consommés immédiatement par le patient ou qui viennent en retour à la cuisine.

**Le colloque interdisciplinaire** rassemble une fois par mois les référents alimentation (environ 80), qui assurent le lien avec chacun des services hébergeant des patients. Ce colloque a pour but de développer les compétences et la professionnalisation des référents et de dégager une vision commune pour les différentes catégories de patients (personnes âgées, femmes enceintes, etc.).

### La distribution des plateaux repas.

### Un nouveau logiciel de commande des repas

Aujourd'hui ProAlim est installé dans tous les sites hébergeant des patients dans la Cité hospitalière. Un nouveau logiciel doit cependant venir remplacer celui qui est aujourd'hui en fonction, «Soft and Food», devenu obsolète. Un groupe de projet s'est mis en place pour établir le cahier des charges et choisir sur le marché le meilleur produit correspondant. Cet objectif devrait être atteint au printemps 2006.

Le nouveau logiciel permettra de commander les repas des patients «on line», avec les avantages suivants par rapport à la situation actuelle :

- Amélioration de la saisie de la planification des menus par le Service de la restauration;
- Visualisation et vérification de la commande saisie en direct au lit du patient;

- Développement d'une interface permettant de transmettre des messages et des demandes entre les référents alimentation et le Service de restauration ou l'Unité de nutrition clinique;
- Intégration de la possibilité de définir un prix de vente pour des spécialités ou des repas destinés aux accompagnants;
- Liste de l'offre à disposition pour les différentes sections des cuisines.

### Un bureau de commande centralisé

L'autre clé de l'amélioration du processus réside dans la constitution d'un Bureau des commandes, unique porte d'entrée qui centraliserait toutes les demandes ou réclamations des services cliniques, quelles qu'elles soient : demande d'un régime particulier pour un patient, dépistage d'une dénutrition sévère, manque de plateaux de repas, problème spécifique

## Ethique et conflit d'intérêts

# Une directive pour assurer la transparence au sein de l'institution

La nouvelle directive institutionnelle sur les conflits d'intérêts vise à assurer la transparence nécessaire pour préserver les Hospices-CHUV des effets préjudiciables d'influences extérieures. Elle met en place une procédure aussi simple que possible pour recenser et évaluer les éventuels conflits d'intérêts. Tous les collaborateurs de l'institution y sont soumis. Mais elle concerne évidemment davantage ceux qui, dans l'exercice même de leurs fonctions, ont des relations nécessaires et régulières avec l'extérieur, notamment les cadres et les chercheurs.

CHUV-Magazine s'est entretenu avec le professeur Michel Burnier, président de la Commission d'éthique de la recherche clinique de la Faculté de biologie et de médecine, sur les conflits d'intérêts potentiels.

### CHUV-Magazine. Les conflits d'intérêt sont-ils nombreux à être portés à votre connaissance?

**Michel Burnier.** Jusqu'à maintenant, il y a eu assez peu de conflits d'intérêts déclarés lors des protocoles qui sont soumis à la Commission d'éthique de la recherche clinique de la Faculté. Inclure l'annonce spontanée des conflits d'intérêts dans le cadre des études cliniques est une bonne chose dans la mesure où la moitié d'entre elles sont sponsorisées par les entreprises médicales ou pharmaceutiques. Il en résulte que les chercheurs ont très souvent des relations particulières avec l'industrie et qu'il vaut mieux prendre les mesures qui permettent d'assurer l'indépendance de leurs travaux. La directive sur les conflits d'intérêts donne des lignes plus claires qui permettront de mieux détecter les cas éventuels.

Cela dit, le partenariat avec l'industrie est souvent souhaité et demandé par les institutions et les autorités politiques pour que la collectivité publique ne soit pas seule à supporter le poids de la recherche. On juge même l'impact d'un chercheur à sa capacité de récolter des fonds externes.

### Comment évaluer un conflit d'intérêts potentiel?

**M. B.** Déclarer les conflits d'intérêts relève d'une nécessaire transparence. La difficulté est de les gérer dans la dualité que je viens de rappeler, entre la demande faite aux chercheurs d'avoir un impact auprès des milieux économiques et l'exigence d'indépendance.

Dans le domaine des médicaments, cela me paraît assez simple. Dans une institution comme le CHUV, c'est une commission qui établit la liste des médicaments qui peuvent être prescrits. Cette liste est établie sur la base d'une vaste littérature internationale et de critères d'économicité. Il me paraît donc difficile que les recherches menées par un médecin ou une équipe avec l'appui financier d'un groupe pharmaceutique par exemple, puissent avoir une influence sur la prescription des médicaments dans le cadre de l'institution.

La situation est déjà moins facile à évaluer dans le domaine des appareils médicaux ou des implants. Les fabricants pourraient en effet être tentés de faire des ristournes aux institutions dont les chercheurs collaborent, par leurs recherches, au développement de leurs produits.

La frontière est encore plus difficile à cerner dans le cas d'une start-up, quand un médecin de l'institution est également

...Ethique et conflits d'intérêts



**Le professeur Michel Burnier :**  
«Il y a un équilibre à trouver entre la demande faite aux chercheurs d'avoir un impact auprès des milieux économiques et l'exigence d'indépendance.»

membre d'une entreprise naissante. Il y a des conditions à clarifier pour être certain que les biens de l'institution ne soient pas utilisés à des fins de développement de la start-up.

Mais nous n'avons pas encore eu de cas emblématique à traiter, en tout cas nous ne les avons pas identifiés comme tels. Il faut préciser que le rôle de la commission d'éthique de la recherche clinique a été essentiellement conçu pour jouer un rôle dans la défense du patient et non dans la défense de l'institution.

**Que faut-il penser du mouvement actuel où l'on voit de grands groupes financer des chaires d'université ou des installations prestigieuses?**

**M. B.** Si les contrats sont clairs, si le soutien de l'entreprise n'est pas conditionné par des restrictions de la liberté académique, autrement dit si le chercheur conserve son indépendance pour faire les études qu'il veut, comme il veut, et en publier les résultats, il n'y pas de problème. L'engagement de l'entreprise revient à une opération de marketing qui a des retombées positives pour son image mais qui n'a pas de conséquences négatives, au contraire, pour la recherche.

Ce qu'il faut éviter, c'est la diabolisation de l'industrie, l'idée que tout ce qui vient de l'économie est nécessairement mauvais, manipulé. De même, il ne faut pas tomber dans la naïveté de croire qu'un médecin ne peut pas être manœuvré. Il faut maintenir le balancier au milieu.

**Le conflit éthique peut aussi prendre des formes plus subtiles dans les recherches cliniques conduites sur des patients en fin de vie.**

**M. B.** C'est vrai mais dans ce cas, il s'agit moins d'un conflit d'intérêts à proprement parler (à part peut-être l'intérêt académique) que d'un problème de la défense des droits du patient. En oncologie ou dans d'autres disciplines, par exemple, les chercheurs travaillent sur des recherches de nouveaux traitements dans des phases très avancées de la maladie. Notre rôle est de faire comprendre et accepter par ces chercheurs que le patient doit se voir proposer une alternative à ces nouveaux traitements.

Le patient doit être clairement informé du choix qui est le sien: accepter d'entrer dans le protocole de recherche du nouveau traitement, dont on ne sait pas encore grand-chose, sinon qu'il est porteur d'espoir et sans doute d'effets secondaires, continuer avec l'un des traitements connus à ce jour, mais qui n'auront peut-être plus d'effet au stade de sa maladie, ou recourir aux soins palliatifs pour la prise en charge de ses symptômes.

La fin de vie est un terrain de recherche qui permet de tenter le tout pour le tout, pour investiguer l'effet de nouvelles substances peut-être prometteuses. Ces études cliniques se révèlent très souvent utiles et certains patients arrivés à un stade très avancé de leur maladie souhaitent y participer. Tant mieux. Mais tous les patients doivent pouvoir choisir en connaissance de cause.

**L'information du patient ne relève d'ailleurs pas seulement d'une attitude éthique, c'est une obligation légale.**

**M. B.** Effectivement. Les dispositions sur la clinique et la recherche ont connu une évolution assez rapide ces dernières années. Avec l'ordonnance fédérale sur les essais cliniques et la nouvelle loi sur la santé publique vaudoise, notamment, la conscience éthique est mieux formalisée. On ne peut plus agir comme on le faisait il y a vingt ans. On est devenu plus légaliste, plus rigoureux, plus bureaucratique aussi par conséquence.

Dans le passé, il suffisait de bonnes intentions (ce qui n'était pas nécessairement moins éthique). On pouvait constituer des banques de tissus ou de sang sans jamais en informer le patient. Aujourd'hui les patients doivent être informés si l'on souhaite conserver quelque échantillon que ce soit de leur corps, sur ce qui en sera fait et pourquoi. L'information des patients, le respect de la personne, la protection des données, font désormais partie des normes du bon comportement des équipes soignantes, médecins et infirmières.

Le respect éthique a beaucoup progressé et c'est heureux. On découvre, il est vrai, que ces normes ont un coût et nécessitent une solide organisation. C'est le prix à payer si l'on veut conserver une recherche efficace dans ce nouvel environnement. On a formalisé ce qui doit être fait, maintenant il faut le faire.

**Principales dispositions de la directive institutionnelle sur les conflits d'intérêts**

**Cette nouvelle directive institutionnelle sur les conflits d'intérêts a été mise au point conjointement par les Hospices-CHUV et la Faculté de biologie et de médecine. La direction générale et le doyen veilleront à son application. En voici les principales dispositions.**

**Objet de la directive**

- Cette directive a pour objectifs de :
- Promouvoir une politique de transparence.
  - Sensibiliser les membres de l'institution aux intérêts divergents (conflits d'intérêts, conflit d'engagement).
  - Prévenir les effets préjudiciables d'influences extérieures.
  - Mettre en place une procédure simple pour l'identification, l'annonce, l'évaluation et la résolution des intérêts divergents. Pour ce faire elle instaure un Comité pour la gestion des conflits d'intérêts.
  - Maintenir et accroître la confiance du public dans l'intégrité, l'objectivité et l'impartialité de l'institution.

**Domaine d'application**

Est soumis à la présente directive tout collaborateur employé par l'institution ou travaillant dans ses locaux ou utilisant ses infrastructures, pour son propre compte ou pour celui de l'institution, indépendamment de son taux d'activité, avec ou sans charge d'enseignement et quelle que soit la source de son salaire.

La présente directive s'applique à toutes les activités menées au sein de l'institution ainsi qu'aux conflits d'intérêts qui peuvent en découler.

**Définitions**

**Conflit d'intérêts.** Ce terme recouvre toute situation dans laquelle des intérêts personnels ou financiers influencent (conflits d'intérêts réels), peuvent influencer (conflits d'intérêts potentiels) ou semblent pouvoir influencer (conflits d'intérêts apparents) l'impartialité ou altérer le jugement professionnel d'un collaborateur assumant des tâches d'intérêt public (enseignement, recherche par exemple) afin d'en retirer un profit personnel ou d'en faire profiter des entreprises dans lesquelles il a des intérêts. Ce terme recouvre également les conflits d'engagement, à savoir lorsque le collaborateur s'investit de façon disproportionnée dans des activités non prévues en tant que telles dans son cahier des charges (activités accessoires, mandats privés).

Un tel conflit peut concerner tout aspect de la vie académique ou hospitalière (recherche, essais cliniques, publication, promotion, enseignement).

**Intérêt financier.** Ce terme recouvre notamment tout salaire ou autre versement provenant d'une entité extérieure à l'institution (frais de congrès, frais de consultation, honoraires, cadeaux), ainsi que tout intérêt participatif (actions, stock option) et de droits de propriété intellectuelle (brevets, licences etc.).

**Procédure**

Le collaborateur qui envisage d'exercer une nouvel-

le activité ou d'accepter un nouveau mandat prévus ou non dans son cahier des charges doit systématiquement l'annoncer à son supérieur hiérarchique. Lors de cette annonce, il doit suivre la procédure suivante :

1. Indiquer les répercussions attendues de cette activité ou mandat sur les autres activités inscrites dans son cahier des charges.
2. Préciser, le cas échéant, les revenus attendus de cette activité, leur source et leur destination (collaborateurs, fonds de service).
3. Remplir le(s) formulaire(s) sur les conflits d'intérêts (disponibles sur intranet). Puis :
4. Si le collaborateur concerné n'est pas chef de service/de division :

Remettre le(s) formulaire(s) relatif(s) aux conflits d'intérêts au chef de service/ de division dont il dépend. Ce dernier donne son préavis et transmet le(s) document(s) à la direction du département, laquelle, si elle s'estime compétente ou n'a pas elle-même de conflits d'intérêts, tranche. Dans le cas contraire cette dernière transmet le dossier au Comité pour la gestion des conflits d'intérêts (CGCI), lequel prend une décision.

**Si le collaborateur concerné est chef de service/de division :**  
Remettre le(s) formulaire(s) relatif(s) aux conflits d'intérêts directement à la direction du département dont il dépend. Cette dernière donne son préavis et transmet au CGCI, lequel prend une décision.

**Si le collaborateur concerné est chef de département :**  
Transmettre le(s) formulaire(s) relatif(s) aux conflits d'intérêts directement au CGCI qui prend une décision.

Dans tous les cas énumérés ci-dessus, envoyer l'original du (des) formulaire(s) au président du CGCI et copie à l'Unité des affaires juridiques & éthiques, Bugnon 21, 1005 Lausanne.

5. En cas de désaccord au sein du CGCI ou d'impossibilité de résoudre le conflit, le CGCI transmet le dossier à la Direction générale qui tranche en dernier recours.

Si l'activité en question fait déjà l'objet d'un contrat formel, le collaborateur respecte la procédure ci-dessus et remet une copie du formulaire à son supérieur hiérarchique comme décrit ci-dessus.

Si plusieurs collaborateurs sont associés à l'exécution d'un contrat, tous doivent remplir le formulaire initial.

La même procédure est applicable notamment si un conflit d'intérêts se fait jour lors de l'engagement d'un nouveau collaborateur, de l'exécution d'un

contrat ou lors de toute autre activité. Le CGCI peut alors être saisi par tout intéressé sans autre forme de procédure et est tenu de statuer.

Pour le surplus, tout contrat avec un tiers est par ailleurs soumis à la directive sur la signature de contrats avec des tiers.

**Cadeaux socialement acceptables (au sens des nouvelles dispositions du code pénal et de la loi sur les produits thérapeutiques)**

Ne peuvent être acceptés directement par un collaborateur que les cadeaux d'une valeur modeste. Tout cadeau ou prestation en nature dépassant un montant de Fr. 300.- doit, avant acceptation, être annoncé et autorisé par son supérieur (selon point 4 de la procédure ci-dessus).

**Montants alloués par des tiers pour financer des congrès ou des manifestations de formation continue**

Les montants destinés à couvrir de tels frais (de voyage, d'enregistrement et d'hôtel notamment) doivent être portés sur le fonds du service concerné, charge au chef de service/division de mettre ensuite ces montants à la disposition des personnes intéressées.

**Enregistrement des décisions**

Doivent être consignés dans les archives du service ou de la division, sous la responsabilité du directeur administratif :

- tous les contrats de collaboration passés avec des tiers et, cas échéant, copie du rapport du CGCI les concernant;
- toutes les décisions relatives à l'intéressement du collaborateur concerné au produit de ses activités, ainsi que les dérogations accordées au sens de la directive relative aux activités accessoires et aux revenus annexes y afférents.

**Respect de la directive**

Tout collaborateur qui ne se soumet pas à la présente directive le fait sous sa propre responsabilité et encourt les diverses sanctions prévues par les lois cantonales et fédérales en vigueur (nouveau droit pénal de la corruption, loi sur les produits thérapeutiques). D'autres sanctions sont envisageables, telles que réprimande, non renouvellement, suspension, renvoi, restriction d'activités (recherche, enseignement).

**Documents et textes de référence**

Cette directive s'inscrit dans le cadre légal fixé par la Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques, les dispositions du Code pénal suisse relatives à la corruption et de la Loi sur le personnel de l'Etat de Vaud, plus particulièrement, de ses dispositions relatives aux activités accessoires.

## Actualité Santé

### Adieu à Nathan

Nathan est né en février 2003 à la Maternité du CHUV. Ce fut le début d'un très difficile parcours. Pendant plus de deux ans, il a lutté contre les conséquences d'un problème de santé majeur. Nathan a été accueilli en néonatalogie dès sa naissance, puis aux soins intensifs de pédiatrie, avant de passer sa dernière année de vie aux soins continus médicochirurgicaux de pédiatrie, où il s'est éteint le 3 avril dernier.

La Direction des Hospices-CHUV et la Direction du Département médicochirurgical de pédiatrie souhaitent témoigner leur soutien aux équipes qui ont accompagné le petit Nathan et remercier l'ensemble des collaborateurs qui ont offert tout leur savoir-faire pour améliorer sa qualité de vie durant tout son séjour. Chacun au quotidien lui a apporté une poussière d'étoile pour que brille son sourire.

«Nous adressons un MERCI tout particulier:

- à l'équipe infirmière des soins continus qui l'a soigné avec compétence et amour et a tout mis en œuvre pour que Nathan ait au CHUV un foyer chaleureux et que son quotidien ressemble le plus possible à celui de tous les petits garçons
- aux médecins des différentes spécialités et aux équipes pluridisciplinaires qui ont coordonné leurs compétences à son service
- aux services éducatifs, aux musiciennes et aux bénévoles qui ont participé à son développement, à ses promenades, à ses jeux.

«Pendant ses deux ans de vie au CHUV, Nathan a été chouchouté par toutes celles et tous ceux qui l'ont approché ou accompagné dans sa vie de tous les jours. Sur son chemin, ce petit garçon vous a sûrement rencontré au détour des couloirs de notre institution. Au risque d'oublier quelqu'un, nous aimerions aussi remercier spécialement:

- l'équipe de transport qui l'a souvent véhiculé
- les ateliers et services techniques qui ont adapté sa poussette et crée un «engin» lui permettant d'apprendre à marcher avec ses perfusions
- la lingerie qui a pris soin de son vestiaire, patiemment constitué par l'équipe et les proches
- le service de la restauration qui a créé tout spécialement ses menus d'anniversaire
- les diététiciennes et pharmaciens qui ont veillé à son alimentation et à sa croissance
- le service social, l'aumônerie, la centrale d'achat et tous les autres qui ont contribué à son bien être et à son éveil.

«Nous remercions aussi chaleureusement les personnes qui l'ont accueilli à la campagne, en lui permettant de découvrir la nature et d'avoir un de ces plaisirs d'enfance au contact des animaux, d'une vache, d'un chien.

«Nous avons aussi une pensée particulière pour ses parents en ces jours de séparation.»

### Prix de l'exposition 2004 des collaborateurs



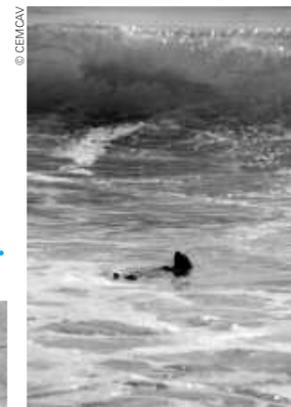
Le 1<sup>er</sup> prix



Le 2<sup>e</sup> prix



Les «3<sup>e</sup>» prix ex æquo



L'exposition des collaborateurs, traditionnellement organisée à l'occasion de Noël, concernait pour la première fois tous les collaborateurs des Hospices-CHUV en 2004.

Elle était consacrée à la photographie et au thème de «l'eau sous toutes ses formes».

68 collaborateurs y ont participé et ont ainsi offert un accueil personnalisé et original à tous les patients et visiteurs du CHUV pendant la période des fêtes. Le public a aussi contribué à l'événement en décernant les prix suivants.

1 <sup>er</sup> Prix	Dr Benoît Dischi, Division de physiopathologie clinique et pédagogie médicale, pour le sujet «Jungfrauoch»
2 <sup>e</sup> Prix	Dr Pierre Rollini, Centre coordonné d'oncologie, pour le sujet «Seattle, USA».
3 <sup>e</sup> Prix ex æquo	Dr Irina Popea, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour le sujet «Paris», et Micheline Glauser, Laboratoire d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, pour le sujet «Otarie, Carmel, USA».

### La Garderie des Marronniers ouverte depuis le 1<sup>er</sup> mars à Cery

**La Garderie des Marronniers a ouvert ses portes, le 1<sup>er</sup> mars dernier comme prévu, sur le site de Cery. Réservée exclusivement au personnel des Hospices-CHUV, elle est gérée par la Fondation La Pouponnière et l'Abri qui s'occupe d'autres institutions d'accueil de la petite enfance, en particulier de la garderie située près du CHUV, à Beaumont 48.**

La Garderie des Marronniers est située dans un bâtiment indépendant et dispose d'un petit jardin. Sa capacité est de 22 places: 10 pour les 0 à 2 ans, qui sont pratiquement toutes occupées (sauf quelques places l'après-midi) et 12 places pour les 2 à 4-5 ans, dont 5 sont encore disponibles. Une augmentation du nombre de places, jusqu'à 44 au total, est envisagée d'ici à deux ans.

La garderie est dirigée par Anne Moreillon, entourée de 5 éducatrices de la petite enfance diplômées, 3 dans le secteur des tout petits, 2 dans le secteur des moyens.

La nouvelle garderie est ouverte de 6h30 à 18h30, du lundi au vendredi. Elle est fermée trois semaines cet été (les deux dernières de juillet et la première d'août) et deux semaines autour de Noël - Nouvel an.

Toute personne désirant inscrire un enfant pour des périodes de

temps de 40% au minimum par semaine - il n'est pas possible de placer son enfant seulement pour une demi-journée, par exemple - peut adresser sa demande à:

**Garderie des Marronniers  
Site de Cery - 1008 Prilly  
anne.moreillon@pouponniere.ch - Tél. 021 656 33 59**

Cette ouverture a été rendue possible grâce au subventionnement des Hospices-CHUV, à la participation de la Ville de Lausanne (pour les enfants lausannois) et à la Fondation La Pouponnière et l'Abri.

La Fondation, qui a pour directeur général Bruno Dell'eva, supervise plusieurs institutions:

- à Beaumont, une garderie de 188 places, un internat de 12 places pour des enfants de 0 à 4 ans placés sur mandat d'USSP, et une structure d'accueil de 7 places pour de jeunes mères avec leur enfant;
- à Cery, la Garderie des Marronniers.

La Fondation gèrera aussi la nouvelle Garderie de Chailly, de 128 places, qui doit ouvrir ses portes à l'avenue du Temple, à Lausanne, en novembre 2005.

### Les Activités communautaires s'exposent



Une des œuvres exposées

S'exposer, sortir de sa coquille, retrouver des plaisirs et des capacités, communiquer, construire... Pas facile lorsque l'on traverse une phase difficile de sa vie. Ce sont pourtant là quelques-uns des objectifs du programme des Activités communautaires, qui fait partie de l'Unité de psychiatrie communautaire du Service universitaire de psychiatrie adulte.

Développé dès avril 2002, voilà trois ans que les ateliers des Activités communautaires fonctionnent. Cela fait beaucoup de rencontres, d'idées et de projets, et surtout un grand nombre de créations: dessin, peinture, sculpture, écriture, vidéo, photo, musique. L'occasion leur a été offerte de présenter leurs productions à la Galerie de la Ferme du Désert, du 25 janvier au 12 février 2005. Sous le titre «Chamboulement».

#### Comment ça fonctionne

Les Activités communautaires sont destinées à des personnes qui se trouvent en difficulté et qui souhaitent reprendre leur vie en main à travers la formulation d'un projet.

Les personnes intéressées s'engagent à participer régulièrement aux ateliers organisés en groupe, à raison d'une fois par semaine. Ces ateliers visent plusieurs objectifs:

- établir un partenariat avec l'utilisateur
- favoriser le partage d'expériences et l'entraide entre les participants
- offrir un environnement stimulant et adapté aux besoins de l'utilisateur
- favoriser une reprise d'activités.

La durée du programme est d'environ six mois, pendant lesquels la gestion du traitement reste sous la responsabilité du médecin traitant. Le coût des ateliers est pris en charge par l'assurance maladie de base comme une prestation ambulatoire, c'est-à-dire que chaque usager participe pour 10% des frais.

Le premier module de trois mois offre un espace d'accueil et de création où chacun peut reprendre confiance en lui. A l'issue de cette première période, les usagers définissent un projet de groupe sur un thème commun pour le réaliser au cours des trois mois suivants dans l'un des deux ateliers proposés: «ArCréation» animé par Anne Schuler Kadenaze, et «ArVidéo» animé par le vidéaste François Fleury. Chaque groupe a la possibilité de présenter son travail dans le cadre des Activités communautaires et à l'extérieur, comme à la Ferme du Désert.

Pendant ces six mois, l'utilisateur peut également participer à un espace d'échanges, «Carrefour», organisé chaque vendredi après-midi, et animé par deux infirmières, Laurence Pralong et Catherine Reymond Wolfer. A la fin du programme, un bilan est tiré avec l'infirmière médiatrice responsable de l'orientation des usagers, Laurence Pralong.

Unité de psychiatrie communautaire  
Avenue de Sévelin 18, 1004 Lausanne  
Tél. 021 626 13 26 - Fax 021 626 11 55.  
Responsable: Dr Charles Bonsack

Activités communautaires  
Infirmière médiatrice: Laurence Pralong  
Infirmière coordinatrice du projet: Catherine Reymond Wolfer

## Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer



**Françoise Schenk,** spécialiste en neurobiologie du comportement à l'UNIL.



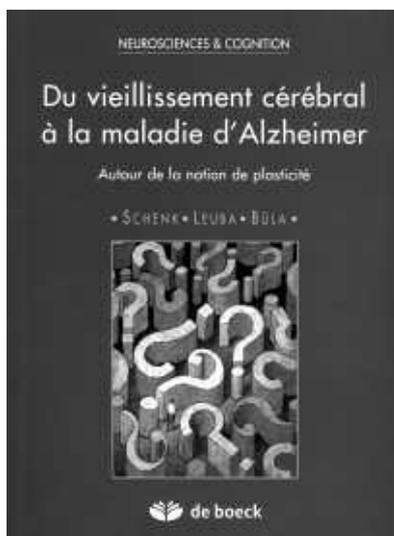
**Geneviève Leuba,** maître de recherche et d'enseignement en neurosciences à la Faculté de biologie et de médecine.



**Christophe Büla,** médecin-chef du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV, et directeur du CUTR Sylvana, à Epalinges

Le *Bloc-Notes Express* de janvier a mentionné la sortie de ce livre collectif sous la direction de Françoise Schenk, Geneviève Leuba et Christophe Büla, aux éditions de Boeck, à Bruxelles. L'ouvrage fait le point sur l'état des recherches susceptibles d'apporter une meilleure compréhension des difficultés cognitives liées à l'âge et à la maladie d'Alzheimer.

phénomène de vieillissement, on retrouve certains mécanismes à l'œuvre au cours de la période de développement du cerveau. A la mort neuronale, à la perte dendritique et synaptique s'opposent un regain de la croissance dendritique et une augmentation compensatoire de la taille des synapses. La plasticité est donc bien le concept qui caractérise à la fois l'évolution de l'individu et celle de ses neurones.



La couverture de l'ouvrage

### Les vertus d'un soutien bio-psycho-social

Le vieillissement cérébral se traduit par deux réalités : une difficulté accrue à faire face aux exigences pratiques de la vie de tous les jours et une fragilisation du sentiment d'identité. Ces deux handicaps liés et accentués par le déclin des capacités de mémoire demandent diverses formes de soutien. Un premier soutien vise à comprendre et à consolider le rôle social de la personne âgée, en encourageant notamment la réalisation des récits de vie. Un second type de soutien, plus pragmatique, vise à exploiter et à renforcer des stratégies pratiques contribuant au maintien de l'autonomie. Enfin certaines thérapies pharmacologiques sont susceptibles de compléter ces efforts en attendant des progrès thérapeutiques basés sur une meilleure connaissance des mécanismes biologiques.

### La maladie d'Alzheimer

Tout se passe comme si la maladie d'Alzheimer rassemblait tous les maux liés au vieillissement, en les exacerbant, puisque la plasticité diminue, au-delà de l'équilibre entre croissance et régression, au-dessous du seuil nécessaire à la compétence mentale. La déclaration de la maladie a souvent lieu à l'occasion d'un événement perturbateur majeur, accident ou changement des conditions de vie, témoignant ainsi d'un premier processus de décompensation.

Ce sont alors des critères cliniques qui permettent de poser le diagnostic de la démence, utile pour mettre en route - aussitôt que possible - des stratégies thérapeutiques qui devraient être de plus en plus performantes dans les années à venir.

La maladie d'Alzheimer constitue probablement, dans l'imaginaire collectif et individuel, une des faces les plus effrayantes du vieillissement. Elle focalise sur elle toutes les craintes de perdre notre mémoire et notre vécu, notre rapport à ceux qui nous sont chers, notre lien au monde... Elle suggère la perte de ce qui fait notre humanité. Elle terrifie, et les données épidémiologiques semblent justifier cette crainte puisqu'elle touche environ une personne sur 4 après 80 ans.

Il présente dans un langage clair :

- les concepts scientifiques actuels sur les fonctions mentales, des mécanismes moléculaires au comportement;
- les approches psychosociales et biologiques qui permettent d'aborder l'individu vieillissant, de comprendre les changements qui caractérisent cette évolution et les causes d'un vieillissement pathologique, et de faire apparaître la diversité des ressources qui peuvent être exploitées pour réduire l'inconfort et la souffrance;
- les possibilités de prévention fondées sur une meilleure connaissance des facteurs de risques;
- les thérapies actuelles, leurs possibilités et leurs limites, et les espoirs de nouveaux traitements reposant sur les progrès de la recherche fondamentale.

Quelques extraits pour vous donner envie de lire?

### Le vieillissement normal commence à partir de 50 ans...

Le vieillissement cérébral débute à partir de la cinquième décennie, même si certaines performances de la mémoire semblent décliner régulièrement dès la vingtième année. Mais au cours de ce