

CHUV magazine



Une unité d'hébergement temporaire au CHUV pour faire face à l'afflux de patients

Sommaire

Création d'une unité de patients en attente de placements

Une opération menée à bien en quelques mois..... 2

Le projet MOVE! est en route

Le nouveau Département de l'appareil locomoteur doit voir le jour le 1^{er} janvier 2008..... 4

Programme de soins de support en oncologie

Le CHUV veut améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer..... 7

Philippe Carrara a pris sa retraite après 39 ans de service

C'est une figure qui a quitté le CHUV..... 9

Etude sur les femmes développant un diabète durant leur grossesse

Les effets bénéfiques d'une prise en charge infirmière de première ligne... 12

Inauguration des nouvelles installations de la Stérilisation centrale

La qualité des prestations et des conditions de travail a pris l'ascenseur.... 14

Le défi du Service vaudois de transfusion sanguine

Mobiliser les donateurs pour pouvoir remplir ses missions..... 16

Création d'un master en sciences infirmières en Suisse romande

Ce nouveau programme de formation universitaire verra le jour en 2008.... 18

Le projet OUI entre dans sa phase de mise en œuvre

Améliorer ses connaissances informatiques de base pour mieux vivre son outil de travail et dans la vie quotidienne..... 19

La Fondation Claude verdan fête ses dix ans d'existence

Un centre de culture scientifique et médicale..... 20

Le Chœur de poche du CHUV.. 22

Exposition de Noël des collaborateurs Hospices-CHUV..... 23

Le CHUV entre dans l'ère de la tomothérapie..... 24

CHUV-Magazine Tirage: 9'000 exemplaires

Editeur responsable:

Bernard Decrauzat, directeur général

Rédaction: Fabien Dunand

Photos: CEMCAV

Graphisme: Antidote Design

Impression: Imprimerie PAPERFORMS SA

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@chuv.ch

...Un effort exceptionnel pour répondre à l'afflux des Premier bilan des mesures prises au

La direction générale, la direction médicale et la direction des soins remercient chaleureusement toutes les équipes médico-soignantes de l'effort exceptionnel accompli ces derniers mois, pour la disponibilité et l'ardeur au travail dont elles ont fait preuve afin de faire face à un afflux inhabituel de patients et à une situation d'engorgement permanente.

Toute une série de mesures urgentes ont été prises pour répondre à cette situation difficile pour les patients et pour le personnel. Mais elles n'ont évidemment pas pu effacer toutes les difficultés provoquées pour les uns et les autres.

L'impossibilité de trouver un lieu d'hébergement pour des patients hospitalisés au CHUV peut donner l'impression aux personnes concernées, qui sont souvent des personnes âgées, qu'elles sont de trop, qu'il n'y a plus de place pour elles dans notre société. Les mesures prises pour lutter contre l'engorgement du CHUV ont donc pour objectif:

- de maintenir à disposition des lits pour les patients qui nécessitent des soins aigus;
- d'éviter la stigmatisation de la personne âgée et de maintenir le patient au centre des priorités en lui offrant la meilleure prise en charge compte tenu de son état de santé;
- de rester attentif aux conditions de travail des collaborateurs les plus exposés, en particulier aux Centre des urgences et dans les départements d'hospitalisation.

Une situation alarmante

Le 13 septembre 2006, lors du Conseil de la gestion des flux de patients, la Direction générale est alertée sur l'explosion (+98%) des journées d'attentes de patients en lit C au cours du premier semestre de l'année.

Le 5 octobre, la situation d'engorgement du CHUV et du réseau sanitaire est présentée à la Conférence des chefs de service du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), en présence du conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard. La décision est alors prise de créer un groupe de travail chargé de trouver des solutions à l'engorgement du réseau. Ce groupe de travail réunit:

- le CHUV
- le Réseau de l'agglomération lausannoise ARCOS
- le Service de la santé publique
- le Service des assurances sociales et de l'hébergement
- le Secrétariat général du DSAS.

Deux projets ont rapidement émergé au sein de ce groupe de travail:

- Repérer des lits d'EMS potentiellement disponibles dans cette situation de

pénurie. C'est ainsi que deux lits C ont pu être ouverts à l'EMS Le Signal et deux lits C de court séjour transformés en lits d'attente de placement C à l'EMS Pré-Pariset.

- Créer au CHUV un lieu d'accueil pour les patients en attente de placement. L'idée était de libérer des lits de soins aigus et de préparer les pensionnaires concernés à un hébergement en EMS. Cette unité d'attente et de préparation au placement C a été conçue et réalisée en moins de trois mois sous l'égide du Département de médecine. Elle a été ouverte le 15 janvier 2007 dans des locaux rendus disponibles par l'Hôpital orthopédique (voir l'article qui lui est consacré).

Les mesures prises au CHUV

Au CHUV, le bilan des mesures prises pour diminuer l'engorgement de l'institution durant les trois premiers mois de 2007 s'établit de la manière suivante:

- Ouverture des 13 lits de l'unité DMHC¹ sur le site de l'Hôpital orthopédique dès le 15 janvier (plus de 24 patients accueillis à la mi-mars).
- Ouverture de 5 lits supplémentaires aux urgences impliquant l'engagement de 2 infirmières et de 2 aides-infirmières supplémentaires par 24h.
- Transferts de patients A sur le site de St-Loup des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois et dans les autres hôpitaux régionaux de la FHV (81 patients concernés en janvier- février).
- Transferts de patients A en clinique privée et signature d'une convention de collaboration avec les cliniques Bois-Cerf et Cecil pour qu'elles accueillent également des patients sans assurance complémentaire. Au total, 39 patients ont effectivement été transférés en janvier-février:
 - 28 patients (dont 16 patients sans assurance complémentaire) à Bois-Cerf,

¹ pour Département médical d'hospitalisation et d'hébergement en lit C.

patients et à un engorgement permanent ces derniers mois

CHUV

- 7 patients (dont 1 patient sans assurance complémentaire) à La Source,
- et 4 patients à Cecil.
- Mise à disposition de lits satellites dans le Département de chirurgie et d'anesthésiologie pour hospitaliser des patients sous la responsabilité du Département de médecine interne (74 patients concernés durant janvier et février).
- Accueil de patients surnuméraires dans les unités de médecine interne (18 patients concernés, taux d'occupation à 102% durant janvier et février 2007).

Pronostic réservé

Le flux des patients va-t-il se normaliser ces prochaines semaines ou restera-t-il aussi tendu que ces derniers mois? Avec les informations enregistrées à la fin mars, il était encore impossible de faire un pronostic.



La nouvelle unité s'est installée dans les magnifiques locaux mis à disposition par l'Hôpital orthopédique.

Création au CHUV d'une unité de patients en attente de placement Une opération menée à bien en quelques semaines

Le 15 janvier dernier, une unité d'accueil et d'hébergement de patients en attente de placements au CHUV a été ouverte dans les locaux de l'Hôpital orthopédique. Cette unité de 13 lits C a été créée en un temps record sous la supervision de la directrice des soins du Département de médecine, Isabelle Lehn. C'est en effet le 1^{er} décembre 2006 que Marie-Pierre Huguenin, ICUS au Service de médecine interne, a été nommée cheffe de projet avec mission d'ouvrir l'unité six semaines plus tard.

La direction de l'Hôpital orthopédique comme la direction du Département de médecine ont activement favorisé la création de l'unité.

Dès les premiers quinze jours, tous les lits de l'unité ont été occupés. Ces patients, dont l'âge moyen tourne autour de 80 ans, ne veulent plus ou ne peuvent plus se prendre en charge seuls à domicile. Certains souhaiteraient certes retrouver leur logement, mais ils n'en ont plus la capacité physique ou cognitive, ce qui provoque chez eux une période de grande crise.

Une mise en place record

Les locaux de l'unité étaient auparavant occupés par une unité pédiatrique de l'Hôpital orthopédique. Il a fallu enlever les affaires des enfants qui s'y trouvaient encore et réorganiser les locaux magnifiques mis à disposition. Une salle à manger et un salon ont été créés, une pharmacie et d'autres équipements installés. Les chambres ont été recomposées pour faire des chambres pour adultes. Il a fallu aussi recruter l'équipe composée majoritairement d'aides soignantes et d'assistantes en soins encadrées par deux infirmières diplômées et une ICUS. Comme une seule de ces personnes faisait déjà partie du CHUV, une formation complémentaire était indispensable, notamment pour l'utilisation des outils informatiques ou uniformiser les pratiques, par exemple en matière d'hygiène hospitalière.

L'ambiance d'un lieu de vie

Les horaires ont été aménagés comme dans un EMS pour offrir autant que possible un lieu de vie aux patients. Le petit déjeuner est servi entre 7h40 et 7h45 et il peut être placé en attente jusqu'à 10 heures pour les patients qui ont envie de dormir le matin. Les autres repas sont pris en commun dans la salle à manger. Deux personnes sont présentes jusqu'à 21h30 et une assistante en soins reste sur place toute la nuit. Les plages et les jours de travail ont été discutés avec les membres de l'équipe pour répartir



Les animations proposées aux résidents combinent lectures (journaux, livres) et jeux, comme sur la photo, et manifestations particulières. Des écrans de télévisions sont également installés à plusieurs endroits pour leur permettre de suivre leurs programmes préférés. Des animations avec sorties à l'extérieur sont prévues à l'avenir.

Le but de l'unité est d'accueillir des patients qui restent hospitalisés dans les services du CHUV faute de places dans les EMS et de les préparer à leur futur hébergement en les transférant dans un lieu de vie, même s'il est temporaire. Il s'agit de patients reconnus médicalement stables,

dont l'état de santé général ne nécessite ni leur hospitalisation en soin aigu (lit A) ni une rééducation intensive (lit B) mais qui sont en attente de placement dans un EMS. Ils doivent pouvoir se déplacer à l'extérieur de leur chambre et vivre en communauté.

.....Le projet MOVE! est en Le nouveau Département



Le projet MOVE! a été lancé pour préparer la création d'un Département de l'appareil locomoteur pour le 1^{er} janvier 2008. Il s'agit de réunir l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande et plusieurs services du CHUV : chirurgie plastique et reconstructive, orthopédie et traumatologie, médecine physique et réhabilitation, au sein d'une seule organisation. L'objectif est de permettre une prise en charge interdisciplinaire des patients au travers de filières organisées par pathologie et de favoriser les synergies dans le domaine des soins et de la gestion.

Concrètement, l'Hôpital orthopédique se transforme. L'établissement jusqu'ici juridiquement indépendant devient un site hospitalier des Hospices-CHUV et se fond avec trois services du CHUV au sein d'un nouveau Département de l'appareil locomoteur.

Aujourd'hui le patient est pris en charge par plusieurs structures différentes. Malgré des efforts réels de collaboration, ces cloisonnements fragmentent les prestations de soins, favorisent la multiplication des examens, engendrent une prise en charge hétérogène des patients souffrant de la

.....Création au CHUV d'une unité de patients en attente de placement

de manière équitable les horaires qui ont un impact sur la vie privée.

La proximité, dans le couloir du même étage, d'enfants qui viennent en consultation à l'Hôpital orthopédique apporte un mouvement bienvenu. «J'ai assisté l'autre jour à un tableau touchant, raconte Marie-Pierre Huguenin. Un patient un peu agité et un enfant handicapé ont regardé ensemble la télévision dans le salon. J'ai craint un instant que l'enfant ne soit surpris par l'attitude de son voisin, mais non, tout s'est bien passé. Et le passage de ces enfants constitue un dérivatif pour les résidents.»

L'accompagnement des patients vise à maintenir et à développer leur autonomie en pratiquant parallèlement une écoute active auprès d'eux et de leurs familles. Leurs réactions oscillent entre la cruelle déception, parfois la colère, de ne pas pouvoir retrouver l'environnement familial de leur domicile, et la tristesse de quitter l'unité, même s'ils n'y sont pas restés longtemps. «Leur attachement est rapide et réel, explique Marie-Pierre Huguenin. Tous les patients que nous avons vu partir ont eu un moment d'émotion lors de leur départ.»

Un animateur professionnel est présent dans l'unité 4 jours sur 7. S'ils le souhaitent, les patients peuvent également bénéficier d'un accompagnement spirituel auprès des aumôniers. Et dès le mois de mai prochain, deux à trois bénévoles seront disponibles pour des animations complémentaires au sein de l'unité.

Mission réussie

Un colloque par mois permettra de revoir et d'adapter l'organisation de l'unité en fonction des besoins, de faire un débriefing des situations vécues et de faire appel, éventuellement, à la psychiatrie de liaison. Mais une chose est sûre: l'unité est partie d'un bon pied. Marie-

Pierre Huguenin a pu quitter comme prévu sa fonction de cheffe de projet à la fin du mois de mars dernier et regagner son poste initial au Service de médecine interne. «J'ai été passionnée, conclut-elle, par ce projet, par sa dimension humaine et son rôle de santé publique. Puisqu'il est à la fois bénéfique pour les patients accueillis dans l'unité et qu'il contribue à faire face au vieillissement de notre population.» Mission accomplie. Le flambeau est désormais transmis à Sophie Marguet, ICUS de cette nouvelle unité, et à son équipe.

Le rôle du gériatre

Le passage de l'hôpital à un lieu de vie, le retour à la vie communautaire apportent des bienfaits évidents aux patients et à leurs proches. Les patients qui étaient couchés, se retrouvent debout, habillés, partiellement autonomes. Contre toute attente, l'un des patients accueillis par l'unité a même pu rentrer à domicile. Cette solution n'est cependant plus envisageable pour les autres. Le passage à l'unité leur permet de mieux accepter l'entrée en EMS, de comprendre ce que cette prise en charge va leur apporter en retrouvant du temps pour soi et pour les autres. Les familles s'en trouvent aussi soulagées; le sourire retrouvé du résident leur enlève un poids de culpabilité.

La présence et l'intervention d'un médecin gériatre, en l'occurrence la Dresse Sabine Joray, constitue l'autre pilier indispensable de cette transition. En assurant la liaison avec les collègues des services de médecine et de chirurgie, en réduisant progressivement les traitements médicamenteux, il fait passer le patient d'un état fragilisé par un épisode de soins aigus à un état vraiment stabilisé.

Des liens entre la nouvelle unité et la gériatrie sont d'ailleurs clairement envisagés, dans la perspective de la création d'un service de gériatrie du CHUV.

route

Le Département de l'appareil locomoteur doit voir le jour le 1^{er} janvier 2008



Le Département de l'appareil locomoteur intégrera l'Hôpital orthopédique au sein du CHUV. Les pathologies de l'appareil locomoteur sont en constante augmentation, en raison notamment du vieillissement de la population. Plus de 25% de la population âgée de plus de 60 ans est touchée par l'arthrose et les problèmes ostéo-articulaires sont à l'origine de 30% des consultations médicales dans notre pays.

même pathologie. Elle empêche également de mettre en œuvre des stratégies globales de gestion, de formation, de recherche et de développement.

La création du nouveau Département implique de remplacer l'organisation par spécialités (orthopédie, traumatologie, etc.) par un regroupement des activités sur la base de processus de soins, de filières centrées sur le problème du patient, par exemple l'arthrose de la hanche ou du genou, la pose d'une prothèse, une fracture du fémur proximal, une amputation, une polyarthrite rhumatoïde, etc. Ces filières permettent de mettre au point des itinéraires cliniques standardisés, sur la base de guidelines, de recommandations de bonne pratique. Le patient est la raison d'être de l'organisation, sa prise en charge interdisciplinaire est placée au centre des préoccupations. Une porte d'entrée unique lui ouvre l'accès à l'ensemble des prestations médico-chirurgicales liées à l'appareil locomoteur.

Dix principes directeurs

Le projet MOVE s'est ainsi donné six principes directeurs :

- une approche des soins centrée sur le patient

- une gestion par filières de patients
- l'interdisciplinarité
- l'amélioration continue de la qualité
- la décentralisation des prises de décision et des ressources
- une gestion axée sur les résultats.

On peut en ajouter un septième, vital pour le succès d'un tel projet: la participation des collaborateurs à sa conception.

Deux sites d'hospitalisation

Les activités hospitalières du Département seront réparties sur deux sites, l'Hôpital orthopédique et le bâtiment principal du CHUV :

- Au niveau 14 du bâtiment principal du CHUV, l'hospitalisation en lits A du Service de chirurgie plastique et reconstructive et de l'Unité de traumatologie du Service orthopédie et traumatologie.
- A l'Hôpital orthopédique, l'hospitalisation en lits A du Service rhumatologie et de l'Unité orthopédie du Service orthopédie et traumatologie, ainsi que l'hospitalisation en lits B du Département.

Une policlinique unique en plusieurs étapes

Les activités ambulatoires du Département seront réparties sur deux sites, avec chacun

leur radiologie :

- Au niveau 07 du bâtiment principal du CHUV, une policlinique chirurgie plastique et reconstructive - traumatologie.
- Au niveau 03 de l'Hôpital orthopédique, une policlinique rhumatologie - orthopédie.

A terme, il est prévu d'intégrer ces deux policliniques sur un seul site.

Personnel

Tout le personnel de l'Hôpital orthopédique sera repris par les Hospices-CHUV au même salaire et dans la même classe que celle occupée à l'Hôpital orthopédique. La fonction pourra cependant différer.

Le personnel de l'Hôpital orthopédique sera rattaché au Département de l'appareil locomoteur, avec quelques exceptions :

- Le personnel du secteur logistique (intendance-maintenance et restauration) sera rattaché à l'Office de la logistique hospitalière du CHUV.
- Le personnel de la radiologie sera rattaché au Département de radiologie médicale du CHUV.
- Tout ou partie du personnel de la gestion administrative de patients sera rattaché à l'Office des finances du CHUV.

D'autres modifications de rattachement pourraient intervenir mais il s'agit là du rat-

.....Le projet MOVE! est en route

tachement administratif. Il ne présage en rien du lieu de travail du personnel qui pourra être le bâtiment de l'Hôpital orthopédique ou tout autre bâtiment de la Cité hospitalière. Ces décisions seront prises au fur et à mesure de l'avancement du projet.

Gouvernance du futur Département

La direction du Département sera tricéphale. La direction médicale sera assurée par l'un des chefs de service. Il est prévu de la confier au professeur Pierre-François Leyvraz le 1^{er} janvier 2008. A la même date, la direction des soins sera confiée à José Iglésias, secondé sur chacun des sites par un professionnel du corps infirmier. La direction administrative sera confiée à Inka Moritz, actuelle directrice de l'Hôpital orthopédique. Il ne s'agit pas à ce stade de nominations formelles. Les personnes citées seront confirmées dans leurs nouvelles fonctions en temps utile.

Les trois services – chirurgie plastique et reconstructive, orthopédie et traumatologie, médecine physique et réhabilitation – sont maintenus au 1^{er} janvier 2008 avec leurs responsables actuels, les professeurs Daniel Egloff, Pierre-François Leyvraz et Alexander So.

L'origine du projet

Le projet Move! est un projet pilote au sein des Hospices-CHUV. Le Département de l'appareil locomoteur sera un département médico-chirurgical basé sur un type de pathologie; c'est un aspect novateur pour les Hospices-CHUV. Le projet fait suite à une étude de faisabilité dont les conclusions ont été approuvées en automne 2005 par la Direction des Hospices-CHUV, le Décanat de la Faculté de biologie et de médecine et l'Association de l'Hôpital orthopédique¹.

Le Directeur général des Hospices-CHUV, Bernard Decrauzat, et le Président de l'Association de l'Hôpital orthopédique, Me Jean-Noël Jaton, ont ensuite donné mandat, avec l'accord du chef du Département de la santé et de l'action sociale, le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, à un Comité de pilotage de conduire les travaux visant à la création d'un Département de l'appareil locomoteur.

Le comité de pilotage

Le Comité de pilotage, dont la présidence a été confiée à Hélène Brioschi Levi, Directrice des soins des Hospices-CHUV, réunit les personnes suivantes:

- Professeur Pierre-François Leyvraz, Directeur médical de l'Hôpital orthopédique
- Professeur Alexander So, chef du Service



Le stamm du projet. De gauche à droite: Stéphane Studer, Charles Vogel, Inka Moritz et Anne-Marie Barrès.

de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV

- Professeur Daniel Egloff, chef du Service de chirurgie plastique et reconstructive
- Dr Jean-Blaise Wasserfallen, Directeur médical adjoint des Hospices-CHUV
- Me Jean-Noël Jaton, Président du Conseil d'administration de l'Hôpital orthopédique
- Charles Vogel, chef du Service de gestion administrative des patients des Hospices-CHUV.

Un stamm de quatre personnes a été créé afin d'assurer l'organisation, la gestion et la coordination du projet:

- Inka Moritz, Directrice de l'Hôpital orthopédique en tant que Directrice du projet Move!,
- Anne-Marie Barrès, responsable qualité, logistique et communication de l'Hôpital orthopédique,
- Charles Vogel, chef du Service gestion

administrative des patients des Hospices-CHUV,

- et Stéphane Studer, en tant que coordinateur du projet. C'est d'ailleurs la seule personne engagée à plein temps pour le projet.

Pour s'assurer de la participation de tous les services concernés, une équipe de projets a en outre été constituée. Elle regroupe les représentants de 15 domaines. Chaque domaine a pour mission de concevoir le futur département dans son fonctionnement et son organisation en tenant compte des principes directeurs du projet. Il a à sa tête un répondant et un associé chargé d'organiser les réflexions avec l'appui de groupes de travail. Les propositions de chaque domaine sont transmises à l'équipe de projet, puis à la direction de projet et au Comité de pilotage pour décision.

Domaine	Répondant(e)	Associé(e)
Actifs et assurances	François Mermoud / Pascal Savary	Christine Gnechi
Personnel	Emmanuel Masson	Anouchka Micolis
Structure	Urz Benz	–
Finances /adm. patients	Christine Gnechi	Yves Müller
Systèmes d'information	Olivier Baillod	Isabelle Perrelet
Logistique	Philippe Coste	Elisabeth Drieu
Radiologie	Nicolas Theumann	Pierre Widmer
Médecins	Alain Farron / Elyazide Moushine	Wassin Raffoul / Jean Dudler
Recherche	Brigitte Jolles-Haeblerli	Dominique Pioletti
Physiothérapie	Roland Paillex	Brigitte Broulis
Ergothérapie	Cindy Boillat	Solange Ringger
Secrétaires	Martine Roessli	Mireille Crausaz
Soins	José Iglésias / Isabelle Martel	Véronique Séchet / Laurence Bouche
Stérilisation	José Iglésias	Frédéric Cavin
Bloc opératoire	José Iglésias	Michael Wettstein

Programme de soins de support en oncologie

Le CHUV veut améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer

Chaque domaine a mis en place plusieurs groupes de travail. Au total, le projet compte plus de 70 groupes et près de 250 personnes participent au projet.

Pour assurer la communication au sein de ce projet très participatif, un site intranet a été mis sur pied. Il permet à tout un chacun d'y trouver les dernières informations, en passant par hcom, onglet «Projets».

La mise en œuvre d'un tel projet demande en effet de remettre en cause le fonctionnement de toutes les activités. Quelques exemples.

- Le réaménagement des activités du futur Département nécessite de revoir l'affectation des locaux et de prévoir les déménagements nécessaires.
- L'intégration de l'Hôpital orthopédique au sein du CHUV implique d'unifier les outils de gestion (ressources humaines, logistique, systèmes d'information) aujourd'hui différents. Pour le personnel, il faut en particulier assurer le passage à un contrat Etat de Vaud, avec une nouvelle caisse de pension.
- La création d'un Département véritablement médico-chirurgical de l'appareil locomoteur conduit à renforcer l'aspect médical par rapport à la situation actuelle, au besoin par des transferts de postes de médecins assistants et de chefs de clinique de «chirurgie» en «médecine». Le nouveau Département est l'occasion de proposer des tournus de formation des généralistes et des internistes en collaboration avec la PMU et le Département de médecine.
- L'intégration des équipes à partir du 1^{er} janvier 2008 suppose qu'elles puissent confronter leurs pratiques et leurs cultures professionnelles, comparer leurs procédures et leurs processus, afin de déterminer ensemble ce qui leur paraît la meilleure solution.

Il ne s'agit pas seulement de reproduire une manière de faire existante dans un service ou dans l'autre mais de profiter de l'occasion pour se poser des questions sur le fonctionnement actuel des uns et des autres. L'objectif est d'aboutir ensemble à une organisation novatrice poursuivant les six principes directeurs du projet. En ce sens, le Département de l'appareil locomoteur pourrait constituer une sorte de «laboratoire institutionnel» pour les Hospices-CHUV.

¹ L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande est aujourd'hui un établissement privé reconnu d'intérêt public, avec un statut juridique d'association.

Le 12 janvier dernier, le CHUV a officiellement lancé un programme de «soins de support oncologiques» remarquable à plusieurs titres. Dépassant les projets touchant tel ou tel aspect de la qualité de vie du patient, le CHUV adopte une stratégie visant à appréhender l'ensemble des besoins d'une personne atteinte de cancer et à les intégrer dans sa prise en charge. Il fait ainsi œuvre de pionner en Suisse. Et pour la première fois au CHUV, des patients ont contribué activement à l'élaboration d'un projet.



Nadia Fucina, infirmière cheffe de service au CePO, a fait équipe avec la Dresse Doris Schopfer, cheffe de projet.

En Suisse, un homme sur deux et une femme sur trois développent un cancer à un moment ou à un autre de leur existence. Cette situation se reflète au CHUV où plus de 30% des personnes hospitalisées au CHUV sont atteintes de cancer.

Aujourd'hui les patients qui présentent de graves problèmes psycho-sociaux en raison de leur cancer - dépression, crise, décompression... - sont bien sûr pris en charge. Mais tous les autres? Sur le terrain, les soignants confirment que de nombreux besoins des patients ne sont pas pris en compte, faute de moyens, de relais qui leur permettent d'accompagner les gens. Un exemple: comment venir en aide aux patients ayant des enfants en bas âge?

Un programme engagé sur 3 ans

En novembre 2006, la Direction du CHUV a donc donné son aval au programme de

soins de support oncologiques. Le but est d'aider les patients et leurs familles à mieux faire face au cancer ainsi qu'à ses traitements. Cette aide sera proposée à travers toutes les phases de la maladie.

La mise en route des actions proposées sera échelonnée sur une période d'au moins trois ans. Le programme est doté d'un budget de 2,8 millions de francs pour les trois prochaines années.

Les besoins du patient au cœur des préoccupations

Pour la première fois au CHUV, les patients ont pu contribuer activement à l'élaboration du projet. Faire participer des patients à une démarche visant à développer des soins de support, c'est considérer les patients, non pas seulement comme des personnes malades, mais comme des personnes à part entière et qui détiennent, du fait de leur expé-



Le dialogue avec le patient et la prise en charge de l'ensemble de ses besoins est au centre du programme.

rience, un savoir essentiel à la connaissance de leur situation et à son amélioration.

«Nous sommes parties d'un seul a priori: dans les domaines qui ne relèvent pas du traitement des patients, il y a des choses à améliorer», explique Nadia Fucina, infirmière cheffe de service au CePO, qui a fait équipe avec la doctoresse Doris Schopper, cheffe de projet.

Une centaine de professionnels de tous les services concernés et une quarantaine de patients ont participé à la démarche. Les professionnels ont apporté leur expertise du terrain, les patients leur expertise de vie. Avec les groupes de patients, «on a balayé très largement les besoins ne relevant pas des traitements», poursuit Nadia Fucina. Une nouvelle culture est en marche. D'un côté, les professionnels doivent apprendre à considérer le point de vue des patients. De l'autre, les patients doivent aussi apprendre à devenir des interlocuteurs efficaces (voir encadré).

Neuf domaines d'action

Les propositions d'action définies au terme des discussions menées avec les équipes soignantes et les patients concernent les neuf domaines suivants:

- La communication avec la personne atteinte de cancer
- L'information de la personne atteinte de cancer
- Le bien-être corporel
- Le soutien psychosocial

- Le soutien par les pairs
- Le soutien des proches
- Un espace «cancer» d'information, de soutien et de rencontre
- La coordination de la prise en charge de la personne atteinte de cancer
- Les petites choses qui changent la vie...

Quatre priorités

Chacun de ces thèmes se décline en une ou plusieurs actions concrètes. Quatre actions prioritaires ont été retenues pour 2007:

- > Etablir une approche commune pour l'annonce du diagnostic
- > Développer une stratégie d'information «cancer» commune et cohérente
- > Mieux identifier les besoins psychosociaux au cours de la maladie
- > Développer des soins centrés sur les proches.

Un réseau «soins de support cancer» est actuellement mis sur pied. Les groupes de travail de ce réseau, intégrant soignants et médecins des services concernés, accompagneront la mise en œuvre de ces actions. Les modalités de l'implication des personnes atteintes de cancer, qui reste primordiale, varieront en fonction des actions entreprises.

Le programme soins de support en oncologie vous intéresse? Pour plus d'informations, vous pouvez contacter Nadia Fucina (nadia.fucina@chuv.ch) ou Doris Schopper (doris.schopper@bluewin.ch).

L'origine du projet

Le Plan stratégique 2004-2007 des Hospices-CHUV prévoit de développer des pôles cliniques d'excellence, en misant notamment «sur la qualité de la prise en charge des patients». Les deux pôles prioritaires retenus sont le pôle cardiovasculaire et métabolisme et le pôle oncologie. Et le «renforcement des soins de support oncologiques» figure parmi les actions prévues.

Depuis plusieurs années, on reconnaît en effet la nécessité d'organiser les soins de manière coordonnée et continue, et de considérer le patient dans sa globalité - c'est-à-dire de prendre en compte non seulement sa maladie et ses traitements, mais également l'ensemble des besoins liés à sa situation personnelle, familiale, professionnelle et sociale.

Un des cinq champs d'action du Programme national contre le cancer 2005-2010 - «Des soins d'excellente qualité centrés sur le patient» - vise d'ailleurs à faire du patient l'acteur principal des soins intégrés, à améliorer le soutien psychosocial et l'accès aux soins palliatifs, ainsi qu'à assurer la coordination et la cohérence des traitements.

Les Hospices-CHUV et la Fondation du Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePO) ont donc mandaté en 2005 une spécialiste de santé publique, la doctoresse Doris Schopper, pour diriger un projet de «développement des soins de support en oncologie au CHUV», dans le but de faire des propositions concrètes d'amélioration de ce type de soins.

Le déroulement de la démarche

La démarche lancée en septembre 2005 a comporté deux volets. Un premier volet a permis d'interroger individuellement ou en groupes une centaine de professionnels du CHUV pour récolter des pistes d'amélioration sur l'organisation et le fonctionnement de l'oncologie au sein de l'établissement. Un deuxième volet a permis d'y associer des patients, de janvier à juin 2006, avec deux objectifs:

- Identifier des problématiques et situations où une amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de cancer et de leur famille est nécessaire.
- Elaborer des propositions émanant de patients atteints de cancer, en tant qu'experts de leur situation.

Des groupes de patients

Dans un premier temps, des groupes de personnes atteintes de cancer (ou de parents d'enfants atteints de cancer) ont été constitués. Au total, 38 patients, 30 femmes et 8 hommes, ont participé aux groupes patients. Ils ont par exemple été invités à partager les trucs qui leur avaient permis de leur simplifier la vie et mieux traverser les soins et leur maladie. Ont ainsi été récoltées plusieurs dizaines de trucs et l'idée de prévoir un espace permettant «le troc des trucs» (banque de données, classeur à disposition en salle d'attente au CePO, etc.).

Des groupes patients-soignants

Dans un deuxième temps, trois groupes réunissant patients et soignants ont été mis en place. 18 patients (dont cinq étaient des parents d'enfants atteints de cancer) et 19 soignants a y ont participé. Ils étaient chargés d'élaborer ensemble des propositions concrètes d'amélioration de la prise en charge en oncologie au CHUV. L'autre objectif visé était de mettre en place des éléments favorables au développement d'une «culture des soins de supports en oncologie» au sein du CHUV.

.....Philippe Carrara a pris sa retraite près 39 ans de service.....

C'est une figure qui a quitté le CHUV

Philippe Carrara, chef de l'atelier des sanitaires du Service technique, a pris sa retraite anticipée en février dernier. A 60 ans, il avait derrière lui 39 ans de service. Il avait été engagé le 1er octobre 1968, bien avant la construction du CHUV, comme installateur sanitaire à l'Hôpital Nestlé. «Je vais rester actif», a-t-il précisé dès les premiers échanges de l'entretien, non sans ajouter avec humour: «ma femme va me trouver du boulot.» Rencontre avec un personnage.



Philippe Carrara (5^e à partir de la droite) au milieu de son équipe lors de la fête organisée pour son départ.

Philippe Carrara a de l'allure. Et de l'allant. Sixième et dernier enfant de sa famille - tous ses frères et sœurs sont déjà à la retraite - on lui reconnaît une indéfectible bonne humeur. Son père avait une entreprise de gypserie-peinture, avec une douzaine d'ouvriers. «Il nous a très vite appris à travailler», commente Philippe Carrara.

Titulaire d'un CFC d'installateur sanitaire, il a d'abord travaillé dans une entreprise engagée à la Clinique Cecil. Ça l'a passionné et c'est ce qui lui a donné l'idée de postuler pour un emploi dans un grand établissement hospitalier. On était en 1968. Il n'a plus quitté l'institution. «J'ai passé toute ma vie dans la région», explique-t-il, entre Busigny et Lausanne.

CHUV-Magazine - Quelle a été l'évolution de votre activité au cours de ces 39 ans de service?

Philippe Carrara - «J'ai vécu une révolution. Quand j'ai commencé, mon métier de base en était encore à l'âge de la pierre. Sans exagérer, on était dans un autre monde. Les anciens ne jetaient rien. Pour prendre un exemple très terre à terre, on réparait un robinet, même s'il fallait y passer quatre heures. Aujourd'hui, dès que nous constatons qu'une heure de main d'œuvre coûte 2 fois le prix de la réparation, on jette et on prend du neuf. A cette époque, il y avait moins de technologie de pointe à l'Hôpital cantonal» et, de ce fait nous étions aussi plus de vrais manuels.

«Je suis passé de ce stade à celui de chef d'ateliers pour le sanitaire, les gaz médicaux et les traitements d'eau du premier hôpital en Suisse, et probablement en Europe, à obtenir une certification pour la construction des réseaux de gaz médicaux et de réseaux d'eaux à usages médical. Cette

certification représente une de mes plus grandes satisfactions professionnelles, elle est la résultante du travail de toute une équipe et c'est extrêmement valorisant de voir cet atelier au niveau où il est aujourd'hui.»

L'atelier a en effet suivi l'évolution technologique dans des domaines très divers, dans la récupération des produits radioactifs, dans le traitement de l'eau pour la garantir sans bactéries quand c'est nécessaire, dans les tours de refroidissement de l'air pour éviter la contamination environnementale par des légionelles, dans la construction de systèmes de dialyse, dans l'installation de conduites super-isolées pour le transport de l'azote liquide à - 195° C (pour exemple, ces conduites, coûtent environ 2'000 francs le mètre courant), dans les techniques pour l'eau ultra-purifiée en pharmacie ou en laboratoires, etc.

.....Philippe Carrara a pris sa retraite après 39 ans de service

Quelle image avez-vous du CHUV, de ses collaborateurs?

P. C. - «Je n'ai pas de mauvais souvenirs. J'ai pu compter sur beaucoup de gens formidables. J'ai travaillé pendant 27 ans avec Christian Blanc, qui est mon chef de service depuis une quinzaine d'années, et je tiens beaucoup à lui rendre hommage, parce qu'il m'a toujours énormément soutenu, notamment lorsque nous avons introduit le système qualité ou lorsque nous avons souhaité de nous occuper du caisson hyperbare des soins intensifs. Croyez moi, c'est un privilège de partager une carrière professionnelle avec quelqu'un comme lui.

«Dans les divers services du CHUV, il y a des décideurs qui sont étiquetés autoritaires, ils n'ont jamais représenté le moindre problème pour moi, c'est avec ces vrais patrons que l'on a pu faire évoluer les choses. J'ai eu en revanche beaucoup plus de difficultés à travailler avec ces cadres «anguilles», présents partout, et qui en définitive décident de ne jamais rien décider.

«Je suis admiratif quand je songe aux dizaines de différents mécanismes qui font fonctionner une si grande institution sans que plus personne ne les remarque: salaires versés, fournisseurs payés, allocations enregistrées, vacances, etc. Ça roule.

«Dans notre atelier, nous sommes en relations directes avec de larges secteurs d'activité du CHUV: l'anesthésiologie, l'hygiène hospitalière, la pharmacie, la dialyse, les laboratoires, tous les services de la logistique générale, du service de maison à la restauration. Nous avons avec eux des rapports excellents et très enrichissants. Nous avons aussi des contacts avec le cœur de l'hôpital, les urgences, le bloc opératoire, les soins intensifs, le centre des grands brûlés... J'ai un énorme respect pour les collaborateurs de ces services, leur professionnalisme, leur réactivité aux coups durs, leur précision, leur quasi non-droit à l'erreur, ils sont impressionnants et doivent être un exemple pour nous.

Un chef, c'est quoi, à vos yeux?

P. C. - «J'ai essayé, à mon niveau, d'appliquer le principe selon lequel la seule autorité

valable est celle de la compétence. J'ai pratiqué une politique systématique de formation continue pour toute l'équipe, à commencer par moi-même. J'ai notamment suivi des formations spécifiques sur le traitement et la chimie de l'eau, sur les gaz médicaux et la physique des gaz, j'ai obtenu un brevet fédéral sur les toxiques 1 à 5. Je dois souligner que nous avons été encouragés à le faire par notre direction et que c'était la bonne voie à suivre, malgré le poids que représente la formation continue dans la gestion du travail de tous les jours.

Et sur un plan plus personnel?

P. C. - «On dit souvent que j'ai une nature généreuse. J'ai toujours été loyal. Je n'aime pas les coups tordus, c'est vraiment épidermique chez moi. Avec l'équipe, j'ai toujours été le copain de tout le monde mais le proche ami de personne. Sans être trop autoritaire, s'il faut cependant qu'une chose soit dite, alors je n'ai jamais hésité à le faire. En plus, comme j'ai des origines italiennes et que je parle facilement avec les mains, ça a parfois été animé. J'ai toujours encouragé les gens à s'exprimer, à ne pas avoir peur de le faire.

«Je me souviens de la construction de la centrale à oxygène qui sont les 2 citernes blanches que l'on voit à l'extérieur de la Maternité. Le directeur général de l'époque, Charles Kleiber, qui avait aussi à la base une formation d'architecte, trouvait que le coût de l'opération était excessif. J'ai été convoqué à une grande séance à laquelle participait notamment le conseiller d'Etat Claude Ruey, Charles Kleiber lui-même, le directeur de l'Office des constructions et quelques-uns de ses collaborateurs. Je n'étais pas vraiment à l'aise, je me sentais un peu sur un banc d'accusé au tribunal. J'ai présenté et défendu le rapport que nous avions préparé et qui était signé par le patron du service technique de l'époque, à ce moment-là en vacances. J'ai expliqué ce que nous voulions faire et comment nous voulions le faire. J'ai dû être convaincant parce qu'au final, ça a passé.

«A vrai dire, je crois que mon style est un peu en perte de vue. J'ai de la peine parfois à voir que les gens ne s'identifient plus à leur entreprise.»

«J'aime les choses qui bougent»

Philippe Carrara est marié depuis 1969. Il a deux enfants, une fille et un fils, et trois petits-enfants, de 3 à 13 ans. «J'adore mes petits-enfants, j'ai toujours essayé de faire en sorte que mon travail ne mange pas ma vie de famille. J'incite mes enfants à faire de même. Il faut bien travailler mais il n'y a pas que le boulot dans la vie.» Comment voit-il sa retraite?

«Je vais d'abord prendre des vacances. Un mois. Je vais un peu oublier le CHUV, même si je le vois depuis chez moi et que je vais le citer 10 fois par semaine au début. De toute façon, je vais continuer à cultiver l'amitié avec des ami(e)s que je me suis faits au CHUV.

«Ça va faire un trou, c'est sûr, mais j'ai provoqué cette coupure par une retraite anticipée, donc à moi de l'accepter. Je pars sans arrière-pensée. Comme je ne suis pas un adepte des feuilletons brésiliens de la télé, je vais m'occuper en prenant un mandat ou deux, continuer par exemple, de participer à l'association suisse des ingénieurs hospitaliers, dans les groupes de travail gaz médicaux et dialyse, (j'y suis le seul représentant romand, jusqu'à fin 2007). Je vais également travailler sur quelques projets avec des collègues des hôpitaux régionaux. Mais j'ai aussi envie de voir autre chose.

«Comme souvent, à la maison, les cordonniers sont les plus mal chaussés. Chez nous, c'est plutôt ma femme qui doit faire le plombier. J'ai bien posé une fois la tapisserie mais je ne recommencerai pas. Je préfère le sport et la nature à ce type de travail. Aujourd'hui je fais du ski de fond, du vélo, des marches en montagne, de la raquette à neige, des balades avec le chien, un petit chien qui est un bon marcheur.

«Je ne suis pas un modèle de patience, j'aime les choses qui bougent. Pour exemple, en exagérant un peu, je mets le même temps pour visiter tout le Palais de Schönbühl que ma femme pour ausculter une seule pièce du château. Mais je ne déserte pas. J'essaie de partager le maximum de choses avec elle et ma famille. En musique par exemple, j'ai appris il y a trente ans à découvrir la musique classique et l'opéra, c'est passionnant. Ça ne m'empêche pas d'aimer les Rolling Stones.»

Un exemple d'action et de formation Les opérateurs du caisson hyperbare

La thérapie hyperbare se déroule, comme son nom l'indique, dans un environnement ayant une pression supérieure à la pression atmosphérique. Pratiquement, il s'agit de placer un patient dans un caisson hyperbare et de le soumettre à une pression ambiante augmentée (pressurisation, compression). On peut ainsi administrer de l'oxygène à haute concentration et sous haute pression.

L'oxygénothérapie hyperbare traite essentiellement:

- les accidents de plongée (paralysie, troubles de la sensibilité, coma),
- les embolies gazeuses
- les intoxications au monoxyde de carbone volontaires ou accidentelles,
- des lésions induites par la radiothérapie,
- des lésions ischémiques et des nécroses (polytraumatisme, troubles circulatoires).

La thérapie hyperbare est réalisée au CHUV depuis 1964. Elle est rattachée au Service de médecine intensive adulte, sous la supervision de la professeure Marie-Denise Schaller, médecin cheffe, et du professeur René Chioléro, chef du service. L'équipe bénéficie, depuis de nombreuses années, du soutien d'un médecin associé bénévole, le Dr Francis Héritier, certifié en médecine hyperbare et de plongée.

Afin de répondre aux exigences définies par la Société suisse de médecine subaquatique et hyperbare, ainsi qu'au Code européen de bonnes pratiques, il a été décidé de créer une équipe de techniciens-opérateurs. La Direction générale a soutenu financièrement le projet et a permis son développement. Il a été mené à bien grâce à la collaboration du Service technique, en particulier de son chef, Christian Blanc, et de Philippe Carrara.

Marie-Denise Schaller évoque la personne et le travail du chef de l'atelier des sanitaires en termes élogieux: «C'était un homme toujours souriant, agréable avec les gens, qui s'investissait à fond. Il était très compétent professionnellement. Il travaillait vraiment pour le CHUV, il avait le sens de l'institution. Personne n'est irremplaçable sans doute, mais à propos de quelqu'un comme Philippe Carrara, on a aussi envie de dire que personne ne peut être remplacé.»

Des opérateurs spécifiquement formés

En juin 2006, dix collaborateurs de l'atelier des sanitaires ont suivi avec succès une formation, théorique et pratique, sur la manipulation des caissons hyperbares thérapeutiques (compression et décompression des patients). Cette formation a été dispensée par un instructeur agréé, de l'Institut national de plongée professionnelle de Marseille.

Au cours de cette formation, les nouveaux opérateurs diplômés ont acquis la connaissance:

- des éléments de physique applicables à la pratique de la médecine hyperbare,
- des effets de la pression sur l'homme et les mesures à prendre pour y faire face,
- de l'utilisation des tables de décompression applicables,
- de tous les éléments de l'installation hyperbare, y compris la préparation, les contrôles préliminaires de sécurité, la mise en place des procédures de compression/décompression.

Bénéfices de l'opération

Cette formation permet aux opérateurs de l'atelier d'assister le Service de médecine intensive adulte (SMIA) qui, jusqu'alors assumait l'ensemble de la prestation, en engageant un médecin comme opérateur caisson. Le manque de personnel médical entraînait des délais de prise en charge ou des transferts externes qui n'ont plus lieu aujourd'hui.

La collaboration instaurée avec le SMIA a par ailleurs permis:

- d'améliorer la sécurité des éléments mécaniques, par un contrôle technique avant, pendant et après les interventions de pressurisation,
- d'effectuer les thérapies répétitives, par exemple lors de paralysies après accident de décompression chez les plongeurs, lors d'intoxication au monoxyde de carbone, y compris chez les patients brûlés,
- d'assurer le service de maintenance, de surveillance et de sécurité technique, en anticipant l'augmentation et la complexité des contrôles techniques d'un nouveau caisson, dont l'acquisition est projetée¹.



Les 10 opérateurs réunis au cours de leur formation, avec leur instructeur, Georges Prévot et le Dr Francis Héritier. De gauche à droite, debout : Jean-Claude Blumenthal, Timothée Belluoccio, Georges Prévot, Francis Héritier, Olivier Wuthrich, Michael Springett, Marco Sancesario, Christophe Legeret, Nicola Sampogna. Accroupis : Maurice Mégroz, José Coelho, Jean-Jacques Rapit.

Concrètement, ces nouveaux opérateurs ont pour mission:

- d'être présent sur appel du SMIA dans les 30 minutes au maximum, 7 jours sur 7, 24h sur 24 (un intervenant interne est programmé chaque jour et un piquet à domicile organisé pour les nuits et les week-ends);
- d'assister les soignants du SMIA, par la prise en charge des manipulations techniques et la surveillance de pressurisation/dépressurisation pendant toute la phase de soins nécessaire à une thérapie programmée par le médecin responsable;
- exceptionnellement, de mettre un second opérateur à disposition pour accompagner le personnel des soins et le patient à l'intérieur du caisson, afin d'y effectuer des missions non thérapeutiques, déterminées par le médecin responsable.

Une motivation supplémentaire

Cette nouvelle activité représente une motivation supplémentaire pour les collaborateurs concernés. Ces techniciens opérateurs certifiés ont presque tous eu l'occasion d'exercer leur nouvelle fonction, à plus de 40 reprises, aussi bien de jour que de nuit. Leur disponibilité et leur savoir-faire sont très appréciés par l'équipe médicale. La manipulation technique par de vrais professionnels a nettement amélioré la pratique de l'oxygénothérapie hyperbare depuis juillet 2006. Cette collaboration entre le SMIA et l'atelier des sanitaires est une première étape vers le développement d'un centre de thérapie hyperbare au CHUV.

(Ce texte est largement inspiré d'un rapport rédigé par Marie-Denise Schaller, Christian Blanc et Philippe Carrara: «Collaboration entre le Service de médecine intensive adulte et le Service technique du CHUV dans le cadre de la médecine hyperbare»).

¹ L'actuel caisson hyperbare date des années 60. Il ne permet pas de pratiquer toutes les thérapies indiquées en médecine hyperbare. L'acquisition d'un nouveau caisson plus performant, permettant d'élargir la palette des traitements, est envisagée depuis quelques années.

.....Etude sur les femmes développant un diabète pendant la grossesse.....

Les effets bénéfiques d'une prise en charge infirmière de

Kétia Alexandre, infirmière clinicienne spécialisée à l'Unité de diabétologie CHUV-PMU, a reçu le Prix 2006 de la FEND, la Fédération européenne des infirmières en diabétologie. Ce prix lui a été décerné pour l'étude qu'elle a menée sur les effets d'une prise en charge infirmière de première ligne des femmes développant un diabète pendant leur grossesse (diabète gestationnel)¹.



© CEMAV

Kétia Alexandre (à droite sur la photo) est Canadienne. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal et d'un diplôme d'infirmière clinicienne spécialisée en diabétologie obtenu au Centre romand d'éducation permanente. Elle a été engagée au CHUV en l'an 2000 où elle a travaillé au Service de médecine interne, en cardiologie et soins continus de chirurgie cardiaque. Depuis 2002, Kétia Alexandre est infirmière clinicienne spécialisée à l'Unité de diabétologie CHUV-PMU.

L'étude a montré que la prise en charge infirmière en première ligne des femmes concernées a un triple effet:

- Elle diminue les conséquences pour le bébé du diabète gestationnel de la mère.
- Elle améliore la sensibilisation des patientes à la prévention du diabète.
- Elle améliore également la prise en compte des besoins spécifiques des femmes présentant un diabète gestationnel.

Un diabète gestationnel présente des risques de complications à long terme pour la mère, si le diabète s'installe, et pour le bébé: excès de poids à la naissance, malformations congénitales, syndrome de détresse respiratoire, hypoglycémie. Ce diagnostic peut donc provoquer une anxiété légitime chez les patientes concernées. Il existe cependant des mesures de prévention efficaces si elles sont prises à temps. Ces mesures nécessitent un suivi spécialisé et intensif, sur un court laps de temps, ainsi qu'un apprentissage et un soutien par rap-

port à la maladie et à son traitement, dans la mesure où elles représentent beaucoup d'efforts au quotidien pour les patientes.

L'étude visait donc un double objectif:

1. Evaluer les effets de la prise en charge infirmière sur l'évolution du diabète gestationnel de la mère et sur ses conséquences pour le bébé.
2. Evaluer la satisfaction des patientes quant aux soins infirmiers reçus.

Effets de la prise en charge

L'étude a porté sur les femmes présentant un diabète gestationnel suivies à la Maternité du CHUV ou par un gynécologue en ville. Avant le démarrage de l'étude, il n'y avait pas de consensus sur les critères qui conduisaient à référer les patientes à la consultation de diabétologie. Leur prise en charge intervenait généralement trop tardivement.

Le premier travail a consisté à déterminer

les critères d'un dépistage systématique, précoce et consensuel sur la base duquel les patientes seraient prises en charge par la consultation de diabétologie.

Le deuxième pas a permis d'élaborer un programme de prise en charge, avec un suivi hebdomadaire du traitement et de son accompagnement (intégrant notamment une information sur les risques de développer un diabète plus tard et une formation diététique sur une alimentation équilibrée et régulière). Ce programme a été élaboré sur la base d'une approche interdisciplinaire, toutes les disciplines concernées ont participé à sa conception. Mais il attribue à l'infirmière le rôle central. C'est l'infirmière qui est en première ligne pour appliquer les procédures discutés ensemble.

Les résultats obtenus par cette nouvelle méthode de prise en charge ont été enregistrés pendant deux ans, de septembre 2004 à septembre 2006. Ils concernent 68 patientes. Ils ont ensuite été comparés aux résultats enregistrés avant 2004 (auprès de

¹ «Impact on perinatal outcomes and quality of care in women with gestational diabetes when diabetes nurse is in first line». Cette étude a été menée en collaboration avec Chantal Montreuil, infirmière, et sous la supervision des Drs Sandra Beer, Sophie Perret, et Juan Ruiz, chef de l'Unité de diabétologie.

première ligne



L'équipe de l'Unité de diabétologie.

L'Unité de diabétologie

L'Unité de diabétologie fait partie du Service d'endocrinologie, métabolisme et diabétologie du CHUV. Elle est rattachée à la PMU et au CHUV. Elle réunit, sous la direction du Dr Juan Ruiz, un chef de clinique, quatre médecins assistants, quatre infirmières et trois diététiciennes.

L'unité assure les consultations hospitalières demandées par les services et les consultations ambulatoires de diabétologie. Elle donne également des cours aux personnes diabétiques et à leur entourage ainsi qu'aux professionnels de la santé et développe la recherche dans sa spécialité. C'est en outre le centre de référence pour la Suisse pour les pompes à insuline.

151 patientes). Le bilan s'est révélé positif sur tous les plans, et d'abord sur l'état de santé du bébé à la naissance.

Problèmes du bébé à la naissance	Avant 2004	Etude 2004-2006
Macrosomie (excès de poids)	44%	3%
Malformation congénitale	6%	1%
Syndrome de détresse respiratoire	12%	3%
Hypoglycémie	15%	13%

Le nombre de femmes qui effectuent un contrôle de leur glycémie dans les huit à douze semaines après l'accouchement a également considérablement augmenté. Il est passé de 47% à 72%. Ce premier pas vers un contrôle régulier du taux de glycémie est important, même si le test est bon après la naissance. 50% des patientes qui ont présenté un diabète gestationnel sont en effet susceptibles de développer un diabète de type 2 par la suite. Le respect de mesures de prévention du diabète (activité physique, alimentation équilibrée) reste donc essentiel.

Satisfaction des patientes

La satisfaction des patientes a été mesurée grâce à un questionnaire abordant 51 items sur une échelle de 0 à 10. Exemple.

Item: L'infirmière en diabétologie...	
me traite comme une femme à part entière	
Degré d'importance	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Degré de satisfaction	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
essaie de voir les chose de mon point de vue	
Degré d'importance	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Degré de satisfaction	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
sait ce qu'elle fait, est compétente	
Degré d'importance	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Degré de satisfaction	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
me reconforte	
Degré d'importance	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Degré de satisfaction	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour les patientes qui ont répondu au questionnaire, les critères qui ont le plus d'importance sont les suivants:

- L'infirmière répond clairement à mes questions (note moyenne 9.76).
- L'infirmière me démontre du respect (9.62).

- L'infirmière m'explique les mesures de précaution à prendre pour assurer ma sécurité (9.61).

Les items qui ont obtenu le score de satisfaction sont les suivants:

- L'infirmière me démontre du respect (note moyenne 9.90).
- L'infirmière m'écoute attentivement quand je parle (9.90).
- L'infirmière m'apprend ce qu'est le diabète gestationnel (9.87).

Globalement, les résultats sont très satisfaisants par rapport aux dimensions de soins les plus importantes aux yeux des patientes.

Dimension des soins	Degré d'importance	Degré de satisfaction
Enseignement/apprentissage	9.15	9.56
Assistance en regard des besoins	9.15	9.44
Humanisme/prise de conscience/espoir	9.15	9.42

.....Inauguration des nouvelles installations de la Stérilisation centrale.....

La qualité des prestations et des conditions de travail a pris l'ascenseur

La stérilisation centrale et ses installations avaient l'âge du CHUV, c'est-à-dire un quart de siècle. Il était temps de les adapter aux exigences du jour. C'est fait. Les nouvelles installations du service ont été inaugurées, le 22 mars dernier, en présence du conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, et du directeur général des Hospices-CHUV, Bernard Decrauzat.



Le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard lors de son allocution: « Après 25 ans de service, l'investissement consenti dans la rénovation de votre outil de travail était nécessaire. Mais il en valait d'autant plus la peine qu'il répond à votre investissement personnel et collectif. »

Installé au niveau 04 du bâtiment hospitalier du CHUV, le Service de stérilisation centrale est aujourd'hui un centre de référence et de compétences reconnu dans toute la Suisse.

Le premier pas vers cette reconnaissance a été franchi lorsque le service s'est engagé parmi les premiers dans un processus qualité. Ces efforts ont été récompensés par une certification en 1998 déjà, il y a bientôt dix ans, et renouvelée depuis.

Le deuxième pas vers cette reconnaissance, c'est le combat qui a été mené par le chef de service, Frédy Cavin, pour que chaque collaboratrice et collaborateur bénéficie d'une formation spécifique reconnue officiellement. Ces efforts devraient d'ailleurs connaître un autre résultat réjouissant, avec la mise sur pied, au niveau fédéral, d'une nouvelle formation CFC de trois ans en stérilisation.

Une centaine de clients externes

La stérilisation centrale du CHUV a déjà plus d'une centaine de clients externes, des clients très divers puisqu'il s'agit aussi bien de la PMU dentaire que de cabinets médicaux, d'EMS, de CMS, des prisons du canton de Vaud, ou encore d'entreprises qui développent des nouveaux systèmes médicaux.

Avec les nouvelles installations en fonction depuis le début de l'année et inaugurées en mars dernier, la stérilisation centrale a la possibilité d'étendre encore son réseau de collaborations. Le 1er septembre prochain, elle va reprendre la stérilisation de l'Hôpital de l'Enfance. Et des réflexions sont en cours dans la même perspective avec l'Hôpital orthopédique et la Clinique Longeraie.

Un réseau qui s'étend

Cette attractivité du service de stérilisation du CHUV s'exerce même assez loin à la

ronde dans le domaine des dispositifs médicaux spéciaux. Plusieurs établissements qui ont l'intention de ne plus assurer par eux-mêmes la stérilisation de ces dispositifs spéciaux, faute d'avoir la masse critique suffisante, ont approché le service du CHUV pour savoir s'il pourrait prendre la relève. Les demandes viennent d'Yverdon-les-Bains, de Monthey, de Neuchâtel, et même d'Interlaken et du Tessin.

Comme l'a souligné le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard au cours de son intervention, ces collaborations sont de plus en plus indispensables. Elles contribuent à l'amélioration de notre système de santé, puisqu'elles permettent d'assurer les meilleures prestations pour tous, tout en favorisant la maîtrise des coûts. «Après 25 ans de service, a-t-il ajouté, l'investissement consenti dans la rénovation de votre outil de travail était nécessaire. Mais il en valait



Le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard accueilli par Frédéric Cavin, chef de Service. Au centre, Hélène Brioschi Lévi, directrice des soins. À droite, André Pannatier, chef de la Pharmacie du CHUV.



Bernard Decrauzat: «Cette inauguration me fournit une magnifique occasion de dire merci à Frédéric Cavin et à l'équipe qui l'entoure.»



Tous les équipements de lavage et de stérilisation sont installés à double: à gauche, pour les chariots, à droite, pour les instruments chirurgicaux et toutes sortes de dispositifs médicaux.

d'autant plus la peine qu'il répond à votre investissement personnel et collectif dans un service rarement mis en vitrine mais essentiel à la vie hospitalière, ne serait-ce que dans la lutte contre les infections nosocomiales.»

Le double apport des nouvelles installations

Les installations de la Stérilisation centrale sont aujourd'hui conformes aux nouvelles exigences. La qualité et la sécurité des appareillages et des prestations fournies s'en trouvent renforcées. Tous les systèmes existent désormais à double - pour laver et stériliser les chariots, les instruments chirurgicaux et toutes sortes d'autres dispositifs médicaux - de manière à assurer la continuité du service en cas de panne ou d'entretien.

Avec le changement de décor intervenu à la suite des travaux, les conditions de travail

se sont aussi nettement améliorées. Les collaboratrices et collaborateurs du service disposent de plus d'espace. La couleur des locaux, un jaune lumineux sans être agressif, est plus conviviale. Les nouvelles machines font beaucoup moins de bruit et dégagent moins de vapeur d'eau. La température ambiante est plus agréable et les nuisances sonores sont remplacées par la diffusion en permanence d'une des radios préférées du personnel.

«Le grand jour, pour vous, ce fut en janvier dernier, a lancé Bernard Decrauzat à l'ensemble des collaborateurs réunis pour l'inauguration. Quand les travaux ont été terminés après plusieurs mois pendant lesquels vous avez vécu difficilement, dans un espace plus réduit et à proximité du bruit des marteaux-piqueurs. C'était malheureusement le prix à payer pour maintenir l'activité vitale de la stérilisation

centrale pendant la durée des travaux. Je tiens à souligner au passage que vous avez supporté le choc sans augmentation d'effectifs. Je vous en félicite et je vous en remercie.

«Cette inauguration n'a donc rien de factice. Elle marque au contraire un changement important pour la stérilisation centrale, qui dispose désormais d'un outil de travail plus accueillant et plus performant pour traiter les 3'600 articles différents qui passent entre ses mains.

«Cette inauguration me fournit enfin une magnifique occasion de dire merci à Frédéric Cavin et à l'équipe qui l'entoure ou qui l'a entouré au cours de ces dernières années, pour l'excellence du travail accompli au service du CHUV et de l'ensemble du réseau de soins. Un très chaleureux merci à toutes et à tous.»

Un défi du Service vaudois de transfusion sanguine

Mobiliser les donneurs pour pouvoir remplir ses missions

La mission du Service vaudois de transfusion sanguine est indispensable aux activités du CHUV et des autres hôpitaux du canton. Leur approvisionnement en sang et en produits sanguins n'est possible que grâce aux donneurs volontaires et bénévoles. Or le recrutement de nouveaux donneurs est de plus en plus difficile, surtout en ville. En période creuse, en particulier l'été, le service a la chance de pouvoir compter sur la proximité du réservoir des collaborateurs et des collaboratrices du CHUV dont la solidarité dans ce domaine n'est plus à démontrer.



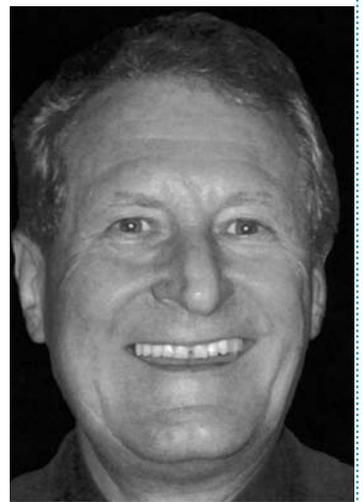
Le professeur Jean-Daniel Tissot, nouveau chef du service.

Le départ du Dr Philippe Schneider

Le Dr Philippe Schneider a dirigé le Service vaudois de transfusion sanguine de 1985 à fin 2006.

Toujours brillant, passionné, attentif, il a développé, au fil des années, une institution au service des donneurs de sang et des patients. Il a su transmettre son savoir et ses valeurs.

Sa volonté et sa ténacité ont notamment permis de développer une activité de recherche originale et de rapprocher le service du CHUV, en créant l'Unité de médecine transfusionnelle. La direction générale des Hospices-CHUV s'associe aux chaleureux remerciements qui lui sont adressés par son équipe pour l'ensemble de son travail.



Le nombre de personnes qui peuvent être appelées à donner leur sang a certes encore augmenté en 2006 (+6%). Mais plusieurs signaux d'alerte sont allumés.

1. Malgré plusieurs campagnes promotionnelles ciblées dans la région lausannoise, le nombre de donneurs actifs au centre fixe de Lausanne, rue du Bugnon 27, continue de régresser (-2% par rapport à 2005). C'est l'équipe mobile qui parvient pour l'instant à compenser cette perte (+3.3%).
2. Le nombre de nouveaux donneurs au centre fixe de Lausanne est nettement à la baisse (-19% entre 2001 et 2006).
3. Le site fixe de prélèvements de sang à l'Hôpital de Nyon, ouvert le 1^{er} février 2006, a affiché une affluence inférieure aux attentes.

Résultat: les prélèvements de sang complet ne permettent pas de couvrir les besoins du canton en concentrés érythrocytaires¹. Le Service est contraint de se ravitailler auprès d'autres régions, surtout au cours de la période estivale. 1'838 concentrés

érythrocytaires ont été achetés à l'extérieur en 2006, soit une augmentation de 3.6% par rapport à 2005.

Peut-on espérer que les recherches en cours débouchent sur la possibilité de produire du sang, par exemple à partir de cellules souches? La réponse du professeur Jean-Daniel Tissot est claire. Il n'y a rien à l'horizon qui soit commercialisable. Même si des progrès théoriques peuvent être envisagés à l'avenir, les coûts de fabrication des molécules seraient prohibitifs.

Le service a donc décidé de renforcer ses efforts de promotion du don du sang pour faire face à la situation. Il en a confié la responsabilité à l'un des directeurs adjoints, Massimo Benzoni. Il a pour mission de recruter de nouveaux donneurs et de fidéliser les donneurs inscrits, d'assurer les relations avec les associations bénévoles et de définir les stratégies de planification de la production.

Changements à bord

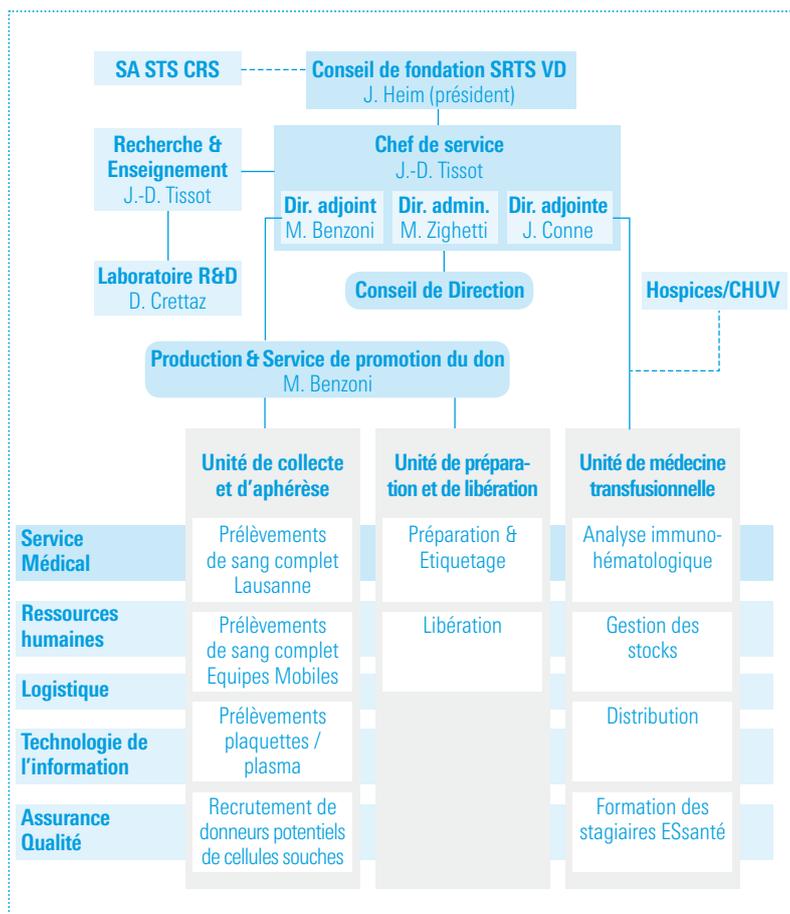
Le professeur Jean-Daniel Tissot est devenu médecin-chef du Service vaudois de transfu-

sion sanguine le 1er janvier 2007. Il succède au Dr Philippe Schneider, qui a pris sa retraite après avoir dirigé le service pendant plus de vingt ans, de 1985 à 2006. Comme le dit Jean-Daniel Tissot, «c'est avec beaucoup de reconnaissance, d'émotion, et surtout d'amitié que le personnel, la direction et le Conseil de Fondation ont pris congé de lui.» (voir ci-dessus).

Tout au long de ses derniers mois d'activité, Philippe Schneider a notamment appuyé la réorganisation du service en vue de faire coller ses structures aux processus et d'assurer sa succession dans les meilleures conditions possibles.

Trois unités au lieu de deux

Le service est désormais composé de trois unités. Il en comptait deux jusqu'ici: l'Unité de médecine transfusionnelle et l'Unité de prélèvement et de production. Cette dernière a fait place à deux unités opérationnelles distinctes: l'Unité de collecte et d'aphérèse², et l'Unité de préparation et de libération des produits. Ces deux entités opérationnelles sont coiffées par un responsable de la production et de



Installation de filtration du sang.

la promotion, Massimo Benzoni, mentionné plus haut.

Les structures transversales sont également quelque peu modifiées. Un service médical, en phase pilote depuis la fin de l'année 2005, est créé et confié au Dr. Giorgia Canellini. Spécialiste FMH en médecine interne et en hématologie et spécialiste FAMH en analyses médicales hématologiques, Mme Canellini poursuit sa formation en médecine transfusionnelle.

Le service «logistique» est scindé en deux. Les activités logistiques proprement dites sont confiées à Xavier Flambert, le service «technologie de l'information» restant sous la supervision de Charles Munk.

L'Unité de médecine transfusionnelle

En 1997, les Hospices-CHUV ont décidé de créer une Unité de médecine transfusion-

nelle au CHUV et d'en confier, par convention, la gestion au Service vaudois de transfusion sanguine. Cette unité est installée au niveau 18 du bâtiment hospitalier du CHUV depuis septembre 2000, suite au regroupement des activités du Laboratoire central d'hématologie et des laboratoires de sérologie transfusionnelle du Service vaudois de transfusion sanguine.

L'unité, dont le professeur Jean-Daniel reste le directeur, a pour mission:

- d'organiser la gestion du stock et la distribution des produits sanguins labiles, destinés aux patients du CHUV et des autres établissements sanitaires du canton,
- d'effectuer les analyses immuno-hématologiques pour les patients du CHUV et des autres établissements sanitaires du canton (environ 90'000 analyses par an),
- d'assurer l'application des bonnes pratiques en matière transfusionnelle, notam-

Un centre de référence

Au 31 décembre 2006, le Service vaudois de transfusion sanguine comptait 73 collaborateurs pour 54 emplois plein temps et pour un chiffre d'affaires annuel supérieur à 12 millions de francs. Le service est:

- certifié ISO 9001:2000
- accrédité ISO 17025:2005
- et accrédité JACIE pour le programme «cellules souches».

ment par la mise en place d'un système de contrôle continu de la qualité et d'un système d'hémovigilance,

- d'assurer les consultations médicales en hémothérapie et immuno-hématologie,
- de participer à la formation du personnel médical, infirmier et de laboratoire, dans les domaines de sa spécialité,
- de développer des programmes de recherche. Dans ce domaine, l'unité participe au programme lausannois de transplantation de cellules souches hématopoïétiques et au programme de recherche en protéomique³

¹ C'est-à-dire adaptés aux caractéristiques du sang d'un individu, selon la variété d'agglutinogène (antigène situé sur les globules rouges) et d'agglutinine (anticorps se trouvant dans la partie liquide du sang) que cet individu possède. Ces propriétés permettent d'assurer la compatibilité de la transfusion sanguine entre donneur et receveur.

² L'aphérese est une technique utilisée en hématologie. Elle consiste à prélever un ou plusieurs composants du sang (les globules blancs ou le plasma par exemple) en utilisant une machine permettant le tri des composants que l'on désire extraire. Les autres composants sont redonnés au patient que l'on appelle le donneur. Quelques exemples d'aphérese:
- La thrombocytophèrese qui correspond au prélèvement sélectif de plaquettes.
- La leucaphérese correspondant au prélèvement de leucocytes.
- La plasmaphérese correspondant au prélèvement du plasma.

³ Science qui étudie les protéomes, c'est-à-dire l'ensemble des protéines d'une cellule, d'un tissu, d'un organisme ou d'un liquide biologique à un moment donné et sous des conditions données.

Produits sanguins distribués en 2006

Concentrés érythrocytaires	28'868
Concentrés plaquettaires (2.5 unités)	605
Concentrés plaquettaires (5 unités)	2'001
Plasmas frais congelés	8'239
Total (dont 52% au CHUV)	39'713

.....Création d'un master en sciences infirmières en Suisse romande.....

Ce nouveau programme de formation universitaire verra le jour en 2008

«Les infirmières vont prendre du grade», «bientôt des infirmières d'élite romandes», ces titres des grands journaux romands annonçaient, en mars dernier, la création d'un master en sciences infirmières en Suisse romande. Dès la rentrée 2008, les titulaires d'un bachelor en soins infirmiers ou d'un titre équivalent pourront en effet se spécialiser dans le cadre d'un nouveau master.



De gauche à droite:

- André Laubscher, Directeur soins infirmiers, Hôpitaux universitaires de Genève
- Jean-Claude Chevrolat, Faculté de médecine, Université de Genève
- Cornélia Oertle-Bürki, Cheffe de projet, HES-SO
- Pierre Théraulaz, Président de l'Association suisse des infirmières et infirmiers
- Christiane Augsburg, Fondation La Source
- Anne-Catherine Lyon, Conseillère d'Etat, Présidente du Comité stratégique de la HES-SO
- Alain Pécoud, Chef du DUMSC-CHUV, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne
- Hélène Brioschi Levi, Directrice des soins, CHUV

Cette nouvelle formation est l'aboutissement d'un long travail, commencé en 1997, et qui a débouché sur une collaboration étroite entre plusieurs écoles et institutions du secteur tertiaire, en l'occurrence:

- les universités de Lausanne et de Genève, avec leur facultés de médecine,
- la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO),
- le CHUV et les Hôpitaux universitaires de Genève,
- la Fondation La Source,
- et l'Association suisse des infirmières et infirmiers.

Le nouveau master sera placé sous l'égide de la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne, qui créera dans ce but un institut d'enseignement et de recherche en soins infirmiers au sein du Département universitaire de médecine et santé communautaires du CHUV. Son directeur, le professeur Alain Pécoud, qui est également vice-doyen de la Faculté de biologie et de médecine, a d'ailleurs joué un rôle important au moment de la finalisation du projet.

Cette initiative vient combler une lacune en

Suisse romande. Car des formations similaires sont déjà offertes à Bâle, depuis l'an 2000, et depuis bien longtemps à l'étranger. «Nous avons cent ans de retard, explique avec humour Hélène Brioschi Levi, directrice des soins au CHUV. J'ai dû traverser l'Atlantique pour me former en sciences infirmières, ce qui n'est pas négatif en soi, mais j'y ai vu des écoles fondées il y a plus d'un demi-siècle!»

Pour Hélène Brioschi Levi, le besoin d'un tel master relève de l'évidence. L'augmentation des affections chroniques et très aiguës, le vieillissement de la population, le phénomène des migrants, le recours à des structures toujours plus diversifiées (CMS, EMS, médecine communautaire, milieu carcéral), toutes les évolutions poussent à la hausse des qualifications des cadres infirmiers.

Le master s'adressera en premier lieu aux titulaires d'un bachelor en soins infirmiers HES-SO ou d'un diplôme équivalent en soins infirmiers. La possibilité de l'élargir aux autres professions de la santé non médicales, voire aux titulaires d'un bachelor universitaire apparenté, sera étudiée dans un second temps.

Trois axes de formation

Cette formation s'articulera autour de trois axes:

1. Une formation approfondie dans les pratiques professionnelles et leur évaluation avec des accents particuliers sur le travail pluridisciplinaire, les modes d'organisation, l'adéquation des soins, la santé communautaire, l'innovation technologique et le consulting clinique.
2. L'approfondissement des méthodologies en rapport avec le développement de la recherche appliquée et clinique; l'implication dans des recherches, notamment dans les domaines de la santé communautaire, des affections cardio-vasculaires, de l'oncologie et des soins palliatifs; le développement de compétences dans le domaine des sciences humaines (philosophie, éthique, etc.); et le développement d'études d'impacts et de recherches-actions concernant des problématiques émergentes, par exemple dans le domaine de la nutrition.
3. La formation de la relève des enseignants dans les HES et les écoles professionnelles.

Le CHUV espère avoir une trentaine de collaboratrices et collaborateurs ainsi formés dans les cinq ans qui suivront l'ouverture de la filière et les HUG misent sur huit à dix engagements par année.

La personne responsable de cet institut sera nommée avec rang professoral selon les procédures en vigueur à l'Université de Lausanne. Cette personne, directeur ou directrice, sera appuyée par un Conseil de l'institut, constitué par des représentants des partenaires du projet. Ce dispositif mis en place pour une période initiale sera évalué après 5 ans de fonctionnement.

Le financement de l'institut sera assuré pour une part essentielle par le CHUV et la HES-SO avec des contributions conséquentes de tous les autres partenaires du projet.

L'institut entrera en fonction en 2008. Sa direction doit encore être nommée. Une communication sur la date et les conditions d'inscription sera faite dès que l'organisation sera mise en place.

.....Le projet OUI entre dans sa phase de mis en œuvre

Améliorer ses connaissances informatiques de base pour mieux vivre son outil de travail et dans la vie quotidienne

«L'informatique, pour vous, c'est quoi?» C'est le premier thème du questionnaire d'évaluation des connaissances en informatique mis en place par le projet OUI¹. Le projet cherche en effet à associer l'aspect ludique à l'aspect professionnel de la formation dans la mesure où les connaissances acquises peuvent aussi être utiles dans la vie quotidienne et les loisirs (e-banking, gestion des photos, achats ou réservation de billets sur internet, téléphone mobile, etc.).



Nathalie Horvath Hasenauer est cheffe du projet OUI. Raul Prieto, expert en formation informatique, et Olivier Baillo, expert en informatique, complètent l'équipe de projet.

les besoins en formation de chaque collaborateur.

Le dispositif combine cours collectifs traditionnels, formation individualisée, ateliers en groupes, évaluation des connaissances acquises et de leur mise en pratique.

Dans un deuxième temps, des cours optionnels sont également prévus pour les collaborateurs qui désirent stimuler leur intérêt pour l'informatique par des ateliers qui répondent à leurs besoins privés.

Il s'agit de permettre l'acquisition des savoirs et des savoirs-faire en adaptant le temps de formation aux besoins spécifiques et aux rythmes d'apprentissage de chacun.

Le projet OUI fait partie du Plan stratégique 2004-2007 des Hospices-CHUV. Il est né d'un constat fait dès 2004 par l'équipe du 122, la hotline de dépannage de l'Office informatique. De nombreux appels étaient dus, non à des pannes, mais à des lacunes des utilisateurs en matière de connaissances de base de l'informatique et de ses outils. L'étude lancée à partir de ce constat a montré que ces lacunes concernaient 40% des utilisateurs, soit environ 2200 des 5600 collaborateurs concernés.

Il est vrai que les nouvelles technologies ont considérablement modifié notre environnement professionnel (et quotidien) ces dernières années. Pour s'en tenir aux Hospices-CHUV, le nombre des applications informatiques a été multiplié par 5 en dix ans. De 1995 à 2004, elles sont passées de 30 à 150 et tous les secteurs d'activité sont touchés. A titre d'exemple révélateur, le changement d'un néon nécessite aujourd'hui la connaissance d'une application informatique.

Un écart s'est souvent creusé entre les technologies de pointe et nos compétences de base. Il en résulte que nous ne maîtrisons pas toujours de manière adéquate les outils sophistiqués à disposition et qui font désormais partie de notre quotidien professionnel.

Le périmètre du projet

Les éléments de contenus considérés comme connaissances de base ont été élaborés par l'équipe de formation informatique. Des groupes de référence indispensables à l'intégration des problèmes concrets ont été associés à la préparation et à la mise en œuvre du projet. Il s'agit en particulier des répondants informatiques et des responsables des ressources humaines. Les avis et les critiques formulés ont été pris en compte au cours de l'élaboration du projet.

Le projet OUI constitue un plan de formation systématique dans les domaines suivants:

- les règles et directives d'utilisation de l'informatique,
- les connaissances de base de l'informatique,
- l'environnement Windows professionnel,
- et la gestion de documents.

La formation sur les applications de bureautique courante (Word, Excel, Powerpoint et Access) n'est pas couverte par le projet OUI.

Le dispositif pédagogique

Les modalités pédagogiques reposent sur une individualisation et une grande souplesse des parcours de formation, fondées sur un diagnostic qui permet de déterminer

Un parcours adapté à quatre profils

Le dispositif prévoit un parcours de formation différent selon la nature du travail et le besoin de compétences des collaborateurs. Quatre profils ont été définis:

- les utilisateurs occasionnels de l'informatique,
- les utilisateurs d'applications «métier» (Axya, Polypoint, Rifa, etc.),
- les producteurs de documents bureautiques (Word, Excel, Powerpoint, etc.)
- et les organisateurs qui font en outre de la gestion documentaire.

Tous les utilisateurs, même occasionnels, suivent la formation initiale d'une demi-journée. Elle porte sur l'environnement informatique général et sur les mesures particulières de sécurité et de confidentialité en vigueur aux Hospices-CHUV. C'est au cours de cette demi-journée qu'ils effectuent une évaluation de leurs besoins en formation. Si le seuil de 70% de réponses adéquates est atteint, la formation s'arrête là. Dans le cas contraire, ils vont suivre le parcours de formation qui leur sera proposé en fonction de leur profil et des besoins identifiés. Le score obtenu lors de l'évaluation est transmis uniquement au collaborateur. Seul le besoin de suivre un cours complémentaire est communiqué au cadre chargé de l'inscription.

¹ OUI pour Optimisation de l'Utilisation Informatique.

Le projet OUI entre dans sa phase de mis en œuvre

D'une durée de 2.5 jours en moyenne, ce deuxième module de formation aborde dans tous les cas la culture générale informatique, l'utilisation de Windows et l'évaluation des acquis. Il est complété par des éléments liés à la gestion des documents pour les producteurs de documents et les organisateurs.

Quelques semaines après avoir suivi ce deuxième module avec succès, ils suivent un atelier d'une demi-journée visant à s'assurer de la mise en pratique des connaissances acquises. Pour cela, ils sont amenés à résoudre des situations de leur travail courant.

Les organisateurs se verront proposer un dernier module d'une demi-journée consacrée aux méthodes d'organisation et de classement de documents.

L'intérêt du projet

Le projet OUI représente une occasion unique de combler un écart inéluctable entre développement technologique et compétences. Il permettra en outre à l'ensemble des collaborateurs de mieux vivre leur outil de travail, en gagnant en confiance et en autonomie, et accessoirement de mieux vivre dans l'environnement informatique de la société.

La phase pilote du projet a été mis en œuvre au Département de la logistique hospitalière et à la PMU en 2006. Il va maintenant s'étendre progressivement à l'ensemble des directions, départements et services d'ici à 2009. Chaque entité concernée recevra une information préalable.

A terme, il s'agit d'insérer les compétences en informatique dans le cahier des charges de chaque fonction et les entretiens d'appréciation. L'évaluation des compétences informatiques mis au point dans le cadre du projet facilitera également le recrutement des nouveaux collaborateurs et permettra de prévoir un plan de formation lors de tout engagement.

La Fondation Claude Verdan célèbre ses 10 ans d'existence

Un centre de culture scientifique et médicale

La Fondation Claude Verdan - Musée de la main est née il y a dix ans. Elle doit son existence à la volonté et à la persévérance de celui qui lui a donné son nom, le professeur Claude Verdan (voir encadré). Et au coup de pouce de l'Etat de Vaud, au travers du soutien accordé à la fondation par les Hospices-CHUV.

Imaginée puis réalisée comme un musée de la main, la Fondation a très vite ouvert ses murs à d'autres thèmes et à un large public. Au fil de la vingtaine d'expositions temporaires mises sur pied, elle est devenue un centre de culture consacré aux sciences et à la médecine.



Le bâtiment qui abrite la Fondation Claude Verdan, à la rue du Bugnon, face à la PMU.

Pour Francesco Panese, son directeur actuel¹, la Fondation Claude Verdan et son musée sont aujourd'hui un lieu de réflexions, de divertissements et de débats sur les sciences et la médecine, qui a la chance d'être ancré au cœur de la Cité hospitalière. A titre d'exemple, la dernière exposition «Du baiser au bébé» a accueilli plus de 20'000 visiteurs. Ce qui n'empêche pas la fondation, et c'est la seule ombre au tableau, de connaître une situation financière précaire.

Bien qu'il s'agisse d'une institution privée, la fondation joue cependant le rôle d'un

service public dans le domaine culturel, comme en témoignent notamment le souci de tenir compte du jeune public dans l'organisation des expositions et la gratuité des visites accordée aux écoles. Francesco Panese invite d'ailleurs tous les collaborateurs de la Cité hospitalière à profiter d'un lieu situé «à portée de main» de la plupart d'entre eux et qui les accueillent gratuitement avec leurs familles.

Lors de la manifestation organisée le 7 mars dernier, le directeur général des Hospices-CHUV, Bernard Decrauzat, a notamment



Une partie de l'équipe. De gauche à droite: Martine Venzi, Carolina Liebling et Francesco Panese, directeur de la Fondation.

Outre son directeur, l'équipe de la Fondation Verdan est également composée de:

Carolina Liebling, directrice adjointe. Historienne de l'art, elle est entrée à la fondation en 1999. Elle est chargée en particulier des volets artistiques et pédagogiques des expositions.

Pascale Perret, conservatrice depuis la création du musée. Elle est en charge de son patrimoine consacré à la main de l'homme. Elle s'occupe également de la gestion administrative des expositions et de la gestion de l'accueil du public.

Martine Venzi, assistante conservatrice, est historienne de formation. Elle complète l'équipe depuis 2006 et s'occupe des aspects historiques des expositions ainsi que des archives.

Raphaèle Gygi, scénographe. Installée à Genève, elle signe la scénographie de la plupart des expositions de la fondation et leur imprime un style théâtral reconnaissable et reconnu.

Pierre-Yves Félix, artisan ébéniste. Il réalise les structures scénographiques des expositions depuis 1997.



A l'écran: Claude Verdan. A droite, on reconnaît Patrick Francioli, doyen de la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne



Charles Kleiber, alors directeur des Hospices-CHUV, a joué un rôle crucial dans la création de la Fondation.

feuilleté l'album de la vingtaine d'expositions temporaires mises sur pied par la fondation depuis sa création. Des expositions qui ont fait se côtoyer la science, la médecine et les arts; qui ont évoqué successivement la chair et l'esprit; qui ont interrogé nos sens, tour à tour l'odorat, le toucher, le regard; qui nous ont fait découvrir nos gènes; qui nous ont invités au voyage au travers d'un périple sur l'art de la médecine en Afrique ou dans le musée imaginaire de Nicolas Bouvier. En établissant cet inventaire qui pourrait donner l'impression d'être l'œuvre d'un touche-à-tout, Bernard Decrauzat voulait au contraire mettre en évidence «le fil rouge très fort et très cohérent qui relie toutes ces expositions ente elles:

- en soulignant que tout est souvent question de points de vue,

- en montrant les liens qui unissent le corps et l'esprit dans la culture, l'art et la science,
- en posant le doute comme fondement de la réflexion et du progrès,
- en incitant à la recherche de la réalité, pour ne pas dire de la vérité, derrière les apparences qui sont souvent trompeuses,
- en mettant en évidence l'universalité des valeurs fondamentales de l'être humain, au-delà des différences de couleur, de sexe, de culture, de niveau social et de formation.»

Pour Bernard Decrauzat, l'art et la culture à la Fondation Verdan comme au sein du CHUV (les expositions du hall central ou les concerts et conférences) nous rappellent opportunément qu'un patient «n'est pas qu'un malade mais un être humain à part entière. Il garde toute sa dimension intellectuelle, spirituelle et culturelle.»

Claude Verdan Un Précurseur

Claude Verdan est né à Yverdon-les-Bains en 1909. Après avoir obtenu son diplôme de médecin à Lausanne en 1933, il effectue de nombreux stages postgradués à Genève et à Zurich. Devenu spécialiste FMH en chirurgie, il s'engage dans une carrière universitaire à Lausanne qui le conduira à diriger la Policlinique chirurgicale (jusqu'en 1980) et à fonder la Clinique de Longeraie, en 1946.

Devenu spécialiste de la chirurgie de la main, le professeur Verdan est l'invité de nombreuses universités étrangères, en Suède, aux Etats-Unis, au Canada, au Mexique, etc. On lui doit plus de 300 publications, livres et conférences sur la chirurgie de la main. Tout au long de sa vie professionnelle, il a développé une réflexion sur l'importance de la main dans l'évolution et le succès de l'espèce humaine. Les objets qu'il a rassemblés au cours de cette quête personnelle sont à l'origine de son idée d'un Musée de la main et de sa fondation et d'un livre «La main cet univers» (Editions du Verseau, 1994).

Doyen de la Faculté de médecine de Lausanne de 1972 à 1974, Claude Verdan était membre d'honneur ou correspondant de nombreuses sociétés nationales et internationales. Il nous a quittés le 7 août 2006. Il avait près de 97 ans.

¹ Francesco Panese est sociologue et anthropologue. Il dirige la Fondation Claude Verdan depuis 1999. Il enseigne parallèlement à l'Université de Lausanne en tant que professeur associé d'études sociales de la médecine et des sciences. Il participe aussi à l'enseignement de la muséologie en Suisse romande et aux relations entre les sciences et la cité au niveau national, notamment au sein de la Fondation Science et Cité.

.....Activités culturelles.....

Le Chœur de poche du CHUV

Le Chœur de poche du CHUV contribue au rayonnement de l'établissement dans un domaine original et inattendu, en donnant régulièrement des concerts gratuits. Actuellement composé de 28 choristes dirigés par la doctresse Lia Singh, ses prestations sont très appréciées du public.



Le Chœur de Poche réuni pour une répétition. Au 2^e rang, tout à gauche, la Dresse Lia Singh, directrice-fondatrice du chœur.

Le Chœur de poche du CHUV ne repose pas sur le concept d'une soirée annuelle mais sur des concerts donnés à intervalles réguliers. Quelques exemples.

- Le 16 novembre dernier, il a participé à la cérémonie d'ouverture du 14^e Congrès européen de santé publique, à Montreux.
- Le 6 décembre, il a donné le concert de la Saint-Nicolas du Kiwanis Club Lausanne-Lac, en l'église Saint-Etienne, à Lausanne.
- Depuis quatre ans, il participe au Noël des patients du CHUV organisé par l'aumônerie. Le mercredi précédent Noël, une équipe d'une quinzaine de personnes se produit dans les services du CHUV et de la Maternité. Le soir, le chœur donne également un concert dans le hall central du CHUV. En 2006, il s'est produit avec la chorale de l'école de musique Psalmodia.

Le chœur participe en outre à diverses manifestations artistiques, médicales ou religieuses (rencontres musicales du CHUV, rencontres chorales, Fête de la musique, Journée des malades, Journée de la voix, etc.). Il anime des rencontres dans des EMS et des manifestations privées: anniversaires, mariages, fêtes familiales.

Le répertoire du chœur interprète des chants d'ici et d'ailleurs, dans leur langue d'origine. Les répétitions ont lieu le mercredi de 17h30 à 19h15, pendant toute l'année (sauf en été), dans une salle de séminaire, à Mont-Paisible 18.

Le Chœur de poche du CHUV accueille volontiers de nouveaux membres, y compris les débutants en musique. On s'y crée des amitiés en travaillant ensemble pour réussir un projet artistique.

J'y vais...

Pour rejoindre les rangs du chœur, prenez contact avec sa directrice-fondatrice:

Dr Lia Singh

Tél. 021 652 61 40

Fax 021 653 90 45

lia_singh@hotmail.com

www.lausanne-usl.ch/choeurdepochechuv

Exposition de Noël 2006 des collaborateurs

Une vingtaine de collaboratrices et collaborateurs des Hospices-CHUV ont participé à l'exposition de photographies de Noël 2006. CHUV-Magazine vous présente les trois photos primées.



La Rippe, 2004-2006 – 1^{er} prix: Marinette FELIX – Secrétaire médical en neuroréhabilitation.



Epalinges, août 2006 – 2^e prix: Jean BOVIGNY – Poste interne, Transports, communications et approvisionnements.



Genève, février 2005 – 3^e prix: Corinne SCHIR – Médecine intensive adulte.

Le CHUV entre dans l'ère de la tomothérapie

Le 28 février dernier, un équipement de tomothérapie a été livré au CHUV pour être installé au niveau 06 du bâtiment hospitalier. Il sera mis en service à la mi-mai.



Une livraison qui passe d'autant moins inaperçue qu'elle fait entrer le CHUV dans une nouvelle ère de la radiothérapie.



Sur les deux photos du bas, on voit bien la forme de l'accélérateur de particules qui tourne autour du patient.

La tomothérapie, dont le CHUV est le premier hôpital universitaire suisse à s'équiper, est une innovation technologique majeure. C'est une radiothérapie de très haute précision qui permet de délivrer les rayons du traitement dans les trois dimensions. Au-delà de la prouesse technique, cette approche offre la possibilité d'établir un traitement véritablement «sculpté» sur la forme de la tumeur. Elle permet de cibler avec précision la tumeur à irradier et de mieux préserver les organes sains situés à proximité.

Cette nouvelle radiothérapie guidée par l'image sera disponible au CHUV dans le courant du mois de mai. Son principe associe un scanner à un accélérateur de particules qui tourne autour du patient. Le détecteur intégré permet de faire de l'imagerie 3D en temps réel durant la radiothérapie, avec une reproduction à l'identique du patient d'une séance à l'autre.

Traitement de cancers localisés

Le premier équipement de tomothérapie au monde a été installé en 2001, au Centre de recherche sur la cancérogenèse de l'Université du Wisconsin. Il en existe aujourd'hui une centaine à travers le monde, essentiellement aux Etats-Unis. On en compte une vingtaine en Europe. Trois machines seront installées d'ici à la fin de l'année en France, à Paris, Bordeaux et Nantes.

La tomothérapie s'est révélée particulièrement efficace dans l'évitement de l'irradiation des organes vitaux situés à proximité

des tumeurs localisées dans la sphère ORL. Ces tumeurs sont souvent situées près de structures fragiles comme les glandes salivaires. Dans une radiothérapie conventionnelle, celles-ci sont systématiquement irradiées, ce qui provoque des troubles irréversibles de la salivation, très handicapants pour les patients. Avec une irradiation ultra-précise, on les épargne. D'autres types de cancers localisés mais difficiles à irradier jusqu'ici sans toucher d'autres zones vitales devraient bénéficier de ces progrès (notamment les cancers de la prostate, du sein, des poumons...).

En première ligne contre le cancer (elle fait partie du traitement pour 70% des patients en oncologie), la radiothérapie est en pleine mutation. L'intégration de plus en plus poussée de l'imagerie médicale à la radiothérapie apparaît désormais comme un acteur majeur de la lutte contre le cancer.