

Direction des soins

# Activité 2016





# TABLE DES MATIERES

<b>Evolution générale</b>	_____	5
<b>Politique</b>	_____	9
<b>Recherche &amp; développement</b>	_____	11
<b>Performance des soins</b>	_____	13
<b>Système d'information</b>	_____	15
<b>Méthodes de soins</b>	_____	17
<b>Projets cliniques</b>	_____	19
<b>Prestations</b>		
physiothérapie, ergothérapie	_____	21
aumônerie, service social somatique	_____	23
pool de personnel soignant, bénévolat	_____	25
<b>Organisation</b>		
gestion des flux, coordination des transferts de patients	_____	27
<b>Ressources humaines</b>		
effectifs	_____	29
faits marquants	_____	31
<b>Formation</b>	_____	35
<b>Prix &amp; distinctions</b>	_____	39

● Membres du Collège de la Direction des soins

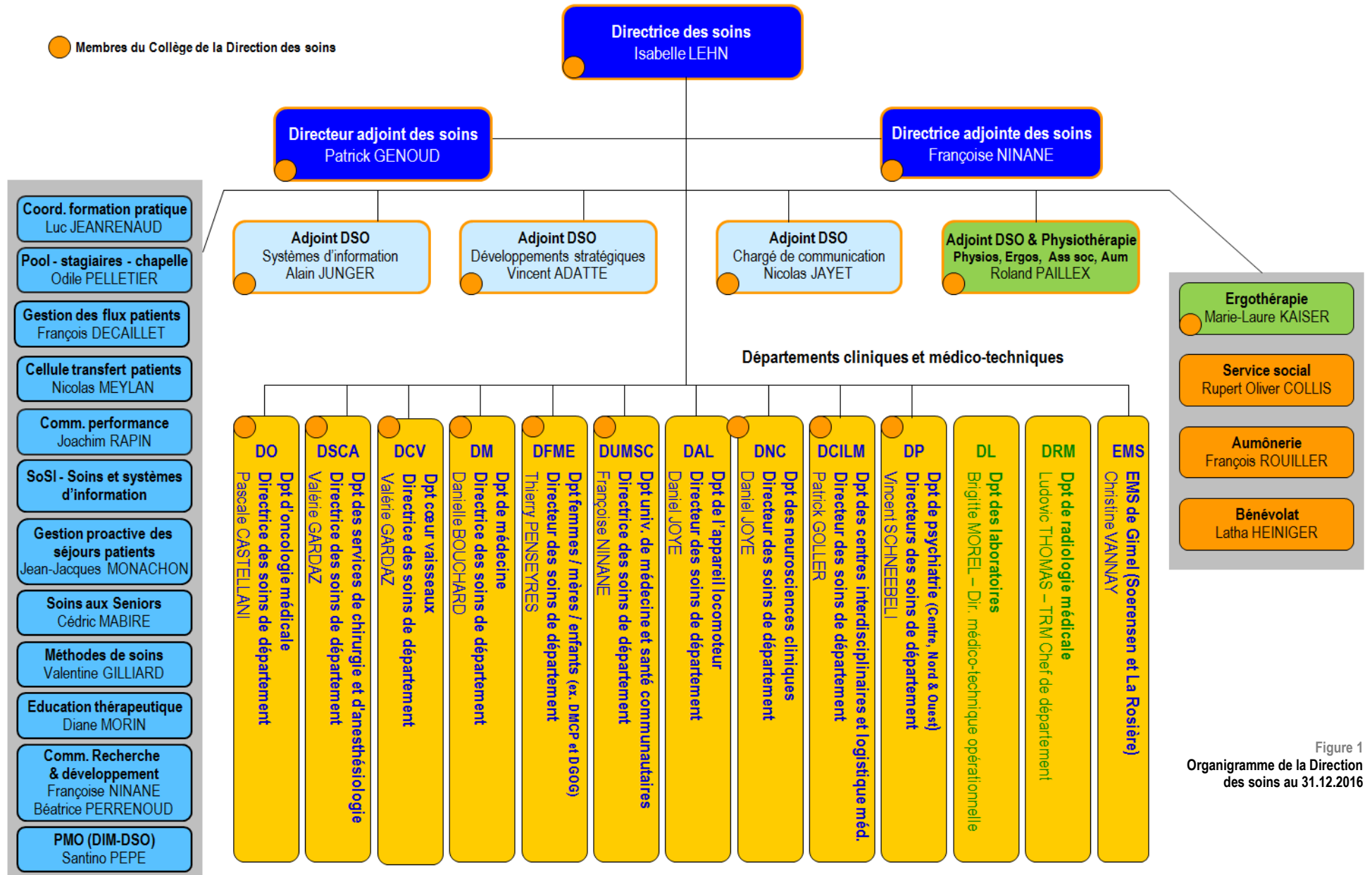


Figure 1  
Organigramme de la Direction des soins au 31.12.2016

## EVOLUTION GENERALE Nominations & faits marquants

Présentée aux parties prenantes durant le 1<sup>er</sup> semestre, la **Vision Soins 2020** décline les grandes orientations qui guideront l'action des cadres et professionnels au cours des cinq prochaines années. Cette vision résulte d'un intense travail d'observation, d'analyse et de concertation réalisé en 2015. Elle présente des ambitions valorisantes et porteuses de sens, au service de la réalisation du Plan stratégique du CHUV. En tant que centre universitaire de référence, les professionnels des soins et du domaine social du CHUV ont la responsabilité de contribuer activement au développement des PRISES EN CHARGE CLINIQUES et de s'ORGANISER de manière à dispenser les meilleurs soins aux patients. La vision qui nous guide jusqu'à l'horizon 2020 intègre ces deux dimensions et se concrétise par l'entremise de comités d'experts, de séances de travail avec les représentants de tous les services cliniques, avec l'appui qu'offre la formation.

**Nominations.** Le Département de psychiatrie a accueilli un nouveau directeur des soins de dpt, M. **Vincent Schneebeli**, entré en fonction le 1.10.2016. Avec un parcours professionnel consacré à la psychiatrie vaudoise, M. Schneebeli bénéficie d'une solide expérience clinique, managériale et dans l'enseignement. Précédemment secrétaire générale de Bénévolat-Vaud, Mme **Latha Heiniger** est nommée responsable du Bénévolat et entre en fonction le 1.1.2016. Le 1.7.2016, M. **Ludovic Thomas** est nommé chef technicien en radiologie médicale (TRM) du Département de radiologie ainsi que du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle. M. **Vincent Adatte**, adjoint à la Direction de soins, assure a.i. la fonction de responsable du Service social dès le 1.8.2016 afin d'y conduire une refonte de l'organisation. Quant au team de la Direction des soins, il accueille lui aussi de nouvelles personnalités et de nouvelles compétences avec les arrivées successives de M. **Cédric Mabire** (PhD, responsable scientifique du développement des soins aux seniors, 4.1.2016), Mme **Valentine Gilliard** (MSc, adjointe à la Direction des soins chargée des méthodes de soins, 1.2.2016), M. **Luc Jeanrenaud** (coordinateur institutionnel de la formation pratique, 1.2.2016) et M. **Jean-Jacques Monachon** (chargé de projet gestion proactive des séjours de patients, 15.8.2016).



Les **collaborations académiques** se poursuivent afin de soutenir les développements conduits par la Direction des soins. La Direction des soins s'est ainsi attachée pour la 7<sup>ème</sup> année consécutive les services de Prof. **Danielle D'Amour**, de l'Université de Montréal. Cette collaboration porte sur la mesure de la performance des soins (cf p. 13) et les travaux préliminaires visant à définir un Modèle de pratique professionnelle pour guider les soignants dans leurs décisions. Toujours sur le thème de la gestion de la performance des soins et des indicateurs cliniques, Prof. **Martha Curley** de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Pennsylvanie était invitée à l'occasion d'une Séance de travail des cadres soignants. En mai, des débats et rencontres de travail sur le développement de la pratique infirmière avancée étaient organisés en présence de Prof. **Denise Bryant-Lukosius** (McMaster University, Ontario). En juin, un entretien de travail était organisé avec Prof. **Sean Clarke** (Boston College et Université de Montréal), éminent spécialiste des aspects organisationnels de la qualité-sécurité des soins. Enfin, Prof. **Odette Doyon**, professeure retraitée du Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières et experte légale pour des causes en responsabilité professionnelle infirmière, a dispensé des prestations de conseil et formation dans le cadre des projets visant à développer l'évaluation clinique infirmière.

La Direction des soins rejoint l' **Advisory board** "Global centre for nursing executives", un réseau de plus de 3'000 organisations de santé réparties dans plus de 45 pays. Cette affiliation lui donne accès à l'expérience acquise par des hôpitaux et services de santé comparables sur des questions aussi emblématiques que la qualité & sécurité des soins, le recrutement et la fidélisation du personnel infirmier, le développement d'une culture basée sur la responsabilité ou la recherche d'efficacité par exemple. Les prestations de l'Advisory board adoptent des formes variées en fonction des besoins: database, conférences, avis d'expert, networking, etc. L'intérêt de la démarche réside dans le partage d'expérience entre institutions confrontées aux mêmes défis, notamment le vieillissement, la révolution numérique, l'essor technologique ou les nouveaux modes de consommation de santé.

Figure 2  
**Chantiers architecturaux**  
 Le nouveau bloc opératoire du CHUV



Direction des soins

**Dignité & habillage  
des patients-e-s**

**CHUV**

**Pour une tenue respectueuse  
de l'intimité des patients :**  
 J'invite les proches à fournir des vêtements personnels et les patients à les porter sitôt que leur état de santé le permet.  
**Je mets à disposition le linge approprié :**

- Blouse standard, col bleu (disponible partout).
- Blouse XL, col blanc, compatible pour l'IRM.  
Réserve disponible dans l'armoire couloir ou chariot de linge prévu à cet effet.  
 Pour commander : tél 45 900 ou [lingerie@chuv.ch](mailto:lingerie@chuv.ch)
- Blouses « IRM », intégralement blanches, réservées uniquement aux patients qui se rendent à l'IRM (dans certaines unités uniquement).
- Peignoirs, uniquement pour les situations exceptionnelles.  
Disponibles sur commande ou retrait dans des lingerie.

**Je porte attention à la tenue des patients  
en toutes circonstances**

**evaüd**

Figure 3  
**Ethique**  
 Affiche de la campagne de sensibilisation sur la question de la protection de l'intimité et de la dignité des patients en matière de tenue vestimentaire

## EVOLUTION GENERALE Nominations & faits marquants (suite)

Les **chantiers structurels et architecturaux** ont marqué l'année écoulée.

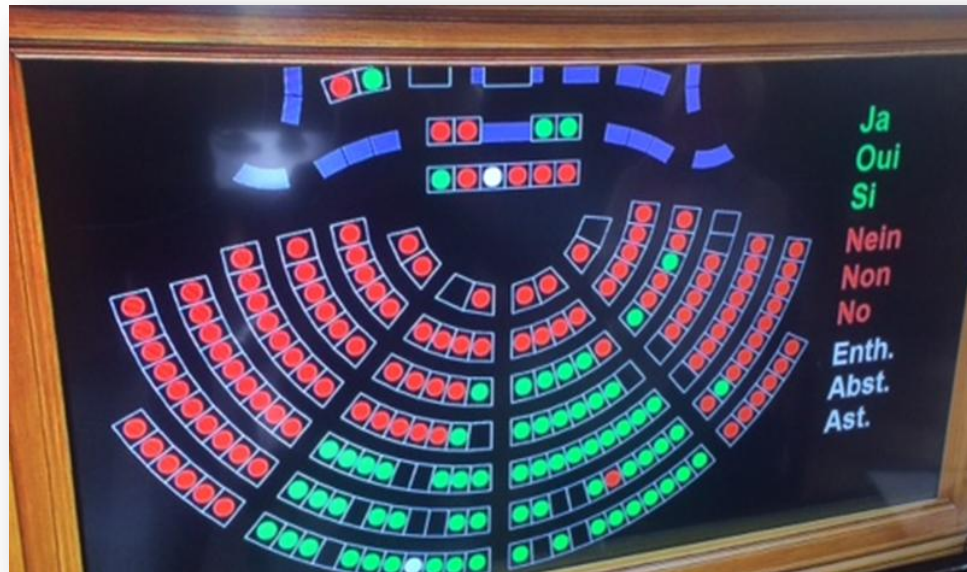
Deux nouveaux départements voient le jour. Le **Département femme-mère-enfant (DFME)** est issu de la fusion entre le Département médico-chirurgical de pédiatrie et le Département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale. Lancé sous forme de projet au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le DFME est opérationnel un an plus tard. Le **Département cœur-vaisseaux (DCV)** voit le jour selon le même calendrier. Il vise à poursuivre le développement du domaine cardiovasculaire au CHUV et réunira la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la chirurgie vasculaire, l'angiologie et l'unité de cardiologie expérimentale.

Deux projets architecturaux arrivent à terme. Doté de 114 chambres et exploité depuis le mois d'octobre 2016, **l'Hôtel des patients** est un lieu de soins à part entière, destiné aux patientes et patients nécessitant une hospitalisation mais dont l'autonomie est conservée. Pour offrir ces prestations inédites, il aura préalablement fallu constituer une équipe soignante composée de sept infirmier-e-s expérimenté-e-s, acquérir et tester les équipements, développer les solutions techniques visant à assurer une sécurité totale et, enfin, établir les processus permettant une collaboration fluide entre l'hôtel des patients et l'ensemble des services d'hospitalisation du CHUV. Avec l'entrée en fonction du second bâtiment en novembre, les sages-femmes ont à leur tour investi l'hôtel et les 17 chambres réservées aux femmes suivies en gynéco-obstétrique. Il s'agit du premier hôtel pour les patients en Suisse. Situé au coeur du Bâtiment hospitalier (BH), le **bloc opératoire central du CHUV** mis en service en 1982 ne répond plus aux exigences de la chirurgie moderne et doit être rénové. Comme l'activité chirurgicale ne peut être interrompue, la première phase a consisté à réaliser un nouveau bloc opératoire de 16 salles et 2 étages au-dessus du bâtiment des urgences et des soins intensifs. Deux ans de travaux ont été nécessaires pour réaliser la livraison du bâtiment le 23 décembre 2016. Deux ans pendant lesquels plus de 150 professionnels ont été mobilisés pour penser les lieux, simuler l'activité future, tester les équipements, anticiper les flux et la mise en service. Les cadres et soignants du bloc opératoire central se sont fortement mobilisés pour mener à bien ce chantier pharaonique (13 groupes et 4'500 heures de travail), de même que le coordinateur de la Direction médicale / Direction des soins actif à tous les niveaux. Initialement prévu

comme une structure provisoire, ce nouveau bloc entrera en service en mars 2017 et perdurera dans le temps afin de répondre simultanément aux besoins d'agrandissement que connaissent les soins intensifs, la salle de réveil et l'endoscopie. L'ancien bloc, pour sa part, devrait avoir fait peau neuve fin 2019.

**Ethique.** Initiée par la Commission d'éthique clinique du CHUV, une réflexion a été conduite sur le **retrait des sonnettes aux patients** hospitalisés. Il s'agissait de définir si le retrait de sonnette est acceptable ou non dans certaines circonstances et, si oui, à quelles conditions. Des recommandations ont été émises et appliquées. Elles nomment les alternatives et les grands principes à respecter dans tous les cas de figure, soit notamment: l'analyse préalable en équipe, l'implication des proches ou du représentant thérapeutique, la fréquence de la réévaluation de la situation. Simultanément, une campagne de sensibilisation était menée auprès des professionnels sur la question de la **protection de l'intimité et de la dignité des patients en matière de tenue vestimentaire**. Trop souvent et alors que des moyens existent pour l'éviter, la chemise d'hôpital fendue à l'arrière laissait apparaître une part de nudité y compris dans les espaces publics de l'hôpital. Les mesures préconisées portent sur l'assortiment textile à disposition, sur l'aide à l'habillement et sur l'attention de toutes et tous quant à cette problématique. Plus globalement, la démarche a contribué à alimenter les réflexions en cours quant à la condition de patient. Un changement de paradigme positif s'opère en effet, où le patient partenaire, actif et expert de sa propre santé, tend à remplacer progressivement les représentations issues d'une médecine paternaliste et toute puissante plaçant les soignés en posture d'attente et de "soumission".

Figure 4  
**Initiative parlementaire 11.418**  
L'initiative parlementaire visant à ancrer dans la LAMal la part autonome du rôle infirmier avait été déposée en 2011. Le 27 avril 2016, après que le Conseil fédéral ait rejeté les conclusions d'une commission qui se montrait en partie favorable, elle est balayée au Conseil national par 118 voix contre et 67 pour.





## POLITIQUE Aperçu

La Direction des soins est très régulièrement amenée à se prononcer dans le cadre de consultations politiques ayant trait au monde de la santé, soit via les autorités cantonales, soit au travers de "H+ Les hôpitaux de Suisse". Elle est aussi exposée à un certain nombre d'actualités politiques ayant un retentissement sur la bonne marche de l'institution.

Au **niveau fédéral**, la suite du parcours politique de l'initiative parlementaire 11.418 "*LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant*" a retenu la pleine attention de la Direction des soins. Déposée en 2011, cette initiative visait à ancrer dans la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière. Or cette dernière a définitivement échoué lors d'une session extraordinaire du Conseil national le 27 avril 2016. Dans la foulée, les milieux professionnels annonçaient envisager de lancer une initiative populaire pour offrir aux solutions qu'ils proposent une seconde chance politique. L'enjeu porte sur la part autonome du rôle infirmier, la nécessité ou non de requérir une ordonnance médicale pour délivrer et financer les soins qui relèvent de cette part, et enfin sur l'attractivité de la profession à l'heure où les démographes tirent la sonnette d'alarme.

Au **niveau cantonal**, une révision de la Loi sur la santé publique de 1985 était mise en consultation à l'automne sous la forme d'un avant-projet de loi. Il s'agissait d'un second volet révisionnel, un premier paquet lié à l'exercice médical et à la Commission des plaintes ayant été adopté par le Grand Conseil en 2014. Le but étant d'adapter la loi aux évolutions pratiques, jurisprudentielles ou légales intervenues depuis la révision de 2008, bon nombre de définitions de professions faisaient l'objet d'une formulation nouvelle. En lien avec le périmètre d'activité de la Direction des soins, les points suivants ont notamment fait l'objet d'une attention particulière:

- Transports médicalement nécessaires: l'art.72a instaure la base légale qui habilite le Conseil d'Etat à désigner les transporteurs admis à facturer au sens de la LAMal.
- Responsabilité de l'employeur: l'art.86 charge l'employeur de procéder aux contrôles utiles s'agissant des compétences professionnelles et des antécédents de ses employés, et définit la conduite à tenir lorsque des manquements ou éléments inadéquats sont constatés.

- Sage-femmes: l'art.122h octroie à la sage-femme la compétence de délivrer des attestations ou certificats d'incapacité dans son domaine de compétences, soit les situations de grossesse et d'allaitement.
- Hygiénistes dentaires: l'art.123a définit un rôle élargi, avec la possibilité de pratiquer des anesthésies locales sous certaines conditions.
- Infirmières et infirmiers: l'art.124 connaît une importante mise à jour. Il facilite la délégation de responsabilité médicale en ouvrant la possibilité pour l'infirmier-e supervisé-e par un-e médecin de délivrer des prescriptions sous le no de concordat de l'établissement sanitaire. Un autre ajout fait apparaître explicitement la coordination interdisciplinaire, la supervision des auxiliaires et la surveillance de la sécurité des processus comme faisant partie de son rôle. Enfin, un 5<sup>ème</sup> alinéa porte sur la pratique indépendante des soins infirmiers.
- Ambulanciers: l'art.129 précise l'équilibre entre l'autonomie professionnelle et la collaboration avec le médecin
- Techniciens ambulanciers: l'art.129a introduit ce métier dans la loi.

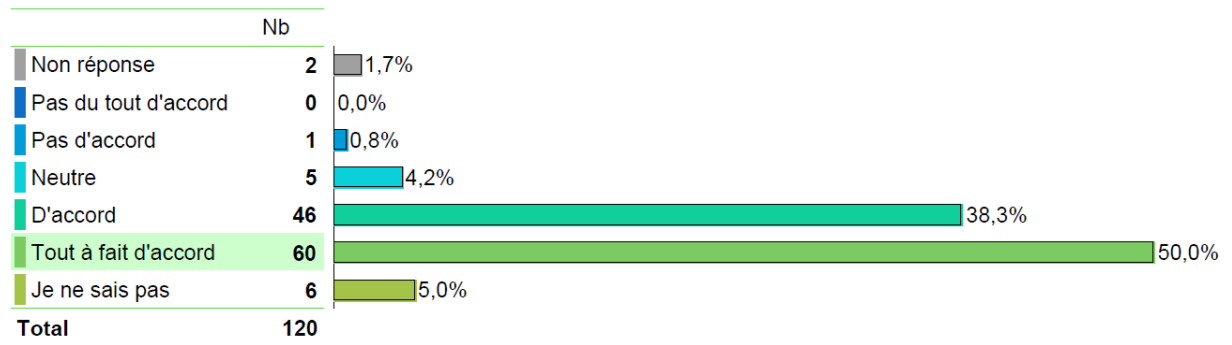
**Monde associatif.** La **Conférence des Directeurs des soins de Suisse latine** a vu le jour en juillet à Neuchâtel. Elle réunit au minimum quatre fois par an les représentant-e-s des cantons de VD, GE, VS, NE, FR, JU, TI. Les rencontres auront lieu au même moment que celles de la Conférence des Directeurs médicaux de Suisse latine dont elle est issue. Quelques mois plus tard naissait l'**Association romande des infirmier-e-s de psychiatrie** (ARIP) qui exerce aussi à l'échelle des cantons latins. Son objectif: développer une politique commune, notamment sur le devenir des formations de niveau CAS / DAS en santé mentale et psychiatrie. L'**Association suisse des infirmier-e-s section Vaud** (ASI-Vd) a souhaité pouvoir se présenter auprès des professionnels qui débutent leur carrière au CHUV. D'entente avec le Centre des formations, une plage horaire a pu être mise à disposition en marge du programme d'intégration des nouveaux collaborateurs, avec le soutien de la Direction de soins. Ces rencontres mensuelles débutent en janvier 2017.

Figure 5

**Enquête interne sur l'Evidence-based practice (EBP)**  
Le sondage réalisé auprès des cadres soignants révèle une forte adhésion à l'EBP en tant qu'opportunité pour améliorer les soins dispensés aux patients.

### L'EBP conduit à une meilleure qualité des soins pour les patients

Taux de réponse : **98,3%**



## RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT

La Commission recherche & développement (CR&D) a été créée en juin 2014 dans le but de soutenir le développement de la recherche appliquée, orientée patients, proches et communauté. La co-présidence assurée par la Direction des soins du CHUV et l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) concrétise l'étroite collaboration des deux institutions dans ce domaine.

### Développement de la recherche en soins.

Instaurer et renforcer des collaborations avec l'ensemble des acteurs du réseau est une condition essentielle pour favoriser l'essor de la recherche en soins.

A l'interne, c'est avec les départements cliniques que se coordonnent les différents projets, offrant ainsi la possibilité de potentialiser les ressources disponibles. Une **recension centralisée des projets en cours** est réalisée dans une perspective de partage, où l'expérience acquise par l'un profite à tous les autres. A ce jour, 53 projets ont été identifiés, issus de 8 départements cliniques différents. L'éventail des professions soignantes est aussi reflété dans cet inventaire, avec la présence de projets relevant des soins infirmiers, de l'ergothérapie, de la physiothérapie et des sages-femmes. Les soignants sont impliqués au minimum comme co-investigateurs dans chacun de ces projets. Enfin, la CR&D s'emploie à faire émerger des axes prioritaires de recherche faisant consensus à l'échelle de l'institution. On se réjouit donc du foisonnement de projets en cours, résolument orientés en faveur des patients et proches, et de l'expérience importante acquise par un grand nombre de professionnels durant cette phase.

Avec l'**IUFRS**, les liens se renforcent au travers des différents axes de développement. Deux premiers partenariats cliniques ont ainsi été élaborés avec le secteur pédiatrique et le Département d'oncologie, susceptibles d'inspirer à leur tour de futurs partenariats entre milieu académique et milieu de soins. Pour la seconde année consécutive, le pipeline des questions de recherche destinées aux étudiants de la filière Master a confirmé toute sa pertinence. Les départements cliniques identifient les questions et problématiques cliniques non résolues, les formulent sous forme de questions de recherche avec l'aide de la CR&D qui les transmet à l'IUFRS, puis les étudiants peuvent s'en saisir pour réaliser leur mémoire. Sur les 43 thèmes proposés aux étudiants, 25 avaient été identifiés dans les services du CHUV. Le coaching de co-directeurs de mémoire par une adjointe scientifique de la CR&D a aussi été expérimenté avec succès. Ces actions favorisent la production de travaux scientifiques en phase avec les besoins des bénéficiaires et prestataires de soins, et permettent d'initier des projets même dans des départements ayant peu de ressources.

Des avancées sont aussi réalisées au **niveau HES**, avec le recueil de thèmes proposés par les départements cliniques du CHUV pour les travaux de mémoire des étudiants de la filière bachelor à la HEdS La Source.

Par ailleurs, cinq entrevues ont été conduites avec des **chercheurs externes** en 2015-2016, portant sur des projets de recherche en soins spécifiques.

### Utilisation de la recherche dans la pratique clinique.

On parle d'**implantation** lorsque des savoirs scientifiques / résultats de recherche sont mobilisés dans le cadre de projets visant à faire évoluer les pratiques cliniques pour améliorer les soins dispensés. Cinquante-cinq projets de ce type sont actuellement recensés dans les départements du CHUV par la CR&D. Dans certains cas, les adjointes scientifiques de la commission offrent un accompagnement et soutien méthodologique aux professionnels engagés dans ces projets sur le terrain.

Dans le cadre d'une étroite collaboration avec le *Bureau d'échange des savoirs pour des pratiques exemplaires de soins (BEST)* et le Centre des formations du CHUV, un **modèle de référence pour l'implantation des savoirs** (modèle CLARITY) a été opérationnalisé et diffusé sous forme de checklist afin de servir de support méthodologique dans les différents projets. Une **formation au leadership clinique** a été dispensée à 11 professionnels, deux sages-femmes et neuf infirmier-e-s, qui conduisent simultanément des projets d'implantation clinique dans leurs secteurs respectifs. L'offre de formation et le modèle d'implantation sont accrédités par le Joanna Briggs Institute, un institut australien internationalement reconnu dans le domaine de l'Evidence-based practice (EBP) auquel le BEST est affilié.

La CR&D a aussi pour mission de créer un **environnement institutionnel** propice au transfert, à la diffusion et l'application des résultats de recherche dans la pratique clinique. Dans cette perspective, des séances de travail "sur mesure" ont été réalisées pour permettre aux cadres soignants de se construire une représentation claire de leur propre rôle en matière d'EBP. Cent-vingt d'entre eux y ont participé. Ces rencontres ont été précédées d'une large enquête visant à sonder l'état des connaissances, croyances et représentations en matière d'EBP (fig. 5).

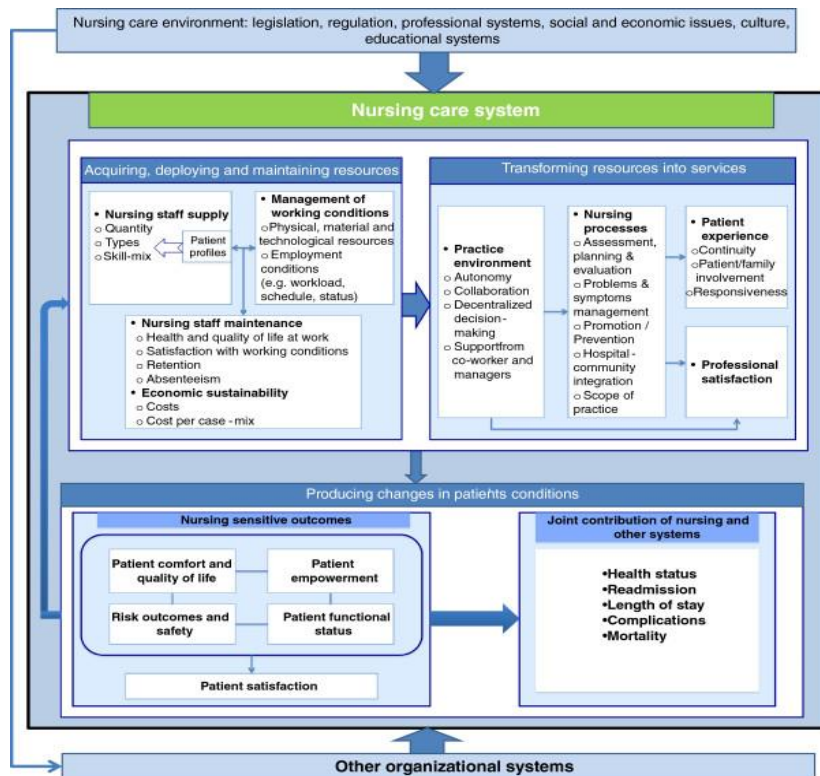


Figure 6  
**Performance des soins**  
 Le modèle conceptuel de Dubois et al. (2013)

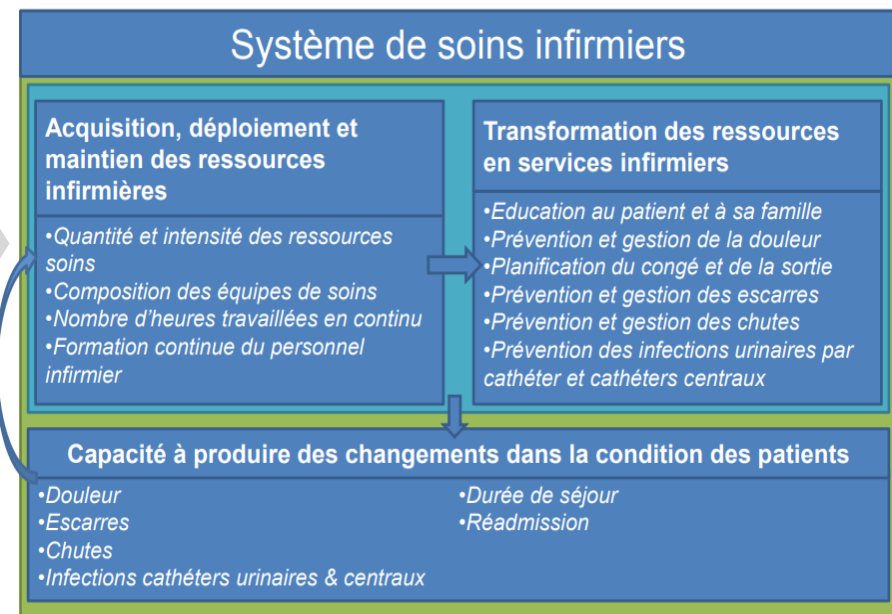


Figure 7  
**Performance des soins**  
 Les indicateurs retenus pour le CHUV.

# PERFORMANCE DES SOINS

La Commission Performance des soins au CHUV a été créée en 2011 afin de développer, implanter et pérenniser un système de gestion de la performance des soins dont le but est de mesurer et, in fine, d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

## Conception du système (2011-2015)

La qualité des soins et la sécurité des patients peuvent varier fortement d'un service à l'autre. Au-delà des coûts importants qu'elles génèrent, les erreurs liées aux systèmes de santé sont la 8<sup>ème</sup> cause de décès au Etats-Unis. Le thème de la qualité des soins et la sécurité des patients a été retenu comme une priorité mondiale pour les systèmes de santé et les services de soins (OMS 2000; SIDIIEF 2015). La performance des soins n'est pas ou peu évaluée au niveau international, national et au CHUV. Les cadres et les équipes de soins ont besoin de mesurer, de suivre et d'améliorer la qualité de leurs soins, ainsi que d'identifier les besoins ou problématiques concernant la sécurité des patients. Cela constitue la raison d'être de la Commission performance.

***Dans le domaine des soins, la Performance se définit comme "la capacité démontrée par une organisation ou par un service d'acquérir les ressources infirmières nécessaires et de les utiliser d'une manière durable pour produire des services infirmiers qui améliorent efficacement les conditions des patients". (Dubois et al., 2013)***

Des travaux ont été réalisés avec les cadres soignants de l'institution afin de retenir un modèle conceptuel de la performance des services de soins infirmiers, celui de Dubois et al. (fig. 6). Ce modèle a été mis en lien avec les cinq domaines généraux considérés comme constitutifs de la performance des soins par les cadres soignants de l'institution: sécurité, continuité des soins, soins centrés sur la personne, environnement et organisation du travail, soins appropriés. La commission a ensuite développé un set de douze indicateurs généraux (fig. 7), pertinents et sensibles aux soins<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Les indicateurs sensibles aux soins sont des résultats fondés sur le domaine de pratique des infirmières et pour lesquels il existe des données empiriques qui prouvent l'existence d'un lien entre les ressources infirmières, les interventions infirmières et les résultats (Doran & Pringle, 2011)

## Evolution récente

En termes d'organisation, la Commission atteint désormais la maturité pour entrer de plein pied dans la phase d'implantation. Outre les membres infirmiers, un représentant de la physiothérapie, de l'ergothérapie et du secteur social y siège. La Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et l'Hôpital fribourgeois (HFR) y sont également représentés. Enfin, le lien avec les autres développements institutionnels est assuré au sein du comité directeur interdisciplinaire impliquant la Direction médicale, la Direction des ressources humaines, la Direction administrative et financière, le Centre des formations et l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins.

L'essentiel des travaux réalisés sur l'année porte sur l'opérationnalisation des indicateurs. Il s'agissait, à partir des indicateurs retenus, de mettre en œuvre tout ce qui permet de réaliser les mesures pour, in fine, produire des données. Enfin, la validité des données ainsi produites devait être vérifiée. Les systèmes d'information hospitaliers sont donc mis à contribution et des développements sont nécessaires pour en extraire les informations pertinentes, lorsqu'elles existent. Ainsi et à titre d'exemple, un indicateur comme "Délai d'évaluation de la douleur à l'entrée du patient dans l'unité" nécessite de puiser des données issues de plusieurs sources (EVA, échelle numérique, échelle des visages, échelle verbale simple, Doloplus, ECPA, CPOT, FLACC, San Salvador) dans un seul système d'information, le dossier patient informatisé Soarian. Les indicateurs nécessitent de solliciter simultanément plusieurs systèmes d'information (p.ex: séjours patients, évaluation de la charge en soins). D'octobre 2016 à juin 2017, deux services cliniques, en médecine interne et en gynécologie, ont réalisé un test pilote qui a permis à la fois de valider les données produites et la démarche locale d'exploitation des données par les équipes du terrain.

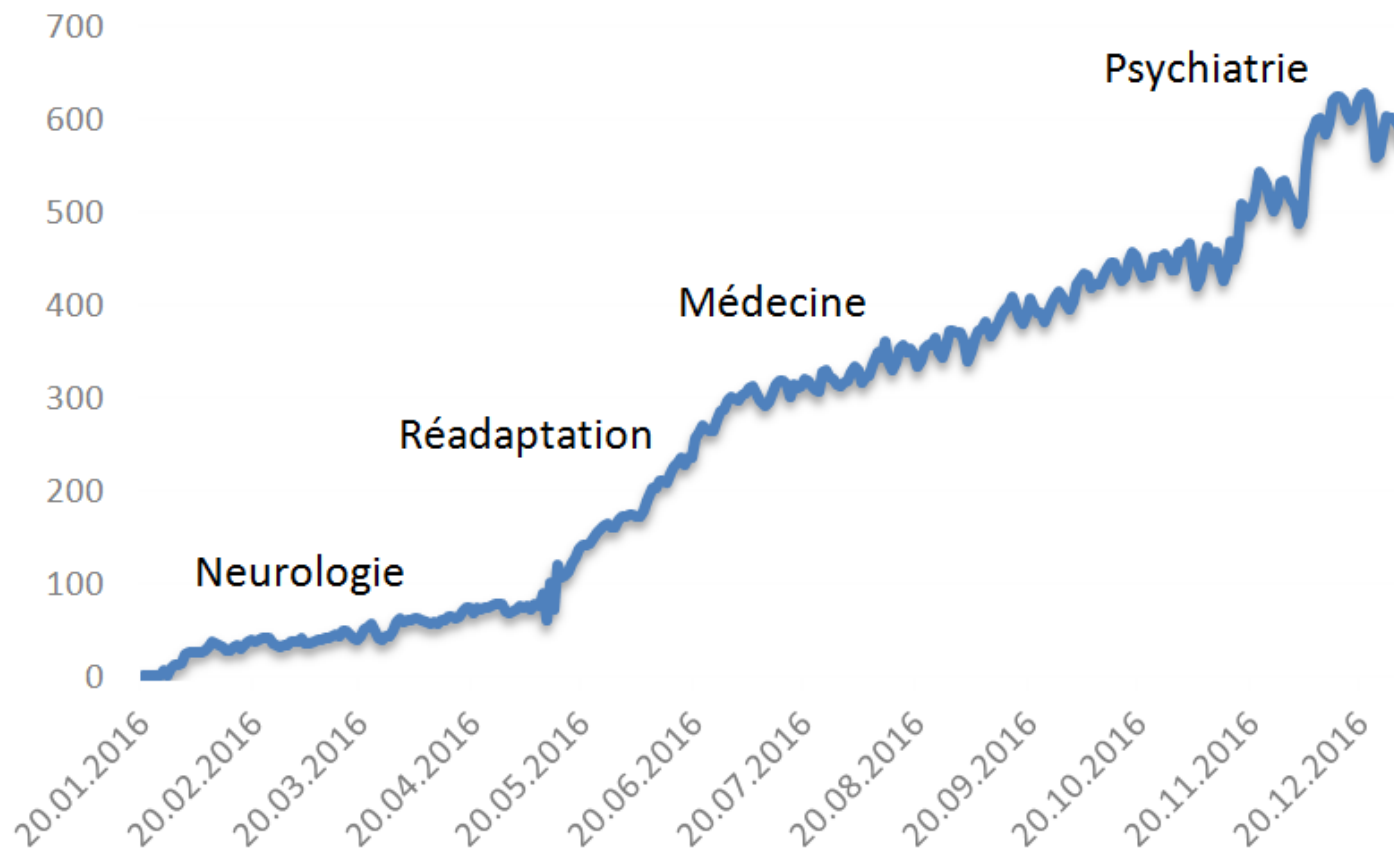
## Perspectives

L'implantation concrète de la gestion de la performance débutera en septembre 2017. Commencera alors une formidable période d'apprentissage au terme de laquelle les professionnels deviendront les propriétaires de résultats qu'ils sauront influencer en mobilisant leur propre expertise.

Figure 8

**Dossier patient informatisé**

Du fait du déploiement rapide de la fonctionnalité permettant de prescrire les médicaments directement dans le dossier patient informatisé, on observe une croissance progressive du nombre de patients pour lesquelles la prescription manuscrite a pu être abandonnée.



# SYSTÈME D'INFORMATION

Le développement d'un système d'information pour les soins vise à soutenir l'activité clinique et managériale, et favoriser la continuité des soins. Les stratégies e-Health nationale et vaudoise constituent le cadre général des travaux réalisés dans ce domaine. Ces derniers résultent d'une étroite collaboration avec la Direction des systèmes d'information du CHUV et le Service de la santé publique.

## Documentation clinique

Le dossier patient informatisé (dpi) poursuit son développement. Alors que le volet infirmier du dpi avait été déployé partout entre juin 2014 et septembre 2015, c'est désormais **l'introduction de la fonctionnalité de prescription** qui vient compléter l'ensemble.

La prescription participe de la pleine plus-value apportée par le dossier à la clinique. Son introduction engendre toutefois une nouvelle vague de modification des pratiques pour plusieurs milliers de professionnels de la santé. L'implantation de cette pièce maîtresse du dpi constitue donc un projet à lui seul, placé sous la responsabilité de l'adjoint en charge des Soins et systèmes d'information à la Direction des soins. Les domaines concernés sont: les médicaments, les examens de laboratoire et la radiologie. Fin 2016, le périmètre déployé était le suivant: Dpt d'oncologie, Dpt des neurosciences clinique, Dpt de médecine, Dpt de psychiatrie. Le déploiement se poursuivra en 2017, conformément au calendrier établi pour le projet. Simultanément, toutes les fonctionnalités du dpi continuent à évoluer à une fréquence rapide, répondant ainsi aux attentes tant des professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne que de ceux chargés d'implanter les différents développements. En cours d'année, un mandat a donc été donné par la Direction des soins à l'équipe en charge du DPI et au Centre des formations, dont l'objectif est d'optimiser la communication et la formation des soignants et des cadres pour accompagner le processus de déploiement avec comme principales préoccupations la sécurité des patients et la continuité des soins. Les ressources humaines et matérielles dédiées à la formation du personnel médical et soignant ont été renforcées, de même que les processus de collaboration entre l'équipe de projet, les formateurs et les acteurs cliniques.

Le second axe, non moins important, est celui de la **consolidation du dossier patient informatisé**. Depuis les premiers test-pilotes réalisés en 2013, les soignants ont été confrontés à une quantité importante de nouveautés successives auxquelles ils ont su s'adapter. Le dpi, quant à lui, a connu une croissance rapide. Ceci parfois au prix d'un certain manque d'ergonomie de l'outil informatique et de pratiques professionnelles en mal de repères. Un

mandat a donc été formulé dès le début d'année afin d'œuvrer à l'atteinte des objectifs suivants: améliorer l'ergonomie du logiciel, former des cadres et cliniciens aux bonnes pratiques de documentation et aux standards minimaux en la matière, promouvoir l'utilisation du modèle en vigueur pour structurer les observations professionnelles.

Enfin, sous l'égide du Service de la santé publique (SSP), un Comité de pilotage réunit désormais des représentants du CHUV et des hôpitaux vaudois autour d'un objectif commun: œuvrer à l'émergence d'un langage clinique commun entre les différents dossiers de soins en vigueur dans les institutions afin de garantir une continuité de l'information tout au long du parcours de soins des patients. Concrétisées actuellement autour du DMST (Document médico-social de transmission), ces informations issues des systèmes d'information primaires des fournisseurs de soins accompagnent le patient. Afin de disposer d'un langage commun tout au long de la chaîne de soins, le SSP souhaite introduire la méthode interRAI (pour *Resident assessment instrument*), qui pourrait se décliner sous la forme de différents outils dans les différents lieux de soins.

## Evaluation de la charge en soins

La mesure de la charge en soins permet notamment de répartir les ressources infirmières sur la base de besoins avérés. Dans ce domaine aussi, une standardisation progressive est à l'œuvre à l'échelle vaudoise. Au CHUV, l'outil PRN a été implanté dès 1992 et demeure la référence à ce jour. Il s'agit d'une méthode d'évaluation directe de la charge quantitative en soins infirmiers pour une période de 24 heures. Ce système de mesure est individualisé. Chaque patient, individuellement, se voit attribué un "score" correspondant à l'ensemble des soins qui lui sont donnés ou qui devraient lui être donnés (soins *requis*). L'opportunité d'introduire l'outil LEP actuellement utilisé dans la grande majorité des hôpitaux régionaux de Suisse est examinée. Il s'agit d'un changement de paradigme dans le sens où LEP est une saisie des prestations *données*. Pour une période de transition à déterminer, les deux outils cohabiteraient momentanément.

**CHUV** Direction des soins  
Méthodes de soins

**Recommandations**

## RADIODERMITE

### Soins de peau préventifs lors de traitement par radiothérapie

La radiodermite est une réaction inflammatoire cutanée secondaire à la radiothérapie. Son apparition dépend de la technique d'irradiation, de la dose de rayon et de la zone traitée. La sévérité de la radiodermite varie de l'érythème faible à la nécrose, pratiquement jamais observée (voir grades ci-dessous). Le pic de la réaction cutanée peut survenir 7-10 jours après la fin des séances de radiothérapie. Les patients avec de nombreuses comorbidités (tabagisme, surpoids, dénutrition, diabète, hypertension, etc.) ont un risque plus élevé d'atteinte sévère de l'état cutané. Il en est de même de l'association de traitements concomitants à la radiothérapie tels que chimiothérapie ou Cetuximab®.






**But**

- Prévenir et limiter les réactions cutanées
- Favoriser la cicatrisation lors d'atteintes cutanées
- Soutenir le patient pour ses auto-soins

**Soins et surveillances**

- Contrôler au minimum 1x/heure l'intégrité de l'état cutané dès le début du traitement de radiothérapie jusqu'à 15 jours post radiothérapie ou jusqu'au rétablissement de l'intégrité de l'état cutané. Une attention particulière doit être portée aux carnations foncées. Les manifestations d'une radiodermite seront moins vite objectivables. Les patients ayant reçu un traitement concomitant de Cetuximab® (anti-EGFR) doivent obligatoirement être adressés aux infirmières de radiothérapie pour l'évaluation de la peau et les conseils en soins.
- Identifier le grade de l'atteinte cutanée par l'utilisation de l'échelle validée par les consensus d'experts de classification de la radiodermite RTOG (Radiation Therapy Oncology Group).

**Recommandations**

Photo réaction cutanée	Attitude
	Soins préventifs décrits ci-dessous
	Soins préventifs décrits ci-dessous
	Contactez infirmières radio-onco 63379
	Contactez infirmières radio-onco 63379
	Contactez infirmières radio-onco 63379

**CHUV**

**Figure 9**  
**Techniques de soins**  
La photographie clinique est désormais davantage utilisée dans les fiches techniques.

**CHUV** Direction des soins  
Méthodes de soins

## Méthodes de soins: Quoi de neuf?

Mars 2017

Afin de mieux communiquer les nouveautés ou changements concernant les méthodes de soins, la Direction des Soins vous propose le Newsletter des Méthodes de soins. Vous y retrouverez plusieurs fois par année différentes informations concernant les nouveautés et les mises à jour en lien avec les techniques de soins courantes dans l'Institution.

### Nouveautés et mises à jour

**Drain thoracique avec aspiration**

Depuis juin 2016, le drainage thoracique avec aspiration se fait avec l'Atrium Oxia. Retrouvez toutes les informations en lien avec ce nouveau matériel dans la fiche technique.

[Voir la fiche](#)

**Radiodermite**

Nouvelle fiche de recommandations concernant les soins de peau préventifs lors de traitement par radiothérapie.

[Voir la fiche](#)

**Compression veineuse**

Suite à l'introduction des nouvelles bandes de compression PflerFlex, retrouvez toutes les informations en lien avec le pose de bandes pour la compression veineuse des membres inférieurs.

**Chambre à cathéter implantable**

Dans un souci d'améliorer les connaissances et les compétences des soignants amenés à manipuler des chambres à cathéter implantable, le CHUV a travaillé conjointement avec les HUG à la création d'une vidéo sur la pose et le retrait d'aiguille sur chambre implantable.

**Figure 10**  
**Diffusion des bonnes pratiques**  
Nouveau! Une newsletter informe les professionnels lorsque les recommandations de bonnes pratiques font l'objet d'une mise à jour.



## MÉTHODES DE SOINS

Les "Méthodes de soins", ce sont les protocoles, techniques de soins et guidelines qui font référence pour tous les services du CHUV. Le fichier des techniques de soins s'adresse aux professionnels des soins dans leur champ de pratique autonome, médico-délégué et interdisciplinaire. Il réunit les fiches techniques de soins génériques utilisées par les services cliniques. Cette base de données est formellement reconnue par la Direction des soins et intègre les directives institutionnelles ainsi que les règles et principes d'information et de consentement au patient. Le but de ce fichier est de garantir au personnel soignant une information actualisée lui permettant de prodiguer des prestations de qualité tout en respectant les critères suivants : sécurité, efficacité, économie, confort et esthétique.

L'essor de la recherche en sciences infirmières et des technologies a pour effet d'augmenter la fréquence à laquelle les pratiques de soins doivent être réactualisées pour tenir compte des savoirs les plus récents. Cette réalité impacte la manière dont les protocoles et techniques de soins sont produits et réactualisés dans un hôpital universitaire de soins aigus comme le CHUV. En février, une infirmière clinicienne spécialisée a été mandatée pour repenser les processus en la matière.

### Usages et besoins des professionnels.

Une enquête interne a été menée auprès des soignants pour investiguer les besoins, les attentes et mieux connaître l'utilisation qu'ils font de la base de données où figurent quelques 200 fiches techniques. En tout, 450 professionnels ont répondu. Plus de deux tiers d'entre eux consultent la base de données au minimum une fois par mois et moins de 7% ne la consultent jamais, ce qui témoigne de la pertinence de l'existence d'une telle base. Les personnes sondées jugent globalement les contenus utiles et de qualité satisfaisante. Trois quart d'entre eux indiquent pouvoir y accéder facilement.

Quelque 50% disent imprimer les fiches techniques. Ces dernières sont alors jointes au dossier, envoyées au CMS, utilisées pour l'enseignement ou transmises aux collègues impliqués dans la même prise en charge. Quant aux attentes, les professionnels souhaitent une visibilité / accessibilité accrue de la base de données, des contenus synthétiques, à jour, et enrichis de vidéo lorsque ce format réalise un objectif pédagogique.

***Plus de 68% des 450 professionnels interrogés indiquent qu'ils consultent le fichier des techniques de soins au minimum une fois par mois, démontrant la pertinence d'une telle ressource pour promouvoir les meilleures pratiques de soins.***

**Production et réactualisation.** La production et la réactualisation des fiches techniques mobilisait jusqu'ici six professionnels, représentant la médecine interne, la neurologie, la chirurgie, la pédiatrie et la prévention / contrôle des infections (HPCI). Ce groupe se réunissait une fois par mois et sollicitait des experts dans les services cliniques en fonction des spécificités traitées. Sa composition nécessite d'être repensée, notamment dans le but de renforcer une approche intégrée de l'evidence-based practice (EBP) et la représentativité des différentes spécialités cliniques. Cette refonte est engagée, et permettra de bénéficier de la

contribution scientifique de plusieurs infirmier-e-s clinicien-ne-s spécialisé-e-s. L'ensemble des processus à l'œuvre est aussi requestionné de manière à standardiser la production et la révision des fiches et d'assurer une traçabilité des travaux en la matière.

**Diffusion.** Là aussi, les standards évoluent pour mieux répondre aux besoins et attentes des professionnels. Le format des fiches techniques est progressivement enrichi d'images cliniques (fig.9) et de vidéos pédagogiques. Pour informer les professionnels des modifications de pratiques qui découlent de la mise-à-jour des recommandations, une

newsletter (fig.10) renforce désormais les canaux de communication habituels. Enfin, le fichier des techniques de soins élaborées au CHUV a toujours suscité l'intérêt de professionnels et institutions du réseau romand désireux de connaître les pratiques en vigueur au sein du centre hospitalier universitaire. Les liens ainsi créés au fil des années sont maintenant appelés à se renforcer pour en faire de véritables collaborations. Une vidéo didactique sur la pose d'aiguille sur chambre implantable a ainsi pu être réalisée en partenariat avec les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), et des premiers échanges avec la HEdS La Source laissent entrevoir la possibilité de mettre en commun des ressources pour la révision des techniques de soins.

<b>S</b>	<b>Situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ S'identifier : Nom, Fonction et service</li> <li>✗ Identifier le patient : nom et chambre</li> </ul>														
<b>B</b>	<b>Background (Contexte)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Diagnostic</li> <li>✗ Problème pertinent</li> <li>✗ Informations pertinentes : Traitements, Antécédents</li> <li>✗ Changement d'intervention</li> </ul>														
<b>A</b>	<b>Assesement (Evaluation)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <b>Rien à signaler</b></li> <li>✗ Nouveaux symptômes et/ou détérioration</li> <li>✗ Nouveaux problèmes et/ou nouvelles directives au patient</li> <li>✗ Renseignements spéciaux lors de l'horaire</li> <li>✗ Impressions cliniques</li> <li>✗ Nos inquiétudes</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #f4a460;"> <th>EG</th> <th>RESP</th> <th>CV</th> <th>NEURO</th> <th>ALIM</th> <th>TTT</th> <th>LABO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscience</li> <li>• Tonus</li> <li>• T°</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Position</li> <li>• Mvmt</li> <li>• SDR</li> <li>• Bruits</li> <li>• SpO2</li> <li>• O2</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pâleur</li> <li>• Chaleur</li> <li>• TRC</li> <li>• TA + puls</li> <li>• ECG</li> <li>• VVP</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glasgow</li> <li>• Pupilles</li> <li>• 3 modes</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantité</li> <li>• Pertes</li> <li>• Bilan</li> <li>• Douleurs</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cours</li> <li>• Erreurs</li> <li>• Refus</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stix</li> <li>• Gly</li> <li>• Sang</li> <li>• RX</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	EG	RESP	CV	NEURO	ALIM	TTT	LABO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscience</li> <li>• Tonus</li> <li>• T°</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Position</li> <li>• Mvmt</li> <li>• SDR</li> <li>• Bruits</li> <li>• SpO2</li> <li>• O2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pâleur</li> <li>• Chaleur</li> <li>• TRC</li> <li>• TA + puls</li> <li>• ECG</li> <li>• VVP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glasgow</li> <li>• Pupilles</li> <li>• 3 modes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantité</li> <li>• Pertes</li> <li>• Bilan</li> <li>• Douleurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cours</li> <li>• Erreurs</li> <li>• Refus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stix</li> <li>• Gly</li> <li>• Sang</li> <li>• RX</li> </ul>
EG	RESP	CV	NEURO	ALIM	TTT	LABO										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscience</li> <li>• Tonus</li> <li>• T°</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Position</li> <li>• Mvmt</li> <li>• SDR</li> <li>• Bruits</li> <li>• SpO2</li> <li>• O2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pâleur</li> <li>• Chaleur</li> <li>• TRC</li> <li>• TA + puls</li> <li>• ECG</li> <li>• VVP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glasgow</li> <li>• Pupilles</li> <li>• 3 modes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantité</li> <li>• Pertes</li> <li>• Bilan</li> <li>• Douleurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cours</li> <li>• Erreurs</li> <li>• Refus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stix</li> <li>• Gly</li> <li>• Sang</li> <li>• RX</li> </ul>										
<b>R</b>	<b>Recommandation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Préciser nos besoins/attentes pour la suite de la prise en charge</li> <li>✗ Examens à effectuer ?</li> <li>✗ Émettre des suggestions</li> <li>✗ Indiquer la recommandation du médecin (si OM par tél toujours reconformer l'ordre !)</li> </ul>														

Figure 11

**Gouvernance clinique**

Recommandé par l'OMS, l'outil SBAR permet de structurer les échanges d'informations entre professionnels sur la base de critères professionnels et factuels. Ce faisant, il renforce une prise de décision clinique partagée entre l'infirmier-e et le médecin.

## PROJETS CLINIQUES

Pour la seconde année consécutive, l'essentiel des indicateurs reflétant la prise en charge des patients au CHUV sont exposés dans le Rapport Qualité institutionnel (voir sous <https://rapportsannuels.chuv.ch>). Il décrit également une partie des projets que l'hôpital développe dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. La présente page présente un focus complémentaire sur quelques projets précis.

**Gouvernance clinique.** La Gouvernance clinique réunit la Direction médicale, la Direction des soins et les parties prenantes autour des axes de travail prioritaires pour lesquels les développements sont conduits en collaboration: l'implication des patients, la continuité des soins, la sécurité des patients et la performance clinique. Neuf grands projets en découlent directement et concernent:

- La prescription informatisée
- La documentation clinique médicale
- La documentation clinique soins
- L'attitude thérapeutique et la gestion proactive des séjours
- Les mouvements/ transferts de patients
- Les transmissions internes d'informations cliniques
- Les transmissions externes d'informations cliniques
- La sécurité en matière de processus médicament
- L'expérience patient.

Dans le cadre des rencontres réunissant les cadres médico-soignants, l'accent est mis sur des thématiques annuelles afin de promouvoir et coordonner les développements en la matière. La "Communication structurée" constituait le thème 2016. Il s'agissait alors de prendre conscience de la nature souvent sub-optimale des modes d'échange oral d'information entre professionnels et de l'impact sur la sécurité des patients, puis d'examiner ensemble l'usage qui peut être fait des outils standardisés et efficaces en la matière. L'adoption à large échelle de tels outils (Ex: SBAR<sup>2</sup>, Team steps) nécessite d'être accompagnée de mesures de formation et doit résulter d'une politique institutionnelle, voire interinstitutionnelle et régionale. Des représentants de la Fédération des hôpitaux vaudois ont donc été associés aux travaux et présentations dans une perspective de partage d'expérience.

**Plateforme de soins en gériatrie.** La population âgée de 80 ans et plus devrait augmenter de 75% entre 2012 et 2030. Simultanément, on s'attend à faire face à

une fréquence des problèmes de démence d'environ 75% plus élevée, 65% pour l'insuffisance cardiaque ou encore 50% pour le diabète<sup>3</sup>. L'expression *Tsunami gris* est apparue dans les médias dès 2010 pour qualifier le défi que représente le vieillissement des baby-boomers pour nos systèmes de santé. L'hôpital doit ainsi dès maintenant développer sa capacité à prendre en charge les personnes âgées et très âgées en tenant compte de chacune des spécificités de cette population. Cela touche non seulement aux pratiques de soins, mais aussi aux processus qui constituent l'organisation des séjours hospitaliers, des consultations ambulatoires et des interfaces avec toutes les parties prenantes impliquées dans la santé de chaque patient.

Dans cette perspective, la Direction des soins initie un projet de Plateforme de soins en gériatrie et poursuit trois objectifs: définir un modèle de pratiques de soins gériatriques au CHUV, définir les processus de soins répondant au modèle et adapter les pratiques professionnelles aux besoins spécifiques des personnes âgées. Conduit sur plusieurs années, ce projet permettra de favoriser la concrétisation de projets de soins innovants, la réalisation de travaux de recherche scientifiques et le partage des savoirs.

**Interfaces soins-logistique.** Afin de permettre aux professionnels de la santé de concentrer leurs énergies sur leur cœur de métier, la Direction des soins et la Direction de la logistique hospitalière examinent ensemble les domaines d'activité dans lesquels les soignants pourraient être déchargés de tâches qui ne requièrent pas leurs compétences. Trois domaines ont été identifiés: la gestion des stocks d'étagé, l'entretien et la désinfection de l'environnement direct du patient, les prestations hôtelières. Le premier domaine a fait l'objet d'une étude de faisabilité détaillée auprès des professionnels de 15 unités de soins qui met en lumière les bénéfices potentiels secondaires d'un transfert d'activité (fin des ruptures de stock, diminution du gaspillage, gain de place, simplification des processus). Le Service informatique et la Centrale d'achat sont associés aux travaux.

<sup>2</sup> (fig. 11)

<sup>3</sup> Source: Politique cantonale Vieillesse et santé – Etat généraux, Etat de Vaud, 2012.

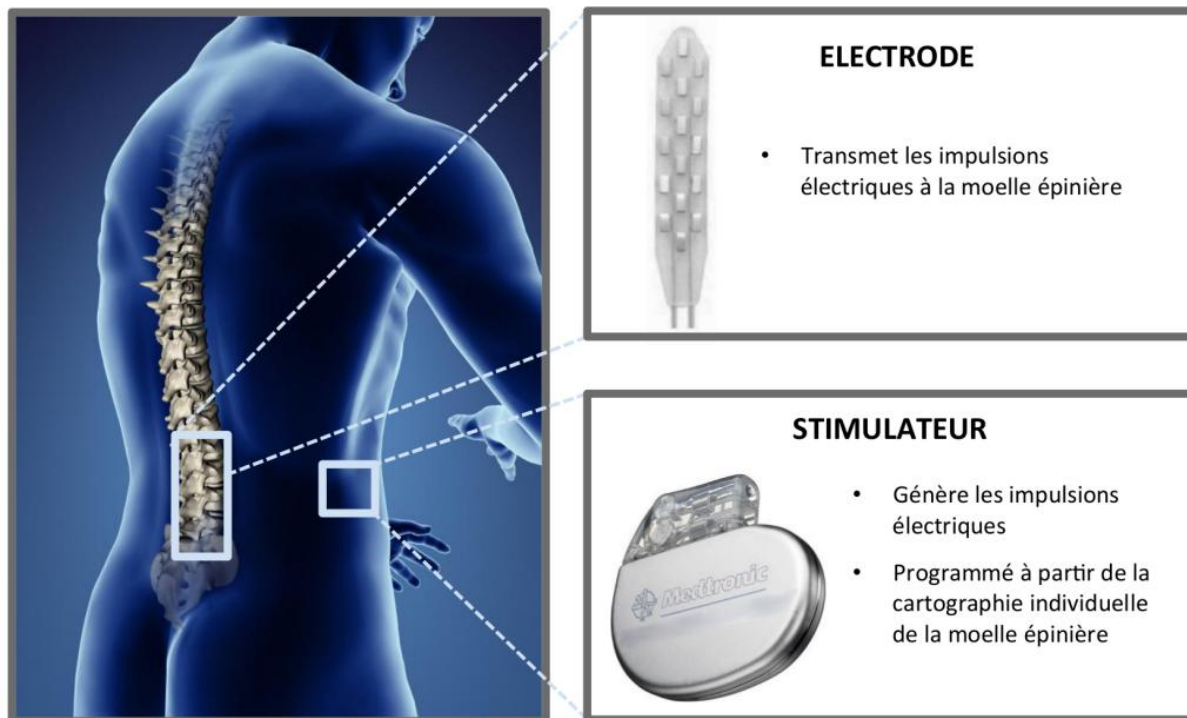


Figure 12

**Physiothérapie**

Dispositifs implantés chirurgicalement pour stimuler la moelle épinière de patients paraplégiques dans le cadre de l'étude STIMO.

(Source: Formulaire d'information au patient: Efficacité de la stimulation électrique épurale médullaire combinée à une neuroréhabilitation robot-assistée chez des patients médullo-lésés, CHUV-EPFL, 2016)

## PRESTATIONS **Physiothérapie, Ergothérapie**

### Physiothérapie.

Les physiothérapeutes du CHUV ont réalisé 175'436 traitements pour les patients hospitalisés et 49'839 traitements en ambulatoire, résultats stables par rapport à 2015.

#### **Paraplégiologie**

Le projet de recherche *STIMO - stimulation de la moelle épinière chez des patients paraplégiques* a débuté au CHUV en septembre 2016. Cet essai clinique révolutionnaire porte sur la mise en place de neuro-prothèses chez des patients traumatisés médullaires. Huit patients paraplégiques seront opérés avec pour objectif qu'ils puissent à nouveau marcher. Cette intervention est suivie par six mois de neuro-rééducation intensive menée par la physiothérapie du Département des neurosciences cliniques. Ce projet conséquent est réalisé en partenariat avec le Service de neurochirurgie du CHUV et l'EPFL.

#### **Centre de la main**

Les patientes et patients du Centre de la main bénéficieront d'une prise en charge mieux coordonnée. C'est l'ambition qui a justifié la mise en place d'un colloque hebdomadaire, réunissant les ergothérapeutes et les physiothérapeutes de la main. Ce moment d'échange doit en outre favoriser le partage des connaissances et promouvoir une étroite collaboration interprofessionnelle.

#### **Gérontologie**

Au Centre universitaire de traitement et réadaptation (CUTR) de Sylvana, les séances de thérapie en groupe ont été développées et renforcées. Cette nouvelle approche conserve des objectifs individualisés pour chaque patient-e, tout en permettant d'offrir davantage de prestations avec le même effectif.

#### **Diffusion des savoirs**

Les physiothérapeutes sont intervenus dans les congrès nationaux et internationaux, principalement dans les domaines cardio-respiratoires, neurologiques, et appareil locomoteur.

### Ergothérapie.

Le Service d'ergothérapie a pris en charge 7'396 patients durant l'année 2016, soit 1'653 patients issus des centres de la main ou des brûlés, 1'383 patients au DAL, 1'447 à Sylvana, 2'222 au DNC et en médecine, et 691 en pédiatrie.

#### **Prévention des escarres.**

Les coussins de positionnement constituent un élément-clé des mesures de prévention des escarres dans la mesure où ils permettent d'éviter / répartir les points de pression. Tous les types de coussins n'ont toutefois la même fonction et un usage indifférencié tend à provoquer une pénurie de matériel dans certaines circonstances. En collaboration avec les spécialistes de la consultation plaies & cicatrisation, les ergothérapeutes ont conduit une évaluation visant à déterminer les coussins les plus appropriés en vue d'une commande pour le réassortiment de l'hôpital.

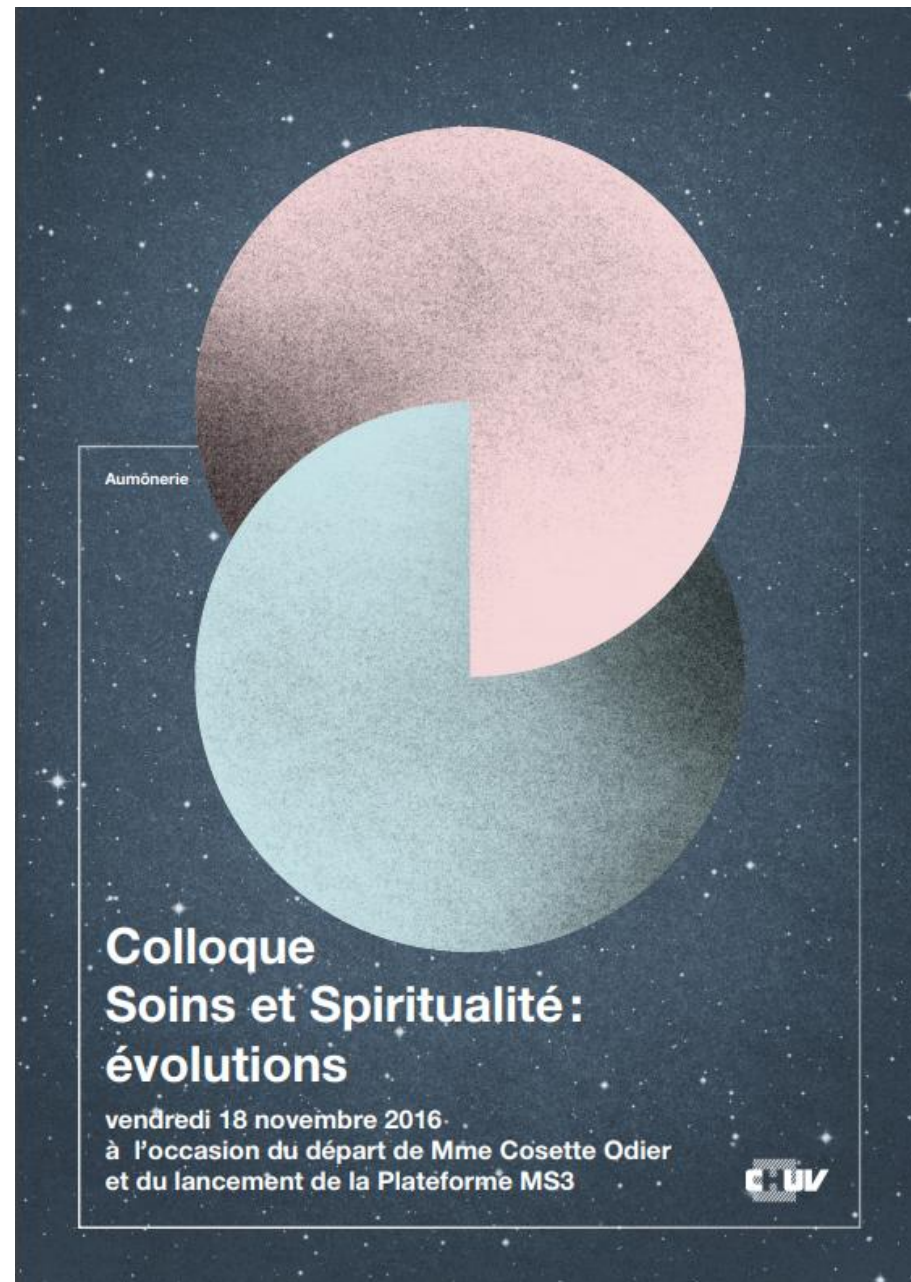
#### **Evaluation des capacités fonctionnelles.**

Les patients atteints dans leur santé peuvent avoir besoin d'une évaluation en vue d'une réorientation ou d'une réinsertion professionnelle. Le service d'ergothérapie est désormais en mesure d'offrir une expertise de qualité et reconnue dans ce domaine. Des ergothérapeutes ont réalisé la certification pour l'Evaluation des capacités fonctionnelles (ECF) et le service est doté du matériel conforme pour mener à bien cette évaluation.

#### **Evolution de pratique pour la prise en charge des patients avec une lombalgie**

La douleur, puis la peur de la douleur, l'évitement et la dépression constituent un cercle vicieux pour les personnes atteintes de lombalgie chronique. Dans le cadre du programme interdisciplinaire de rééducation fonctionnelle du rachis du CHUV, l'intégration de cinq recommandations de bonnes pratiques récentes et basées sur les preuves scientifiques par les ergothérapeutes permet de modifier en profondeur la prise en charge des personnes souffrant de douleurs dorsales. Un nouveau type de bilan appelé PHODA (Photograph series of daily activities), permet d'identifier les facteurs liés à l'anxiété de bouger. Les patients sont ensuite graduellement exposés à ces facteurs afin de rompre la boucle de rétroactions nuisibles.

Figure 13  
**Aumônerie**  
Le 19 novembre, un colloque organisé par l'Aumônerie du CHUV réunissait plus de 300 personnes sur le thème de "Soins et Spiritualité". La matinée a permis aux participants de découvrir un tour d'horizon des modèles de Spiritual care d'hôpitaux suisses. L'après-midi évoquait l'inclusion de la dimension spirituelle dans les soins dans une perspective d'avenir. Enfin, la partie officielle lançait officiellement la Plateforme MS3 tout en saluant le travail réalisé dans ce sens par Mme Cosette Odier, responsable de la formation et de l'enseignement à l'Aumônerie du CHUV durant 15 ans.



### Aumônerie

#### De l'aumônier à l'accompagnant spirituel

Qu'ils se reconnaissent ou non une appartenance religieuse, une large majorité des patients souhaitent que la question des croyances soit abordée avec les professionnels de la santé, ne serait-ce que pour être compris dans leur propre manière de prendre les décisions les concernant. Quant à la spiritualité, elle adopte aujourd'hui une forme à la fois multiple, plus personnelle, moins institutionnelle. L'aumônerie œcuménique au CHUV s'adapte à ces mutations profondes et les anticipe, à l'image des trois éléments qui ont marqué son actualité en 2016: la signature d'une Convention de collaboration avec les Eglises, la tenue d'un colloque sur l'évolution de l'intervention spirituelle en milieu hospitalier (fig.13) et, enfin, la création d'une plateforme universitaire dédiée à la formation et à la recherche dans le domaine. Riche en réflexions, cette année a notamment permis de nommer cinq enjeux déterminants pour l'avenir:

- la professionnalisation de l'intervention spirituelle en milieu de soins
- l'intégration de l'accompagnant spirituel dans les équipes de soins
- la continuité de l'offre en accompagnement spirituel tout au long du parcours de soins
- la formation des accompagnants spirituels et des autres professionnels de la santé
- la production de savoirs scientifiques au service du patient.

#### Convention de collaboration avec les Eglises

Le 15 juin 2016, une convention de collaboration a été signée entre le CHUV, l'Église évangélique réformée du canton de Vaud (EERV) et l'Église catholique dans le canton de Vaud (ECVD). Après quatre ans de travaux, elle pose un cadre clair pour l'organisation de l'Aumônerie au CHUV. Cette convention définit notamment le rôle des partenaires dans l'organisation de l'Aumônerie, le système de financement et les règles communes pour les accompagnants spirituels. Valable pour trois ans, elle sera évaluée au terme de cette période et reconduite tacitement pour une durée indéterminée.

#### Création de la Plateforme médecine, spiritualité, soins & société (MS3)

Comme le montre le nombre croissant de publications scientifiques, la thématique de la spiritualité prend toujours plus d'importance tant dans la recherche biomédicale que dans

l'élaboration des projets thérapeutiques. Au CHUV, des travaux sur l'intégration de la spiritualité dans les soins sont menés depuis de nombreuses années. Soutien d'actions innovantes, la Fondation Leenaards s'est associée au CHUV-FBM pour mettre en place une plateforme dont la mission est de développer des projets dans les domaines de la validation des modèles cliniques, de la recherche et de l'enseignement. Elle participera également aux débats de société sur la qualité de vie des patients et des soignants par une meilleure prise en compte de cette dimension dans leurs relations de soin. La Plateforme MS3 est intégrée au Département formation et recherche du CHUV.

Le **Service social somatique (SOC)** a connu une période de transition suite au départ à la retraite de la Cheffe d'unité en cours d'année. La nomination de son successeur a été différée, offrant ainsi l'opportunité de redéfinir les rôles, responsabilités et processus de collaboration au sein du SOC sous l'égide d'un adjoint de la Direction des soins.

Une trentaine de collaboratrices et collaborateurs (19.74 ept), pour la plupart titulaires de Bachelors HES en travail social ou au bénéfice d'une formation universitaire équivalente, couvrent l'ensemble du périmètre hospitalier somatique et apportent un soutien psychosocial, du conseil et de l'orientation dans des situations jugées de plus en plus complexes.

Le volume d'activité augmente lui aussi et atteint désormais 3'800 interventions par an, contre 3'440 en 2015. Ces interventions débutent généralement par un bilan social à la suite duquel l'assistant-e social-e détermine les besoins et les ressources dans le contexte bien particulier des atteintes à la santé ou des conséquences immédiates d'un accident. Les réponses qui peuvent ensuite être apportées relèvent de trois types:

- juridique et administratif: demandes de protection urgente auprès des justices de paix, droit du logement, droit du travail, droit de séjour notamment;
- logistique: vêtement de dépannage, repas pour accompagnants, bons de taxi pour le retour à domicile;
- financier: réponses prévues dans le cadre des conventions et accords avec l'Office vaudois de l'assurance maladie (patients sans titre de séjour) et le Service de l'hébergement et des assurances sociales (demandes de garantie des frais de soins urgents ou essentiels), sollicitation de fondations publiques ou privées.



Figure 14  
**Bénévolat**  
Dans le Service de gériatrie aiguë, bénévoles et professionnels du service œuvrent ensemble pour mettre sur pied un programme d'animations hebdomadaire enthousiasmant et stimulant.



### Pool de personnel soignant

Le Pool est une équipe constituée de plus de 80 professionnels à même d'intervenir dans la plupart des services cliniques somatiques du CHUV. La même flexibilité caractérise leurs horaires car ces infirmier-e-s et aides soignant-e-s bénéficient d'un taux d'activité variable leur permettant de conjuguer harmonieusement vie privée et vie professionnelle. Depuis l'an passé, le Pool s'ouvre progressivement aux jeunes diplômés et leur offre ainsi une opportunité inédite d'acquérir une expérience professionnelle diversifiée en milieu somatique aigu.

**Augmentation de l'activité.** Le Pool est confronté à une importante augmentation du nombre de demandes de missions. En 2016, ces demandes représentaient un total de 22'500 horaires. Dans 4% des cas, les attentes des services cliniques ne peuvent pas être satisfaites par manque de personnel d'appoint disponible à la date souhaitée. Lorsqu'elles peuvent l'être, c'est dans 40% des cas directement par les professionnels du Pool, le solde étant fourni par les agences de placement partenaires. La mise à disposition de professionnels via le Pool et les agences représente l'équivalent de 62 personnes chaque jour de l'année en moyenne.

**Réorganisation du Pool.** Pour faire face, le Pool se restructure. En 2016 a été initiée la réunification du pool central et des pools spécialisés. Près d'une trentaine de professionnels issus des pools départementaux (gynécologie-obstétrique, appareil locomoteur, neurosciences cliniques) ont ainsi rejoint le Pool. Le secrétariat a été renforcé et les processus de traitement des missions et de contrôle des factures simplifiés. Le système d'information fait l'objet d'une attention particulière afin d'informer mensuellement et de manière efficace et fiable les services cliniques sur leur consommation de ressources. Dans un second temps, une plateforme web permettra d'avoir une meilleure traçabilité de chaque mission de l'annonce à la confirmation, de faire concorder de manière plus performante les demandes de mission et les disponibilités des professionnels et, enfin, de dématérialiser tant les demandes que les rapports de travail.

Les professionnels du Pool bénéficient eux-aussi de mesures nouvelles. Ainsi, ils se voient désormais attribuer en priorité aussi bien les missions courtes que les longues, alors que ces dernières étaient jusqu'ici communiquées aux agences de placement. Ils disposent en outre d'une permanence quotidienne au cours de laquelle ils peuvent se rendre sans rendez-vous au secrétariat du Pool pour choisir des missions / horaires. Enfin, depuis janvier 2016, on pratique

au Pool l'engagement de nouveaux collaborateurs sous un contrat régulier, compatible et adapté pour des professionnels travaillant à un taux oscillant entre 50 et 100%.

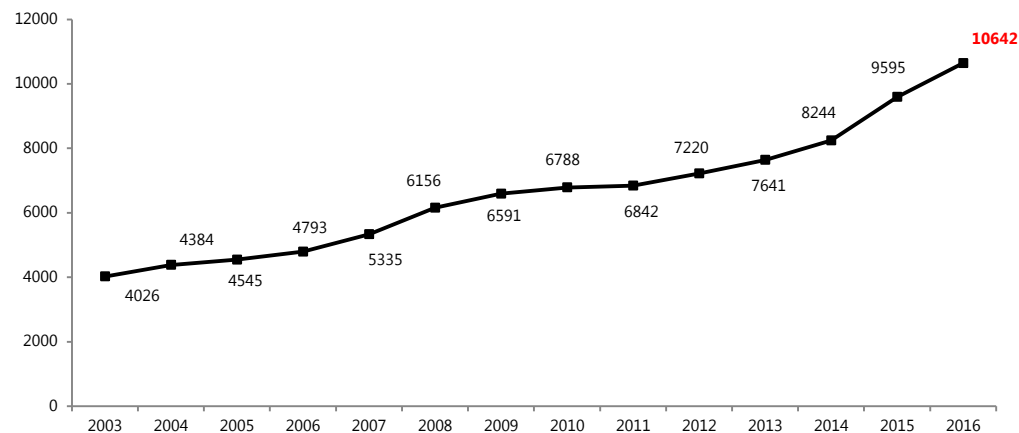
### Bénévolat au CHUV

Sous l'impulsion de sa nouvelle responsable entrée en fonction début 2016, le Bénévolat s'est développé de manière spectaculaire. Les patientes et patients du CHUV pouvaient compter sur 33 bénévoles en décembre 2015, ils étaient 119 au printemps 2017, auxquels s'ajoutent quelques 86 bénévoles potentiels encore engagés dans le processus de recrutement-formation-intégration. Ce dernier débute désormais par une soirée d'information qui permet de confirmer ou non l'intérêt des candidat-e-s pour le Bénévolat au CHUV, suivie de deux soirées de 2h de formation là aussi sur le mode collectif. Ces rencontres ont attiré en moyenne 40 participant-e-s à chaque fois. Les futurs bénévoles débutent ensuite leur temps d'essai d'une durée d'un mois pendant lequel ils bénéficient d'un suivi personnalisé, puis d'un bilan individuel et d'une rencontre tripartite finale à caractère contractuel en présence d'un-e représentant-e de leur service d'affectation. Alors seulement, ils peuvent entamer leur formation de base qui durera huit mois. Au total, 23 missions étaient en cours dans 17 services différents en avril 2017. Les bénévoles y assurent l'un ou l'autre des modèles de rôle suivants: visiteur (présence et écoute), animateur (ateliers et animations en groupe), passeur culturel (accompagnement des patients aux manifestations culturelles du CHUV), accueillant (en faveur d'un climat chaleureux dans les salles d'attentes).

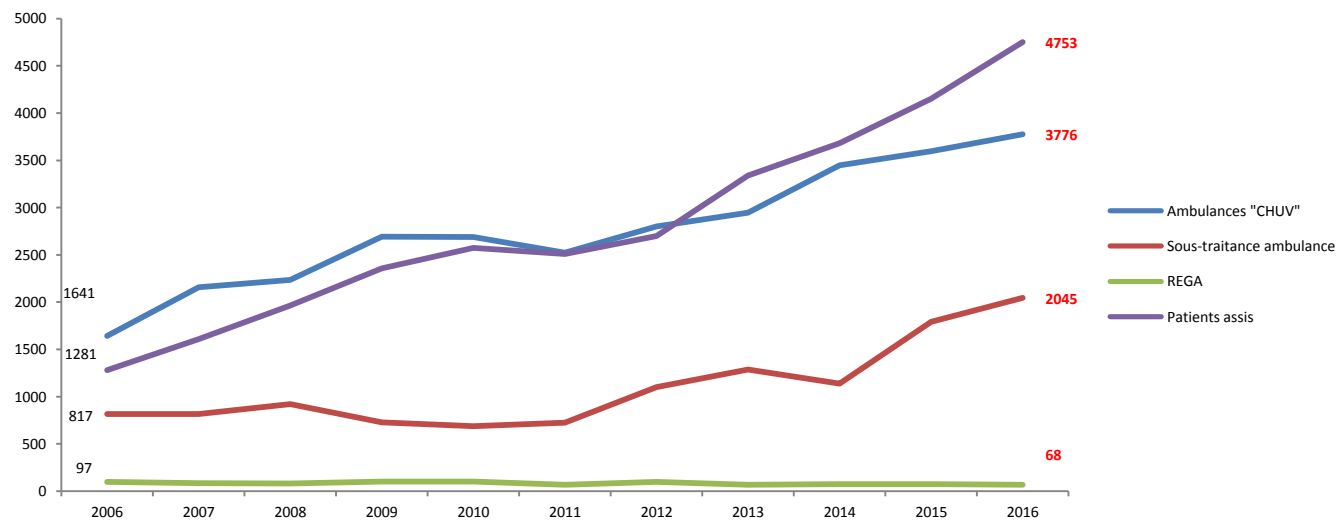
Un foisonnement de projets émerge, témoignant du dynamisme actuel et de la grande diversité de forme que peut revêtir l'action bénévole. Ils portent par exemple sur l'accueil avancé des patients et visiteurs, le développement d'un programme d'animation hebdomadaire en gériatrie aigüe (fig.14), un atelier lecture et des soupers collectifs à l'Hôpital de l'enfance, etc.

Les collaborations externes ne sont pas en reste. La *Plateforme cantonale de soins palliatifs* demeure la référence en matière de formation de base et continue pour les bénévoles. *Bénévolat-Vaud* contribue à l'information et au recrutement des bénévoles. *Caritas-Vaud* intervient de manière complémentaire aux bénévoles du CHUV (bénévoles Lucioles, environ 100 interventions /an) pour les demandes ponctuelles ou les accompagnements de fin de vie.

**Figure 15**  
**Coordination des transferts patients**  
 Evolution du nombre de transferts réalisés au fil des ans, tous moyens de transport confondus.



Années	Evolution
2003-2004	8.90%
2004-2005	3.60%
2005-2006	5.40%
2006-2007	11.20%
2007-2008	15.30%
2008-2009	7%
2009-2010	2.90%
2010-2011	0.70%
2011-2012	5.00%
2012-2013	5.80%
2013-2014	7.80%
2014-2015	16.30%
2015-2016	10.90%
<b>2003-2016</b>	<b>164.30%</b>



**Figure 16**  
**Coordination des transferts patients**  
 Evolution du recours aux différents moyens de transport, en nb de cas.

## ORGANISATION Gestion des flux et coordination des transferts de patients

Confrontée à un besoin croissant de coordonner, réguler et rendre plus efficace l'admission et les transferts de patients toujours plus mobiles, la Direction des soins (DSO) a conçu et mis sur pied dès 2002 déjà les interfaces nécessaires. Avec la Gestion des flux de patients et la Coordination des transferts de patients, la DSO s'assure que les capacités d'accueil sont utilisées au mieux, tout en garantissant que l'état de santé des patients et leur sécurité constituent toujours le principal critère de décision.

### Gestion des flux de patients (GFP)

**Plan de désengorgement hivernal.** Constatant des difficultés à absorber l'augmentation du nombre de patients durant la période hivernale, la gestion des flux patients a proposé l'ouverture temporaire (janv.-mars 2016) de 12 lits de médecine interne. Cette expérience concluante, fluidifiant le flux de patients passant par les urgences et permettant l'orientation du bon patient au bon endroit, a été reconduite en 2017. L'ouverture temporaire de ces lits pour la médecine interne, répartis sur deux unités de chirurgie, s'accompagne de mesures internes et externes avec nos partenaires du réseau de santé vaudois, visant à désengorger le CHUV durant cette période hivernale. Elle a conduit à absorber l'activité hivernale supplémentaire dans des conditions sécuritaires pour les patients et les équipes de soins et permet d'éviter un certain nombre de transferts vers un hôpital périphérique, pour la population lausannoise.

**Patients en attente de CTR.** L'ouverture de 29 lits au CUTR de Sylvana fin 2015 a eu un effet positif, en début d'année, sur la durée moyenne d'attente des patients orientés vers la réadaptation. Au second semestre, du fait de leur nombre croissant, on notait à nouveau une légère augmentation du temps d'attente au CHUV. Un nombre significatif de transfert direct des urgences vers le CUTR (>10% du nombre total d'entrée à Sylvana) est à relever en 2016, permettant d'éviter d'autant le recours au séjour hospitalier en soins aigus.

**Patients en attente d'EMS.** En raison des capacités d'hébergement en EMS insuffisantes dans la région lausannoise et pour éviter l'occupation inappropriée de lits de soins aigus par des patients en attente de séjour, le recours à des structures de préparation à l'hébergement en EMS (SPAH) se poursuit. Pour permettre un niveau d'occupation optimal de ces lieux de transition et assurer au mieux le suivi des situations complexes, les représentants de la GFP, de la Direction médicale et du Bureau d'information et d'orientation (BRIO) assurent des points de situation bimensuels.

En moyenne annuelle et pour l'année 2016, 74.4 lits sont occupés de manière inappropriée au CHUV.

### Coordination des transferts de patients (CTP)

Avec une augmentation d'activité de près de 11% en regard de l'année 2015, la barre symbolique des 10'000 transferts gérés par la Coordination des transferts de patients (CTP) est désormais franchie (fig.15).

Le **nombre de transferts** augmente plus rapidement que le nombre d'hospitalisations, sans que l'on en connaisse toutefois les causes exactes. Ce phénomène n'impacte pas que le CHUV. Au cours de la période 2005-2015, les hospitalisations ont augmenté de 17.5% dans le canton, alors que les transferts bondissaient de près de 45%. L'engorgement chronique des structures de soins aigus et le développement des soins en réseaux y contribuent probablement. Quant aux nouvelles structures hospitalières rendues nécessaires dans le cadre de l'optimisation de la prise en charge des patients et de l'évolution des différentes spécialités, elles n'intègrent pas toujours, au moment de leur création, l'impact produit par la suite sur les transferts.

Concernant l'**utilisation des différents moyens de transport** à disposition (fig.16), on note une augmentation de 14% du recours à la sous-traitance auprès des compagnies d'ambulance. Les ambulances du CHUV ayant atteint un taux d'occupation de près de 95%, ce vecteur est désormais saturé. Toute variation à la hausse de l'activité doit donc par conséquent être couverte par une sous-traitance malheureusement parfois difficile à réaliser et génératrice de charges supplémentaires.

A soixante reprises, les professionnels de la CTP ont accompagné des patients à l'étranger. En tout, pas moins de 134 dossiers de **rapatriements internationaux** ont été examinés. Le solde est constitué de dossiers traités directement par les assureurs ou ayant trouvé une solution alternative. Légèrement moins nombreux qu'en 2015 (144), leur coût total se monte à Fr 270'000.-, soit inférieur de près de Fr 170'000.- par rapport à l'année précédente. Des destinations moins lointaines expliquent cela, de même qu'une collaboration fructueuse mise en place avec une société d'aviation lausannoise qui représente une alternative intéressante aux vols sanitaires pour les cas les moins lourds.

Département	Ergothérapeute	Physiothérapeute	Assistant-e social-e	Educateur-trice	Accomp. Spirituel
Direction	27.42	1.50	19.74	-	13.30*
Dpt de médecine (DM)	-	34.95	-	-	-
Dpt des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA)	-	22.90	-	-	-
Dpt de gynécologie-obstétrique et génétique médicale (DGOG)	-	-	-	-	-
Dpt médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP)	-	14.07	-	5.37	-
Dpt de psychiatrie (DP)	14.01	6.30	51.57	12.76	-
Dpt universitaire de médecine et santé communautaire (DUMSC)	-	-	4.73	-	-
Dpt de l'appareil locomoteur (DAL)	-	29.31	-	-	-
Dpt des neurosciences cliniques (DNC)	-	16.89	-	-	-
Dpt d'oncologie (DO)	-	-	-	-	-
Dpt des centres interdisciplinaires et logistique médicale (DCILM)	-	-	-	-	-
EMS Soerensen-La Rosière	-	-	-	0.90	-
<b>Total 2016, en ept</b>	<b>42.43</b>	<b>125.92</b>	<b>76.04</b>	<b>19.02</b>	<b>13.30</b>
(2015)	(40.57)	(123.86)	(76.77)	(18.66)	-
Total 2016, en nb	65	187	117	37	20

\*postes en partie financés par les Eglises

Tableau 1  
Effectifs moyens 2016  
Catégories non IN, en EPT

## RESSOURCES HUMAINES Effectifs

Pour 2016, l'ensemble des effectifs du CHUV représentaient 8'981 EPT à fin décembre (8'869 en 2015). Les soins infirmiers (cadres, personnel qualifié et personnel d'assistance) représentent 37.7% de ce total, soit 3'388 EPT (3'363 en 2015), ce qui montre une stabilité de la proportion du personnel de soins par rapport à l'année précédente (2015: 37.9%, 2014: 38.5%).

Tableau 2.  
Effectifs moyens 2016  
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		
<b>Direction*</b>	19.23	14.38	87.19	<b>120.80</b>	10.62	19.52	<b>30.14</b>	<b>150.94</b>	
<b>Administration et Finances</b>	0.30	-	0.45	<b>0.75</b>	-	-	-	<b>0.75</b>	
<b>Logistique hospitalière</b>	-	-	-	-	-	0.75	<b>0.75</b>	<b>0.75</b>	
<b>Département formation et recherche</b>	-	-	3.36	<b>3.36</b>	1.80	-	<b>1.80</b>	<b>5.16</b>	
<b>Dpt de médecine (DM)</b>	30.23	-	375.74	<b>405.97</b>	141.28	27.99	<b>169.27</b>	<b>575.24</b>	
<b>Dpt des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA)</b>	25.21	2.30	353.75	<b>381.26</b>	53.93	39.57	<b>93.50</b>	<b>474.76</b>	
<b>Dpt de gynécologie-obstétrique et génétique (DGOG)</b>	11.01	-	147.86	<b>158.87</b>	22.20	29.53	<b>51.73</b>	<b>210.6</b>	
<b>Dpt médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP)</b>	29.04	3.28	363.73	<b>396.05</b>	57.32	10.00	<b>67.32</b>	<b>463.37</b>	
<b>Dpt de psychiatrie (DP)</b>	45.92	6.00	357.09	<b>409.01</b>	34.11	25.23	<b>59.34</b>	<b>468.35</b>	
<b>Dpt universitaire de médecine et santé communautaires (DUMSC)</b>	0.88	-	16.00	<b>16.88</b>	1.06	0.73	<b>1.79</b>	<b>18.67</b>	
<b>Dpt de l'appareil locomoteur (DAL)</b>	13.88	-	132.84	<b>146.72</b>	34.90	19.90	<b>54.80</b>	<b>201.52</b>	
<b>Dpt des neurosciences cliniques (DNC)</b>	8.52	-	93.45	<b>101.97</b>	25.61	6.10	<b>31.71</b>	<b>133.68</b>	
<b>Dpt d'oncologie (DO)</b>	4.43	0.75	60.09	<b>65.27</b>	5.64	4.05	<b>9.69</b>	<b>74.96</b>	
<b>Dpt des laboratoires (DL)</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Dpt de radiologie médicale (DRM)</b>	0.53	-	10.62	<b>11.15</b>	-	1.50	<b>1.50</b>	<b>12.65</b>	
<b>Dpt centres interdisciplinaires/logistique médicale (DCILM)</b>	25.26	2.00	379.03	<b>406.29</b>	57.81	66.14	<b>123.95</b>	<b>530.24</b>	
<b>EMS Soerensen-La Rosière</b>	1.98	-	7.97	<b>9.95</b>	16.62	39.67	<b>56.29</b>	<b>66.24</b>	
<b>Total 2016, en ept</b>	<b>216.42</b>	<b>28.71</b>	<b>2'389.15</b>	<b>2'634.28</b>	<b>462.89</b>	<b>290.68</b>	<b>753.57</b>	<b>3'387.85</b>	
	(2015)	(213)	(28)	(2'357)	(2'600)	(437)	(302)	(739)	(3'338)
<b>Total 2016, en nb</b>	<b>252</b>	<b>39</b>	<b>3'181</b>	<b>3'472</b>	<b>609</b>	<b>398</b>	<b>1'007</b>	<b>4'479</b>	

\*incl. SPIA (Pool), STA9 (personnels en formation) et CFO9 (personnels du Centre des formations)

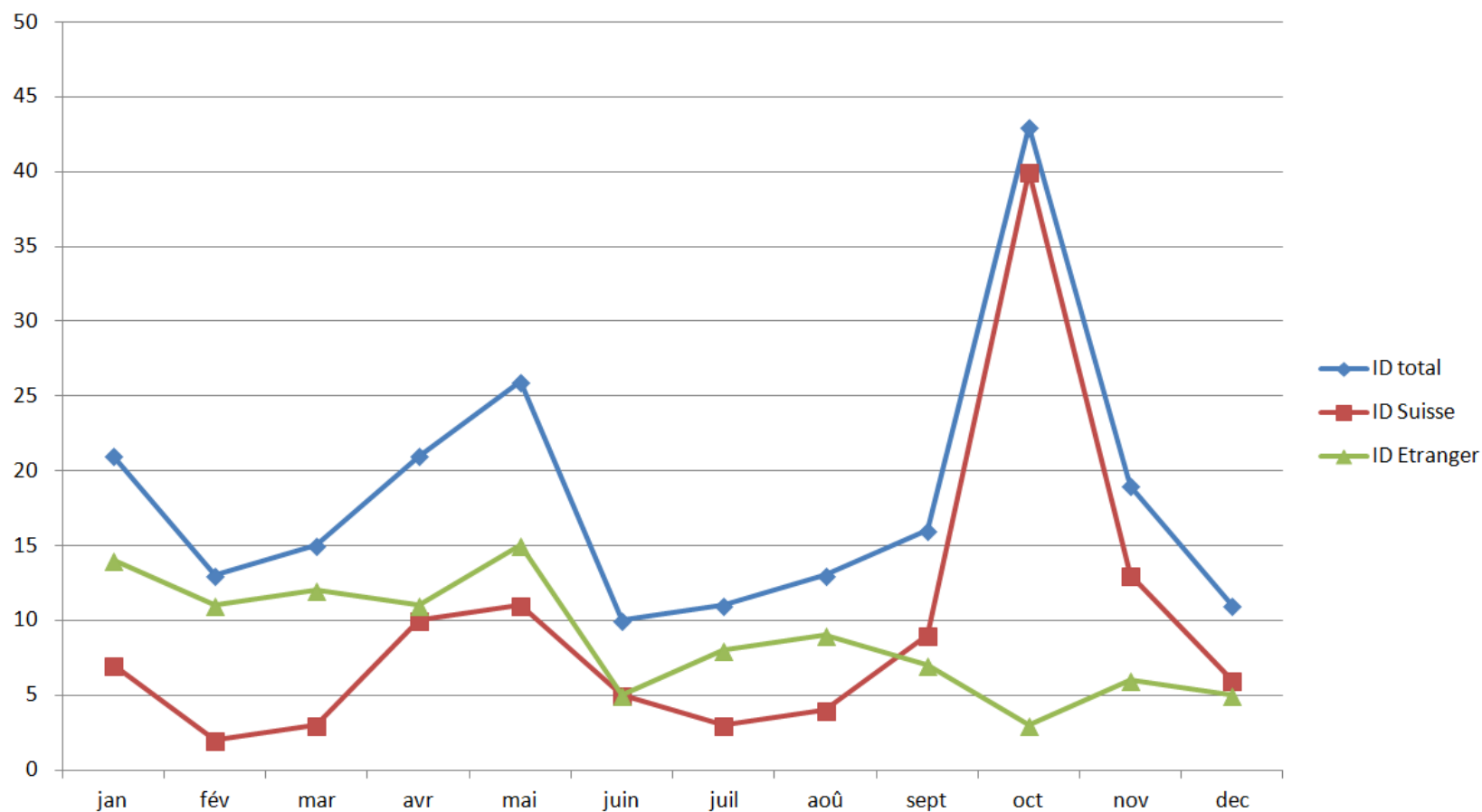


Figure 17.

**Engagement du personnel infirmier selon le pays d'origine du diplôme**

Dès le mois de juin, les départements cliniques du CHUV freinent les engagements afin de disposer d'un maximum de postes vacants lors de l'arrivée sur le marché du travail des nouveaux diplômés HES locaux. Dans l'intervalle, ils recourent au personnel intérimaire ou aux CDD. L'engagement massif des jeunes diplômés a lieu en octobre. Le reste de l'année, les postes vacants sont repourvus par des infirmier-e-s titulaires d'un diplôme suisse ou étranger.

### Recrutement des finalistes HES.

Les partenaires vaudois (politique, hautes écoles, milieux de formation pratique) œuvrent de manière concertée depuis plus d'une décennie en matière de lutte contre la pénurie de professionnels de la santé. Ces efforts portent désormais leurs fruits, avec l'entrée dans le monde du travail d'un nombre croissant d'infirmier-e-s diplômé-e-s formé-e-s au niveau local. L'enthousiasme que suscite ce succès va de pair, pour les employeurs, avec une importante responsabilité: fournir à ces jeunes professionnels une place de travail pour initier leur carrière. Le défi est de taille dans la mesure où une seule "sortie d'école" a lieu par an. Très attractif, le CHUV peut ainsi recevoir largement plus d'une centaine de postulations pour un début d'activité en septembre, alors que ses propres besoins (repourvoir des postes vacants) se répartissent tout au long de l'année. Il s'agit donc d'anticiper et organiser bien en amont l'accueil automnal des nouveaux diplômés dans les services cliniques.

Pour la campagne de recrutement 2016, le processus a été redéfini sur la base de principes ambitieux: chaque étudiant finaliste postulant au CHUV devait pouvoir bénéficier d'un entretien et obtenir une réponse rapide quant aux suites données. Si aucun poste ne pouvait lui être proposé et que sa candidature était mise en attente dans un vivier, il devait être informé quant aux délais dans lesquels il était susceptible d'être appelé. Un important travail de communication a été réalisé pour informer les parties prenantes en amont avec, notamment, un courrier aux directions des hautes écoles de la santé lausannoises, la participation à la table ronde des employeurs et une lettre adressée à tous les étudiants en 6<sup>ème</sup> semestre de bachelor.

Au total, 205 finalistes ont postulé dans les temps. Les entretiens de recrutement se sont déroulés durant tout le mois de mai et les décisions ont été communiquées par écrit au plus

***Suite à leur postulation au CHUV, tous les finalistes 2016 du bachelor en soins infirmiers issus des hautes écoles de la santé lausannoise ont pu bénéficier d'un entretien de candidature et d'une réponse écrite rapide. Ils étaient plus de 200 à vouloir débiter leur carrière au CHUV au même moment.***

tard fin juin. L'engagement de 83 jeunes diplômés a pu être concrétisé immédiatement pour les postes disponibles qui leur avaient été réservés. Seuls 22 candidat-e-s ne répondaient pas au profil exigé pour les services de l'hôpital universitaire. Enfin, la réponse était positive pour une centaine de candidat-e-s mais sans poste disponible à court-terme. Ces professionnels en attente d'un poste ont été recontactés au cours des six mois suivants, soit pour une proposition de poste, soit pour un point de situation sur leur situation en l'absence de poste disponible. Le bilan de cette campagne étant très positif, l'édition 2017 sera conduite sur le même modèle.

### E-Recrutement

Outre l'énergie importante consacrée par les directeurs-trices des soins de département à la campagne de recrutement des finalistes HES, cette dernière a aussi été rendue possible du fait de la mise en fonction de la nouvelle plateforme de recrutement en ligne du CHUV par la Direction des ressources humaines. Toutes les candidatures ont été enregistrées puis traitées via ce nouvel outil. Pour les candidat-e-s, elle offre l'avantage d'une porte d'entrée unique lors de la postulation, davantage de cohérence et plus de rapidité dans le traitement du dossier. Pour les recruteurs, c'est un gain de temps et une plus grande capacité à mettre en relation les profils professionnels avec les postes vacants.

### Réexamen de la fonction d'infirmier-e

Depuis l'avènement du système de classification et rémunération des fonctions DECFO-SYSREM en 1998, les infirmier-e-s sont colloqué-e-s dans les niveaux 8 et 9 de la grille salariale de l'Etat de Vaud, avec une progression de l'un à l'autre possible lorsque des responsabilités particulières prévues par le cahier des charges sont exercées, ou après trois ans de pratique avec des horaires atypiques imposés par l'organisation du travail. Jugeant que les exigences vis-à-vis de la profession avaient significativement évolué entretemps, la section vaudoise de l'Association suisse des infirmières et infirmiers avait adressé au Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) une demande de réexamen de l'enclassement de la fonction en 2013.





La Commission d'évaluation des fonctions et le Service du personnel de l'Etat de Vaud (SPEV) ont donc été saisis de la question et les parties prenantes, dont le CHUV, ont été auditionnées. En décembre 2015, le rapport définitif était transmis au Conseil d'Etat. Sous l'égide du Chef du DSAS, les différentes variantes ont été examinées et chiffrées avec le SPEV, la Direction des soins et la Direction des ressources humaines du CHUV. Enfin, le Conseil d'Etat approuvait les nouvelles conditions de transfert de 8 à 9 proposées par le Chef du DSAS lors de sa dernière séance de l'année 2016, pour une entrée en vigueur le 1.1.2017.

Désormais, la classe salariale 8 correspondra à la période d'intégration des professionnels débutants pendant une durée de deux ans au maximum, contre trois auparavant. Un changement de cahier des charges devra marquer le passage de l'un à l'autre. La progression des compétences sera évaluée dans des domaines comme la maîtrise technique, la capacité d'autoévaluation ou encore l'autonomie décisionnelle notamment. Exceptionnellement, si toutes les exigences sont atteintes, le transfert en classe 9 peut avoir lieu plus tôt. Enfin, ces conditions seront appliquées par analogie à l'ensemble des emplois-types de la chaîne "225-soins" de DECFO dans un souci d'équité. Il s'agit des physiothérapeutes, ergothérapeutes, sages-femmes, TRM, diététicien-ne-s, podologues et psychomotricien-ne-s. Les règles et procédures d'application doivent maintenant être définies.

## Cinq profils-types pour les infirmières titulaires d'un Master

Les premières infirmières cliniciennes spécialisées (ICLS) titulaires d'un Master et issues de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins de l'UNIL ont fait leur entrée sur le marché du travail en 2011. Dans la mesure où leurs compétences sont en phase avec les défis que relève l'hôpital universitaire, un nombre croissant d'entre elles ont été intégrées au CHUV. Elles sont désormais plus de quarante et inscrivent leur mission dans le cadre de l'un ou l'autre des cinq profils de pratique infirmière avancée définis pour l'institution:

- Profil clinique au sein d'un service ou département: soins directs et indirects, accompagnement d'équipe dans le transfert et l'utilisation de preuves scientifiques dans la pratique

- Profil clinique en consultation spécialisée: dans le contexte ambulatoire ou équipe mobile ou de 2ème ligne, infirmière pivot dans les centres d'oncologie
- Profil clinique transversal ou centralisé: dans un programme départemental ou institutionnel (ex: programme de prévention des escarres)
- Profil "développement des compétences": au Centre des formations ou dans un poste partagé avec une Haute école de la santé
- Profil encadrement: dans les équipes d'encadrement (ICS ou encadrement élargi).

## Tableau prospectif de suivi des dotations

La nécessité d'assurer de manière rigoureuse le contrôle des coûts hospitaliers engendre naturellement un intérêt marqué pour le premier poste de dépenses: les dotations et salaires. Un équilibre doit être trouvé ou maintenu entre la pression budgétaire d'une part et, de l'autre, les besoins en soins des patientes et patients dans les différentes spécialités et les dotations qui permettent d'y répondre. Le nombre de professionnels alloués à la prise en charge de chaque type de patientèle, ainsi que le mix qui résulte de leurs différents niveaux de qualification, doit ainsi être objectivement lié aux besoins avérés, en toute transparence, selon des règles claires et à l'échelle de toute l'institution. La première étape pour y parvenir consiste à développer une vue d'ensemble. C'est ce à quoi s'attache la Direction des soins, en collaboration avec les experts informatiques, en débutant les travaux d'élaboration d'un tableau prospectif des dotations pour les soins.

**Mouvements.** Avec les départs de 305 EPT durant l'année écoulée (248 en 2015), le taux de rotation du personnel des soins reste généralement stable à 7,50% (7,44% en 2015) et continue d'être « bas » en comparaison avec des taux de la première décennie du 21<sup>ème</sup> siècle qui fluctuaient entre 11 et 15% par an.

	2015	2016
<b>HES santé - social</b>		
APS	3'749	3'843
Soins infirmiers	19'229	20'031
Sage-femme	2'285	2'325
Physiothérapie	2'870	2'618
Ergothérapie	952	1'052
Technicien en radiologie médicale	1'241	1'668
Nutrition et diététique	292	328
Travail social	1'282	1'105
Psychomotricité	49	-
<b>Total des jours HES:</b>	<b>31'949</b>	<b>32'970</b> + 3.19%

<b>Professions CFC + ES</b>		
Ambulanciers	315	280
Assistant en soins et santé communautaire	2'947	3'474
Technicien en salle d'opération	1'175	1'393
Technicien en analyse biomédicale	3'324	3'142
<b>Total des jours autres professions:</b>	<b>7'761</b>	<b>8'289</b> + 6.80%
<b>Total des jours de stage</b>	<b>39'710</b>	<b>41'259</b> + 3.90%

Tableau 3  
Stages conventionnés  
Nb de jours

Tableau 4  
Stages non conventionnés

	Stagiaires	Jours
Pré-stages de 2 à 6 mois	135	8'550
Stages propédeutiques de 1 mois	78	2'317
Stages d'observation jeunes (16 ans)	146	727
Ecole pénitentiaire Fribourg (CFSP)	3	43
Stages étudiants IFSI (France & Belgique)	5	137
Stages cadres de soins (France)	5	50
<b>Totaux:</b>	<b>372</b>	<b>11'824</b>

## FORMATION Aperçu général

Du fait du nombre considérable d'opportunités proposées et de la qualité de l'encadrement des professionnels en formation, le CHUV est un acteur incontournable sur le marché régional des places de stage et ceci dans tout l'éventail des professions que représente la Direction des soins. A titre d'exemple et pour la seule année 2016, le total général des jours de stage santé-social réalisés au CHUV se monte à **61'166** jours (incl. 7'650 jours apprentissages).

**Formation prégraduée.** Le domaine de la formation pré-graduée a fait l'objet d'une importante réorganisation au cours de l'année 2016. Avec plus de 60'000 journées de stages par an, ce domaine constitue une partie importante de l'activité des équipes de soins du CHUV. Il s'inscrit dans la mission de formation de l'institution pour sa dimension de collaboration avec les institutions de formation partenaires (HES, ES, et écoles professionnelles). En outre le domaine englobe de nombreux acteurs spécifiques comme les praticiens formateurs et les formateurs des apprentis

La réorganisation du dispositif a consisté à l'identification de coordinateurs de la formation pratique, des acteurs dont le rôle est de superviser, au niveau d'un département, toutes les actions liées aux stages et aux formations prés-graduées. Un poste a également été créé au niveau de la Direction des soins pour superviser l'entier du processus.

Cinq axes stratégiques ont été définis, de même que des objectifs généraux pour le domaine de la formation pratique. Ce cadre stratégique doit permettre de guider le processus ces prochaines années.

Ainsi, les objectifs suivants ont été validés par la Direction des soins :

- **Augmenter de 10% le nombre de places de stage** tout en maintenant/renforçant leur qualité. Cela en améliorant constamment les soins au patient.
- Décliner et mettre en œuvre, au niveau départemental, un **concept de formation pratique**
- Suivre et **rendre compte** de la manière la plus fidèle possible de nos prestations de formation pratique
- **Formaliser les rôles, missions et responsabilités des acteurs** des dispositifs de formation et contribuer à leur déploiement départemental
- Garantir des **flux financiers** permettant la mise en œuvre de la politique institutionnelle de la formation pratique

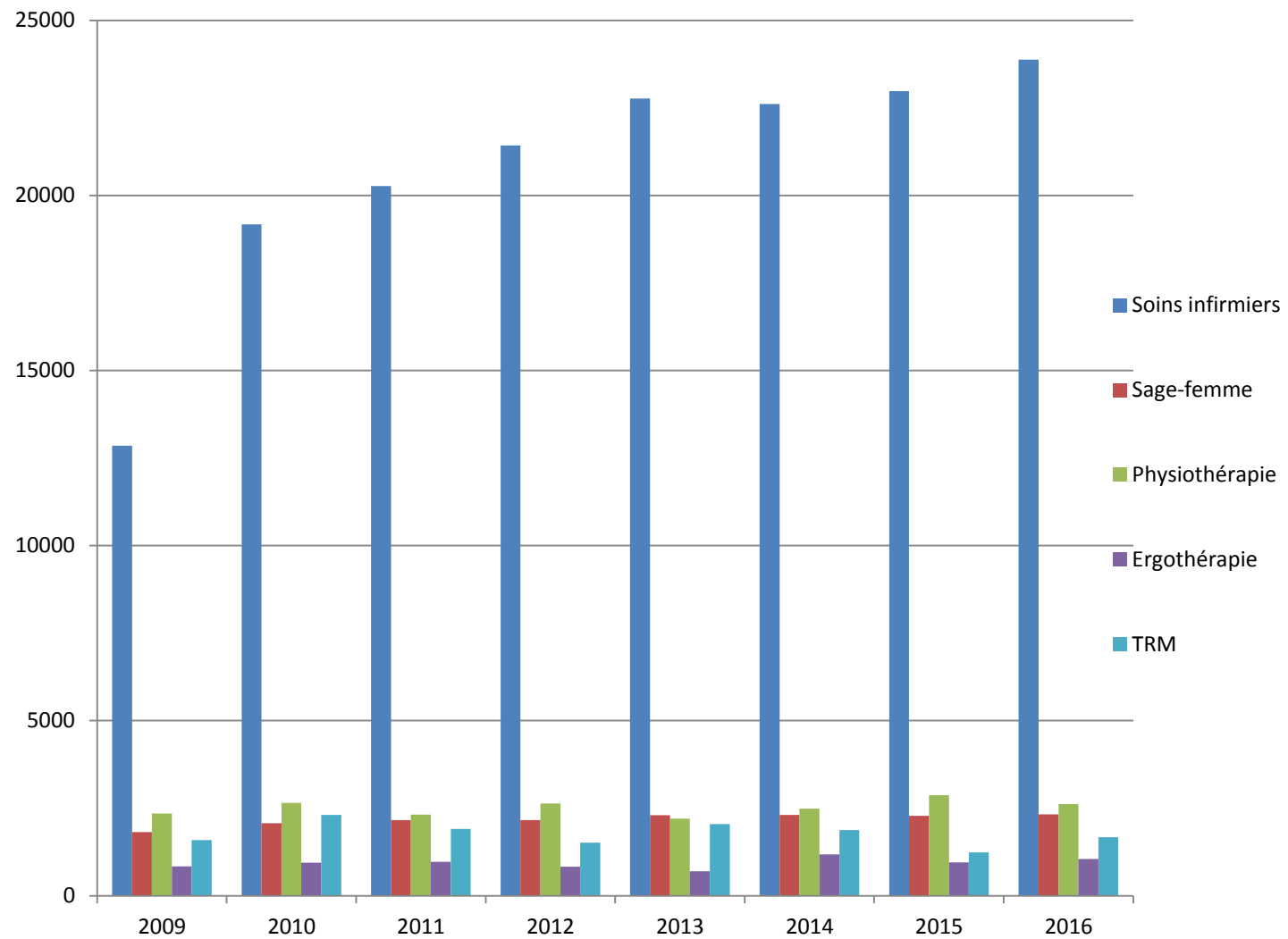
La Direction des soins entend ainsi professionnaliser le dispositif de formation pré-graduée. Cela devrait permettre de faire face aux nombreux défis qui attendent aujourd'hui notre institution, comme l'augmentation du nombre de professionnels à former ou les exigences croissantes des différents cursus de formation.

**Formations HES.** Dans le cadre de sa mission de formation pratique pour les professions de la santé et du travail social, le CHUV a répondu aux besoins des institutions de formation HES. Sur 2016, on constate une augmentation des jours de stages HES réalisés au CHUV à 32'970 (31'949 jours en 2015). Cette augmentation est surtout le fait des stages soins infirmiers qui passent à 20'031 (19'229 jours en 2015), ce qui est encourageant.

En termes de volume de jours de stages proposés au CHUV, ce dernier atteint progressivement la limite de ce que peuvent offrir les services cliniques et les plateaux médico-techniques avec le mode de fonctionnement actuel. Et paradoxalement, bien qu'un nombre largement suffisant de places de stage soit proposé, celles-ci ne sont pas systématiquement et complètement utilisées. Certaines offres de stage sont saturées et d'autres sous-utilisées malgré un dispositif d'encadrement présent. Ce dispositif est au cœur du dialogue que nous entretenons en continu avec nos partenaires de la formation afin de répondre au mieux à leurs attentes, tout en veillant à maintenir une qualité égale en matière d'encadrement des étudiants. Une qualité qui repose notamment sur le respect des objectifs de formation et la disponibilité des praticiens formateurs. Ces impératifs expliquent dans une large mesure les écarts parfois constatés entre les attentes des autorités de tutelles (augmentations annuelles de l'offre en stage) et l'offre réalisée dans les faits.

Bachelor en emploi : en 2016, 9 collaborateurs-rices du CHUV ont débuté le Bachelor en emploi en quatre ans et ils s'ajoutent aux dix collaborateurs-rices ont débuté leur cursus en 2015.

Figure 18  
Evolution du nombre de  
jours de stage par groupe  
professionnel



Les **formations ES et CFC** représentent 8'289 jours de stage en 2015 (528 jours de plus par rapport à 2015). On note une augmentation des stages réalisés pour les TSO et les ASSC mais diminution des stages réalisés pour les formations de laboratoires (Labomed et Labobiol).

Les départements et services cliniques continuent leur engagement dans la formation d'apprentis ASSC dans les différentes modalités de formation comme la formation initiale en dual en 3 ans et la formation initiale raccourcie en 2 ans pour les collaborateurs aides aux soins. En 2016, le CHUV a une quarantaine d'apprentis en formation dans ces programmes.

**Stages non-conventionnés.** La part de l'offre allouée aux stages ouverts aux étudiants venant des pays francophones -plus particulièrement dans le domaine des soins infirmiers- diminue fortement du fait de l'augmentation du nombre d'étudiants, élèves et apprentis de la santé dans les institutions de formation du canton et de Suisse romande et la nécessité de pouvoir leur offrir des stages dans notre établissement. Une fois par année, nous continuons toutefois à accueillir, en stage d'observation, des cadres de santé français en formation et cette offre est très appréciée de ceux-ci comme de nos cadres qui les accueillent.

## Stages d'observation, pré-stages et stages propédeutiques.

Trop souvent méconnues, ces activités de formation mobilisent un nombre important de service. Au travers de ces stages, c'est la relève professionnelle qui fait ses premiers pas dans le monde de la santé :

- les stages d'observation d'une semaine pour les jeunes dès 16 ans
- les pré-stages de 2 à 6 mois
- les stages propédeutiques de 4 semaines pour étudiants en médecine (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année).

**Formations externes des collaborateurs.** Fidèle à sa mission de formation, le CHUV soutient fortement l'accès à la formation pour ses collaboratrices et collaborateurs, y compris en matière de formation externe. En 2016, la Direction des soins a répondu positivement à 107 demandes de soutien pour la participation à des formations externes, soit 22 demandes de participation à un congrès (2,5 jours en moyenne par congrès) et 85 demandes de cours. La moyenne des jours de formation par cours est de 13 jours. Les thématiques principales concernent la clinique (48 cours), la gestion (17 cours) et la pédagogie (16 cours). Au soutien par la Direction des soins s'ajoutent les soutiens par les Services et Département qui ont des budgets dédiés.



## PRIX & DISTINCTIONS

### Rhumatologie: un prix suisse pour les Cafés patient du CHUV

Christel Madelaine-Bonjour, infirmière spécialisée au Service de rhumatologie, remporte le 1er prix du meilleur projet clinique au Symposium Health professionals in rheumatology switzerland (hpr).

En marge du Congrès suisse de la société suisse de rhumatologie, le hpr Symposium réunissait les professionnels suisses de la santé actifs dans le domaine de la rhumatologie les 25-26 août 2016 à Interlaken. C'est à cette occasion que le projet des "Cafés patient" du CHUV s'est distingué en remportant le 1er prix dans la catégorie Projets pratiques.



### Collaboration interprofessionnelle: reconnaissance nationale

Du fait de l'augmentation du nombre de professionnels amenés à apporter leur contribution au fil des parcours de soins complexes que connaissent les patients, la nature de la collaboration qu'ils entretiennent entre eux est déterminante. Au CHUV, une formation alliant théorie et pratique, plébiscitée par plus de 250 médecins, infirmières et sages-femmes, est exclusivement consacrée à l'annonce des mauvaises nouvelles en duo aux patients et à leurs proches. Simultanément, en partenariat avec le Réseau santé région Lausanne et les Églises, débute une expérience d'intégration d'un accompagnant spirituel dans une équipe mobile de soins palliatifs. Enfin, plus de 500 étudiants issus de six filières professionnelles (soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, médecine, sage-femme et technicien-ne en radiologie médicale) se réunissent chaque année à l'occasion des «Journées interprofessionnelles», une formation ciblée organisée par le CHUV, l'université et les hautes écoles lausannoises. Ces trois initiatives ont reçu le Prix Interprofessionnalité de l'Académie suisse des sciences médicales.



### EBP - Distinction internationale pour le BEST lausannois

Le Bureau d'échange des savoirs pour des pratiques exemplaires de soins (BEST) remporte l'Evidence synthesis award du Joanna Briggs Institute à Adélaïde (Australie) pour avoir réalisé trois revues systématiques de littérature en un an. Cette collaboration lausannoise réunit quatre partenaires au sein d'une même structure: le CHUV, la Haute école de la santé La Source, HESAV et l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins de l'UNIL. Son objectif: développer l'Evidence-based practice (ou Pratique fondée sur les preuves) en produisant des recommandations de bonnes pratiques. Le BEST contribue aussi à favoriser l'utilisation des résultats de recherche et forme les professionnels à l'EBP.

### Roland Paillex élu au comité exécutif de l'ER-WCPT

L'European region of the World confederation of physical therapists (ER-WCPT) compte 170'000 membres. Physiothérapeute chef du CHUV, Roland Paillex entre désormais au comité exécutif. Déjà président de Physioswiss, l'association nationale forte de 9'000 physiothérapeutes, Roland Paillex entre désormais au comité exécutif de l'association européenne en qualité de trésorier. Cette confédération réunit les organisations de 39 pays pour un total de 170'000 membres.



EUROPEAN REGION

World Confederation  
for Physical Therapy

## Remerciements

*Au terme de cette année, la Direction des soins souhaite adresser ses plus chaleureux remerciements à chacune et chacun des 4'905 professionnel-le-s du domaine des soins et du social, des équipes soignantes et médico-thérapeutiques aux cadres de soins en passant par les secrétaires ou encore les bénévoles, 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 et 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.*