

JANVIER 2008

CHUV magazine



CHUV - HUG
Centre universitaire
romand de
neurochirurgie

.....Le Centre universitaire romand de neurochirurgie Un projet qui positionne l'arc lémanique

Enjeu primordial du Centre universitaire romand de neurochirurgie, créé en octobre dernier entre Lausanne et Genève, l'organisation de l'activité présentée par la direction du centre vient d'être avalisée par l'Assemblée générale de l'Association Vaud-Genève (voir encadré). Elle a pour objectif d'offrir une qualité optimale au niveau des soins, de l'enseignement et de la recherche, mais également une sécurité et un confort accrus pour les patients.

Sommaire

Le Centre universitaire romand de neurochirurgie se met en place

Un projet qui positionne l'arc lémanique sur le plan national et international.....2

La gestion des flux de patients au CHUV

Un travail d'endurance toujours recommencé.....5

La transplantation de cellules souches sanguines

Une réussite de la collaboration entre Lausanne et Genève.....7

Le Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique

Maintenir l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.....9

Prise en charge des patients vulnérables

Le CHUV et la PMU se mobilisent.....13

L'évaluation de la qualité des établissements devrait être confiée à un organisme national indépendant

Comment comparer les hôpitaux entre eux.....15

Certification et projet Fasol ont été menés parallèlement

Le nouveau visage du Service de pharmacie.....18

Cœur et Sport: le cœur moteur de notre vie

Des Portes Ouvertes particulièrement réussies.....21

Nouvelle salle d'électro-physiologie au Service de cardiologie

Le CHUV dispose d'un équipement de pointe pour le traitement des troubles du rythme cardiaque.....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

© CEMCAV



Le Professeur Marc Levivier et son équipe en salle d'opération.

L'organisation des activités repose sur quelques principes de base.

1. La mise en commun des ressources et des compétences existant actuellement sur les deux sites.

Cette mise en commun des ressources humaines et budgétaires se traduira par une organisation intégrée, avec une vision managériale commune, et une image identitaire du centre (charte graphique, site internet, etc.), identiques à Genève et à Lausanne). Et par le développement d'un projet visant à mettre en commun les systèmes d'information et à standardiser sur les deux sites les équipements et les salles d'opération. Les étapes de ce projet sont détaillées plus loin.

2. La concentration sur un site de certaines activités hautement spécialisées.

La création du Centre universitaire romand de neurochirurgie maintient les activités de proximité sur les deux sites et l'équilibre entre Lausanne et Genève.

C'est sur cette base que la concentration d'activités hautement spécialisées a été décidée dès l'annonce de la création du centre. Certaines de ces activités se caractérisent en effet par une faible masse critique – elles concernent un nombre trop faible de patients – alors qu'elles exigent une haute technologie et des chirurgiens très compétents. Leur concentration, soit sur un seul site, soit au moyen d'une équipe chirurgicale unique, est donc conforme à une bonne gestion des ressources et à l'intérêt des patients eux-mêmes, puisque les chirurgiens qui les prendront en charge auront plus d'expérience.

Au total, les activités hautement spécialisées représentent au maximum 30% de l'activité globale des deux sites. Leur concentration se fera progressivement en utilisant au mieux les compétences des acteurs sur le terrain. Dans une première phase, le fonctionnement sera le suivant:

- La neurochirurgie vasculaire se fera à Genève et la neurochirurgie stéréotaxique et fonctionnelle à Lausanne. Ces deux types de chirurgie représentent moins de 10% de l'activité globale des deux sites.

se met en place

que sur le plan national et international



Aujourd'hui, la neurochirurgie est très fortement informatisée et guidée par l'imagerie médicale.

- Pour l'épilepsie, le Dr Claudio Pollo, du CHUV, opérera en collaboration avec le Professeur Karl Schaller, sur le site de Genève.
- Pour les hypophyses, c'est un chirurgien de Genève, le Dr Shahan Momjian, qui continuera d'opérer sur les deux sites de Genève et de Lausanne. Un deuxième chirurgien sera formé à cette technique chirurgicale spécifique.
- L'activité neuropédiatrique sera regroupée à Lausanne, où le Dr Benedict Riellet continuera de venir opérer.
- La radiochirurgie sera également regroupée à Lausanne.

Cette nouvelle organisation, qui met en commun les compétences des deux sites, assure à tous les patients une prise en charge optimale. La concentration sur un seul site de certaines activités hautement spécialisées, plus rarement pratiquées, garantit aux patients concernés la meilleure sécurité des soins et le meilleur confort possibles. Mais le maintien des activités de proximité sur les deux sites réduit à une très faible proportion le nombre des mouvements de patients entre Lausanne et Genève (moins de 1% du total des patients traités).

Un programme sur les tumeurs cérébrales

Pour la chirurgie des tumeurs, qui représente environ la moitié des activités hautement spécialisées, la situation est différente. Le nombre de patients étant plus important, la masse

critique est atteinte sur chaque site et plusieurs chirurgiens opèrent dans cette spécialité, à Lausanne comme à Genève. Ces interventions impliquent par ailleurs une forte multidisciplinarité (notamment avec l'oncologie et la radiothérapie) sur chaque site. La solution la mieux adaptée consiste, non pas à concentrer l'activité sur un seul site, mais à mettre en place une prise en charge commune, standardisée, sur la base de protocoles communs au CHUV et aux HUG.

La mise en commun des ressources prendra la forme d'un programme «Tumeurs cérébrales» romand. Il s'agit de positionner le Centre universitaire romand de neurochirurgie dans ce domaine, sur le plan national et international, en regroupant les compétences existantes à Genève et à Lausanne, dans des domaines tels que :

- la microchirurgie (navigation, imagerie opératoire, monitoring, etc.),
- la radiochirurgie (notamment avec l'arrivée du Gamma Knife),
- l'oncologie médicale,
- la radiothérapie,
- et la recherche clinique et fondamentale (Unité d'investigation clinique, recherche translationnelle, biologie moléculaire, etc.).

Ce programme sera piloté par un bureau réunissant les différents spécialistes des deux sites, sous la direction, pour la période 2008-2011, de Marc Levivier.

D'autres programmes spécifiques pourront également voir le jour dans le cadre de collaborations entre les deux sites sur des pathologies complexes. C'est par exemple le

cas pour certains aspects de la chirurgie du rachis, réalisés à Lausanne par le Dr Duff et, à Genève, par le Dr Tessitore.

Partage des informations et de la technologie

Aujourd'hui, la neurochirurgie est très fortement informatisée et guidée par l'imagerie médicale tant pour le diagnostic que pour la thérapie. Pour vraiment travailler en commun, les collaborateurs de Genève et de Lausanne doivent pouvoir échanger toutes les données informatisées des patients comme s'ils étaient sur un seul site. Si un chirurgien du site A doit opérer sur le site B, il doit pouvoir disposer sur les deux sites de toute l'imagerie médicale du patient, de manière à pouvoir planifier son intervention à l'avance et à distance, le cas échéant, en l'organisant de concert avec un chirurgien du site B. Les chirurgiens doivent également retrouver, dans toute la mesure du possible, le même environnement opératoire sur les deux sites, qu'il s'agisse de la configuration des salles d'opération ou de leurs équipements. Toutes les installations ne doivent pas être dédoublées puisque certaines activités hautement spécialisées ne sont pratiquées que sur un seul site, mais les équipements de base doivent être identiques.

Ce projet de mise en commun des informations et des technologies aura un impact significatif sur la qualité des soins et de l'enseignement. Il sera mis en œuvre en trois phases.

1. La technologie permettant de transmettre toutes les données informatisées des patients d'un site à l'autre sera mise en place en 2008.
2. L'uniformisation de tous les équipements de chirurgie guidée par l'image et de neuronavigation sera réalisée dans un deuxième temps, en 2009.
3. La construction de nouvelles salles d'opération assurant le même environnement opératoire sur les deux sites est envisagée dans un délai probable de cinq ans, dans le cadre de la construction des salles d'opération aux nouvelles normes sur les deux sites.

A la fin de ce processus, Genève et Lausanne disposeront d'une véritable neurochirurgie commune multi-site capable de se positionner sur le plan national et international. La neurochirurgie romande en sortira gagnante. Les professeurs Levivier, à Lausanne, et Karl Schaller, à Genève, en sont convaincus.

.....Le Centre universitaire romand de neurochirurgie se met en place

Si vous avez manqué le début



Le Professeur Marc Levivier, directeur du centre, en étroite collaboration avec le Professeur Karl Schaller, directeur adjoint, et Stéphane Cendoz, administrateur.

Février 2007 – Conférence de presse des conseils d'Etat des cantons de Vaud et de Genève qui annoncent la création d'un Centre romand de neurochirurgie entre le CHUV et les HUG. Suite à la proposition de l'Assemblée générale de l'Association Vaud-Genève du 27 novembre 2006.

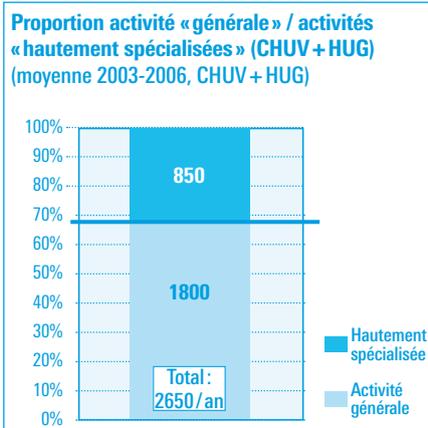
4 mai 2007 – Adoption par le Grand Conseil genevois de la Loi expérimentale du 4 mai 2007 concernant la création d'un Centre romand de neurochirurgie.

1^{er} octobre 2007 – Création du Centre universitaire romand de neurochirurgie, avec, à sa tête :

- un directeur, le professeur Marc Levivier, entré en fonction à Lausanne le 1^{er} septembre 2007;
- un directeur adjoint, le professeur Karl Schaller, entré en fonction à Genève, le 1^{er} octobre 2007;
- et un administrateur, Stéphane Coendoz, nommé le 1^{er} octobre 2007.

26 novembre 2007 – L'Assemblée générale de l'Association Vaud-Genève avale le projet de mise en œuvre et de développement présenté par la direction du Centre universitaire romand de neurochirurgie.

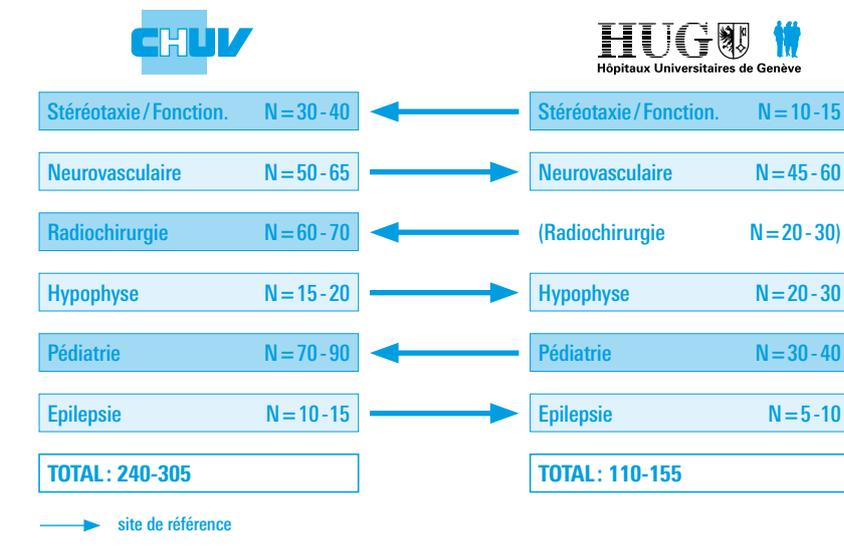
Prochaine étape – Les professeurs Levivier et Schaller vont procéder à une concertation dans les différents secteurs d'activités pour mettre cette organisation en route. Les propositions pratiques qui en découleront seront présentées pour approbation à l'Association Vaud-Genève en mars 2008.



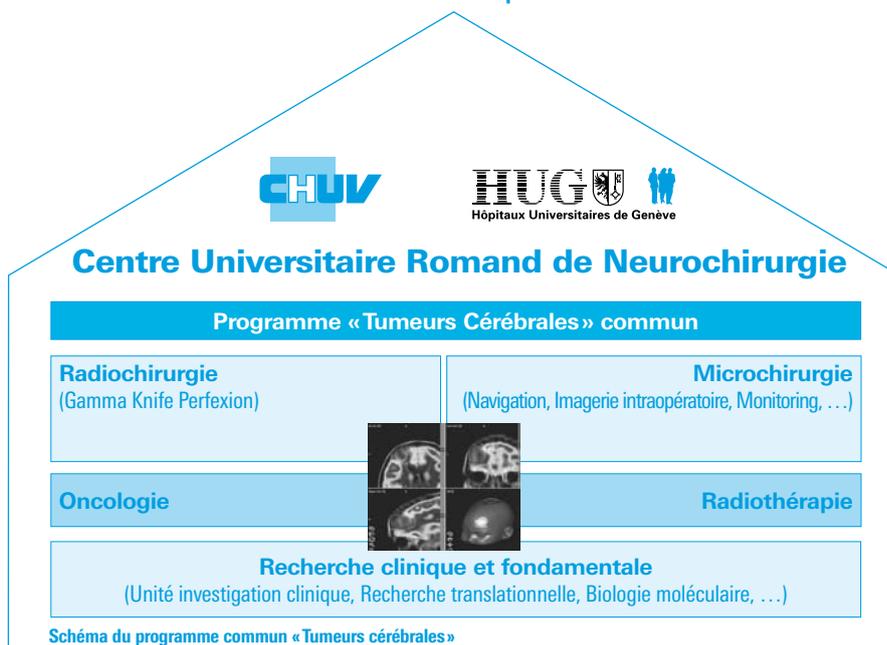
Activités « hautement spécialisées » (moyenne 2003-2006)

	CHUV	HUG
Tumoral	258	170
Vasculaire	112	109
Fonctionnel	33	15
Epilepsie	19	6
Pédiatrique	77	37
Hypophyses	20	27
TOTAL	519	364

Concentration progressive des activités « hautement spécialisées » sur un site de référence



Activités « hautement spécialisées »



.....La gestion des flux de patients au CHUV.....

Un travail d'endurance toujours recommencé

Professionnellement, Vincent Adatte est responsable de la gestion des flux de patients depuis mars 2006. Autrement dit, il gère les embouteillages qui surviennent à l'hôpital. Rattaché directement à la Direction des soins du CHUV, il œuvre avec une équipe de coordinatrices pour répondre aux problèmes posés par la situation de 40 à 60 patients par jour. Il s'agit de les orienter vers le lieu qui leur assure la meilleure prise en charge, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du CHUV.

Dans sa vie personnelle, Vincent Adatte est un passionné de course à pied. Quels rapports avec son travail au CHUV? Il y en a plus qu'on ne pourrait le croire. Notamment au travers d'un mot-clé: l'endurance.



© CEMCAV

Vincent Adatte, responsable de la gestion du flux des patients, avec deux collaboratrices: Christine Klein-Fonjallaz (à gauche) et Hélène Vivien (au centre).

Dans un grand hôpital comme le CHUV, le flux de patients ne s'arrête jamais. Il y a ceux qui arrivent, souvent en urgence, il y a ceux qui doivent passer d'un service à un autre, ceux qui doivent être placés dans un EMS ou dans un centre de réadaptation, ceux qui peuvent rentrer à domicile mais seulement dans certaines conditions. Ce flux de patients, on ne peut pas le stopper, on peut uniquement essayer de l'orienter. Alors il arrive que le système se bloque et c'est l'embouteillage.

Par le passé, cette situation correspondait à certaines périodes particulières, par exemple lors d'une forte épidémie de grippe. Aujourd'hui, avec le vieillissement de la population, la situation est devenue difficile en permanence.

Le problème a atteint son paroxysme au début 2007, sans que l'on puisse s'expliquer

pourquoi. Il n'y avait pas, par exemple, d'épidémie de grippe à cette époque. Du 1^{er} janvier à la mi-mars, un afflux de patients plus important que d'ordinaire aux urgences a créé une situation extrêmement problématique. Certains jours, il y avait jusqu'à 30 patients à hospitaliser alors que le CHUV n'avait plus que deux ou trois lits à disposition. Les départements de médecine et de chirurgie étaient suroccupés.

«Jamais nous n'avions connu une période aussi longue avec un tel pic d'activité. Le nombre de patients arrivant aux urgences était supérieur de plus de 10% aux chiffres habituels, souligne Vincent Adatte. Comme nous ne pouvions plus trouver de solutions à l'intérieur du CHUV, il a fallu nous tourner vers les hôpitaux régionaux et les cliniques privées, y compris pour des patients sans assurance complémentaire privée. Nous avons énormément de pression sur les épaules.»

Actions ponctuelles et vision globale

Pour répondre à ces engorgements, la première chose à faire est d'identifier les patients dont la situation attend une solution. Puis d'analyser le cas afin d'orienter chaque patient vers l'endroit qui lui assure la meilleure prise en charge, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du CHUV.

C'est à la fois un travail ponctuel, cas par cas, et un travail global sur les situations qui mettent en évidence un dysfonctionnement du système.

Gestion au jour le jour

Dans la gestion au jour le jour, la situation de chaque patient pour qui une solution doit être trouvée dans les meilleurs délais est d'abord analysée sur le plan médical: son état de santé nécessite-t-il de recourir à un

.....La gestion des flux de patients au CHUV.....

plateau technique du CHUV et, si oui, lequel? Ensuite, on examine son statut personnel et social? D'où vient le patient, de l'agglomération lausannoise ou d'une autre région? Quel âge a-t-il? Quel est son environnement médico-social à domicile? Des proches peuvent-ils se mobiliser pour lui apporter soutien moral ou aide pratique? Etc. Ce travail effectué par une infirmière permet de déterminer le lieu qui assure au patient la meilleure prise en charge.

Parfois, le transfert ou le placement envisagé, dans un autre service du CHUV ou dans un établissement extérieur, est bloqué d'entrée. Il faut alors entrer en dialogue avec les responsables concernés: l'infirmière cheffe de service, le chef de service lui-même -, pour vérifier si le placement n'est pas possible malgré tout, ou trouver une autre solution. C'est le travail des deux coordinatrices engagées chaque jour dans la gestion des flux de patients, appuyées si nécessaire par Vincent Adatte.

L'équipe peut agir à l'entrée quand l'hospitalisation au CHUV n'est pas un passage obligé. Ou en interne grâce à la collaboration entre services. Il est aussi possible d'agir à la sortie, comme l'a notamment montré la création d'une unité d'hébergement temporaire au CHUV. Avec l'expérience, des procédures ont été mises en place. Il est rare qu'on ne trouve pas une alternative à la première solution envisagée. Le rattachement à la Direction des soins permet aussi d'aller plus loin quand l'équipe de gestion des flux estime que la collaboration qu'elle obtient n'est pas idéale.

Gestion à moyen terme

Quand un dysfonctionnement apparaît en interne dans la gestion des flux de patients, il s'agit de documenter le problème, de le mettre en exergue, et de travailler ensemble à sa résolution, voire de mettre en place un projet pour trouver un remède durable.

Mais l'engorgement des services n'est pas uniquement le problème du CHUV. C'est également le problème du réseau de soins, avant et après l'hospitalisation. Pour répondre à cet aspect des choses, Vincent Adatte a développé, avec les acteurs du réseau lausannois ARCOS et les hôpitaux régionaux vaudois, une plate-forme d'échanges pour travailler ensemble sur la problématique des lits C, les critères de placement en CTR, etc.



Cathy Etchepare (à gauche) et Véronique Vallestraz, les deux autres collaboratrices de la gestion des flux de patients.

Le profil de l'emploi

Expérience. Le profil des membres de l'équipe doit répondre à ces exigences. Il suppose une bonne expérience professionnelle, entre 5 et 8 ans d'activité passés dans différents services de l'hôpital. Ce bagage diversifié permet de connaître les différents types de prise en charge, de pouvoir argumenter dans une situation donnée et d'imaginer un panel de solutions possibles. Avec l'expérience, on devient aussi moins réactif, plus analytique, et l'on dispose d'un réseau lié aux affinités personnelles et au parcours professionnel. Car il faut également bien connaître l'organisation du CHUV et son fonctionnement, savoir qui fait quoi, quels leviers il est possible d'actionner.

Diplomatie. Au-delà d'une capacité d'analyse rapide du dossier des patients, les membres de l'équipe doivent avoir une

bonne capacité d'écoute et le sens de la diplomatie. Il n'est pas toujours facile d'aller vers des collègues en situation de stress et des patients en situation de crise. Il faut pouvoir comprendre et gérer les émotions exprimées, la mauvaise humeur, parfois le « coup de gueule ».

Endurance. En dehors de Vincent Adatte, l'équipe est composée de 4 personnes: 1 à plein temps, 1 à 80% et 2 à 60%. Deux de ces coordinatrices sont présentes chaque jour, l'une de 7h à 16h30, l'autre de 7h à 19h. Leur travail ne se relâche jamais. Du matin au soir, on ne peut jamais dire que le travail est fini. C'est pourquoi tout est fait pour que les coordinatrices n'aient pas à travailler plus de 4 jours d'affilée. Même dans ces conditions, l'endurance est une qualité indispensable. Pour sa part, Vincent Adatte n'en manque pas.

La transplantation de cellules souches sanguines

Une réussite de la collaboration entre Lausanne et Genève

Les cellules sanguines comprennent les globules rouges transportant l'oxygène, les globules blancs permettant de lutter contre les infections, et les plaquettes permettant de lutter contre les hémorragies. Ces trois sortes de cellules sont produites à partir des cellules souches sanguines de la moelle osseuse, appelées aussi cellules souches hématopoïétiques. A noter que la moelle osseuse où se forme le sang est un tissu tout à fait différent de la moelle épinière, qui se trouve dans la colonne vertébrale et qui fait partie du système nerveux.

On parle communément de «greffe de moelle osseuse» dans le traitement des cancers du sang. Or cette dénomination ne correspond plus à la procédure utilisée depuis une dizaine d'années. En effet, une partie des cellules souches sanguines de la moelle circulent dans le sang à partir duquel elles peuvent être aisément prélevées pour servir à la transplantation.

La transplantation de cellules souches sanguines fait désormais partie de la pratique médicale courante. Plus de 400 de ces transplantations sont réalisées chaque année en Suisse. Le CHUV joue un rôle important dans cette spécialité en collaboration étroite avec les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Genève et Lausanne se sont en effet réparti les tâches dans ce domaine depuis 1994.

La transplantation de cellules souches hématopoïétiques peut faire partie du traitement d'une série de cancers du sang (certains types de leucémies, lymphomes, ou myélomes). Elle permet de reconstituer les cellules souches sanguines détruites par la chimiothérapie intensive nécessaire au traitement de la maladie. Les cellules souches sanguines transfusées (greffées) migrent dans la moelle osseuse du receveur. Elles s'y installent, et elles permettent la régénération de la moelle osseuse afin que celle-ci produise à nouveau des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes.

Contrairement à d'autres greffes, la transplantation de cellules souches sanguines a toujours pour origine un donneur vivant. On distingue deux types de greffes :

- **L'autogreffe**, quand le donneur est le patient lui-même. Les cellules souches hématopoïétiques sont prélevées chez le patient au moment où le cancer sanguin est sous contrôle, au moins temporairement. Ces cellules souches sont congelées et conservées jusqu'à leur réinjection au patient après que celui-ci ait reçu une chimiothérapie hyperintensive. Ces cellules souches réinjectées permettent alors la reconstitution de la moelle qui

vient d'être détruite par la chimiothérapie antitumorale.

- **L'allogreffe**, quand le donneur est une autre personne que le patient, souvent un frère ou une soeur. C'est beaucoup plus compliqué car dans ce cas, le système majeur d'histocompatibilité (système HLA) du donneur doit être compatible avec celui du patient. Une différence même minime entre donneur et receveur peut conduire à une complication redoutable, la maladie du greffon contre l'hôte, que l'on n'observe pas dans le contexte de l'autogreffe. En plus de la reconstitution de la moelle osseuse, l'allogreffe constitue une immunothérapie antitumorale, ce qui peut représenter un avantage important.

Les effets et les indications des deux types de greffes sont différents. On recourt plutôt aux autogreffes dans les cas de lymphomes et de myélomes, plutôt aux allogreffes dans les cas de leucémies¹.

La répartition Vaud-Genève

Aujourd'hui, pour la majeure partie des patients de Suisse romande (Genève, Vaud, Valais, Neuchâtel et une partie de Fribourg), toutes les allogreffes de cellules souches

Vincent Adatte Plus qu'un marathonien

L'endurance, le sens du défi, un bon mental, ce sont les trois qualités qui paraissent indispensables à Vincent Adatte pour exercer son métier. Des qualités qu'il pratique aussi dans son sport favori.

Un adepte du défi sportif

Depuis 6 ans, Vincent Adatte fait de la course à pied à haute dose. Auparavant, il a fait du triathlon et beaucoup de planche à voile. Il a changé par manque de temps. «J'ai une famille avec trois filles, explique-t-il, et j'habite une région où il est plus facile d'aller courir en forêt que de se rendre au bord du lac. Mais j'ai aussi changé par goût. La course à pied est un sport qui me correspond mieux. Je cours pour le plaisir. J'aime me fixer des défis de toutes sortes, pour aller jusqu'au bout, à la limite de mes capacités physiques et de mon mental. C'est pourquoi je me suis lancé dans des courses plus longues, plus difficiles, pour voir où se situe cette limite.»

Le tour du Mont-Blanc en 44 heures

Morat-Fribourg, les 20 km et le marathon de Lausanne, figurent bien sûr à son tableau de chasse. Mais Vincent Adatte est un adepte d'opérations autrement impressionnantes, comme l'Ultra-Trail du Mont-Blanc. Il s'agit de faire le tour du Mont-Blanc, environ 163 km et 9400 m de dénivelé positif, en 46 heures au maximum. «C'est une aventure plus qu'une course, admet Vincent Adatte. Le départ est donné à 18h30. Vous partez pour deux jours à la montagne, dans un panorama splendide. C'est magnifique, surtout si les nuits sont étoilées. Mais il y a aussi des impondérables, la pluie, la neige, une chaussure qui lâche, parfois la fringale, et vous ne pouvez pas vous dire «ce sera fini dans une heure ou deux». En 2006, j'ai dû abandonner à la suite d'une blessure. En 2007, j'ai réussi à terminer en un peu moins de 44 heures, mais j'ai eu des hallucinations visuelles pendant une bonne partie de la deuxième nuit. J'ai dû dormir une vingtaine de minutes à cause de ces hallucinations.»

Un exutoire physique et mental

«C'est une aventure que l'on vit presque en famille, ajoute Vincent Adatte, avec le soutien des proches pendant l'entraînement et pendant la course, parce qu'on les retrouve aux endroits où le public peut attendre les coureurs. C'est un truc vital pour moi, pour assurer mon équilibre entre un job parfois très stressant et ma vie de famille. La course à pied est un exutoire physique et mental dont j'ai besoin pour pouvoir continuer à bien travailler.»

¹ Les leucémies sont des cancers affectant les différentes cellules de la moelle et du sang. Il en existe de multiples formes. On distingue les leucémies des lymphomes, qui sont des tumeurs qui frappent les globules blancs du système immunitaire. Le myélome est un cancer des plasmocytes, qui sont une variété particulière des globules blancs du système immunitaire.

.....La transplantation de cellules souches sanguines

Tableau 1. Nombre de transplantations de cellules souches sanguines en Suisse en 2006

	Aarau	Bâle	Bellinzone	Berne	Genève	Lausanne	St-Gall	Zurich (adulte)	Zurich (pédiatrie)	Total
Allogénique	0	77	0	0	38	0	0	27	16	158
Autologue	30	24	17	57	0	65	18	55	3	269
Total	30	101	17	57	38	65	18	82	19	427



© CEMICAV

La Dresse Anne Rosselet assumera la direction du Programme lausannois de transplantation de cellules souches sanguines à partir de 2008.



© CEMICAV

Le Professeur Marc Schapira, chef du Service d'hématologie du CHUV.

Tableau 2 Indications des transplantations autologues au CHUV (moyenne 2002-2006)

Myélome multiple	47%
Lymphome	37%
Leucémie	5%
Tumeurs solides	10%

702 transplantations autologues ont été pratiquées au CHUV de 1997 à 2006.

sanguines se font à Genève alors que toutes les autogreffes se font à Lausanne.

Cette répartition-collaboration entre le CHUV et les HUG a été mise en route en 1994 par le professeur Marc Schapira et son collègue genevois, le professeur Bernard Chapuis avec l'appui de l'Association Vaud-Genève qui a fourni les ressources nécessaires à son démarrage. Elle fonctionne harmonieusement depuis lors, maintenant avec le professeur Jakob Passweg, successeur du professeur Bernard Chapuis, et le professeur Marc Schapira est persuadé qu'elle se poursuivra à long terme. Pour plusieurs raisons.

C'est d'abord dans l'intérêt des patients. Les résultats obtenus sont d'autant meilleurs que l'expérience du centre où ils sont traités est plus grande. «Mais la prise en charge est extrêmement personnalisée » souligne le professeur Schapira. Nous sommes sensibles au fait qu'une partie des patients sort de son environnement habituel. Deux infirmières s'occupent de la liaison afin que tout se passe bien entre le point de départ du patient

et son point d'arrivée, le CHUV ou les HUG. Tout est fait pour prendre en compte les besoins des patients et de leurs familles. Le feed-back est d'ailleurs très positif.

C'est aussi dans l'intérêt des deux centres, Genève et Lausanne. Nous discutons ensemble de tous les cas qui se présentent, et nous avons accès à la technologie existante dans l'autre centre sans avoir à la développer sur chaque site. Masse critique et économie des moyens facilitent le maintien dans notre région de la transplantation de cellules souches sanguines, une activité qui fait partie du domaine de la médecine de pointe.

La collaboration actuelle repose par ailleurs sur une grande légèreté administrative. Elle est fondée sur les liens créés:

- d'une part, à Lausanne, entre les Services d'hématologie et des maladies infectieuses du CHUV, le Centre pluridisciplinaire d'oncologie, et le Centre de transfusion sanguine, qui forment ensemble le Programme lausannois de transplantation de cellules souches hématopoïétiques;

- d'autre part, avec leurs partenaires genevois.

Le poids de Genève et de Lausanne

Bâle a été l'un des premiers centres mondiaux à pratiquer la transplantation allogénique de cellules souches sanguines et reste numéro un en Suisse dans ce domaine. Genève se situe au deuxième rang. Pour sa part, Lausanne est le centre le plus important du pays pour les transplantations de cellules souches sanguines autologues. Elle en assure 25% (voir le tableau des transplantations effectuées en 2006 dans notre pays).

Pour le professeur Schapira, il est vital de profiter de cette synergie Vaud-Genève pour renforcer notre réputation nationale d'excellence, en soutenant des personnes capables de conduire une activité de recherche clinique avancée, de tester des hypothèses nouvelles, et d'en publier les résultats dans des publications de haut niveau.

Les thérapies cellulaires hématologiques comprennent une série de méthodes éprou-

Le Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique

Maintenir l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées

La mission principale du Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, que dirige le professeur Christophe Büla, est de prévenir et de retarder la dépendance des personnes âgées. Si l'espérance de vie augmente, encore faut-il rester autonome le plus longtemps possible. Autrement dit, rester en bonne santé fonctionnelle ou pouvoir la retrouver quand un accident ou la maladie sont venus la perturber. Le rôle de la gériatrie est d'aider les personnes âgées à y parvenir, par des mesures allant de la prévention à la réadaptation.

Le processus d'autogreffes est accrédité

Les autogreffes de cellules souches sanguines font partie des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins dans une série d'indications, par exemple en cas de lymphome, de leucémie aigue, de myélome multiple ou encore de certaines tumeurs solides. Ce remboursement est cependant conditionné au fait que la transplantation soit effectuée par un centre certifié selon les normes JACIE (Joint Accreditation Committee of ISCT-Europe and EBMT).

Au CHUV, la démarche d'accréditation a été mise en route en 2002. Elle a abouti en 2005 et doit être renouvelée en 2008. La démarche a réuni des représentants de l'hématologie et des maladies infectieuses du CHUV, du Centre pluridisciplinaire d'oncologie, et du Service régional vaudois de transfusion sanguine, qui se sont organisés pour former le Programme lausannois de transplantation de cellules souches hématopoïétiques. La Dresse Anne Rosselet, qui s'occupe depuis des années des patients autogreffés, a été le moteur de cette accréditation, avec Mme Christine Heumann, responsable assurance-qualité. La Dresse Rosselet assumera la direction du Programme à partir de 2008.

vées parmi lesquelles l'allogreffe et l'autogreffe de cellules souches sanguines, et bien évidemment la transfusion de concentrés érythrocytaires ou plaquettaires. Pour le futur, on envisage des thérapies cellulaires hématologiques nouvelles permettant le traitement d'affections (tumoraux, inflammatoires, dégénératives) pour lesquelles les options de traitement sont actuellement limitées. Ces thérapies cellulaires nouvelles emploieront des cellules sanguines modifiées de façon à acquérir des propriétés thérapeutiques particulières.

Même si ces idées qui représentent l'avenir sont encore au stade de la recherche, l'un des objectifs pour le Programme lausannois de transplantation de cellules souches hématopoïétiques est de profiter des compétences locales (Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL, Institut suisse de recherche sur le vaccin, Institut Ludwig, EPFL) pour développer des projets créatifs dans le domaine. La masse critique est là. Encore faut-il disposer des ressources humaines - et financières - pour pouvoir innover avec succès.



De gauche à droite : Le Professeur Christophe Büla, chef du Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, Vincent Fracheboud, directeur adjoint administratif et Viviane Szotak, infirmière cheffe, adjointe de direction.

Lorsque les patients arrivent au Centre de traitements et de réadaptation Sylvana, à Epalinges, la moitié d'entre eux sont incapables de sortir du lit tout seul. Un tiers ont des difficultés cognitives. Leur moyenne d'âge dépasse 80 ans. Pourtant, après trois semaines en moyenne de séjour, 75% voient leur état de santé s'améliorer suffisamment, sur le plan fonctionnel, pour retrouver leur domicile, avec ou sans aide. C'est l'effet d'une prise en charge gériatrique qui prend en compte l'état général du patient et vise à mobiliser ses capacités en vue de lui assurer la plus grande autonomie possible.

Co-morbidités...

A partir d'un certain âge, la majorité des patients ne présentent pas une seule ma-

ladie mais plusieurs problèmes en même temps: cardiaque, respiratoire, cognitif, etc. Face à cette co-morbidité, la gériatrie apporte un regard complémentaire à celui des spécialités médicales centrées sur le traitement très performant d'une seule pathologie ou de la défaillance d'un seul organe.

Prenons le cas d'une patiente qui souffre un peu d'insuffisance cardiaque, d'hypertension, de diabète, d'ostéoporose et d'arthrose. Ce n'est pas un cas surréaliste. Si l'on lui appliquait les recommandations de bonne pratique pour chacune de ces maladies, elle devrait prendre de nombreux médicaments différents, à raison de plusieurs par jour, avec des effets parfois contradictoires.

.....Le Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique.....



Guillaume Rouvet (à gauche)...



... et Sophie Lacombe en séance de physiothérapie avec des patients au CUTR Sylvana.

...et qualité de vie

Face à la complexité de la situation, il faut agir avec bon sens, mettre l'approche biopsychosociale et l'approche fonctionnelle au centre de la prise en charge des personnes âgées. Exemple. Un patient diabétique ne parvenait pas à se faire lui-même ses injections. C'est sa femme qui devait les faire. Mais chaque injection ravivait un conflit majeur avec elle. On a fini par proposer à ce patient un médicament moins performant mais qui ne nécessitait plus d'injections.

Autre exemple. On peut mettre les personnes âgées souffrant d'hypertension au régime sans sel. Résultat? Souvent, elles ne mangent plus et on n'a rien gagné. La prise en charge optimale consiste à négocier en permanence avec le patient, à faire avec lui une pesée des intérêts et à lui proposer des compromis. A lui expliquer qu'on peut faire telle ou telle chose pour améliorer sa qualité de vie, mais peut-être au détriment de son espérance de vie.

Un service transversal

Le Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique est un service transversal actif dans tous les lieux de prise en charge des

personnes âgées. Il offre les prestations suivantes :

- Prestations de **réadaptation gériatrique** au CUTR Sylvana, à Epalinges, qui accueille entre 800 et 850 patients par an (voir encadré).
- Prestations de **soins aigus** au travers des consultations gériatriques, environ 650 par an, effectuées à la Cité hospitalière (essentiellement au CHUV et à l'Hôpital orthopédique) et à l'Hôpital de psychogériatrie (Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, SUPAA). Cette présence de la gériatrie dans les services, en particulier dans le service de médecine, est particulièrement importante pour la transmission de compétences au sein des équipes. Elle sera intensifiée dans le futur.
- Prestations **ambulatoires** au travers de la consultation mémoire (neurologie, neuropsychologie et SUPAA) à laquelle il collabore depuis huit ans déjà. Un projet de consultation en collaboration avec la PMU doit démarrer en 2008.
- Prestations dans le domaine des **longs séjours**, dans le domaine de la formation

et de la recherche, en collaboration avec le CTR de Lavaux, qui dispose d'une trentaine de lits d'EMS. Le Service de gériatrie y délègue un chef de clinique et y envoie de futurs gériatres qui se trouvent ainsi exposés à la médecine de longs séjours et aux activités de soins palliatifs.

- Prestations dans le **domaine communautaire** en collaboration avec l'OMS et les CMS (pour la prévention des chutes et de la malnutrition, avec Pro Senectute (au sein des ateliers Equilibre) et d'autres organismes tels que l'Association Alter Ego (pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées) ou le Mouvement des aînés sur des thèmes de recherche.

Centre de formation des gériatres FMH

Le service est l'un des cinq centres reconnus en Suisse pour la formation A, autrement dit la formation post-graduée complète des gériatres FMH, soit trois ans de formation, dont un en psychogériatrie ou en psychiatrie de l'âge avancé. Le service participe aussi à la formation pré-graduée des médecins au travers de quelques points d'enseignement et d'examen de cas cliniques: anamnèse de la personne âgée, vieillisse-



Christian Daubigny, chef de cuisine (2^e à partir de la droite) et son équipe du CUTR Sylvana, qui compte la meilleure apprentie cuisinière du canton, Aurélie Veyre (3^e à partir de la gauche).

ment des organes et de la personne dans la société, syndromes gériatriques (chutes, incontinence, malnutrition, démences). Il est également lieu de stages pour les étudiants des HES (physiothérapeutes, infirmières et assistantes en soins communautaires). Il forme même des apprentis et peut se flatter de compter actuellement dans ses rangs la meilleure apprentie cuisinière du canton. Ce qui est une belle manière de souligner que la nutrition fait partie de la prise en charge globale des patients.

Comment prévenir le déclin fonctionnel

Les recherches engagées par le service ont toutes le même axe: la prévention du déclin fonctionnel et de la dépendance, point capital pour la qualité de vie des personnes âgées. Mais elles se développent dans plusieurs domaines.

La recherche en service de santé vise à faire évoluer la prise en charge des personnes âgées, à permettre aux professionnels de sélectionner de manière efficace les informations les plus pertinentes sur la situation du patient, en fonction du lieu de soins ou de vie. Car si l'on passe à côté de troubles débutants, on augmente le risque de

voir les patients décliner plus rapidement. En milieu hospitalier, par exemple, les patients de plus de 80 ans présentent souvent des troubles de l'humeur. Une étude a montré que les patients dont l'état dépressif n'avait pas été identifié comme tel courraient plus de risque d'être réhospitalisés dans les six mois. Dans ce domaine, le Service de gériatrie a notamment un projet de recherche avec des praticiens installés pour faire évoluer les critères de la consultation TARMED et collabore avec l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), à Lausanne, mais aussi avec l'Université de Berne, l'Université McGill, au Canada, et l'Université de Californie, à Los Angeles.

Le problème des chutes

La prévention des chutes est un autre domaine dans lequel le service s'investit. Il participe au projet européen Smiling, avec l'appui de fonds externes et du Fonds national de la recherche scientifique. Le projet porte en particulier sur la peur de chuter.

Après une première chute, les personnes âgées ont davantage peur de chuter, ce qui a pour effet de restreindre d'environ un tiers leur qualité de vie. C'est une spirale

infernale. La peur de chuter les rend moins actifs, ce qui entraîne une perte de tonus musculaire et augmente encore le risque de chute. Le service a développé un projet communautaire avec Pro Senectute et un groupe d'une cinquantaine de patients qui démontre que c'est en agissant sur cette peur de chuter que l'on améliore le mieux les performances de marche. L'auteur de cette étude, le Dr Stéphane Rochat, est justement de retour d'un séjour de deux ans en Australie, où il s'est perfectionné dans le domaine des chutes et formé en épidémiologie clinique à l'Université de Sydney.

Les performances de marche

L'altération des performances de marche est également un signe prédictif des problèmes à venir de la personne âgée. Au-dessous du seuil de 1 mètre parcouru en une seconde, le risque de chute est beaucoup plus grand. Des tests ont été menés en collaboration avec l'IUMSP et la professeure Brigitte Santos-Eggimann, auprès de près de 900 personnes de 65-69 ans. Ils ont mesuré leurs performances de marche dans différentes situations: en les faisant compter à l'envers ou porter un verre d'eau, ou les deux. Un quart de ces personnes avaient

.....Le Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique



Christophe Büla et le Docteur Laurence Seematter-Bagnoud.

des performances significativement moins bonnes lors de ces tests. Le lien avec des problèmes de santé, un fléchissement cognitif ou la survenue de chutes dans les trois ans qui ont suivi va être maintenant investigué. Une demande en cours auprès du Fonds national de la recherche scientifique devrait en effet permettre d'aller plus loin dans cette recherche avec le laboratoire de l'EPFL de mesures du mouvement. L'objectif est de mesurer de manière très fine l'évolution de la marche, en enregistrant des variations non visibles à l'œil nu.

La collaboration avec le monde des ingénieurs permet aussi de mesurer l'activité physique des personnes âgées pendant 7h à 8 heures d'affilée, quand elles passent d'une activité à l'autre, d'une pièce à l'autre. On peut également enregistrer le nombre de passage de la position assise à la position debout, la durée de chacune de ces transitions. Le projet consiste à suivre deux jours de suite cette transition assis-debout chez deux groupes de personnes, l'un à Sylvana, l'autre à leur domicile.

L'idée est de mieux connaître le processus de fragilisation de la personne âgée au travers de signaux biologiques: la performance de marche, l'activité physique, la transition posturale. Cette analyse fractale n'a jamais été faite jusqu'ici. A terme, elle a pour objectif de disposer, pour un individu donné, d'un télémonitoring capable de détecter une évolution et d'orienter les mesures à prendre.

La dimension spirituelle

Quels que soient les efforts entrepris, il arrive que le contact ne parvienne pas à s'établir avec certains patients alors qu'ils ne sont pas dépressifs et qu'ils ne vont pas plus mal que les autres. Cette situation a été investiguée auprès d'une centaine de patients par la Dresse Stéphanie Monod, cheffe de clinique au Service de gériatrie, en collaboration avec Etienne Rochat, aumônier. Une première analyse des résultats montre que le problème se situe au niveau de la dimension spirituelle, de la question du sens de la vie et de l'identité de la personne. Qui je suis aujourd'hui? Qu'est-ce que je représente à mes yeux et pour les autres? Quel est le sens de ce qui se passe? C'est ce type d'interrogations qui bloque le contact avec ces patients et qu'il faut parvenir à dénouer.

Le CUTR Sylvana en quelques chiffres

Le Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique emploie environ 130 collaborateurs (pour 78 emplois plein temps) et dispose d'un budget de 12 millions de francs.

Le CUTR Sylvana, à Epalinges, dispose de 66 lits et enregistre entre 800 et 850 admissions par an. Ces dernières années, le taux d'occupation des lits tourne autour de 95% en moyenne. La durée moyenne de séjours est de 3 semaines environ.

Provenance des patients

Les patients proviennent essentiellement du CHUV (60%), puis de l'Hôpital orthopédique (26%), d'autres hôpitaux (11%) ou de leur domicile (3%).

Ceux qui viennent du CHUV sortent pour un tiers de l'orthopédie-traumatologie et pour un autre tiers de la médecine interne, le dernier tiers venant de services divers (chirurgie, neurologie, rhumatologie, etc.).

Profil des patients

En 2006, le profil des patients était le suivant:

Age moyen	Plus de 81 ans (81.3)
Sexe (% de femmes)	68.3%
Vit seul(e)	57.2%
Aide du CMS avant l'hospitalisation	47.1%
Troubles cognitifs	26.9%
Troubles de l'humeur	19.3%

Destination des patients à la sortie

En 2006, la destination des patients à leur sortie du CUTR Sylvana était la suivante:

- 73% ont rejoint leur domicile.
- 12% ont été transférés dans un établissement de soins aigus.
- 9% ont été transférés dans un établissement de longs séjours (EMS). En 2006, un peu plus de 16% des lits du CUTR étaient d'ailleurs occupés par des patients en attente d'une place dans un EMS.
- 2% ont été transférés dans un établissement de cours séjours.

En outre, 4% sont décédés au CUTR.

...Prise en charge des patients vulnérables...

Le CHUV et la PMU se mobilisent

La prise en charge des patients vulnérables est une réalité permanente aujourd'hui au CHUV et à la PMU. Et les besoins augmentent. Le CHUV et la PMU ont pris toute une série de mesures pour répondre à cette situation.



L'équipe de l'Unité des populations vulnérables, avec au premier rang de gauche à droite : Maria-Esther Trillo, Heidi Estevez et Muriel Schoch. Au deuxième rang : Claudia Cardoso et le Dr Patrick Bodenmann.

Les besoins des migrants...

- Même s'il diminue depuis quelques années, le nombre des requérants d'asile est d'environ 5'000 dans le canton de Vaud. Suite aux votations de septembre 2006, leur situation a changé, le 1er janvier 2008. Avec l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, les requérants déboutés ne reçoivent plus l'assistance asile mais seulement une aide d'urgence. Pour 2008, on estime à environ un millier le nombre de requérants d'asile déboutés ou en situation de non entrée en matière (NEM). Le nombre de clandestins est par ailleurs estimé entre 12'000 et 15'000 dans le canton de Vaud, dont 5'000 en Ville de Lausanne.

En 2006, ces migrants ont représenté 3'100 consultations à la PMU, soit 11.5% du total des consultations, et 200 hospitalisations au CHUV. Le travail engendré par ces hospitalisations est cependant sans comparaison avec leur nombre, en raison de toutes les démarches administratives qu'elles occasionnent.

...et des populations natives

- Près de 5% de la population suisse vivant dans le canton de Vaud est aujourd'hui à l'aide sociale. 70% des jeunes de 18 à 25 ans qui bénéficient de cette aide n'ont pas de formation professionnelle et près de 45% n'ont pas d'emploi.

Pour faire face à cette situation, le CHUV et la PMU ont mis sur pied tout un programme de réflexion et d'actions, autour de deux axes : la Commission « Populations sociales » du CHUV et de la PMU, d'une part, l'Unité des populations vulnérables de la PMU, d'autre part.

1. La Commission « Populations sociales »

Cette Commission permanente a été constituée en mars 2006 suite à une décision du Département de la santé et de l'action sociale et de la Direction générale du CHUV. Elle a pour mission d'informer régulièrement la Direction générale du CHUV des problè-

mes rencontrés dans la prise en charge des populations dites sociales et de proposer des solutions. Ces propositions doivent être communes au CHUV et à la PMU. Elles doivent assurer l'application harmonisée, au sein des services, des critères et des procédures définies pour la prise en charge de ces patients ainsi que pour la facturation des prestations qui leur sont fournies. Cette commission, présidée par le professeur Alain Pécoud, réunit des représentants des principaux services de soins et secteurs administratifs concernés. Catherine Schaffner, de la Gestion administrative des patients, en assume la coordination.

Le Groupe de référence

C'est dans ce cadre que le Comité de direction du CHUV a décidé de créer un Groupe de référence « populations sociales – situations complexes », constitué en mars 2007. Il a pour mission de statuer sur les prises en charge somatiques lourdes, tant au niveau médical que sur le plan des démarches administratives, lorsqu'elles sont envisagées :

.....Prise en charge des patients vulnérables

- soit pour des patients vivant dans le canton de Vaud, non assurés ou insuffisamment assurés et en situation précaire,
- soit pour des étrangers de passage, insuffisamment assurés présentant une urgence médicale.

Que faut-il entendre par prises en charge somatiques lourdes? Il s'agit des situations qui répondent aux trois critères cumulatifs suivants :

1. Il s'agit des personnes non assurées ou insuffisamment assurées et en situation précaire vivant dans le canton de Vaud (populations vulnérables) ou de passage dans notre pays présentant une situation d'urgence médicale. Exemples: personnes sans-papiers, requérants en situation de non entrée en matière (NEM), personnes sans domicile fixe, touristes dont la couverture des frais de soins n'est pas garantie par leur assurance voyage.
2. Une hospitalisation égale ou supérieur à 8 jours est nécessaire (avec ou sans intervention chirurgicale) ou un traitement ambulatoire long.
3. Le traitement prévu est coûteux et dépasse les possibilités financières du patient.

Si une telle situation se présente, le médecin en charge du patient doit notamment informer immédiatement le Bureau du Groupe de référence sur la situation, par e-mail, à l'adresse suivante : grouperefere-rence.popsoc@chuv.ch.

Dès la réception du message, un membre du Bureau prend contact avec le service médical concerné pour évaluer les compléments d'information à prévoir – rapport médical, évaluation du coût du traitement, statut légal, situation d'assurance, etc. – et les mesures à prendre.

Sur cette base, le Bureau statue dans les 48 heures ouvrables et transmet sa décision au service concerné. Si nécessaire, le Bureau organise une séance avec le médecin et l'assistante sociale répondante, voire avec d'autres intervenants.

Composition de l'Unité des populations vulnérables

L'Unité est composée des personnes suivantes :

- Patrick Bodenmann, médecin responsable, tél. 021 314 49 37
- Isabelle Marguerat, cheffe de clinique
- Christophe Pasche, chef de clinique, tél 021 314 49 07
- Carlos Madrid, directeur médical de la stomatologie et médecine dentaire
- Jacques Goin, infirmier
- Muriel Schoch, infirmière de liaison, tél. 021 314 48 36
- Vanessa Pavon, pharmacienne
- Pascal Patrizi, responsable accueil-admissions
- Heidi Estevez, facturation, tél. 031 314 60 67
- Maria Esther Trillo, facturation, tél. 031 314 60 83
- Claudia Cardoso, responsable adjointe réceptions, tél. 021 314 52 36
- Mahmooda Zaman, répondante FARMED.

Composition du groupe de référence « Populations sociales – situations complexes »

Adresse de contact : grouperefere-rence.popsoc@chuv.ch

Le Groupe de référence, présidé par Jean-Blaise Wasserfallen, est composé de représentants de l'ensemble des services concernés, soit la Direction médicale, la Direction des soins, la PMU, la Commission d'éthique clinique, le service juridique, le service social, les services de facturation et de gestion administrative des patients, ainsi que le service social de la Ligue vaudoise contre le cancer.

Le Bureau, qui est en mesure de réagir très rapidement, est composé, outre Jean-Blaise Wasserfallen, des personnes suivantes :

- Dr Patrick Bodenmann (PMU)
- Alberto Crespo (service juridique)
- Claire-Lise Gerber (assistante sociale)
- Laurent Chappuis (facturation)
- Catherine Schaffner (Gestion administrative des patients), qui en assure la coordination.

Le Groupe de travail sur les critères de vulnérabilité

Ce groupe de travail, non permanent, a été créé à la demande de la Commission « populations sociales » pour répondre à la situation des requérants dont la demande d'asile est définitivement refusée et qui seront à l'aide d'urgence à partir du 1^{er} janvier 2008. Il a pour mission de définir les critères médicaux qui justifient le maintien ou le transfert dans un logement adapté à leur état de santé.

Font notamment partie de ce groupe de travail :

- le Dr Mario Gehri, médecin chef de l'Hôpital de l'Enfance, où les populations migrantes représentent 65% de la clientèle,

- la Dresse Saira-Christine Renteria, médecin responsable de l'Unité de gynécologie psychosociale (en 2005, les populations migrantes représentaient 70% de la clientèle de la polyclinique du Département de gynécologie-obstétrique et génétique),
- le Professeur Jacques Besson, chef du Service de psychiatrie communautaire,
- le Professeur Lazare Benaroyo, éthicien, Faculté de biologie et de médecine,
- Catherine Schaffner (CHUV) et Sonia Kunz (PMU), pour les aspects administratifs de ces situations,
- et Elisabeth Revaz, juriste au CHUV.

2. L'unité des populations vulnérables

Dès l'an 2000, la PMU a dû faire face à une forte augmentation de patients marginali-

L'évaluation de la qualité des établissements devrait être confiée à un organisme national indépendant

Comment comparer les hôpitaux entre eux

sés, qu'il s'agisse d'étrangers « sans papiers » ou de ressortissants suisses. Pour répondre à cette situation nouvelle, une équipe de la PMU a créé, en 2001, l'Unité des populations vulnérables, que dirige le Dr Patrick Bodenmann.

Ce groupe d'une douzaine de professionnels issus de différents métiers (admissions, corps médical et infirmier, dentistes, pharmacie, facturation) a pour mission de coordonner la prise en charge de ces populations. La coordination porte aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les aspects pratiques, financiers, éthiques et socio-culturels posés par la situation de ces patients.

Cette collaboration qui vise à garantir une prise en charge harmonisée au CHUV et à la PMU implique aussi des relations étroites avec les acteurs externes, en particulier avec la Ville de Lausanne et son réseau social (Point d'Eau, Le Passage, Centre St-Martin, Fleur de Pavé, Point d'Appui, la Fraternité, etc.).

Développements à venir

Deux perspectives devraient permettre d'améliorer encore la coordination et l'harmonisation des prises en charge des populations marginalisées.

En interne. Afin d'améliorer les liaisons entre les différents groupes constitués au sein du CHUV et de la PMU, une plateforme de prise en charge multidisciplinaire du patient précaire est envisagée.

En réseau. L'intégration dans des réseaux d'établissements tels que le réseau MFH (Migrant Friendly Hospitals) permet une plus grande harmonisation des pratiques d'une institution à l'autre. Le Dr Patrick Bodenmann et Chantal Diserens, de la PMU, participent d'ailleurs, au niveau national, à un groupe qui vise à établir des critères communs pour toute la Suisse. Et c'est à Lausanne, que s'est tenue, en novembre dernier, la réunion annuelle du réseau HPH des établissements promoteurs de santé (Health Promoting Hospitals) et de sa section MFH.

« Le CHUV et les HUG très mal notés ». C'est l'un des titres à la une des médias que le sondage d'opinion Comparis a valu aux hôpitaux universitaires lémaniques l'été dernier. Les deux hôpitaux ont immédiatement réagi en montrant que les éléments de comparaison utilisés dans ce sondage n'étaient pas fiables. Les indicateurs qui permettraient de faire une évaluation objective de la qualité dans l'ensemble des établissements du pays font encore défaut. Comme le souligne Daniel Petitmermet, chef de l'Unité de développement stratégique et qualité du CHUV, il serait souhaitable que cette mission soit confiée à un organisme national indépendant.

CHUV-Magazine revient sur ce thème important, avec la distance nécessaire.



Daniel Petitmermet, chef de l'Unité de développement stratégique et qualité du CHUV.

Le CHUV est d'autant mieux placé pour s'exprimer à ce sujet qu'il a été largement pionnier dans le développement d'indicateurs de mesure de la qualité des soins (voir encadré) et de la satisfaction des patients.

Le CHUV réalise en effet depuis plus de dix ans des enquêtes d'opinion pour suivre l'évolution dans le temps de la satisfaction des patients hospitalisés et identifier les points faibles de leur prise en charge.

Enquête approfondie tous les trois ans

Une enquête approfondie est effectuée régulièrement. Elle est fondée sur un questionnaire très complet, abordant une centaine

de questions (à titre de comparaison, le sondage Comparis en abordait une vingtaine).

La première enquête de ce type a été réalisée en 1996. C'était alors une première dans un hôpital universitaire suisse. Depuis lors, les questionnaires soumis aux patients et les méthodes d'échantillonnage ont évolué en fonction de l'expérience acquise et des progrès réalisés sur le plan international dans ce domaine. L'intervalle entre chaque enquête a aussi été allongé – il a été porté à trois ans – afin de donner au CHUV le temps d'en tirer à chaque fois les leçons. Les résultats en sont publiés et sont disponibles sur internet.

La dernière enquête disponible a concerné les patients adultes hospitalisés plus de

.....L'évaluation de la qualité des établissements devrait être confiée à un organisme national indépendant.....

24 heures au CHUV en janvier, mars et avril 2005. Les résultats de l'enquête reposent sur 2'698 questionnaires rentrés et exploitables, soit un taux de réponse remarquable de 72.2% pour un questionnaire de cette ampleur.

Globalement, la satisfaction des patients reste très bonne et est comparable aux précédentes enquêtes. 93.2% des patients interrogés recommanderaient le CHUV à leurs proches. Et plus des deux tiers (71.8%) le feraient sans aucune réserve. Ce taux élevé de satisfaction globale est une constante depuis le début des enquêtes.



La comparaison d'un hôpital à l'autre doit tenir compte de la complexité et de la sévérité des cas qu'ils prennent en charge.

**Plus de 90%
des patients
hospitalisés au CHUV
recommanderaient
l'hôpital à
leurs proches.**

Des axes d'amélioration

L'appréciation portée par les patients varie cependant de manière sensible d'un aspect à l'autre de la prise en charge. C'est pourquoi la Direction générale a donné mandat au Bureau qualité du CHUV d'examiner les dispositions à prendre pour renforcer les efforts entrepris par l'institution sur trois axes :

- l'accueil des patients,
- l'information et la communication avec eux concernant les mesures diagnostiques et thérapeutiques qui leur sont proposées (consentement éclairé),
- la gestion de la douleur.

Des projets concrets d'amélioration sur ces trois axes sont en cours actuellement.

Des enquêtes complémentaires plus légères, sur la base d'une vingtaine de questions, sont également effectuées chaque semestre dans les départements d'hospitalisation sur la base d'un échantillon de

1'500 à 2'000 patients. Les résultats de ces enquêtes, qui sont trop grossières pour être publiées, sont cependant utiles pour la gestion de l'hôpital et de ses départements. Ils sont intégrés au tableau de bord de la direction générale du CHUV. Les derniers résultats confirment que plus de 90% des patients hospitalisés estiment bons à excellents les soins qu'ils reçoivent au CHUV.

Les retombées du sondage Comparis

Comparis a publié, en été 2007, le premier sondage sur le degré de satisfaction des patients hospitalisés réalisé sur le plan national avec le même questionnaire. 53 hôpitaux de soins aigus ont été inclus dans l'enquête. 5'827 interviews ont été retenues pour obtenir un minimum de 100 interviews par établissement. Les résultats publiés indiquent que les patients romands sont moins satisfaits de leurs hôpitaux que les alémaniques. Ils montrent aussi que les patients hospitalisés dans des établissements de grande taille sont moins satisfaits que ceux qui l'ont été dans de petits hôpitaux. Selon ce sondage, la satisfaction exprimée par les patients du CHUV qui ont été interrogés (68 points) est moins élevée que la moyenne nationale (76 points). Les HUG se trouvent dans une situation comparable.

La méthode utilisée et le manque de prudence dans l'interprétation des résultats soulèvent cependant de nombreux points d'interrogation.

Les biais de la méthode

La qualité des résultats obtenus par un sondage d'opinion dépend de la qualité de son échantillon. Celui-ci doit être représentatif de la population interrogée. Or Comparis a interrogé le même nombre de personnes (100) aussi bien pour les petits hôpitaux (enregistrant 3'000 hospitalisations et plus par an dans un nombre limité d'unités de soins) que pour les hôpitaux universitaires (enregistrant 30'000 hospitalisations et plus dans un grand nombre d'unités de soins). Il n'est pas garanti qu'un tel échantillon soit représentatif de l'ensemble des personnes hospitalisées dans notre pays, et encore moins qu'il le soit de l'ensemble des patients pris en charge dans chaque hôpital en question.

Le volume de l'échantillon a également une incidence importante sur la fiabilité des résultats. Plus le nombre de personnes interrogées est petit, plus la marge d'erreur est grande. Cette marge d'erreur varie sensiblement si vous interrogez 100 personnes ou 1000. Et vous devez en tenir compte dans les comparaisons effectuées. Un exemple fictif. Si la marge d'erreur définie par le volume de votre échantillon est de $\pm 5\%$ et que vous obtenez un taux de satisfaction de 60% dans un hôpital et de 70% dans un autre, vous ne pouvez pas dire que l'un est meilleur que l'autre. Parce que la marge d'erreur indique que l'un et l'autre pourraient en fait présenter un taux de satisfaction de 65%.

Le moment où l'enquête est réalisée a également son importance. Quel délai s'est écoulé entre la sortie de l'hôpital et le moment où le sondage a eu lieu, Comparis ne le précise pas. Or l'expérience montre que les patients interrogés pendant leur séjour à l'hôpital ou plusieurs mois après leur sortie manifestent des taux de satisfaction plus élevés que les patients interrogés quelques semaines après leur sortie. C'est pourquoi il est généralement admis que les enquêtes de satisfaction doivent être effectuées dans les trois mois qui suivent l'hospitalisation. Dans les enquêtes de satisfaction réalisées au CHUV, les patients sont interrogés entre 4 et 8 semaines après leur sortie de l'hôpital.

Des conclusions hâtives

Interroger les patients sur leur degré de satisfaction a un sens mais devient un instrument peu fiable s'il s'agit de mesurer la sécurité des soins. Il est difficile de savoir ce que le patient considère comme une intervention grave ou légère et si cela correspond à la réalité. Cet élément est d'autant plus important que les enquêtes montrent que la satisfaction des patients diminue lorsque la sévérité de la maladie augmente. Or la gravité de l'intervention a été estimée par le patient lui-même dans l'enquête Comparis.

Deuxième défaut dommageable: Comparis livre les résultats obtenus par son enquête comme si tous les hôpitaux jouaient exactement le même rôle. Ce qui n'est pas conforme à la réalité. Les hôpitaux universitaires, comme le CHUV et les HUG, prennent en charge les cas les plus complexes et les plus difficiles. Il est donc important de comparer les résultats obtenus, non pas globalement, tous malades confondus, mais en fonction des maladies traitées et de leur degré de sévérité. C'est ce qu'on appelle le «casemix» qui est un élément essentiel pour assurer une bonne base de comparaison.

Un effet positif

La publication du sondage Comparis et le bruit qu'il a provoqué ont cependant eu des retombées positives. Les instances politiques cantonales et fédérales, gouverne-

Les indicateurs disponibles au CHUV

En dehors de l'enquête de satisfaction conduite régulièrement auprès des patients, le CHUV dispose d'un certain nombre d'indicateurs sur la qualité et la sécurité des soins.

Infections nosocomiales

Les infections nosocomiales sont les infections qui n'étaient pas présentes, ni en incubation, lors de l'admission d'un patient à l'hôpital. Par extension, on parle également d'infection nosocomiale pour toute infection liée à un processus de soin, hospitalier ou ambulatoire.

Le CHUV mesure ces infections nosocomiales sur la base d'un indicateur élaboré par l'Association Swiss-Noso, qui regroupe plusieurs services d'hygiène hospitalière d'établissements, principalement romands. Il s'agit d'une photographie prise à un moment donné. Ce taux global d'infections nosocomiales, qui repose sur un relevé standardisé des données, est communiqué dans le cadre de l'évaluation du contrat de prestations du CHUV. En 2005-2006, il était de l'ordre de 12%. Intégré au tableau de bord de l'institution, cet indicateur sentinelle permet aussi d'analyser les problèmes rencontrés et de prendre des mesures. Fin 2003, par exemple, le Centre des grands brûlés a fermé provisoirement ses portes suite aux infections en chaîne provoquées par un germe arrivé sans prévenir de Bali. Le centre venait d'accueillir une victime suisse d'un attentat terroriste en Indonésie. L'un des principaux problèmes liés à la mesure des infections nosocomiales réside précisément dans la difficulté de distinguer les infections qui «arrivent» de l'extérieur de celles qui sont acquises à l'hôpital.

La dernière enquête qui a permis une comparaison dans le domaine des infections nosocomiales entre certains établissements, sur la base des mêmes standards, remonte à 2004.

Statistique des incidents

Le CHUV enregistre tous les incidents ayant débouché sur une demande de dommages et intérêts estimée à plus de 5'000 francs. Ces incidents peuvent relever d'un simple accident lors d'une hospitalisation, d'une chute par exemple, ou d'erreurs médicales. Le nombre de ces incidents est de l'ordre de 50 à 60 cas par an (sur près de 40'000 hospitalisations).

Taux de réhospitalisations

Le taux de réhospitalisations potentiellement évitables est enregistrée sur la base d'un indicateur validé au CHUV mais qui n'est pas standardisé ni utilisé dans d'autres établissements. A terme, un tel indicateur devrait être repris au niveau national de même que le taux de réopérations potentiellement évitables, qui sera testé au CHUV avant de l'être dans d'autres établissements pour en assurer la fiabilité.

ments et députés, ont été sensibilisés à la problématique de la comparaison des hôpitaux entre eux, à l'intérêt comme aux limites de l'exercice.

H+, l'Association nationale faîtière des hôpitaux, a réagi en annonçant, pour le mois de janvier 2008, l'élaboration d'un rapport sur la qualité des institutions adhérant à l'association. L'objectif est d'instaurer, à l'horizon 2010, un label «H+ qualité» sur la base d'indicateurs validés au niveau national.

Un projet d'Assurance Intercantonale Qualité (AIQ) a par ailleurs été lancé, pour la première fois avec la participation active des cantons, pour promouvoir un certain nombre d'indicateurs permettant de mesurer et

de comparer de manière fiable la qualité des établissements hospitaliers.

La multitude des initiatives prises dans ce domaine ne change rien au fond. La rigueur scientifique des outils utilisés et l'impartialité dans l'interprétation des résultats sont déterminantes pour assurer une comparaison pertinente entre établissements (benchmarking). C'est pourquoi il paraît hautement recommandable de confier cette tâche à un organisme national indépendant des différents acteurs du système de santé, chargé de définir le concept, de le déployer en mettant à disposition des établissements les méthodes de récolte des données et d'assurer la qualité et la comparabilité de celles-ci.

...Certification et projet Fasol ont été menés parallèlement.....

Le nouveau visage du Service de pharmacie

Deux événements ont marqué le Service de pharmacie en 2007 :

- En septembre, l'inauguration des nouveaux locaux de fabrication des solutions stériles (projet FASOL).
- En octobre, la double certification ISO 9000:2001 et RQPH (Référentiel qualité pour la pharmacie hospitalière) qui lui a été délivrée par la SGS. Ces deux résultats sont le fruit d'un travail de réorganisation en profondeur du Service de pharmacie.



L'équipe de certification du Service de pharmacie, avec au premier rang, de gauche à droite :

Ermindo Di Paolo, Radjaa Mehli, Rachele Chianese, Bertrand Hirschi, Jean-Christophe Devand, Pierre Voirol et André Pannatier.

Au deuxième rang, de gauche à droite :

Marc Voeffray, Lina Berger, Stéphanie Jacquat, Charles Schindler, Marie-Christine Grouzmann et Grégory Podilsky.

La pharmacie du CHUV s'est lancée dans une démarche de certification et le projet FASOL par conviction et par nécessité. Par conviction, pour avoir participé à la rédaction du référentiel qualité, élaboré par la Société suisse des pharmaciens d'hôpitaux, en collaboration avec l'APEQ. Par nécessité, pour se conformer aux règles de bonne pratique de fabrication des médicaments en petite quantité, qui découlent de la loi sur les produits thérapeutiques.

Les apports de la certification

Aux yeux d'André Pannatier, la démarche qualité a beaucoup apporté au service. Elle a permis de clarifier son mode de fonctionnement dans la mesure où elle oblige à structurer les activités en processus et à se

fixer des objectifs. Elle débouche aussi sur une réflexion systématique et permanente sur les prestations du service. Chaque réclamation d'un client, chaque panne constatée, devient l'objet d'une recherche de solution, qu'il s'agisse d'une action ponctuelle ou d'un projet de changement.

La démarche a commencé début 2005. Elle a été conduite par un chef de projet à 60%, Nicolas Mlynek, qui avait reçu une formation de responsable assurance qualité. Quatre répondants qualité, un pour chaque unité du service, ont également suivi une formation ARIAQ, à Yverdon-les-Bains :

- Bertrand Hirschi, pour la direction et l'unité de logistique pharmaceutique,
- Lina Berger, pour l'unité de contrôle de qualité,

- Ermindo di Paolo, pour l'unité d'assistance pharmaceutique,
- Charles Schindler, pour l'unité de fabrication.

« La démarche a été un peu plus longue que prévu, admet André Pannatier. Pour deux raisons au moins. D'abord, parce que nous voulions mener la réflexion qualité en même temps que la réalisation du projet FASOL. Ensuite, parce qu'il faut que la direction s'implique fortement dans le processus. On ne peut pas simplement déléguer. Or je me suis impliqué relativement tardivement, après avoir d'ailleurs suivi une formation de trois jours sur le rôle de la direction dans la démarche qualité. La qualité n'est pas l'affaire de quelques-uns. C'est l'affaire de tous. Il faut que toutes les catégories de collaborateurs se l'approprient et qu'elle entre dans les mœurs. »



Le projet Fasol a permis de renouveler complètement les équipements des locaux de fabrication des solutions stériles.

Aujourd'hui, c'est fait. Les résultats sont tangibles. Deux exemples.

- Avant, les collaborateurs étaient dédiés à certains types d'activité: deux postes pour la fabrication de cytotoxiques, deux postes et demi pour les solutions de nutrition parentérale et autres, deux encore pour la production des médicaments en petites quantités. Il était difficile de passer d'un poste à l'autre et, par conséquent de répondre aux variations, parfois importantes, du volume des commandes. Aujourd'hui, le service dispose d'un groupe de collaboratrices complètement polyvalentes, ce qui permet de planifier leur travail en fonction des quantités à produire quotidiennement.

- Autre changement: le service a mis en place un colloque hebdomadaire qui réunit, tous les mardi matin, le responsable assurance qualité, les répondants qualité et les responsables d'unité autour d'un chef de projet. Ce colloque discute des remarques transmises par les messages qualité et des actions à entreprendre pour y répondre. Les problèmes sont posés sur la table dans un esprit constructif, la transparence est plus grande et la solution plus rapide.

Les nouveaux locaux de fabrication

Les locaux de fabrication des solutions stériles ne répondaient plus aux règles de bonne pratique de fabrication des médicaments en petite quantité, édictées par Swissmedic,

en septembre 2002. Il faut dire que la Suisse fait œuvre de pionnier dans ce domaine, en application de la loi sur les produits thérapeutiques, et que les Européens sont en train de s'en inspirer.

Suite à un rapport d'audit déposé auprès de la Direction générale, il a été décidé de rénover les locaux concernés en profitant de l'occasion pour répondre aux besoins actuels et futurs de la pharmacie. L'opération baptisée FASOL a permis de construire trois modules de production séparés:

- un module pour la fabrication en petites séries de produits parentéraux ne se trouvant pas sur le marché et destinés, soit au traitement des patients, soit à la recherche et aux études cliniques.

.....Certification et projet Fasol ont été menés parallèlement.....



André Pannatier est légitimement fier du succès de l'opération.



Des mesures draconiennes de contrôle de la qualité et de la sécurité sont appliquées.

- et deux modules entièrement séparés, afin d'éviter toute contamination croisée, pour les préparations aseptiques individualisées. Le premier de ces modules est destiné aux nutriments parentéraux et autres médicaments parentéraux tels qu'antibiotiques, analgésiques, etc. Le second module est dédié aux médicaments cytotoxiques (anticancéreux, certains antiviraux, etc.).

Les travaux ont commencé fin 2005. Ils ont coûté 4.5 millions. Le Service technique du CHUV a largement contribué à leur réalisation extrêmement complexe, en raison notamment des contraintes posées pour leur système de ventilation. Les équipements ont été complètement renouvelés.

Les locaux ont été progressivement mis à disposition à partir de 2007 et inaugurés en septembre dernier. Les mesures de contrôle de la qualité et de la sécurité sont maximales. Pour être certain, par exemple, que les lieux sont complètement stériles, on prend l'empreinte des doigts des collaborateurs à la sortie du travail, des prélèvements de ces empreintes sont régulièrement effectués, et en cas de croissance de germes, une requalification du personnel est nécessaire.

Des activités en progression

L'ensemble de ces mesures, qui ont élargi le périmètre du contrôle qualité et renforcer ces exigences, permet à la pharmacie du CHUV de développer des activités spécifiques sur le plan clinique ou dans le domaine de la recherche.

Un projet prévoit que le Service de pharmacie reprenne, en 2008, la fabrication des cytotoxiques pour l'oncologie ambulatoire adulte du CePO. Une convention est en cours d'élaboration dans ce but.

Grâce à la certification et à FASOL, les activités d'assistance pharmaceutique, notamment dans le cadre des études cliniques, sont facilitées. Elles sont d'ailleurs appelées à prendre de l'ampleur, en particulier pour la validation des vaccins, avec la création toute récente, à Lausanne, de l'Institut suisse de recherche sur le vaccin.

.....Cœur et sport: le cœur moteur de notre vie.....

Des Portes Ouvertes particulièrement réussies

CardioMet, le Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques du CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine, a organisé, le 24 novembre dernier, une journée Portes ouvertes. Dans le hall des auditoriums du CHUV, spécialement transformé en parcours santé, « Le cœur, moteur de notre vie » a accueilli plusieurs centaines de visiteurs entre 9h et 17h. A elles seules, les personnes de permanence à l'accueil ont eu un contact direct avec près de 600 visiteurs.

La manifestation mise sur pied en collaboration avec le Comité International Olympique, le Musée Olympique et les Sports universitaires, a pour thème particulier « le Cœur et le Sport ».



Jacques Rogge, président du CIO, et le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, chef du Département de la santé et de l'action sociale, ont participé à la manifestation officielle de la journée.



Cinq sportifs suisses d'élite ont également participé à un débat public. De gauche à droite: Sergueï Anshwanden (judo), Gilles Jacquet (snowboard), Magali Di Marco-Messmer (triathlon), Dano Halsall (natation) et Jean Troillet (alpinisme)

.....Cœur et sport : le cœur moteur de notre vie.....





- *Des jeux, des ateliers interactifs, des stands d'information sur les maladies cardio-vasculaires et métaboliques courantes, des séminaires, des projections de films, toutes ces activités étaient animées par les professionnels des différentes entités de Cardiomet.*
- *Le public pouvait également visiter certaines coulisses du CHUV: les installations électrogènes et les cuisines.*
- *Près d'un millier de personnes ont profité de cette Journée Portes Ouvertes. C'est Myriam Benz, à Mézières, qui a remporté le premier prix du concours: une horloge de table Audemars Piguet.*



.....Nouvelle salle d'électrophysiologie au Service de cardiologie.....

Le CHUV dispose d'un équipement de pointe pour le traitement des troubles du rythme cardiaque

Le CHUV a inauguré en novembre dernier la nouvelle salle d'électrophysiologie de l'Unité des troubles du rythme cardiaque du Service de cardiologie. Cette salle de dernière génération permet de diagnostiquer et de traiter les troubles du rythme cardiaque dans des conditions optimales de sécurité et de confort pour les patients et le personnel. Le CHUV est le premier hôpital public de Suisse à disposer de ce type d'équipement.



Le Professeur Martin Fromer, chef de l'Unité des troubles du rythme cardiaque.



L'intérieur de la salle d'électrophysiologie.



A l'extérieur, les écrans qui permettent de suivre toutes les particularités du patient avec les signaux électriques qui proviennent du cœur.

La salle d'électrophysiologie permet de traiter les patients qui souffrent d'un rythme cardiaque trop rapide. 200 à 300 patients par année sont ainsi pris en charge par l'Unité des troubles du rythme cardiaque du CHUV. Les arythmies dont ils souffrent se traduisent fréquemment par un pouls beaucoup trop élevé. Les patients ressentent des palpitations, des irrégularités du pouls cardiaque, voire des vertiges, des malaises ou des pertes de connaissance. Ces troubles sont souvent associés à une maladie cardiaque telle qu'un infarctus ou faiblesse du muscle cardiaque mais pas toujours. Ils peuvent aussi être dus à une maladie congénitale ou à une variante de la conduction électrique du cœur.

La technique consiste à rechercher les anomalies à l'intérieur du cœur à l'aide de cathéters très fins, d'un diamètre de 2 à 3 mm. L'accès au cœur se fait par les veines et les artères. Cette intervention par endoscopie se pratique sous anesthésie locale mais pour le confort du malade, une sédation plus importante peut intervenir.

En fonction des difficultés à identifier, au millimètre près, le lieu de la perturbation du rythme cardiaque, l'intervention peut durer une à plusieurs heures. Une fois le lieu de la perturbation identifié, le tissu local est

échauffé à l'aide d'ondes radiofréquence appliquées à l'extrémité du cathéter. Si cette énergie est appliquée au bon endroit, il s'ensuit un rythme accéléré d'une durée de quelques secondes. Après l'application de cette première brûlure, et des suivantes en cas de besoin, on vérifie que les perturbations du rythme cardiaque n'existent plus. Si tel est bien le cas, l'intervention est terminée, les cathéters sont retirés et le patient peut retrouver sa mobilité quelques heures plus tard. Le taux de succès est supérieur à 90% pour la majorité des troubles cardiaques.

L'unité des troubles du rythme cardiaque du CHUV dispose désormais d'une salle de référence pour ce type d'intervention. Elle est spacieuse, sans bruit et climatisée. Les équipements installés bénéficient des dernières technologies. Elle est dotée d'un équipement fluoroscopique de pointe et

d'un système de navigation de cathéters par sustentation magnétique couplé à une reconstruction visuelle du cœur en trois dimensions, selon le principe du GPS.

Si les conditions de l'intervention sont fondamentalement améliorées pour le patient et le personnel, cette salle présente essentiellement deux innovations par rapport aux équipements antérieurs. Elle permet :

1. de guider à distance les cathéters à l'aide d'un champ magnétique de faible intensité à l'intérieur du corps;
2. d'incorporer sur les écrans toutes les informations anatomiques des examens préalablement faits chez le malade. Pour la première fois, on peut intégrer les structures du cœur et toutes les particularités d'un patient avec les signaux électriques qui proviennent du cœur.