

AVRIL 2008

# CHUV magazine



**De Bernard Decrauzat  
à Pierre-François Leyvraz:  
Une évolution sans virage brutal**

## Sommaire

**De Bernard Decrauzat à Pierre-François Leyvraz à la tête de la Direction générale**  
La volonté d'assurer une évolution sans virage brutal..... 2

**Avec la réorganisation de la physiothérapie et de l'ergothérapie**  
La Direction des soins prend tout son sens.....5

**Allier la qualité des mets à la quantité des repas servis**  
Le tour de main au quotidien de la restauration du CHUV.....7

**Les tableaux de bord hospitaliers**  
Un outil pour améliorer la gestion du CHUV et de ses départements..... 10

**«Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer»**  
Le programme d'accompagnement des patients a pris son envol en 2007.....12

**Congrès européen au Palais de Beaulieu**  
Le point sur les progrès de la chirurgie de la main.....14

**Le CHUV lance un programme de gestion des absences au travail**  
Un programme fondé sur le dialogue avec les collaborateurs.....16

**Enquête de satisfaction 2007**  
89% des collaborateurs ont du plaisir à venir travailler au CHUV.....18

**Le Vade-mecum de pédiatrie du CHUV en est à sa 3<sup>e</sup> édition**  
Un succès qui touche toute la Suisse romande.....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

## .....De Bernard Decrauzat à Pierre-François Leyvraz à la tête de la Direction générale..... La volonté d'assurer une évolution sans virage brutal

Le 2 juin prochain, Pierre-François Leyvraz prendra la succession de Bernard Decrauzat à la tête de la Direction générale. La nomination de Pierre-François Leyvraz et d'autres circonstances survenues en 2007 ont créé une conjoncture favorable à certaines réorganisations envisagées depuis de nombreux mois. Bernard Decrauzat et Pierre-François Leyvraz y ont travaillé main dans la main. Dans quel esprit, avec quels buts? CHUV-Magazine les a réunis pour une interview croisée.



**Bernard Decrauzat:**  
«Cette passation de pouvoirs correspond au désir que j'avais d'éviter un interim qui aurait pu être dommageable pour l'institution. J'ai la conviction que l'opération est réussie.»

**CHUV-Magazine - La succession de Bernard Decrauzat et la nomination d'un nouveau directeur général se sont inscrites dans la perspective d'une gouvernance unique de la Faculté de biologie et de médecine et du CHUV. Concrètement, quel est l'objectif et à quel horizon?**

**Bernard Decrauzat** - Le premier rapport mis en consultation sur le sujet a débouché sur un nouveau mandat du Conseil d'Etat de poursuivre les études. L'objectif d'une institution hospitalo-universitaire placée sous une gouvernance unique est inscrit dans le Plan stratégique du Conseil d'Etat pour la législature en cours. Le groupe de travail ad hoc devrait rendre son deuxième rapport d'ici au mois de juin. Il convient de rappeler que lors de la mise au concours du poste de Directeur général du CHUV, l'annonce faisait savoir que «dans la perspective de l'introduction d'une gouvernance unique des domaines hospitalier (soins) et académique (formation et recherche), le cas échéant d'en assumer la présidence, le Conseil d'Etat du canton de

Vaud cherche de préférence un professeur d'université dans une discipline de la médecine ou de la biologie».

**Pierre-François Leyvraz** - L'objectif final, la fusion de la Faculté de biologie et de médecine et du CHUV, nécessite un travail législatif important, qui prendra du temps. Dans l'intervalle, il s'agit de ne pas faire retomber la dynamique du projet et de mettre en place la gouvernance unique pour avancer progressivement.

**B. D.** - Ce stade préalable de communication et de dialogue entre les différents partenaires me paraît indispensable pour créer la confiance nécessaire à la réalisation du projet. Afin que chacun, la clinique et les sciences fondamentales, la biologie et la médecine, puissent en apprécier les avantages respectifs. C'est plus important que de savoir si le projet doit être réalisé dès demain.

**P.-F. L.** - Le deuxième rapport du groupe de travail fera l'objet d'une nouvelle consultation dans le cadre déterminé par les instances

**Pierre-François Leyvraz:**  
«Il s'agit de procéder par étapes à une évolution, non de faire la révolution.»



politiques. C'est un projet enthousiasmant et sans ambiguïté. La nouvelle entité disposera de l'autonomie déjà reconnue aujourd'hui à l'hôpital universitaire et de compétences propres en matière de soins, de formation et de recherche. Mais elle sera clairement rattachée à l'Université de Lausanne.

**CHUV-Magazine - La nomination de Pierre-François Leyvraz coïncide avec toute une série de réorganisations du CHUV. Certaines d'entre elles touchent le domaine administratif, avec le regroupement ou la fusion de départements et de services. L'une de ces réorganisations concerne aussi le domaine médical avec la nomination de deux directeurs médicaux. Quel est le sens de ces changements?**

**P.-F. L.** - La première chose à bien voir est que ces réorganisations résultent d'une réflexion entamée il y a plusieurs années déjà. C'est un concours de circonstances, comme le départ à la retraite du professeur Pierre De Grandi, qui fait coïncider plusieurs changements longuement mûris.

Une réflexion était en cours depuis longtemps sur le rôle de la direction médicale et sur sa fonction au sein de la direction générale. Jusqu'ici le directeur médical était à la fois directeur et implicitement le «doyen» des médecins, autrement dit le représentant du corps médical au sein de l'institution. Ces deux rôles sont aujourd'hui séparés. La direc-

tion médicale assure la conduite de l'institution dans son domaine. De leur côté, les médecins, notamment les professeurs chefs de service, ont créé un «gremium» dont le président est leur représentant auprès de la direction. Il y a une place claire pour chacun.

La nomination de deux directeurs médicaux s'explique par la complexité de plus en plus grande des situations et des problèmes auxquels un hôpital universitaire doit faire face. Il faut un directeur médical qui s'occupe du management de l'institution sous l'angle de la qualité et de la sécurité des soins, de leur économicité, des dispositions légales, etc. C'est le Dr Jean-Blaise Wasserfallen qui a été désigné à cette fonction, qu'il exerçait d'ailleurs largement jusqu'ici. Mais il faut aussi un directeur médical qui assure la liaison avec les départements et services en termes académiques et qui concrétise la volonté de la direction de développer la formation post-grade des jeunes médecins. C'est Jean-Daniel Tissot qui a été désigné à cette fonction. Il en a la compétence, l'expérience et la légitimité en tant que professeur ordinaire et ancien vice-doyen. Le professeur Tissot étant nommé à 50% à ce poste, ces deux nominations ne représentent pas une augmentation des effectifs de la direction médicale.

**B. D.** - D'autres réflexions sur les aspects administratifs et financiers ont profité d'une conjoncture favorable et débouché ces der-

niers mois sur toute une série de réorganisations. Sur décision du Conseil d'Etat, un service d'audit interne a été créé en 2007 et rattaché à la direction générale. La nomination, courant 2007, d'Oliver Peters, en tant que directeur administratif et financier, a permis de lui rattacher directement les services transversaux – finances, logistique hospitalière, systèmes d'information, constructions – dans un seul et même département. Ces différentes fonctions ont désormais une représentation commune au sein de la Direction générale prise dans son ensemble, au même niveau que la direction médicale, la direction des soins et la direction de la formation et de la recherche. Cette nouvelle organisation établit un partenariat essentiel, un échange bi-directionnel entre les fonctions soignantes et les fonctions de soutien. Cela n'enlève rien au rôle essentiel des services transversaux avec lesquels le Comité de direction entretient des relations régulières.

**P.-F. L.** - Dans des institutions comme la nôtre, certains ont en effet tendance à croire qu'il y a des rôles nobles – les fonctions soignantes – et des rôles ignobles (la gestion, l'administration, les finances...) qui sont à leur service. Ce n'est pas du tout ça. On ne peut strictement rien faire les uns sans les autres. Il n'y a pas de différence de valeur intrinsèque entre un médecin ou un financier, ou entre une infirmière et un informaticien. Il n'y a qu'une équipe qui travaille ensemble, où chacun a son rôle et ses compétences.

**B. D.** - Le fruit de l'expérience acquise nous a aussi conduits à réunir l'Unité développement stratégie qualité et l'Unité d'organisation au sein d'un même service, rattaché à la Direction générale. L'activité et les compétences de ces deux unités étaient complémentaires. Leur regroupement est un atout pour l'élaboration du Plan stratégique et son suivi, pour la conduite de projets, dont ceux relatifs à la qualité, avec la possibilité de leur offrir un soutien méthodologique.

Enfin, le nouveau poste de déléguée à la politique de la santé et à la communication, confiée à Béatrice Schaad, a permis d'engager une réflexion générale sur les orientations à prendre pour renforcer l'image de l'institution et créer un Service de la communication, qu'elle soit interne ou externe.

**CHUV-Magazine - Le 1<sup>er</sup> janvier 2008 est né le DAL, le Département de l'appareil locomoteur. Ce n'est pas le premier département médico-chirurgical du CHUV, mais c'est le premier qui soit**

.....De Bernard Decrauzat à Pierre-François Leyvraz à la tête de la Direction générale.....



Bernard Decrauzat et Pierre-François Leyvraz soulignent que la période de transition s'est déroulée en harmonie et en parfaite transparence: «ce qui est quand même assez formidable.»

**organisé autour d'un système: l'appareil locomoteur. Est-ce la préfiguration de l'hôpital de demain?**

**B. D.** - La création du Département de l'appareil locomoteur répond effectivement à des questions que l'on se pose dans l'ensemble du monde hospitalier occidental. Son projet a suscité un très large débat au sein du CHUV, parfois l'inquiétude, voire l'opposition. Ce processus d'écoute a permis de mûrir le projet, de le faire évoluer dans le cadre du Plan stratégique en profitant notamment des expériences acquises avec la création de pôles de compétences comme Cardiomét.

**P.-F. L.** - Là aussi, il faut bien voir la collision des circonstances. Le projet du DAL remonte à plusieurs années, il avançait depuis de nombreux mois. Si son inauguration officielle en janvier dernier coïncide à quelques mois près avec mon entrée en fonction en tant que directeur général du CHUV, c'est le résultat d'un concours de circonstances imprévues et imprévisibles. Ce n'était vraiment pas calculé. Le fait que le Conseil d'Etat fasse appel à ma personne pour le poste de directeur général est survenu de manière inopinée. Cela n'était pas imaginable, même quelques mois plus tôt, par les acteurs impliqués dans le projet du DAL.

Les expériences engagées ailleurs, leur évolution aussi, nous a permis de concevoir le DAL comme un laboratoire. Les décisions que nous avons prises ne sont pas irréversibles, elles ne sont pas irréversibles pour l'avenir de l'hôpital. Le DAL doit faire la

preuve qu'une organisation de ce type-là, autour d'un système comme l'appareil locomoteur, améliore de manière significative la qualité des soins, de la formation et de la recherche, développe des échanges plus fructueux que des collaborations instituées entre services et départements.

Il est exclu de chambouler toute l'institution sous le prétexte qu'on vient de créer un nouveau département. Le DAL peut éventuellement servir de piste pour d'autres domaines, par exemple pour les neurosciences cliniques. Il y a un champ potentiel d'application à exploiter. Mais le DAL n'est pas le seul modèle de réorganisation possible. On peut aussi envisager des centres de compétences, des itinéraires cliniques, d'autres formules encore. Masi il ne faut pas ébranler les piliers porteurs de l'institution, comme la pédiatrie ou la médecine interne. Il s'agit de procéder par étapes à une évolution, non de faire la révolution.

**B. D.** - Un autre facteur joue un rôle dans les évolutions que nous avons à mener. Les tendances actuelles de la politique de la santé vont, bon gré mal gré, dans le sens d'une plus grande concurrence entre les établissements. Certains d'entre eux se spécialisent autour d'une pathologie ou d'un organe pour acquérir compétence et excellence auxquelles les patients sont évidemment sensibles. Nous devons donc aussi réfléchir à satisfaire le patient. Nous ne pouvons pas penser qu'à notre pré-carré.

**CHUV-Magazine - Le 2 juin prochain, vous allez procéder à la passation du pouvoir de l'un à l'autre. Mais vous**

**préparez ce passage depuis de nombreux mois. Comment cela s'est-il passé, dans quel esprit, dans quelle ambiance?**

**P.-F. L.** - J'ai participé de plus en plus aux travaux de la Direction générale pour entrer dans les dossiers, comprendre le paysage, l'horizon politique, l'organisation administrative, dont je n'avais pas une vision complète. Cela m'a permis aussi de rencontrer les gens, d'écouter ce qu'ils avaient à dire. Je ne l'ai d'ailleurs pas fait autant que je voulais mais je continuerai à le faire.

**B. D.** - Cette passation des pouvoirs correspond au désir que j'avais d'éviter un intérim qui aurait pu être dommageable. Dans une institution où l'aspect humain joue un rôle important, quand on est amené à prendre des décisions qui ont des répercussions sur les personnes qui travaillent, et par ricochet sur les patients, il me semble essentiel de pouvoir s'imprégner de l'institution avant d'en prendre les rênes. C'est le respect des professionnels et des patients qui donnent légitimité aux décisions qui ont été prises depuis dix mois.

**P.-F. L.** - Toute cette période s'est déroulée en harmonie et en parfaite transparence. Il n'y a pas eu, et il n'y aura pas, de heurts ni de conflits de pouvoir. Ce qui est quand même assez formidable.

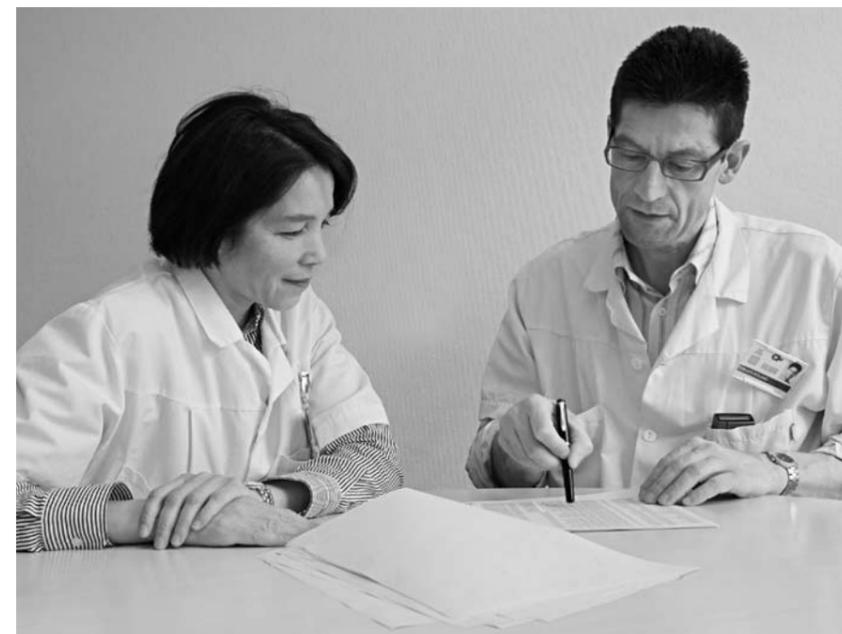
Dès le 2 juin, les responsabilités de directeur général me reviendront entièrement. Bernard Decrauzat restera cependant un conseiller personnel en tant que chargé de mission à temps partiel. Il ne figurera pas dans l'organigramme, il n'aura pas de rôle décisionnel, mais il aura pour un temps limité des missions qui déchargeront le Directeur général sur certains dossiers. Même s'il y a évolution, il n'y aura pas, là non plus, de virage brutal.

**B. D.** - J'ai la conviction que l'opération de transmission est réussie, qu'elle est bénéfique pour notre institution, et je tiens à souhaiter plein succès au professeur Leyvraz. C'est l'occasion pour moi de réitérer une nouvelle fois mes remerciements à l'ensemble de l'équipe de direction, qui par son attitude et son travail a toujours soutenu le Directeur général de façon exemplaire. Je ne voudrais pas terminer sans avoir une pensée à l'égard de l'ensemble des collaboratrices et des collaborateurs de tous les sites de notre institution pour leur apport essentiel à sa bonne marche. J'aurais l'occasion d'y revenir le 2 juin.

**Avec la réorganisation de la physiothérapie et de l'ergothérapie dans le domaine somatique**

**La Direction des soins prend tout son sens**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, Roland Paillex, physiothérapeute-chef, et Marie-Laure Kaiser, ergothérapeute-chef, sont directement rattachés à la Direction des soins. Ce rattachement est un des signes de la réorganisation de la physiothérapie et de l'ergothérapie du CHUV dans le domaine somatique. Explications.



En février 2008, Roland Paillex (à droite) a été nommé à la Commission paritaire de confiance H+/Santé suisse, organe qui gère les plaintes dans le domaine de la physiothérapie. Il est également membre du Comité central de l'Association suisse de physiothérapie qui regroupe 7'500 membres.

Marie-Laure Kaiser (à gauche) mène actuellement une recherche soutenue par le Fonds national sur l'efficacité de l'ergothérapie auprès d'enfants présentant des troubles du développement et de la coordination motrice.

Jusqu'ici, une grande partie des physiothérapeutes étaient rattachés au Service de rhumatologie et rééducation. L'intégration de l'Hôpital de l'Enfance et de l'Hôpital orthopédique au sein du CHUV – les physiothérapeutes représentent aujourd'hui une centaine d'emplois plein temps dans l'institution – a remis en cause la logique de cette organisation.

**Lien hiérarchique et lien professionnel**

D'un côté, les physiothérapeutes font partie des équipes qui prennent en charge les patients. A ce titre, il est normal qu'ils soient intégrés dans les départements de soins, d'autant que le nombre des physiothérapeutes rend possible cette répartition. D'un autre côté, pour tout ce qui touche à leur profession, codes de pratique, formation, recherche, etc., c'est-à-dire au lien métier, c'est vers la Direction des soins que les physiothérapeutes se tournent naturellement. La nouvelle organisation mise en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier concrétise ce double lien, hiérarchique au sein des départements où les physiothérapeutes travaillent, professionnel avec la Direction des soins du CHUV, à laquelle le physiothérapeute-chef, Roland Paillex, est lui-même directement rattaché.

La réflexion est un peu différente en ce qui concerne les ergothérapeutes. Moins nombreux que les physiothérapeutes, puisqu'ils représentent 18 emplois plein temps, leur répartition dans les départements cliniques les aurait trop isolés. C'est pourquoi ils sont toutes et tous rattachés à la Direction des soins, à commencer par leur cheffe, Marie-Laure Kaiser. Leur lien clinique avec les départements est défini de cas en cas. Ce lien peut être formalisé par exemple par la participation régulière à un colloque ou au comité de direction, en fonction de la situation dans chaque département.

**Un cadre institutionnel est posé**

Pour mettre en place la nouvelle organisation, des contacts ont été pris avec toutes les directions des départements concernés dans le but:

1. d'identifier le supérieur hiérarchique des physiothérapeutes au sein du département: directeur des soins ou directeur médical;
2. de préparer un accord de partenariat avec chaque département qui fixe à la fois le cadre institutionnel de l'activité des physiothérapeutes dans l'institution et les spécificités qu'elle peut présenter d'un département à l'autre.

Sur le plan financier, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le budget physiothérapie est progressivement réparti au sein des départements en fonction de leurs besoins dans ce domaine. Le budget de l'ergothérapie, en revanche, est entièrement géré par la Direction des soins.

**Les avantages recherchés**

L'intégration des physiothérapeutes et des ergothérapeutes au sein des départements (par le lien hiérarchique ou clinique) et les échanges réguliers qui en résultent assurent une prise en charge cohérente du patient: ce dernier a en face de lui une équipe interprofessionnelle qui a défini une même ligne de conduite, des objectifs communs. Elle permet aussi d'améliorer la gestion. Jusqu'ici, quand un département lançait un projet de développement, l'augmentation du nombre de lits par exemple, la réflexion intégrait rarement les besoins en physiothérapie ou en ergothérapie. Du coup, les ressources nécessaires dans ce domaine n'étaient pas intégrées dans le calcul. La nouvelle organisation permettra d'éviter ce genre d'oubli.

Avec le lien métier qui rattache les physiothérapeutes et les ergothérapeutes à la Direction des soins, aux côtés du corps infirmier, la dimension «soins» prend tout son



La vision métier de la physiothérapie et de l'ergothérapie assurera l'homogénéité des pratiques professionnelles sur la base des évidences scientifiques.

sens et peut réellement être construite. Ce regroupement «métier» permet une plus grande visibilité et une meilleure représentation des physio- et des ergothérapeutes au niveau de l'institution. Il permet surtout de valoriser leurs compétences, d'harmoniser les pratiques qui sont encore actuellement assez diverses, de renforcer la formation et d'appuyer la recherche.

#### Renforcement de la formation

La vision métier de la physio et de l'ergothérapie assurera l'homogénéité des pratiques professionnelles dans tous les secteurs de l'institution sur la base des évidences scientifiques. Elle permettra de renforcer la formation post-grade, en apportant aux jeunes

professionnels, par exemple en pédiatrie, en gériatrie, en neuroréhabilitation, des compétences complémentaires à la formation de base dispensée par les HES. La mutation en cours passe en effet par des masters professionnels qui renforcent les compétences spécifiques dans tel ou tel domaine et dispensent une formation plus approfondie par rapport à la recherche.

#### Développement de la recherche

Dans ce domaine, l'objectif est d'évaluer et de faire évoluer les pratiques professionnelles tout en offrant aux projets de recherche un terrain d'étude, un accès aux patients. Actuellement, le CHUV participe par exemple, avec l'Institut romand de santé au travail

(IST) et l'Université de Zurich, à l'évaluation d'un programme de prise en charge de patients souffrant de lombalgies chroniques. Ce programme repose sur des hospitalisations de jour et des interventions multidisciplinaires menés par des physio- et des ergothérapeutes. Le projet devrait déboucher sur un nouveau modèle pour la prise en charge de ces patients dans toute la Suisse.

Le développement combiné de la formation (de base, continue et post-grade) et de la recherche aura non seulement pour résultat la valorisation des professionnels et de leurs compétences, avec ce que cela comporte d'autonomie et de reconnaissance, mais aussi l'introduction de pratiques novatrices dans la prise en charge des patients.

## Le tour de main au quotidien de la restauration du CHUV

Vous voulez visiter les cuisines du CHUV? C'est possible. Il suffit de le demander. Le Service de la restauration a plaisir à montrer ce qu'il fait. Et les visiteurs en ressortent généralement impressionnés. On a encore pu le vérifier lors de la Journée Portes ouvertes organisée par Cardiomét, en novembre dernier, en offrant la possibilité d'une visite des cuisines par petits groupes. Un franc succès. Alors si cet article vous met en appétit...



2'500 repas servis par jour pour les seuls collaborateurs du CHUV.

Pour les seuls collaborateurs du CHUV, le Service de la restauration produit 2'500 repas par jour, sans compter les sandwiches et autres salades. Il enregistre 3'000 passages à la pause de midi.

Mais le Service de la restauration présente malgré tout une vraie carte de mets et de menus. Chaque jour, il offre:

- 3 menus à choix le midi et 2 le soir ainsi qu'une carte de mets chauds et froids aux patients qui ont une alimentation normale;
- 14 régimes de base, dont certains peuvent être combinés, aux patients qui ont besoin d'une alimentation particulière;
- 3 menus à choix plus une spécialité ainsi qu'un choix de grillades et de pâtes et un buffet de salades, pour le repas de midi des collaborateurs; 2 menus et une spécialité ainsi qu'un choix de grillades et le buffet de salades pour le repas du soir.

Alors quand on demande au chef du service, Jacques-Frédéric Siegler, ce qui fait la qualité dans un restaurant qui doit aussi assurer la quantité, il répond clairement, dans l'ordre:

**1. La qualité du produit de base.** Le Service de la restauration teste tous les produits utilisés - qui sont ensuite référencés. La sélection est effectuée sur appel d'offres. Elle s'appuie sur un réseau de fournisseurs nationaux (en raison des quantités consommées) et de fournisseurs locaux pour certains produits, comme la boulangerie. Ces fournisseurs doivent fournir la même qualité tout au long de l'année sur des volumes très conséquents.

**2. Le maintien d'une compétence interne.** Le Service de la restauration fait la majorité de ses produits lui-même, de la pâtisserie aux spécialités vaudoises. Toutes les étapes de la production sont clairement définies et toutes les personnes qui les fabriquent sont de vrais

professionnels. Deux spécialités régionales fabriquées dans les cuisines du CHUV à l'attention des patients et des collaborateurs: le saucisson vaudois et la saucisse aux choux vaudoise - ont d'ailleurs reçu récemment l'estampille de l'organisme intercantonal de certification qui s'occupe du contrôle des produits géographiquement protégés (label IGP).

**3. L'implication de tous les collaborateurs.** Tous les maillons de la chaîne sont impliqués dans la recherche de l'innovation. Toute personne employée au Service de la restauration peut proposer une nouvelle idée, une nouvelle recette ou préparation. Elle est alors testée, à petite échelle, puis à une plus grande, avant d'être planifiée si le résultat est probant à chaque étape. Une commission d'animation relancée en 2007 met par ailleurs sur pied 6 manifestations par année, autour d'une recette et d'un décor. Ces animations reçoivent un bel écho en termes de

.....Allier la qualité des mets à la quantité des repas servis .....



La qualité des produits est le premier facteur de réussite.

La chaîne de préparation des menus pour les patients.



Le Service de restauration fait lui-même la majorité de ses produits. Il achète, par exemple, des pièces entières de boucherie.

Jacques-Frédéric Siegler est chef de la restauration du CHUV depuis deux ans: «De l'extérieur, dit-il, on pense souvent que c'est une industrie qui n'a plus rien à voir avec la cuisine. C'est très complexe et hyper-organisé, c'est vrai, mais c'est une vraie cuisine avec des dimensions plus importantes au niveau surfaces et quantités travaillées. Et je suis avec de vrais cuisiniers qui sont fiers de leur métier et qui ont raison de l'être. Toutes les équipes sont composées de collaborateurs compétents, dynamiques, créatifs. Je suis heureux de travailler ici avec cette équipe.»

plaisir – ça change du train-train quotidien côté cuisine et côté table – et en termes de vente: jusqu'à 200 plats vendus par jour.

**4. Le fait d'être une vraie cuisine.** Le Service de la restauration n'est ni un laboratoire, ni une usine. On est dans une vraie cuisine, qui n'achète pas des produits finis que l'on se contente d'apprêter ou de réchauffer; on y transforme la matière de base. Cela permet de recruter de bons professionnels, de former des cuisiniers en diététique, des cuisiniers avec brevet et des apprentis, à qui l'on peut apprendre toutes les facettes du métier et le travail de tous les produits. Au demeurant, les apprentis du Service de la restauration (ils ont environ 25 répartis sur trois ans) ont déjà montré à plusieurs reprises qu'ils faisaient partie des meilleurs du canton.

Un autre facteur joue en faveur de la qualité. Le restaurant du CHUV travaille pour toutes les gammes de clientèle, les patients, les collaborateurs, et jusqu'à la cuisine gastronomique à l'occasion des congrès, séminaires et autres manifestations accueillies au CHUV.

**Servir chaud**

Pour les patients, la cuisine produit ce qui a été commandé. Les commandes à la carte sont produites en flux tendu, à la minute, pour assurer une qualité optimale. Pour eux, le problème est de bien contrôler la température. Il faut servir chaud, d'autant que la chaleur est aussi une affaire de réglementation sur le plan de l'hygiène.

L'autre question touche à l'équilibre alimentaire. Une politique en la matière a été définie dans le cadre du programme ProAlim, en collaboration avec la Direction des soins et l'Unité de nutrition clinique. Tous les cuisiniers qui travaillent pour les patients ont suivi une formation d'une année en diététique, en plus des trois ans de la formation de base. Ils savent traduire un régime alimentaire, normal, sans sel, sans graisse, etc., dans une assiette.

**Le coup de feu**

Entre 11h et 14h, la cuisine du CHUV fait chaque jour face au «coup de feu» et à l'imprévu du choix des collaborateurs. La météo a une influence sur leur choix. Dès qu'il fait chaud ou simplement soleil, par exemple, ils

ont tendance à manger plus léger. La combinaison des menus proposés au choix joue aussi un rôle. Résultat: le «chef de la cuisson collaborateurs» doit savoir jongler. C'est lui qui est le maître à bord. Les caisses enregistrent les ventes en temps réel. Si l'un des mets proposés marche trop bien ou, au contraire, moins bien que prévu, il faut ralentir un des mets proposés, compléter ou adapter l'offre, et traduire cela en actes coordonnés dans les cuisines.

Au fait, quels sont les mets qui ont le plus de succès? De grands classiques: le steak-pommes frites, le buffet de salades et le tartare de viande ou de poisson. Mais au total, 85% des collaborateurs sont totalement (36.3%) ou plutôt satisfaits (48.5%) de la qualité des repas. Un beau score.

**Le Service de la restauration en quelques chiffres impressionnants**

Le Service de la restauration lave chaque jour 10.5 tonnes de vaisselle! Et les quantités d'aliments consommés par semaine ou par an sont tout aussi impressionnantes.

Dépenses alimentaires 2007 (en francs)	
Fruits et légumes	2'481'401
Viandes et poissons	2'298'947
Produits de boulangerie	1'108'681
Produits laitiers	1'048'588
Boissons	755'316
Volailles et œufs	505'137
Assaisonnements et arômes	490'338
Autres produits alimentaires	325'747
Céréales et pâtes alimentaires	298'589
Repas confectionnés	20'694
Produits diététiques	14'327
<b>Total</b>	<b>9'347'766</b>

Consommation à l'année (en nombre de pièces)	
Viennoiseries	250'000
Pâtisserie	170'000
Sandwichs	180'000
Café	490'000
Boissons froides	360'000

Consommation en kilos par semaine	
Viandes	3'000
Pain	1'500
Buffet salade	500

Pour accomplir ses missions, le Service de la restauration emploie 249 collaborateurs (130 femmes et 129 hommes).

Apprentis	28	11%
Collaborateurs sans CFC	149	60%
Professionnels CFC	37	15%
Professionnels Brevet diététique	15	6%
Professionnels Brevet cuisine hôpital	9	4%
Administration /Direction	11	4%
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

...Les tableaux de bord hospitaliers

# Un outil pour améliorer la gestion du CHUV et de ses départements

Un outil de conduite – les tableaux de bord hospitaliers – aujourd’hui en place au niveau institutionnel va être progressivement mis à disposition des directions des départements. Le processus de déploiement a débuté pour être complet d’ici à fin 2009.

Ces tableaux de bord sont fondés sur une trentaine d’indicateurs communs à toute l’institution, auxquels viennent s’ajouter quelques indicateurs spécifiques à chaque département. Elaboré en collaboration avec les cadres des départements et des services, ce nouvel outil a trois buts principaux:

- Permettre un suivi en temps réel des objectifs opérationnels et une prise de mesures adéquates
- Rendre accessible l’information sur les résultats atteints pour chaque objectif opérationnel.
- Traduire la stratégie du CHUV en objectifs opérationnels mesurables.



Pour Stéphane Johnner, c’est surtout dans le domaine de l’organisation et des résultats que l’on peut améliorer le pilotage des départements et des services, en collaboration avec eux.

## Ressources humaines

Dans le domaine des ressources humaines, un set d’indicateurs classiques qui peuvent se décliner jusqu’au niveau du service, voire de manière plus fine encore, est utilisé:

- suivi de la dotation réelle en effectifs (en emplois plein temps) par rapport à la dotation budgétée;
- ancienneté des cadres, cet indicateur permettant de conserver une attention suffisante à la rotation des cadres ainsi qu’à la valorisation des compétences des collaborateurs;
- satisfaction des collaborateurs (enquête régulière une fois tous les deux ans) et des cadres (une fois tous les ans).

## Organisation & Résultats

Pour Stéphane Johnner, responsable de l’unité d’information et contrôle de gestion en charge du projet, on touche là au cœur du dispositif, celui sur lequel on doit surtout travailler. Car c’est dans ce domaine que l’on peut le plus améliorer le pilotage des départements et de leurs services.

Il s’agit d’une part de mesurer le taux d’utilisation des infrastructures: taux d’occupation des lits ou d’utilisation des salles d’opération, des équipements radiologiques, etc. Ces indicateurs sont évidemment adaptés à l’activité du département.

On s’intéresse aussi aux temps d’attente, que ce soit aux urgences (en fonction du degré de gravité des cas qui y sont accueillis), au travers des interventions chirurgicales effectuées en dehors du délai planifié ou sur d’autres éléments importants pour les départements.

Le développement des indicateurs sur les résultats médicaux n’en est qu’à ses débuts. Le CHUV dispose au niveau institutionnel d’informations sur le taux de réadmissions potentiellement évitables, sur les infections contractées à l’hôpital (infections nosocomiales) ou sur les escarres signalés dans les dossiers médicaux. Il disposera bientôt d’un indicateur sur le taux de réopérations potentiellement évitables. Mais des indicateurs spécifiques doivent être élaborés pour évaluer les résultats médicaux et d’autres résultats importants particuliers au niveau des départements. Ce travail décisif pour la mise en œuvre des tableaux de bord départementaux est bien avancé dans les départements de psychiatrie, de la logistique et des centres interdisciplinaires, et en cours dans les départements de pédiatrie et de radiologie. La médecine et les laboratoires suivront courant 2008, la chirurgie en 2009.

Tableau de Bord Hospitalier		Rapport 2007		HC-CHUV		CHUV				
Objectifs stratégiques	Poids	Résultat	Valeur 2004	Valeur actuelle	Objectif annuel	Objectif 2008	Unité	Dernière mesure	Intervalle de mesure	
<b>Résultat global HC-CHUV</b>										
Resp										
<b>Finances</b>										
F2	25	→	0%	11.51	11.61	11.64	11.50	Jours	2007	trimestriel
F3	25	→	0%	99.18	100.32	100.00	100.00	%	2007	trimestriel
F4	25	→	0%	669 147 996	707 071 827	702 136 528	722 945.00	P. comp.	2007	trimestriel
F5	15	→	0%	53.4	47.8	40.0	35.00	Jours	2007	trimestriel
F6	10	→	0%	7.9%	7.5%	7.8%	7.80	%	2007	trimestriel
<b>Patients et partenaires</b>										
P1	25	→	0%	92.0%	92.1%	92.0%	93.00	%	S2 2007	semestriel
P1a	14	→	0%	85.3%	85.3%	88.0%	88.00	%	S2 2007	semestriel
P1b	14	→	0%	84.7%	84.8%	87.0%	87.00	%	S2 2007	semestriel
P1c	13	→	0%	85.6%	84.5%	85.6%	86.00	%	S2 2007	semestriel
P1d	13	→	0%	85.0%	84.3%	85.0%	85.00	%	S2 2007	semestriel
P1e	13	→	0%	79.8%	80.1%	81.0%	82.00	%	S2 2007	semestriel
P1f	13	→	0%	85.1%	86.0%	85.0%	85.00	%	S2 2007	semestriel
P2	0									
P3	5	→	0%							
P3d	5	→	0%	136	109	125	125.00	Nombre	2007	annuel
P4	15	→	0%	54	50	50	50.00	Cas	2007	trimestriel
<b>Organisation et résultats</b>										
O1	25	→	0%							
O1a	7	→	0%	87%	89%	90%	90.00	%	2007	trimestriel
O1b	7	→	0%	55	60	70	60.00	Lits	2007	trimestriel
O1c	6	→	0%	95%	91%	95%	94.00	%	2007	trimestriel
O1d	5	→	0%	68%	69%	71%	71.00	%	2007	trimestriel
O2	25	→	0%							
O2a	15	→	0%	70%	59%	69%	80.00	%	2007	trimestriel
O2b	10	→	0%	22%	15%	10%	10.00	%	2007	trimestriel
O3	20	→	0%	79.0%	79.3%	78.0%	82.00	%	2007	semestriel
<b>Résultats médicaux</b>										
D4a	10	→	0%	5.6%	5.6%	5.8%	-6	%	2007	semestriel
D4c	10	→	0%	10.7%	12.1%	12.0%	11.50	%	2007	annuel
O4d	5	→	0%	1.08%	1.22%	0.90%	0.90	%	2007	annuel
O4e	5	→	0%	62	65	69	69.00	Cas	2007	trimestriel
<b>Ressources Humaines / Know How</b>										
R1	25	→	0%	101.30	102.05	100	100.00	%	2007	trimestriel
R2	25	→	0%	71%	71%	71%	75.00	%	2007	trimestriel
R3a	13	→	0%	8.0%	8.2%	7.0%	7.00	%	2007	trimestriel
R3b	13	→	0%	6.9%	7.1%	6.5%	6.50	%	2007	trimestriel
R3c	13	→	0%	67.45	67.45	72		score	2007	bisannuel
R3d	13	→	0%	75	71.42	75	75.00	score	2007	annuel

### La synthèse du tableau de bord hospitalier au niveau de l’ensemble du CHUV.

Deux indicateurs sont par ailleurs en développement concernant les publications scientifiques et le montant des fonds obtenus pour la recherche sur la base des données ADIFAC.

## Un panel évolutif

Stéphane Johnner insiste sur ce point. Le but est de pouvoir prendre des décisions de gestion en temps utile par rapport aux objectifs fixés ou à des standards acceptables. Dès lors, la stabilité des indicateurs doit être assurée. Mais il est entendu que les tableaux de bord et leurs indicateurs peuvent et doivent évoluer en fonction de la pratique professionnelle et des priorités du CHUV (plan stratégique). Ils n’ont du reste pas tous le même impact pour l’institution ni le même poids dans les tableaux de bord, et ne sont pas enregistrés au même rythme. S’il est important, par exemple, que certains résultats médicaux soient mesurés tous les mois ou tous les trimestres, le rythme annuel est suffisant pour la mesure de l’impact des publications scientifiques produites au CHUV.

## Comment ça se passe?

Dans une première phase, l’équipe rencontre la direction départementale afin de synthétiser les lignes stratégiques du département. En partant de cette synthèse, une réflexion est menée pour développer les résultats essentiels à contrôler ou à améliorer. Sur cette base, l’équipe de contrôle de gestion élabore des indicateurs concrets en collaboration avec les responsables des systèmes d’information des départements. Cette étape est plus facile lorsque le département et ses services utilisent déjà des indicateurs. Mais leur mise au point nécessite souvent un travail de stabilisation des données pour assurer que l’information qui en ressort soit vraiment utilisable comme indicateur. Pour y parvenir, il est parfois nécessaire de combiner les données enregistrées dans plusieurs applications informatiques différentes. Cette mise au point effectuée, la première production de l’indicateur est décidée en accord avec la direction du département concerné.

Une fois que le tableau de bord « tourne », il apporte une vision synthétique, en temps réel,

de l’activité et des résultats du département. L’analyse de l’information ainsi mise à disposition permet de fixer des objectifs d’amélioration ciblés. C’est le point sensible de la démarche. Mais la transparence doit s’accompagner d’un climat de confiance et d’une volonté de partager l’information pour améliorer la qualité des résultats obtenus. Pour prendre une image, les tableaux de bord ne sont pas conçus pour donner des notes aux bons ou aux mauvais élèves, mais pour améliorer la qualité et l’efficacité du travail de toutes les unités du CHUV et pour augmenter la satisfaction des patients et des collaborateurs. Le CHUV entre donc dans une logique d’amélioration continue sur la base d’une mesure continue et factuelle des résultats et d’une fixation régulière d’objectifs.



## Intégrer les regards et les perspectives de gestion

Les tableaux de bord permettent donc un changement de culture. Les directions du CHUV à tous les niveaux ne doivent plus se concentrer uniquement sur un suivi d’indicateurs financiers (suivi du budget de charges), mais peuvent gérer l’ensemble de l’activité en temps réel. Certains indicateurs (satisfaction des patients et partenaires, formation et recherche) permettent également d’apprécier le potentiel futur de développement du CHUV.

Le tableau de bord hospitalier permet de rassembler et de croiser les regards et les perspectives de gestion de l’institution : la satisfaction des patients et partenaires externes est représentée de la même manière que la vision interne des collaborateurs et cadres du CHUV ; la consommation de ressources est mesurée autant que la performance des processus essentiels et que la qualité de leurs résultats. La clinique autant que la formation, la recherche ou les processus de soutien administratifs ou logistiques.

C’est cette intégration de différentes perspectives de gestion qui fait la force des tableaux de bord hospitaliers et qui leur permet de servir de cadre de référence pour les démarches de qualité qui se sont développées au CHUV ces dernières années.

«Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer»

## Le programme d'accompagnement des patients a pris son envol en 2007

**Le programme «Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer» a été officiellement lancé en janvier 2007. La mise en route des actions proposées a réellement débuté mi-2007 après le recrutement d'une équipe de six personnes.**

**Le 7 février 2008, lors de la réunion «Un an après», environ 70 personnes, patients, professionnels du CHUV et membres de la direction ont pu prendre connaissance de l'évolution du programme et discuter de certains aspects de sa mise en œuvre. CHUV-Magazine présente les avancées et les perspectives 2008 de ce programme en matière d'information et de communication avec la personne atteinte de cancer.**

### L'implication des patients

Le programme «Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer» est un des projets du pôle oncologie. Il a été élaboré en 2006 à la suite d'un large processus consultatif auquel ont participé plus de 100 professionnels du CHUV et 38 personnes atteintes de cancer. Les patients du CHUV ont ainsi participé au développement du programme. Cette expérience a été vécue très positivement tant par les patients que par les soignants avec une forte demande de la poursuivre à l'avenir. Pour ce faire, l'équipe du programme a mis en route un nouveau processus de «recrutement» en plaçant des affiches et un dépliant avec carte-réponse dans divers services. Et en prenant contact avec les patients ayant participé au développement du programme. Jusqu'ici une quarantaine de personnes ont manifesté leur intérêt. Elles participeront activement à l'élaboration de divers documents et outils décrits dans cet article.

### Une approche commune dans l'annonce du diagnostic

**Face à une maladie grave, tout commence avec l'annonce...** Un dispositif d'annonce de mauvaise nouvelle (diagnostic, récurrence, etc.) doit garantir à la fois le respect du patient en termes de communication et son accompagnement immédiat. Il doit également assurer une bonne coordination du parcours médical (relations interprofessionnelles). Cette démarche s'inscrit dans une évolution progressive de la relation malade-médecin et répond aux attentes exprimées par les patients qui demandent d'être considérés globalement en tant que personne et non réduit à l'état de «malade».

Un premier tour d'horizon avec des professionnels de chaque service concerné au CHUV montre que :

- Le mode de communication du diagnostic est basé sur une tradition orale: il y a peu ou pas de traces écrites.
- Il existe des différences de représentation d'un service à l'autre et à l'intérieur de chaque service.
- Les pratiques sont relativement diverses. Elles reposent essentiellement sur le savoir-faire et le savoir-être individuels, et non sur un cadre établi où les rôles et responsabilités sont clairement identifiés. Les stratégies développées restent propres à chaque entité et ne sont pas intégrées dans une approche commune.

Lors des entretiens, le corps professionnel a manifesté une réelle volonté de collaborer à l'établissement d'une approche commune ainsi que de fortes attentes en termes de moyens mis à disposition. Ces éléments reflètent la dynamique de changement introduite par le projet et laissent entrevoir un potentiel d'amélioration.

La prochaine étape consiste à élaborer un document consensuel en collaboration avec tous les services concernés au CHUV et les personnes atteintes de cancer. Ce document décrira les éléments clés du dispositif d'annonce dans sa durée (à quels moments? par qui? dans quel lieu?), la formulation du diagnostic et l'enjeu relationnel qu'il implique, la traçabilité de l'information donnée. Ce document sera complété par un guide d'application. Dès l'automne 2008, ce dispositif d'annonce sera testé dans quelques services ou filières pilote.

### Une stratégie d'information cohérente

L'information est un processus évolutif dans l'histoire de la maladie de la personne soignée. Cette information comporte des séquences multiples en fonction des besoins du patient et de l'évolution de sa pathologie oncologique. Les thèmes abordés peuvent être liés à l'orga-

nisation des services et des prestations, aux examens, à la maladie, aux interventions thérapeutiques, aux traitements et à leurs effets secondaires, à l'offre de soutien dans ses aspects technique ou psychosociaux.

Trois groupes de cancer ont été considérés comme prioritaires dans ce domaine en 2007: les cancers urologiques, viscéraux et neurologiques. Au total, cela concerne 13 types de cancers. Le cancer du sein s'est ajouté à cette liste en fin d'année pour saisir l'opportunité du développement du «Centre du cancer du sein» décidé par la Direction générale.

L'analyse de ce qui est déjà en place a permis de mieux définir le concept «information cancer» et de préciser trois catégories d'informations à développer ou à organiser:

1. les informations communes à tous les types de cancer concernant les soins, l'offre de soutien, et d'autres ressources;
2. les informations spécifiques liées à une filière et un à type de cancer déterminé;
3. les informations générales sur les services du CHUV et les prestations fournies.

Les entretiens ont par ailleurs confirmé :

- que peu de documents d'informations écrits sont utilisés au CHUV;
- qu'il y a peu de connaissances transversales des prestations fournies dans les services;
- et que les indicateurs mesurant la compréhension de l'information donnée au patient font défaut.

En 2008, l'information spécifique pour les filières urologiques, viscérales, neurochirurgicales et du cancer du sein sera développée en plusieurs étapes :

- recueil des contenus d'informations;
- discussion avec les experts de chaque type de cancer et les patients dans un workshop;
- développement ou amélioration des documents;
- mise à disposition de ces informations sur le site web, après leur validation.

Il s'agira ensuite de soutenir les équipes dans l'appropriation de ces outils d'information. Sur la base de ces premières expériences, les besoins d'informations pour d'autres types de cancer seront définis courant 2008.

### La création d'un site internet

En automne 2007, l'équipe du programme a décidé de créer un site internet afin de



Une partie de l'équipe du projet, avec de gauche à droite: Sonia Krenz, Marie-Claude Cialente et Doris Schopfer.

mieux répondre à la nécessité d'une information commune et cohérente. L'objectif central est de mettre à disposition de la personne atteinte d'un cancer et de ses proches des informations générales et spécifiques sur toutes les étapes de la maladie ainsi que sur les divers types de cancer. Le site permettra en outre aux personnes soignées au CHUV de mieux s'orienter dans la complexité géographique et organisationnelle de l'hôpital. Et donnera des informations sur le programme «Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer» en proposant diverses possibilités de s'impliquer dans sa mise en œuvre.

Cet outil d'information devrait également être une ressource pour les professionnels du CHUV afin de les soutenir dans l'accompagnement de leurs patients (un lien sur intranet sera créé par la suite).

La production des divers documents pour le site web est en bonne voie. La lisibilité et l'adéquation des documents seront testées par les patients qui collaborent au programme. La mise en ligne est prévue pour 2008 ([www.espacecancer.chuv.ch](http://www.espacecancer.chuv.ch)).

### Un classeur d'information personnalisé

L'importance d'un classeur d'information personnalisé pour les patients est éviden-

te, en particulier lors de l'annonce de diagnostic.

La phase de conceptualisation et de test de cet outil est prévue en 2008. Les informations à insérer dans ce classeur sont, entre autres, celles qui sont actuellement développées pour le site web.

### Favoriser l'apprentissage en communication

La formation à la communication est essentielle pour soutenir les actions décrites ci-dessus. Cette formation est en cours d'élaboration avec le Service de formation continue et le Service de soins palliatifs. Le Service de psychiatrie de liaison y jouera un rôle actif.

L'offre se concrétiserait par une série de 4 modules d'apprentissage interactifs de 2h, à 2-3 semaines d'intervalles, suivie, après environ un mois, de 2 modules de 2h pour consolider les acquis après une période de mise en pratique. Les personnes ayant suivi tous les modules obtiendrait une certification. De préférence un ou deux binômes médecin-infirmier d'un même service participeraient ensemble à la formation. Cette formation serait offerte dès l'été 2008 de façon préférentielle aux services qui mettent en œuvre le dispositif d'annonce et/ou la stratégie d'information «cancer».

Les actions engagées sont de grande envergure. Elles concernent pratiquement tous les services du CHUV et demandent un travail de longue haleine. Dans la mesure du possible, l'équipe du programme souhaite créer des synergies au moment de leur mise en œuvre. Plusieurs scénarios sont envisageables. Par exemple, l'utilisation du classeur personnalisé pourrait être testée en même temps que le dispositif d'annonce du diagnostic. Ou bien la stratégie d'information pour un type de cancer serait mise en œuvre dans les services concernés en utilisant le classeur comme outil de support. Mieux encore: le classeur d'information personnalisé et les informations spécifiques pour les types de cancer retenus feraient partie intégrante de la mise en application du dispositif d'annonce dans certains services. Et les services qui sont d'accord de tester l'une ou l'autre variante auraient la possibilité d'envoyer quelques médecins et infirmiers à la formation en communication.

Pour offrir ces différents scénarios, l'équipe du programme doit bien sûr faire en sorte que toutes les options soient prêtes à peu près en même temps. Le reste dépendra de la volonté des services de tester une nouvelle approche.

Pour contacter l'équipe de projet: [Marie-Catherine.Despeyroux@chuv.ch](mailto:Marie-Catherine.Despeyroux@chuv.ch)  
Tel: 021 314 75 60.

...Congrès européen au Palais de Beaulieu

# Le point sur les progrès de la chirurgie de la main

Un millier de spécialistes<sup>1</sup> participeront au Congrès des Fédérations européennes des sociétés de chirurgie et de thérapie de la main, Eurohand 2008, qui se tiendra, du 19 au 21 juin prochain, au Palais de Beaulieu, à Lausanne. C'est l'occasion de faire le point sur les progrès réalisés et les recherches en cours dans ce domaine, auxquels participe le Service de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV.



Le professeur Daniel Egloff, chef du Service de chirurgie plastique et reconstructive.

Ce n'est qu'à partir des années 1940 que la chirurgie de la main est devenue une discipline autonome de la chirurgie. A ses débuts, elle s'occupait essentiellement des traumatismes et de leurs séquelles (accidents, blessures de guerre) et des infections. Avec le temps, le champ des pathologies traitées s'est élargi aux maladies de la main: arthroses, arthrite rhumatoïde, syndrome du tunnel carpien, affection d'autres nerfs, etc. Au cours des 10-15 dernières années, par exemple, le nombre d'opérations pour arthrose a augmenté de 400%.

Jusque dans les années 1950, on ne savait pas réparer correctement les lésions de tendons fléchisseurs qui assurent la mobilité des doigts. Lorsque la main était blessée, on suturait d'abord la peau. On considérait que les réparations des tendons et des nerfs devait être différée jusqu'à la cicatrisation des plaies. C'est le professeur Claude Verdan, fondateur de la Clinique Longeraie, à Lausanne, qui s'est opposé le premier à cette manière de faire en proposant de réparer ces structures (tendons et nerfs) en urgence.

Une autre étape a été franchie dans les années 1970-80 avec le développement de la

microchirurgie. Depuis la première réimplantation d'une main complètement amputée réalisée en janvier 1963, à Shangai, le domaine des réimplantations de la main et des doigts a considérablement évolué. Les méthodes chirurgicales actuelles permettent même de reconstruire des doigts ou des bouts de doigts avec des orteils, en tenant compte à la fois des exigences fonctionnelles et esthétiques.

### La greffe de la main

Dernière-née des greffes d'organes, la première greffe de la main a été réalisée à Lyon, en 1998, par une équipe internationale sous la direction du professeur Jean-Michel DuBernard. La transplantation d'extrémités de membres est extrêmement complexe. Contrairement aux autres greffes, elle met en jeu une multitude de tissus différents. Les chirurgiens doivent relier entre eux les vaisseaux sanguins, mais aussi les os, les nerfs, les muscles et les tendons, la peau... Cette particularité renforce les possibilités de rejet. Le patient doit suivre à vie un traitement immunosuppresseur, dont les effets secondaires sont ainsi multipliés.

En plus d'une longue rééducation, les répercussions psychologiques de la greffe de la main peuvent être plus importantes que prévu. Car le greffon n'est pas caché à l'intérieur du corps comme lors d'une greffe d'organe: il demeure bien visible. Le greffé de Lyon avait d'ailleurs décidé de se faire amputer de sa nouvelle main trois ans plus tard.

Sur le plan éthique, on peut donc se demander si les risques importants encourus par le patient justifient ce type de greffe qui n'a pas pour but de sauver une vie. C'est pourquoi, dans l'état actuel des connaissances, la transplantation de la main n'est pas autorisée en Suisse. On préfère recourir à des prothèses de plus en plus perfectionnées.

### La main robotique

Depuis cinq-six ans, tous les congrès de chirurgie de la main comportaient une session sur la transplantation. Avec toujours le même constat: les seuls qui sont pour la transplantation de la main sont ceux qui l'ont pratiquée. Le professeur Daniel Egloff et les organisateurs du congrès lausannois ont préféré introduire une session sur la main robotique qui est une alternative prometteuse à la transplantation. Des progrès spectaculaires sont actuellement réalisés dans ce domaine et laissent penser que cette main robotique sera disponible dans peu d'années.

En dehors du recours à la technique de plus en plus sophistiquée des lambeaux pour la reconstruction de la main ou des doigts, de nombreux thèmes seront abordés au cours du congrès, parmi lesquels le traitement de l'arthrose ou des fractures des os de la main, la chirurgie des tendons ou des nerfs ou encore la chirurgie esthétique de la main.

### Le traitement de l'arthrose

Dans les années 1970, l'apparition de prothèses en silastic, avec des modèles correspondant à toutes les articulations de la main, a représenté un grand espoir. La Clinique Longeraie fut la première à les utiliser. Elles fonctionnaient très bien et fonctionnent toujours très bien. Mais elles s'usent. Après 10-15 ans, des micro-fragments s'en détachent et provoquent une inflammation qui détruit les tissus alentour. La Clinique de Longeraie fut aussi la première à s'en apercevoir et à recommander de ne plus utiliser celles qui sont soumises à une charge importante, en particulier celles qui remplaçaient les os du poignet (scaphoïde, semi-lunaire).



Exemples de reconstructions de bouts de doigts ou de pouces.

Des recherches sont en cours au sein de l'entreprise Medacta en collaboration avec l'EPFL et l'Ecole d'ingénieurs d'Yverdon-les-Bains pour développer de nouvelles prothèses. Dans cette attente, la chirurgie de la main utilise des techniques qui permettent la préservation d'une certaine fonction articulaire et, dans les cas extrêmes, se voit contrainte de supprimer l'articulation en la bloquant (arthrodèse).

### La chirurgie des tendons

Malgré les progrès de la microchirurgie, les chirurgiens de la main continuent de rencontrer de gros problèmes dans la réparation des tendons. Ces difficultés sont dues aux adhérences sur le site de la réparation. Tous les tissus guérissent en bloc et le tendon ne peut plus glisser entre eux. Et si l'on utilise une substance assez forte pour lutter contre cette adhérence, c'est le tendon qui ne guérit pas.

Pour le moment, on ne dispose pas de tendon artificiel qui permette de résoudre ce problème. Jusqu'ici, on n'est pas parvenu à trouver une jonction du tendon artificiel qui tienne, soit au muscle, soit à l'os. D'impor-

tants progrès sont cependant en cours sur lesquels le congrès fera le point.

### Le traitement des fractures

Aujourd'hui on opère davantage les fractures des os de la main qu'auparavant, grâce aux micro-outils en titane dont on ne disposait pas il y a quinze ans (vis, plaques, etc.) et qui permettent une ostéosynthèse précise et stable. L'avantage de ces opérations est que le patient peut immédiatement bouger la main après l'intervention.

On a aussi fait beaucoup de progrès dans le traitement des fractures des huit os du poignet (carpe). Il y a vingt ans, on traitait ces huit petits os comme s'ils n'en formaient qu'un seul. Aujourd'hui on connaît mieux la fonction de chacun d'entre eux et on parvient à rétablir leurs articulations.

### La chirurgie des nerfs

Le domaine des nerfs est sans doute celui où la recherche chirurgicale se développe le plus largement actuellement, et pas seulement en ce qui concerne la main.

La microchirurgie a permis d'affiner considérablement la technique de réparation de nerfs. Les nerfs sont capables de se régénérer, c'est-à-dire qu'ils repoussent, mais trop peu et trop lentement. Les recherches sont en train de trouver des facteurs de croissance pour améliorer cette régénérescence et des tubes prologiques dans lesquels les nerfs peuvent pousser de quelques millimètres. Le CHUV participe à ces recherches en collaboration avec l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich.

### L'esthétique de la main

Les préoccupations esthétiques ont d'abord concerné le traitement des malformations congénitales de la main et des brûlures. Mais aujourd'hui, le recours de plus en plus fréquent à la chirurgie esthétique pour lutter contre les effets du vieillissement touchent également les mains, qu'il s'agisse d'éliminer des veines proéminentes, de supprimer les tâches brunes de la peau ou d'un simple lifting.

Pour plus de détails sur le programme scientifique de ce congrès, voir son site internet ([www.eurohand2008.com](http://www.eurohand2008.com))

<sup>1</sup> On compte plus de 160 membres de la Société suisse de chirurgie de la main; plus de 130 d'entre eux sont des membres ordinaires, les autres sont encore en formation ou ne font que partiellement de la chirurgie de la main. Très peu des membres ordinaires ne font d'ailleurs que ça. A la Clinique Longeraie, par exemple, seuls 2 des 6 chirurgiens de la main pratiquent exclusivement la chirurgie de la main.

# Le CHUV lance un programme de gestion des absences au travail

## Un programme fondé sur le dialogue avec les collaborateurs

En 2007, le CHUV a enregistré environ 80'000 jours d'absence pour maladie ou accident. Cela représente 12 jours d'absence en moyenne par emploi plein temps. Autrement dit, ce sont 220 emplois plein temps qui font défaut chaque jour à leur poste de travail pour cause de maladie ou d'accident.

Ces chiffres sont préoccupants. Les études réalisées dans ce domaine montrent en effet qu'une bonne partie des absences pour maladie ont pour origine la situation au travail. Les absences perturbent par ailleurs le fonctionnement des services, provoquent un surcroît de travail pour ceux qui sont à leur poste, nécessitent des mesures administratives pour le remplacement temporaire des absents, etc.

La Direction des ressources humaines vient de lancer un projet pour agir sur ces deux aspects du problème: la santé des collaborateurs et le coût des absences.

Les coûts directs des absences pour maladie ou accident sont estimés à 35-40 millions par année pour l'ensemble du CHUV et les coûts indirects sont au moins aussi élevés. Une réduction moyenne de 2 jours d'absence par an et par collaborateur permettrait d'économiser 6 millions de frais directs (sans compter les coûts indirects). Soit de quoi financer une soixantaine d'emplois plein temps qui permettraient de réduire la charge de travail des collaborateurs en place.

Une action dans ce domaine est d'autant plus souhaitable que l'on sait que 50% environ des absences pour cause de maladie traduisent d'une manière ou d'une autre une situation mal vécue au travail.

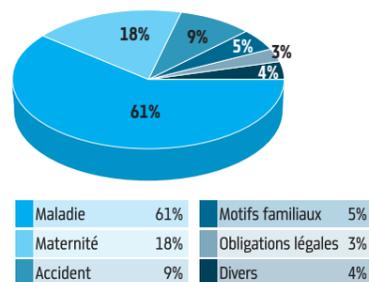
### Le taux d'absence

En comparaison avec d'autres secteurs d'activité et avec d'autres hôpitaux, le CHUV se situe dans la moyenne haute des taux d'absence généralement constatés. Ce n'est guère étonnant. Les études montrent que le taux d'absences a tendance à être plus élevé dans le secteur de la santé et dans les établissements de grande taille.

### Les causes d'absence

Certaines de ces absences sont liées à une maternité, à un accident non professionnel, à une obligation légale telle que le service militaire ou civil. Mais la maladie, y compris la maladie pendant la grossesse, est la cause de plus de 60% des absences enregistrées en 2007 et c'est là qu'une action est possible.

#### Causes d'absence

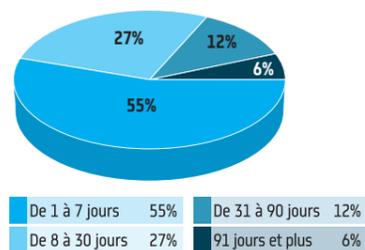


Les absences les plus fréquentes sont de courte durée (de 1 à 7 jours). Elles représentent 57% du nombre des absences, mais seulement 9% du total des journées manquées. En revanche, les absences de longue durée (91 jours et plus), beaucoup moins fréquentes (6%), représentent 57% du total des journées manquées.

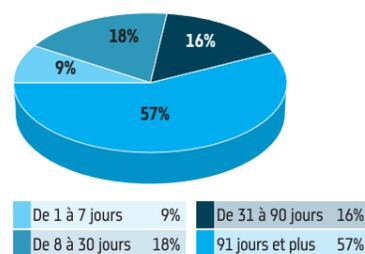
Les absences de courte durée sont celles qui perturbent le plus l'organisation quotidienne des services. Les absences de longue durée ont en revanche le coût direct le plus élevé pour l'institution. Au-delà des souffrances engendrées pour le collaborateur concerné, elles constituent aussi une menace sur son maintien dans le monde du travail.

C'est en fonction de ces différents constats que la Direction des ressources humaines a décidé de lancer une double action, l'une concernant les absences de courte durée, et l'autre les absences de longue durée.

#### Fréquence des absences



#### % des journées manquées selon les absences



### Les deux piliers du programme

Le programme repose sur deux principes de base.

1. Prolonger, par une gestion des absences, l'ensemble des mesures déjà prises pour protéger la santé des collaborateurs:
  - CHUV lieu de santé sans fumée
  - Formation alcool
  - Promotion de la diététique notamment au travers du restaurant du personnel
  - Actions d'encouragement à la pratique du sport
  - Mesures d'ergonomie et de sécurité au travail
  - Dispositifs de prévention (vaccination contre la grippe, formation au port de charges...)
  - Accès à la médecine du personnel et à l'assistante sociale.
2. Détecter les maladies qui sont dues à la situation au travail: poste de travail pénible, cahier des charges ou horaires inadaptés, mauvaise ambiance avec les collègues ou le responsable hiérarchique, etc.

### Traitement des absences de courte durée

Concernant les absences de courte durée, le but est de sensibiliser les cadres et les collaborateurs à leur impact et de réduire leur nombre en essayant aussi de repérer suffisamment tôt celles qui pourraient être évitées ou qui risqueraient d'aboutir à des absences plus longues.

Les commentaires recueillis lors de l'enquête 2007 de satisfaction du personnel abordent la question des absences. «Ça désorganise le travail, peut-on lire, c'est pénible, il y en a beaucoup. On fait le boulot et il n'y a pas de reconnaissance.» Au travers de la démarche lancée, la Direction des ressources humaines entend montrer qu'elle se préoccupe de la situation, en particulier de



Emmanuel Masson, directeur des ressources humaines, et Frédéric Cartiser, chef du projet.

la santé des absents et des présents. En contact direct avec les collaborateurs, l'engagement des cadres est évidemment primordial. Leur mission est d'être à l'écoute des collaborateurs et de se soucier de leurs conditions de travail, de favoriser le dialogue, la communication et la participation, de garder un contact avec le collaborateur absent et de faciliter son retour. Une formation de trois jours est donc proposée aux cadres afin de les aider à:

- aborder la problématique des absences en posant les bonnes questions tout en respectant la vie privée,
- déceler les erreurs de management qui peuvent générer des absences,
- appliquer les principes en matière de motivation des collaborateurs et de reconnaissance de leur travail,
- à pratiquer des entretiens de retour ou de bilan lorsque les absents reviennent au travail.

Dans un premier stade, cette formation est mise en œuvre dans trois départements pilote: logistique hospitalière, pédiatrie et gynécologie-obstétrique. Concrètement, le dispositif prévu est le suivant:

- A l'issue de la première absence de l'année (et des deux suivantes), un contact informel doit permettre au cadre d'accueillir le collaborateur de retour, de lui souhaiter la bienvenue en prenant de ses nouvelles, de l'informer de ce qui s'est passé pendant

son absence et, cas échéant, de lui donner les instructions pour la journée.

- Après la quatrième absence de l'année, l'entretien de retour est plus approfondi. La discussion doit notamment offrir au collaborateur la possibilité de solliciter de l'aide: peut-on faire quelque chose pour améliorer sa situation?
- A l'issue de la cinquième absence, un entretien de bilan doit examiner avec le collaborateur la période qui vient de s'écouler en passant en revue son cahier des charges et en étudiant aussi ses conditions de travail. Toujours dans l'idée, si c'est nécessaire, de modifier ce qui peut l'être.
- Après la sixième absence, enfin, l'entretien de retour doit rappeler au collaborateur les attentes et les exigences de son poste en examinant l'atteinte ou non des objectifs fixés.

Il est évident qu'il s'agit là d'un cadre qui doit être adapté à chaque situation concrète, le levier principal de la démarche étant de prendre le temps de dialoguer avec le collaborateur concerné.

### Traitement des absences de longue durée

Les absences de longue durée (plus de 90 jours) comportent toutes un risque important

de voir le collaborateur se déconnecter du marché du travail. Il est essentiel de pouvoir intervenir suffisamment tôt pour éviter cette issue. C'est le but du programme RéAGIR mis au point par les ressources humaines du CHUV en partenariat avec l'Etat de Vaud.

L'expérience montre que plus on attend pour «réagir» face à une absence de longue durée, plus la réinsertion est difficile. Dès 30 jours consécutifs d'absence, le responsable des ressources humaines examinera donc le cas avec le cadre concerné. Si la cause de l'absence est claire, un accident de ski par exemple, et permet de prédire un retour au travail sans difficultés particulières, il n'y a pas de mesures à prendre. En revanche, si l'absence a par exemple pour origine des problèmes de dos ou un épuisement professionnel, la situation sera analysée par la médecine du personnel. Le bilan réalisé servira de base à un examen de la situation avec le collaborateur concerné pour voir s'il pourra revenir à son poste, quitte à ce que son cahier des charges soit aménagé, ou si ce retour est compromis et nécessite d'autres mesures.

L'objectif de la démarche est d'abord d'accompagner le collaborateur en difficulté, en évaluant le plus tôt possible la situation sur le plan médical et professionnel, et de favoriser le retour au poste de travail initial en l'adaptant si nécessaire aux circonstances. Quand cette issue n'est malheureusement pas envisageable, il s'agit de préparer une autre forme de réinsertion (changement d'emploi à l'interne), d'ouvrir un dossier d'assurance invalidité (changement d'emploi externe, stages, formation, invalidité,...) en appuyant le collaborateur dans cette démarche et en coordonnant l'action des différents intervenants: assureur, caisse de pensions, médecine du personnel, Office AI, organismes de réinsertion, etc.

Raccourcir le délai de prise en charge est le facteur primordial d'une bonne réinsertion. 50% des absences de longue durée dues à des problèmes débouchent en effet sur un retour au travail quand la prise en charge intervient dans les six premiers mois. Cette proportion tombe à 25% quand le délai de prise en charge est de 12 mois, et à 10% seulement quand on attend deux ans. Agir à temps est donc bien la clé du succès.

## Enquête de satisfaction 2007

# 89% des collaborateurs ont du plaisir à venir travailler au CHUV

C'est l'un des résultats de l'enquête de satisfaction du personnel réalisé au CHUV en 2007, dont CHUV-Magazine publie aujourd'hui l'intégralité. Une première information sur les principaux enseignements de cette enquête a été donnée aux collaborateurs et aux médias à la fin du mois de janvier 2008.

Tout en se réjouissant des nombreux signes positifs enregistrés par l'enquête, la Direction générale a fait savoir à cette occasion qu'elle entendait tirer parti des critiques que l'enquête révèle aussi et prendre toute une série de mesures en conséquence.

L'enquête a été conduite par la cellule Esope de l'Institut de médecine sociale et préventive sur mandat de la Direction générale. Elle s'est déroulée du 10 septembre au 26 novembre 2007.

Au total, 4575 collaborateurs (soit un taux de participation de 54%) ont répondu à cette enquête qui leur a été soumise par internet et sur questionnaires papier. L'anonymat était garanti. 66% de ces répondants sont des femmes. 31% ont entre 30 et 39 ans. 34% ont 10 ans et plus d'activité au sein du CHUV. 65% ont un taux d'activité entre 81 et 100%. Cette répartition est représentative de la structure du personnel du CHUV.

L'étude a porté sur 31 questions, dont certaines ont été regroupées par thèmes (environnement au travail, épanouissement au travail, charge de travail, absence de signes d'épuisement, encadrement, organisation du travail, fidélité, carrière, satisfaction globale).

### Des résultats positifs

Les résultats de l'enquête sont particulièrement positifs sur de nombreux points.

- Concernant l'organisation et l'encadrement, 78% des collaborateurs se disent totalement ou plutôt satisfaits de la façon dont leur travail est organisé. 90% sont totalement ou plutôt satisfaits de la façon dont leur supérieur apprécie leur travail.
- Sur l'environnement de travail (locaux, équipement, hygiène...), les questions obtiennent des taux de satisfaction (tout à fait ou plutôt satisfaits) allant de 70 à 86%.
- Concernant les conditions et la charge de travail, 89% des employés estiment qu'ils ont la possibilité d'utiliser leurs compétences et aptitudes professionnelles. 82% répondent que leur situation de travail leur permet de concilier vie privée et professionnelle. 90% jugent bonne l'ambiance avec leurs collègues. Enfin, à la question: «Vous sentez-vous fier de travailler au CHUV?», 76% répondent par l'affirmative.

### Des points à améliorer

Comme dans la plupart des enquêtes de ce type, les salaires figurent parmi les thèmes qui enregistrent les taux de satisfaction les plus bas. 42% seulement des collaborateurs sont tout à fait ou plutôt satisfaits de leur rémunération<sup>1</sup>. Cette question ayant été posée lors des trois précédentes enquêtes, on avait pu constater une diminution de la satisfaction par rapport au salaire. En 2007, l'opinion à ce sujet semble se stabiliser. La réponse à cette préoccupation devrait trouver sa place dans le cadre des négociations DECFO-SYSREM.

L'épuisement professionnel (burn-out) est un autre résultat préoccupant. Certes, 67% des répondants ne présentent pas de signes d'épuisement. Mais un tiers des collaborateurs en manifeste. Cette proportion varie selon les catégories professionnelles. Les taux les plus problématiques concernent le personnel infirmier et les médecins. L'enquête a également mis en évidence des problèmes relatifs à l'équité de la charge de travail: 31% des répondants se disent plutôt pas ou pas du tout satisfaits à cet égard.

### Les mesures prises

Plusieurs mesures ont déjà été prises et sont en cours de mise en œuvre:

- Des réallocations ciblées en fonction du développement de l'activité ont été inscrites au budget 2008 de manière à engager du personnel supplémentaire pour l'équivalent d'une centaine d'emplois à plein temps.
- L'introduction du système d'allocation de ressources internes (SARI) au 31 mars 2008 permettra de corriger les budgets des départements en fonction d'un suivi régulier de leur activité et de réagir en temps utile à des variations inattendues.

### Les mesures prévues en 2008

L'enquête a mis en évidence que les possibilités de développement de carrière sont

insuffisantes: 33% des répondants trouvent que leur développement professionnel n'est pas vraiment ou pas du tout encouragé par leurs supérieurs et 52% estiment qu'une perspective de carrière n'est pas vraiment ou pas du tout possible.

L'enquête a également mis en lumière des lacunes: 33% des répondants n'ont pas eu un entretien d'évaluation au cours des deux dernières années et 36% déclarent ne pas disposer d'un cahier des charges actualisé.

En conséquence, les mesures suivantes sont prévues en 2008:

- L'usage du cahier des charges actualisé sera établi pour tous les collaborateurs qui n'en disposent pas actuellement.
- Un entretien d'évaluation sera mené avec tous les collaborateurs.
- La formation continue sera discutée avec tous les collaborateurs dans le cadre des entretiens d'évaluation.
- Des propositions de formation continue seront élaborées et diffusées à l'attention des cadres (gestion des collaborateurs, communication, évaluation).

### Les mesures à mettre en œuvre en 2009-2010

Toute une série d'autres mesures seront étudiées pour une mise en œuvre en 2009-2010 dans les domaines suivants:

- L'amélioration des possibilités de développement professionnel à l'intérieur de l'institution.
- L'absentéisme et la gestion des ressources humaines.
- L'amélioration de l'offre des locaux de restauration dans la cité hospitalière.
- L'analyse des problèmes éventuels dans les garderies.

Cette enquête de satisfaction sera désormais conduite tous les deux ans auprès de l'ensemble des collaborateurs et tous les ans auprès des cadres. La Direction générale entend ainsi travailler à l'amélioration constante de l'organisation du CHUV et des conditions de travail des collaboratrices et collaborateurs.



Le membres de l'équipe Esope, avec de gauche à droite: Marlyse Ischer, secrétaire, Dr Bernard Burnand, responsable de l'équipe, Chantal Arditi, master en études de la santé, licence en sociologie, Frédy Scherer, infirmier diplômé en psychiatrie, licence en lettres, Laurence Peer, diplômé en psychologie, licence en psychologie et en sciences sociales et pédagogiques, Anne Dubois, master en psychologie, psychologue FSP, Federico Cathieni, licence en sciences politiques.

## La cellule Esope

### Activités

La cellule Esope existe depuis 1999. Elle est rattachée à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). Le Dr Bernard Burnand en assume la responsabilité. Actuellement, six personnes y travaillent, à des taux d'activités variant de 30 à 90%. La cellule Esope fonctionne en lien avec la démarche qualité, Daniel Petitmermet, chef du Service stratégie, qualité et organisation, assurant la coordination des travaux.

L'activité principale de la cellule Esope consiste à réaliser des enquêtes d'opinion et de satisfaction des patients, collaborateurs et tierces personnes, du développement des questionnaires appropriés à la gestion et à l'analyse des données issues de ces travaux.

Formés tant en méthodes quantitatives que qualitatives, les membres de la cellule Esope sont à disposition pour conseiller et accompagner les collaborateurs du CHUV dans les démarches d'évaluation.

## les principales différences du niveau de satisfaction

Si l'on résume à l'extrême, les points les plus positifs mis en évidence par l'enquête concernent l'ambiance de travail entre collègues, l'encadrement offert et l'utilité du travail accompli. A l'inverse, les points les plus négatifs touchent les salaires et la charge de travail qui peut déboucher sur des signes d'épuisement professionnel, en particulier chez le personnel soignant et les médecins.

D'une question à l'autre, les taux de satisfaction varient cependant selon l'âge, le sexe, la catégorie professionnelle à laquelle on appartient et le secteur d'activités dans lequel on travaille.

### Différence selon l'âge

La satisfaction globale augmente légèrement avec l'âge. Mais une seule question sort du lot sous l'angle de l'âge. Ce sont les 30-49 ans qui expriment le plus des signes d'épuisement au travail.

### Profils hommes-femmes

Les hommes expriment plus souvent que les femmes la fierté de travailler au CHUV et le sentiment d'utilité du travail fourni alors que les femmes sont moins satisfaites que les hommes sur la question des perspectives de carrière.

Les femmes manifestent en revanche plus de satisfaction que les hommes concernant le bien-être professionnel, la collaboration au sein des équipes, leur cahier des charges, le salaire et la sécurité de l'emploi, la charge de travail et même la conciliation entre vie

professionnelle et vie privée. Certaines de ces différences s'expliquent sans doute par le fait que les femmes sont beaucoup plus nombreuses à travailler à temps partiel (45% pour 10% chez les hommes).

### Catégories professionnelles

Ce sont les professions directement au service du patient – le corps infirmier et le corps médical – qui sont les moins satisfaites de la charge de travail et qui expriment le plus souvent des signes d'épuisement. Les possibilités de formation professionnelle sont également moins satisfaisantes pour les collaboratrices et les collaborateurs les moins qualifiés. C'est le personnel déjà le mieux formé qui bénéficie le plus de la formation continue.

### Cadres et collaborateurs

D'une manière générale, les cadres sont davantage satisfaits de leur environnement de travail que les collaborateurs. Plus surprenant: les cadres sous-estiment la satisfaction du personnel en ce qui concerne l'ambiance de travail mais surestiment la satisfaction à l'égard de la formation et de l'organisation du travail. Légère nuance cependant: dans les départements où les femmes cadres sont plus nombreuses qu'ailleurs, les cadres ont une vision plus juste des niveaux de satisfaction de leurs collaborateurs.

### Secteurs d'activité

Corollaire du constat effectué au niveau des catégories professionnelles, la satisfaction globale est moins

bonne dans les départements qui ont des activités cliniques que dans les autres, et ce décalage s'accroît en ce qui concerne la charge de travail.

### Les commentaires particuliers

25% des collaborateurs qui ont répondu au questionnaire ont ajouté des commentaires à leurs réponses. Quelques éléments viennent ainsi compléter le tableau d'ensemble.

- La qualité des repas proposés par le restaurant du personnel est reconnue ou soulignée. Mais le cadre offert par le restaurant lui-même, bondé et bruyant aux heures des repas, ne permet pas d'assurer un moment de détente qui serait pourtant bienvenu.
- La gestion du service auquel on appartient est souvent mise en cause, qu'il s'agisse d'équité dans la répartition du travail, de la capacité de motiver ou de reconnaître le travail accompli, ou encore de l'aptitude à permettre aux collaborateurs de développer leur potentiel.
- L'augmentation de la charge administrative et le sentiment de travailler de plus en plus sous pression sont également mis en cause, surtout par les médecins et les soignants.
- Enfin, en dehors des thèmes directement abordés par le questionnaire, les problèmes de communication interne au sein du service et au sein du département auquel on appartient sont fréquemment évoqués.

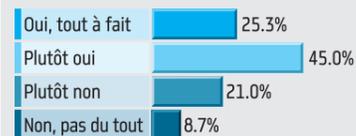
<sup>1</sup> Selon le baromètre des ressources humaines publié en mars 2008 par l'Uni de Zurich et l'EPFZ, 49% des salariés suisses sont satisfaits ou très satisfaits de leur salaire. L'enquête a été réalisée auprès de 1370 salariés romands et allemands entre avril et juin 2007.

.....Enquête de satisfaction 2007

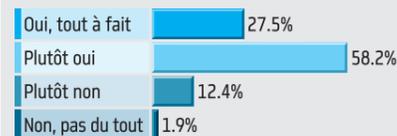
**ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL**

1. Les conditions matérielles suivantes sont-elles adaptées aux exigences de votre activité?

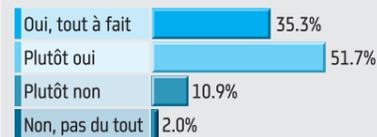
Locaux > taux de réponse: 99.1%



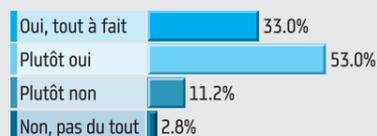
Equipements > taux de réponse: 97.8%



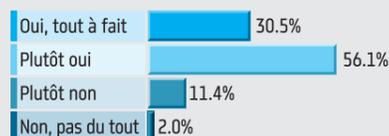
Hygiène > taux de réponse: 97.9%



Sécurité > taux de réponse: 97.7%

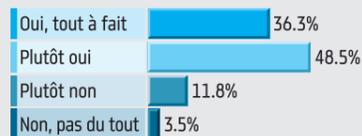


Entretien, maintenance > taux de réponse: 97.6%



2. Etes-vous satisfait(e) des prestations suivantes proposées par le CHUV?

Qualité des repas > taux de réponse: 99.0%



**ORGANISATION ET ENCADREMENT**

8. Estimez-vous que votre supérieur direct...

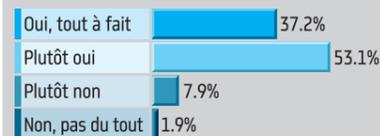
... est disponible lorsque vous avez besoin de son aide?

> taux de réponse: 99.1%



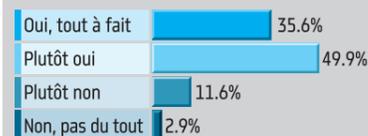
... apprécie votre travail?

> taux de réponse: 98.0%



... reconnaît vos compétences?

> taux de réponse: 97.9%



... vous encadre suffisamment?

> taux de réponse: 97.8%



... fait preuve de respect et d'attention à l'égard des membres de son équipe?

> taux de réponse: 98.0%



... se comporte de manière équitable avec tous les membres de son équipe?

> taux de réponse: 98.1%



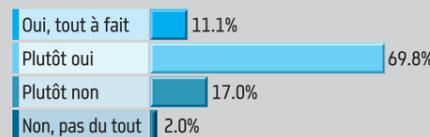
... anime et motive son équipe de manière satisfaisante?

> taux de réponse: 97.7%



3. En général, la collaboration avec d'autres unités (services) du CHUV est-elle bonne (par ex. en cas de transfert, de prise en charge de patients, de transmission d'information)?

Collaboration > taux de réponse: 99.5%



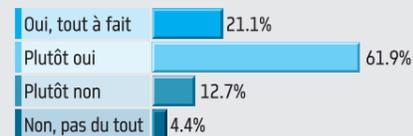
Parking > taux de réponse: 97.8%



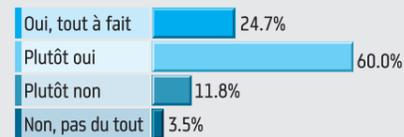
Garderie > taux de réponse: 96.2%



Médecine du personnel > taux de réponse: 97.6%



Offres de loisirs > taux de réponse: 97.4%



4. En général, le travail est-il bien organisé dans votre unité (service)?

Organisation > taux de réponse: 99.4%



5. Disposez-vous d'un cahier des charges?

Cahier des charges > taux de réponse: 99.3%



6. Avez-vous bénéficié d'un entretien d'appréciation périodique au cours de ces deux dernières années?

Entretien d'évaluation > taux de réponse: 98.8%



7. Est-ce que cela vous a semblé utile?

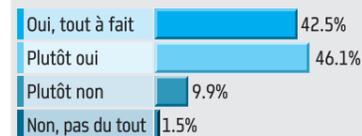
Entretien d'évaluation > taux de réponse: 99.6%



**CONDITIONS ET CHARGE DE TRAVAIL**

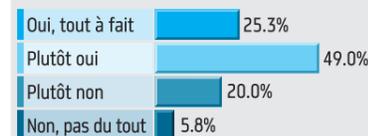
9. Avez-vous la possibilité d'utiliser vos compétences et aptitudes professionnelles?

> taux de réponse: 99.5%



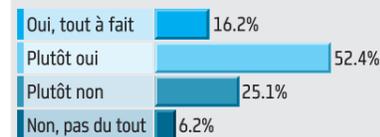
10. Arrivez-vous à exécuter votre travail dans le cadre des horaires prévus?

> taux de réponse: 99.3%



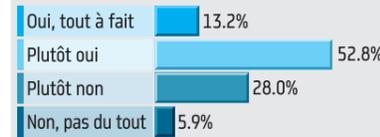
11. Estimez-vous que la charge de travail est équitablement répartie dans votre unité (service)?

> taux de réponse: 98.9%



12. L'information circule-t-elle bien dans votre service?

> taux de réponse: 99.0%



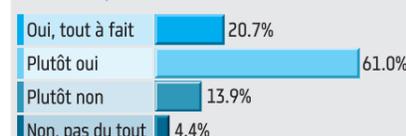
13. Par rapport à la complexité de votre travail et à vos responsabilités, votre salaire vous paraît-il convenable?

> taux de réponse: 99.3%



14. Pensez-vous bénéficier d'une certaine sécurité par rapport à votre emploi?

> taux de réponse: 99.2%



**BIEN-ÊTRE PROFESSIONNEL**

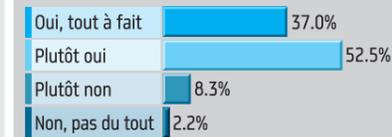
15. Votre situation de travail (horaires, congés, vacances) vous permet-elle de concilier vie professionnelle et vie privée?

> taux de réponse: 99.5%



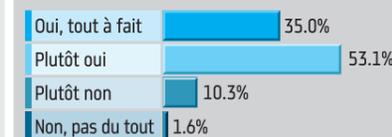
16. Estimez-vous que l'ambiance avec vos collègues est bonne?

> taux de réponse: 99.5%



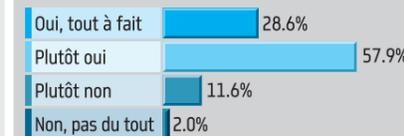
17. Pouvez-vous compter sur le soutien de vos collègues?

> taux de réponse: 99.2%



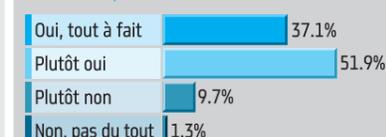
18. Avez-vous l'impression que les relations au sein de votre unité (service) sont respectueuses?

> taux de réponse: 99.1%



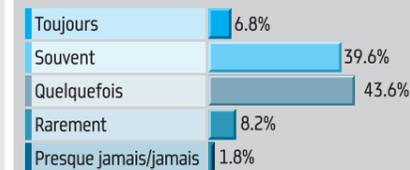
19. Avez-vous du plaisir à venir travailler?

> taux de réponse: 99.1%



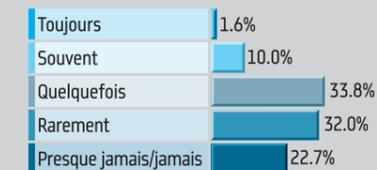
20. Vous sentez-vous vidé(e) à la fin d'une journée de travail?

> taux de réponse: 98.3%



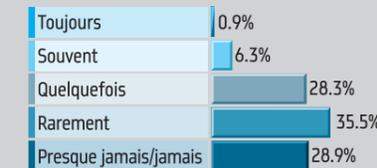
20. Vous sentez-vous déjà fatigué(e) le matin à l'idée d'entamer une autre journée de travail?

> taux de réponse: 99.0%



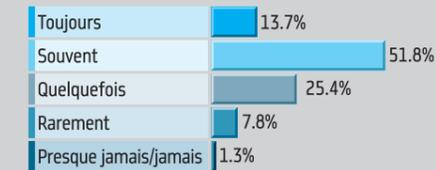
20. Avez-vous l'impression que chaque heure de travail vous fatigue?

> taux de réponse: 99.0%



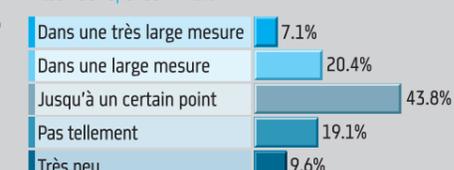
20. Avez-vous suffisamment d'énergie pour votre famille et vos amis pendant votre temps libre?

> taux de réponse: 99.2%



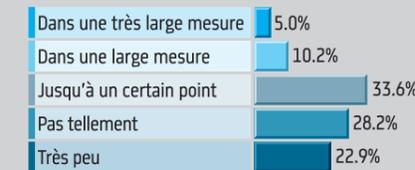
21. Votre travail est-il épuisant émotionnellement?

> taux de réponse: 99.1%



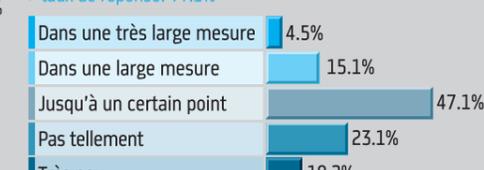
21. Votre travail suscite-t-il chez vous un sentiment de frustration?

> taux de réponse: 99.1%



21. Vous sentez-vous épuisé(e) à cause de votre travail?

> taux de réponse: 99.1%

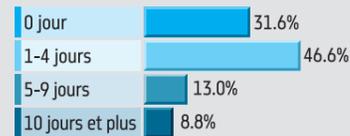


.....Enquête de satisfaction 2007.....

**FORMATION CONTINUE ET DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL**

22. De combien de jours de formation avez-vous bénéficié en 2006 ?

> taux de réponse: 98.3%



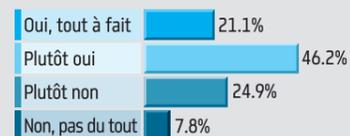
23. Merci de préciser la raison pour laquelle vous n'avez pas eu de formation en 2006.

> taux de réponse: 98.1%



24. Trouvez-vous que votre développement professionnel est encouragé par vos supérieurs ?

> taux de réponse: 99.0%



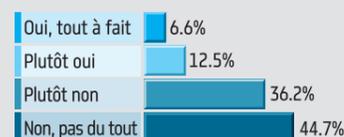
25. A votre avis, une perspective de carrière est-elle possible pour vous au sein de l'institution (promotion, mobilité, changement de fonction) ?

> taux de réponse: 98.5%



26. Pensez-vous changer d'employeur dans l'année à venir ?

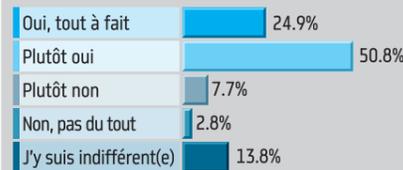
> taux de réponse: 98.2%



**A PROPOS DU CHUV**

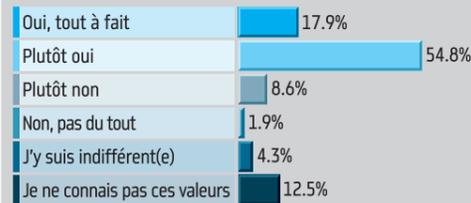
27. Vous sentez-vous fier(ère) de travailler au sein du CHUV ?

> taux de réponse: 99.1%



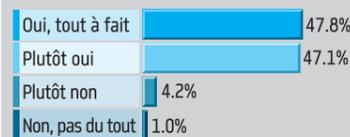
28. Partagez-vous les valeurs du CHUV (telles que vous les percevez) ?

> taux de réponse: 98.5%



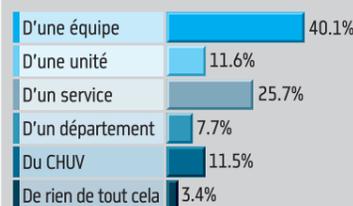
29. Avez-vous l'impression que votre travail est utile au CHUV ?

> taux de réponse: 99.2%



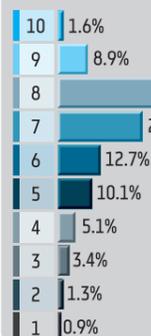
30. Vous avez l'impression de faire partie avant tout...

> taux de réponse: 98.7%



31. Merci d'indiquer votre niveau général de satisfaction professionnelle sur l'échelle suivante (1 = pas du tout satisfait, 10 = extrêmement satisfait).

> taux de réponse: 99.1%



34. Comparé à ce que vous gagneriez ailleurs pour la même activité, votre salaire vous paraît-il convenable ?

> taux de réponse: 97.5%

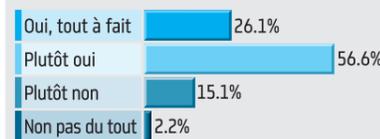


**QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES POSÉES AUX CADRES**

**ACTIVITES ET RESSOURCES DISPONIBLES**

32. Par rapport à votre cahier des charges, estimez-vous avoir une marge de manœuvre suffisante ?

> taux de réponse: 97.2%



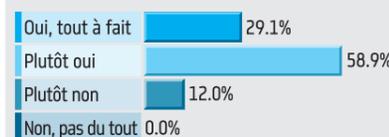
33. Disposez-vous de toutes les ressources nécessaires pour assurer la gestion de votre équipe (service) en terme de... locaux ?

> taux de réponse: 94.6%



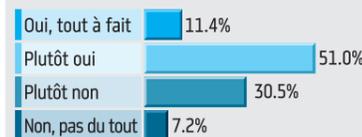
... équipements ?

> taux de réponse: 91.8%



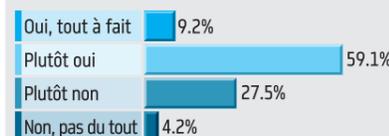
... budget ?

> taux de réponse: 89.8%



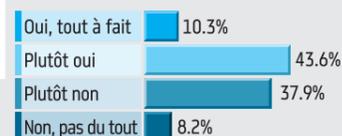
... soutien d'autres services (offices) ?

> taux de réponse: 90.9%



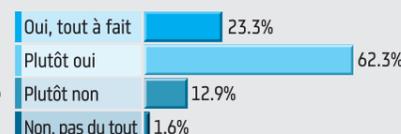
... nombre de collaborateurs ?

> taux de réponse: 92.9%



... compétences des collaborateurs ?

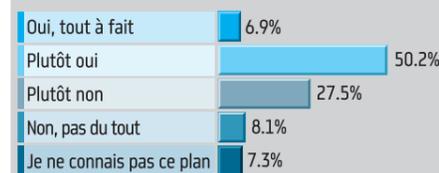
> taux de réponse: 89.8%



**STRATÉGIE INSTITUTIONNELLE**

35. L'information donnée sur le plan stratégique et les orientations des Hospices-CHUV est-elle suffisante ?

> taux de réponse: 97.5%



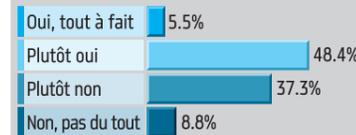
36. Selon vous, y a-t-il une cohérence entre la stratégie institutionnelle et la réalité de votre travail ?

> taux de réponse: 97.0%



37. La politique de communication entre la direction des Hospices-CHUV et votre service vous semble-t-elle adéquate ?

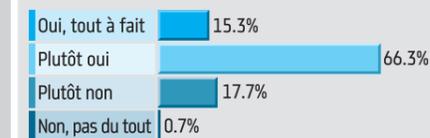
> taux de réponse: 95.4%



**VOTRE ÉQUIPE**

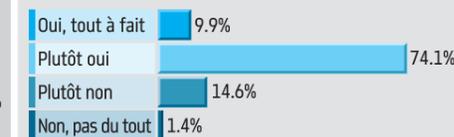
38. Estimez-vous que les collaborateurs de votre équipe (service) sont satisfaits... des conditions matérielles (logistique) au sein du service ?

taux de réponse: 93.9%



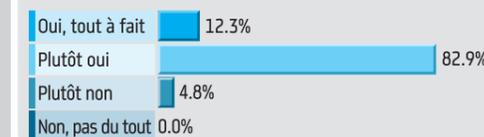
... de l'organisation au sein du service ?

taux de réponse: 93.6%



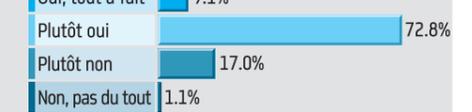
... de la manière dont vous les encadrez ?

taux de réponse: 92.3%



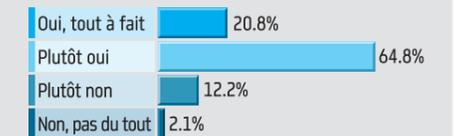
... de la répartition de la charge de travail ?

taux de réponse: 92.1%



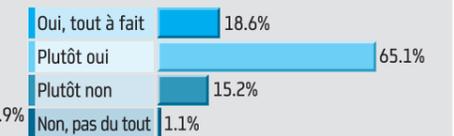
... de l'ambiance qui règne dans le service ?

taux de réponse: 93.2%



... des opportunités de formation ?

> taux de réponse: 93.1%



**A quoi servent les enquêtes de satisfaction**

La satisfaction professionnelle est généralement considérée comme la résultante de trois types de facteurs: personnels, organisationnels et environnementaux. Ces facteurs interagissent entre eux et contribuent de manière conjointe à améliorer ou à diminuer la satisfaction professionnelle d'un individu. En voici quelques exemples.

**Facteurs personnels.** La satisfaction au travail est notamment liée à des variables socio-démographiques (âge, sexe, formation, profession exercée, etc.) propre à chaque individu.

**Facteurs organisationnels.** Le degré d'autonomie dont on bénéficie pour effectuer son travail peut influencer son niveau de satisfaction. Plus ce degré d'autonomie est élevé, plus la satisfaction professionnelle a tendance à l'être aussi. A l'inverse, le sentiment d'être faiblement «managé» ou de n'être pas suffisamment formé, peut entraîner une diminution de la satisfaction professionnelle.

**Facteurs environnementaux.** Qu'il s'agisse des technologies médicales, de la gestion et de l'administration des services hospitaliers, du marché du travail, mais aussi de la population et des patients, ces dernières années ont vu d'énormes modifications se produire. Elles sont susceptibles d'influencer les conditions de travail des professionnels de la santé et, partant, leur satisfaction au travail.

Les enquêtes de satisfaction menées par la Cellule Esope auprès des collaborateurs du CHUV s'inscrivent dans une approche de ce type. Le questionnaire évalue en effet la satisfaction des employés en rapport avec leurs caractéristiques personnelles (âge, sexe, formation, etc.), ainsi qu'avec l'organisation de l'entité et l'environnement dans lesquels ils travaillent.

Les enseignements que l'on peut tirer de la littérature scientifique déjà accumulée sont que la satisfaction professionnelle en milieu hospitalier: - résulte de multiples facteurs; - agit sur l'employé et sur son état de santé; - a des conséquences directes ou indirectes sur la prise en charge des patients et sur l'organisation d'un service ou d'une structure; - est, par certains aspects, associée à la qualité des soins.

L'insatisfaction au travail explique en partie le phénomène de tournus et d'absentéisme au sein des équipes. Elle peut également porter atteinte à la santé: l'épuisement professionnel (burnout), certaines manifestations somatiques ou psychiques, douleurs dorsales, dépression, par exemple, sont souvent associés à un faible niveau de satisfaction professionnelle.

Bien que certaines études indiquent qu'il n'existe pas de corrélations entre satisfaction professionnelle et qualité

des soins, ou que ces liens sont faibles, l'existence de tels liens est démontrée dans plusieurs études. De bonnes relations entre soignants sont bénéfiques pour les patients et favorisent la stabilité du personnel hospitalier. C'est la raison pour laquelle la satisfaction professionnelle est souvent considérée comme une mesure indirecte de la qualité des soins.

**L'intérêt des enquêtes de satisfaction**

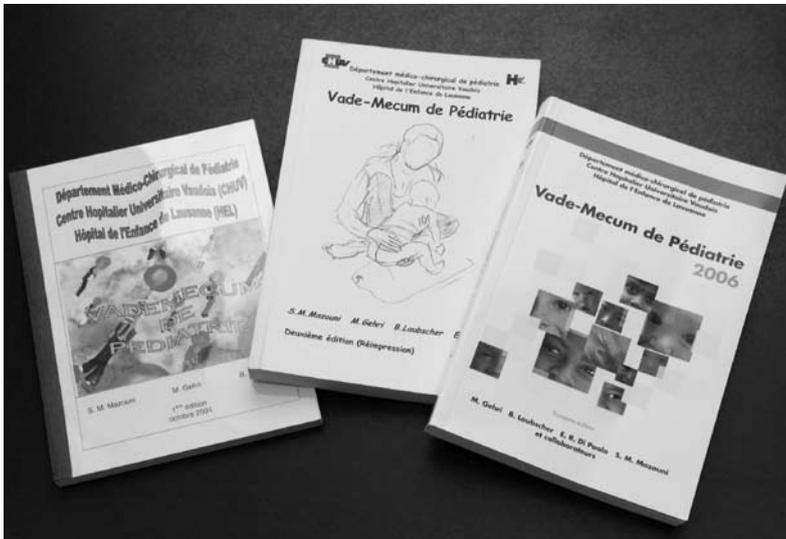
La mesure de la satisfaction professionnelle est une composante importante du soutien à la gestion des ressources humaines, ainsi que du fonctionnement global d'une entreprise, notamment parce qu'elle permet d'identifier d'éventuels dysfonctionnements et de les documenter.

Mesurer la satisfaction des collaborateurs permet de maintenir un certain niveau d'information entre la direction de l'institution et l'ensemble du personnel. Outre des indications sur le climat de travail dans lequel les collaborateurs évoluent et sur les besoins des départements, ces enquêtes contribuent à cerner les forces et les faiblesses de l'institution. Elles permettent de prendre les mesures correctives nécessaires pour la santé du système et de celles et ceux qui le font vivre.

.....Le Vade-mecum de pédiatrie du CHUV en est à sa 3<sup>e</sup> édition.....

## Un succès qui touche toute la Suisse romande

Le Vade-mecum de pédiatrie 2006 s'est déjà vendu à plus de 1'000 exemplaires. C'est en fait la 3<sup>e</sup> édition de cet ouvrage destiné à aider les pédiatres dans la prise en charge pratique des urgences les plus courantes. Publié sous l'égide du Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV, il a pour auteur un petit groupe de médecins. Le Dr Mario Gehri, médecin-chef de l'Hôpital de l'Enfance, est le premier d'entre eux<sup>1</sup>.



De gauche à droite: les trois éditions successives du Vade-mecum



Les auteurs du Vade-mecum, de gauche à droite: Mario Gehri; Mustapha Mazouni, ancien professeur du CHU de Béni Messous, à Alger, et du Service de pédiatrie du CHUV; Ermindo Di Paolo, pharmacien au CHUV. Manque sur cette photo: Bernard Laubscher, médecin chef à Neuchâtel.

Ce vade-mecum s'adresse à tous les médecins prenant en charge des enfants dans un contexte d'urgence: urgences vitales (plutôt rares), urgences moins graves (beaucoup plus nombreuses), mais où le tri rapide de ce qui nécessite un traitement immédiat est essentiel. Il traite également des problèmes courants de la pédiatrie générale.

L'approche du problème dont souffre l'enfant est généraliste. Mais les recommandations ont été validées par des spécialistes et correspondent aux consensus internationaux les plus récents. De l'insuffisance cardiaque à la crise d'asthme, de l'otite à la nutrition, les urgences et les thèmes de pédiatrie courante sont traités sous la forme de textes courts, centrés sur une démarche diagnostique et thérapeutique simple, et illustrés selon les cas par des tableaux ou des logigrammes de décision. Le lexique des médicaments et des doses a été validé par les pharmacies des HUG et du CHUV, dans une démarche coordonnée. Un DVD très didactique, élaboré par le Dr Matteo Dell'Andrino, complète l'ouvrage.

### Une idée venue de loin... et une tradition du Service de pédiatrie

L'idée de cet ouvrage pratique dans tous les sens du terme – on peut le glisser dans la poche de la blouse – est venue à Mario Gehri lorsqu'il travaillait en Afrique. Il avait besoin de donner des recommandations simples aux médecins et aux infirmières pour prendre en

charge des situations difficiles. Il fallait disposer d'un message assez généraliste et facile à suivre. De retour au CHUV, il s'est rendu compte que cette idée pourrait aussi être utile ici et permettre d'harmoniser les pratiques de prise en charge en médecine de base.

Le succès n'a pas été immédiat. Le Service de pédiatrie disposait à l'époque d'un «Cahier des ordres de service» rédigé de la main du professeur Emile Gautier, visant à harmoniser les traitements et à diffuser certaines recommandations de la Société suisse de pédiatrie.

La première édition du Vade-mecum est née sous la forme d'un opuscule mis en page par le CEMCAV et distribué en interne aux médecins assistants du CHUV. Dès la deuxième version, l'ouvrage a été confié à un imprimeur et tiré à 1500 exemplaires. Peu à peu, les spécialistes ont accepté de jouer le jeu, de valider les pratiques recommandées en ce qui concerne les examens, les prescriptions médicamenteuses, etc.

Mais le travail patient d'une petite équipe a fini par payer. Tout le monde s'est finalement rendu compte de l'intérêt de disposer d'un guide de pratique appliquée par toute l'équipe soignante. Plus personne ne conteste

aujourd'hui qu'une approche fondée sur la médecine de l'évidence et le partage des expériences présente un réel progrès.

### Utilisé dans toute la Suisse romande

Aujourd'hui, ce vade-mecum est utilisé par les médecins assistants dans tous les hôpitaux de Suisse romande, par les généralistes installés, par les infirmières, les ambulanciers, dans les cours d'urgence.

### Une 4<sup>e</sup> édition est en route

Cette nouvelle édition est déjà mise en chantier pour l'horizon 2010. L'équipe de coordination s'est renforcée avec la participation des Dr. Matthias Roth, néonatalogue au CHUV, et Jean-Marc Joseph, chirurgien pédiatre. Cette 4<sup>e</sup> édition sera réalisée en collaboration avec l'OMS<sup>2</sup> qui est vivement intéressée par la conception de l'ouvrage et souhaiterait l'utiliser dans le cadre de son programme PECIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant), dont le Dr Gehri a connu les débuts en Afrique. Des collaborations seront également développées avec d'autres hôpitaux, de Genève au Canada, en passant par Paris, Alger ou Dakar, pour l'ouvrir à l'ensemble du monde francophone. L'aventure continue.

<sup>1</sup> M. Gehri, B. Laubscher, E. R. Di Paolo, S. M. Mazouni et collaborateurs, «Vade-mecum de pédiatrie 2006», Editions BabyGuide, La Conversion. C'est la première édition à être disponible en librairie (autour de 70 francs en librairie, 49 francs en interne au CHUV). Elle est le fruit du travail de toute l'équipe du Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV, sous la direction du professeur Sergio Fanconi, dont le soutien a été sans faille. Le fonds de service (et le soutien des fondations «Planète Enfants Malades» et «Paint a Smile» pour le DVD) ont contribué à son financement.

<sup>2</sup> L'OMS possède elle-même ses propres Vade-mecum, livres de très grande qualité, essentiellement destinés aux pays en voie de développement