



Direction des soins

Rapport annuel 2012



TABLE DES MATIERES

Evolution générale	_____	5
Les projets	_____	7
Les soins		
Prestations		
physiothérapie, ergothérapie, bénévolat	_____	11
service social somatique, aumônerie oecuménique	_____	13
Ressources humaines:		
effectifs	_____	15
mouvements, absences	_____	17
promotion & recrutement	_____	19
pool & personnel intérimaire, réinsertion	_____	21
Organisation		
gestion des flux et coordination des transferts de patients	_____	23
Formation		
Stages au CHUV et formations externes	_____	25
Aperçu général	_____	27
Recherche & développement		
Aperçu général	_____	29
Soins & systèmes d'information - SoSI	_____	31

● Membres du Collège de Direction des soins

Directrice des soins
Hélène BRIOSCHI LEVI

Secrétariat DSO

Directeur adjoint des soins
Patrick GENOUD

Directrice adjointe des soins
Françoise NINANE

Adjoint DSO
Systèmes d'information
Alain JUNGER

Adjoint DSO
Développements stratégiques
Vincent ADATTE

Adjointe DSO
Projets cliniques
Véronique SECHET

Chargé de communication
Nicolas JAYET

Adjoint DSO & Physiothérapie
Physios, Ergos, Ass soc, aùm
Roland PAILLEX

- **pool – stagiaire - chapelle**
Jacques ROUGE
- **Secrétariat centralisé DSD**
Virginie PANNIER
- **Gestion des flux patients**
Olivier PETREMAND
- **Cellule transfert patients**
Nicolas MEYLAN
- **SoSi - Unité Soins et systèmes d'information**

Départements cliniques et médico-techniques

- **DM**
Dpt de médecine
Isabelle LEHN – Directrice (A. Vagnair a.i.)
- **DSCA**
Dpt des services de chirurgie et d'anesthésiologie
Pascalie CASTELLANI - DSD
- **DGOG**
Dpt de gynécologie-obstétrique et Génétique
Jocelyne BOUTON - DSD
- **DMCP**
Dpt médico-chirurgical de pédiatrie
Rui TERRA - DSD
- **DUMSC**
Dpt univ. de médecine et santé communautaires
Françoise NINANE - DSD
- **DAL**
Dpt de l'appareil locomoteur
José IGLESIAS - DSD
- **DNC**
Dpt des neurosciences cliniques
José IGLESIAS - DSD
- **DPML**
Dpt de pathologie et de médecine de laboratoire
Brigitte MOREL – Dir. médico-technique opérationnelle
- **DRM**
Dpt de radiologie médicale
Charles IMSAND – TRM Chef de département
- **DCILM**
Dpt des centres interdisciplinaires et logistique méd.
Patrick GOLLER - DSD
- **DP**
Dpt de psychiatrie (Centre, Nord & Ouest)
Jean-Michel KAISON – DSD / Bruno DESCHAMPS - DSD
- **EMS**
EMS de Gimel

- **Ergothérapie**
Marie-Laure KAISER
- **Service social**
C-Lise GERBER NICOLET
- **Aumônerie**
Cosette ODIER
- **Bénévolat**
Marina ALBERTI

Figure1.
Organigramme de la Direction des soins au 31.12.2012

EVOLUTION GENERALE

Comme en témoigne l'**Organigramme** ci-contre, la composition de la Direction des soins a significativement évolué en cours d'année. Une nouvelle directrice adjointe, avec un taux d'activité de 30%, se consacre au développement des pratiques professionnelles, à l'implantation des rôles de pratique infirmière avancée et au développement de la recherche en soins. Simultanément, le responsable de la physiothérapie devient aussi adjoint à la Direction des soins, assurant ainsi la pleine et entière représentation, en Direction des soins, des secteurs de la physiothérapie, de l'ergothérapie, du service social et de l'aumônerie œcuménique. Un recrutement supplémentaire permettra, à terme, de confier à un-e adjoint-e la responsabilité de la recherche. Cette réorganisation fait suite au départ de l'adjointe en charge des questions d'organisation et signe ainsi l'importance grandissante de l'évolution des pratiques cliniques dans un contexte complexe et exigeant. Le mouvement anticipe par ailleurs les contours du CHUV tels que dessinés par le Plan stratégique 2014-2018 du CHUV dont les travaux ont commencé en 2012 : un hôpital de pointe, avec une mission académique réaffirmée et un axe formation-recherche fort.

La **Pratique infirmière avancée** a d'ailleurs fait l'objet de travaux et réflexions tout au long de l'année. La démarche s'inscrit dans la continuité de la stratégie définie en 2010 et visant à intégrer et développer le rôle des premiers professionnels sortis de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins de l'UNIL avec un master en Sciences infirmières. Cinq objectifs balisent le processus, portant sur: la définition du rôle d'infirmier-e clinicien-ne spécialisé-e (ICLS), l'opérationnalisation du rôle d'ICLS, la stratégie d'information, l'état des lieux de la pratique experte au CHUV et le suivi à l'aide d'indicateurs de processus et de résultats. Le comité de direction du CHUV a été associé à la démarche à l'occasion d'une séance exclusivement consacrée à la thématique. L'enquête sur les pratiques expertes a été réalisée auprès de plus de 160 collaboratrices et collaborateurs, démontrant à la fois le haut degré de compétence acquis par certains professionnels dans le domaine de la pratique clinique ou du conseil par exemple, et la complémentarité avec le profil d'ICLS en matière d'éthique, de leadership ou de recherche notamment. Un groupe ICLS a été constitué en automne, composé de 15 personnes et présidé par la directrice adjointe des soins. Une feuille de route précise les attentes de la Direction des soins en matière de coordination des travaux conduits au niveau transversal, d'innovation, de collaborations académiques et cliniques et de développement du rôle d'ICLS au CHUV. Enfin, au printemps 2013 seront

présentés les supports d'information développés pour expliquer le rôle d'ICLS aux partenaires des services cliniques qui les intègrent dans leur organisation.

L'**informatisation du dossier patient** (DPI) constitue un autre enjeu majeur pour le CHUV. A fin 2011, la grande majorité des services cliniques du CHUV et de la PMU s'étaient vus implanter un socle du e-dossier patient constitué d'un portail et de documentation clinique. En 2012, plusieurs professions bénéficient progressivement de leur outil de travail spécifique intégré à Soarian[®], notamment la physiothérapie, l'ergothérapie, le service social et l'aumônerie. Les soins & surveillances infirmières sont, pour leur part, entrés dans une phase de développement concret fondée sur le travail conceptuel réalisé en amont. L'implication des cadres soignants auprès des équipes et en faveur d'une association harmonieuse entre l'outil lui-même et les modes d'organisation nouveaux qui en découlent constitue un facteur de réussite prépondérant. Forts de cette conviction, la Direction des soins du CHUV et les directrices et directeurs de soins de la Fédération des hôpitaux vaudois ont organisé ensemble deux journées de rencontre intitulées « Dophin : les cadres soignants vaudois s'impliquent ». Plus de 300 cadres ont ainsi pris part à un programme incluant la présentation des ambitions cantonales en matière de cybersanté à l'horizon 2017, les enjeux et attentes liés au déploiement du DPI, les témoignages de collègues fribourgeois et valaisans et une réflexion à chaud sur le rôle du management. Fédérateur et constructif, l'événement a été apprécié par la grande majorité des participants.

Des **Questions salariales** ont occupé le Collège de Direction des soins à plusieurs reprises, en étroite collaboration avec la Direction des ressources humaines. Celles des aides aux soins tout d'abord, dans le cadre de négociations structurées entre le CHUV et les syndicats et supervisées par le Chef de Département. Les travaux ont aussi porté sur l'accès à la formation, le recensement des différents profils de cette catégorie professionnelle, l'étude de divers scénarios et possibilités de financement et, enfin, sur les critères d'enclassement salarial. Le périmètre a ensuite été très logiquement étendu au traitement salarial des assistant-e-s en soins et santé communautaires situés au palier suivant de l'échelle. A l'heure où les responsabilités des uns et des autres croissent proportionnellement à la complexité des prises en charge hospitalières, il était important d'apporter toute la considération requise à celles et ceux qui, bien que positionnés en bas de chaîne, apportent une indispensable contribution quotidienne à la prise en charge des patients.

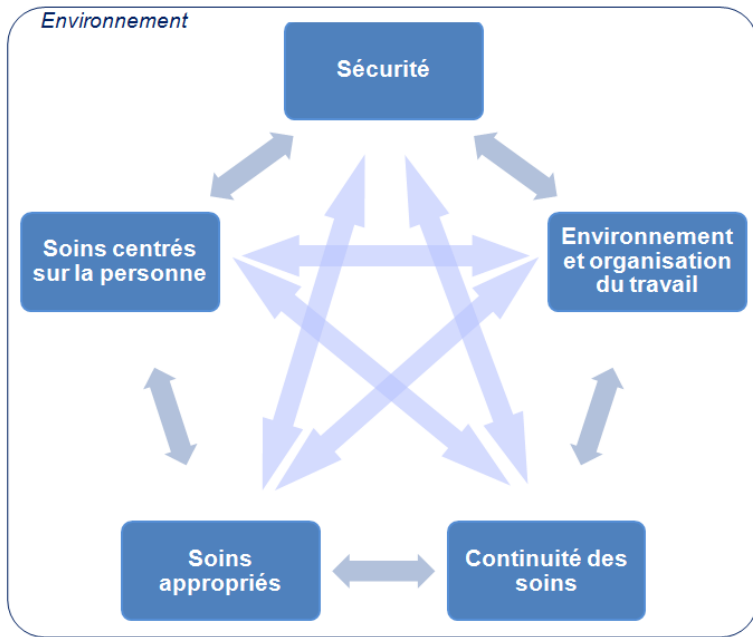
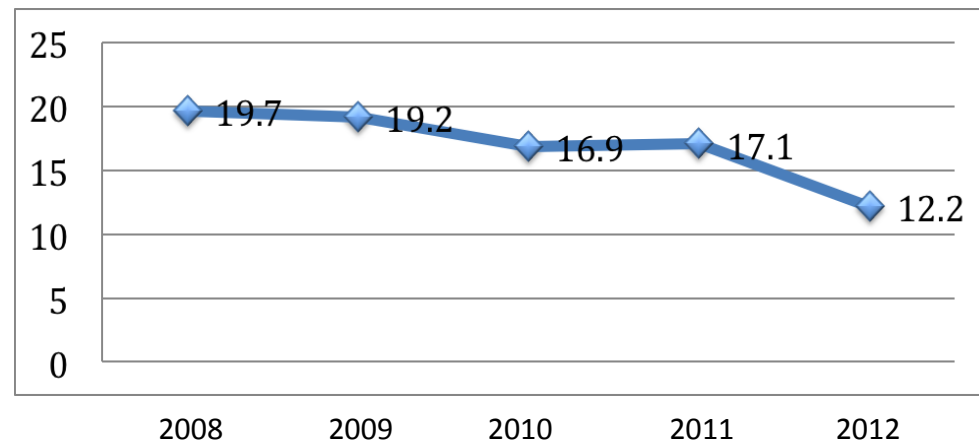


Figure 2.
Performance des soins infirmiers
 Les cinq domaines de la performance retenus comme base en vue de l'élaboration d'indicateurs.



Figure 3.
Performance des soins infirmiers
 Une approche qui rend visible la contribution des professionnels.

Figure 4.
Objectif zéro escarre
 Evolution de la prévalence des escarres au CHUV



LES PROJETS

Performance des soins infirmiers. Les infirmières et infirmiers constituent le corps professionnel quantitativement le plus important à l'hôpital et la littérature scientifique indique que leurs soins contribuent significativement à la performance des organisations de santé. Cette contribution reste pourtant le plus souvent invisible et sous-estimée. Les tableaux de bord hospitaliers comportent d'ailleurs peu de données sur la performance des soins et les cadres soignants n'ont pas facilement accès à une information qui permette de suivre la performance de leurs unités et d'appliquer les mesures correctrices.

Afin de s'inscrire dans le processus institutionnel de mise en place d'indicateurs cliniques, la Direction des soins s'est engagée à développer la gestion de la performance des soins infirmiers au CHUV. Quelques mois plus tard, une commission représentative des différents départements était constituée et mandatée pour développer un cadre de référence, élaborer un set d'indicateurs, puis assurer les phases d'implantation, de maintien et d'amélioration. La première de ces étapes est aujourd'hui terminée. Ainsi, la définition de cinq *domaines de la performance des soins infirmiers au CHUV* (cf fig.2) constitue désormais un socle commun pour les développements à venir, élaboré de manière participative.

L'ambition de ce projet phare pour la Direction des soins nécessite par ailleurs qu'un changement culturel soit opéré au fur et à mesure du processus : les dimensions scientifiques et managériales s'entrecroisent en permanence dans le projet. La démarche est donc accompagnée par un effort de formation conséquent, permettant à l'ensemble des cadres infirmiers d'acquérir les fondements disciplinaires nécessaires.

Objectif zéro escarre. Une seconde mesure nationale de la prévalence des escarres a eu lieu simultanément dans plus d'une centaine d'institutions suisses en novembre 2012. La démarche était coordonnée par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), démontrant que la thématique est désormais une préoccupation nationale.

Au CHUV, ce type de mesure a débuté en 2008 déjà. Une première enquête de prévalence des escarres avait alors révélé un taux de porteurs de 19.7%. Les comparaisons intercantionales et internationales suggéraient qu'un net potentiel

d'amélioration existait. La problématique est dès lors devenue prioritaire, faisant l'objet d'un programme à l'échelle de toute l'institution :

- intégration de la prévalence des escarres dans les tableaux de bord hospitaliers et réalisation d'une enquête annuelle
- création du projet qualité « Coordination de la prévention et de la gestion des plaies »
- plan d'action impliquant tous les professionnels de la santé du CHUV.

Venant sanctionner trois années d'efforts, les résultats 2012 mettent en évidence une nette amélioration. L'enquête indique en effet un taux de porteurs d'escarre de 12.2%. Un potentiel d'amélioration demeure toutefois et justifie l'implication continue des professionnels.

Sécurité des patients. Travailler à l'hôpital, c'est prendre le risque de commettre un geste à l'origine d'un événement indésirable. Si l'enjeu est de taille, les mesures permettant de réduire au maximum ce risque sont toutefois de mieux en mieux connues et le CHUV s'engage à tout mettre en œuvre dans ce sens. La sécurité figure d'ailleurs en tête des objectifs définis par le Plan de gouvernance clinique élaboré conjointement par la Direction des soins et la Direction médicale.

Le projet institutionnel *Recueil d'événements critiques et indésirables* (RECI) vise à développer un cercle vertueux allant du signalement des événements qui surviennent dans les services cliniques aux mesures qui permettent d'éviter qu'ils ne se reproduisent, en passant par l'analyse des experts du domaine concerné. Une phase pilote de huit mois au Département de l'appareil locomoteur a permis de poser les bases d'un déploiement progressif dans toute l'institution en 2013-2014.

Hôtel des patients. La Direction des soins est fortement impliquée dans le projet de construction et de mise en œuvre, au nord de la cité hospitalière du Bugnon, d'un Hôtel des patients en 2014. Cette structure, qui fait l'objet d'un partenariat public-privé, doit accueillir des patients « low care » avec une autonomie dans les activités de la vie quotidienne leur permettant de bénéficier d'une structure hôtelière avec chambre individuelle et restaurant tout en bénéficiant d'une permanence infirmière et de prestations de soins dans des locaux de spécifiques. Aucun soin n'est prodigué dans les chambres de l'hôtel.



Figure 5.
Identification des patients
Un nouveau bracelet pour
davantage de sécurité

Réadaptation gériatrique. Jusqu'ici et du fait d'un nombre insuffisant de places disponibles en Centre de traitement et de réadaptation (CTR) dans la région, les patients âgés qui ne pouvaient rentrer immédiatement à domicile attendaient en moyenne dix jours avant qu'une place ne soit disponible pour eux. Pendant ce temps, ils ne bénéficiaient pas de prestations de réadaptation et le risque de déclin fonctionnel était réel. Cette situation contribuait à l'engorgement du CHUV : une trentaine de lits étaient en permanence occupés par ces patients en attente.

Une filière de réadaptation gériatrique intra et extra-hospitalière (REAGER-READOM) a été développée pour remédier à cette situation. Une équipe mobile spécialisée a été créée pour assurer la réadaptation de dix patients au sein même du CHUV et garantir la transition de ces patients vers leur domicile, où ils sont ensuite pris en charge par une équipe interdisciplinaire spécialisée en réadaptation (CMS READOM). Cette équipe communautaire (infirmiers, ergothérapeutes et auxiliaires) travaille en étroite collaboration avec les physiothérapeutes du CHUV, qui suivent le même patient durant tout son parcours. REAGER-READOM repose donc sur une solide collaboration entre le CHUV et l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD).

Les premiers patients ont intégré cette nouvelle filière en février 2012. Plus de 580 évaluations ont été réalisées depuis, permettant d'inclure 170 patients à ce jour. Cette filière facilite la transition et le retour à domicile des personnes âgées hospitalisées dans de meilleures conditions, et contribue à fluidifier leur parcours dans le système de soins. En outre, elle offre une réponse pertinente à une règle asséculogique entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012, impliquant le non-remboursement des temps d'attente inappropriés dans les hôpitaux de soins aigus.

Cancer: améliorer la qualité de vie. En 2012, des mesures centrées sur la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et découlant des besoins exprimés par les patients eux-mêmes ont été adoptées notamment en médecine interne et en onco-gynécologie. Le moment décisif de l'annonce de diagnostic de cancer est au cœur des préoccupations. Soutenus par une offre de formation sur mesure, les médecins et infirmiers des services dans lesquels la maladie est généralement diagnostiquée ont désormais une responsabilité commune : communiquer ensemble les mauvaises nouvelles aux patients, vérifier la bonne compréhension des informations et accompagner le processus émotionnel qui caractérise ces situations. Dans les services cliniques où sont traitées les personnes atteintes de cancer, l'effort porte sur la prise en compte des difficultés psycho-sociales que rencontrent les patients. Tout au long de leur itinéraire hospitalier et ambulatoire, il est essentiel que les patients disposent d'informations compréhensibles et personnalisées concernant leur maladie et les

traitements disponibles. Une documentation de qualité leur est donc progressivement transmise pour en accompagner les phases successives.

L'Information des patients et la participation aux soins constituent le premier axe du Plan de gouvernance clinique. La volonté affichée est la suivante : les patients doivent être informés avant toute procédure diagnostique ou thérapeutique et tout soin afin qu'il puisse en comprendre les objectifs et risques, et librement y consentir. Dans les consultations ambulatoires et dans les unités d'hospitalisation, du matériel d'information décrivant l'organisation de la prise en charge, les différents traitements et les mesures diagnostiques doit être mis à disposition. Comme ce matériel existe déjà dans la plupart des lieux de soin, l'objectif n'est pas d'en augmenter la quantité mais de s'assurer de sa qualité et de promouvoir les processus qui permettent aux patients d'être informés de manière pertinente et au bon moment.

La Direction des soins et la Direction médicale ont mandaté un groupe de travail afin qu'il examine la pertinence d'élaborer et appliquer une politique d'information des patients au CHUV dans le sens indiqué par le Plan stratégique 2014-2018 actuellement en développement et par le Plan de gouvernance clinique. Le Service de communication et l'Unité des affaires juridiques ont été associés à la démarche. Le groupe de travail a réalisé un état des lieux tant à l'interne (dispositif actuel du CHUV) qu'à l'externe (centres hospitaliers CH, USA, DE) et défini globalement les critères de qualité souhaitables en matière d'information des patients à l'hôpital.

Identification des patients. La sécurité des patients dans le contexte hospitalier est une préoccupation essentielle et, dans bon nombre de situations, elle repose en partie sur la capacité des professionnels à identifier formellement les patients auprès desquels ils interviennent. Les travaux actuellement menés en vue de l'introduction au CHUV d'une nouvelle génération de bracelets d'identification des patients (cf fig.5) va dans ce sens.

A terme, tous les patients en seront équipés dès leur accueil à l'hôpital. La plus-value réside dans le fait de pouvoir vérifier de manière plus rigoureuse voire automatique la concordance entre l'identité d'un patient et une prestation clinique à réaliser. On peut y lire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe, l'IPP et le N° de séjour du patient. Quant au code-barre, il permet une lecture rapide et sans risque d'erreur du N° de séjour du patient au moyen d'appareils spécifiques. Les applications qui utilisent cette fonctionnalité seront développées au fil du temps et impacteront les procédures de contrôle préopératoires, l'administration de médicaments et la réalisation d'examen à but diagnostique notamment.

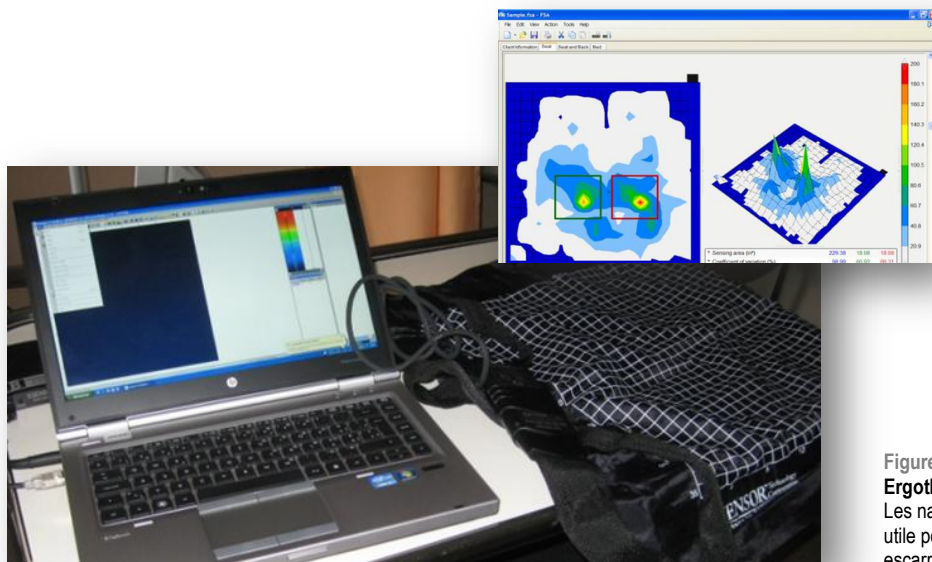


Figure 6.
Ergothérapie
Les nappes de pression, une aide
utile pour la prévention des
escarres

LES SOINS Prestations : Physiothérapie, Ergothérapie, Bénévolat.

La **Physiothérapie** du CHUV a dispensé 175'967 séances pour 17'193 patients hospitalisés durant l'année ainsi que 45'661 séances pour 3'434 patients ambulatoires. Le nombre de séances est en progression de 9,4% avec une augmentation significative de l'effectif. Le nombre de patients traités a, en effet, augmenté de 4.1%.

L'année 2012 a été marquée par le succès lié à l'organisation, conjointe avec HESAV, du CAS en physiothérapie cardiorespiratoire. Trois physiothérapeutes chefs de service du CHUV composent l'équipe pédagogique dirigée par un professeur de HESAV. Cette formation a permis à 16 physiothérapeutes, dont 6 du CHUV, de développer des compétences pour concevoir et réaliser une prise en charge physiothérapeutique optimale de personnes atteintes d'affections du système cardio-respiratoire ainsi que de développer l'autonomie et les outils pour améliorer l'efficacité dans le choix et la mise en pratique des moyens utilisés pour les traitements.

SOARIAN, la partie physiothérapie du dossier patient informatisé a été développé dans l'équipe de physiothérapie de pédiatrie du CHUV comme site pilote. Le déploiement dans tous les services de physiothérapie est prévu pour 2013.

La physiothérapie du CHUV continue à être active au sein de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain, avec la présence du Physiothérapeute chef du CHUV dans une des commissions.

Le service d' **Ergothérapie** a traité 5'325 patients durant l'année, pour un total de 30'436 heures de prestations. Le volume d'activité a augmenté de 10% par rapport à 2011, ceci avec un effectif identique. Un peu plus du tiers des heures facturées résultent des interventions au Département de l'appareil locomoteur, et un autre tiers au Département des neurosciences cliniques. Le solde est réalisé en pédiatrie et au CUTR de Sylvana.

Dans la perspective de la prévention des escarres, les ergothérapeutes se sont formés à l'emploi de la nappe de pression (cf fig.6) afin d'évaluer précisément la qualité de la position assise. La pratique dans ce domaine s'est significativement développée. Les ergothérapeutes ont en outre bénéficié d'un cours sur l'emploi du bilan en activité

Assessment of motor and process skills (AMPS). L'AMPS est désormais intégré régulièrement dans la clinique.

Le service contribue aussi à la formation pré-graduée et continue des professionnels. Trente stagiaires ont ainsi été accueillis, soit 12 étudiants en ergothérapie provenant des HES suisses ou de l'étranger, 8 stagiaires APS, ainsi qu'une dizaine de jeunes en stage d'observation. Deux ergothérapeutes ont dispensé des cours de formation continue en pédiatrie et en neuro-réhabilitation à l'équipe d'ergothérapeutes de l'Hôpital inter-cantonal de la Broye (HIB).

Le **Bénévolat**. Constituée en 2011 pour renforcer l'adéquation entre les besoins des services et l'offre du *Bénévolat au CHUV*, la Commission bénévolat a procédé à une large consultation auprès de l'ensemble des infirmier-e-s chef-fe-s de service. La démarche a permis d'évaluer les besoins des services et le degré de satisfaction lié aux collaborations existantes. Un certain nombre de pôles de développement de l'activité bénévole émergent, dans lesquels une concentration plus élevée des ressources permettra progressivement d'améliorer la qualité des interfaces et de l'encadrement des bénévoles. En pédiatrie et en gériatrie aigüe notamment, la restructuration des modes de fonctionnement et des dotations a d'ores et déjà engendré une amélioration significative des conditions d'intervention des bénévoles. L'ensemble bénéficiera tant aux patients des services concernés qu'aux équipes soignantes et aux bénévoles eux-mêmes.

En termes d'activité, le bénévolat offre 40 présences hebdomadaires dans 10 services cliniques différents. Il a en outre honoré 98 demandes d'accompagnement ponctuel durant l'année, principalement en début de nuit. En complément, notre partenaire CARITAS a réalisé 40 interventions pour 13 patients.

L'effort se poursuit en matière de formation. En 2012, 13 personnes ont participé aux journées de *sensibilisation aux particularités hospitalières* et rejoignent les services cliniques où elles sont affectées. Elles embrassent simultanément la formation cantonale *Accompagner des personnes gravement malades* d'une durée de 50 heures réparties sur un an. Six autres personnes poursuivent actuellement cette formation et 7 l'ont terminée avec succès en cours d'année. Un atelier de supervision proposé par le Centre des formations accueille mensuellement une dizaine de bénévoles.

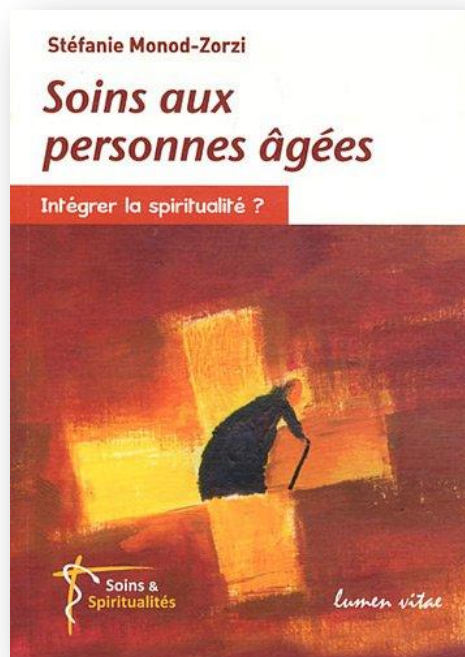


Figure 7.
Collection Soins & Spiritualités
Soins aux personnes âgées, paru en 2012

LES SOINS Prestations : Service social, Aumônerie.

Le **Service social somatique (SOC)** a accompagné 3'757 personnes en 2012 dont environ un quart en consultation ambulatoire. L'activité a augmenté de 7 % depuis 2011, avec une équipe de 24 collaboratrices et collaborateurs restée stable. La collaboration au sein du dispensaire antituberculeux a pu être légèrement renforcée, confirmant ainsi la nécessité de prendre en charge des personnes très précarisées souffrant d'une maladie en recrudescence. L'autre innovation porte sur l'accompagnement de la patientèle du secteur ambulatoire du service de neuroréhabilitation dans le contexte de la mise en place d'un hôpital de jour.

Cette année encore les situations sociales prises en charge ont été de plus en plus complexes et le SOC massivement sollicité pour démêler des questions d'assurance maladie inexistante ou insuffisante, de statuts de séjours fragiles ou illégaux ou encore de difficultés financières de toute une partie de la patientèle. Relevons également une augmentation du nombre de personnes âgées pour lesquelles une hospitalisation subite a été synonyme de mise au grand jour d'une détresse très importante où la précarité financière extrême le dispute à une solitude que l'on peine à imaginer.

Tout en assurant une activité quotidienne intense, le SOC a pu concrétiser deux projets institutionnels importants : l'élaboration du volet social dans le dossier patient informatisé en cours de développement et la mise sur pied du premier colloque réunissant les assistants sociaux des secteurs psychiatrique et en somatique. Cette opportunité de réfléchir tant sur la richesse de leurs pratiques différenciées que sur leur statut commun d'assistant social en milieu médicalisé sera rééditée en 2013.

En termes de formation continue, les assistants sociaux ont participé au 8^{ème} Colloque francophone « travail social et intervention systémique » organisé par la Haute école de travail social et de la santé eesp.

Les assistants sociaux des secteurs psychiatriques et somatiques se sont réunis pour la première fois à l'occasion d'un colloque intitulé « L'assistant-e social-e du CHUV entre identité et interdisciplinarité ».

Aumônerie œcuménique

Le fait marquant de cette année 2012 a été l'accord de principe donné par la Direction générale aux aumôniers de recueillir des informations ciblées et d'écrire dans le dossier informatisé du patient. Il a simultanément été demandé qu'un processus adéquat garantisse le respect du secret dont le patient est maître et la qualité des données retranscrites. Avec cet accord, les aumôniers ont désormais à leur disposition un nouvel outil favorisant la continuité de l'accompagnement, la collaboration interprofessionnelle et la sécurité des données patients. Les travaux permettant l'intégration dans Soarian[®] du volet aumônerie œcuménique ont débuté aussitôt. Régulièrement, tous ensemble ou en petits groupes, les aumôniers définissent progressivement leur manière d'établir une évaluation spirituelle suite à leurs visites et à en rendre compte de façon respectueuse pour les patients à l'équipe soignante et médicale.

Les visites aux patients et à leur entourage demeurent la priorité des aumôniers. Ils ont été de plus en plus sollicités par les équipes soignantes tant pour les situations complexes que pour leur propre soutien dans le cadre de groupes de paroles ou de rencontres ponctuelles.

Dans le domaine de la formation, une nouvelle forme de stage a été inaugurée. D'une durée de cinq semaines, il offre la possibilité à des aumôniers expérimentés de se former à l'utilisation de l'outil d'évaluation de la détresse spirituelle des personnes âgées hospitalisées, outil développé au CUTR de Sylvana. Une évaluation détaillée a été réalisée tant par les quatre aumôniers engagés dans la formation que par les équipes médico-infirmières dans lesquelles ils ont travaillé.

En matière de publication enfin, on notera la sortie de deux nouveaux ouvrages de la collection Soins & Spiritualités en 2012, dont « Soins aux personnes âgées » écrit par Dr^{esse} Stefanie Monod-Zorzi (CHUV, Dpt de médecine). Cette collection destinée à nourrir la réflexion sur le thème controversé des liens entre médecine et questions de spiritualités est co-dirigée par Cosette Odier, formatrice et coordinatrice à l'aumônerie œcuménique du CHUV.

Département	Ergothérapeute	Physiothérapeute	Assistant-e social-e	Educateur-trice
Direction	24.39	0.30	17.16	-
Dpt de médecine (DM)	-	25.10	0.98	-
Dpt des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA)	-	21.38	-	-
Dpt de gynécologie-obstétrique et génétique médicale (DGOG)	-	-	-	-
Dpt médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP)	-	14.47	-	5.41
Dpt de psychiatrie (DP)	8.00	3.96	38.26	8.45
Dpt universitaire de médecine et santé communautaire (DUMSC)	-	-	5.44	-
Dpt de l'appareil locomoteur (DAL)	-	29.46	-	-
Dpt des neurosciences cliniques (DNC)	-	14.78	-	-
Dpt des centres interdisciplinaires et logistique médicale (DCILM)	-	-	-	-
Secteur psychiatrique Nord (SPN)	2.60	0.50	4.67	0.90
Secteur psychiatrique Ouest (SPO)	3.40	0.62	3.64	-
TOTAL 2012	38.40	110.58	70.15	14.76
(2011)	(38.81)	(104.03)	(67.47)	(14.57)

Tableau 1.
Effectifs moyens 2012
Catégories non IN, en EPT

LES SOINS *Le capital humain, première richesse de l'entreprise*

Pour 2012, l'ensemble des EPT réels au budget ordinaire du CHUV représentaient 7'703 EPT (7'482 en 2011). Les soins infirmiers (cadres, personnel qualifié et personnel d'assistance) représentent 39% de ce total, soit 3'007 EPT (2'918 EN 2011), ce qui montre une stabilité de la proportion du personnel de soins par rapport à l'année précédente (2011: 39%).

Tableau 2.
Effectifs moyens 2012
Catégories IN, en EPT

Départements	Personnel diplômé				Personnel d'assistance			Total IN
	-IN1- Cadres	-IN2- Experts et enseignants	-IN3- Infirmiers	Total 1	-IN4- IA et ASSC	-IN5- Aides aux soins	Total 2	
Direction (DSO)	14.88	14.94	70.03	99.85	1.90	17.50	19.40	119.25
Administration et Finances	-	-	0.93	0.93	-	0.25	0.25	1.18
Département formation et recherche	-	-	1.44	1.44	-	-	-	1.44
Dpt de médecine (DM)	28.02	-	316.35	344.37	53.39	89.48	142.87	487.24
Dpt des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA)	23.18	1.69	324.94	349.81	24.26	62.95	87.21	437.02
Dpt de gynécologie-obstétrique et génétique (DGOG)	10.13	-	146.52	156.65	9.52	39.26	48.78	205.43
Dpt médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP)	26.22	2.10	330.39	358.71	25.97	28.30	54.27	412.98
Dpt de psychiatrie (DP)	26.27	7.73	215.86	249.86	20.05	24.22	44.27	294.13
Dpt universitaire de médecine et santé communautaires (DUMSC)	0.80	-	10.98	11.78	-	-	-	11.78
Dpt de l'appareil locomoteur (DAL)	14.35	-	133.00	147.35	26.34	35.94	62.28	209.63
Dpt des neurosciences cliniques (DNC)	8.30	0.20	89.40	97.90	10.53	24.72	35.25	133.15
Département Pathologie et Médecine de Laboratoire	-	-	0.13	0.13	-	-	-	0.13
Dpt de radiologie médicale (DRM)	5.19	-	9.83	15.02	0.50	1.50	2.00	17.02
Dpt centres interdisciplinaires/logistique médicale (DCILM)	22.66	2.00	344.78	369.44	12.53	97.30	109.83	479.27
Secteur psychiatrique Nord (SPN)	5.80	0.24	46.14	52.18	3.29	2.72	6.01	58.19
Secteur psychiatrique Ouest (SPO)	7.38	-	58.02	65.40	5.12	8.14	13.26	78.66
Psychogériatrie chronique - Gimel	1.60	-	8.76	10.36	7.74	42.11	49.85	60.21
TOTAL 2012	195	29	2'108	2'331	201	474	676	3'007
(2011)	(193)	(28)	(2'059)	(2'279)	(134)	(504)	(639)	(2'918)

2011-2012

		Maladie	Accident	Maternité	Obligations légales	Motifs familiaux	Formation	Compensations	Total	Progression
IN: Infirmier	2012	14.24	2.37	4.33	0.09	0.90	4.96	0.62	27.51	-1.29%
	2011	14.12	2.13	4.72	0.11	0.93	5.35	0.53	27.86	
MT: Médico-technique	2012	9.07	0.94	2.34	0.48	0.83	2.99	0.41	17.07	-14.63%
	2011	9.51	1.46	4.32	0.54	0.76	2.95	0.47	20.00	
PS: Psycho-social	2012	7.28	0.22	4.61	0.08	0.76	3.18	0.03	16.17	-4.12%
	2011	7.08	0.67	4.70	0.12	0.73	3.31	0.25	16.86	
CHUV	2012	11.44	1.50	3.30	0.33	0.80	3.60	0.67	21.64	-2.31%
	2011	11.48	1.59	3.52	0.36	0.81	3.68	0.73	22.15	

Tableau 3.
Comparatif 2011-2012 du nb moyen de jours d'absence par collaborateur-trice par an.

2012

	Maladie	Accident	Maternité	Obligations légales	Motifs familiaux	Formation	Compensations	Total
Cadres infirmiers	6.14	2.10	1.31	0.06	0.74	6.41	1.35	18.10
Infirmiers enseignants	5.54	0.78	0.84	0.00	0.42	6.69	0.35	14.62
Infirmiers diplômés	13.58	1.88	5.66	0.10	0.95	5.20	0.56	27.92
Inf. assistants, nurses, ASSC	17.48	3.19	1.38	0.14	0.69	2.46	0.26	25.60
Personnel d'assistance	19.93	4.43	1.02	0.03	0.87	4.26	0.78	31.32
Tout le personnel infirmier 2012	14.28	2.37	4.33	0.09	0.90	4.96	0.62	27.54

Tableau 4.
Nb moyen de jours d'absence par collaborateur-trice par an selon la catégorie professionnelle infirmière (IN)

LES SOINS Ressources humaines : les mouvements, les absences

Sur l'ensemble des collaborateurs des soins, le pourcentage de cadres est à nouveau en diminution et représente 6% du personnel de soins (7% en 2011), soit le plus bas des groupes professionnels alors que la moyenne CHUV est de 11,2% (11,3% en 2011). Le personnel diplômé représente 78% du personnel de soins (CHUV = 74,9%) et le personnel d'assistance ou non-qualifié est de 16% (CHUV = 13,8%).

57% du personnel IN travaille à plein temps (CHUV = 58%), 22% travaille de 80 à 99%, 18% travaille de 50 à 79% de taux d'activité et 3% travaille à moins de 50%. On note donc un léger glissement de 1% de collaborateurs-rices qui sont passés d'un plein temps à un taux de 80 à 90%.

En 2012, 47% de l'ensemble du personnel IN est de nationalité suisse pour 53% de personnel étranger. Ce personnel est à 81% féminin et à 19% masculin et l'ancienneté moyenne au CHUV des IN est de 8,1 ans.

Mouvements. Avec les départs de 257 EPT durant l'année écoulée (313 en 2011), le taux de rotation du personnel des soins continue de baisser et a été de 8,5% pour 2012, soit une baisse de 2,2% par rapport à 2011. C'est un taux historiquement bas et de moitié inférieur aux taux de départs du milieu des années 2000.

Le taux de rotation du personnel de soins qualifié de 9,8% pour l'année écoulée est en constante baisse pour la 5^{ème} année de suite (11,6% en 2011) alors que celui du personnel d'assistance à 4,95% a presque diminué de moitié (9,6% en 2011) alors qu'il était en hausse régulière depuis plusieurs années. Par contre, le taux de rotation des cadres, qui est de 5,43% repart à la hausse (3,1% en 2011).

Le taux de rotation du personnel des soins continue de baisser et a été de 8,5% pour 2012, soit une baisse de 2,2% par rapport à 2011. C'est un taux historiquement bas et de moitié inférieur aux taux de départs du milieu des années 2000.

Absences. Le personnel des catégories IN (*personnel infirmier et d'assistance aux soins*) présente un taux d'absence régulièrement plus élevé que celui d'autres catégories professionnelles au CHUV (tableau 3) telle que la catégorie *médico-technique* dont font partie les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ou la catégorie *psycho-social* à laquelle sont rattachés les assistants sociaux. Mais, contrairement aux années précédentes, le taux d'absentéisme (maladie, accident, maternité et motifs familiaux) dans les soins infirmiers est resté presque stable cette année à 9,64% mais toujours plus élevé que le taux moyen général du CHUV qui est à 7,51%.

Le taux d'absences du personnel psychosocial est de 5,68% (5,83% en 2011), soit une légère diminution. Pour le personnel médico-technique, le taux est de 5,82% (7,07% en 2011).

Si l'on observe plus en détail (tableau 4) les données concernant le personnel IN et ses sous-catégories, on peut relever quelques éléments saillants:

- relative stabilité des jours de maladie du personnel de soins (14,2 jrs) ainsi que du personnel médico-thérapeutique (9,1 jrs) et du personnel psychosocial (7,3 jrs). A l'intérieur du groupe IN, le nombre de jours moyen de maladie augmentent dans les groupes de personnel moins qualifiés par rapport au personnel qualifié et aux cadres.
- les jours d'absence pour accident du IN ont augmenté en 2012 (2,37 jrs) alors que ceux des collaborateurs MT (0,94 jrs) et PS (0,22 jrs) ont diminués.
- les absences pour cause de maternité du personnel IN ont très légèrement diminué d'un demi-jour (4,33 jrs) comme d'ailleurs le nombre de jours pour toute l'institution (3,30 jrs). Dans le groupe IN, c'est le personnel infirmier diplômé qui est le plus concerné avec une moyenne de 5,66 jours.
- les jours de formation ont légèrement diminué dans le groupe IN avec 4,96 jrs/collaborateur (5,35 jrs en 2011) alors qu'ils sont restés stables pour le personnel MT et PS comme pour l'ensemble du personnel CHUV.



Figure 8.
Salon des métiers et de la formation - Lausanne
 Un jeune public enthousiasmé par l'atelier de réanimation proposé par les professionnels.
 © Jonathan Cossy

SALON DES MÉTIERS ET DE LA FORMATION LAUSANNE



Figure 9.
Elèves de l'année de préparation professionnelle de Bienne
 Une découverte des métiers de l'hôpital organisée en collaboration avec la LOH

LES SOINS Ressources humaines : promotion & recrutement

Répondre aux besoins présents et futurs en personnel de santé de l'hôpital, c'est assurer la sécurité, la qualité et la continuité des soins. C'est dans cette perspective que le CHUV s'ouvre sur la Cité, soit en accueillant de jeunes visiteurs, soit en allant à leur rencontre.

Le **GT Promotion des soins infirmiers** relève une triple mission auprès de ses publics cibles en Suisse et à l'étranger : renforcer l'image de l'institution, attirer les professionnels, promouvoir la profession infirmière.

Quatre rendez-vous internationaux ont été honorés : le Salon infirmier de Paris, le Forum emploi de Charleroi (Belgique), UNAIBODE (Union nationale des associations d'infirmier-e-s de bloc opératoire diplômé-e-s d'Etat) à Metz et le 5^{ème} congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones (SIDIIEF) à Genève.

Le salon professionnel parisien et la rencontre entre jeunes diplômés belges et employeurs potentiels en Belgique demeurent, année après année, des opportunités significatives pour augmenter la notoriété du CHUV et attirer les meilleurs éléments. Ces deux manifestations jouissent d'une fréquentation impressionnante. Avec ses 34'000 visiteurs et près de 200 exposants, le Salon infirmier de Paris se présente d'ailleurs comme la 1^{ère} manifestation paramédicale en Europe. Même constat du point de vue qualitatif : les professionnels avec lesquels des contacts sont établis dans le cadre de ces événements sont, pour la plupart d'entre eux, des individus engagés dans la recherche méticuleuse des perspectives professionnelles qui concorderont avec leurs ambitions. Certains parcourent d'ailleurs plusieurs centaines de kilomètres jusqu'au lieu où le contact décisif aura lieu. Signe de l'attrait de ces manifestations, le nombre d'exposants étrangers au pays hôte augmente au fil des ans.

A Metz, la configuration est différente dans la mesure où la manifestation est itinérante et s'inscrit directement en lien avec les besoins spécifiques du domaine opératoire. Après Bordeaux en 2010 et Montpellier en 2011, il s'agissait de la 3^{ème} participation du CHUV à ce rendez-vous caractérisé par une forte demande des employeurs et la rareté des ressources dans le domaine. Pour cette édition 2012, les retombées n'ont d'ailleurs pas été à la hauteur des attentes du CHUV.

Quant au **Congrès mondial du SIDIIEF**, il réunit durant quatre jours plus de 1'500 infirmières et infirmiers francophones des cinq continents, récolte quelques 600 abstracts en réponse à l'appel à communication lancé en amont et touche, au moment de sa promotion, près d'un million de professionnels dans une trentaine de pays. Voyant dans cette édition suisse (congrès itinérant) une occasion inédite « d'inscrire le CHUV sur la carte du monde », le Collège de Direction des soins a opté pour une présence sous de multiples formes : la Direction des soins et la FBM ont conjointement présenté le modèle

vaudois d'éducation interprofessionnelle dans le cadre d'un symposium international, 13 communications orales et 8 posters ont été réalisés, le stand d'expo du CHUV a accueilli 1'000 visiteurs avec convivialité, le CHUV figurait au rang des sponsors grâce à une contribution apportée au fonds de soutien et, enfin, 20 congressistes nord-américains et africains ont bénéficié d'une journée de visite au CHUV.

Salon des métiers et de la formation. Avec plus de 25'000 visiteurs en 6 jours à Beaulieu-Lausanne, le Salon des métiers et de la formation s'impose progressivement comme un rendez-vous romand incontournable pour la promotion des professions auprès des 14-17 ans. Les métiers de la santé y étaient présentés pour la première fois par le CHUV lors de cette 3^{ème} édition de la manifestation.

Sept partenaires vaudois ont unis leurs moyens pour proposer un véritable quartier santé aux jeunes visiteurs et leurs parents : Le Centre d'information des professions santé-social (CiPS), le CHUV, la Haute école de santé La Source, l'Ecole supérieure de la santé, l'Ecole de soins et santé communautaire, l'AVDEMS et les CMS. L'effet obtenu est celui d'un *monde* de la santé qui s'ouvre aux jeunes avec des possibilités professionnelles multiples et adaptées aux possibilités et aspirations de chacun. Sur la base de ce succès, l'expérience sera reconduite en 2013.

La Journée nationale "**Futur en tous genres**" a vu déferler plus de 200 enfants sur le CHUV le 8 novembre. L'événement est initié par le Bureau de l'égalité et s'adresse aux élèves de la 5^e à la 7^e année scolaire. Il vise le décloisonnement des rôles et des métiers entre les sexes. C'est aussi, pour bon nombre d'enfants, l'occasion d'un premier contact avec le monde du travail.

Les animations proposées aux enfants des collaboratrices et collaborateurs du CHUV présents ce jour là sont le fruit d'une étroite collaboration entre le Centre des formations, la Direction des soins et la Logistique hospitalière. Trois professions soignantes ont été placées sur le devant de la scène de l'auditoire César-Roux lors de cette édition, sous forme d'atelier, de clips et de rencontres interactives avec les professionnels : ergothérapeute, physiothérapeute et infirmier-e.

Des visites du CHUV sont régulièrement organisées par la Direction des soins en réponse aux sollicitations des milieux de l'enseignement notamment, à l'exemple de la volée de 17 élèves biennois de l'année de préparation professionnelle venus explorer la diversité des métiers de l'hôpital au mois d'août (cf photo ci-contre).

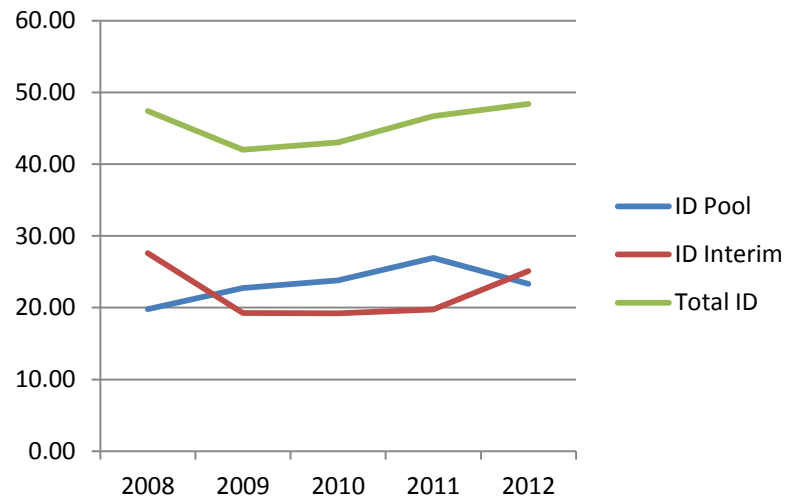


Figure 10.
Pool central et personnel intérimaire
 Evolution et répartition du personnel d'appoint diplômé, en ept.

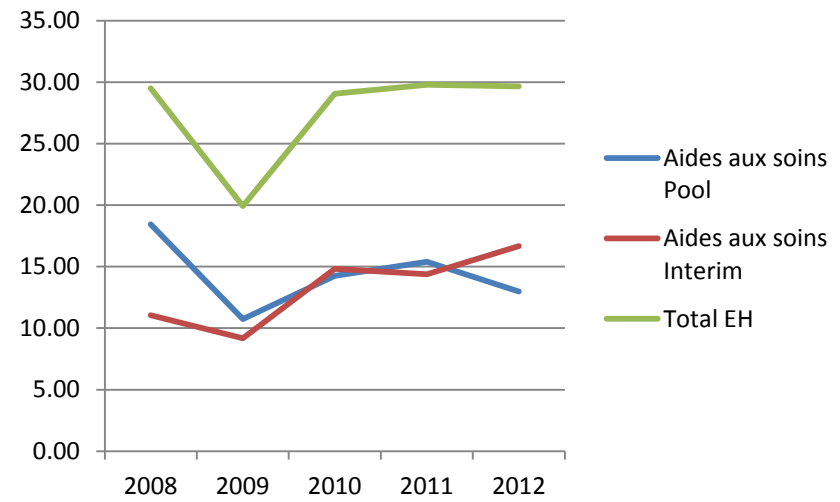


Figure 11.
Pool central et personnel intérimaire
 Evolution et répartition du personnel d'appoint non diplômé, en ept.

LES SOINS Ressources humaines : pool & personnel intérimaire, réinsertion

En parallèle des efforts de promotion et de recrutement mentionnés précédemment, le pool (ou *Unité commune de personnel soignant*) et le programme vaudois de réinsertion apparaissent comme des mesures complémentaires en vue d'assurer des effectifs suffisants d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

Le premier offre à ses collaborateurs des conditions de travail que les services cliniques ne pourraient garantir pour des questions d'organisation (taux d'activité flexible 40-100%, planification des jours de congé par le collaborateur, etc.) mais qui rencontrent harmonieusement le besoin de conjuguer par exemple vie familiale et vie professionnelle à certains stades de la vie ; en contrepartie, l'institution dispose de professionnels souvent expérimentés prêts à intervenir pour compenser des absences dans les équipes de soins et garantir ainsi la sécurité et la qualité des soins.

Le second répare le lien entre des infirmières et infirmiers formés et le monde du travail lorsqu'il a été rompu ; ce faisant, il favorise le retour à l'hôpital de professionnels motivés et préparés.

Pool central et personnel intérimaire.

Fait rare, les demandes de personnel d'appoint au Pool central sont restées très élevées pratiquement toute l'année, représentant en moyenne entre 78EPT. Environ 70 demandes sont ainsi adressées quotidiennement au Pool par des services cliniques souvent en proie aux situations d'engorgement. Les ouvertures temporaires de lits supplémentaires et les phénomènes épidémiques (ex : MRSA) génèrent aussi leurs lots de demandes pour assurer une dotation suffisante des unités de soins.

La proportion de missions honorées par les professionnels du Pool central représente 48 % par rapport à 52 % de missions intérimaires, sans que cette proportion ne puisse être significativement renversée. En fin d'année, de nouvelles agences de travail temporaire ont d'ailleurs dû être sollicitées pour répondre aux besoins. Au final, la quasi-totalité des demandes ont pu être honorées, mais au prix de problèmes récurrents avec des

Environ 70 demandes sont adressées quotidiennement au Pool central du CHUV par des services cliniques souvent en proie aux situations d'engorgement. Les ouvertures temporaires de lits supplémentaires et les phénomènes épidémiques (ex : MRSA) génèrent aussi leurs lots de demandes pour assurer une dotation suffisante des unités de soins.

collaborateurs intérimaires qui connaissent insuffisamment le CHUV pour y être performants dans le cadre de missions courtes.

Mandatée par la Direction des soins, la Direction des ressources humaines a procédé à une analyse du fonctionnement des pools soignants au CHUV. Présentés en juin, les résultats indiquent que la gestion du Pool central est pertinente du point de vue du recrutement et de la facturation. Les recommandations formulées portent notamment sur le renforcement des contrôles avant paiement pour le personnel intérimaire, l'augmentation du tarif horaire facturé aux départements et le recours aux CDD pour gérer la période qui, chaque année, précède l'entrée des jeunes diplômés de la région sur le marché du travail. Enfin, en matière d'organisation, quatre scénarii d'avenir sont esquissés pour structurer les réflexions futures.

Relevons encore que le *Règlement relatif aux conditions d'engagement au sein du Pool du personnel soignant auxiliaire du CHUV* et ses directives d'application sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2012. Ces documents apportent une meilleure clarification quant aux conditions d'engagement et aux exigences institutionnelles.

Le **Programme cantonal de réinsertion professionnelle** mis sur pied en septembre 2004 rencontre toujours un vif succès tant il répond aux besoins des infirmières se trouvant en situation de réinsertion ou de réorientation professionnelle et des institutions de soins, tous domaines confondus.

En 2012, 61 infirmières ont bénéficié des prestations du *Centre d'information des professions santé-social* (CiPS) et 13 infirmières-assistantes ont bénéficié de conseils concernant leurs projets professionnels. Lors de la cérémonie annuelle de remise des certificats, ce ne sont pas moins de 42 professionnels qui terminaient avec succès leur parcours de réinsertion.

D'avantage d'infirmières-assistantes ont pris contact avec le CiPS ces deux dernières années, le plus souvent à la recherche d'un nouveau poste de travail ou de possibilités de formation. Le phénomène est en partie lié aux modifications légales portant sur la reconnaissance des titres et le soutien important accordé par le Service de la santé publique pour promouvoir la formation de ces professionnelles et, ainsi, leur évolution vers des titres reconnus.

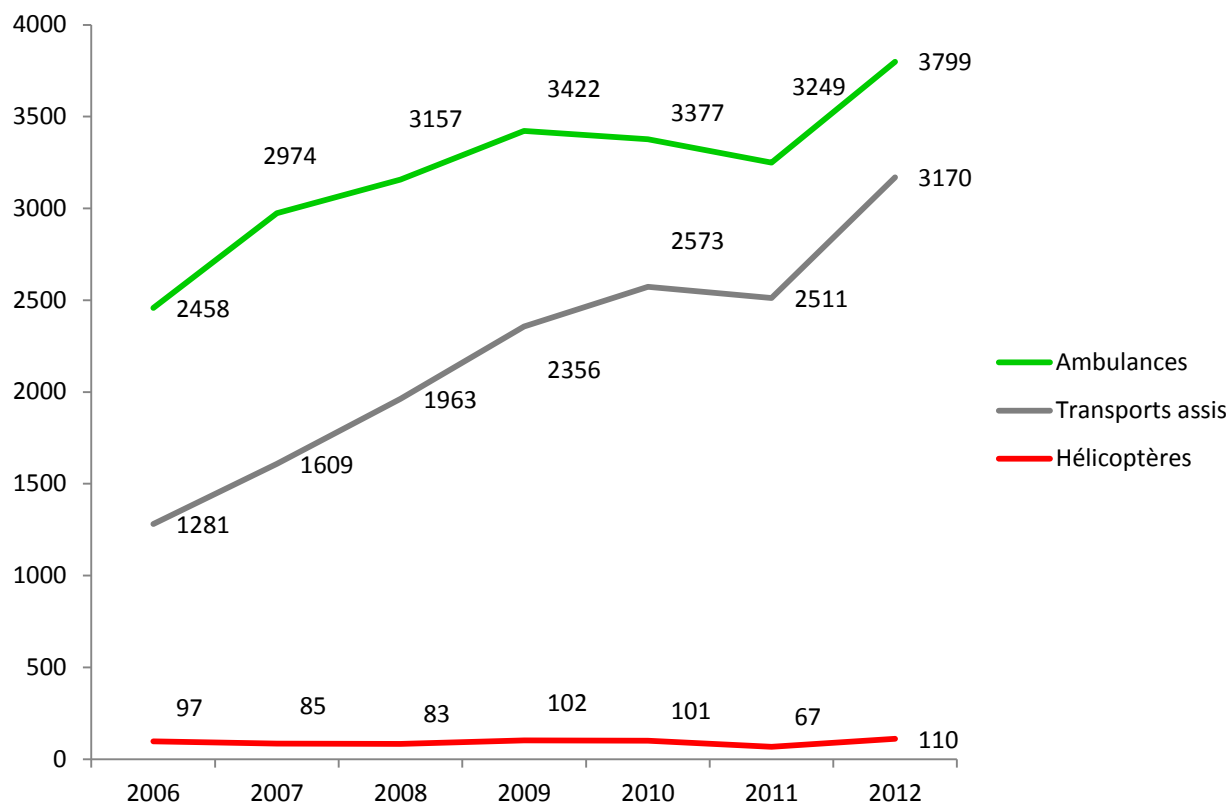


Figure 12.
Coordination des transferts patients
 Evolution du recours aux différents modes de transport au fil des ans

Tableau 5.
Coordination des transferts patients
 Evolution du nombre total de missions

Années	Evolution
2003-2004	+8.9%
2004-2005	+3.6%
2005-2006	+5.4%
2006-2007	+11.2%
2007-2008	+15.3%
2008-2009	+7%
2009-2010	+ 2.9%
2010-2011	+0.7%
2011-2012	+5.5%
2003-2012	+79%

LES SOINS Organisation : gestion des flux et coordination des transferts de patients

L'activité de la **Gestion des flux de patients** (GFP) en 2012 a été très intense au cours du premier trimestre. Les capacités d'accueil maximales sont très régulièrement atteintes dans les secteurs suivants : urgences, soins intensifs, soins continus et unités de médecine interne adulte. Le taux d'occupation global de l'institution a nécessité une implication quotidienne importante avec des transferts sur les hôpitaux partenaires (627 transferts par engorgement depuis les urgences). Une autre mesure est désormais systématique, qui consiste à héberger des patients de médecine interne adulte dans d'autres services cliniques afin d'augmenter la capacité d'accueil. On parle alors de lits « satellites ».

Le nombre de patients privés transférés directement depuis les urgences en clinique (178 cas) reste également très important. Il s'agit avant tout de patients dépendant de la médecine interne adulte.

La collaboration avec les partenaires de soins a été renforcée pour l'hiver 2012-2013 et un plan d'action en cas d'engorgement a été élaboré.

Les projets qui impliquant la gestion des flux patients sont notamment :

- le suivi des conventions avec le CTR de Lavaux, L'EMS le Pacifique et le SPAH La Paix du soir en collaboration avec le réseau ARCOS
- la participation active au groupe de travail réunissant mensuellement le Service de la santé publique, ARCOS et le CHUV ; les réunions ont pour objectif d'examiner en permanence les mesures permettant de fluidifier les transferts de patients du CHUV vers des lits B et C afin de libérer des capacités d'accueil en soins aigus ; les projets d'ouverture de lits B et C et de création d'une 3^{ème} structure de préparation à l'hébergement en EMS (SPAH) à la Rozavère ont été au centre de l'attention du groupe
- le projet de nouvelle filière de réadaptation gériatrique REAGER-READOM, dans la mesure où les patients qui y entrent sont orientés vers des services de chirurgie afin de libérer des lits en médecine interne.

Des délégations du Service de la santé publique, du réseau ARCOS et du CHUV se réunissent chaque mois avec, comme objectif, de fluidifier le transfert vers l'extérieur des patients qui n'ont plus besoin des structures et des compétences du CHUV.

Des indicateurs de suivi de l'activité de la GFP permettent de documenter trimestriellement l'activité des flux grâce à des indicateurs spécifiques :

- Cas traités reclassés en lit C (en 2012, 792 cas dont 575 pour le secteur somatique et 217 pour le secteur psychiatrique)
- Cas traités reclassés en lit B (en 2012, 1'501 cas)
- Lits occupés par des reclassements B ou C (91.95 lits en moyenne)
- Transferts par engorgement (en 2012, 627 cas soit une augmentation de 46% par rapport à 2011)
- Taux d'occupation des soins intensifs et des soins continus

Coordination des transferts de patients (CTP)

Des hôpitaux qui fonctionnent en réseau génèrent des déplacements de patients. Ils doivent dès lors pouvoir garantir la sécurité et de ces transferts. Plutôt que de recourir systématiquement à l'ambulance ou l'hélicoptère, le CHUV a décidé, en 2002, de confier à des infirmiers spécialisés et à des chauffeurs ambulanciers la mission de faire correspondre les besoins des patients, les moyens de transport et l'accompagnement nécessaire. Un maillon encore manquant de la chaîne des soins était ainsi créé, assurant un lien optimal entre les professionnels du lieu de sortie et ceux du lieu de destination.

Aujourd'hui dotée de dix collaborateurs, la Coordination des transferts de patients collabore étroitement avec les entreprises d'ambulance régionales ; elle mobilise les transports automobiles pour les personnes à mobilité réduite ou les moyens hélicoptérés et les compagnies aériennes lorsque la situation le nécessite.

Elle assure ainsi en moyenne plus de dix-huit déplacements par jour et plus de 80 rapatriements par an ; une activité qui n'a cessé de prendre de l'ampleur au fil des ans. Cette augmentation du nombre de transferts tant intra- qu'intercantonaux (270% pour les transferts intercantonaux durant la seule année 2012), liée à l'engorgement du système de soins et à la nécessité de travailler en réseaux, a un coût, puisque tous les frais sont à la charge de l'hôpital de départ.

Cette petite structure unique en Suisse, citée en exemple jusque dans des publications australiennes, aborde maintenant le virage de l'informatisation du dossier patient, dans une déclinaison mobile.

Tableau 6.
Stage conventionnés
Nb de jours

	2011	2012	
HES santé - social			
APS	-	4'551	
Soins infirmiers	20'271	16'877	-16.74%
Sage-femme	2'160	2'160	+0.00%
Physiothérapie	2'319	2'636	+13.67%
Ergothérapie	968	830	-14.86%
Technicien en radiologie médicale	1'911	1'520	-20.46%
Diététicien	510	565	+10.78%
Travail social	1'512	1'251	-17.26%
Total des jours HES:	29'651	30'390	+2.49%

Professions CFC + ES

Ambulanciers	556	488
Assistant en soins et santé communautaire	2'322	2'319
Technicien en salle d'opération	1'292	1'628
Technicien en analyse biomédicale	3'557	3'187
Total des jours autres professions:	7'727	7'622
Total des jours de stage	37'378	38'012

Tableau 7.
Stages non conventionnés

	Stagiaires	Jours
Pré-stages de 1 à 6 mois	182	9'666
Stages propédeutiques de 1 mois	44	951
Stages d'observation jeunes (16 ans)	100	509
Stages de l'OPTI Vaud	11	55
Ecole pénitentiaire Fribourg (CFSPF)	10	149
Stages étudiants IFSI (France & Belgique)	22	837
Stages cadres de soins (France)	4	31
Stages diplômés suisses	26	231
Totaux:	399	12'429

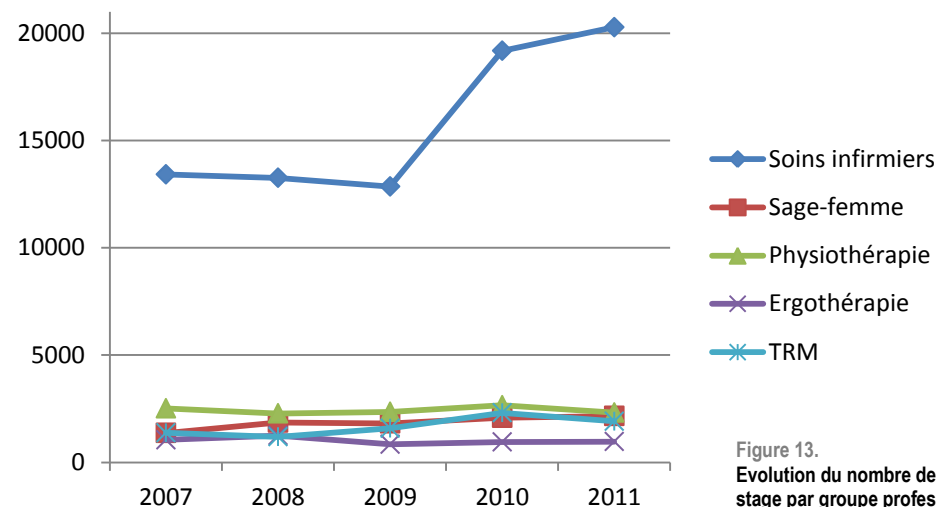


Figure 13.
Evolution du nombre de jours de stage par groupe professionnel

LA FORMATION Stages au CHUV et formations externes

Total général des jours de stage santé/social réalisés au CHUV en 2012 : 50'441 jours

Stages conventionnés. L'augmentation régulière du nombre d'étudiants de la HES-SO, tout particulièrement dans la filière soins infirmiers, amène une forte pression sur les services cliniques reconnus comme lieux de pratiques par les centres de formation. Cette pression est de même nature pour les formations de niveau ES (TSO, ambulanciers) et pour le niveau CFC (ASSC, ASE). Cela implique une mobilisation importante de ressources en professionnels pour répondre aux attentes des centres de formation d'avoir des praticiens formateurs formés et accrédités (HES) ou des formateurs en entreprise (CFC). Ces ressources sont à la charge des services cliniques et des secteurs médico-techniques qui mettent des professionnels formés à la pédagogie à disposition des étudiants et apprentis.

Sur 2012, le CHUV a absorbé une nouvelle augmentation des journées de stage réalisées (tableau 6) avec un total de recensé de 50'441 jours de stage effectués dans les différents lieux de formation pratique. Cette très forte augmentation est due à trois éléments, soit :

- une augmentation régulière et importante des stages réalisés par les étudiants des différentes filières de la HES-SO et plus particulièrement de la filière soins infirmiers
- un recensement de plus en plus exhaustif de tous les différents types de stages de la santé au CHUV (incluant aussi les pré-stages et stages propédeutiques)

Les stages des filières *soins* et *travail social* de la HES-SO représentent 30'390 jours de stage (2011 = 29'651) pour 967 étudiants (918 en 2011), soit une augmentation de 730 jours de stage réalisés. En 2012, les stages HES en soins infirmiers représentent 68% des stagiaires (660 stagiaires) et 70,5% des jours de stage (21'428 jours). L'essentiel des étudiants HES viennent des sites de formations vaudois mais le CHUV a offert 1'250 jours de stage à 45 étudiants HES d'autres cantons romands, essentiellement pour les filières diététique (Genève), sage-femme (Genève), soins infirmiers (Fribourg, Genève, Valais et Neuchâtel) et physiothérapie (Genève et Valais).

On note une variabilité importante, d'une année à l'autre, du nombre de jours de stage effectués par des élèves TSO (1628 jours) et des élèves ambulanciers (488 jours) mais il y a une tendance à l'augmentation des stages réalisés pour ces deux formations.

Toutefois, ces données ne tiennent pas compte des apprentis en formation initiale ou des collaborateurs du CHUV qui font un apprentissage en emploi dans ces filières et qui sortent des statistiques des jours de stages réalisés qui, elles, ne tiennent compte que des élèves en école. Pour les apprentis Assistants-es en soins et santé communautaire en voie école, on note une stabilité, en 2012, du nombre de jours de stage à 2319 jours alors que l'on ne voit pas apparaître dans ces tableaux les apprentis ASSC des formations duales « jeune », « senior » et « FIR » dans lesquelles sont engagés une trentaine de collaborateurs-rices apprentis du CHUV alors que ceux-ci sollicitent un fort engagement des Services cliniques qui ont la mission de les former.

Stages non-conventionnés. Notre institution continue d'attirer de nombreuses demandes pour des stages de natures très variées (tableau 7). Cela va d'adolescents intéressés à une future formation dans le domaine de la santé qui souhaitent observer l'activité d'un service clinique aux professionnels aguerris venant apprendre une technique spécifique dans l'un de nos centres de référence clinique. Nous attirons aussi de nombreux étudiants en soins infirmiers d'autres régions de Suisse ou de l'étranger (France, Belgique) qui souhaitent ensuite postuler, comme diplômés, dans l'un de nos services de soins. Nous recevons régulièrement des cadres de santé français en formation qui viennent observer l'organisation des soins et le management infirmier tel qu'il est structuré dans notre institution. Pour la 5^{ème} année de suite, nous organisons des stages pour les élèves de l'OPTI (office cantonal de perfectionnement et de transition) qui font une 10^{ème} année de scolarité dans l'attente de trouver une voie de formation scolaire ou un apprentissage.

Formations externes des collaborateurs. Les demandes de soutien auprès de la Direction des soins pour la participation à des formations, congrès et visites externes sont restées assez stable. Pour 2012, la Direction des soins a validé 323 demandes de soutien (2011 = 332), ce qui reste très stable mais un nombre certain de demandes ne parviennent pas en DSO car sont prises en charges complètement par le service/département concerné. 95 collaborateurs-rices ont bénéficié d'un soutien pour participer à 183 jours de congrès (1,9 jours / pers.) et 228 collaborateurs-rices ont bénéficié d'un soutien pour participer à des cours externes pour un total de 1661 jours, soit une moyenne de 7,3 jours de cours par collaborateur-riche alors que la moyenne était de 6,4 jours / pers. en 2011.

LA FORMATION Aperçu général

Formation des cadres. La Direction des soins a poursuivi le processus entamé fin 2010 avec la mise sur pied de séminaires *Leadership et gestion de la performance* destinés aux cadres infirmiers de tous niveaux. Le mandat est réalisé conjointement par Pr Danielle D'Amour, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, et le Centre des formations. Deux nouvelles sessions, sous forme de module de 3 jours, ont accueilli une trentaine de participants au printemps. L'évaluation menée au terme des séminaires démontre l'effet stimulant de cette formation. Les participants se sentent renforcés tant dans leur rôle de cadre que du point de vue de la discipline et apprécient la qualité des échanges et le « décloisonnement » lié au fait qu'à l'intérieur d'une même volée, ils proviennent de tous les secteurs de l'institution. Fort de ce constat, le Collège de Direction des soins a décidé de poursuivre le programme en 2013 afin d'offrir la possibilité aux 150 cadres infirmiers restant d'en bénéficier eux-aussi.

Master en sciences infirmières (MScN). La filière master mise sur pied à l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) et ouverte en 2009 avait délivré sa première volée en 2011. A ce jour, le CHUV compte 16 professionnels au bénéfice d'un MScN. Sept autres suivent actuellement le cursus et au moins autant sont candidats pour y entrer en 2013. La formation répond donc pleinement aux besoins de l'hôpital universitaire et, progressivement, les infirmier-e-s clinicien-ne-s spécialisé-e-s sortis de l'IUFRS investissent les services cliniques du CHUV équipés des compétences ainsi acquises

Infirmier-e clinicien (ICL). Fin mars, quatorze professionnels terminaient avec succès leur formation postdiplôme d'infirmier-e clinicien-ne au CHUV. Ces dix dernières années, 46 certificats d'ICL ont ainsi été délivrés. Pendant ce temps, le panorama des formations et options cliniques proposées s'est fortement diversifié, soit en réponse à de nouveaux besoins, soit sur des segments spécifiques. Simultanément, les divers profils de compétences en soins infirmiers font l'objet de travaux à l'échelle nationale (sous l'égide de l'OdASanté) dans le but de déterminer les niveaux d'examen et conditions d'accès pour dix filières spécialisées. La filière de clinicienne généraliste sera abordée au terme de ce processus. L'avenir de cette formation doit donc être examiné à la lumière des nouvelles réalités et une fois tous les paramètres-cadres connus. Par conséquent et dans l'intervalle, le Collège de Direction des soins et le Centre des formations décident de ne pas ouvrir de nouvelle volée à ce stade.

Aides-soignants. Bon nombre d'aides-soignants souhaitent légitimement évoluer professionnellement et bénéficier soit de formation continue, soit d'un accès à la formation d'ASSC. L'avenir de la fonction dans un contexte marqué par l'arrivée des ASSC leur apparaît même comme un réel motif d'inquiétude. Des travaux réunissant la Direction des soins, la Direction générale et la Direction des ressources humaines ont permis de se positionner rapidement en faveur de : création d'un groupe de travail sur l'avenir de la fonction au Département de médecine, recensement des candidats potentiels à la formation d'ASSC avec soutien financier institutionnel si nécessaire, information accrue sur le processus d'accès à la formation d'ASSC, définition d'un noyau dur commun de formation continue requis durant les trois premières années d'expérience au CHUV et développement du programme de cours répondant à ces besoins par le Centre des formations. L'ensemble des mesures développées fournit aujourd'hui aux aides-soignants des perspectives claires et tout-à-fait favorables pour l'avenir.

Catalogue des formations. L'offre du Centre des formations se compose de plus de 200 cours et cursus dont 80 environ répondent à des exigences institutionnelles, le reste étant soit optionnel, soit lié à l'offre de partenaires. La mise à jour du catalogue des offres est l'occasion de réactualiser la politique de formation des différents secteurs. Le Collège de Direction de soins s'est donc penché à plusieurs reprises sur l'évolution souhaitable du catalogue en lien avec des besoins et exigences avérés. Les formations destinées aux aides-soignants et celles liées au projet de développement des soins continus y font d'ailleurs leur entrée progressive. Le nouveau catalogue a ainsi été présenté aux cadres de soins en fin d'année et un second round de réflexion aura lieu en 2013 pour affiner la politique de formation de la Direction des soins en termes de priorités pour les services et départements cliniques.

Programme d'intégration. La qualité du programme d'intégration des nouveaux collaborateurs au CHUV représente un vrai atout et un argument de choix auprès de candidats intéressés par les perspectives professionnelles qu'offre l'hôpital universitaire. Les évaluations systématiques réalisées auprès des participants permettent d'améliorer le programme année après année. Pour les soignants, la 3^{ème} journée est importante dans la mesure où elle aborde des thématiques comme la douleur, les escarres, les transmissions ciblées et l'informatique notamment. En 2012, cette journée a été entièrement repensée et articulée autour de situations de soins emblématiques exploitées en atelier dans une perspective pratique et interdisciplinaire.

RECHERCHE & DEVELOPPEMENT Aperçu général

De la recherche à la pratique. Les patients hospitalisés sont 100 fois plus susceptibles de développer une thromboembolie veineuse que le reste de la population. La prophylaxie fait appel à des méthodes pharmacologiques et/ou mécaniques, mais ce second axe était jusqu'ici moins bien maîtrisé. Les travaux menés par un ICUS clinicien du CHUV, une enseignante du Centre des formations et une professeure HES permettent désormais aux professionnels d'opter pour des techniques dont l'efficacité est scientifiquement démontrée et d'y recourir sur la base d'indications précises.

Le processus suivi par cette équipe est emblématique de ce qui caractérise aujourd'hui la recherche en sciences infirmières à Lausanne. Le « virage académique » à peine abordé, les professionnels unissent leurs forces pour fournir des réponses aux questions posées sur le terrain. Là où la littérature fournit les éléments nécessaires, ils synthétisent et contextualisent les recommandations. Dans le cas contraire, la question devient objet de recherche. Enfin, l'intégration des savoirs scientifiques dans les pratiques constitue l'aboutissement qui permet une amélioration de la qualité des soins bénéfique aux patients. La mise en place de ce cercle vertueux concentre aujourd'hui les efforts de la Direction des soins et du Centre des formations du CHUV, de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) et des hautes écoles. C'est d'ailleurs dans cette perspective qu'a été créé en 2012 le *répertoire des questions de recherche* de la Direction de soins dans lequel figurent toutes les questions cliniques non résolues signalées par les services et susceptibles d'être traitées notamment par des étudiants de l'IUFRS ou des HES.

Une revue systématique de littérature réalisée sur la question de l'efficacité de l'éducation thérapeutique auprès des enfants atteints de cancer et leurs proches constitue un autre exemple emblématique des développements en cours. La démarche associe les compétences de cinq chercheurs, enseignants et cliniciens du CHUV, de l'IUFRS et des hautes écoles de la santé locales. Elle répond aux exigences méthodologiques du prestigieux Joanna Briggs Institute auquel est désormais affilié le Bureau d'échange des savoirs pour des pratiques exemplaires de soins (BEST) dont le CHUV est partenaire. Des formations à la réalisation de revues systématiques de littérature selon le modèle JBI accompagnent l'essor des travaux de ce type dans notre contexte.

En savoir plus : Ramelet AS, Wosinski J, Feltrin E, Mabire C, Rapin J. JBI Database of systematic reviews and implementations 11(1), pp 213-59, 2013.

Nos ambitions pour le futur : la DSO travaille à la mise sur pied d'une Commission de recherche, dans un partenariat fort avec l'IUFRS, et à la coordination de ses programmes de recherche pour tous les métiers du soin.

« RN4CAST – Registered nurse forecasting » est une étude impliquant plus de 330 hôpitaux dans 14 pays. Elle vise à analyser les liens entre la dotation en personnel infirmier, l'environnement de travail et un certain nombre d'outcomes auprès des patients comme des professionnels. En tant qu'hôpital participant, le CHUV s'était vu remettre les résultats bruts des 35 hôpitaux suisses inclus dans l'étude en 2011. La Direction des soins a poursuivi en 2012 l'exploitation et la diffusion de ces résultats. Parce qu'elle traite de thèmes en phase avec nos préoccupations actuelles (sécurité des patients, culture de la sécurité, qualité des soins, épuisement professionnel, skill-mix et utilisation de l'étendue de pratique infirmière, etc.), l'étude alimente de façon significative des réflexions en cours. Le même intérêt prévalait lors de la Conférence internationale RN4CAST à Bâle en automne, lorsque l'utilité d'une telle démarche dans un contexte marqué par l'introduction de nouveaux modèles de financement des hôpitaux était détaillée par des experts européens.

En savoir plus : www.rn4cast.eu

Facteurs d'attraction et de rétention en gériatrie (FAR)

est une étude menée conjointement par des chercheurs de la HEdS La Source et de l'Université du Québec à Rimouski. Elle vise à identifier comment la pénurie de professionnels est ressentie dans les institutions sanitaires, ainsi que les facteurs d'attractivité et de rétention des infirmiers en gériatrie. Soixante-neuf établissements vaudois ont participé à l'étude, dont le CHUV. Les résultats sont attendus début 2013.

En savoir plus : www.ecolelasource.ch

La Commission d'évaluation des demandes d'enquête

s'est vue soumettre 28 dossiers en 2012, contre 10 en 2011. Vingt demandes émanent d'étudiants HES des différentes filières avec une prédominance des filières Soins infirmiers et TRM. Les huit autres demandes provenaient d'étudiants en Master de l'UNIL (psychologie), de l'UNIGE (ressources humaines), de la Glasgow University (sages-femmes) et, finalement, une demande d'un gymnasien. Deux ont fait l'objet de préavis négatifs du fait que les enquêtes concernaient des populations vulnérables avec invitation à déposer une demande à la Commission cantonale d'éthique de la recherche.

Figure 14.
Modèle de documentation infirmière ESPOIR
 Développé au CHUV, il remplace progressivement le modèle DAR
 (Diagnostic – Action – Résultat) utilisé par les transmissions ciblées

Code	Libellé	
E	Evènement	Processus impliquant des acteurs dans un lieu
S	Signe, symptôme, attention	Ensemble des données caractérisant un état de santé résultant de l'observation et de l'évaluation ou éveillant l'attention du soignant.
P	Problème, ressource, risque	Résultat de l'analyse clinique
O	Objectif, évolution attendue	Projection de l'évolution attendue par le patient et les soignants de la situation clinique
I	Action, intervention, planification	Ensemble des soins, traitements, etc. prescrits, planifiés et adaptés à la situation clinique
R	Réponse, Résultat final	Evolution observée et mesurée de la situation clinique, comparée aux objectifs

CHUV	valeurs	2012	2011	2010	2009	2011 - 2012	2010 - 2011	2009 - 2010
Jours clients		319'419	311'718	320'532	312'287	-2.5%	-2.7%	+2.6%
Equilibre offre - demande								
PREVU moyen / 24 heures	ETP/24h	756.2	757.0	738.9	714.6	-0.1%	+2.4%	+3.4%
REEL moyen / 24 heures	ETP/24h	746.4	747.3	730.4	705.9	-0.1%	+2.3%	+3.5%
REQUIS moyen / 24 heures	ETP/24h	830.8	815.7	821.3	798.1	+1.8%	-0.7%	+2.9%
SURPLUS - PENURIE / 24 heures	ETP/24h	-84.4	-68.4	-90.9	-92.2	+16	+22.5	+1.3
SURPLUS - PENURIE / 24 heures	%	-10.2%	-8.4%	-11.1%	-11.6%	+1.8%	+2.7%	+0.5%
Evolution des heures-soins								
Heures-soins nettes requises	H/pat/24h	5.2	5.2	5.2	5.1	+0.0%	+0.0%	+2.0%
Heures-soins travaillées requises	H/pat/24h	8.4	8.3	8.2	8.2	+1.2%	+1.2%	+0.0%

Tableau 8.

Evaluation quantitative de la charge de travail

Globalement, l'analyse des données PRN consolidées de l'année 2012 laisse apparaître :

- une augmentation des journées-client (+2.47 %) en léger recul par rapport aux années précédentes
- une stabilité des HSNR et une légère augmentation des HSTR (+1.2%), pour la deuxième année
- un très léger recul du "Prévu" et du "Réel", guère significatif
- une croissance du "Requis" global conséquence des 3 points précédents

RECHERCHE & DEVELOPPEMENT Soins et systèmes d'information – SoSI

En place depuis 2007, le réseau SoSI (ou groupe SoSI élargi) est clairement devenu l'espace d'échange dans lequel les concepts imaginés par l'équipe SoSI concernant le futur du système d'information des soins peuvent être confrontés au point de vue d'experts du terrain provenant des différents départements du CHUV.

A partir du concept ESPOIR (fig.14) destiné à structurer la documentation des principaux événements liés aux séjours des patients rencontrés dans l'ensemble de l'institution, le projet de documentation informatisée des soins a pris une nouvelle dimension. L'opérationnalisation du modèle s'est traduite par la publication des spécifications à réaliser en 2013.

Les prestations de **Support** dispensées par SoSI ont été les suivantes :

- *Evaluation quantitative de la charge de travail PRN* en soins infirmiers (tableau 8).
- *Bases de données* : Poursuite des travaux de maintenance des bases de données en production (Service social, Gestion des flux, Bénévolat, ...) et de développement des bases de données CanTeam et Pool.
- *Cellule web* : Le webmaster de la Direction des soins gère, au sein de SoSI, sept sites internet ou intranet. Il intervient ponctuellement pour H-oxygène ou pour le service de la formation.
- *Outils de gestion* : Extension des collaborations avec le Département des laboratoires pour les travaux de mise à jour et développement du *Fichier des examens*. Les objectifs sont d'améliorer la présentation dans les sites intranet et l'intégration du fichier avec Soarian et Molis. Le développement de l'outil de *Calcul des dotations* requiert la poursuite du dialogue entre le contrôle de gestion centrale et les départements visant à l'intégration des données au datawarehouse afin de faciliter les travaux budgétaires et le suivi des consommations de ressources financières en lien avec les postes infirmiers.
- *Documentation des soins* : Les nombreux travaux menés ces dernières années ont débouché sur l'élaboration d'une maquette reprenant l'ensemble des fonctionnalités nécessaires à une documentation des soins. Elle intègre les outils quantitatifs et qualitatifs d'évaluation des phénomènes de soins et la prescription.
- *Documentation et facturation des soins ambulatoires*, les travaux d'extension à toutes les consultations se poursuivent. La constitution d'un référentiel prépare le

futur codage automatique des soins dans Soarian. Cette base de données reprend actuellement une cinquantaine de prestations infirmières.

En matière de **Développement**, des travaux spécifiques ont porté sur la modélisation de la documentation des soins et de l'enseignement thérapeutique. Ils ont ensuite été étendus à la consultation infirmière et aux soins relationnels en vue de les informatiser.

L'équipe SoSI participe activement au projet institutionnel visant à la mise en place du *bracelet patient* (cf page 9).

Traduction de la version 2011 de la Classification internationale de la pratique infirmière du Conseil international des infirmières. Le CHUV a assuré la conduite du projet principalement en collaboration avec le Canada.

Les prestations de **Formation** constituent un volet important de l'activité du groupe SoSI et accompagnent chacun des développements réalisés ainsi que dans le cadre de la semaine d'intégration des nouveaux collaborateurs, des formations d'ICUS, cliniciens et PF et, enfin, auprès des étudiants des HES vaudoises.

Notons enfin les **Participations** suivantes des membres de l'équipe SoSI dans des enceintes nationales et internationales :

- Comité de la *Société suisse d'informatique médicale* (SSIM)
- GT « SwissDRG et Soins » de l'*Association suisse des infirmières et infirmiers* (ASI)
- Comité Groupe d'intérêts communs *Informatique dans les soins infirmiers* de l'ASI
- Conseil de la *Fondation pour la sécurité des patients*
- Groupe d'accompagnement de l'étude *Qualité* de la Confédération (OFSP) sur la révision LAMal sur le financement hospitalier
- Conseil consultatif de politique de santé pour la stratégie qualité de la Confédération.
- *Réseau Latin des Systèmes d'Information et Soins Infirmiers* (RLSI2)
- *Comité européen de normalisation*.

En images Le 5^{ème} Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones SIDIEF (cf page19)



Symposium sur les nouvelles collaborations interprofessionnelles

Pr Pierre-André Michaud (Faculté de biologie et de médecine, UNIL) et Mme Hélène Brioschi Levi (Direction des soins, CHUV)

@SIDIEF



Symposium sur la recherche en sciences infirmières

Pr Anne-Sylvie Ramelet (Institut universitaire de formation et de recherche en soins, UNIL-CHUV)

@SIDIEF



Assemblée générale du SIDIEF

Mme Anne-Catherine Lyon, Conseillère d'Etat en charge de la formation, évoque le modèle romand de formation et la création de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins à l'Université de Lausanne

@SIDIEF



Centre international de conférences de Genève

Du 20 au 24 mai, plus de 1'700 infirmières et infirmiers provenant de 30 pays de la Francophonie ont participé au congrès.

@SIDIEF

Remerciements

Au terme de cette année, la Direction des soins souhaite adresser ses plus chaleureux remerciements à chacune et chacun des quelques 3000 professionnel-le-s du secteur Soins, des équipes soignantes et médico-thérapeutiques aux cadres de soins en passant par les secrétaires, pour leur contribution efficace et leur inlassable engagement au service des usagers de notre Institution.

Nos remerciements vont également à la Direction générale et aux autres membres de la Direction du CHUV pour les collaborations empreintes de respect et d'écoute entretenues tout au long de l'année, de même qu'aux Directions des départements et services cliniques pour la qualité du dialogue, ainsi qu'à l'ensemble des collaborateurs et interlocuteurs du monde médical, des ressources humaines, de la logistique, de l'administration à qui nous témoignons notre gratitude pour les multiples activités menées en interdisciplinarité et pour les nombreux projets conduits en partenariat dans l'ensemble des établissements de notre Institution.