



Département médico-chirurgical de pédiatrie
Fondation de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne
Service universitaire de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent

Les soins aux enfants et aux adolescents à l'HEL et au CHUV

Rapport annuel 2011



SOMMAIRE

STATISTIQUES 2

ÉDITORIAL

POUR UNE VRAIE RÉPONSE
À L'ÉVOLUTION DES CHIFFRES 3

RÉALISATIONS

LES PETITS PAS
& LES GRANDS BONDS DE 2011 4



DOSSIER RECHERCHE

«LA RECHERCHE EST LA GARANTIE POUR
LES PARENTS QUE LES SOINS AUX ENFANTS
SONT CONSTAMMENT AMÉLIORÉS» 6

VOUS AVEZ DIT «PÉDIATRIE MOLÉCULAIRE»? 8

LES TROUBLES PUBERTAIRES
EN LIGNE DE MIRE 9

LES «POSTDOCS»: ROUAGES
ESSENTIELS DANS LA RECHERCHE 10

ET VOUS, C'EST QUOI VOTRE RECHERCHE? 11

LES BLESSURES DUES AU SPORT
QUAND LES SPORTIFS EN HERBE
FINISSENT AUX URGENCES 13

SERVICES ADMINISTRATIFS
PROJECTEURS SUR LES
COLLABORATRICES ADMINISTRATIVES 14

FONDATION URGENCES SANTÉ
LE 0848 133 133 RÉPOND AUX PARENTS
DE TOUT LE CANTON 16

SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
LA JEUNESSE SUR UNE
PENTE SAVONNEUSE? PAS SI SÛR 17

TROUBLES DES APPRENTISSAGES
QUAND LES ENFANTS ONT DU MAL À APPRENDRE 19

LE CENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE (CPT)
A L'ÉCOLE DE LA VIE EN SOCIÉTÉ 20

ORGANISATION CHUV & HEL 22

SERVICES MÉDICAUX CHUV & HEL 23

DÉPARTEMENT
MÉDICO-CHIRURGICAL DE PÉDIATRIE
RENSEIGNEMENTS UTILES 24

CHIFFRES CLÉ	HEL		CHUV		DMCP	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010
Nombre de lits exploités	29.3	29.2	85.6	82.5	114.9	111.7
Journées d'hébergement						
Hospitalisation + 24h	9'877	9'541	27'870	26'824	37'747	36'365
Hospitalisation - 24h	2'521	2'074	1'060	1'083	3'581	3'157
Total	12'398	11'615	28'930	27'907	41'328	39'522
Nombre de patients						
Hospitalisation + 24h	2'679	2'415	2'644	2'413	5'074	4'828
Hospitalisation - 24h	2'652	2'155	1'068	1'079	3'720	3'234
Total	5'331	4'570	3'712	3'492	8'794	8'062
Durée moyenne de séjour						
Hospitalisation + 24h	3.7	3.9	10.5	11.1	7.4	7.9
Taux d'occupation des lits en %	91.4 %	91.6 %	89.1 %	88.0 %	89.7 %	89.0 %
Nombre d'interventions chirurgicales	2'793	2'649	1'325	1'264	4'118	3'913
Nombre de séances d'actes ambulatoires facturées						
Pédiatrie	6'329	6'281	19'232	17'004	25'561	23'285
Unité de développement			2'274	1'869	2'274	1'869
UMSA			3'986	4'132	3'986	4'132
Chirurgie pédiatrique	2'873	3'134	8'099	7'809	10'972	10'943
UPCOT	9'267	8'450			9'267	8'450
Urgences	32'745	29'419			32'745	29'419
Garde des pédiatres lausannois	3'024	2'905			3'024	2'905
Total	54'238	50'189	33'591	30'814	87'829	81'003

POUR UNE VRAIE RÉPONSE À L'ÉVOLUTION DES CHIFFRES

Nombre d'enfants hospitalisés, nombre d'hospitalisations, nombre de consultations à la polyclinique, nombre de séances aux urgences... : les indicateurs de l'activité du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) sont en augmentation (voir page ci-contre). Ce n'est pas une surprise, puisque leur hausse est continue depuis de nombreuses années déjà. Elle se situe entre 2 et 5 % – c'est plus que celle du CHUV.

Ces chiffres ne croissent pas parce que nos enfants tombent plus souvent malades. Ni parce qu'ils subissent plus d'accidents qu'avant. La principale raison est tout simplement démographique : les chiffres augmentent parce que nos enfants sont plus nombreux. Parce que la population lausannoise croît. Parce que la population immigrée croît aussi, et que ses familles comptent plus d'enfants (du moins pour la première génération). Parce que la natalité moyenne augmente également.

La conséquence ? Le DMCP ne cesse de courir derrière la démographie. Il souffre d'un manque chronique de place, malgré de constants travaux de réaménagement. Il souffre d'un manque chronique de personnel, malgré de constantes réadaptations (limitées notamment par le manque de place !). Le temps de réaliser les ajustements, la réalité a repris son avance.

La pression démographique agit entre autres sur la durée moyenne des séjours hospitaliers, qui diminue. Cette durée moyenne est d'ailleurs plus courte au DMCP que dans les départements de pédiatrie des autres hôpitaux universitaires suisses ! Réduire la durée des séjours, cela veut dire demander à notre personnel de faire davantage, et ce en moins de temps. Sans surprise, ce même personnel s'inquiète de l'évolution de ses conditions de travail et se dit de plus en plus stressé.

Heureusement, cette évolution a été sans conséquence pour la santé de la population. La qualité de nos services a été maintenue, et les dernières enquêtes confirment la grande satisfaction du public. C'est une nouvelle preuve de la mobilisation admirable de nos collaborateurs.

Les autorités cantonales se sont montrées attentives à nos difficultés. C'est grâce à elles que nous avons pu nous adapter, petit à petit. Mais le DMCP – à l'instar du CHUV – arrive à saturation. Réorganiser les mêmes mètres carrés pour y accueillir plus de lits (voir en pages 4-5) n'est plus possible. Aujourd'hui, c'est un grand bond qu'il faut faire. Un bond proportionnel à celui que connaîtra le besoin de nouveaux lits d'ici 2020 : +20 %.

L'évolution inexorable des chiffres nous a conduits, il y a déjà 10 ans, à proposer une solution plus ambitieuse : le Site unique, soit le regroupement de la pédiatrie en un même bâtiment à construire sur la Cité hospitalière. Ce regroupement offrirait de nombreux avantages. Il permettrait notamment d'augmenter la capacité d'accueil du DMCP, tout en libérant de la place – une bonne centaine de lits – dans le bâtiment principal du CHUV.

Le projet doit passer une nouvelle étape décisive cette année. Espérons que les autorités seront prêtes à la franchir avec nous. Car 2020 – pour nos patients comme pour nos collaborateurs –, c'est déjà demain.

Prof. P.-F. Leyvraz
Directeur général du CHUV

Me J.-M. Henny
Président de la Fondation HEL

LES PETITS PAS ET LES GRANDS BONDS DE 2011

UNE ORGANISATION TELLE QUE LE DÉPARTEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL DE PÉDIATRIE (DMCP) DU CHUV ET DE L'HÔPITAL DE L'ENFANCE (HEL) EST VIVANTE: **ELLE ÉVOLUE SANS CESSER, APPREND, PROGRESSE, DEVIENT PLUS EFFICACE.** EN FONCTION DES CONTEXTES ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE, ET GRÂCE À CEUX QUI LA FONT, ELLE AVANCE À PETITS PAS OU À GRANDES ENJAMBÉES. VOICI QUELQUES RÉALISATIONS –TOUTES IMPORTANTES POUR LE BIEN DE NOS ENFANTS– QUI AURONT MARQUÉ L'ANNÉE 2011.

UN ACCUEIL PLUS FLUIDE À L'HÔPITAL DE L'ENFANCE

Depuis mai 2011, les patients venant en consultation à la policlinique de l'HEL bénéficient de leur propre réception, à une vingtaine de mètres de l'entrée principale. Les espaces de la policlinique ont par ailleurs été complètement rénovés et une nouvelle consultation dentaire a été ouverte. La séparation des flux des patients venant sur rendez-vous et ceux qui consultent aux urgences permet de diminuer le temps d'attente pour les formalités administratives.

DAVANTAGE DE LITS POUR LES SOINS CONTINUS ET LES SOINS INTENSIFS

Les Soins continus et les Soins intensifs de pédiatrie, dans le bâtiment principal du CHUV, ont tous deux amélioré leur capacité d'accueil en 2011. Deux lits de plus pour les premiers, trois lits de plus pour les seconds. Mais ces améliorations ont été réalisées sur des surfaces qui, elles, sont restées les mêmes ! Pour y parvenir, il a fallu procéder à des réaménagements importants. En attendant de pouvoir lancer de véritables travaux d'agrandissement, qui permettront notamment aux Soins intensifs de mieux accueillir les parents des enfants qui y sont soignés.

UNE NOUVELLE AIRE DE JEU EN PLEIN AIR POUR LES PETITS PATIENTS

Un vieux rêve est devenu réalité l'an dernier : la terrasse un peu abandonnée au 11^e étage du CHUV a été transformée en un magnifique espace de 300m² pour les enfants. Même alités, les petits patients peuvent y accéder pour jouer, prendre l'air et le soleil. Avant la transformation, seuls 45m² de la terrasse étaient accessibles, et les enfants en fauteuil roulant ne pouvaient pas y aller. Les travaux ont impliqué la rénovation du sol, la pose de parois de sécurité en verre ainsi que l'installation d'une aire de jeux, de tables, de bancs et de tentes. Le tout financé grâce à l'association Destiny, qui a cherché des partenaires et organisé une collecte de fonds durant plus de deux ans, ainsi qu'au soutien du CHUV.

L'ASSISTANAT EN CABINET DEVIENT RÉALITÉ

Le Service de la santé publique du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) aimerait encourager les jeunes médecins à s'intéresser à la médecine de premier recours et à ouvrir leur cabinet, mais comment ? En leur permettant de vivre le quotidien et le travail d'un médecin installé ! C'était l'idée du projet pilote d'assistanat en cabinet. Celui-ci a donné pleine satisfaction aux assistants comme aux maîtres de stages. Il n'est désormais plus un projet pilote, mais une nouvelle opportunité et un stage extrêmement important pour de futurs pédiatres installés. Reste à attendre encore quelques années pour vérifier si, effectivement, les médecins ayant suivi ce stage ouvrent, plus que les autres, leur cabinet.

UNE NOUVELLE UNITÉ DÉDIÉE À L'OBÉSITÉ DES ENFANTS

En 2011, après une période d'essais très concluante, l'Unité pédiatrique d'expertise et de traitement du surpoids et de l'obésité infantile a été officiellement lancée. Elle propose une approche multidisciplinaire pour lutter contre l'obésité chez les enfants. Elle intègre une grande part de psychologie, en plus de la diététique et de l'exercice physique, ainsi que la participation active des parents. En 2010, une douzaine d'enfants en surpoids avaient participé à la phase d'essai. Les résultats étant encourageants, l'Unité a été officiellement lancée en 2011. Elle est rattachée à l'Unité d'endocrino-diabétologie et basée sur le site de l'Hôpital de l'Enfance.

LA FORMATION DE TRI AUX URGENCES PASSE À L'ÉCHELLE CANTONALE

Le tri des patients aux urgences est délicat : il faut rapidement évaluer la gravité des cas, poser les priorités – le tout sous le regard inquiet des parents. Les infirmières de l'HEL avaient pu renforcer leurs compétences en la matière grâce à une formation spéciale au tri. Convaincante, cette dernière a été déployée à l'échelle cantonale en 2011. Plus de 100 personnes venues de Lausanne et de tous les autres hôpitaux régionaux (Nyon, Vevey, Aigle, Yverdon, Payerne) y ont déjà participé. Une étape de plus dans l'amélioration continue de la prise en charge aux urgences.

LES DOSSIERS MÉDICAUX ENTRENT DANS LE « TOUT NUMÉRIQUE »

Finis les formulaires écrits à la main, qu'il faut ressaisir ou scanner ! Désormais, quand un enfant est amené au CHUV pour y être hospitalisé, sa prise en charge se fait sans papier grâce à un outil informatique, SOARIAN. Celui-ci permet notamment à tous les médecins du CHUV concernés de consulter le dossier du patient (radiographies et examens de laboratoire compris). Cette numérisation bouleverse les habitudes de l'administration (voir aussi article en page 14) en même temps que celles du personnel soignant. Tâche immense, son implantation pour les enfants hospitalisés au CHUV a été achevée 2011 et elle est en cours pour tous les patients des autres unités du DMCP.

LE PROJET DE SITE UNIQUE FRANCHIT UNE NOUVELLE ÉTAPE

Le projet de Site unique – regroupement de toute la pédiatrie dans un nouveau bâtiment sur la Cité hospitalière – continue de progresser, à petits pas. Son argumentaire est en train d'être consolidé, en vue d'un passage au Conseil d'Etat et au Grand Conseil, espéré au deuxième semestre 2012. Ce projet, lancé il y a déjà dix ans, reste une priorité pour la Pédiatrie vaudoise, qui doit faire face à l'augmentation régulière et soutenue du nombre de patients. Il est prioritaire aussi pour la Cité hospitalière, qui connaît un manque chronique de place, et où une centaine de lits pour adultes pourraient être installés dans les espaces libérés par la pédiatrie. Le temps presse, puisqu'une pénurie de lits est prévue pour l'horizon 2020 (voir à ce sujet notre Éditorial).

UN PONT TISSÉ AVEC LA PÉDIATRIE CHINOISE

Une délégation de la province chinoise de Jiangsu a été accueillie en juin 2011 par l'Etat de Vaud. La pédiatrie fait partie des différents domaines pour lesquelles une collaboration a été initiée, et le DMCP a accueilli la visite de médecins, d'un directeur d'hôpital et d'élus chinois. Le but est un transfert de connaissances et de compétences médicales, des échanges de médecins en formation sont aussi envisagés. Située sur la côte est du pays, la province de Jiangsu est celle connaissant la plus forte densité de population. Elle est aussi un pôle important du développement économique de la Chine.

LE DMCP SALUE LES 50 ANS DE TERRE DES HOMMES

L'an dernier, Terre des Hommes Suisse célébrait son cinquantième anniversaire. La médecine humanitaire fait partie des missions du CHUV, qui a tissé avec l'association fondée par Edmond Kaiser une longue et belle collaboration. Le DMCP accueille et soigne régulièrement des enfants de Terre des Hommes et envoie régulièrement des médecins se former sur les terrains de l'association. Pour présenter cette collaboration exemplaire et marquer le 50^e anniversaire de Terre des Hommes, le DMCP a organisé un symposium. Quelque 150 personnes y sont venues écouter les multiples intervenants, parmi lesquels le patron de la Santé publique vaudoise Pierre-Yves Maillard.

LE PERSONNEL SOIGNANT DU DMCP BIEN NOTÉ

Tous les trois ans, une enquête de satisfaction des patients est menée dans les grands hôpitaux suisses. Quels enseignements tirer de l'édition 2011? Que l'image générale du DMCP est en hausse. Et qu'il se distingue particulièrement dans la « confiance accordée au personnel soignant ». Pas de quoi se reposer sur ses lauriers pour autant : les réponses à ces questionnaires servent avant tout de motivation – bâton ou carotte ! – à poursuivre l'amélioration des services délivrés aux enfants et aux parents. Ce que fait le DMCP, avec ou sans sondage d'opinion.

COUP D'ACCÉLÉRATEUR POUR LA FORMATION À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Mieux un patient et sa famille connaissent une maladie et les soins qui l'accompagnent, mieux ils seront « armés ». Mais comment leur livrer la meilleure information ? En rendant cette dernière la plus individualisée possible pour réellement répondre à leurs besoins de connaissances. Cette méthode, appelée « éducation thérapeutique du patient », demande une formation spécifique, et quelques collaborateurs du DMCP se sont rendus à Paris pour la recevoir. L'année 2011 a donné un coup d'accélérateur : pour la première fois, ce sont les formateurs parisiens qui sont venus à Lausanne. Du coup, tout un groupe – une quinzaine de professionnels issus de nombreuses unités du DMCP – a pu se former en même temps et réaliser différents projets de certification. Les retours ont été très positifs, l'expérience pourrait être reconduite.

« LA RECHERCHE EST LA GARANTIE POUR LES PARENTS QUE LES SOINS AUX ENFANTS SONT CONSTAMMENT AMÉLIORÉS »

QU'EST-CE QUE LA RECHERCHE EN PÉDIATRIE? QUI L'ASSURE?
COMMENT ET POURQUOI? QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DES MALADIES TOUCHANT LES ENFANTS?
LES RÉPONSES DU PROFESSEUR ANDREA SUPERTI-FURGA,
MÉDECIN ET RESPONSABLE DE LA RECHERCHE AU DÉPARTEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL
DE PÉDIATRIE DU CHUV.

PROFESSEUR SUPERTI-FURGA, QU'EST-CE QUE LA RECHERCHE EN PÉDIATRIE?

Pr. A. S.-F: La mission de la pédiatrie est de soigner les enfants. Celle de la recherche en pédiatrie est d'améliorer continuellement les soins donnés aux enfants. Cela paraît évident, mais, quand on y pense, le domaine est démesuré! Il s'agit en effet de garantir le développement de l'enfant – physique, psychologique et social – dès avant sa naissance et jusqu'à l'âge adulte. On l'accompagne donc depuis qu'il est tout petit et isolé dans le ventre de sa mère jusqu'à ce qu'il soit un adulte intégré dans la société. Cela représente des enjeux incroyables, des défis formidables!

... ET, COMME POUR TOUS LES DOMAINES SCIENTIFIQUES, CELA ÉVOLUE TRÈS RAPIDEMENT!

En effet. Les conditions de vie, de nutrition et d'hygiène ont beaucoup évolué. La médecine et la recherche aussi. Aujourd'hui, un enfant occidental bénéficie de 40 ans d'espérance de vie en plus qu'il y a quelques décennies!

DANS QUELS DOMAINES LA RECHERCHE A-T-ELLE PROGRESSÉ?

Elle a fait des progrès énormes dans les maladies que l'on peut bien traiter, celles dont l'enfant récupère complètement. Mais beaucoup moins dans d'autres domaines comme, par exemple, les maladies chroniques ou génétiques. Il reste beaucoup de conditions qui rendent les enfants malades. Et, tant qu'il en restera, il faudra des chercheurs pour les étudier et les comprendre!

Professeur Andrea Superti-Furga





JUSTEMENT, QUI FAIT DE LA RECHERCHE AU DMCP ?

En tant qu'hôpital universitaire, le CHUV est tenu de faire de la recherche et de l'enseignement. Mais seul un petit nombre de collaborateurs – biologistes, techniciens, laborantins... – ne font que de la recherche. La plupart des chercheurs, ce sont les médecins eux-mêmes ! Les médecins-assistants en formation, les médecins-cadres...

EN AVEZ-VOUS LE TEMPS ?

La recherche fait partie de nous : nous nous posons toujours des questions, nous voulons comprendre, progresser dans notre spécialité. Malheureusement, c'est vrai qu'elle demande beaucoup de temps. La première mission des médecins restant celle de soigner, il est souvent très difficile de « protéger » du temps pour la recherche.

PLUS D'UNE DIZAINE DE RECHERCHES SONT ACTUELLEMENT MENÉES AU DMCP – COMMENT LES CHOISIT-ON ?

La recherche en pédiatrie (en médecine ou en soins infirmiers) part toujours d'une observation clinique : on constate, dans notre pratique quotidienne, qu'un traitement ou qu'un soin pourrait être amélioré, ou on est confronté à une maladie mystérieuse, qu'on n'arrive pas à comprendre et donc à traiter. Alors on lance une recherche pour trouver comment y parvenir. Ce choix est aussi influencé par l'histoire du DMCP : nos prédécesseurs faisaient déjà de la recherche en néphrologie, en néonatalogie, en maladies métaboliques, en maladies des os et de la croissance ou encore en oncologie. A l'HEL, il y a une riche tradition de recherche en pédiatrie de premier recours, si importante pour les familles. Il y a donc ici une culture, un savoir-faire et des laboratoires déjà en place. Ensuite, il faut le feu vert de la Commission d'éthique. Et la financer – une recherche n'est lancée que si elle a trouvé son financement.

FAIT-ON DES RECHERCHES SUR LES ENFANTS ?

Les règles éthiques sont encore plus sévères que pour les adultes, et on ne « teste » sur les enfants que ce qui ne représente aucun risque pour eux ! Il est donc bien plus juste de dire que nous faisons de la recherche pour les enfants. Une recherche qui passe par des observations cliniques, des études en laboratoires, des cultures de cellules, de l'expérimentation animale. Les laboratoires du DMCP, par exemple, ont identifié en première mondiale une bonne douzaine de gènes responsables de maladies et en ont décrypté les mécanismes moléculaires. C'est le premier pas qui – un jour, on l'espère – permettra le développement de nouvelles thérapies.

Y A-T-IL UNE DIFFÉRENCE ENTRE LA RECHERCHE MÉDICALE « POUR ADULTES » ET CELLE « POUR ENFANTS » ?

Il y en a beaucoup, bien sûr. La plus grande, peut-être, tient dans la structure des maladies. Il y a un grand nombre de maladies chez les adultes, mais celles-ci peuvent être regroupées en très, très larges catégories : diabète, obésité, coronaropathies, arthrose, ostéoporose... Chez les enfants, par contre, on a plutôt une myriade de maladies. Certaines ne touchent que trois ou quatre enfants par année en Suisse. Il n'y a donc pas vraiment de « grands projets de recherche », mais beaucoup de petits. Et, parce que ces maladies touchent un nombre de cas très réduit, il est beaucoup plus difficile de les étudier et d'obtenir des résultats statistiquement forts.

COMMENT PALLIER CELA ?

En faisant de la recherche « multicentre » – autrement dit, en réseau. C'est la seule solution. En oncologie, par exemple, la recherche en réseau a permis des progrès magnifiques. Surtout pour les lymphomes et les leucémies : dans les années 50, le taux de survie des enfants atteints était de 30-40 %, il est aujourd'hui de 90 % ! Bien sûr, l'intérêt financier d'une recherche de traitement contre ces cancers – qui touchent des millions de personnes dans le monde – est colossal. Ce n'est pas un hasard si l'oncologie a été le premier domaine à s'organiser en réseaux et qu'il reste, de loin, le mieux organisé, suivi par la néonatalogie. On ne réussira jamais à rassembler plusieurs centaines de laboratoires autour d'une maladie infantile ! Mais on s'efforce quand même de travailler de plus en plus en réseau.

COMMENT ?

Une initiative des cliniques universitaires pédiatriques est en cours – SwissPedNet. Ce projet veut permettre de mener des recherches identiques à Lausanne, Bâle, Genève et Zürich. Cela nous donnera trois fois plus de cas à étudier et à traiter, les résultats pourront donc être dégagés plus vite et ils seront plus solides. Le financement a été demandé à la Confédération, mais nous attendons encore la réponse...

EST-IL VRAIMENT PLUS DIFFICILE DE TROUVER UN SOUTIEN – ÉCONOMIQUE OU POLITIQUE – POUR LA RECHERCHE EN PÉDIATRIE ?

Oui. Notamment parce que, curieusement, les gens ont souvent l'impression qu'un enfant est plus facile à soigner. C'est pourtant le contraire ! Même pour une chose aussi banale qu'une prise de sang : la veine est plus dure à trouver chez l'enfant, et vous devez en même temps vous occuper des parents qui sont là ! Cela demande plus d'énergie et de temps. Autre exemple : les gens ont souvent l'impression que les chambres peuvent être plus petites en pédiatrie puisque les patients sont des enfants. En fait, les parents demandent de plus en plus à pouvoir passer la nuit avec leur enfant hospitalisé, et nous avons donc besoin d'espaces pour les accueillir. Ce qui nous fait plaisir : les parents ne sont pas des visiteurs, ils font partie du « team thérapeutique ».

PAS DE QUOI DÉCOURAGER LA RECHERCHE ?

Bien sûr que non ! Il faut toujours poser des questions, toujours se poser des questions, garder les yeux, les oreilles – et le cœur – grands ouverts. La recherche est un métier, mais elle est surtout un état d'esprit. Ce qu'il est important de retenir, c'est que, quels que soient les chemins qu'elle emprunte (laboratoires, observations cliniques, expérimentation animale), la recherche en pédiatrie revient toujours vers les familles. Elle est la garantie pour les parents que les soins donnés à leurs enfants continuent toujours d'être améliorés.

VOUS AVEZ DIT « PÉDIATRIE MOLÉCULAIRE » ?

IDENTIFIER DES GÈNES MUTÉS, ÉTUDIER L'EFFET DES MUTATIONS, DIAGNOSTIQUER CERTAINES MALADIES LIÉES, PRENDRE EN CHARGE LES ENFANTS TOUCHÉS, TELLES SONT LES TÂCHES ASSURÉES PAR L'UN DES RARES LABORATOIRES EUROPÉENS DE PÉDIATRIE MOLÉCULAIRE.



Pas de « molécules d'enfant » ni de cuisine moléculaire dans ce domaine médical ! Mais la pédiatrie moléculaire travaille avec les plus petits constituants de nos enfants. « Gènes », « enzymes », « ADN » et bien sûr « molécules » font partie de son vocabulaire quotidien. Son rôle : comprendre et traiter les maladies infantiles qui sont directement dues à la mutation d'un gène. Au DMCP se trouve l'un des rares laboratoires européens spécialisés en la matière. Il compte une douzaine de collaborateurs et se concentre sur les maladies métaboliques (par exemple le mauvais fonctionnement d'un enzyme) et les maladies osseuses (telles que le nanisme).

La recherche est l'une des deux missions de ce laboratoire. « Elle commence par l'identification du gène fautif, explique la Dr Luisa Bonafé. Ensuite, nous étudions la cascade d'effets que la mutation cause pour découvrir si et comment il est possible d'atténuer ces effets. » Connaître le gène, c'est aussi pouvoir le dépister précocement lors d'une grossesse.

Le DMCP a été le premier au monde à identifier plusieurs de ces gènes. Mais la tâche reste encore grande. Pour les quelque 300 maladies osseuses pouvant toucher 1 enfant sur 4000, par exemple, 20 % des gènes en cause restent encore à découvrir.

La seconde mission de l'équipe, c'est le diagnostic génétique des maladies et la prise en charge des enfants touchés. Vu la rareté des maladies et la complexité du diagnostic, ce dernier n'est souvent pas posé, laissant les parents dans l'incompréhension voire, souvent, dans la culpabilité : de quoi et pourquoi mon enfant souffre-t-il ?, pourquoi est-il difforme ? « Diagnostiquer la maladie, précise Luisa Bonafé, c'est identifier le vrai « coupable » : le gène. C'est aussi, bien sûr, pouvoir commencer une prise en charge adéquate. »

Si la mutation empêche un enzyme de fonctionner correctement, on peut donner à l'enfant un enzyme purifié. On peut aussi stabiliser un enzyme que la mutation a déstabilisé, ce qui lui rendra une partie de son efficacité. On peut encore donner à l'enfant une molécule qui va donner au corps l'ordre contraire de celui donné par le gène muté. Par exemple l'ordre de grandir aux os qui reçoivent le message inverse. Les traitements peuvent conduire à des régimes, contraignants et permanents, élaborés en collaboration avec des diététiciens.

En rassemblant les connaissances et les expériences liées à ces maladies rares, le laboratoire de pédiatrie moléculaire joue le rôle d'un pôle d'expertise. Il est ainsi au service des pédiatres, qui ne sont confrontés qu'exceptionnellement à ces cas.

LES TROUBLES PUBERTAIRES EN LIGNE DE MIRE

UN NOUVEAU LABORATOIRE SE DESTINE À MIEUX COMPRENDRE
ET SOIGNER LES PUBERTÉS PRÉCOCES OU TARDIVES. IL EST « LA TÊTE » D'UN RÉSEAU
DE RECHERCHES MENÉES AU NIVEAU EUROPÉEN.

A l'adolescence, le corps se transforme, la perception de soi et du monde aussi. Déjà troublant, ce cap peut devenir problématique quand le grand brassage hormonal qui le caractérise se passe mal. Comme pour ces garçons dont le corps est resté enfantin à 16 ans, par exemple, ou pour ces filles qui ont déjà leurs règles à 7 ans. Les troubles pubertaires, liés à la génétique et au métabolisme, ont des effets physiques (sur la croissance, la pilosité...) et psychosociaux (mal-être, problèmes d'insertion...). C'est sur eux – et sur ceux qui en souffrent – que le nouveau Laboratoire d'endocrino-diabétologie se concentre.

Ce laboratoire, créé en 2011, est l'une des conséquences de la fusion de l'endocrinologie pédiatrique et de l'endocrino-diabétologie « adulte ». La recherche sur les troubles pubertaires en sort renforcée, puisque les deux équipes de chercheurs ont fusionné et forment maintenant un groupe riche de 9 à 12 personnes. Il est le cœur d'une collaboration impliquant biologistes, généticiens, bio-informaticiens, médecins, sans oublier tous ceux qui vont appliquer les traitements.

Le groupement des forces amène aussi plus de cohérence, explique la Prof. Nelly Pitteloud, co-directrice du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme. « Aujourd'hui, un patient qui atteint l'âge adulte continue d'être suivi par la même équipe. Cela garantit une meilleure prise en charge. » Suivre les patients de l'enfance à l'âge adulte donne également un angle de vue plus large, souligne le Dr Michael Hauschild, médecin associé : « L'évolution des troubles que nous pourrions constater à l'âge adulte nous permettra de mieux soigner les patients enfants. Et, à l'inverse, mieux comprendre l'évolution des troubles pubertaires nous aidera à mieux soigner les adultes qui en ont souffert. »

Le Laboratoire d'endocrino-diabétologie espère pouvoir rassembler 3000 cas dans ses quatre premières années d'existence. « Cela nous fournirait une grande base de données – ADN, phénotype... – sur laquelle travailler. » Actuellement, cinq ou six recherches y sont menées. Il s'agit d'identifier les gènes provoquant des pubertés précoces ou tardives, d'étudier les processus en jeu, comprendre l'effet de certaines protéines. Le tout par des méthodes de laboratoire et par l'observation clinique des patients. Autant de recherches dont l'intérêt dépasse largement la Suisse.

« Nos recherches font partie d'un réseau européen dont Lausanne est la tête », confirme la Prof. Pitteloud. Son financement est, lui aussi, international : Fonds national pour la recherche scientifique (Suisse), COST (Union Européenne) et National Institute



for Health (Etats-Unis). « Notre but, précise le Dr Hauschild, est aussi d'établir des protocoles de traitement et de suivi, ainsi qu'une documentation destinée aux patients et à leurs parents, le tout au niveau européen ».

L'évolution de notre société renforce encore la nécessité du nouveau laboratoire. Aujourd'hui, les enfants deviennent pubères en moyenne un an plus tôt qu'il y a 20 ans. L'environnement joue un rôle, mais la recherche doit encore comprendre les mécanismes.

LES « POSTDOCS », ROUAGES ESSENTIELS DE LA RECHERCHE

EN JOUANT UN RÔLE MOTEUR DANS LA RECHERCHE ET LA FORMATION, LES POSTDOCS CONTRIBUENT À DONNER AUX LABORATOIRES DU CHUV LA RÉPUTATION INTERNATIONALE QUI EST LA LEUR.

Il y a une demi-douzaine de postdocs au sein du DMCP. Surtout des biologistes, comme Marjorie Flahaut et Annick Muhlethaler, toutes deux docteurs ès sciences, responsables de projets de recherche au Laboratoire d'oncologie pédiatrique (étude des cancers chez les enfants).

« Comme le nom l'indique, il faut être titulaire d'une thèse de doctorat pour postuler à une place de postdoc, explique Annick Muhlethaler. Et, avant cela, avoir fait quatre ans d'études universitaires pour l'obtention d'un Master. Il faut aussi avoir une grande curiosité scientifique et, dans le cas du DMCP, un intérêt marqué pour la recherche biomédicale! »

Les laboratoires du CHUV sont dirigés par un médecin ou un biologiste responsable. Mais ce sont les postdocs qui assurent véritablement les travaux de recherche en collaboration avec les doctorants. Les postdocs jouent un rôle important dans la formation des étudiants qui ont inclus de la recherche dans leur cursus. « Nous coachons et encadrons les étudiants en médecine ou en biologie, précise Annick Muhlethaler. Et nous aidons les doctorants, notamment pour toute la partie technique de la recherche. » Les postdocs sont aidés pour la partie pratique (réalisation des expériences) par les techniciens de laboratoire.

Les postdocs participent aussi à la rédaction des rapports scientifiques, à la diffusion des résultats lors des congrès et dans les revues spécialisées. La recherche de fonds, essentiels à l'accomplissement des projets, les accapare aussi beaucoup.

Marjorie Flahaut (à gauche) et Annick Muhlethaler, docteurs ès sciences, postdocs au Laboratoire d'oncologie pédiatrique.



ET VOUS, C'EST QUOI VOTRE RECHERCHE?

UN NOMBRE IMPORTANT DE RECHERCHES SONT EN COURS AU DMCP.
ET TOUTES TENTENT D'APPORTER DE MEILLEURS TRAITEMENTS OU
DE MEILLEURES MANIÈRES DE SOIGNER. PRÉSENTATION DE DEUX D'ENTRE ELLES,
AVEC LES PRÉCISIONS DES CHERCHEURS QUI LES MÈNENT.

POUR MOINS SOUFFRIR DES DIARRHÉES

Dans les pays émergents, la déshydratation due aux diarrhées est l'une des cinq causes principales de mortalité chez les enfants. Là-bas, on a constaté que l'administration de zinc avait un effet positif sur le nombre et la durée de leurs diarrhées. Ce traitement est-il bénéfique parce qu'il comble une carence en zinc souvent constatée dans ces populations ? Ou serait-il aussi bénéfique pour les enfants ne souffrant pas d'une telle carence ? Quelques rares études européennes ont tenté de le vérifier et les plus récentes démontrent maintenant l'efficacité du zinc dans certaines populations pédiatriques particulières. Le DMCP – où les diarrhées font partie des troubles les plus communément traités – veut savoir si cette efficacité peut être vérifiée chez tous les enfants.

« Nous avons lancé notre recherche sur 3 ans et allons étudier 200 enfants âgés de 2 mois à 5 ans », explique le Dr Pierre-Alex Crisinel. Pédiatre et en fin de formation en infectiologie pédiatrique ayant notamment pratiqué au Sénégal et au Québec, il est chef de clinique au DMCP et consacre deux jours par semaine à la recherche.

« Les enfants reçoivent une première dose de zinc à l'HEL. Après, les parents doivent en administrer une par jour à la maison

durant 10 jours. Et consigner par écrit les diarrhées de leur enfant pendant 2 semaines. Il s'agit donc d'une participation très active de leur part ! » Une participation d'autant plus méritoire que les parents savent que leur enfant a en fait une chance sur deux de recevoir un placebo !

Il a d'abord été difficile de trouver des parents prêts à jouer le jeu. Mais la recherche a été relancée fin 2011, et le Dr Crisinel est aujourd'hui très heureux des progrès accomplis. Fin 2013, on pourra comparer l'évolution des diarrhées chez les 100 enfants ayant reçu du zinc à celle des 100 enfants ayant reçu le placebo.

Découvrir que l'effet du zinc est positif serait magnifique. « Il n'existe en effet actuellement aucun médicament pouvant être utilisé de manière sécuritaire contre les diarrhées des enfants. Ce que nous faisons pour l'instant, c'est pallier la déshydratation qu'elles entraînent. Alors, contribuer à l'introduction d'un traitement efficace, cela profiterait à tous les enfants ! Les parents qui nous aident en sont bien conscients. »

Cette recherche est la première financée par la Fondation de l'HEL.

POUR MIEUX VIVRE UNE GROSSE OPÉRATION

L'approche d'une opération (cardiaque ou orthopédique) est bien sûr une source de stress pour les enfants et leurs proches. Le DMCP les aide à mieux vivre cet événement en les préparant à l'opération : enfants et parents reçoivent une information, on leur explique l'opération et la salle d'op, on leur fait visiter l'hôpital. Et, si l'on offrait une préparation encore plus complète, est-ce que cela serait encore mieux ? L'une des recherches en soins infirmiers menées au DMCP cherche à le savoir.

« Nous comparons notre prise en charge habituelle avec une autre préparation, plus complète, explique Marie-Élise Verga, infirmière consacrant son 40 % à la recherche. Cette dernière est constituée de plusieurs séances à domicile avec un intervenant spécialisé en milieu pédiatrique. » Au cours des séances, l'expert répond à toutes les questions que l'enfant se pose. Il présente, sur un mannequin ou une peluche, le déroulement de l'opération. Il permet à l'enfant de se familiariser avec l'environnement et le personnel soignant, de visualiser son opération et les aspects postopératoires. Il enseigne des bases de gestion du stress et de la douleur. Il apprend à l'enfant à exprimer ce qu'il ressent (douleur, soif...). « Une ultime séance, après l'opération, aide aussi l'enfant à mieux 'tourner la page'. »

Pour comparer les deux prises en charge, trois indicateurs sont extraits – avec l'accord des parents – des dossiers médicaux des enfants. « Nous relevons la prise de médicaments après l'opération, les observations sur la douleur ressentie ainsi que la durée du séjour hospitalier postopératoire. » Cette collecte des données a commencé en 2011 et continuera jusqu'à fin 2012. Ensuite, il faudra les analyser.

Traverser une opération a bien sûr une importante dimension psychologique. Chaque enfant « vit » une grosse opération de manière différente, et chaque enfant intègre la préparation à l'opération de manière différente. « Mais notre recherche montrera si les enfants ayant suivi la préparation la plus complète ont moins connu de douleurs, ont moins eu besoin de prendre de médicaments après l'opération et s'ils sont sortis plus vite de l'hôpital. Ce sera, déjà, un excellent enseignement ! »

Cette recherche est financée par l'Etat de Vaud, l'Association Le P.A.S. et la Loterie Romande

QUAND LES SPORTIFS EN HERBE FINISSENT AUX URGENCES

ON NE LE DIRA JAMAIS ASSEZ: **L'EXERCICE EST NÉCESSAIRE AU DÉVELOPPEMENT ET AU BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT, POUR LE CORPS COMME POUR L'ESPRIT.** PAS DE QUOI DONC RÉFRÉNER SON ENVIE DE BOUGER SI L'UNE OU L'AUTRE DE SES ACTIVITÉS SPORTIVES SE SOLDE UN JOUR PAR UN PLÂTRE OU UNE ATTELLE. NON SEULEMENT CAR CES « ACCIDENTS DE PARCOURS » SONT LA PLUPART DU TEMPS SANS GRAVITÉ, MAIS SURTOUT, CAR C'EST DURANT LES JEUNES ANNÉES QUE L'ON PRÉVIENT BON NOMBRE DE MALADIES ADULTES.

Entre 5000 et 5500 urgences sont traitées chaque année par l'Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique (UPCOT). Fort heureusement, la plupart des jeunes patients ne nécessitent aucune intervention chirurgicale, et peuvent quitter l'hôpital après quelques heures. Dans 90 % des cas, ces urgences sont traitées à l'Hôpital de l'Enfance. Elles sont dites « monotraumatiques », c'est-à-dire sans atteinte du tronc ou de la tête. Le CHUV traite les cas les plus graves, notamment lorsque l'enfant doit être réanimé ou a subi un traumatisme crânien. Il faut dire que l'établissement est équipé d'IRM et de scanners, dont ne dispose pas l'HEL.

Contrairement aux idées reçues, les garçons ne sont pas plus sujets aux accidents que les filles. De même, la saison de ski n'entraîne pas de « pics de fractures » à Lausanne en hiver. D'ailleurs, le nombre de consultations à l'UPCOT se révèle étonnamment stable durant l'année. Leur nature également, hormis une augmentation des lésions ligamentaires du genou observée depuis plusieurs années déjà. Une tendance liée à l'évolution du matériel, le carving notamment.

Malgré la recherche de sensations toujours plus intenses dans le sport, les collisions graves et autres accidents spectaculaires impliquant des enfants demeurent heureusement très rares. Comme le souligne Pierre-Yves Zambelli, professeur associé et médecin-chef de l'UPCOT : « Ce qui est nouveau par contre, ce sont les lésions de surcharge, particulièrement insidieuses. Souvent indolores au début et donc difficiles à détecter, elles peuvent induire à long terme des dégénérescences comme l'arthrose ». Par chance, l'imagerie permet aujourd'hui d'identifier des lésions qui étaient invisibles il y a une vingtaine d'années encore.

La traumatologie, une prise

.....en compte de l'humain dans sa globalité.....

Si la plupart des jeunes patients sont revus par un médecin de l'UPCOT au moins une fois par la suite, rares sont ceux qui nécessitent une rééducation. Dans les faits, le suivi des urgences s'apparente surtout à des contrôles ou à des actes simples, comme le retrait d'un plâtre par exemple. Bien sûr, les interventions chirurgicales font l'objet d'un suivi plus intense. Certaines situations requièrent également une approche plus globale. « La traumatologie, ce n'est pas simplement une question de muscles et d'os, mais une prise en compte de l'être humain dans son ensemble. On ne peut

pas séparer le psychisme du corps. Parfois, les problèmes de psychomotricité de l'enfant sont dus à des raisons psychologiques, et non physiques », souligne le Prof. Zambelli.

Alors que notre société glorifie l'exploit sportif, elle « fabrique » paradoxalement de plus en plus de jeunes sédentaires, rivés devant leur ordinateur ou la télé. Des « inactifs » particulièrement exposés aux blessures en cas d'effort intense sans entraînement préalable. Avoir une activité physique régulière s'avère primordial pour l'enfant, rappelle le Prof. Zambelli. Le sport permet non seulement le bon développement du squelette en fixant le calcium, mais aussi la prévention de l'ostéoporose, conséquence quasi inéluctable d'un manque d'exercice durant les jeunes années. Pour le Prof. Zambelli : « Il faut rompre avec l'idée que le sport serait réservé aux bien-portants. Ce sont précisément les enfants en surpoids, malades ou simplement mal dans leur peau qui en ont le plus besoin. Si tous ne veulent pas s'investir dans un sport spécifique, l'entourage peut encourager des activités aussi simples que la marche ou des sorties en plein air ». D'ailleurs, le médecin-chef suit attentivement l'étude actuellement en cours sur l'incidence des blessures chez l'enfant en surpoids. Il semble en effet que l'obésité n'engendre pas plus de lésions, mais les rend plus longues et compliquées à soigner.

.....A propos de prévention.....

Pour le Prof. Zambelli, la prévention des blessures dues au sport passe d'abord par la responsabilité individuelle. Plutôt que d'exiger normes et interdictions en tous genres qui peuvent décourager certaines activités, commencer par accepter que chaque enfant dispose d'aptitudes non seulement physiques et morphologiques différentes, mais aussi mentales. En d'autres termes : admettre que tous n'ont pas l'âme d'un champion, et ne pas forcer. Accepter également que certains doivent expérimenter plusieurs sports avant de trouver celui qui leur convient réellement. Un chemin qui peut paraître laborieux à l'entourage, mais qui permet à l'enfant de prendre durablement goût aux activités physiques. Pour son bien-être aujourd'hui comme pour demain.

PROJECTEURS SUR LES COLLABORATRICES ADMINISTRATIVES

DANS LES SÉRIES TV HOSPITALIÈRES, LES HÉROS SONT IMMANQUABLEMENT DES MÉDECINS PASSIONNÉS, DES CHIRURGIENS HÉROÏQUES, DES AIDES-SOIGNANTS ZÉLÉS OU DES INFIRMIÈRES AVISÉES. POURTANT, LES HÔPITAUX S'ARRÊTERAIENT DE FONCTIONNER TOUT NET SI D'AUTRES ACTEURS NE S'Y ACTIVAIENT PAS AVEC LA MÊME ÉNERGIE: LES COLLABORATEURS ADMINISTRATIFS.

Autant le dire d'emblée, les rôles de collaborateurs administratifs sont surtout féminins. Au Département médico-chirurgical de pédiatrie, il y en a une centaine, presque exclusivement des femmes. Elles sont au service des enfants, de leurs parents et de tous ceux qui en prennent soin. Elles entrent en scène avant et après les acteurs du personnel soignant.

Les secrétaires de desk renseignent les visiteurs et accueillent les enfants et leurs parents à leur arrivée. Elles ouvrent les dossiers, vérifient les informations administratives qu'il contient, orientent le patient, donnent les rendez-vous et s'assurent que tout est prêt pour une prise en charge impeccable.

Les secrétaires médicales, elles, sont attachées à un médecin ou à un service. Un œil sur les agendas, une oreille au téléphone, elles s'affairent pour que le programme des journées tourne comme un scénario de Truffaut. Elles gèrent les rendez-vous, assistent les médecins dans la planification de leurs cours ou dans leurs recherches. Elles planifient les éventuelles suites à la fin d'une consultation (nouveaux rendez-vous, examens externes, radiographies...). Et ce n'est là que la petite partie de leur rôle.

L'essentiel de leur temps, elles le consacrent à la frappe et l'édition des rapports de consultation. Chaque consultation ou hospitalisation est en effet documentée : le médecin note ses observations, l'évolution et le suivi du cas, les suites à

donner. Bref : tout est retranscrit par une secrétaire médicale. En 2011, il y a eu 52'060 consultations planifiées et 35'769 consultations en urgence au DMCP. Cela fait 87'829 rapports de consultation à rédiger, soit 7300 par mois ! Ceci en plus des 8794 lettres de sortie écrites suite à autant d'hospitalisations d'enfants. Et des 4000 protocoles opératoires exigés par autant d'interventions chirurgicales. D'ailleurs, en chirurgie, ce sont également des collaborateurs administratifs spécialement formés qui ont le rôle difficile d'organiser et de planifier toutes les opérations.

Les nouvelles technologies ont considérablement bouleversé les méthodes. Là où chaque médecin avait sa propre manière de gérer son agenda existe désormais un système unique, déployé au DMCP comme dans l'ensemble du CHUV. Les dossiers patients sont aussi en train de passer au « tout numérique ». Ce qui les rend bien plus facilement gérables, transmissibles, consultables (par les ayants droit) et archivables. Ces révolutions bouleversent les processus et habitudes de travail, elles nécessitent une formation continue du personnel.

Quand les enfants et les parents sortent de l'hôpital, ils gardent surtout en mémoire le visage des premiers rôles, de ceux qui ont donné les soins. Tout aussi vitales, les collaboratrices administratives méritent pourtant mille fois leur place au générique.



« UN MONDE PASSIONNANT ! »

Maria Elena Maio Pollino

Cela fait déjà 15 ans que Maria Elena Maio Pollino travaille dans le domaine hospitalier, dont 7 au secrétariat du Service de néonatalogie. Elle-même mère d'un enfant passé en néonatalogie, elle n'a pas de peine à comprendre les parents qu'elle a régulièrement au téléphone, « souvent angoissés, qu'il

faut savoir rassurer avec tact. » Le plus dur ? « Quand les parents eux-mêmes sont dans une situation dramatique : une adolescente devenant mère à 14 ans, une mère toxicomane, des requérants démunis et privés de toute assurance. » Pouvoir apporter une aide, c'est cela le plus gratifiant : guider des parents dans le labyrinthe des assurances, refermer un dossier bien bouclé, savoir un enfant bien reparti... « Et travailler dans le médical, conclut-elle avec un grand sourire. C'est un monde passionnant qui m'a toujours intéressée. »

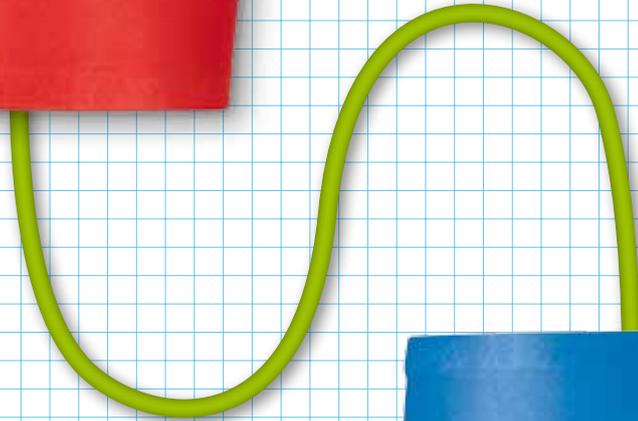
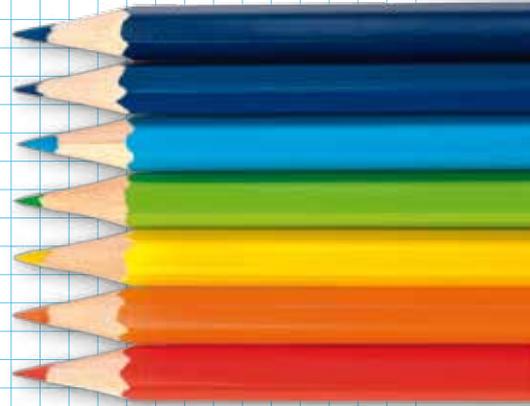


« LES JOURNÉES PASSENT TRÈS VITE ! »

Nancy Terrisse

Nancy Terrisse adore les contacts humains. Cela tombe bien : les contacts, il n'y a que cela à l'accueil de la policlinique de l'HEL ! Les enfants, les parents et le personnel soignant s'y croisent en permanence, et c'est à elle de veiller à ce que tout se passe bien, tout en gérant aussi les appels

téléphoniques. Bientôt 20 ans dans le domaine hospitalier, et pas de routine en vue. « Tout change très vite. Tellement que j'ai l'impression d'avoir changé plusieurs fois de boulot ! » Cela évolue toujours dans le bon sens pour les gens, se réjouit-elle : transformations de locaux, réorganisation de l'accueil, numérisation des agendas et des dossiers... « Plus besoin de courir dans les étages pour retrouver le dossier d'un patient ! », relève Nancy Terrisse en riant. « Les journées sont chargées et elles passent vite, mais tout se passe bien. Parce qu'on bosse dur ! »



LE 0848 133 133 RÉPOND AUX PARENTS DE TOUT LE CANTON

LA CENTRALE D'APPELS D'URGENCES SANTÉ N'EST PAS LÀ QUE POUR LES ADULTES. LES PARENTS L'ONT BIEN COMPRIS: **ILS L'APPELLENT PLUS DE 100 FOIS PAR JOUR POUR SAVOIR CE QU'ILS PEUVENT OU DOIVENT FAIRE POUR SOIGNER LEUR ENFANT.** LE SERVICE EST ENTRÉ DANS LES HABITUDES DES VAUDOIS.

Au mur, une immense carte du canton de Vaud. Contre une autre paroi, une grosse lampe rouge en forme de gyrophare. Au centre de la pièce, des tables encombrées de téléphones, de claviers et d'écrans. Juste à côté, une deuxième pièce et, là encore, des téléphones et des écrans. Bienvenue au centre névralgique d'Urgences Santé, la fondation gérant les appels au 144 (urgences vitales) et au 0848 133 133 (Centrale téléphonique des médecins de garde). Une fondation qui travaille en lien étroit avec la pédiatrie, puisque c'est aussi le 0848 133 133 que les parents appellent quand leur enfant a un souci de santé. Ce qu'ils ont fait plus de 39'000 fois en 2011 !

Ce chiffre – près de 110 appels par jour – est une moyenne. « Les grosses journées, cela peut monter jusqu'à 400 ! », relève Anne-Marie Solano, directrice opérationnelle remplaçante à Urgences Santé. Les appels pédiatriques représentent 48 % de tous les appels passés au 133 133. Il y a une dizaine d'années, ce n'était encore que 18 %.

Fondée dans les années 60, la centrale des médecins de garde, devenue Fondation pour la garde médicale, fusionnait en 2005 avec la Fondation 144 et devenait Urgences Santé. Au même moment, elle ajoutait à son mandat les appels pédiatriques du CHUV et de l'HEL, en plus de ceux des pédiatres installés qu'elle prenait déjà. « Avant cela, explique Mario Gehri, médecin-chef à l'HEL, les appels pédiatriques étaient très dispersés : ils arrivaient chez les pédiatres en cabinet, sur les bipeurs des médecins, à l'HEL, au CHUV... »

La centralisation des appels pédiatriques, d'abord limitée à Lausanne et environs, s'est petit à petit élargie aux autres zones. Un grand coup d'accélérateur en 2011, et la voilà véritablement cantonale début 2012, avec l'intégration d'Yverdon et du Chablais. Désormais, peu importe que les parents appellent de Lausanne, de Nyon ou de Château d'Oex, c'est ici, à la Fondation Urgences Santé, que l'on décroche.

Parallèlement, la notoriété du 0848 133 133 a beaucoup grandi. « Nous n'avons même plus besoin de faire de la pub, appeler ce numéro est devenu un réflexe, se félicite le Dr Gehri. Mon enfant a besoin de soin ? Son pédiatre n'est pas disponible ? On appelle le 133 133 ! » Le numéro serait presque victime de son succès : « Des parents vaudois ont appelé pendant leurs vacances au Chili, raconte en riant Anne-Marie Solano. On reçoit même parfois des appels d'habitants d'autres cantons... »

Les appels au 144 et ceux concernant les adultes ayant aussi augmenté, les effectifs de la fondation ont été étoffés. L'équipe

compte maintenant 24 personnes. Celles qui répondent au téléphone sont des infirmières et infirmiers comptant au moins 5 ans d'expérience, qui ont ensuite reçu une formation spécialisée. Au minimum trois personnes en centrale entre 7h et 21h, et deux, voire trois la nuit. Mais, lors des jours fériés et des vacances scolaires, jusqu'à sept collaborateurs sont de service la journée !

Leur mission est double : trier (estimer la gravité des cas) et orienter (dire ce que la personne doit faire et où). La moitié des appels au 0848 133 133 concernant les enfants ne nécessite aucune suite. Les infirmiers écoutent, s'assurent d'avoir bien compris la situation, donnent des conseils de soins, s'assurent que le parent a bien compris.

Quand la situation est moins bénigne, le parent est invité à aller voir le pédiatre de famille dès qu'il est à nouveau disponible. Si c'est plus important, à se rendre immédiatement chez le pédiatre de garde (voir ci-dessous). Et, s'il y a urgence sérieuse, l'appel est immédiatement pris en charge par le 144. « Chaque année, précise Anne-Marie Solano, près de 80 appels au 0848 133 133 pour un enfant débouchent en fait sur l'intervention d'une ambulance. » Une preuve que les professionnels d'Urgences Santé parviennent à identifier, au téléphone, les situations graves.

UNE GARDE CENTRALISÉE À L'HEL

Les pédiatres en cabinet ne sont pas toujours disponibles, le week-end notamment. Mais il y a une garde permanente en plusieurs endroits du canton. C'est avec elle qu'Urgences Santé prend rendez-vous quand elle estime que l'enfant ne peut pas trop attendre. Pour la ville de Lausanne, le lieu de cette garde est toujours le même : l'Hôpital de l'Enfance.

Cela ne fait que 5-6 ans que l'HEL est une « maison de la garde ». Avant, c'est dans leurs cabinets respectifs que les pédiatres lausannois assuraient, à tour de rôle, une permanence. L'idée de fixer un lieu unique était plus logique pour la population et a été très bien acceptée par les pédiatres lausannois. Elle a contribué à encore renforcer et améliorer les liens entre les praticiens installés et l'hôpital (HEL et CHUV).

La garde organisée conjointement est une longue habitude chez les pédiatres. Cela explique peut-être pourquoi ils ont été précurseurs en unifiant leurs centrales d'alarme, à l'image des pédiatres vaudois. Et qu'ils sont également précurseurs avec le concept de « maison de la garde », à l'image des pédiatres lausannois. Deux évolutions que les centrales d'alarme et les gardes « pour adulte » sont en train de suivre.

LA JEUNESSE SUR UNE PENTE SAVONNEUSE? PAS SI SÛR...

DES ADOLESCENTS TOUJOURS PLUS VIOLENTS, RETRANCHÉS DANS UN MONDE VIRTUEL, DÉCONNECTÉS DE LA VIE EN SOCIÉTÉ. VRAIMENT? LE DR PHILIPPE STEPHAN PROPOSE UNE VISION PLUS NUANCÉE, NÉE DE SES OBSERVATIONS QUOTIDIENNES. LE SPÉCIALISTE EST BIEN PLACÉ POUR LE FAIRE: IL DIRIGE DEUX DES CONSULTATIONS DU SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (SUPEA).

Dans l'Antiquité déjà, les philosophes grecs s'alarmaient de l'évolution de la jeunesse. Ils l'estimaient moins respectueuse, moins travailleuse et plus violente que celle de la génération précédente. Quinze siècles plus tard, le sentiment perdure, même si le contexte a évolué.

Aujourd'hui, les parents s'inquiètent par exemple beaucoup de la dépendance des jeunes à l'internet et aux jeux vidéos. Mais, pour le Dr Stephan, le problème tient plus de l'absence de limites, que d'un phénomène de réelle addiction : « Certains parents se sentent dépassés et se désengagent. Or, il est important de fixer un cadre, de s'assurer notamment que le jeu ou l'activité soient adaptés à l'âge de l'enfant. De veiller à ce que les nouvelles technologies demeurent avant tout un plaisir et une source d'apprentissage. »

Bien sûr, le rapport à l'intime reste compliqué chez l'adolescent, et les nouvelles technologies n'ont pas changé cela. Le jeune met en scène sa vie sur Facebook, mais il reste, au fond de lui, très pudique. À propos de pudeur, le Dr Stephan constate dans ses consultations que les ados – filles et garçons – ont une image plutôt romantique des relations amoureuses. Une image donc très éloignée de celle véhiculée par la pornographie dont on les croit submergés.

Cette capacité de discernement vaut aussi avec les représentations de la violence. Le spécialiste observe notamment que les jeunes savent faire la part des choses entre un jeu vidéo et la réalité. D'ailleurs, l'augmentation de la consommation de jeux vidéos ne semble pas avoir les effets que l'on décrit souvent: les statistiques récentes de la criminalité montrent que les cas graves de violence chez les jeunes sont en baisse.

Certains facteurs de société s'avèrent ainsi moins importants qu'on le pense. Mais d'autres, également susceptibles d'entraîner des difficultés d'ordre psychique à tous les stades de développement de l'enfant, sont parfois sous-estimés. Et, là encore, ce ne sont pas forcément ceux auxquels on s'attend le plus. Le Dr Stephan en donne un exemple : « Les parents et la société en général veulent tellement offrir le meilleur aux enfants que, paradoxalement, certaines attentes deviennent une source d'anxiété et de stress ! C'est parfois perceptible dès la petite enfance. »

.....L'efficacité des entretiens.....

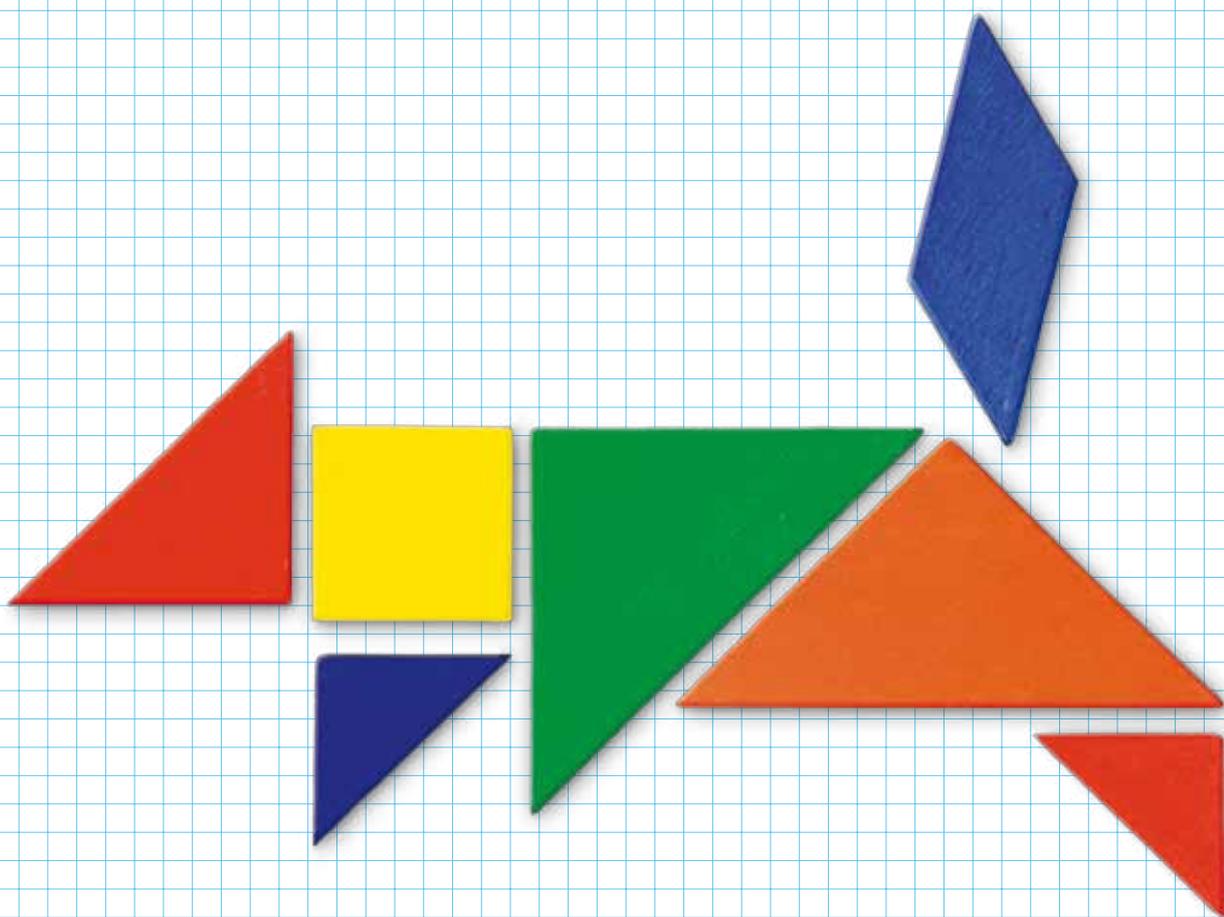
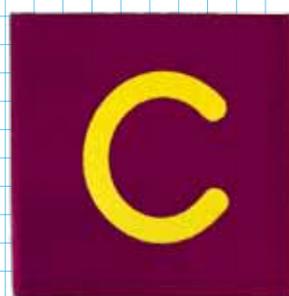
Les observations sur l'évolution de la jeunesse et de ses troubles se basent sur du concret. Le secteur ambulatoire

du SUPEA (une équipe d'une trentaine de personnes) suit chaque année environ 1500 enfants de 0 à 18 ans. Un chiffre relativement stable ces dix dernières années.

Par la parole ou par le jeu, les pédopsychiatres, psychologues et assistantes sociales installent une relation privilégiée avec l'enfant. Mis en confiance par ce lien à la fois bienveillant et sans enjeu affectif ou de performance, celui-ci se sent libre d'ouvrir ce monde intérieur qu'il cache aux autres. Un point crucial pour lui permettre d'aller mieux.

Comme le révèle une enquête de satisfaction menée en 2011, ces entretiens individuels sont perçus par les enfants et par les parents comme les plus fructueux. Mais les professionnels travaillent également avec les parents et les partenaires du réseau de l'enfance et de l'adolescence (école, service de protection de la jeunesse...) afin d'aider l'enfant non seulement dans sa psyché, mais aussi dans son environnement quotidien.





$$1 + 3 = 4$$

QUAND LES ENFANTS ONT DU MAL À APPRENDRE

DIFFICULTÉ PERSISTANTE À SE CONCENTRER, À LIRE, ÉCRIRE, CALCULER, MÉMORISER, COMPRENDRE OU ASSIMILER UN TEXTE OU UNE CONSIGNE: **AUTANT DE TROUBLES DES APPRENTISSAGES AUXQUELS SONT CONFRONTÉS ENVIRON 10% DES ENFANTS SCOLARISÉS EN SUISSE.** VÉRITABLE RÉFÉRENCE DANS LE DOMAINE, LA CONSULTATION POUR LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES SCOLAIRES DU CHUV REÇOIT PRÈS DE 250 ENFANTS CHAQUE ANNÉE DANS SES LOCAUX À L'HÔPITAL NESTLÉ. OBJECTIF: ÉTABLIR UN BILAN GLOBAL AFIN DE PROPOSER LES TRAITEMENTS LES MIEUX ADAPTÉS.

Qu'on ne s'y trompe pas : la Consultation pour les troubles des apprentissages n'est pas un service de première instance destiné aux parents soucieux des mauvais résultats scolaires de leur enfant. Rattachée à l'Unité de neurologie et neuroréhabilitation pédiatrique du CHUV, cette consultation de référence a été créée en 2009 par Eliane Roulet, professeure associée et médecin-chef. Une initiative née de la volonté d'apporter une réponse précise aux médecins impliqués dans la prise en charge des enfants concernés. Notamment en cas de doute quant à la nature et à la cause précise des troubles, ou lorsqu'aucun progrès significatif n'est constaté chez l'enfant, malgré une prise en charge thérapeutique.

La Dr Christine Kallay, cheffe de clinique, reçoit chaque année environ 200 enfants qui lui sont adressés par un professionnel de la santé – pédiatres, médecins généralistes, pédopsychiatres notamment. Première étape : recouper et étudier les dossiers des intervenants qui ont suivi l'enfant jusqu'ici. Une mine d'or de renseignements, qui sont autant de pistes possibles. Mais rien ne remplace pourtant le contact direct avec l'enfant et ses parents.

Une consultation dure environ deux heures. Dans un climat décontracté, la neuropédiatre commence par des questions afin de cerner comment l'enfant se comporte à la maison, son développement au fil des ans, la façon dont s'est déroulée la grossesse de sa mère, etc. « J'entends souvent venant des parents des phrases comme : j'étais moi aussi mauvais en dictée ou en calcul à son âge. C'est très révélateur, car le facteur héréditaire joue souvent dans les cas de dyslexie et de dyscalculie ». La Dr Christine Kallay passe ensuite à divers tests, durant lesquels elle observe toute sorte de détails caractéristiques, comme la façon qu'a l'enfant de tenir son crayon, comment il bouge, s'exprime, déchiffre, mémorise ou analyse. Il s'agit de déceler les éventuels problèmes de langage, de motricité fine, de concentration, d'attention et de mémoire, troubles qui pourraient être la cause des difficultés scolaires.

Une fois son bilan établi, la doctoresse décide de la suite. Environ deux tiers des enfants sont réadressés vers leur pédiatre habituel, ces derniers recevant les indications nécessaires pour assurer le suivi le plus adéquat. Un tiers des enfants est redirigé vers des neuropsychologues du Service pour passer des tests plus approfondis. Et, si cela s'avère nécessaire, la doctoresse reverra un enfant lors d'un contrôle ultérieur.

.....*Des troubles très divers*.....

Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (plus connu sous le nom de THADA ou d'hyperactivité), dyspraxie, surdouance, dyslexie ou dyscalculie... Il peut être rassurant de mettre un nom sur la difficulté de son enfant, mais rien ne sert de s'affoler si son junior se montre un peu turbulent ou s'il aligne parfois quelques mauvaises notes en dictée. Chaque enfant évolue à son propre rythme. Et certains présentent une immaturité passagère, qui disparaît le plus souvent sans prise en charge spécifique. On ne parle par exemple de dyslexie qu'à partir de 1,5 à 2 ans de retard par rapport à la norme.

Le nombre d'enfants présentant des troubles des apprentissages est-il en augmentation ? Difficile à dire. « Dans le passé, un enfant souffrant de troubles de l'attention était simplement considéré comme tête en l'air !, précise la Prof. Roulet. Il ne faisait l'objet d'aucune prise en charge particulière et échappait ainsi à toute statistique médicale. Ce qui est sûr en revanche, c'est que parents et enseignants sont aujourd'hui de mieux en mieux informés, cela facilite la détection. »

Parallèlement à leurs consultations, la Prof. Roulet et la Dr Kallay ont, tout au long de l'année 2011, poursuivi leurs efforts d'information auprès des professionnels et des dix centres Psychologie, psychomotricité et logopédie scolaire (PPLS) du canton de Vaud. Par ailleurs, des cours ont été donnés aux pédiatres, et des rencontres ont été organisées avec les doyens de pédagogie compensatoire des écoles. Car chaque maillon de la chaîne a besoin de l'autre. Pour le bien des enfants.

A L'ÉCOLE DE LA VIE EN SOCIÉTÉ

LE CENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE (CPT) ACCUEILLE CHAQUE ANNÉE UNE SOIXANTE D'ENFANTS, EN JOURNÉE OU EN INTERNAT. DOTÉ D'UNE STRUCTURE PLURIDISCIPLINAIRE UNIQUE EN SON GENRE, LE CPT ASSOCIE ENSEIGNEMENT PÉDAGOGIQUE, ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF ET SUIVI PSYCHIATRIQUE.

Un petit vestiaire avec des manteaux d'enfants. Une salle de classe où dardent les rayons d'un chaud soleil d'après-midi. Des dessins accrochés aux murs. Une école comme il en existe partout ailleurs ? Pas tout à fait. Nous sommes au Centre psychothérapeutique de l'Hôpital de l'Enfance. Ici, chaque classe dispose d'au moins une salle de repos et d'une cuisine où sont pris les repas et où se déroulent divers ateliers – bricolages, djembé, peinture, etc. Les classes ne sont formées que de six élèves encadrés par une enseignante et un éducateur spécialisés, et les cours rarement dispensés à plus de trois élèves à la fois. Pendant ce temps, leurs camarades suivent des ateliers ou voient leur pédopsychiatre.

.....*De petits miracles*.....

Car les quelque soixante enfants de 4 à 13 ans qu'accueille le CPT ont tous un point commun : des troubles du comportement ou de la personnalité qui les empêchent de suivre un cursus scolaire traditionnel, bien qu'ils ne souffrent d'aucune déficience intellectuelle. Des troubles qui se traduisent le plus souvent sous forme de violence, d'angoisses, de phobies, voire d'apathie. La plupart de ces enfants sont également confrontés à des situations familiales précaires, voire chaotiques, marquées pour certains par des événements traumatiques (abus, maltraitance, déracinement, décès d'un proche, etc.). « La réalité de ces enfants est souvent très lourde, mais il y a aussi de petits miracles, comme cette jeune fille qui refusait d'entrer en contact avec quiconque et que nous avons pu aider à s'ouvrir peu à peu au monde extérieur », relève Pierre-André Duc, directeur de la Fondation HEL et directeur institutionnel du CPT.

.....*Une approche globale*.....

Les enfants sont suivis par une équipe pluridisciplinaire – enseignants et éducateurs spécialisés, logopédistes, psychologues, pédopsychiatres et assistantes sociales –, car l'action du CPT s'inscrit dans une démarche globale. Il s'agit non seulement d'aider l'enfant à surmonter ses difficultés personnelles, mais aussi de favoriser sa socialisation, tout en lui permettant de suivre une scolarité la plus proche possible des programmes officiels. Bien entendu, les parents sont intégrés dans le processus thérapeutique. Comme le souligne Pierre-André Duc, « si certains sont dans le déni, la plupart d'entre eux nous sont reconnaissants. Souvent, ils se sentent totalement désemparés devant les difficultés de leur enfant et ne savent plus quoi faire ». Les enfants quittent le CPT après deux à quatre ans en moyenne. Certains réintègrent les bancs de l'école publique, d'autres rejoignent une autre institution spécialisée.

.....*Quand la séparation s'avère bénéfique*.....

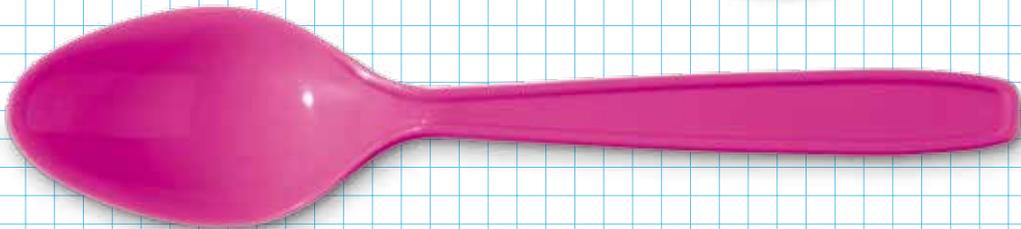
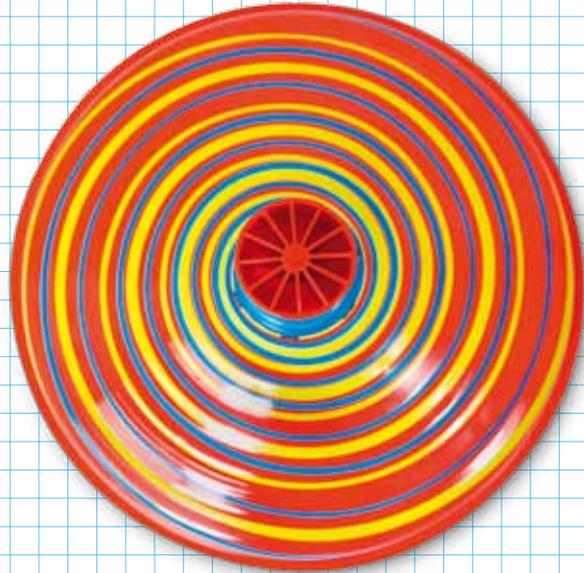
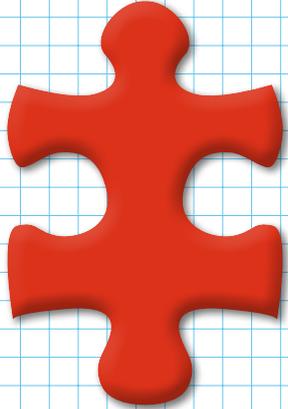
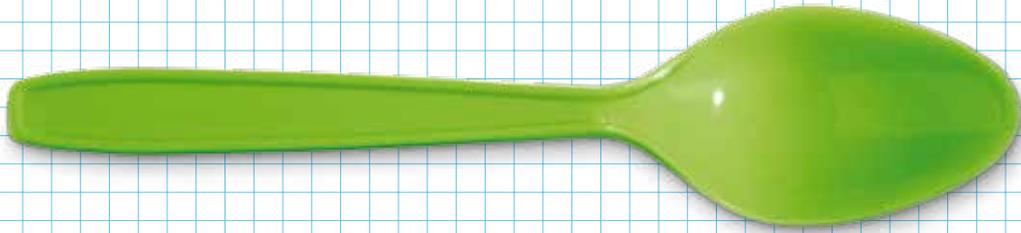
Parfois, éloigner l'enfant de sa cellule familiale s'avère nécessaire pour permettre un accompagnement dans toutes les situations du quotidien. Un tiers des enfants qu'accueille le CPT passe en moyenne trois à quatre nuits – mais jamais toute la semaine – à l'internat de l'institution. Le reste du temps, ils rentrent le soir à la maison ou vont dans une autre structure d'accueil. Répartis en trois groupes de sept, les « pensionnaires » sont encadrés par des éducateurs spécialisés. Chaque groupe dispose d'un appartement sur un étage. Les enfants dorment en chambre individuelle ou à deux, tandis que le salon, la cuisine et la salle de bain sont des espaces communs. Une pièce est réservée aux éducateurs. La nuit, des veilleurs prennent le relais, tandis que des médecins du secteur pédopsychiatrique assurent le piquet de garde en cas de crise.

.....*Travailler sur le « vivre ensemble »*.....

Faire confiance, partager, respecter, écouter. Le chemin vers le retour à une scolarité « traditionnelle », ou tout du moins vers un développement plus apaisé, passe par l'apprentissage des règles de la vie en société. Pour favoriser le « vivre ensemble », des activités sportives, créatrices, artistiques et de plein air rythment la vie du CPT. Les éducateurs misent aussi sur le partage de leurs propres passions. C'est ainsi que deux jeunes ont pu tourner un petit reportage au bord du lac récemment. Une expérience qui les a particulièrement fascinés et a stimulé leur envie d'entreprendre !

.....*Des projets pour 2012*.....

Déjà unique en son genre de par son caractère pluridisciplinaire, le CPT compte renforcer sa structure. Plusieurs nouveaux postes doivent être créés dans le courant de l'année, pour l'équivalent de deux postes à plein temps. L'objectif est multiple, à commencer par l'amélioration des prestations. La nouvelle organisation permettra de développer le travail éducatif avec les familles, de répondre aux besoins en psychomotricité, et d'assurer un suivi des enfants après leur sortie de l'institution. Avec des demandes en constante augmentation, il s'agit également de soulager les équipes en place. Des hommes et des femmes admirables qui s'investissent jour après jour, malgré des conditions souvent difficiles.



**DÉPARTEMENT
MÉDICO-CHIRURGICAL
DE PÉDIATRIE**

Pr Sergio Fanconi
Chef de département
Mme Valérie Blanc
Adjointe à la direction
Dr Daniel Laufer
Adjoint à la direction

Administration

M. Jacques Bourquenoud
Directeur administratif
Mme Dominique Cavalli
Adjointe administrative
Mme Géraldine Ravy
Responsable RH
Mme Elisabeth Blanc
Responsable secrétariats
et desks DMCP HEL
M. Sylvain Bertschy
Responsable secrétariats
et desks DMCP CHUV

Direction des soins infirmiers

M. Rui Terra
Directeur des soins
du département
M. Thierry Penseyres
Adjoint au directeur
des soins du département

Soins infirmiers HEL

M. Denis Hemme
Infirmier-chef de service
Mme Pascale Gerdy-Mamet
Unité d'hospitalisation
Mme Joy Ngendahimana
Unité de jour
Mme Corinne Yersin
Policlinique-urgences
Mme Sandrine Calame
Instrumentiste-chef
Mme Anita Combernous
Anesthésiologie

Soins infirmiers CHUV

Service d'hospitalisation
de pédiatrie et de chirurgie
pédiatrique
Mme Christine Vannay
Infirmière-chef de service
Mme Catherine Ansermoz,
Mme Monique Rauturier,
Mme Frédérique Billaud Mugnier,
Mme Evelyne Merminod
Infirmières-chefes
d'unité de soins

Service ambulatoire de
pédiatrie et de chirurgie
pédiatrique, espace éducatif
et centre de nutrition

M. Joachim Rapin
Infirmier-chef de service
Mme Ghislaine Aubel
Mme Katy Lemay
M. Timothy Spina
Infirmier(ère)s-chef(fe)s
d'unité de soins

Service de néonatalogie

M. François Legault
Infirmier-chef de service
Mme Nathalie Bourguignon
Adjointe à l'infirmier-chef

Mme Magali Contino
(jusqu'au 11.11.2011),
M. Sébastien Melchior
(dès le 1.12.2011)
Mme Carole Fletgen Richard,
Mme Fabrizia Vanza
Infirmières-chefes
d'unité de soins

Service des soins continus
et soins intensifs de pédiatrie

Mme Marie-Christine Maître
Infirmière-chef de service
Mme Claire-Lise Chollet,
Mme Martine Dupasquier,
Mme Nathalie Genton
Infirmières-chefes
d'unité de soins

Unité du pool infirmier
de pédiatrie

Mme Chantal Clément
Infirmière-chef
d'unité de soins

Médico-techniques HEL

M. François Guignard
Radiologie
Mme Joëlle Bersier
Laboratoire
Mme Nathalie Légeret
Physiothérapie

Médico-techniques CHUV

M. Quentin de Halleux
Physiothérapie
Mme Claire Mayor Dubois
Neuropsychologie

**FONDATION DE L'HÔPITAL
DE L'ENFANCE DE LAUSANNE
CONSEIL DE FONDATION
(état au 31.12.2011)**

Me Jean-Michel Henny
Président
Mme Graziella Schaller
Vice-présidente
M. Michel Gut
Secrétaire
Dr Lilia Barella
Mme Michèle Gaudiche
M. Alain Monod
M. François Puricelli
Dr Hervé Vienny
Membres

Direction et logistique

M. Pierre-André Duc
Directeur
M. Jean-Claude Roy
Cuisine
Mme Cidalia Simoes
Intendance
M. Fernando Guillen
Technique

Centre Psychothérapeutique

M. Pierre-André Duc
Directeur institutionnel
Dr Philippe Stephan
Responsable médical
M. Christian Téraulaz
Responsable pédagogique
M. Raphaël Glassey
Responsable éducatif
Mme Karine Haefeli
(jusqu'au 31.08.2011)
M. Fabrice Prétot
(dès le 01.10.2011)
Responsable administratif

Organe de contrôle

BDO S.A., Lausanne

**SERVICE UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT
ET DE L'ADOLESCENT**

**Pédopsychiatrie
de liaison**

Dr Carole Müller-Nix
médecin-adjointe
Dr Philippe Stephan
médecin-associé

**Consultation
de la Chablière**

Dr Alain Herzog
médecin responsable
Dr Camille Heiss
chefe de clinique

**Centre
psychothérapeutique
de la Chablière**

Dr Karine Olivier
chefe de clinique
Dr Catherine Perrelet
chefe de clinique
Mme Hélène Chappuis
psychologue associée
Mme Daniele Giusi
psychologue associée
M. Frédéric Pacaud
psychologue associé

**Centre d'intervention
thérapeutique
pour enfants (CITE)**

Dr Marco Medeiro
chef de clinique

Liaison HEL

Dr Alexandra Mariguesa
chefe de clinique
Mme Nathalie Acolas
psychologue associée

Pr Sergio Fanconi
professeur ordinaire
et chef de département
Dr Judith Hohlfeld
médecin-chef de service,
chirurgie pédiatrique
Pr Jean-François Tolsa
médecin-chef de service,
néonatalogie

MÉDECINS CADRES & CHEFS DE CLINIQUE DES SPÉCIALITÉS

Dr Diana Ballhausen
pédiatrie moléculaire
Dr Maja Beck Popovic
médecin-chef, hémato-oncologie
Dr Myriam Bickle Graz
néonatalogie
Dr Clemens Bloetzer
neuropédiatrie
Dr Luisa Bonafé
médecin-adjointe, pédiatrie moléculaire
Dr Tatiana Boulos Ksontini
médecin-hospitalier, cardiologie
Dr François Cachat
médecin-agrégé, néphrologie
Dr Manon Cevey-Macherel
néonatalogie
Dr Hassib Chehade
médecin-associé, néphrologie
Dr Jean-Jacques Cheseaux
médecin-agrégé, pédiatrie
Dr Stéphanie Christen
dermatologie
Dr Jacques Cotting
médecin-chef, soins intensifs
Dr Laura Crosazzo Franscini
hémato-oncologie
Dr Philippe Curchod
médecin-hospitalier, pédiatrie
Pr Thierry Deonna
professeur honoraire, neuropédiatrie
Dr Anthony de Buys
Roessingh
médecin-associé, chirurgie pédiatrique
Dr Stefano di Bernardo
médecin-associé, cardiologie
Dr Manuel Diezi
hémato-oncologie
Dr Jessica Ezri
gastro-entérologie
Dr Pierre Flubacher
médecin-chef, anesthésiologie
Pr Peter Frey
médecin-adjoint, chirurgie pédiatrique
Dr Mario Gehri
médecin-chef, pédiatrie
Dr Eric Giannoni
médecin-associé, néonatalogie

Pr Eric Girardin
médecin-chef, néphrologie
Dr Alexa Giroud Rivier
gastro-entérologie
Dr Nicole Gross
cheffe unité de recherche, hémato-oncologie
Dr Gaudenz Hafen
médecin-associé, pneumologie-mucoviscidose
Dr Michaël Hauschild
médecin-associé, endocrino-diabétologie
Dr Michaël Hofer
médecin-adjoint, allergologie, immunologie, rhumatologie
Dr Cécile Holenweg
neuroréhabilitation
Dr Cyril Jeanneret
allergologie, immunologie, rhumatologie
Dr Pierre-Yves Jeannot
médecin-agrégé, neuropédiatrie
Dr Cécile Jérôme-Choudja Ouabo
hémato-oncologie
Dr Jean-Marc Joseph
médecin-associé, chirurgie pédiatrique
Dr Christine Kallay Zetchi
neuropédiatrie
Dr Yann Kernen
mucoviscidose
Dr Henri Küchler
médecin-adjoint bénévole, oncologie
Dr Bernard Laubscher
médecin-adjoint, pédiatrie
Dr Daniel Laufer
médecin-adjoint, pédiatrie
Dr Sébastien Lebon
médecin-hospitalier, neuropédiatrie
Dr Juan Llor
médecin-agrégé, soins intensifs
Dr Nicolas Lutz
médecin-adjoint, chirurgie pédiatrique
Pr Erik Meijboom
médecin-associé, cardiologie
Dr Blaise-J. Meyrat
médecin-adjoint, chirurgie pédiatrique
Pr Pierre-André Michaud
médecin-chef, UMSA
Dr Yvan Mivelaz
cardiologie
Dr Vincent Muehlethaler
médecin-associé, néonatalogie
Dr Christopher Newman
médecin-associé, neuroréhabilitation
Dr Andreas Nydegger
médecin-associé, gastro-entérologie
Dr Martine Nydegger
médecin-associée, anesthésiologie

Dr Jean-Yves Pauchard
médecin-hospitalier, pédiatrie
Dr Marie-Hélène Perez
médecin-associée, soins intensifs
Dr Sarah Pernet Fattet
hémato-oncologie
Dr Yannick Perrin
allergologie, immunologie, rhumatologie
Dr Franziska Phan Hug
endocrino-diabétologie
Dr Claudia Poloni
neuropédiatrie
Dr Anne Pittet
médecin-hospitalier, pédiatrie
Dr Laurence Racine Parret
médecin-agrégée, soins intensifs
Dr Pascal Ramseyer
médecin-associé, chirurgie pédiatrique
Pr Olivier Reinberg
médecin-adjoint, chirurgie pédiatrique
Dr Saira-Christine Renteria
médecin-adjoint, gynécologie
Dr Céline Rey-Bellet
médecin-hospitalier, pédiatrie
Dr Isabelle Rochat
pneumologie-mucoviscidose
Dr Sarah Rosset Ribeiro
neuroréhabilitation
Dr Matthias Roth
médecin-adjoint, néonatalogie
Pr Eliane Roulet Perez
médecin-chef, neuropédiatrie
Dr Nicole Sekarski
médecin-adjointe, cardiologie
Dr Sophie Stoppa
endocrino-diabétologie
Pr Andrea Superti-Furga
médecin-chef, pédiatrie moléculaire
Dr Joan Carles Suris Granell
médecin-associé, UMSA
Dr Anita Truttmann
médecin-adjointe, néonatalogie
Dr Rita Turello
hémato-oncologie
Dr Bernard Vaudaux
médecin-associé, infectiologie
Dr Nicolas Von der Weid
médecin-associé, hémato-oncologie
Dr Jacqueline Wassenberg
allergologie, immunologie, rhumatologie
Pr Pierre-Yves Zambelli
médecin-chef, orthopédie
Dr Milan Zedka
neuroréhabilitation
Dr Sid Ali Zoubir
médecin-agrégé, néonatalogie

CHEFS DE CLINIQUES

Dr Stéphanie Anibal Iglesias
Dr Damien Barbey
Dr Lydie Beauport
Dr Aline Brégu
Dr Vincent Chariat
Dr Nadine Cohen-Dumani
Dr Elsa Collet Schwab
Dr Pierre-Alex Crisinel
Dr Nguyen Phong Mai Dang
Dr Valeria Delich
Dr Roberta De Luca
Dr Gezim Dushi
Dr Gilles Duvoisin
Dr Oumama El Ezzi
Dr Ikbel El Faleh
Dr Vanina Estremadoyro
Dr Sébastien Fau
Dr Thomas Ferry
Dr Silke Grupe
Dr Timothy Larter
Dr Francesca Hoegger
Dr Raphaëlle Jaquet-Pilloud
Dr Nadia Joris Mariaux
Dr Kathryn Laine
Dr Laura Llobet
Dr David Longchamp
Dr Lise Miauton Espejo
Dr Julia Natterer
Dr Valérie Nieth
Dr Andres Pascual
Dr Barbara Peiry
Dr Céline Pelet Marquis
Dr Irina Popea
Dr Juliane Schneider
Dr Mirjam Schuler Barazzoni
Dr Geneviève Schwab
Dr Eleuthère Stathopoulos
Dr Anaïs Torregrossa
Dr Sandra Ullmo
Dr Sabine Vasseur Maurer
Dr Frédéric Vauclair
Dr Judit Villoslada
Dr Boutaina Zemrani

MÉDECINS CONSEIL, CONSULTANTS ET AUTRES SERVICES

Dr Marc-André Bernath
anesthésiologie
Dr Olivier Boulat
médecin-associé, laboratoire
Dr Jacques Cherpillod
médecin-chef, ORL
Dr Mirko Dolci
anesthésiologie
Dr Jacques Durig
ophtalmologie
Dr Ermindo Di Paolo
pharmacien
Pr François Gudinchet
médecin-adjoint, radiologie
Dr François Waridel
médecin-associé, ORL

RENSEIGNEMENTS UTILES

URGENCES PÉDIATRIQUES

Pour une consultation urgente

1. Appeler le pédiatre de votre enfant.
2. Appelez le 0848 133 133 (Centrale téléphonique des médecins) où l'on vous orientera vers la structure de soins la mieux adaptée à la situation.
3. Allez à l'Hôpital de l'Enfance.

Pour une urgence vitale

En cas d'urgence vitale, maladie ou accident, mettant en danger la vie de l'enfant (difficulté à respirer, coma, perte de conscience, convulsions, accident sur la voie publique, brûlures étendues etc.), **appelez le 144.**

HÔPITAL DE L'ENFANCE DE LAUSANNE

Chemin de Montétan 16
Case postale 153
1000 Lausanne 7

Tél.

021 314 84 84

Fax services médicaux

021 314 86 30

Fax administration

021 314 91 66

e-mail

hopital.enfance@hospvd.ch

Internet

www.hopital-enfance.ch

Nouvelles des enfants hospitalisés

Par téléphone, père et mère exclusivement
Unité d'hospitalisation,
021 314 83 97

Visites

Père et mère

visites libres

Autres personnes

l'après-midi

Garderie d'enfants

à l'entrée du lundi au vendredi de 13h30 à 17h30 et les mardis, mercredis et jeudis matin de 9h à 12h45

Activité des enfants hospitalisés

Jardin d'enfants (Caverne d'Ali Baba)

du lundi au vendredi de 9h30 à 11h45 et de 13h15 à 17h, le samedi de 9h30 à 11h45. Enseignement primaire et secondaire.

Consultations sur rendez-vous

Médecine

021 314 95 44

Chirurgie

021 314 86 63

Orthopédie

021 314 92 41

ORL

021 320 79 29 ou

021 311 16 56

Ophthalmologie

021 625 44 70

Endocrinologie et diabétologie

021 314 87 73

CHUV

Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne

Tél.

021 314 11 11

Fax administration

DMCP

021 314 35 72

www.chuv.ch/pediatrie

Urgences vitales 24h/24h

Av. Montagibert – Lausanne

Nouvelles des enfants hospitalisés

Par téléphone, père et mère exclusivement, dans l'unité d'hospitalisation concernée.

Visites

Père et mère

visites libres

Autres personnes

de 14h à 20h

Halte-jeu La Récré pour les enfants de moins de 12 ans

des visiteurs

située à gauche de l'entrée

du parking du CHUV

(côté CHUV)

ouverte de 8h à 19h du lundi

au vendredi

Activités des enfants hospitalisés

Espace éducatif

de 9h30 à 11h30,

de 12h à 13h

et de 14h30 à 17h

Ecole pour enfants d'âge scolaire

Enseignement primaire

et secondaire.

MERCI À NOS PARTENAIRES



**Fondation de
l'Hôpital de l'Enfance
de Lausanne**

Chemin de Montétan 14
Case postale 153
1000 Lausanne 7
Tél. 021 314 84 84
www.hopital-enfance.ch
www.cpt-hel.ch

Direction du DMCP
CHUV – Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne
Tél. 021 314 35 61
www.chuv.ch/pediatrie

**Rédaction, graphisme
et illustration :**
www.essencedesign.com

