

«LE SAVOIR AU SERVICE DU PATIENT»

# CHUV | MAGAZINE

Centre hospitalier  
universitaire vaudois



Hiver 2010



## Les femmes, atouts de l'hôpital du futur

**DOSSIER** Le CHUV encourage la relève féminine

**INTERVIEW** Les confidences du Prix Nobel Françoise Barré-Sinoussi

**SOINS** L'école à l'hôpital, c'est possible!

**GUÉRISON** Il s'appelait Marylène

## ÉDITORIAL

# Homme-femme: un combat obsolète

La question de la place des femmes dans la société s'est posée à moi avec, pour musique de fond, le cliquetis d'une machine à écrire. Cette interrogation s'enracine en effet dans un terreau très personnel.

J'ai le clair souvenir de ma mère, journaliste et féministe convaincue, tapant sans relâche ses chroniques dans lesquelles elle se bat pour la place des femmes. Je sais que cette image m'a profondément marqué même si, devenu adolescent, je dois bien avouer que les remarques féministes de ma mère m'agaçaient parfois légèrement. D'ailleurs, peut-être est-ce la réaction de mon père qui m'a encore plus influencé. Au début des années 1960, les rôles homme-femme étaient distribués on ne peut plus clairement. Or, au risque d'être taxé – selon les valeurs de l'époque – de «trop permissif» avec son épouse, mon père non seulement tolérait ses écrits et ses multiples reportages à l'étranger, mais il ne cessait de l'encourager.

Ces questions se sont par la suite concrétisées dans le quotidien de ma vie professionnelle car c'est dans la compagnie des femmes que j'ai évolué. Secrétaires, infirmières, instrumentistes, téléphonistes ou chirurgiennes, je les observe depuis des années composer avec la vie professionnelle et la vie de famille, multiplier les vies en une seule ainsi que vous le lirez dans notre reportage en page 7.

Les hommes et les femmes ne sont pas égaux face à leurs carrières car la société leur a fixé des missions diverses. Une institution telle que la nôtre se doit de corriger cette inégalité historique: raison pour laquelle nous avons décidé de créer la commission «Médecins de demain». Grâce à elle, nous allons réfléchir à une organisation du travail qui permette de gommer les inégalités et d'offrir les mêmes chances aux hommes et aux femmes.

Bonne lecture!

Pierre-François Leyvraz  
Directeur général du CHUV



Photo: Sophie Huguenot

## SOMMAIRE

- 04 | **Dossier** Le CHUV encourage la relève féminine
  1. Femmes et médecine, une longue histoire
  2. Concilier vie privée et vie professionnelle
  3. L'interview d'une Prix Nobel
  4. Time-sharing: trucs et astuces
  5. Réintégration, mode d'emploi
  6. L'opinion de Pierre-Yves Maillard
- 15 | **Soins** Les jeunes patients poursuivent leur scolarité à l'hôpital
- 16 | **Portfolio** Belles envers et contre tout  
*La fondation Look Good... Feel Better organise des ateliers de maquillage pour les patientes atteintes d'un cancer.*
- 20 | **Décryptage** La reconstruction mammaire  
*Le bloc opératoire nous a ouvert ses portes le temps d'une intervention.*
- 24 | **Vie du CHUV** «Rester féconde m'aide à combattre le cancer»  
*Le témoignage de Nathalie qui, avant d'entamer une chimiothérapie, a bénéficié d'un prélèvement d'ovocytes dans l'espoir d'enfanter plus tard.*
- 30 | **Culture** Le calendrier des expositions et des concerts
- 32 | **Guérison** Sylvain s'appelait Marylène

## IMPRESSUM Hiver 2010

Le CHUV Magazine paraît quatre fois par an. Il est destiné aux collaborateurs ainsi qu'aux patients et visiteurs du CHUV intéressés par le cours de la vie de notre institution. Le CHUV Magazine est imprimé sur du papier Cyclus Print, 100 % recyclé. Son sommaire est conçu grâce aux suggestions des correspondants du Service de la communication, qui se trouvent dans les départements, services et hôpitaux affiliés du CHUV.

## Éditeurs responsables

Pierre-François Leyvraz, directeur général,  
Béatrice Schaad, responsable de la communication

## Rédaction

LargeNetwork (Ludovic Chappex, Martine Brocard, Martin Longet, Melinda Marchese, Geneviève Ruiz, Daniel Saraga), Pierre-François Leyvraz (DG), Béatrice Schaad (DG), Fabien Dunand (DG), Caroline de Watteville (DG), Bertrand Tappy (DG), Nicolas Jayet (DSO), Giuseppe Costa (HUG), Pascal Nicod (DM), François Bochud (IRA)

## Coordination et graphisme

LargeNetwork / Largeur.com  
Images  
CEMCAV

## Impression

SRO-Kündig  
Tirage  
12'000 exemplaires

## Couverture

Photographe: Patrick Dutoit  
Modèles: Judith Horisberger, infirmière responsable de la circulation extra-corporelle au bloc opératoire, Anne-Laure Beda, infirmière au Service des urgences, Miriam Pittet, apprentie cuisinière

## Contact

CHUV, Béatrice Schaad  
Rue du Bugnon 21  
CH-1011 Lausanne  
Vous souhaitez réagir à un sujet, faire une suggestion pour la prochaine édition de fin mars 2010 (jusqu'au 20 janvier), reproduire un article: merci de vous adresser à  
beatrice.schaad@chuv.ch

ISSN 1663-0319

## SOINS



© GianniD

## Un centre consacré au sein

Traiter un cancer ou autre maladie du sein nécessite l'intervention de différents spécialistes, tels que des oncologues, des chirurgiens, des gynécologues, des radiologues ou des radiothérapeutes. Pour améliorer la prise en charge des patientes, le CHUV a mis en place un Centre du sein qui permet à ces divers spécialistes de collaborer dès le début d'un traitement. «Jusqu'à présent, une patiente passait d'abord chez le gynécologue, ensuite chez le chirurgien puis chez l'oncologue par exemple, explique Jean-François Delaloye, professeur associé et médecin chef du Département de gynécologie-obstétrique du CHUV. Le Centre lui assure une prise en charge pluridisciplinaire dès les premiers instants. Tous les spécialistes se réunissent plusieurs fois par semaine pour discuter de chaque cas. Cette nouvelle structure nous permet de garantir un suivi plus rapide et plus efficace.»

## Une start-up prometteuse

**RECHERCHE** Fondée en 2002 par Christophe Bonny, ancien biologiste et généticien du CHUV, la start-up Xigen vient d'obtenir un financement de 20 millions de francs. La jeune entreprise de 14 collaborateurs développe des fragments de protéines (des peptides) capables de pénétrer à l'intérieur des cellules malades pour agir sur les protéines défectueuses. Son produit le plus avancé, actif contre plusieurs maladies inflammatoires, pourrait bientôt entrer en phase d'étude clinique.

→ [WWW.XIGENPHARMA.COM](http://WWW.XIGENPHARMA.COM)

## Innovation médicale

**EPFL** Un incubateur destiné à favoriser l'innovation dans le domaine médical a ouvert ses portes en novembre dernier au Parc scientifique d'Ecublens (PSE). Il a été créé par Medtronic, spécialiste américain des technologies médicales et le financier français Sofinnova. Le «Medical Device Accelerator» (MDA) se fixe comme objectif d'apporter l'encadrement nécessaire pour qu'une idée prometteuse puisse être réalisée et ainsi accélérer le développement de technologies révolutionnaires.

→ [WWW.MDACCELERATOR.COM](http://WWW.MDACCELERATOR.COM)

## La Suisse prend du poids

**SANTÉ** Plus d'un tiers des Suisses sont officiellement en surpoids, selon la dernière étude commandée par l'Office fédéral de la santé publique. Près de la moitié (46%) des hommes ont une surcharge pondérale contre 28% des femmes. Cette proportion a certes augmenté ces dernières années (de 30% en 1992 à 37% en 2007), mais elle pourrait bientôt se stabiliser, selon l'étude.

Par ailleurs, le coût économique des maladies résultant de l'excédent de poids a explosé: il est passé de 2,6 milliards en 2001 à 5,8 milliards de francs en 2006. Le diabète de type 2, les maladies coronariennes, l'asthme et l'ostéoporose (du genou et de la hanche) représentent plus de trois-quarts des dépenses. Les conseils, quant à eux, restent toujours les mêmes: un mode de vie sain, une nutrition équilibrée et de l'exercice physique. Le surpoids est défini par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25, l'obésité au-delà de 30. L'IMC est obtenu en divisant le poids (en kg) par la taille (en mètres) élevée au carré.

## Des téléphones «verts» performants

**ONDES** Les téléphones mobiles à faible puissance d'émission, testés dans des zones pilotes depuis une année au CHUV et aux HUG, ont démontré leur efficacité: les mesures effectuées ont révélé que leur puissance maximum ne dépassait jamais le seuil imposé de 0,2 watt, soit 10 fois moins qu'un téléphone portable traditionnel. Par ailleurs, la puissance minimum mesurée dans les endroits les plus favorables n'est que de 0,003 watt, soit plus de 650 fois plus faible que la norme suisse. Les hautes exigences imposées sont donc pleinement satisfaites. L'expérience va se généraliser à l'ensemble des cités hospitalières.



DOSSIER

# Les femmes, atouts de l'hôpital du futur

1. Femmes et médecine, une longue histoire ... p 05
2. Concilier vie privée et vie professionnelle .... p 07
3. L'interview d'une Prix Nobel ..... p 10
4. Time-sharing: truc et astuces ..... p 12
5. Réintégration, mode d'emploi ..... p 13
6. L'opinion de Pierre-Yves Maillard ..... p 14

Depuis plus d'un siècle, les femmes manifestent leur intérêt pour la médecine. Certaines d'entre elles renoncent pourtant à pratiquer, de peur de ne pas réussir à concilier carrière et vie privée.

Une commission a été créée au CHUV pour adapter les conditions de travail et promouvoir la relève féminine.

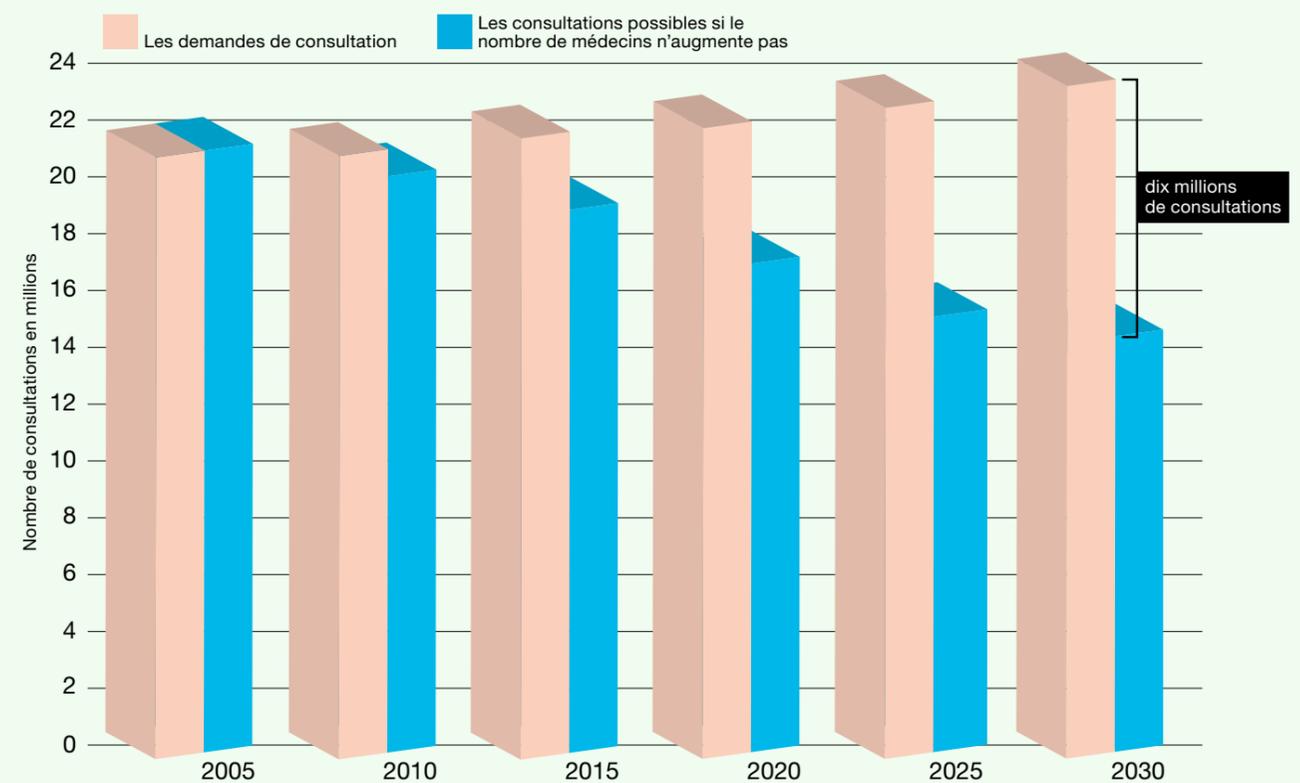
Alors que la pénurie de personnel de santé s'accroît avec plus de 150'000 postes à créer d'ici à 2020, le besoin de promouvoir la relève féminine et d'aménager à leur intention des conditions de travail plus adaptées fait l'unanimité. Mais cette féminisation n'est que le prolongement d'une évolution dont l'origine remonte à 150 ans.

### Une pionnière au XIX<sup>e</sup> siècle

Il faut remonter à 1868 pour trouver la trace de la première étudiante suisse inscrite en Faculté de médecine, à Zurich. La jeune Marie Heim Vögtlin, âgée de 23 ans, avait suscité bien malgré elle une vague d'indignation dans tout le pays. Sa volonté de devenir médecin remettait effectivement en question

l'image traditionnelle et solide de la femme au foyer. En Allemagne, le neuropsychiatre Paul Julius Möbius écrivait dans son ouvrage «De la débilite mentale physiologique chez la femme» que sur le plan physique et intellectuel, la femme se trouvait tout simplement à mi-chemin entre l'enfant et l'homme!

## La pénurie de personnel s'accroîtra d'ici à 2030



Dans vingt ans, si le nombre de médecins n'augmente pas, la demande de consultations excédera de dix millions le nombre de consultations possibles.



Charlotte Olivier fut une pionnière de la lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud.

Quelques années plus tard, les événements prirent pourtant une tournure surprenante: entre 1890 et 1917, les facultés de médecine suisses attirèrent soudain de nombreuses jeunes femmes venues de Russie, interdites d'études à cause de leur confession juive ou pour des raisons de quotas. En 1905, plus de 70% des étudiants en médecine étaient des femmes. Du côté de l'académie, cette situation était vue d'un assez bon œil, dans la mesure où les demoiselles regagnaient paisiblement leur pays une fois diplômées. Mais heureusement pour l'Histoire, certaines décidèrent de rester. Parmi elles, Charlotte Olivier, originaire de Saint-Petersbourg et pionnière de la lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud. Son action permit de prévenir la maladie en mettant en place un système moderne de prise en charge socio-médicale. Même si cette femme passa sa vie à fuir les hommages, elle instilla le doute dans les certitudes machistes de certains.

**Améliorer les conditions de travail**  
Depuis, le nombre d'étudiantes diplômées en médecine n'a cessé de croître, rattrapant puis dépassant le nombre de leurs homologues masculins (55% de diplômées à Lausanne en 2007). Pourtant, elles ne sont encore

que 34% à pratiquer en Suisse. Cette sous-représentation s'accroît encore quand il s'agit de monter en grade (au CHUV, environ 20% des médecins dirigeants sont des femmes).

«En 1905, plus de 70% des étudiants en médecine étaient des femmes.»

«Plusieurs facteurs s'articulent et se renforcent les uns les autres, explique Magdalena Rosende, docteure en sciences sociales à l'Université de Lausanne et auteure de «Parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine». Dans un contexte caractérisé par une durée de travail élevée, le projet de carrière conduit de nombreuses femmes à prendre en considération plusieurs aspects à la fois: l'activité professionnelle et la situation familiale présente ou à venir. Elles feront attention aux horaires, afin qu'ils leur permettent de s'occuper de leurs enfants, ou d'en avoir. Les hommes ne faisaient jusqu'à récemment pas ce genre de calculs.» Des choix cruciaux pour les médecins, qui se font durant leur formation postgrade, entre 25 et 35 ans.

C'est de cette évolution des mentalités que le CHUV veut tenir compte avec la création de la commission «Médecins de demain», coordonnée par la Dresse Sandra Deriaz: «Tout couple comprenant au moins un collaborateur du milieu de la santé est concerné, confirme-t-elle. La participation à la vie familiale devient un enjeu de plus en plus important, chacun cherchant à marier au mieux vie privée et vie professionnelle. Souvent, les deux membres du couple travaillent dans la santé, ce qui n'arrange rien! Pour cela, nous devons nous concentrer sur la reconnaissance des valeurs de la femme dans le monde médical.»

A ce propos, le parcours de Brigitte Jolles, médecin adjointe du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie du CHUV et professeure à



En 1868, Marie Heim Vögtlin est la première étudiante en médecine de Suisse.

l'EPFL, est éloquent. Au bénéfice de trois diplômes universitaires (microtechnique, médecine et épidémiologie clinique), elle cumule ses compétences pour développer de nouvelles formes de prothèses. Mais elle refuse toute remarque admirative: «Tout ce que j'ai fait, je l'ai fait parce que cela m'intéressait, assure-t-elle. Et que cela me permet d'appliquer immédiatement mes connaissances.» Actuellement en congé maternité (elle vient d'accoucher de son second enfant), elle constate que les infrastructures manquent encore. «C'est encore le système D, notamment pour les crèches.»

De nombreux défis restent donc à relever, et les résoudre est indispensable pour préparer le terrain aux Marie Heim Vögtlin de demain. □

### Les chiffres à retenir

- 34% des médecins en Suisse sont des femmes.
- Seulement un médecin cadre sur cinq est une femme.
- 55% des diplômés de médecine à l'Université de Lausanne en 2007 étaient des femmes.

## Trois femmes en 24 heures chrono

Elles soignent, construisent ou opèrent: trois collaboratrices du CHUV ont accepté de nous ouvrir les portes de leur quotidien. Reportage au pas de course.

**7h** Il faut s'accrocher pour arriver à suivre l'emploi du temps de Catherine Borghini. A 40 ans, la Grandsonnoise est responsable de la Direction des constructions, ingénierie et technique du CHUV. Elle dirige par conséquent une vaste fourmilière de près de 200 collaborateurs, allant des électriciens aux architectes. Son poste implique également une part stratégique importante: ce matin, elle com-

mence sa journée par une séance avec la Direction générale, afin de réfléchir à l'avenir d'un centre pour les enfants et les adolescents. Faut-il rénover, ou raser et construire à nouveau? «J'apprécie le contact avec le terrain, mais j'aime avoir une vision d'ensemble, un peu comme un chef d'orchestre, confie-t-elle. Lors de ces réunions, j'avoue que je me sens comme un poisson dans l'eau.»

**7h30** Pour la neurochirurgienne Jocelyne Bloch, la journée débute avec la visite des patients aux soins continus. Selon cette jeune quadragénaire mère de deux enfants, son statut de femme n'a pas été un obstacle déterminant dans sa carrière: «Certes, il n'y a pas beaucoup de femmes en chirurgie (environ 14% en Suisse, ndlr). Mais je ne pense pas que cela soit plus dur pour nous. Il y a néan-



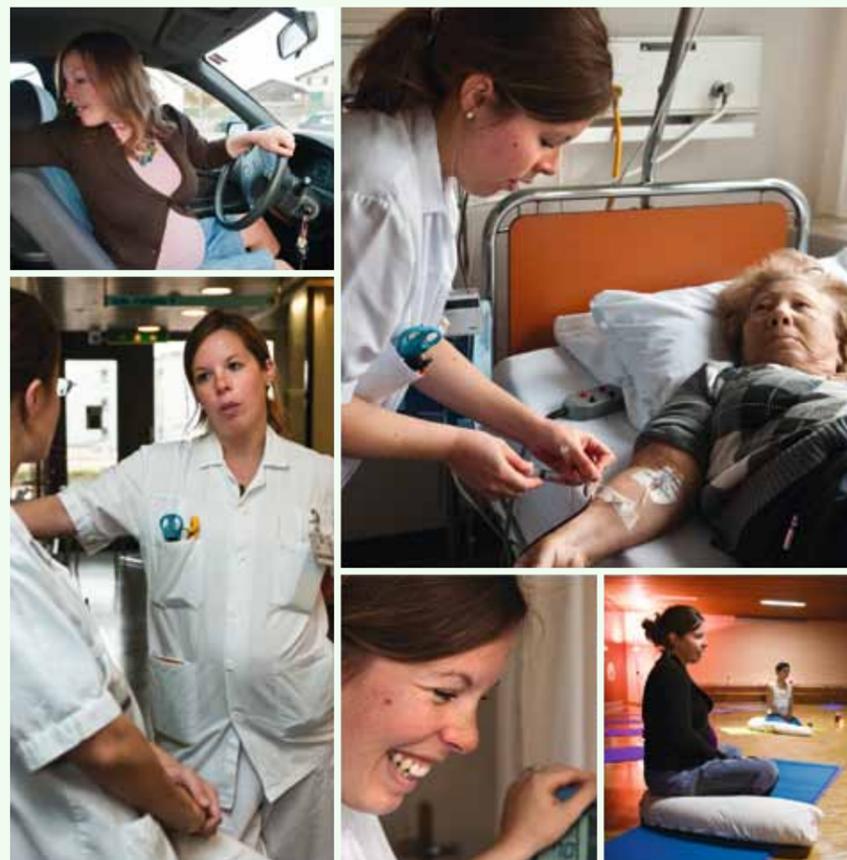
Entre les téléphones et les séances, les journées se suivent et ne se ressemblent pas pour Catherine Borghini.

moins beaucoup de sacrifices à faire et il est vrai qu'avoir des enfants au début de la formation n'aide pas. Je n'ai jamais calculé quoi que ce soit sur ce plan-là. Par contre, une fois que l'on accède à certaines responsabilités, il est tout de suite plus facile de gérer son emploi du temps en fonction des impératifs familiaux.»

**8h30** Pendant ce temps, les séances se suivent et ne se ressemblent pas pour Catherine Borghini. L'objet de son second rendez-vous est surprenant: la gestion de l'écoulement des selles et des urines radioactives. «Ce genre de déchets, fréquent chez les patients suivant un traitement à l'iode, nécessite des toilettes et des conduits spéciaux. Nous sommes en train de contrôler que notre système fonctionne.» Tous les équipements techniques (du plus petit boulon aux gigantesques générateurs de secours) sont en effet sous sa responsabilité. Une lourde charge qui ne l'empêche pas de garder le sourire: «Et il m'arrive quand même de déléguer!»

**9h** Dans une salle informatique du Service de neurochirurgie, Jocelyne Bloch prépare l'intervention de la journée: une «deep brain stimulation» (stimulation profonde du cerveau) qui consiste à insérer deux petites électrodes dans le cerveau d'une patiente souffrant de maladie de Parkinson: «On peut comparer cela à une partie de bataille navale, décrit la chirurgienne. Avec l'IRM de la patiente, on localise une cible précise, le noyau sous-thalamique, qui est le relais primordial dans le circuit cérébral de la régulation du mouvement. En stimulant électriquement le noyau visé, on arrive à réharmoniser les mouvements de cette patiente, chez qui le traitement par médicaments ne suffit plus.»

**9h30** Céline Meyrat, 29 ans, infirmière du Service d'oncologie ambulatoire, est sur le chemin du CHUV. Enceinte de huit mois, elle bénéficie de mesures visant à assurer le bien-être du futur bébé tout en poursuivant son travail. «Dès l'annonce de ma



Céline Meyrat travaille avec le sourire, à quelques semaines de l'accouchement.

grossesse, on m'a éloignée des produits de chimiothérapie. Après une petite alerte survenue lors du 7<sup>e</sup> mois, mon taux de travail a été baissé à 40%.»

**11h** Dans le bloc opératoire 16, Jocelyne Bloch et son équipe (composée en majorité de femmes) se préparent à l'intervention, plus spectaculaire que les opérations «classiques»: durant quelques heures, la patiente devra en effet être réveillée, afin de mesurer les effets de la stimulation sur ses mouvements.

**12h** Au Centre coordonné d'oncologie ambulatoire, Céline Meyrat s'occupe d'une transfusion sanguine auprès d'une patiente visiblement ravie de discuter avec elle: «C'est pour ce genre d'échanges que j'aime particulièrement travailler ici, explique l'infirmière. Le dialogue entre le patient et le médecin ou le personnel soignant est très important pour que la thérapie se passe au mieux.»

**12h30** Devant la façade noire du prochain pavillon du Centre psychiatrique de Prangins, Catherine Borghini passe en revue le moindre détail. Son expérience et son dévouement ont déjà fait leurs preuves depuis longtemps et la présence d'une femme sur le chantier n'étonne plus personne: «Cela n'a jamais été un inconvénient pour diriger un groupe, assure-t-elle. Je n'ai jamais eu à subir de rapports de force face aux hommes. De plus, j'ai vraiment une confiance absolue envers notre service technique et nos chefs de chantiers. C'est indispensable pour réfléchir aux meilleures solutions pour les patients.»

**12h45** Dans le bloc, l'intervention continue. En plus de l'équipe opératoire, Jocelyne Bloch tente de définir l'endroit le plus approprié pour envoyer les stimulations électriques, avec l'aide de la neurologue Heike Russmann, qui teste la mobilité de la patiente, et de l'électro-physiologue

Etienne Pralong, qui mesure l'activité électrique du cerveau. A chaque petit bruit ou manipulation, il s'agit également de rassurer la patiente qui, bien que réveillée, ne peut pas comprendre ce qui se passe derrière le champ stérile. Les électrodes sont ensuite fermement installées et immobilisées dans le cerveau, puis testées pendant trois jours. Si les résultats sont concluants, des batteries permanentes seront installées sous la peau de la patiente.

**13h** C'est l'heure du repas pour Céline Meyrat. Elle sera la seule de notre trio à pouvoir manger à la cafétéria. Un confort relatif, mais bref: la pause ne dépassera pas 30 minutes!

**16h** Jocelyne Bloch se trouve dans une petite salle adjacente au bloc opératoire. Penchée sur son microscope, elle observe de minuscules poussières blanches nageant au milieu d'un liquide rose en compagnie de Jean-François Brunet, responsable du projet de Centre de production cellulaire du CHUV (CPC2). «Nous cherchons à pouvoir cultiver ces cellules capables de créer de nouveaux neurones pour les réimplanter ensuite dans le cerveau de certains patients, explique le biologiste. Elles fonctionnent un peu comme des roues de secours, en cas de lésion cérébrale.» Pour l'instant, les premières expériences menées sur des singes (les autres animaux ne possédant a priori pas le bon type de cellules) ont donné des résultats prometteurs, reconnus dans la presse internationale. Mais pour pouvoir lancer les premiers essais cliniques, il faut décrocher des fonds et lancer de longues procédures de contrôle. «Cette activité occupe beaucoup de mon temps, note Jocelyne Bloch. Mais elle est passionnante et uniquement réalisable dans une structure académique telle que la nôtre.»

**17h30** Catherine Borghini accompagne ses enfants au judo. L'occasion de faire un petit break. Mais même si elle n'est plus physiquement dans son bureau, elle reste joignable et répond à ses mails. «En règle générale, je



Scalpel à la main ou avec son microscope, Jocelyne Bloch lutte contre les maladies du cerveau.

commence mes journées à la maison devant mon ordinateur vers 5h30, ce qui me permet de rentrer suffisamment tôt pour m'occuper de mes enfants le soir.»

**18h** Pour préparer au mieux la venue au monde de son premier enfant, Céline Meyrat s'est inscrite à des cours de yoga prénatal à Etagnières. «C'est sur le conseil d'une amie que je me suis décidée. Grâce à mes horaires, je peux heureusement m'organiser un peu plus facilement, que ce soit pour ce genre d'activités

ou les rendez-vous médicaux. Mais je dois être attentive à ne pas trop en faire!»

**20h** Il est temps pour Catherine Borghini d'enfiler une casquette de plus, celle de membre du Conseil communal de Grandson. «On est venu me chercher en 2004, afin de profiter de mon expérience. J'officie notamment au sein de la commission d'urbanisme. Mais rassurez-vous, cela ne me prend pas plus d'un jour par mois!» Une fin de journée normale, pour celle qui a fait du dévouement un art de vivre. □



## Une femme Prix Nobel de médecine

Les femmes représentent moins de 5% des Prix Nobel, toutes disciplines confondues. Le Nobel de médecine attribué à Françoise Barré-Sinoussi en 2008 est donc tout un symbole. CHUV|Magazine l'a rencontrée dans son minuscule bureau de directrice du Laboratoire de régulation des infections rétrovirales à l'Institut Pasteur de Paris.

Mai 1983. Françoise Barré-Sinoussi est la première auteure d'un article publié dans la revue «Science». L'équipe de chercheurs dont elle fait partie est la première à avoir isolé le virus du sida. Mais cette jeune chercheuse restera longtemps inconnue du grand public. Jusqu'à ce jour d'automne 2008, où elle reçoit, à 61 ans, le Prix Nobel de médecine en compagnie de son patron de l'époque, Luc Montagnier.

**CHUV Vous êtes la troisième Française à obtenir un Nobel après Marie Curie et Irène Joliot-Curie. Ça doit changer la vie...**

Françoise Barré-Sinoussi Ce sont les innombrables sollicitations dont je fais l'objet qui sont le plus difficiles à gérer. Mais j'ai davantage la possibilité de m'exprimer, et peut-être d'être entendue, comme porte-parole de toute une communauté. Pas seulement au nom des scientifiques, mais aussi des malades et des pays du Sud qui manquent de moyens<sup>1</sup>. Je peux être le relais de leurs attentes et des réformes à entreprendre pour que la recherche réponde en priorité à ces besoins.

**A l'époque, il y avait peu de femmes dans la recherche. La situation a-t-elle évolué?**

Quand j'ai commencé, il y avait déjà pas mal de femmes techniciennes dans les laboratoires<sup>2</sup>, mais elles n'avaient pas de postes à responsabilités. Il y avait très peu de femmes directrices. C'est cela qui a changé. Aujourd'hui le directeur général de l'Institut Pasteur est une femme, Alice Dautry. C'est un signe fort. Il y a une évolution vers la parité.

**Qu'est-ce qui vous a conduit à faire de la recherche?**

C'est difficile à dire parce que c'était assez vague. Enfant, j'étais plutôt attirée par la nature, par le vivant. Au lycée, je voulais être chercheur sans savoir ce que ça voulait dire. En médecine? En sciences? J'ai fait le choix des sciences pour des questions basement matérielles et naïves,

parce que les études étaient plus courtes et moins chères. En fait, ce n'était pas tout à fait vrai, en tout cas pour la durée des études.

Au bout de deux ans, je me suis demandée ce que je faisais sur les bancs de l'université. J'ai pris la décision d'aller travailler à temps partiel en laboratoire, si un laboratoire voulait bien m'accueillir, tout en continuant mes études. C'est comme cela que j'ai rencontré Jean-Claude Chermann qui m'a transmis son virus de la recherche. A partir de là, j'ai fait un temps partiel plus que plein en laboratoire. J'étais très peu à l'université, mais j'avais la motivation et je n'ai plus eu de problèmes pour la suite.

**«Aujourd'hui, la recherche évolue vers la parité.»**

**Le fait d'être une femme a-t-il constitué un obstacle en soi dans votre carrière?**

J'ai entendu certaines réflexions quand je postulais dans un organisme de recherche. «Ma pauvre dame, vous rêvez. On ne va pas vous donner un poste si rare. D'ailleurs les femmes n'ont jamais rien donné dans ce domaine...» Mais je n'ai pas baissé les bras. J'avais la passion et la motivation.

**Après la découverte du virus du sida, vous êtes quand même restée dans l'ombre de Luc Montagnier...**

Il faut modérer cette manière de voir. Il est vrai qu'au début, Luc Montagnier, Jean-Claude Chermann et moi, nous avons imaginé parler de nos travaux à trois. Les choses se sont passées différemment. J'étais moins médiatique que Luc Montagnier, plus jeune que lui, et il était patron du laboratoire. Avec le temps, j'ai été de plus en plus sollicitée.

**Vous travaillez 13 heures et plus par jour. Comment faites-vous**

**pour concilier engagement professionnel et vie privée?**

Je ne voulais pas être frustrée sur les deux plans. J'ai fait un choix concerté avec mon mari. J'ai essayé de me donner au maximum dans une direction: la recherche. C'était une décision, je ne la regrette pas.

**Les jeunes filles manquent parfois de modèles auxquels s'identifier pour accéder à certaines professions. Votre Nobel peut-il faire avancer les choses dans le domaine scientifique?**

Tant mieux si cela peut jouer un rôle pour certaines femmes. Mais ce sont des hommes qui m'ont servi de modèles, notamment Jean-Paul Lévy, l'ancien directeur médical de l'Institut Pasteur, dont la culture générale et les qualités scientifiques et médicales m'ont toujours impressionnée. Son côté très direct dans ses relations avec l'autre me plaisait aussi beaucoup.

**Votre vision du chercheur a-t-elle changé depuis 1983?**

Le contact avec les patients atteints du sida qui venaient nous voir à l'Institut Pasteur m'a ouvert les yeux. Cela m'a donné le sentiment d'une responsabilité immense. J'ai compris que les orientations de la recherche devaient être définies en fonction des attentes des patients et des médecins. J'ai aussi beaucoup appris à titre personnel. La discrimination à l'égard des malades m'est devenue insupportable, de même que l'inégalité face à la santé. Je suis plus que jamais attachée à l'accès de tous aux progrès de la science sur toute la planète. □

<sup>1</sup> PARMIS SES NOMBREUSES ACTIVITÉS, FRANÇOISE BARRÉ-SINOUSSI PILOTE ÉGALEMENT LE SITE DE L'ASIE DU SUD-EST DE L'AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA ET LES HÉPATITES VIRALES. C'EST D'AILLEURS AU CAMBODGE QU'ELLE A APPRIS LA NOUVELLE DE SON PRIX NOBEL.

<sup>2</sup> SUR LES DOUZE AUTEURS DE L'ARTICLE À L'ORIGINE DU PRIX NOBEL DE FRANÇOISE BARRÉ-SINOUSSIS, IL Y A QUATRE HOMMES ET HUIT FEMMES.

# Comment diviser un poste de médecin: trucs et astuces

Une interniste et une généraliste se partagent un poste de chef de clinique depuis 2004. Une expérience très positive qui se poursuit aujourd'hui avec l'ouverture d'un cabinet.



«En partageant un poste, nous avons gagné sur tous les plans, s'enthousiasment Gabrielle de Torrenté et Nicole Jaunin-Stalder. Côté professionnel, nous avons beaucoup appris l'une de l'autre. Sur le plan privé, cela nous a permis de disposer de plus de temps.»

Lorsqu'elles débutent cette aventure en 2004, les deux médecins, chefs de clinique à la Polyclinique médicale et universitaire (PMU), ne se connaissent pas. Etant mères de famille, elles décident chacune de leur côté de postuler pour un emploi de médecin à 50%. Elles sont alors parmi les premières à obtenir un poste de chef de clinique à la PMU qu'elles peuvent se diviser. Cinq ans plus tard, suite

à leur expérience concluante, ce mode de travail s'est passablement répandu grâce au soutien de la direction médicale.

Mais n'est-il pas difficile d'occuper un poste à deux, qui plus est celui de chef de clinique? «Notre chance a été de posséder une philosophie des soins et des valeurs commune. Par ailleurs, une telle responsabilité ne peut pas être partagée sans une communication et une organisation spécifiques. Il s'agit en effet de superviser des équipes de médecins et de s'occuper des patients. Il faut arriver sur le terrain en étant au courant de tout ce qui s'est passé sous la responsabilité de notre collègue, afin d'assurer la continuité des soins.»

Concrètement, Gabrielle de Torrenté et Nicole Jaunin-Stalder se sont divisé la semaine, chacune travaillant deux jours et demi. Durant sa plage de travail, chacune prend des notes à l'intention de sa collègue. C'est au moment de la transmission du «flambeau» qu'elles prennent le temps de se donner toutes les informations. Dans de très rares cas, elles s'appellent pour s'assurer d'avoir bien compris une situation. «C'est clair que cela demande du temps et une implication particulière. Mais ce processus est nécessaire pour que le travail se déroule dans de bonnes conditions, et que nos collègues n'aient pas à se préoccuper à laquelle de nous ils ont transmis une information.»

Pour les deux médecins, l'expérience se déroule si bien qu'elles ont décidé il y a quelques mois de se joindre à deux consœurs pour gérer un cabinet à Cugy (VD). «Nous gérons un 180% à quatre. Cela nous permet de garder un temps partiel, tout en offrant une disponibilité sans faille à nos patients.» Actuellement, Gabrielle de Torrenté et Nicole Jaunin-Stalder gardent un 20% à la PMU, consacré à de la recherche. Elles estiment que cette organisation du travail permet à de jeunes mères de rester actives, mais qu'elle correspond surtout à une évolution de la profession, qui implique de travailler davantage en équipe, d'être plus flexible et de chercher un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, tant pour les hommes que pour les femmes. □

# «Reprendre le travail après une longue pause: il faut oser!»

Pas toujours facile de se relancer après quelques années passées loin du métier. Depuis 2004, un programme facilite la réinsertion des infirmières.

«On se demande si on va en être capable...» Plus de neuf ans après avoir arrêté de travailler, Francine Imhof, 34 ans et quatre enfants, veut reprendre son activité professionnelle d'infirmière. Son mari l'encourage, et surtout, elle entend parler par une amie du dispositif mis en place par le Service de la santé publique du canton de Vaud et qui permet à des infirmières et infirmiers de reprendre du service. Elle trouve ainsi un stage en moins de deux semaines. Un mois et demi plus tard, elle est engagée dans le pool d'infirmières du Service de néonatalogie du CHUV. «J'étais très bien encadrée, témoigne la jeune femme. C'est très rassurant de voir que l'on peut retrouver du travail après une telle pause.»

**«Cette formation aide à retrouver confiance en soi.»**

«Il existe un grand potentiel parmi le personnel soignant qui a arrêté de travailler, explique Jacques Rouge, qui a mis en place ce programme de réinsertion. Souvent pour des raisons de maternité, mais également à cause de parcours de vie difficiles, ou d'arrêts maladie. Certains doivent se réorienter et quitter un service trop éprouvant physiquement ou sur le plan du stress.» Intégré au CIPS (le Centre d'information des professions santé-social), ce dispositif porte ses

fruits: sur 530 personnes rencontrées depuis son lancement en 2004, 234 ont décidé de profiter des prestations offertes et 228 ont retrouvé un emploi, dont 41 au CHUV.

Concrètement, le programme offre des cours de remise à niveau gratuits qui sont organisés en sept modules de deux à trois jours. Les participants profitent également de bilans de compétence. Ils peuvent effectuer un stage de trente jours en institution, ce qui aide grandement à trouver une

place fixe. Et surtout, ils reprennent confiance. «Malgré les difficultés, il faut absolument aller de l'avant», raconte Judith Randin. L'infirmière d'origine péruvienne a bénéficié du soutien de ce programme pour obtenir les équivalences professionnelles. Elle travaille aujourd'hui au CHUV, tout en élevant seule ses deux enfants. «Il faut oser!» □

→ PLUS D'INFOS: CENTRE D'INFORMATION DES PROFESSIONS SANTÉ-SOCIAL (CIPS), JACQUES ROUGE, CHARGÉ DE MISSION T. +41 21 601 06 60

## Davantage de femmes médecins. Plus d'hommes infirmiers?

Alors que la Suisse manque chroniquement de personnel soignant, il devient crucial de rendre le métier d'infirmier attrayant pour les hommes. Ils sont effectivement peu nombreux à se lancer dans cette formation. «Depuis des décennies, la proportion d'hommes parmi le personnel soignant reste d'environ 10-15% en Suisse – avec toutefois une pointe à 18% dans notre institution», explique Patrick Genoud, directeur adjoint des soins au CHUV. Même constat à la Haute école cantonale vaudoise de la santé, dont les premiers bachelors sont sortis cet été: seuls 5 à 8% des étudiants en soins infirmiers sont masculins.

Car soigner demeure, pour beaucoup, une profession de femme. «Par tradition sociale, les femmes sont poussées vers les métiers qui tournent autour des soins, souligne Sylvie Durrer, chef du Bureau de l'égalité du canton de Vaud. Elles poursuivent d'ailleurs volontiers des études scientifiques et techniques si la finalité manifeste consiste à aider les autres.»

«Il faut renverser ces clichés et attirer plus de garçons vers les métiers des soins, poursuit Sylvie Durrer. Lors de la Journée «Oser tous les métiers», nous encourageons les filles à se rendre avec leur père sur leur lieu de travail – et les garçons à y accompagner leur mère. Des stages de deux jours en hôpital sont également proposés aux garçons de 8<sup>e</sup> année, avec simulations de soins et immersion dans un service hospitalier.»

# Pour une égalité soluble dans la médecine universitaire

Le conseiller d'Etat vaudois Pierre-Yves Maillard encourage les mesures qui permettent aux femmes d'entreprendre plus sereinement une carrière dans le secteur médical. Pour CHUV | Magazine, il s'exprime.

Le CHUV est à n'en pas douter une institution féminine. Il suffit d'en parcourir les étages pour constater que les femmes y ont une place prépondérante. Mais ce sont les étages non bâtis, les étages hiérarchiques, qui donnent une autre image. Plus on en gravit les échelons, plus les femmes deviennent rares.

Cela change, mais lentement. On peut et doit faire mieux. C'est à la fois une exigence de justice et une nécessité pour l'avenir de l'institution. Les femmes constituent la majorité des étudiants en médecine. Leur rendre la carrière académique trop difficilement accessible, c'est se priver de plus de la moitié de notre base de recrutement. Et c'est se priver également des hommes qui n'ont pas décidé de renoncer à assumer des tâches familiales.

Au moment de décider, les commissions de nomination de la faculté n'ont sans doute pas l'impression de faire faux. Elles évaluent les dossiers de candidatures présentés et en soupèsent le poids. A ce jeu, les femmes sont souvent perdantes, apparemment en toute objectivité. Le problème est en amont. La médecine universitaire est certes une vocation et exige un engagement total. Mais si cet engagement total suppose le sacrifice de la vie privée, alors il exclut de fait presque toutes les femmes. Non pas parce qu'elles tiennent plus que les hommes à en avoir une, mais parce qu'elles en assument encore la majorité des charges.

**«Plus on gravit les échelons, plus les femmes deviennent rares.»**

Les congés maternité sans rupture d'une progression dans la carrière doivent être possibles, de même que les temps partiels, y compris pendant la formation post-graduée. Les responsabilités académiques et hospitalières n'ont pas à être automatiquement cumulées. Des responsabilités partagées ou assumées par tournus doivent aussi être envisagées. Toutes les mesures qui rendent les fonctions dirigeantes accessibles aux simples



humains et pas seulement aux (prétendus) surhommes seront utiles à cette cause.

Et ces mesures ne doivent pas concerner uniquement le monde des médecins. Dans les soins et les services de support, des améliorations sont nécessaires. Une évolution souple des temps de travail au cours de la carrière et des structures de garde plus nombreuses sont des exemples des progrès qui permettront au CHUV de garder une capacité de recrutement adaptée au risque de pénurie des professionnels. Mais ces progrès seront aussi une reconnaissance concrète des apports des femmes et des hommes qui cumulent tâches familiales et vie professionnelle à nos établissements de santé.

En créant une commission «Médecins de demain», la direction du CHUV prend un engagement. Elle a l'autonomie qu'il faut pour le réaliser et quelques moyens, forcément limités. Mais il faut aussi et surtout une volonté, à tous les niveaux de la hiérarchie. Je tâcherai de faciliter et de contribuer à la mise en œuvre dans la durée de cette volonté. □

# Suivre l'école à l'hôpital: c'est possible!

Depuis la fin du mois d'août, les jeunes patients bénéficient de l'appui de trois enseignantes afin de poursuivre leur scolarité au cours de leur hospitalisation.



Margot révise ses mathématiques avec l'aide de l'enseignante Sylvie Serex.

La leçon commence par une révision des livrets mathématiques. Le bras gauche dans une attelle, Margot utilise sa main droite pour taper aussi vite que possible les réponses sur l'ordinateur. La fillette s'attaque ensuite à un exercice de conjugaison française. Hospitalisée depuis plusieurs mois, la jeune patiente reste une élève pleine de zèle: tous les matins, elle quitte sa chambre en chaise roulante pour se rendre dans une salle de classe aménagée au sein du Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV (DMCP). «Nous travaillons essentiellement les matières principales, explique

sa maîtresse Chantal Turin. Grâce à une heure quotidienne, elle parvient ainsi à maintenir un niveau proche de celui de ses camarades.»

Ouverte depuis la rentrée scolaire 2009, l'école du CHUV accueille les patients en âge de scolarité primaire et secondaire. «Nous souhaitons mettre en place la structure la plus adaptée aux enfants hospitalisés, explique Thierry Penseyres, adjoint du directeur des soins du Département médico-chirurgical de pédiatrie. Une étude conduite par Hélène Porchet, enseignante spécialisée, nous a montré qu'à partir de vingt

jours d'école manqués dans l'année, 63% des patients redoublent ou sont réorientés vers une filière inférieure.»

Par ailleurs, les conséquences d'absences scolaires sont plus lourdes pour les enfants en âge de scolarité secondaire (de 13 à 15 ans) que pour les plus petits. «Afin de répondre aux besoins de nos jeunes patients, le DMCP a engagé Hélène Porchet, poursuit Joachim Rapin, infirmier-chef de service, responsable de l'école. Grâce au soutien de la Direction générale de l'enseignement obligatoire (DGEO), nous comptons deux autres institutrices à temps partiel, Sylvie Serex et Chantal Turin.» Tous les matins, la ou les maîtresses présentes s'entretiennent avec le personnel soignant. «Nous sommes informées de l'état de santé de chaque patient, explique Chantal Turin. Cela nous permet de décider par exemple si nous allons voir l'élève dans sa chambre ou si nous pouvons l'accueillir en classe.»

Les écoliers malades ne doivent-ils pas se concentrer uniquement sur leur état de santé? «Pour les enfants hospitalisés, l'école à l'hôpital est un moyen de rester en lien avec leur métier d'élève, estime Anne-Marie Reymond, responsable à la Direction pédagogique du Département de la formation, de la jeunesse et de la culture du canton de Vaud (DFJC). Et il est de notre devoir de maintenir leur appétence à l'apprentissage.» □

→ PLUS D'INFOS: JOACHIM.RAPIN@CHUV.CH

# Belles malgré tout

Pour remonter le moral des femmes atteintes d'un cancer, la fondation Look Good... Feel Better organise des ateliers de maquillage dans divers hôpitaux suisses. Les patientes du CHUV ont la chance de pouvoir en bénéficier. Chaque participante reçoit une trousse remplie de cosmétiques offerts par de grandes marques du secteur. Une pointe de rouge à lèvres, une touche de blush et les conseils d'une esthéticienne bénévole ont permis à ces femmes d'apprécier à nouveau leur image. Et de sourire.

→ [WWW.LOOKGOODFEELBETTER.CH](http://WWW.LOOKGOODFEELBETTER.CH)



# Quelle infirmière pour demain?

Au fil des décennies, le rôle de l'infirmière n'a cessé d'évoluer. Aujourd'hui, un cursus universitaire complet, du bachelors au doctorat, permet de se former à cette profession centrale de l'hôpital.

Entre 2004 et 2050, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter de plus de 90%. Progrès de la médecine aidant, des affections autrefois mortelles deviendront maladies chroniques. Le vieillissement de la population engendrera non seulement une hausse de la demande en soins mais aussi des départs massifs à la retraite. On estime d'ailleurs que près de la moitié du personnel de la santé devra être remplacé d'ici à 2030, alors qu'une pénurie sévit dans les rangs des médecins et infirmières aujourd'hui déjà. Dans ce contexte, la pression sur les coûts de la santé ne devrait pas faiblir, incitant à repenser les structures et répartir au mieux les ressources et compétences disponibles. Evolution des besoins et moyens limités composent le challenge que relèvent dès aujourd'hui, ensemble, les professionnels de la santé.

## Les bonnes compétences au bon moment

Comme aujourd'hui, l'infirmière de demain soulagera la douleur, surveillera l'évolution d'une santé instable, contribuera au maintien à domicile, garantira le succès des interventions médico-chirurgicales et accompagnera patients et familles de la naissance à la mort. On peut, par contre, s'attendre à la rencontrer là où l'on ne la voyait pas jusqu'ici. Amenés à conjuguer leurs compétences dans une parfaite complémentarité, infirmières et médecins s'ouvrent progressivement à une nouvelle répartition des rôles qui optimise l'action de chacun.

Le domaine des consultations ambulatoires en est un bon exemple, illustré ici par l'unité de médecine des violences du CHUV. Après un examen clinique par le médecin des urgences, ce dernier adresse les victimes d'agression à une consultation médicale spécialisée. Une infirmière accueille et écoute la personne puis décrit et photographie les lésions pour établir un constat de coups et blessures. Elle oriente ensuite le patient vers les ressources sanitaires, sociales ou associatives les mieux à même d'offrir l'aide nécessaire et prévenir de nouveaux événements violents. Le soutien, la prévention et l'orientation sont des compétences que l'infirmière mobilisera certainement davantage à l'avenir au vu de la complexité psychosociale croissante des situations rencontrées.

## «Les soins infirmiers doivent relever des défis: davantage de qualité, d'efficacité et de sécurité.»

Les hospitalisations évolueront elles aussi. Moins fragmentées, les prestations dispensées au patient tout au long de son itinéraire à l'hôpital gagneront en cohérence et en efficacité. Les étapes seront mieux définies et les rôles des différents professionnels clarifiés. Au cœur de cette organisation, l'infirmière verra l'une de

ses responsabilités réaffirmées, celle qui consiste à coordonner les soins et les intervenants dans une unique perspective, celle des besoins du patient lui-même.

## La santé entre les mains du patient

L'éducation thérapeutique est une mesure qui permet aux patients de gérer les traitements et contrôler les effets de la maladie lorsque cette dernière menace la santé à long terme. L'insuline, par exemple, ne serait d'aucune utilité pour traiter le diabète en l'absence d'une contribution active et éclairée du diabétique lui-même pour mesurer le taux de sucre dans le sang ou réaliser les injections. Cette participation est le fruit d'un long apprentissage, généralement guidé par des infirmières spécialistes. Et si ce type de prestation existe déjà pour agir sur les facteurs de risques cardio-vasculaires ou les conséquences de l'asthme sur la vie quotidienne, on estime qu'elle pourrait à l'avenir bénéficier aux patients pour une soixantaine de maladies chroniques.

## La technologie au service de tous

L'avenir des soins ne saurait être évoqué sans mentionner le progrès technologique, omniprésent. Une simple visite des soins intensifs de néonatalogie du CHUV permet de s'en convaincre: entre les écrans de surveillance, les couveuses d'où émergent quantité de câbles et tuyaux et les innombrables machines qui suppléent la respiration ou administrent



les médicaments, il est devenu difficile d'apercevoir les petits patients au premier coup d'œil! L'hôpital regorge de ces endroits dans lesquels les professionnels apparaissent comme indissociables de leur environnement hypertechnique: endoscopie, bloc opératoire, salle de réanimation, etc. Jusque dans les chambres où l'infirmière relève désormais les soins dispensés sur un écran tactile ou la formation continue en e-learning à laquelle elle recourt pour actualiser ses connaissances. La technologie n'est d'ailleurs pas cantonnée à l'hôpital parce qu'elle permet parfois d'en sortir plus tôt pour autant

qu'une surveillance adéquate puisse être organisée. Davantage d'appareils de mesure ou d'assistance accompagneront donc les personnes encore fragiles à la maison, tout en les reliant aux professionnels par les voies bien connues de la fibre optique. En complément, la «téléconsultation» permettra d'obtenir des réponses personnalisées en dehors des rendez-vous prévus à l'hôpital.

## Qualité, sécurité et efficacité

L'infirmière agit au carrefour des sciences de l'Humain que sont la médecine, la psychologie, la pédagogie, la sociologie ou encore l'éthi-

que, tout en développant son propre rôle, son propre savoir. Discipline exigeante, les soins infirmiers continuent pourtant parfois d'évoquer, dans l'imagerie populaire, le rôle joué par les sœurs religieuses aux qualités essentiellement innées. Aujourd'hui, devenue science infirmière, la discipline doit relever les défis que l'on attend d'elle: davantage de qualité, d'efficacité et de sécurité. Pour cela, privilégier les soins dont l'efficacité est scientifiquement démontrée, remettre sans cesse en question des pratiques ancrées depuis des décennies, inventer un avenir dans lequel la santé est accessible pour tous indépendamment de la situation sociale, familiale, confessionnelle ou linguistique. Ce futur-là ne peut être construit sans les solides bases que procure la formation professionnelle. Entendu, ce constat a permis de mettre sur pied ces dernières années un cursus universitaire complet, du bachelors aux sciences infirmières au doctorat. Le dispositif est complété par les différentes spécialisations possibles et une offre de formation continue foisonnante en ligne avec les besoins de la population.

## L'humanisme, valeur-clé

Le patient de demain sera incontestablement plus impliqué, plus responsable, dans la prise en charge de sa maladie et pour sa santé. Les professionnels auront à cœur de lui en donner les clés et l'information sera plus disponible, voire trop abondante. Davantage conscient de ses droits et plus exigeant en termes de qualité de vie, il aura des contacts plus brefs avec l'hôpital pour des affections aiguës et sera suivi par un véritable réseau en cas de maladie chronique. Face à lui, l'infirmière devra dépasser la technologie pour conserver le lien relationnel indispensable au cheminement du malade. Vers lui, elle orientera sa science et toutes ses compétences. Appréhender l'Humain dans toutes ses dimensions, elle continuera à le faire, comme en contre-pied d'une hyperspécialisation elle aussi nécessaire. □

# Reconstruction mammaire: qui fait quoi?

L'équipe du Dr Wassim Raffoul a ouvert les portes du bloc opératoire à CHUV | Magazine le temps d'une intervention.

Permettre à une patiente de retrouver sa féminité après l'ablation d'un ou des deux seins (mastectomie) consécutive à un traitement du cancer, voilà l'objectif principal de la reconstruction mammaire. Il existe pour ce faire différentes techniques, selon l'âge et l'état de santé de la patiente. Il s'agit, dans tous les cas, de remplacer le volume manquant par des tissus de la patiente elle-même (muscles dorsaux ou de l'abdomen, par exemple) ou par des implants siliconés. L'image ci-contre illustre une injection de graisse dans le sein reconstruit, procédé intervenant à la fin de l'opération de reconstruction mammaire, et dont le but est d'affiner le travail en peauinant la forme et l'aspect de la poitrine. Le déroulement est simple et précis: une fois aspirée dans les couches superficielles de la peau du ventre ou des hanches de la patiente, la graisse est directement réinjectée dans le sein. Celle-ci doit nécessairement provenir de la patiente, sans quoi le rejet serait inévitable. L'ensemble de l'opération de reconstruction mammaire peut être réalisé en une seule fois juste après la mastectomie, même si l'on a le plus souvent recours à plusieurs interventions étalées dans le temps. □



Biram Sene, médecin anesthésiste, et Magalie Chavallaz, infirmière anesthésiste, sont chargés du bon déroulement de l'anesthésie de la patiente, de l'endormissement jusqu'au réveil. On les voit ici surveiller sur leurs écrans de contrôle la pression, la respiration et le pouls de la patiente, qu'ils devront bientôt réveiller.



Marie-Christine Delille Gaynard, instrumentiste, prépare les instruments et la salle d'opération dans ses moindres détails. Elle veille à ce que tous les instruments soient stérilisés et bien rangés, pour optimiser leur utilisation.



Wassim Raffoul, médecin chef de chirurgie plastique et reconstructive, dirige l'opération. Sur l'image, il est en train de préparer le sein gauche à l'injection de graisse.



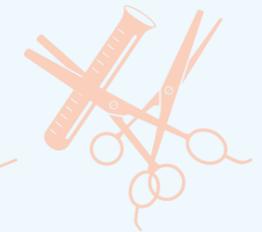
Laurent Pellet, médecin, chef de clinique de chirurgie plastique remplit les éprouvettes de la graisse qu'il vient de prélever sur la patiente.



Moez Beldi, chef de clinique de chirurgie plastique, guide et supervise le médecin assistant.



Evelyn-Evanthia Betsi, médecin assistant, réinjecte dans le sein droit de la patiente de la graisse préalablement prélevée par le docteur Laurent Pellet.



La table d'opération, sur laquelle sont disposés les instruments nécessaires à l'intervention chirurgicale. On y distingue notamment les éprouvettes prêtes à accueillir la graisse, et des ciseaux de différentes tailles, que l'instrumentiste nettoie et range soigneusement après chaque utilisation.

Le plateau contenant des ciseaux et des instruments chirurgicaux de base de différentes tailles. L'ensemble des instruments est stocké dans des emballages plastiques stériles que l'instrumentiste déballe et met à la disposition du personnel médical avant l'opération. Tous les instruments, qu'ils aient été utilisés ou non, seront stérilisés après l'opération.



Les drains servant à recueillir les poches de sang pouvant se former lors d'une intervention chirurgicale. Après l'opération, la patiente devra en porter un pendant quelques jours.



Omar Idalan est aide spécialisé en salle d'opération. Il est le seul à ne pas revêtir de vêtements stériles, car il reste en dehors de l'opération. Son rôle est de fournir au personnel médical tout ce dont il pourrait avoir besoin. Ici, il prépare du fil de suture.

# Le planning familial, un miroir de la société

Cinquante ans, fin 2009, c'est l'âge vénérable du planning familial du CHUV. Destiné à informer les femmes et les couples concernés par la santé sexuelle, il a vu la société grandement évoluer au cours de ce demi-siècle d'activité.

Rattaché à la Maternité et intégré dans l'Unité psychosociale, le centre de planning familial du CHUV avait à l'origine pour mission d'informer sur les méthodes de contraception et de prévenir les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles.

«Une attention particulière est portée à la population migrante qui constitue le 70% des patientes.»

«Au fil du temps le mandat s'est adapté pour répondre aux besoins des patientes de la Maternité», explique Danièle Besse, conseillère en santé sexuelle et reproductive.

Les cinq conseillères du centre rencontrent quotidiennement des femmes et des couples confrontés à des questions de contraception, d'interruption de grossesse, de prévention des infections sexuellement transmissibles, mais aussi de grossesses perdues et d'infertilité.

«Nous recevons aussi bien des femmes qui viennent d'accoucher, qui ont une grossesse imprévue ou une préoccupation autour de la contraception ou de la sexualité, que des couples qui ont recours à la procréation médicalement assistée.»



«Une attention particulière est portée à la population migrante qui constitue le 70% des patientes», ajoute Maria Demierre, l'une des autres conseillères du centre. «Nous transmettons à ces personnes les informations qui leur manquent en matière de grossesse ou de contraception, et leur facilitons l'accès au système de santé. Nous avons développé des connaissances et des outils nous permettant de nous adapter aux différentes cultures et aux flux migratoires.»

Depuis un an, la dénomination de la profession a changé de nom. Les

«conseillères en planning familial» sont devenues des «conseillères en santé sexuelle et reproductive», un titre qui reflète à la fois l'évolution de leur travail, la professionnalisation de leur formation, et l'adaptation au langage international dans le domaine.

Jour après jour, les conseillères ont dû intégrer les différents paramètres des changements de la société: libération sexuelle, apparition du sida, avènement de la procréation médicalement assistée, violence conjugale. □

→ [PLANNING.FAMILIAL@CHUV.CH](mailto:PLANNING.FAMILIAL@CHUV.CH)

# Profils

Ces deux portraits présentent deux professions, parmi la centaine de métiers exercés au CHUV, tous indispensables au bon fonctionnement de l'institution.



**CHRISTINE L'HOMME, TÉLÉOPÉRATRICE**

«Souriez, vous êtes la voix du CHUV.» Voilà résumée en quelques mots la charte élaborée par les collaboratrices de la Centrale d'accueil téléphonique. Christine L'homme est l'une de ces voix. Née à Bienne il y a une quarantaine d'années, c'est le besoin de contact – elle a un CFC de vendeuse – et un bon bagage linguistique (l'espagnol, l'italien, et des bases d'anglais en plus du français et de l'allemand), qui l'ont amenée à ce métier, chez Swisscom d'abord, puis au CHUV depuis 2002.

En moyenne, elle traite une soixantaine d'appels par heure. Au bout du fil, des collaborateurs, des patients, leurs proches, des médecins de Suisse et d'ailleurs. Il faut tout savoir ou presque sur le CHUV pour aiguiller ses interlocuteurs, tout en sachant faire preuve d'empathie, lorsqu'un patient désespéré a besoin d'aide. Parfois, c'est dur. Mais Christine L'homme et ses collègues ont mis au point une formation pour y faire face. □



**JOHANNA RICHOSZ, FUTURE DIÉTÉTICIENNE**

Johanna Richoz, 17 ans, est apprentie au Service de la restauration depuis deux ans. Elle aime cuisiner depuis toute petite. «C'est créatif, dit-elle, et cela ouvre de nombreuses portes.» Elle a choisi le CHUV parce qu'elle a un objectif: devenir diététicienne. Tout est programmé. Encore un an d'apprentissage, une autre année pour la maturité, et une troisième pour perfectionner l'anglais outre-Manche avant d'entrer à l'École de diététicienne, à Genève. En attendant, elle se plaît au CHUV, cela se voit et elle confirme: «On est bien formé, bien encadré et l'ambiance est très bonne.»

Fonceuse Johanna? En tout cas elle est cavalière. Elle fait de l'équitation, dressage et saut, depuis plusieurs années. A la restauration du CHUV, elle a trouvé sa voie. Et un milieu à sa convenance parmi la trentaine d'apprentis qui bénéficient de la formation reconnue du service. □

# «Rester féconde m'aide à combattre le cancer»

Grâce à l'équipe du «Réseau romand de cancer et fertilité», la fécondité d'une femme peut être préservée malgré un traitement anticancéreux. Explications et témoignage.

«L'idée que la chimio puisse me rendre stérile me rendait dingue.» Lorsque les médecins annoncent à Nathalie, 40 ans, qu'elle souffre d'un cancer du sein, elle doit également encaisser une autre mauvaise nouvelle: les traitements anticancéreux risquent de nuire à ses ovaires et rendre ainsi une future grossesse impossible. «A ce moment-là, je ne pouvais m'empêcher de me dire: pourquoi n'ai-je pas fait d'enfants auparavant?» Cette situation, près de 150 femmes en Suisse romande en âge d'enfanter y font face chaque année.

Pour aider ces patientes, une équipe pluridisciplinaire, regroupant oncologues, gynécologues opératoires, spécialistes en médecine de reproduction et autres disciplines, s'est formée en 2006 sous le nom de «Réseau romand de cancer et fertilité». Lorsque Nathalie se voit proposer un traitement pour préserver sa fécondité, elle accepte. «Face à la maladie, je ne savais plus vraiment si je voulais des enfants. Mais cette option me permettait de ne pas avoir à choisir à ce moment précis et de me laisser une porte ouverte.»

## La conservation par le froid

Ce traitement repose sur la méthode traditionnelle de préservation des cellules reproductives de la femme. «Nous prélevons des ovocytes chez la patiente avant qu'elle n'entame une chimiothérapie, explique la Dresse



Malgré une chimiothérapie destinée à évincer une tumeur au sein, Nathalie garde l'espoir d'enfanter.

Dorothea Wunder, médecin-chef de l'unité de médecine de reproduction de la Maternité du CHUV. Ensuite, ces cellules sont préservées grâce à la cryoconservation, une méthode de conservation par le froid dans de l'azote liquide à -196°C. D'ici à quelques années, lorsqu'un oncologue estimera que la patiente est guérie de son cancer, les ovocytes

fécondés in vitro – avant la congélation ou après la décongélation – pourront être transférés dans son utérus afin d'obtenir une grossesse.»

Avant le prélèvement, la patiente doit suivre une médication pour stimuler la production d'ovocytes. Car le cycle menstruel naturel de la femme n'en produit chaque mois que un ou deux.

«Davantage d'ovocytes se révèlent nécessaires, car seuls 60 à 70% d'entre eux parviennent à être fécondés, précise la gynécologue. Suite au transfert de ces derniers dans la matrice, une grossesse advient dans 20 à 40% des cas. Si les premières tentatives ne marchent pas, les «réserves» nous permettent de tenter de nouveaux transferts d'embryons.» Il est important de préciser que la production de plusieurs ovocytes à l'aide de médicaments en utilisant un protocole spécial particulièrement adapté à ces cas n'augmente pas le taux d'hormones chez les patientes. «Le cancer du sein notamment peut évoluer en fonction du taux d'œstrogènes. Le traitement pour la préservation de la fécondité ne doit en aucun cas aggraver la pathologie de la patiente ni détériorer ses chances de guérison.»

## «Il fallait gérer beaucoup d'émotions»

Nathalie a commencé la prise de ces différents médicaments juste après sa mastectomie. «Je venais de perdre un sein, je dormais mal à l'hôpital, il fallait gérer beaucoup d'émotions. Lorsque les médecins m'expliquaient que je devais, une fois rentrée à la maison, mélanger telle dose de différentes substances et me les injecter par piqûre à des moments bien précis de la journée, ce n'était pas évident. Je ne pensais pas y arriver.» Nathalie y parvient grâce au soutien de son compagnon.

Les médicaments font leur effet. Une dizaine de jours plus tard, 16 ovocytes sont ponctionnés chez la Lausannoise. «C'est un très bon résultat pour une femme de 40 ans», note la Dresse Wunder. L'opération qui permet ce prélèvement se déroule sous une légère anesthésie générale. En une dizaine de minutes, les ovocytes sont aspirés par voie vaginale sous contrôle échographique.

A ce stade du processus, d'autres questions se posent pour Nathalie. «Certains ovocytes étaient inutilisables. Sur la dizaine restée à disposition, les médecins m'ont demandé



Lorsqu'un ovocyte est prélevé chez une patiente, il peut être congelé non fécondé (photo du haut). Si après la décongélation, la fécondation in vitro aboutit, les cellules masculines et féminines finissent par former un embryon (photo du bas).

de faire un nouveau choix: combien d'ovocytes devaient-ils féconder à l'aide des spermatozoïdes de mon compagnon avant la congélation?» La décision doit être prise en connaissance de la loi. «La législation suisse sur la procréation médicalement assistée stipule qu'un ovocyte fécondé appartient au couple, explique la gynécologue. Si le couple venait à se séparer, ou si l'homme décédait, le centre de conservation aurait le devoir de détruire tous les pré-embryons.» La femme se retrouverait donc sans embryons et sans ovocytes suite au traitement pour son cancer. Le médecin conseille donc aux patientes d'en laisser quelques-uns non fécondés. Nathalie décide d'en garder trois dans cet état.

Efficace et maîtrisée par la médecine aujourd'hui, la congélation d'ovocytes ne peut pas être envisagée chez toutes les femmes atteintes d'un cancer. «Dans les cas de cancer en stade avancé par exemple, la chimiothérapie doit commencer alors que

la tumeur n'a pas encore été retirée. Le traitement de stimulation pour la production de plusieurs ovocytes ne peut donc malheureusement pas se faire.» Pour ces patientes-là et pour les jeunes filles n'ayant pas atteint la puberté, une autre méthode de préservation de fécondité est en cours de développement (lire encadré).

Aujourd'hui, Nathalie suit une chimiothérapie, qu'elle affronte avec confiance. «Savoir que je reste féconde m'aide dans mon combat contre le cancer. C'est un véritable espoir de vie. En revanche, je trouve totalement injuste que ce traitement ne soit pas pris en charge par l'assurance maladie. Toute femme ne peut pas se permettre d'investir 7000 francs dans cette démarche. Quoi qu'il en soit, je ne regrette absolument pas ce choix.» □

## Une méthode alternative

A travers le monde, divers groupes de recherche travaillent sur une autre méthode de préservation de la fécondité. «Il s'agit du prélèvement de fragments d'ovaires, explique la Dresse Wunder. Ces fragments peuvent aussi être cryoconservés, mais deux problèmes subsistent. Tout d'abord, leur revascularisation au moment de la retransplantation reste problématique. Car s'ils ne sont pas rapidement et correctement irrigués par le sang, les fragments se nécrosent et les ovocytes ne survivent pas. Le deuxième problème est la possibilité de réintroduire des cellules cancéreuses après la transplantation et de provoquer ainsi une récurrence (dans le cas des lymphomes par exemple). Le grand progrès serait de parvenir à prélever des ovocytes (qui sont immatures) de ces fragments d'ovaire après leur décongélation et de les mettre en culture in vitro jusqu'à leur maturation complète afin de les fertiliser au laboratoire. Cela permettrait d'éviter la retransplantation et ses risques.»

# Des chirurgiens cardiaques formés sur simulateurs

Les techniques opératoires modernes, dites mini invasives, nécessitent un apprentissage inédit pour les chirurgiens qui s'exercent désormais sur des mannequins artificiels.

Traditionnellement, la formation d'un chirurgien – depuis ses premiers pas en salle d'opération jusqu'à sa complète autonomie – s'effectuait d'un bout à l'autre sous la conduite de collègues plus expérimentés. Mais depuis environ cinq ans, de nouvelles méthodes d'entraînement et de perfectionnement voient le jour, à base d'exercices effectués sur simulateur (un mannequin en plastique). Ce type de formation se révèle en effet plus adaptée aux techniques opératoires modernes, dites mini invasives, comme l'explique Enrico Ferrari, chirurgien au Service de chirurgie cardiovasculaire du CHUV: «Contrairement aux interventions chirurgicales classiques, telles que les opérations à cœur ouvert où plusieurs personnes interagissent sur le champ opératoire, la chirurgie mini invasive est pratiquée par une personne seule, note le chirurgien. Du coup, la formation sur un simulateur constitue la meilleure option pour reproduire les conditions de l'opération réelle.»

## Déployer la valve au bon endroit

Dans le cas du docteur Enrico Ferrari, la chirurgie mini invasive a comme finalité le remplacement valvulaire aortique, une intervention qui s'accomplit sans ouverture du sternum ni arrêt du cœur. En raison de leur grand âge (généralement plus de 80 ans), une majorité de patients souffrant d'un rétrécissement de la valve aortique ne peuvent

en effet pas subir d'intervention à cœur ouvert. La technique consiste donc à introduire – via une petite incision sous le sein gauche – une prothèse valvulaire à l'extrémité du cœur. La valve artificielle est poussée jusqu'au cœur grâce à un cathéter flexible, puis déployée en lieu et place de la valve malade. Pour le chirurgien, le défi principal consiste à amener puis déployer la valve au bon endroit. Et pour s'entraîner à accomplir cette opération, rien ne remplace l'épreuve du simulateur.

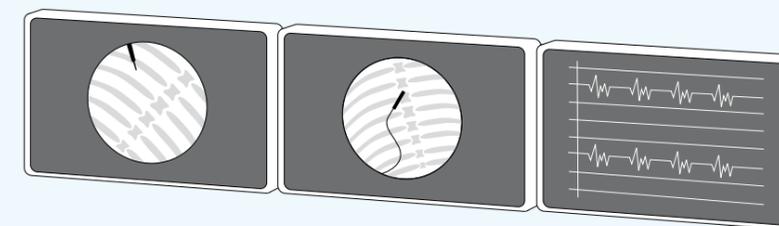
«Le dispositif recrée le plus fidèlement possible l'environnement d'une salle d'opération.»

C'est dans les locaux nyonnais de la société Edwards Lifesciences, leader mondial des technologies vasculaires que s'effectuent les séances sur simulateur. Des chirurgiens et cardiologues de toute l'Europe viennent y acquérir les bases théoriques et techniques pour exercer ensuite de façon autonome dans leurs hôpitaux respectifs. Si le simulateur proprement dit est fabriqué par la société américaine Simsuite, à la pointe de ce marché, Edwards Lifesciences fabrique et fournit tous les ustensiles et prothèses nécessaires à l'opération.

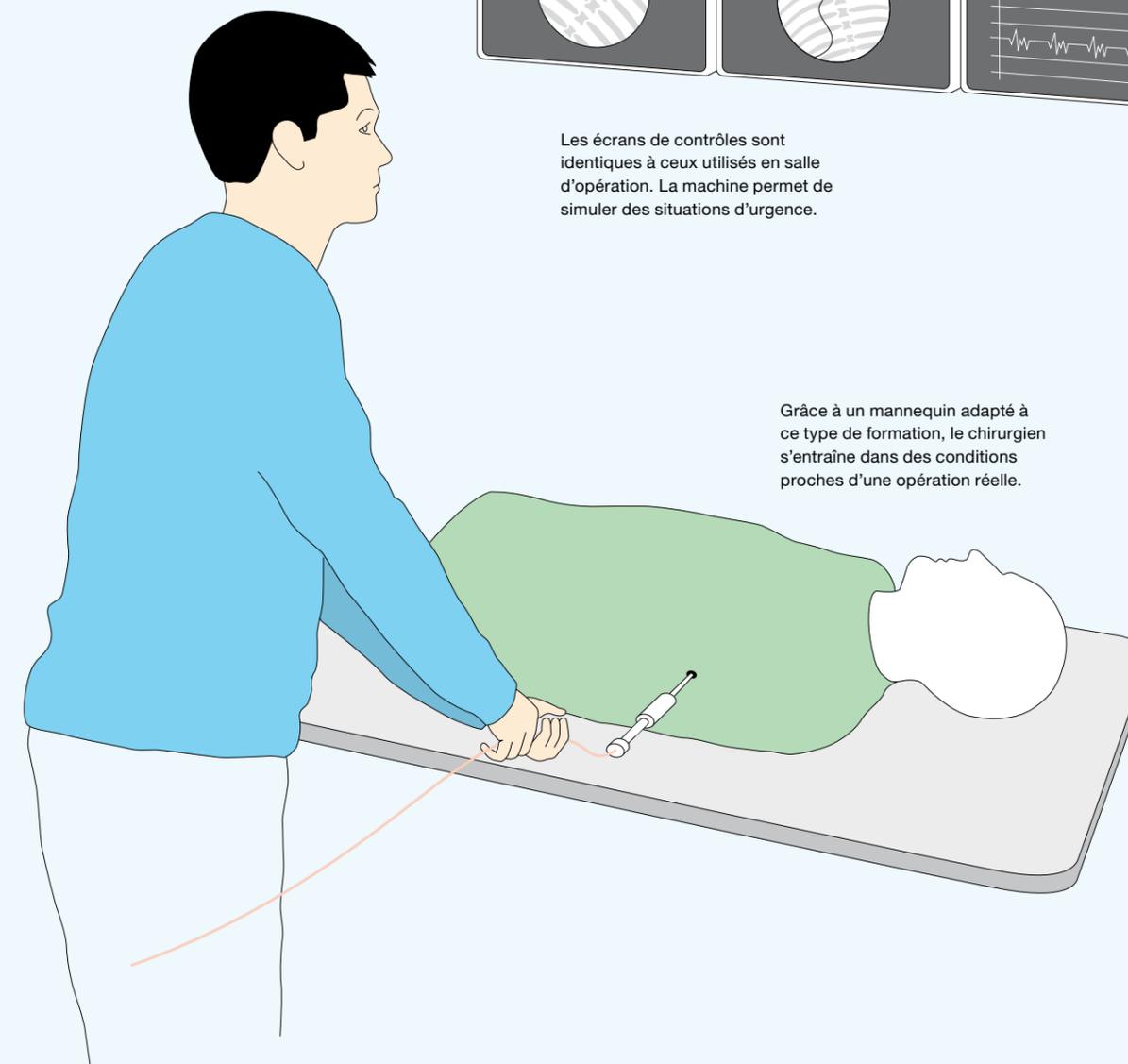
Concrètement, le simulateur recrée le plus fidèlement possible l'environnement d'une salle d'opération. Allongé sur une table, un mannequin équipé d'organes artificiels et doté d'un orifice dans la région du cœur (ou de l'artère fémorale) fait office de cobaye. Des écrans de contrôle, similaires à ceux utilisés en salle d'opération, affichent les données vitales du patient et les images vidéo de la zone opérée (cœur et artères). Pour faire fonctionner l'ensemble du système, un technicien spécialisé supervise la partie technique. «Un tel simulateur peut se comparer, dans son principe, à ceux utilisés pour former les pilotes de chasse, explique Enrico Ferrari. Il est ainsi possible de simuler des situations d'urgence qui mettent en danger la vie du patient, comme la rupture d'un vaisseau sanguin, par exemple. Les sensations durant l'exercice sont proches de celles ressenties en bloc opératoire, poursuit Enrico Ferrari. Lorsque l'on introduit ou que l'on retire le cathéter, l'effet de résistance est nettement perceptible. Comme dans la réalité, le fait de pousser ou de tirer trop fort peut provoquer des dommages. La machine peut aussi simuler le déplacement incontrôlé de la valve si celle-ci n'a pas été posée exactement au bon endroit.»

## Cours théoriques et pratiques

«Dès que la chirurgie fait appel à l'imagerie, le simulateur prend tout son sens, souligne Nicole Barraud»,



Les écrans de contrôles sont identiques à ceux utilisés en salle d'opération. La machine permet de simuler des situations d'urgence.



Grâce à un mannequin adapté à ce type de formation, le chirurgien s'entraîne dans des conditions proches d'une opération réelle.

La figure ci-dessus illustre un exercice de remplacement valvulaire aortique sur simulateur.

responsable communication chez Edwards Lifesciences. Au centre de Nyon, la formation des chirurgiens au remplacement valvulaire aortique s'étale sur une période de quatre mois. Le programme débute par des cours théoriques et se poursuit par des exercices sur le simulateur. Les

candidats sont épaulés et supervisés par un chirurgien expérimenté, exerçant déjà de façon autonome dans un hôpital. Une fois le cursus terminé, la société de Nyon assure le suivi dans les différents hôpitaux lors des premières opérations en conditions réelles.

Après avoir suivi une telle formation, le docteur Enrico Ferrari opère aujourd'hui les patients du CHUV concernés par un remplacement valvulaire aortique. Plus d'une trentaine de personnes – souvent très âgées – ont déjà pu en profiter avec un taux de succès opératoire proche de 95%. □

# Achats: comment les HUG et le CHUV ont économisé 50 millions

Créée il y a dix ans, la centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale des hôpitaux universitaires Vaud-Genève conjugue sécurité, qualité et économies.

Armoire à matériel médical, divan de consultation, tubulure à perfusion, masque, cathéter, automate de laboratoire, tracteur, tunnel de lavage, papier, toner pour imprimante, etc. La liste est loin d'être exhaustive, puisque les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ont répertorié 25'000 articles différents. Au total, avec 300'000 commandes passées auprès de 1200 fournisseurs, ce sont 640 millions de francs dépensés par année par la centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale (CAIB) des hôpitaux universitaires Vaud-Genève!

Depuis plus de dix ans, cette structure est le fleuron de la collaboration hospitalo-universitaire entre les deux cantons. Elle a pour rôle de mettre en œuvre une politique d'achats commune aux deux hôpitaux, de s'approvisionner aux meilleures conditions du marché, de renouveler les équipements biomédicaux et de garantir la matériovigilance. «La CAIB est née officiellement le 1<sup>er</sup> janvier 1999. L'ingénierie biomédicale a été rattachée en 2005», rappelle Ricardo Avvenenti, directeur de la CAIB, qui compte aujourd'hui 58 collaborateurs.

## Séparation des pouvoirs

Au niveau de l'organisation, alors que l'achat est centralisé, les commandes sont gérées par chaque hôpital et les produits réunis en trois grandes familles: les achats médicaux (pacemaker, compresse, stent, etc.), d'équipements (scanner, tracteur, etc.) et généraux (aliments, vêtements, etc.). «Pour tout achat réside le même principe: la séparation des pouvoirs. Le requérant émet un besoin. L'acheteur exprime ensuite un cahier des charges, étudie le marché des fournisseurs, réalise des consultations, des appels d'offres et négocie. Puis, le requérant et le Département de la logistique contrôlent la marchandise. Enfin, la direction

des affaires économiques et financières supervise le paiement», explique le directeur. En corollaire, une stratégie d'achat bâtie sur un triple socle: «Les critères sont, par ordre d'importance, la sécurité, la qualité et le coût économique.»

Trois commissions d'achats, composées de collaborateurs des HUG et du CHUV, effectuent les choix pour les produits transversaux, à savoir le matériel médical, les médicaments et les biens d'intendance (meublier, fourniture de bureau, etc.). Il y a également une commission des équipements par site hospitalier dans laquelle l'ingénierie biomédicale, qui connaît le matériel existant (inventaire et état technique du parc) et suit le marché (veille technologique), joue un rôle central. «Ces équipements lourds dépendent des choix stratégiques des deux hôpitaux et une politique pluriannuelle de renouvellement et d'acquisition est définie dans chaque hôpital. Les appels d'offres publics permettent de regrouper les commandes», précise Ricardo Avvenenti.

## Bilan et perspectives

Pour le directeur, le bilan est positif: «Du point de vue financier, nous avons largement dépassé les objectifs avec plus de 50 millions d'économies en dix ans (à l'origine 15 millions fixés sur cinq ans). Grâce à notre activité, nous avons rapproché des services médicaux en les mettant autour d'une table pour parler d'un produit commun. Nous avons aussi réussi à créer une identité de service entre les deux hôpitaux.» Pour autant, les challenges à relever ne manquent pas: l'e-commerce, l'approvisionnement sur le marché européen et les synergies. «Nous avons déjà des contrats de prestations pour les achats médicaux lourds et les médicaments avec l'Hôpital neuchâtelois et le Réseau Santé Valais, nous avons des demandes pour les étendre à d'autres hôpitaux.» □



«Du chariot de soins, au fauteuil de dialyse, en passant par le lève-malade, le mobilier médical prend les formes les plus diverses. Avant, nous dialoguions toujours avec l'utilisateur pour connaître ses besoins. Par exemple, le Service de pédiatrie a trouvé que les lits pour enfants n'étaient pas assez

ergonomiques. Un groupe de travail a ainsi pensé le lit idéal: avec des barrières électriques, cinq moteurs et pesant 150 kilos, il était irréalisable car beaucoup trop complexe et onéreux à fabriquer. Malgré cela, avec les utilisateurs et un fournisseur, nous avons défini un produit. Résultat après quatre modèles d'essai: un lit électrique qui se lève à hauteur des soignants, des barrières faciles à manipuler et toutes les garanties de sécurité.»

James Picot, achats généraux, CHUV



«Les défibrillateurs et stimulateurs cardiaques traitant les troubles du rythme ont été négociés avec ma collègue du CHUV, pour les Services de cardiologie respectifs. Grâce à cette synergie, nous avons obtenu les meilleurs prix de Suisse sur cette famille de produits. D'autres actions coordonnées,

notamment pour les césariennes, ont amené à la confection d'un pack commun comprenant le matériel nécessaire à l'intervention (blouses, compresses, petite instrumentation). Ce kit offre de multiples avantages: meilleur prix, facilité de stockage, moins de déchets et prêt à l'emploi en cas d'urgence. Plusieurs autres négociations communes sur les produits à usage unique ont apporté harmonisation et gains substantiels pour les deux hôpitaux.»

Nathalie Bosshard Zimmerman, achats médicaux, HUG



«Nous sommes en relation avec les soignants pour entendre leurs besoins, comprendre les problématiques et être à l'écoute des nouveautés de l'industrie. C'est un travail continu de proximité avec tous ces acteurs. Récemment, nous avons acquis une nouvelle technologie

pour la radiothérapie: la tomothérapie, fusion du scanner et de l'accélérateur linéaire. En concertation avec les radio-oncologues, anesthésistes, physiciens et techniciens en radiologie médicale, nous avons étudié le flux et l'organisation de la prise en charge des patients, ainsi que la surveillance dans la salle de traitement. Enfin, nous nous sommes assurés de la réalisation de la calibration, du contrôle qualité et de la formation utilisateur avant de traiter le premier patient.»

Yannick Rochais, ingénierie biomédicale, CHUV



«Pour le matériel bureautique, les HUG et le CHUV sont associés au niveau intercantonal à d'autres institutions subventionnées. Tous sont réunis dans le Partenariat d'achats informatiques romands (PAIR), composé de quelque 25 membres, dont les Transports publics genevois, la centrale

d'achat de l'Etat de Vaud, l'administration cantonale du Jura et du Valais ou encore le Réseau Santé Valais. Ensemble, nous lançons tous les deux ans un appel d'offres public. Pour 2010 et 2011, il s'agit de cinq lots de PC, d'écrans, d'imprimantes, d'ordinateurs portables et ultra-portables d'une valeur globale estimée à 28 millions de francs. Les critères d'adjudication sont la qualité technique et écologique de l'offre, le coût, ainsi que l'organisation et la responsabilité sociale.»

Pierre Petroff, achats équipements, HUG

# «La musique nous unit au-delà de nos maladies»

Le professeur Pascal Nicod, chef du Département de médecine, évoque l'importance de la musique, «langage universel», dans le monde hospitalier.



Le Prof. Pascal Nicod a créé Musique & médecine en 1998.

Il y a tellement de choses à dire et à écouter dans une journée! Avant même de regarder le ciel le matin, on est informé du temps, des dernières paroles de Nicolas Sarkozy, de l'épidémie de grippe, du cours du dollar... A peine arrivé à l'hôpital, on écoute les dernières données sur l'évolution des patients. On parle des résultats biologiques, hématologiques, radiologiques, neuropsychologiques. Et après, on court informer le malade. Jamais, celui-ci n'a reçu autant d'explications, de statistiques, de pronostics.

Mais qu'entend le patient? Les chiffres, les mots, ou tout ce qui les accompagne: les silences, la douceur de la voix, une pulsation lente des syllabes, un sourire, une poignée de main, bref, la musique de la relation et de la médecine. Qu'un des intervenants parle beaucoup plus fort, plus vite et les mêmes mots auront un autre résultat: «Il ne m'a pas écouté» ou peut-être «il a l'air de savoir ce qu'il fait».

De son côté, le soignant entend-il ce que son malade lui dévoile entre les mots: son opposition, son angoisse, sa méfiance, son amitié? La dissonance ou la discordance entre une situation et une attitude peut être révélatrice, comme chez cette patiente atteinte d'une maladie grave, inexplicable, et qui ne montrait aucune émotion, s'amusant sur son ordinateur. Elle s'auto-mutilait en absorbant des substances nocives.

La musique (et l'art en général) offre à celui qui l'accueille une forme de langage universel, au-delà des mots, des différences, des cultures, où les silences sont aussi habités que les sons. Elle permet de percevoir l'immense complexité de l'esprit humain qu'aucune parole ne pourrait mieux définir.

La musique, c'est aussi l'occasion de ressentir ensemble et avec nos patients cette pulsation vitale, qui nous unit dans une même famille mystérieuse, au-delà de nos maladies et de notre mort.

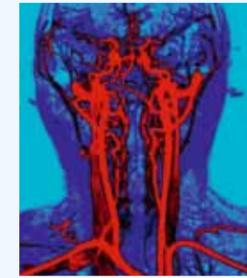
La commission culturelle et les organisateurs de Musique & Médecine souhaitent que ces événements soient l'occasion de rencontres, d'émotion, et d'échanges que les mots ne nous ont pas permis de réaliser jusque-là. Si possible, ces soirées sont organisées au bénéfice d'une fondation (comme, dernièrement, la Fondation pour la psychiatrie de la petite enfance) et présentent aussi un sujet de réflexion proche de la médecine et des arts. Le 12 novembre, François Ansermet a parlé des ressources intérieures de l'enfant déprimé, qui peut décider de revivre!

Musique & Médecine, qui fête ses 10 ans, a choisi pour son dernier concert de l'année, le plus grand représentant actuel de la lignée des virtuoses russes, Vadim Repin. Il était accompagné par le pianiste Sergei Tarasov.

Les concerts sont retransmis aux patients. Le personnel du CHUV peut y assister sur présentation de son badge. □

→ PROCHAIN CONCERT MUSIQUE & MÉDECINE: JEUDI 22 AVRIL 2010, À L'AUDITOIRE CÉSAR-ROUX DU CHUV À 20H

## Expositions Un pont de radiations sur le Bugnon



Jusqu'en avril 2010, il est possible d'en savoir davantage sur les radiations dans le cadre de deux expositions à la rue du Bugnon. La première, intitulée «Ciel, mes rayons!» a lieu à la Fondation Claude Verdan jusqu'au 7 avril 2010. Elle propose un voyage temporel au pays des radiations illustré par les œuvres de deux artistes contemporains. Du 13 janvier au 25 février 2010, le hall d'entrée du CHUV lui fera écho en présentant les différents aspects des rayonnements en médecine. Cette exposition, baptisée «Rayonnement et médecine», présentera de manière didactique les applications et les risques liés à l'utilisation des radiations en mettant les différents métiers au cœur du propos.

Ces deux expositions se font avec l'engagement actif de l'Institut universitaire de radiophysique (IRA), qui fera partie du Département de radiologie médicale dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et qui développe ses activités dans le

domaine de l'application médicale des radiations (physique médicale) et de la protection des travailleurs et de la population (protection radiologique).

L'IRA garantit que le patient reçoit la dose prescrite lors des traitements en suivant les installations et en participant aux planifications individualisées. Les doses sont maintenues aussi basses que possible tout en garantissant qu'un diagnostic fiable puisse être effectué. Une enquête est du reste actuellement pilotée depuis le CHUV pour caractériser la situation en Suisse. L'IRA est en charge de la radioprotection du CHUV et des HUG. Il est également un élément moteur dans la définition des étalons métrologiques, dans la mesure de la radioactivité dans l'environnement, du radon dans les habitations et la formation en physique des radiations à la FBM, au CHUV, à la HECV-Santé ainsi qu'aux professionnels des radiations en Suisse romande.

«**CIEL, MES RAYONS!**» JUSQU'AU 7 AVRIL À LA FONDATION CLAUDE VERDAN. «**RAYONNEMENT ET MÉDECINE**» DU 14 JANVIER AU 25 FÉVRIER DANS LE HALL PRINCIPAL DU CHUV, VERNISSAGE LE 13 JANVIER À 17H30.

### Calendrier des expositions, hall principal du CHUV

DE MARS À JUIN 2010

#### Lalie Schewadron Installations

DU 4 MARS AU 8 AVRIL 2010  
VERNISSAGE LE 3 MARS À 18H

Née en 1971 à Tel-Aviv, diplômée de Central Saint Martins College of Art and Design à Londres (2006) après des études en biochimie, Lalie Schewadron mène une réflexion à la fois exigeante et poétique qui s'inscrit parfaitement dans notre cycle d'expositions «Art et science» initié en 1997. Programmée depuis 2007, l'exposition a été conçue en fonction de nos surfaces d'exposition et est réalisée avec l'aimable autorisation de la Galerie Lucy Mackintosh.

#### «Miser sur la vie – Partager l'essentiel»

Commissaire: Marie-José Auderset

DU 15 AVRIL AU 13 MAI 2010  
VERNISSAGE LE 14 AVRIL À 18H

Cette exposition donne la parole aux soignants et aux patients qui s'expriment respectivement sur le sens qu'ils donnent à leur travail, à leur maladie. Elle nous porte ainsi au cœur des grandes questions humaines qui forgent l'identité de l'hôpital, qui en définissent les missions et motivent l'engagement de chacun. Marie-José Auderset a déjà réalisé en 2007 l'exposition «Face à la brûlure» consacrée aux grands brûlés.

#### Charles Duboux

DU 20 MAI AU 24 JUIN 2010  
VERNISSAGE LE 19 MAI À 18H

De la structure géométrique d'une sculpture à la ligne épurée d'un objet traduit en «ready made», cette exposition met les formes en réseau au moyen de la photographie en une déambulation exploratoire et ludique. Diplômé de l'Ecole cantonale des beaux-arts de Lausanne et de l'Ecole d'architecture de l'Université de Genève, Charles Duboux lie pratique artistique et enseignement, à l'EPFL et à la Haute Ecole pédagogique à Lausanne.

### Calendrier des concerts, auditoire César-Roux

#### Musique & Médecine

JEUDI 22 AVRIL À 20H

#### Rencontres musicales

16H, ENTRÉE LIBRE

Ces concerts sont consacrés à de jeunes interprètes. Producteur: Mario Bontognali, Musique, Art et Jeunesse de Lausanne

10 JANVIER

Gabriel Courvoisier, baryton et Marie Courvoisier, piano.

21 FÉVRIER

Esther Sévérac, harpe.

21 MARS

Antoine Gilliéron, piano et Damien Bachmann, clarinette.

18 AVRIL

Elise Monney et Heidi Papaux, piano.

Plus d'infos sur le site [www.chuv.ch](http://www.chuv.ch), rubrique communication/culture

Depuis Sylvain, une consultation pluridisciplinaire a été créée au CHUV pour les patients ayant des troubles de l'identité du genre.



«Je suis né voici deux ans et demi»

«ON NE NAÎT PAS HOMME, ON LE DEVIENT.» POUR SYLVAIN, LA PHRASE D'ÉRASME EST LE RÉSUMÉ D'UN CHEMIN DE CROIX ENTAMÉ UN SOIR DE 2002. IL S'APPELAIT ALORS MARYLÈNE.

«C'est en écoutant le témoignage d'une femme devenue homme après une intervention chirurgicale que je me suis rendu compte de ce qui n'allait pas chez moi depuis trente-sept ans.» Devant son petit écran, celle qui était alors une habitante du Nord vaudois comme les autres découvre qu'elle est également un homme prisonnier dans le corps d'une autre. «Avant cela, je repoussais cette idée; c'était contre nature, impossible à corriger... Cela a été un électrochoc. Sans cela, je me serais probablement fichu en l'air.»

La décision est prise: elle changera de sexe, même s'il faut pour cela souffrir dans sa chair. «Je me suis tourné vers l'association 360° et sur internet ([www.agnodice.ch](http://www.agnodice.ch)). Sans eux je n'aurais jamais trouvé les informations.» Très vite, elle se rend compte des difficultés: il faudra suivre une psychothérapie d'au moins deux ans ainsi qu'un traitement hormonal avant des interventions lourdes, chères et difficiles à faire rembourser.

Au fil des lettres, convocations et demandes qui forment l'imposant classeur sobrement baptisé «Dossier démarche», Sylvain retrace son parcours, les nombreux entretiens et les tentatives déçues à l'étranger, notamment en Belgique. Mais surtout le «Real Life

Test», période obligatoire durant laquelle il lui a fallu imposer son changement à l'extérieur, avant les interventions. «Le pire moment: le traitement hormonal ne fait pas encore effet, on a encore des seins et la même voix; les gens ne comprenaient pas pourquoi il fallait m'appeler Monsieur...»

Après plusieurs années d'investigation et de frustrations, il se rend finalement au CHUV: «J'y ai rencontré le Dr Olivier Bauquis, du Service de chirurgie plastique. Cela a été sa première phalloplastie dans l'hôpital. Il a beaucoup fait pour les personnes transgenres. Nous voyions enfin quelqu'un se bouger pour nous.» «L'intervention, qui peut être faite en plusieurs fois, dure environ douze heures, explique le Dr Bauquis. Elle comprend l'ablation des seins et de l'utérus, et consiste ensuite à recréer un pénis à l'aide de la peau et la graisse de l'avant-bras, et de raccorder le tout à l'appareil urinaire. Une pompe est ensuite installée à l'intérieur d'un testicule, pour provoquer les érections». Sylvain entre donc au CHUV en mai 2007. Deux ans et demi et quelques interventions plus tard, bien malin celui qui lit le passé de Sylvain derrière sa petite barbe.

«Je dois vraiment remercier le CHUV pour la manière pleine de compréhension avec laquelle j'ai été pris en charge, qu'il s'agisse du médecin, de l'équipe chirurgicale ou des infirmières. Je ne regrette qu'une seule chose, l'avoir appris en regardant la TV, si tard.» Prochain projet, le mariage l'année prochaine. Avec la femme qui l'accompagne depuis maintenant vingt-quatre ans. □