

Bulletin des Hospices - CHUV

CHUV magazine

décembre 2005 - n°3

**Fusion des soins
intensifs de médecine
et de chirurgie :
une révolution
culturelle**



Sommaire

De la grippe aviaire à la pandémie humaine Un risque dont on ne connaît ni le jour ni l'ampleur	Page 2
Le Service de médecine intensive adulte verra le jour le 1er janvier 2006 Une révolution culturelle dans les hôpitaux universitaires	Page 4
Le Laboratoire de greffes cutanées Vingt ans au service des grands brûlés de toute la Suisse	Page 7
La réforme du bloc opératoire du bâtiment hospitalier a déjà plus d'un an Le bilan de la sectorisation est positif	Page 9
La prévention prénatale dans une Maternité Le rôle d'une sage-femme conseillère au CHUV	Page 13
Améliorer la satisfaction des patients au sujet des repas et lutter contre la dénutrition Le processus ProAlim passe la deuxième vitesse	Page 15
L'évolution de la formation des infirmiers en psychiatrie De l'enseignement sur le tas aux portes de l'université	Page 17
En dehors des soins, de la formation et de la recherche Les tâches de santé publique des Hospices-CHUV passent à l'inventaire	Page 18
Pour assurer le bon fonctionnement du système informatique et la protection des données Les bonnes pratiques à respecter à son poste de travail	Page 20
Brèves	Page 22
Voeux	Page 24

CHUV-Magazine

Editeur responsable:
Bernard Decrauzat, directeur général

Rédaction:
Fabien Dunand

Photos:
CEMCAV

Graphisme:
Antidote

Impression:
Imprimerie
PAPERFORMS SA

Tirage:
9'000 exemplaires

Vous souhaitez que CHUV-Magazine aborde un thème important ou fasse écho à une information intéressante? Envoyez vos suggestions à l'adresse e-mail: Fabien.Dunand@hospvd.ch

..... De la grippe aviaire à la pandémie humaine Un risque dont on ne connaît ni le jour ni l'ampleur

Mise à part Elisabeth Teissier, qui la prédit pour l'été 2006, personne ne se risque à préciser la date et l'ampleur d'une éventuelle pandémie de grippe liée à l'apparition chez l'homme d'un virus mutant de la grippe aviaire. «Mais tous les signaux d'alarme sont allumés», comme Giorgio Zanetti, médecin adjoint au Service des maladies infectieuses, le disait à *L'Hebdo*, en octobre dernier déjà.

Au CHUV, deux séances d'information sur le sujet ont été organisées cet automne à l'auditoire César-Roux. Largement suivies, elles ont permis à l'équipe du professeur Patrick Francioli, médecin chef de la Division de médecine préventive hospitalière, de faire le tour de la question à l'attention du personnel.

Avant toute chose, il faut bien distinguer un fait – la grippe aviaire – qui est une maladie affectant principalement les oiseaux, d'un risque, celui d'une pandémie humaine liée à la transmission à l'homme d'un virus mutant de la grippe aviaire, H5N1 ou autre. La première chose à faire pour éviter ce risque est de lutter contre la grippe aviaire, à l'image des mesures prises en Asie pour détruire les élevages infectés, et en Europe pour éviter la contagion (confinement des élevages, interdiction de rassemblements d'oiseaux vivants lors de foires ou d'expositions).

Quels sont les faits?

- Aucun cas de grippe aviaire n'a été recensé à ce jour en Suisse ou dans les pays voisins. La décision du Conseil fédéral et d'autres pays européens d'interdire l'élevage des volatiles à ciel ouvert jusqu'au 15 décembre afin de les protéger d'une infection par les animaux migrateurs vise à maintenir cette situation. Pour David Nabarro, coordinateur des agences des Nations Unies concernées par l'épizootie, «l'urgence sanitaire mondiale est de juguler la maladie chez les animaux».
- La grippe aviaire est soudainement réapparue en Corée du Sud, en décembre 2003. Le virus H5N1 a l'origine de cette nouvelle flambée s'est rapidement répandu dans les élevages d'Asie du Sud-Est, en particulier en Indonésie, en Chine, en Thaïlande, au Vietnam, provoquant la mort de millions de volatiles, directement ou par abattage pour éviter la contagion. Cette hécatombe est sans précédent dans l'histoire. Depuis le début des années 80, la grippe aviaire avait fait quelques dizaines de millions de victimes parmi les volatiles, cette fois c'est plus de

150 millions de volailles qui ont déjà péri, selon les chiffres annoncés.

- Depuis juin 2005, vraisemblablement disséminé par les oiseaux migrateurs, le virus a frappé des volatiles en Asie centrale, en Russie, en Turquie, en Roumanie et en Grèce. «Nous n'avions jamais vu un virus aviaire circulant si rapidement dans une si vaste région du monde», commente Bernard Vallat, directeur de l'Office international des épizooties.
- Le virus H5N1 a infecté l'homme pour la première fois à Hong Kong en 1997, provoquant 18 cas, dont 6 mortels. Depuis décembre 2003, l'infection a été identifiée chez des personnes qui avaient été exposées à des oiseaux malades. Début décembre 2005, 135 cas ont été confirmés dans plusieurs pays d'Asie, dont la moitié environ (69) ont eu une issue fatale. Il est possible que la réalité soit différente. Le degré de fiabilité des statistiques n'est pas la même d'un pays à l'autre. Il est par exemple étonnant que les cas d'infection humaine soient peu nombreux en Chine, malgré le nombre de foyers de grippe aviaire recensés sur son territoire. Des appels d'offres ont été lancés pour le développement d'un vaccin contre la grippe aviaire, pour protéger les personnes en contact avec la volaille.

Quels sont les risques?

- Heureusement, le virus de la grippe aviaire ne passe pas facilement des oiseaux à l'homme et ne se propage pas facilement et durablement d'une personne à l'autre. Mais la mutation du virus de la grippe aviaire, sa recombinaison avec le virus de la grippe humaine, changerait immédiatement la situation. Le risque de pandémie est là.



Le groupe d'experts Vaud sur la pandémie de grippe aviaire.

Au premier rang, de gauche à droite: Giorgio Zanetti (maladies infectieuses et médecine hospitalière, CHUV), Mathieu Potin (médecin responsable ORCA et Centre interdisciplinaire des urgences du CHUV), Christophe Büla (médecin responsable du CUTR Sylvana). Au second rang: Patrick Francioli (maladies infectieuses et médecine hospitalière, CHUV), Véronique Addor (spécialiste de santé publique, coordinatrice de projet), Eric Masserey (médecin cantonal adjoint) et Pascal Meylan (Institut de microbiologie). Manquent sur la photo: Jacques-Henri Penseyres (vétérinaire cantonal), Denis Froidevaux (chef d'état-major du Service de sécurité civile et militaire) et Blaise Genton (médecin responsable du Centre de vaccinations et médecine des voyages, PMU).

- Une pandémie de grippe est un phénomène rare mais récurrent. Trois grandes pandémies ont été recensées au XXe siècle. La grippe espagnole en 1918, la grippe asiatique en 1957 et la grippe de Hong Kong en 1968. La pandémie de 1918 a fait entre 40 et 50 millions de morts dans le monde, bien plus que la Première Guerre mondiale. Le bilan des pandémies de 1957 (2 millions de morts) et de 1968 (1 million de morts) s'est cependant révélé moins catastrophique qu'on ne l'avait redouté.
- Dans le canton de Vaud, la grippe normale touche entre 1.5 et 5% de la population chaque année, ce qui représente 10'000 à 35'000 malades, 5'000 à 18'000 consultations, 150 à 500 hospitalisations et 40 à 100 décès. Alors qu'une épidémie de grippe aviaire toucherait vraisemblablement 10 à 20% de la population.
- Au-delà du risque sanitaire, le premier effet économique d'une épidémie de grippe

pe aviaire, viendrait des réactions des individus pour ne pas attraper la maladie, qu'elles soient spontanées ou qu'elles suivent les recommandations des services de santé. Lors de l'épidémie de SRAS, responsable d'environ 800 morts en 2003, les habitants des régions concernées ont cessé de fréquenter les lieux publics, tels que restaurants et magasins. Dans les entreprises, l'absentéisme est monté en flèche. Selon les estimations de la Banque mondiale, il en est résulté un ralentissement d'environ 2% de la croissance économique en Asie.

Quelles sont les mesures possibles en cas de pandémie?

- Dans l'hypothèse où les premiers cas se produiraient, les mesures de prévention de l'infection devraient être appliquées dès la prise en charge extra-hospitalière des patients. Il est souhaitable que le traitement antiviral soit administré aussi rapidement que possible. Une attention particulière serait par ailleurs accordée

aux voyageurs de retour de zones exposées et à ceux qui seraient amenés à les côtoyer.

- Dans le cas où l'épidémie prendrait de l'ampleur, des mesures individuelles et collectives plus importantes devront être examinées par les autorités.
- Un groupe d'experts présidé par le professeur Francioli prépare actuellement un rapport au Conseil d'Etat sur l'ensemble des mesures qui pourraient être prises selon les cas de gravité de la situation, en conformité avec les recommandations de l'OMS et de l'Office fédéral de la santé publique.
- Dans l'immédiat, des stocks de Tamiflu ont été constitués par la Confédération. Cet antiviral de chez Roche est considéré comme potentiellement le plus efficace contre la grippe aviaire, avec le Relenza de GlaxoSmithKline. Ces médicaments doivent être réservés aujourd'hui au traitement des cas où il est

De la grippe aviaire à la pandémie

important de maîtriser rapidement une infection grippale. Dans les circonstances actuelles, un usage immodéré de ces médicaments ne ferait qu'augmenter les risques de résistance du virus. En cas d'épidémie, ces médicaments devraient être administrés selon des critères de santé publique et de manière équitable, dans l'attente du développement d'un vaccin efficace contre le nouveau virus pandémique. Les premiers vaccins ne pourraient en effet être disponibles qu'environ quatre à six mois après le début de l'épidémie et dans des quantités forcément limitées, puisqu'il ne pourrait être produit que dans les unités fabriquant le vaccin actuel contre la grippe humaine.

Les mesures prises sont-elles excessives ou seront-elles suffisantes? «Tout le monde s'attend à ce que la pandémie se produise, répond le professeur Francioli. Un jour, elle va arriver mais on ne sait pas quand. On ne sait pas davantage si la situation se déroulerait comme lors des précédentes pandémies. D'un côté, les systèmes de prévention et de traitement ont fait des progrès importants. Une proportion élevée des décès dus à la grippe espagnole, par exemple, a sans doute été provoquée par des surinfections que nous saurions aujourd'hui juguler avec des antibiotiques. D'un autre côté, la grippe espagnole s'est propagée assez rapidement à travers le monde alors que les voyages intercontinentaux se faisaient seulement au rythme des bateaux. Que peut-il se produire aujourd'hui avec les millions de personnes qui prennent l'avion chaque jour? Dans ce contexte, une préparation aussi poussée que possible me paraît indispensable. Si, par le passé, certaines maladies étaient considérées comme une sorte de fatalité, dont il fallait s'accommoder, notre société n'accepte plus ce postulat. Elle vit avec l'idée du «risque zéro».

Pourquoi le risque de pandémie de grippe aviaire est-il si redouté alors que la situation a été assez vite maîtrisée dans le cas du SRAS, après des débuts certes très alarmants? Pour le professeur Pascal Meylan, virologue à l'Institut de microbiologie, il faut savoir que le SRAS est très peu contagieux au début de la maladie. Il ne le devient qu'au bout d'une semaine. Or le cycle de contagion de la grippe est beaucoup plus rapide, elle se transmet avant que les symptômes de la maladie n'apparaissent. Les mesures de quarantaine et d'isolement prises dans le cas du SRAS n'auraient donc pas le même effet.

Le Service de médecine intensive adulte verra le jour le 1^{er} janvier 2006

Une révolution culturelle dans les hôpitaux universitaires

La fusion des soins intensifs de chirurgie et des soins intensifs de médecine du CHUV sera effective le 1er janvier 2006. Le nouveau service est placé sous la responsabilité du professeur René Chioléro, et de son adjointe, la professeure Marie-Denise Schaller. Il est rattaché au Département des centres interdisciplinaires et de logistique médicale.



René Chioléro et Marie-Denise Schaller au chevet d'un malade.

A lors que les grands hôpitaux (Sion, Fribourg, Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds, St-Gall) disposent de soins intensifs multidisciplinaires depuis longtemps, le changement qui va entrer en vigueur au CHUV représente une révolution culturelle dans les hôpitaux universitaires suisses. Le mouvement a été initié en 2002 avec la fusion des unités de soins intensifs de médecine et de chirurgie à l'Inselspital. Les Hôpitaux universitaires de Genève ont suivi en octobre 2005.

Un impact positif sur la survie des patients ...

Pour René Chioléro, cette tendance à la fusion des unités de soins intensifs est logique. En s'occupant des défaillances d'organes et de systèmes, les professionnels en médecine intensive exercent le même métier, utilisent les mêmes équipements, assurent la même prise en charge des patients. Depuis 2001, la

médecine intensive est une spécialité unique, faisant l'objet d'un seul titre FMH. Un seul certificat infirmier post-diplôme en soins intensifs existe aussi depuis longtemps.

L'accélération du mouvement s'explique par l'impact de l'organisation des soins intensifs sur la qualité des soins et sur leurs coûts. Les études récentes montrent en effet que la permanence d'équipes médicales et infirmières spécialement formées en médecine intensive améliore non seulement la survie des patients victimes de défaillances d'organes, mais réduit aussi la durée des hospitalisations et les coûts. Ces résultats se trouvent favorisés par le regroupement des unités de soins, car leur fusion augmente la masse critique, en particulier le nombre des médecins spécialisés: comment organiser la permanence de la compétence sans disposer d'un nombre suffisant de spécialistes?



Le suivi des patients nécessite des traitements de pointe, un monitoring complexe (sur ordinateur pour chaque malade) sous une surveillance continue.

La mission du Service de médecine intensive adulte

Le Service de médecine intensive adulte prend en charge les patients en état critique, qui répondent par exemple aux principaux diagnostics suivants:

- insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une assistance respiratoire, voire un poumon artificiel;
- état de choc lié à une insuffisance cardiaque nécessitant une pompe ou un cœur artificiel pour soutenir la circulation, l'administration de médicaments puissants et un monitoring complexe;
- transplantations;
- comas graves ou crises épileptiques prolongées;
- traumatismes et brûlures extrêmes;
- défaillances d'organes multiples, etc.

Ces différentes situations requièrent une technologie et des traitements de pointe, un monitoring complexe (un ordinateur pour chaque malade) sous une surveillance continue, et surtout la permanence d'un personnel médical, infirmier et de physiothérapie spécialisé.

La vie du service est proche de celle des urgences. On y travaille le plus souvent dans le temps court, souvent compté en heures, parfois moins. On y affronte une crise permanente à tous les niveaux, faite de souffrance du côté des patients, de proximité de la mort, de stress pour les équipes. En raison de la pénibilité de la tâche, seulement 10% des infirmier(ère)s qui se lancent dans les soins intensifs y restent à long terme.

Les situations à traiter nécessitent des discussions fréquentes au sein des équipes – colloques, briefings avec un intervenant externe, psychiatre de liaison, éthicien – et avec les patients ou, plus fréquemment, leurs proches, dans la mesure où les malades sont rarement en état d'exprimer leur volonté. Les soins intensifs doivent non seulement offrir le meilleur de la technique médicale, mais soigner aussi l'éthique clinique. «Nous essayons au maximum, disent en chœur René Chioléro et Marie-Denise Schaller, de répondre aux besoins, aux vœux et aux demandes des patients, en évitant l'acharnement ou la futilité thérapeutique.»

... les coûts et la qualité de la formation

La volonté de mieux maîtriser les coûts dans un secteur qui représente 10 à 20% des dépenses d'un hôpital, selon la grandeur et le type d'activité de l'établissement, a joué également un rôle. La possibilité d'améliorer la formation et la recherche clinique dans de plus grandes unités a fait le reste.

La fusion des deux unités en un seul service va effectivement:

- augmenter le nombre de lits disponibles et faciliter une gestion efficace des ressources;
- renforcer l'encadrement médical;
- élargir l'éventail des pathologies traitées et augmenter la diversité du travail, ce qui stimule la formation;
- permettre de développer des domaines d'excellence. Un intensiviste spécialisé en neuroréanimation est par

exemple en formation actuellement, ce qui aurait été impensable auparavant.

D'une manière plus générale, l'addition des savoirs et la réunion de deux cultures différentes ne peuvent qu'enrichir les compétences des équipes, aiguillonner l'amélioration des procédures en place.

Une opération soigneusement préparée

La fusion des deux unités de soins intensifs adultes du CHUV a été préparée à tous les niveaux: médical, infirmier, administratif, pendant de nombreux mois. Cette préparation a pu dissiper un maximum de craintes, en particulier dans l'évolution des rapports avec les autres services et départements de l'hôpital. Tout a été entrepris pour conserver et développer des contacts harmonieux indispensables à la prise en charge des patients et à la formation des équipes. Une charte a

..... Le Service de médecine intensive adulte verra le jour le 1^{er} janvier



Les situations à traiter nécessitent des discussions fréquentes au sein des équipes.

Les chiffres-clés du nouveau service

- 32 lits dont 4 lits pour les grands brûlés (à titre de comparaison, les soins intensifs des HUG en comptent 36).
- 270 emplois plein temps, dont 34 médecins et près de 180 soignants.
- Environ 200 décès par an, pour 2500 patients traités, dont une quarantaine de brûlés.
- Près de 12'000 journées d'hospitalisation par an.
- 30 millions de dépenses annuelles.

été élaborée autour de certaines valeurs de même qu'un plan d'évaluation des soins aux patients.

Un centre de formation du niveau le plus élevé

Le nouveau service est reconnu comme centre de formation le plus élevé (niveau A) pour la médecine intensive et pour l'obtention du certificat infirmier en soins intensifs. Actuellement une dizaine de médecins assistants et chefs de clinique y suivent leur formation en vue de l'obtention du titre FMH de la spécialité.

Les cadres médicaux du service ont tous une formation très spécialisée. Ils sont au bénéfice de deux titres, parfois de trois, celui de médecine intensive et celui d'une autre spécialité (anesthésiologie, médecine interne, infectiologie...). Avec les équipes infirmières, ils participent jour et nuit, tout au long de l'année, au fonctionnement du cœur permanent de l'hôpital.



Au-delà de la complexité des équipements, l'état critique des patients requiert la permanence d'un personnel médical, infirmier et de physiothérapie spécialisé.

..... Le Laboratoire des greffes cutanées

Vingt ans au service des grands brûlés de toute la Suisse

Depuis sa création, en 1985, le Laboratoire de greffes cutanées est le seul centre suisse proposant des substituts de peau autologues applicables chez les grands brûlés. Il collabore avec les deux centres de traitement des grands brûlés en Suisse, au CHUV et à l'Hôpital universitaire de Zurich.



Messod Benathan est responsable du Laboratoire des greffes cutanées, depuis sa création, en 1985. Isabelle Sénéchaud est responsable de l'activité technique. Elle est secondée à temps partiel par Franca Labidi (à droite).

La peau est l'organe le plus volumineux du corps humain. Sa surface est comprise entre 1.5 et 2m² chez l'adulte et sa structure révèle plusieurs compartiments. La couche la plus externe est l'épiderme qui a une épaisseur moyenne de 0.1 mm et qui est composé essentiellement de kératocytes et de mélanocytes dans un rapport approximatif de 35 à 1. Les premiers sont à l'origine de la couche cornée qui fonctionne comme une barrière contre les infections et les agents chimiques, alors que les mélanocytes produisent la mélanine qui filtre en partie le rayonnement solaire. Sous l'épiderme, on trouve le derme qui est 15 à 40 fois plus épais. Le derme est composé de cellules, dont les plus abondantes sont les fibroblastes, et d'une matrice protéinique riche en collagène. Il confère à la peau sa résistance mécanique et son élasticité.

L'application des techniques de culture cellulaire permet de recréer partiellement la structure de la peau. En effet, la destruction même partielle de la couverture cutanée survenant notamment lors de brûlures thermiques peut avoir des conséquences dramatiques. Lorsque l'ampleur des brûlures dépasse 50% de la surface corporelle chez l'adulte ou 20% chez l'enfant, le traitement par des substituts de peau vivants préparés en laboratoire permet de limiter les autogreffes de peau fine prélevées sur le patient et de réduire les cicatrices inesthétiques. Si les brûlures dépassent 80% de la surface corporelle, les cultures cellulaires représentent pratiquement le seul moyen de couvrir les patients de façon durable.

Le Laboratoire en quelques traits

Le Laboratoire de greffes cutanées est rattaché au Service de dermatologie. Son activité est cependant directement liée au traitement des grands brûlés et aux demandes des chirurgiens plasticiens. De même, dans le domaine de la recherche, le laboratoire travaille surtout avec les plasticiens et les intensivistes. C'est pourquoi il sera rattaché au Service de chirurgie plastique et reconstructive dès le 1er janvier 2006.

L'activité du laboratoire est en augmentation régulière depuis une dizaine d'années. Elle a été multipliée par 5 depuis 1995.

Les préparations en laboratoire représente 5 à 6 m² de peau artificielle par an, qui servent à traiter entre 15 et 20 patients. Une préparation type correspond à 50 pièces de 60 cm². Les premiers lots sont disponibles après deux semaines, alors que les préparations suivantes ne nécessitent que 8 à 9 jours.

Le laboratoire emploie trois personnes pour 2.2 postes équivalents plein temps, plus deux aides occasionnels qui participent au conditionnement du matériel.

Le budget est de l'ordre de 350'000 francs par an. Au prix du marché (environ 15 euros le cm² de peau de culture), la prestation d'ensemble représente 1 à 1.5 million de francs par an. La performance est donc remarquable.

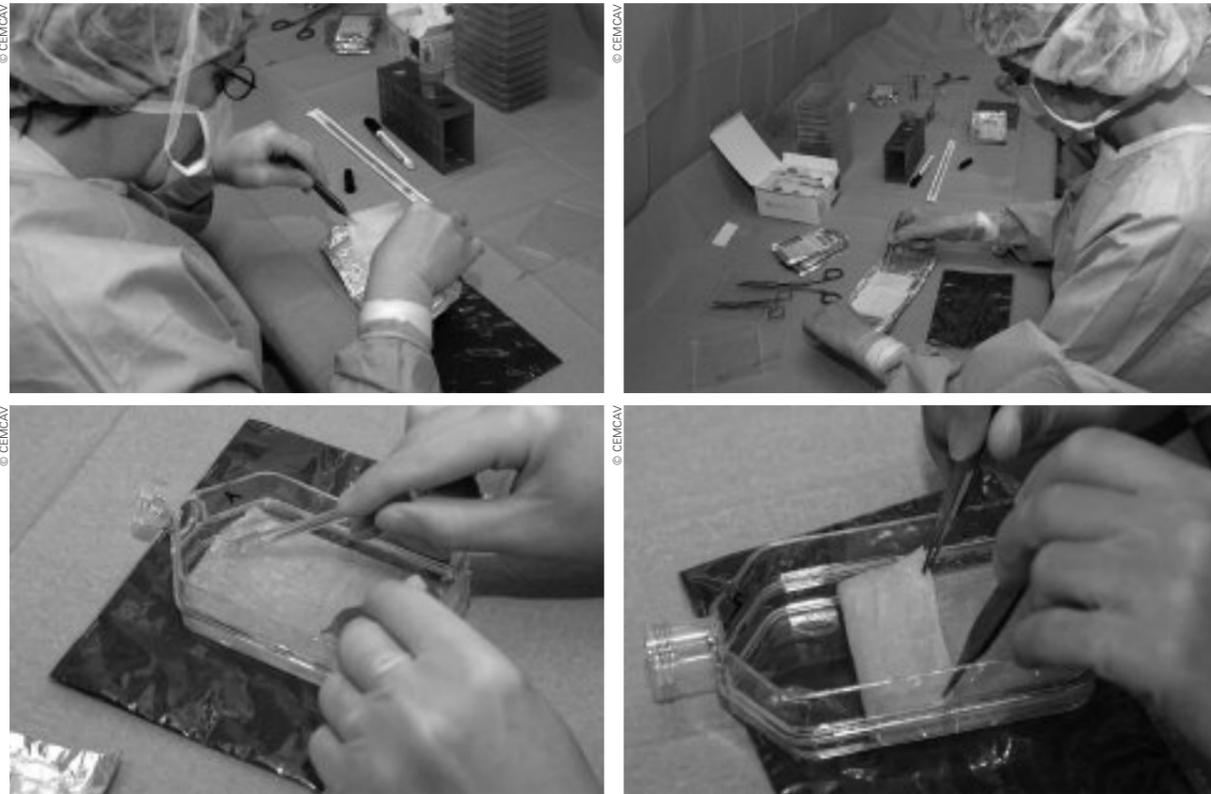
Comment fait-on?

Comment générer une surface suffisante d'épiderme en deux semaines? La première méthode de préparation de substituts de la peau performante a été mise au point dans le laboratoire de Howard Green, à Boston, entre 1975 et 1979. Elle a été introduite pour la première fois à Lausanne au début des années 1980 pour le traitement des grands brûlés et progressivement perfectionnée.

La préparation d'épidermes autologues de la peau passe par les quatre étapes suivantes.

Culture primaire. les cellules épidermiques d'une petite biopsie de peau du patient à traiter sont isolées et amplifiées une première fois.

..... Le Laboratoire des greffes cutanées



Les épidermes de culture sont détachés de leur support et transférés sur une gaze vaselinée stérile qui sert de véhicules pour les greffes.

Culture secondaire. Les cellules issues de la première culture sont multipliées dans un milieu enrichi en plusieurs substances actives jusqu'à constituer un tapis continu contenant également des mélanocytes. Chaque culture secondaire permet de couvrir une zone équivalente à 15 à 20% de surface corporelle.

Récupération des cultures. Les épidermes de cultures sont détachés de leur support et transférés par adhérence sur une gaze vaselinée stérile qui sert de véhicule pour les greffes. Ils doivent être appliqués dans les heures qui suivent pour conserver leur vitalité et leurs propriétés.

Contrôle de qualité. Il se fait à chaque étape du processus *via* un ensemble de tests qui permettent d'apprécier la viabilité, la fonction et la stérilité du matériel.

Progrès récents

Une avancée importante a été accomplie au laboratoire ces dernières années grâce au développement d'un substitut mimant la structure en deux couches – épiderme et derme – de la peau. Ce nouveau matériel qui nécessite un temps d'élaboration plus long (environ 4 semaines au lieu de 2 semaines pour les épidermes) est fait lui aussi à partir des cellules du patient à traiter. Le collagène

qu'il contient est produit in situ par les propres fibroblastes du patient.

Cette nouvelle possibilité a été utilisée pour la première fois en 2001 par l'équipe du Dr Wassim Raffoul pour soigner l'un des blessés les plus graves jamais accueillis au CHUV. A la suite d'un accident, plus de 90% de la surface de sa peau avaient été brûlés. Son traitement qui a duré pratiquement une année à l'hôpital constitue d'ailleurs une magnifique réussite médicale – le patient a été pris en charge par une équipe très compétente (réanimateur, intensiviste, chirurgien plasticien) – et une aventure humaine exceptionnelle. Lorsque l'accident a envoyé le patient à l'hôpital, un mariage était prévu dans la même année. Aujourd'hui ce patient est marié, il a un enfant et il a conservé d'excellentes relations avec l'équipe qui l'a pris en charge.

Les dermo-épidermes de culture ont aussi été appliqués avec succès dans le traitement des ulcères des membres inférieurs, la corrections de cicatrices hypertrophiques et le remplacement de pertes cutanées dans des pathologies plus rares de la peau.

D'une manière générale, le point fort du laboratoire réside dans l'utilisation combinée de plusieurs types de substituts de peau (épiderme, dermo-épidermes, sus-

Le 12 novembre dernier, une séance a été organisée à Lausanne sous l'égide de Flavie, l'Association romande pour les victimes de brûlures. Le projet a pour but de produire un livre, un spectacle, une exposition et un symposium consacrés aux victimes de brûlures et à leur prise en charge au CHUV.

Ce projet réunit:

- Marie-José Auderset, auteur et journaliste,
- Gérard Demierre, metteur en scène, acteur et pédagogue,
- Maryline Sonnay, infirmière clinicienne spécialisée dans la prise en charge psychosociale des grands brûlés,
- et le Dr Wassim Raffoul, médecin adjoint au Service de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV.

Leur but est de sensibiliser le grand public aux problèmes des grands brûlés, de relater leur vécu, leurs souffrances et leurs émotions, et de mettre en évidence la qualité et la complexité de leur prise en charge en mettant en valeur le travail réalisé par les différents professionnels qui s'occupent sur le plan humain et sur le plan technique.

pensions cellulaires) en fonction de la sévérité des brûlures du patient, de leur étendue et de leur profondeur. Le produit de culture est adapté à la stratégie du traitement, ce qui permet d'optimiser les résultats cliniques. Il faut relever aussi que le personnel du laboratoire assiste à chaque intervention, y compris à Zurich, pour garantir la qualité du matériel jusqu'à son application chirurgicale.

..... La réforme du bloc opératoire du bâtiment hospitalier a déjà plus d'un an

Le bilan de la sectorisation est positif

C'est le 4 octobre 2004 que le bloc opératoire du CHUV a changé d'organisation et de manière de fonctionner. Innovation principale: les salles ont été réparties par secteurs, dotés chacun d'une équipe pluridisciplinaire. Après plus d'une année d'expérience, le bilan de la réforme est positif.

Au-delà de quelques points qui leur paraissent pouvoir encore être améliorés, les collaborateurs et les utilisateurs du bloc expriment une grande satisfaction.

Un rappel d'abord. La sectorisation du bloc opératoire voulait résoudre trois types de problèmes.

La disponibilité des salles. Le bloc opératoire était organisé autour de dix salles réservées aux opérations électives et de deux salles réservées en permanence, 24h sur 24, aux urgences. Dans les faits, les salles réservées aux urgences étaient moyennement occupées alors que les salles électives ne parvenaient pas à répondre à la demande.

La composition des équipes. Pour les services de soutien, l'évolution de la chirurgie entraîne une sorte de quadrature du cercle: d'un côté, l'activité chirurgicale, de plus en plus spécialisée, exige chaque jour davantage d'expertise, alors que la formation et la prise en charge des urgences impose le maintien de compétences pluridisciplinaires. Mais la polyvalence a des limites, surtout dans un hôpital universitaire où le taux de rotation des professionnels en formation est élevé. Il fallait trouver un système qui permette à tous de trouver un équilibre entre spécialisation et polyvalence.

La planification des activités. Ces deux premiers problèmes généraient de nombreuses difficultés et de nombreuses tensions dans la planification des activités et la gestion des horaires. Les différents services et les corps de métier se renvoyaient la balle quant aux causes et aux responsabilités de l'insatisfaction ressentie par tous.

Ces constats ont débouché sur un ensemble de mesures de réorganisation entrées en vigueur en automne 2004 (voir encadré).



Véronique Moret, médecin cheffe du bloc opératoire

Un fonctionnement beaucoup plus satisfaisant

A ce stade, Véronique Moret, médecin cheffe du bloc opératoire, tire les enseignements suivants de l'expérience.

1. Les comportements sont en train de changer. La collaboration des différents corps de métier autour de la prise en charge du patient commence à prendre du sens. La constitution d'équipes plus stables assure à la fois une meilleure cohésion et la transmission du savoir: les nouveaux arrivés peuvent apprendre en tournant d'un secteur à l'autre à un rythme variant entre trois et six mois. La combinaison d'équipes permanentes et d'un système de tournus a d'ailleurs pour but de maintenir la polyvalence du personnel dans un hôpital universitaire, où l'activité peut être répartie grossièrement entre 80% de situations standard et 20% d'interventions liées à des spécialisations très pointues.

2. La transformation des horaires de nuit en horaires de jour a permis de dégager 15% de disponibilité opératoire supplémentaire avec les mêmes effectifs. Il faut lutter pour maintenir cette amélioration, face à la tendance naturelle des opérations électives à occuper tout le temps disponible. Une réserve adéquate doit être laissée aux urgences, sinon tout l'effort de planification est réduit à néant.

3. La réforme mise en place permet de penser et de passer à autre chose, à des projets plus enthousiasmants que l'organisation, aussi indispensable soit-elle. On peut maintenant s'occuper de la rénovation des salles d'opération dont la taille et l'équipement sont à revoir en fonction de l'évolution des techniques d'intervention. Ces projets intéressent tout le monde mais il est plus facile de les faire avancer, de dégager un consensus sur les besoins, maintenant que le bloc opératoire est réparti en secteurs.

..... La réforme du bloc opératoire du bâtiment hospitalier a déjà plus d'un an

Véronique Moret et Bernard Decrauzat, directeur général, lors de l'inauguration des peintures murales du bloc opératoire (niveau 05 du BH), le 8 novembre dernier.



Donat Spahn, chef du Service d'anesthésiologie



«Avant, le schéma de collaboration consistait à dire: «Les autres sont nuis.» Chacun faisait ce qu'il voulait. Personne ne pensait au tout.

«Avec la sectorisation, l'objectif était d'obtenir que les différents utilisateurs du bloc - chirurgiens, anesthésistes, soignants, collaborateurs de la logistique - soient amenés à penser et à vivre le même projet au sein d'un même secteur. Et c'est un grand succès. C'était une opération très difficile, il a fallu changer des habitudes, mais elle a vraiment bien réussi. Quand un problème surgit, nous arrivons aujourd'hui à trouver des solutions ensemble et rapidement.

«La survie à long terme de la réforme passe cependant par deux conditions. La persévérance d'abord: il faut maintenir le cap et le respect par tous des règles proposées, sinon les difficultés réapparaîtront inévitablement. Ensuite, l'adaptation des ressources humaines aux besoins. Un premier pas sera d'ailleurs fait dans ce sens en avril prochain mais il devra être poursuivi.»

Fredy Cavin, chef de la stérilisation centrale



«La nouvelle organisation a concentré l'information en un seul endroit. Avant, les liaisons entre les différents corps de métier étaient difficiles, elles reposaient sur des relations bilatérales. L'introduction de réunions hebdomadaires, suivies de procès-verbaux, nous permet d'être mutuellement au courant de ce qui se passe et de connaître la planification à l'avance. Elle nous donne aussi l'occasion de faire des propositions, comme nous l'avons fait par exemple sur la circulation du matériel avant et après les opérations. Nous pouvons discuter entre nous des problèmes et de leurs solutions.

«En ce qui concerne la logistique et la stérilisation, un bon contact est établi avec l'ingénieur biomédical et les infirmières instrumentistes. Il nous manque encore un référent médical dans tous les secteurs, un chirurgien qui puisse nous aider dans le choix, la quantité et la position du matériel nécessaire sur le plateau opératoire.»

Laurent Gillain, chef de clinique, chirurgien en traumatologie-orthopédie



«C'est avec les anesthésistes que l'amélioration est la plus sensible, grâce à l'instauration d'un anesthésiste référent par secteur. Il y a une bonne gestion du programme opératoire et l'on trouve aussi plus facilement qu'auparavant des anesthésistes pour les changements de programme. Le système assure également une bonne communication avec les infirmières instrumentistes.

«Un seul point me paraît trop restrictif. Le bloc opératoire devrait pouvoir fermer plus tard qu'à 15h30. En Belgique, par exemple, on opère jusqu'à 19h, mais cela implique une gestion plus fine encore.»



L'une des peintures murales. Le bloc opératoire a été décoré par cinq artistes: Luc Aubert, Francis Baudevin, Stéphane Dafflon, Philippe Decrauzat et Daniel Ruggiero.

Sally Wenger, ICUS des infirmières instrumentistes et aides de salle



«Deux points me paraissent évidents. Avant la demande la plus fréquente, des chirurgiens comme de l'ensemble du personnel, était de pouvoir travailler régulièrement avec les mêmes personnes. Cette demande est satisfaite et cela a une influence sur l'efficacité des soins aux patients. De petites équipes habituées à travailler ensemble, cela ne peut qu'améliorer la prise en charge.

«Le nouveau système permet aussi d'améliorer la communication, en particulier sur les changements du programme opératoire, même si des progrès doivent encore être accomplis.

«Il nous reste également à améliorer la gestion du temps opératoire, souvent trop optimiste. Trop d'interventions sont programmées par rapport au temps disponible, ce qui provoque des dépassements d'horaires.

«Dans l'ensemble, le nouveau système fonctionne très bien mais il implique de satisfaire les collaboratrices et les collaborateurs qui veulent changer de secteur. Car nous avons aussi besoin de gens qui veulent circuler d'un secteur à l'autre, notamment pour assurer les remplacements en cas d'absence ou de maladies.»

Etienne Aubry, responsable de l'Unité Sterbop



«Il y a désormais un partenariat entre les différents corps professionnels du bloc opératoire. Et plus de transparence: les choses sont plus claires. La nouvelle organisation a changé du tout au tout notre approche et nous travaillons dans de meilleures conditions.

«Le résultat est positif même s'il implique des ajustements progressifs, par exemple au rétrécissement des horaires d'ouverture des salles d'opération. Alors qu'elles étaient davantage réparties jusqu'en fin de journée, beaucoup d'interventions se terminent aujourd'hui entre 13 et 17h. Il faut adapter la réponse et nos propres horaires à cette nouvelle situation.

«Jusqu'ici on subissait les événements, sans savoir. Aujourd'hui, on les subit moins. Le fait d'avoir atteint un stade de fonctionnement standard nous permet d'aborder d'autres projets, d'entamer un travail sur la réorganisation des locaux et le réaménagement des salles d'opérations.»

Gassouma Abdel, ICUS d'anesthésie



«La sectorisation est la réforme la plus importante. La même équipe est responsable pour un secteur de A à Z. Ces équipes ont les mêmes partenaires de manière permanente, avec lesquels elles partagent des objectifs et des intérêts communs. Il en résulte une plus grande circulation de l'information, une plus grande satisfaction au travail et une autonomie encourageante. On a affaire à des groupes restreints mais motivés pour assurer la prise en charge la plus efficace possible. Il est en même temps primordial de s'efforcer de maintenir et défendre les principes de la polyvalence des équipes, ce qui est essentiel pour les urgences et les gardes.

«On doit d'ailleurs pouvoir encore améliorer l'anticipation et la programmation des opérations électives, en estimant correctement les durées opératoires, et réduire le nombre des annulations.»

..... La réforme du bloc opératoire du bâtiment hospitalier a déjà plus d'un an

Pierre-Guy Chassot, anesthésiste

«Un bloc opératoire est très difficile à gérer. C'est aussi peu gérable que le trafic aérien dans un aéroport un jour de mauvais temps. C'est même moins gérable encore puisque ce ne sont pas des objets qu'il s'agit de déplacer, ni même des passagers, mais des malades. Et personne n'a envie de voir les malades déplacer ou attendre inutilement.

«Certains actes sont bien programmables dans un bloc opératoire, mais on n'est jamais vraiment sûr de ce que l'on va trouver lors d'une opération. L'une qui a été prévue pour prendre deux heures peut en prendre dix et une autre programmée pour huit heures se terminer en une heure parce qu'on décide de renoncer à l'intervention.

«La sectorisation représente donc une amélioration fondée sur des idées logiques et cohérentes. Il faut cependant se rendre à l'évidence: elle permet de mieux gérer 80% des situations. Vouloir gérer les 20% restants nécessiterait une énergie folle sans grande efficacité. Car cela supposerait l'engagement de personnel gestionnaire supplémentaire et provoquerait beaucoup de crispations chez les gestionnaires et chez les «gestionnés».

«A cet égard, l'augmentation de la part administrative de nos activités me paraît excessive au CHUV comme partout ailleurs. C'est une dérive actuelle de notre société qui, si elle se poursuit, finira par la ruiner.»

Jean Dione, infirmier responsable de la salle de réveil

«Le développement de certains outils informatiques permet de transmettre une décision ou un changement de programme opératoire à toutes les personnes concernées. Le forum du lundi a décloisonné nos activités. Il n'y a plus les mêmes frontières, les contacts sont facilités. Nous pouvons discuter des questions à régler, trouver la solution la plus directe possible entre nous. Nous sommes de plus en plus impliqués dans beaucoup de choses, y compris dans l'accueil des malades, ce qui est aussi bénéfique pour les patients.

«Nous devons encore travailler à l'adaptation de la culture du travail qui était la nôtre auparavant pour répondre, dans le cadre du personnel et des locaux disponibles, à la concentration de l'activité à la salle de réveil entre 11h30 et 15h30. La fin quasi simultanée des interventions de plusieurs salles d'opération pose des problèmes. On arrive souvent, en fin de semaine, à commencer le réveil des malades dans les salles d'anesthésie parce qu'il n'y a plus de places en salle de réveil.»

La nouvelle organisation du bloc opératoire

La réforme entrée en vigueur en octobre 2004 repose sur les mesures suivantes.

1. Des salles électives en plus grand nombre

Le bloc opératoire compte aujourd'hui 14 salles électives, où les opérations doivent être normalement terminées chaque jour à 16h, et deux salles d'urgence, l'une ouverte 24h sur 24, et l'autre ouverte seulement entre 16h et 23h.

Deux salles complètent encore ce dispositif: une salle libre en permanence pour servir de dégagement en cas de problème, et une dernière salle qui sert de réserve lors de réfection ou d'entretien des autres salles.

2. Des salles réparties par quartiers

Les salles électives ont été réparties par secteurs, chaque secteur correspondant à deux services de chirurgie que l'anatomie rapproche:

- 4 salles sont dédiées aux opérations thoraciques et vasculaires (cœur et poumon) au secteur 1;
- 3 salles sont dédiées aux opérations abdominales (viscères, urologie, oncologie) au secteur 2;
- 3 salles sont dédiées aux opérations sur la peau et les os (chirurgie plastique, orthopédie, traumatologie) au secteur 3;
- 3 salles sont dédiées aux opérations touchant la tête, le cou et la colonne vertébrale (neurochirurgie, ORL) au secteur 4;

- 1 salle est dédiée aux opérations pédiatriques (pour les patients de moins de 15 ans) toutes spécialités confondues.

Les salles de chaque secteur sont situées les unes à côté des autres, elles constituent ainsi des quartiers opératoires qui facilitent grandement la communication entre les professionnels.

3. Des équipes constituées

Dans chaque secteur, des équipes se sont constituées qui regroupent l'ensemble des personnels médicaux (anesthésie et chirurgie), infirmier (anesthésie et instrumentation) et aides de salle. Des responsables de chaque catégorie de personnel ont été désignés et sont chargés d'assurer ensemble la planification des opérations et la circulation des informations nécessaires au bon fonctionnement du secteur.

4. L'orientation des urgences

La salle d'opérations des urgences ouverte 24h sur 24 est dédiée aux urgences vitales (priorité 1), alors que la deuxième salle ouverte de 16h à 23h est dédiée aux priorités de niveau 2. Une extension des heures d'ouverture de cette salle de 7h à 16h est prévue pour le 1er janvier 2006. Quant aux urgences de priorité 3 (urgences différées), elles doivent être transférées dans le service concerné pour être intégrées au programme des opérations électives du service.

..... La prévention prénatale dans une maternité

Le rôle d'une sage-femme conseillère au CHUV

Brigitte Castaing a le talent et l'expérience du contact humain. Sage-femme conseillère à la Maternité du CHUV, son rôle consiste à offrir un temps d'écoute aux femmes enceintes et aux couples qui viennent consulter. Ces rencontres lui permettent de faire de la prévention dans tous les domaines et de dépister les situations à risque psycho-social pour la femme enceinte et le futur bébé. CHUV-Magazine l'a rencontré.



Brigitte Castaing exerce la fonction de sage-femme conseillère à la Maternité du CHUV depuis 14 ans. Auparavant, elle a été sage-femme dans les hôpitaux régionaux et deux ans enseignante à l'Ecole de Chantepierre. Elle partage aujourd'hui son temps de travail entre ses fonctions à la Maternité du CHUV (à 60%) et une activité comme sage-femme à domicile, à Lausanne, en assurant de temps en temps la garde post-natale.

Sa collègue Sofija Maderic, qui occupait jusqu'ici un deuxième poste de sage-femme conseillère, à 60% également, quittera le CHUV le 31 décembre. Son poste sera repourvu.

Un entretien gratuit est proposé à toutes les femmes enceintes qui viennent consulter au CHUV, dès la 25^e semaine de leur grossesse. Il dure environ une heure. Cet entretien est conduit sur la base d'une fiche d'anamnèse médicale et d'un dialogue personnalisé, axé sur l'écoute, le respect, l'empathie à l'égard des interlocuteurs et leur valorisation. Il permet de faire un tour d'horizon complet de la situation et des éventuels problèmes de la femme enceinte et du couple.

Est-ce que je vais savoir être une bonne mère?

C'est la question la plus fréquente. Avec l'évolution de notre société, les jeunes femmes sont souvent coupées de leur famille, elles travaillent, leurs propres mères aussi. La présence et la disponibilité des grands-mères n'est plus la même qu'auparavant. Les futures mamans se retrouvent souvent seules ou avec peu d'aide, en particulier les migrantes.

Mon compagnon va-t-il me quitter?

A partir de là, les autres questions peuvent

prendre les directions les plus diverses. L'une, qui n'a pas connu son père à la naissance, parce qu'il a quitté sa mère pendant la grossesse, redoute que son compagnon fasse la même chose. Une autre explique ne pas vouloir allaiter parce que sa propre mère ne l'a pas allaitée, tout en craignant d'être mal vue par les professionnels de la santé qui prônent l'allaitement maternel.

Quel que soit le contexte, il s'agit de répondre d'abord aux besoins de la patiente et du couple en favorisant leurs compétences de futurs parents, en leur faisant découvrir leurs ressources personnelles et les moyens de résoudre leurs difficultés, en renforçant leur confiance en eux-mêmes.

Un jour, Nicole*, jeune femme battue, raconte à quel point c'est dur avec son mari. Elle connaît certes l'existence du foyer Malley-Prairie, mais hésite à prendre la décision de s'y rendre. Le geste lui paraît difficile. Brigitte Castaing lui propose alors de prendre le numéro de téléphone du foyer avec elle, pour le cas où. Mais non content de la battre, le mari la fouille partout et la jeune femme ne voit pas où mettre ce numéro de téléphone en sûreté. «Cherchez bien, lui dit Brigitte Castaing, je suis sûr que vous savez

où le cacher.» Effectivement, après quelques instants, la jeune femme propose de le dissimuler dans l'ourlet de sa robe. Quinze jours plus tard, la jeune femme a utilisé le numéro de téléphone. «La ressource, c'est elle qui l'avait, poursuit Brigitte Castaing. Si nous disons à quelqu'un ce qu'il doit faire – vous devez faire ça – nous exerçons un pouvoir et nous rendons la personne dépendante de ce pouvoir. Il vaut mieux accompagner la personne pour la rendre indépendante, en la valorisant, et lui permettre de trouver en elle-même les moyens de s'en sortir.»

Est-ce que je peux vous embrasser?

Des questions simples suffisent le plus souvent à engager un dialogue significatif. Vos parents se réjouissent-ils de la naissance, demande par exemple la sage-femme conseillère? «Oui, ma maman est là, lui répond Amalia* lors d'un récent entretien, mais mon papa est mort il y a deux ans dans un accident de voiture, il ne verra pas son petit-fils.» Dans la conversation qui s'enchaîne, Brigitte Castaing apprend encore de cette jeune portugaise que le terme prévu du bébé va coïncider avec l'anniversaire du père de la patiente. «Le deuil était ravivé par la future naissance et Amalia se demandait si le chagrin qu'elle ressentait n'allait pas perturber son petit, si elle pouvait encore pleurer son papa. Je lui ai dit qu'elle pouvait parler à son futur bébé, en posant la main sur son ventre, en lui disant qu'elle était triste parce qu'il ne connaîtrait pas son grand-père mais qu'elle allait s'occuper de sa tristesse.»

- J'ai envie de le dire ici, en portugais, fit alors Amalia en joignant le geste à la parole et en bondissant de joie: «Le bébé, il bouge, il bouge!»

Avant de s'en aller, Amalia a encore posé une question à Brigitte Castaing: «Est-ce que je peux vous embrasser?»

Un couple dos à dos

Il suffit parfois de peu de choses pour rétablir une situation dégradée. Ce jour-là, un couple s'installe dans le bureau de la sage-femme conseillère en déplaçant chacun sa chaise pour se retrouver pratiquement dos à dos. Le dialogue s'en ressent.

- Comment se passe votre grossesse?

Elle - Ouais, ça va.

Lui - C'est quand même dur. Elle n'est plus comme avant.

* Prénoms fictifs

..... La prévention prénatale dans une maternité

L'apparition du rôle de sage-femme conseillère au CHUV

En 1983, Monique Vuataz-Ray, sage-femme au CHUV, propose d'établir l'anamnèse personnelle, familiale et gynéco-obstétricale des patientes, lors des consultations de grossesse plutôt qu'à l'admission au moment de l'accouchement. C'est ainsi qu'est créée la fonction de sage-femme conseillère.

Monique Vuataz-Ray s'aperçoit très vite à quel point les femmes et les couples expriment facilement à cette occasion leurs besoins dans tous

les domaines, physiques, psychologiques, sociaux, spirituels, quel que soit leur milieu d'origine. Cette expérience l'incite à organiser un programme de prévention de soins de santé primaire, qui permet aussi de déceler les difficultés psychosociales qui pourraient affecter le bien-être du futur bébé.

Aujourd'hui environ la moitié des 2000 à 2100 femmes qui accouchent chaque année au CHUV bénéficie de cette possibilité.

Activités des sages-femmes conseillères au CHUV

	2002	2003	2004
Nombre de naissances	2032	2008	2189
Nombre de patientes reçues	920	1033	967
Nombre d'entretiens	1016	1282	1061
Nombre de familles dépistées à risque psycho-social	—	6.92 %	5.41 %

- Ce que vous dites-là, vous n'êtes pas le premier papa à le ressentir.

Elle - Ouais, c'est toujours pareil. Il ne supporte pas quand je pleure.

- A quel moment pleurez-vous? Vous en parlez entre vous?

Ensemble - Non, parce qu'on ne peut plus se parler.

- J'ai l'impression qu'il y a une petite tension entre vous.

Lui - C'est le moins qu'on puisse dire.

Insensiblement, pourtant, l'atmosphère se détend. Un constat, un accord se dégage: oui, elle est plus sensible depuis qu'elle est enceinte. Tout d'un coup, Monsieur dit quelque chose de positif à l'égard de sa femme.

- Est-ce que vous entendez ce qu'il vient de vous dire?

- Oui, ça veut dire qu'il m'aime.

Huit jours plus tard, Monsieur a téléphoné à Brigitte Castaing simplement pour lui dire: «Merci pour l'autre jour.»

Les situations à risque

Dans 5 à 10% des cas, l'entretien permet de dépister un risque grave pour la mère et l'enfant. Exemples.

Valérie*, 18 ans, attend son premier enfant. Avant d'être enceinte, elle vivait dans un foyer où elle était suivie par un pédopsychiatre pour une maladie profonde. Le géniteur du bébé a 19 ans et vit chez ses parents. Valérie ne veut pas avorter. «Si j'avorte, dit-elle, je me suicide.» Bien que ses parents l'aient récupérée pendant sa grossesse, la tension reste très vive avec eux. Valérie ne se nourrit presque pas. Le couple a le projet d'emménager dans un appartement, à Palézieux dès le retour de la maternité. Avant l'accouchement, une

prise en charge en réseau est mise en place (sage-femme, puéricultrice, pédiatre, service de la protection de la jeunesse, pédopsychiatre) pour évaluer les compétences de mère de Valérie et savoir s'il convient ou non de la placer dans un foyer mère-enfant.

Tatiana* a bon chic bon genre. Le couple est là et tout semble bien se passer, même si cette jeune femme qui vient de Russie est un peu isolée socialement. A la question sur la consommation d'alcool, Tatiana répond tranquillement. «Avant, je buvais un demi-litre de vin par jour, de la bière et de l'alcool, dit-elle, comme si tout le monde faisait ça. J'ai arrêté la bière depuis que je suis enceinte. Je ne bois plus que trois-quatre apéros par jour et un demi-litre de vin.» C'est le moment de lui expliquer, sans moralisme, que cette consommation est trop élevée pour le bébé, qu'il faut changer ses habitudes pour éviter que l'enfant ait un problème grave à sa naissance et surtout se faire aider et soutenir par des professionnels compétents, spécialistes en alcoologie. Ce conseil, une mère peut l'entendre, car les mères veulent toujours que la vie de leur enfant soit parfaite, conclut Brigitte Castaing.

Une action préventive

On le voit, le rôle de sage-femme conseillère dépasse le stade de la prévention primaire au profit d'une évaluation des difficultés psychosociales du couple et de la famille.

La prévention primaire va du mini-cours de préparation à la naissance (explication de l'évolution du fœtus in utero, de l'accouchement et de ses suites, de l'allaitement) à l'écoute et à l'accompagnement des futures mères et de leur compagnon, en fonction

de leur culture et de leur mode de vie. Ce soutien touche des thèmes très différents:

- les changements inhérents à la grossesse (les douleurs, la transformation du corps et de la sexualité),
- les modifications dans la famille (crise conjugale, jalousie de l'aîné, transformation des liens au sein de la famille élargie),
- le vécu des maternités précédentes,
- la peur de la douleur de l'accouchement,
- la peur de la prématurité,
- les antécédents de deuil d'enfants (mort-in utero, mort subite), etc.

Les effets de ces entretiens de soins de santé primaire ne sont pas quantitativement mesurables. Ils correspondent néanmoins à un besoin des femmes enceintes qui expriment leur satisfaction par des formules diverses: «J'ai été rassurée, soulagée, on m'a donné du temps et des informations, on a répondu à mes attentes, je ne me suis plus sentie toute seule avec mes questions, j'ai pu être dirigée vers un service compétent pour répondre à mon problème.»

Ils permettent aussi de dépister les situations à risque:

- les dépendances de la mère ou du père (drogues, médicaments, alcool...),
- les maladies psychiatriques de l'un ou de l'autre,
- la violence conjugale ou au sein de la famille,
- les difficultés d'adaptation dues à la migration,
- l'isolement des patientes célibataire, divorcée ou séparée, sans soutien,
- les patientes mineures,
- les difficultés financières et sociales (revenu insuffisant, chômage, logement précaire...),
- la maltraitance.

Dans ce type de situations, on est parfois sur le fil du rasoir. Des entretiens complémentaires sont souvent nécessaires pour suivre leur évolution. Quand les circonstances l'exigent, les futures mères sont orientées vers d'autres services de la Maternité: assistantes sociales, psychiatres et pédopsychiatres. C'est cependant la patiente qui décide si les services psycho-sociaux doivent lui venir en aide et les choses ne se terminent pas toujours comme dans un conte de fées. L'expérience du CHUV n'en démontre pas moins que l'action des sages-femmes conseillères a une incidence positive sur le déroulement de nombreuses grossesses. Leur écoute évite des dégâts à plus long terme dans le parcours de vie des patientes et de leur enfant. La société ne peut que s'en porter mieux sur le plan humain comme sur le plan financier.

..... Améliorer la satisfaction des patients au sujet des repas et lutter contre la dénutrition

Le processus ProAlim passe la deuxième vitesse

ProAlim est une démarche d'amélioration de la prise en charge du patient au travers du processus d'alimentation. Il vise en particulier à améliorer la satisfaction des patients hospitalisés au CHUV au sujet des repas et à lutter contre la dénutrition fréquente en milieu hospitalier. L'objectif est de mettre en place au cours des deux prochaines années une véritable politique institutionnelle de l'alimentation et de la nutrition.



Les pilotes de ProAlim: Patrick Genoud, directeur adjoint des soins infirmiers, Roland Manz, chef du Service de la restauration, Michel Roulet, médecin-chef de l'Unité de nutrition clinique, et Patrick Mayor, responsable assurance qualité.

10 à 20% des patients hospitalisés dans notre pays sont atteints de dénutrition sévère. C'est-à-dire qu'ils ont perdu au moins 20% de leur poids. Les enquêtes conduites depuis plusieurs années au CHUV le confirment: la dénutrition sévère touche 18% des enfants cancéreux, 28% des adultes en attente de transplantation hépatique, 12% de adultes de plus de 65 ans à l'entrée en chirurgie générale, 25% chez les adultes en dialyse rénale.

Le constat est encore plus marqué chez les personnes âgées. La dénutrition concerne environ 5 à 10% des personnes âgées à domicile, 20 à 60% à l'hôpital, 30 à 60% en EMS.

Comment est-ce possible?

Comment expliquer un taux si élevé de dénutrition dans une société comme la nôtre? Pour le professeur Michel Roulet, médecin chef de l'Unité de nutrition clinique, le phénomène de la dénutrition est encore grandement méconnu au sein du corps médical et du corps infirmier. La nutrition clinique est d'ailleurs peu enseignée dans les facultés de médecine et, si elle l'est, c'est depuis peu.

Les malades ont de multiples raisons de perdre du poids: manque d'appétit, prise de

médicament entraînant une anorexie, mise à jeun pour divers examens ou opérations... Le problème est que, souvent, cette perte de poids n'est pas repérée à temps pour diverses raisons:

1. Lorsqu'un patient est pesé, la comparaison objective avec son poids antérieur n'est pas toujours possible: le médecin peut avoir changé en cours de traitement et donc ignorer le poids d'origine. Les patients eux-mêmes n'ont pas toujours une mémoire précise de leur poids antérieur. Or la comparaison se fait souvent sur la base du poids annoncé par le patient.
2. Les conséquences d'une perte de poids ne se voient pas immédiatement chez l'adulte. Une légère perte d'une consultation à l'autre ne sera pas considérée comme un risque. C'est oublier que la dénutrition touche la fonction de très nombreux organes.
3. Les patients eux-mêmes, surtout les personnes âgées, n'ont pas toujours conscience de leur perte de poids. De plus, s'ils s'en aperçoivent, ils la considèrent comme normale – à leur âge avancé – et non comme un signe de mauvaise santé. C'est souvent la famille qui l'interprète à juste titre comme un signal d'alarme.

4. Chez une personne saine présentant un surpoids ou une obésité, une perte de poids est jugée favorable. Dans ce cas, c'est principalement la masse grasse qui est touchée. Chez un patient obèse alité, la situation est totalement différente. C'est surtout la masse maigre, sa masse musculaire, qui va fondre.

Pour toutes ces raisons, l'Unité de nutrition clinique milite d'ailleurs pour l'installation de plus de balances dans les unités de soins de l'hôpital.

Les effets de la dénutrition

La dénutrition a des effets bien connus sur la musculature de l'individu. Il perd ses forces, peine à se lever sans appui, voire à marcher. Mais elle a aussi des conséquences négatives sur l'ensemble de nos fonctions. Une perte de poids de 15 à 20% ralentit la fonction immunitaire, d'où le couple fréquent dénutrition-infection. Elle agit sur les fonctions digestive et rénale, sur le pancréas: l'organisme digère mal les aliments et élimine mal le sel, les toxines. Elle a aussi une influence sur la fonction cérébrale. Elle rend l'individu irritable, apathique et déprimé.

Pour lutter contre cette dénutrition et ses effets, il ne s'agit pas de rechercher le poids idéal en fonction de normes universelles. Ce qui compte, c'est que l'individu conserve ou retrouve son «poids de forme», celui qu'il avait quand il se sentait au mieux de sa forme.

Comment fait-on?

La première chose à faire est, dans la mesure du possible, de prévenir une perte de poids. Les patients à risque de dénutrition sont dépistés. Une fois repérés, leur alimentation est enrichie et des collations sous forme de liquide nutritif leur sont proposées.

Si une dénutrition sévère est constatée, une réalimentation est tentée. Pour ce faire, deux techniques sont à disposition:

- La nutrition par tube naso-gastrique pendant la nuit. C'est la technique la plus fré-

..... Améliorer la satisfaction des patients au sujet des repas et lutter contre la dénutrition



En dehors du dépistage de la dénutrition, ProAlim a permis de prendre toute une série de mesures autour du repas du patient (son choix, sa commande, sa distribution), dont CHUV-Magazine s'est déjà fait l'écho. L'enquête menée auprès des patients en 2005, et dont les résultats seront publiés dans le numéro d'avril 2006, permettront de vérifier si les mesures introduites par ProAlim ont permis de maintenir un service de qualité malgré la forte augmentation des charges – à personnel et budget constants – voire d'améliorer la satisfaction des patients sur ce thème.

En 1999, seuls :

- 65% des patients interrogés déclaraient avoir été toujours ou souvent informés de la possibilité de choisir leur repas;
- 70% déclaraient avoir toujours reçu le repas qu'ils avaient commandé;
- 74% considéraient que le personnel soignant prenait suffisamment de temps pour prendre la commande de leur repas.

quente, pratiquée dans les trois quarts des cas. Elle permet de nourrir le patient avec des nutriments normaux, mais liquides, directement dans le tube digestif.

- La nutrition parentérale intraveineuse, utilisée dans environ un quart des cas, qui permet de nourrir le patient avec des nutriments industriels (acides aminés, glucose), et lipides (huiles) d'origine végétale.

Dans les cas «simples» de dénutrition sévère, il faut compter quatre à six semaines pour rétablir un état normal. Pour les patients oncologiques, cela peut prendre beaucoup plus de temps, jusqu'à six mois, en raison des autres traitements.

Les études montrent d'ailleurs que la durée de séjour et le coût de l'hospitalisation d'un patient dénutri sont pratiquement doublés. Au travers du dépistage et du traitement de la dénutrition, la volonté de mieux maîtriser les coûts rejoint donc l'intérêt de la santé du patient.

Une nouvelle étape pour ProAlim

ProAlim a déjà nettement amélioré la prise en charge alimentaire des patients du CHUV. Les résultats obtenus sont mesurables, qu'il s'agisse de la baisse des erreurs de commande des repas, de la diminution des plateaux non consommés, des interventions mieux ciblées des diététiciennes, du développement de la collaboration interdisciplinaire entre les soins infirmiers, le Service de la restauration et l'Unité de nutrition clinique. A titre d'exemple, plusieurs centaines de messages qualité émanant des collaborateurs ont été traités depuis janvier 2003 et 60 actions d'amélioration ont été engagées.

Parallèlement, un important effort d'information et de formation a été entrepris auprès du personnel soignant afin de construire un premier réseau de dépistage de la dénutrition. Chaque année, un cours de base de nutrition clinique, d'une durée de deux jours, est suivi par plus de 30 infirmières et 4-5 médecins du CHUV. Des référents «alimentation», rattachés aux soins infirmiers, ont été formés au lit du malade et par des cours pour la commande des repas, avec une sensibilisation particulière aux problèmes liés à la perte d'appétit et de poids. Environ 90 d'entre eux sont aujourd'hui actifs dans les différentes unités de soins du CHUV.

ProAlim a d'ailleurs obtenu sa certification en novembre 2003 et le concept sert de référence dans d'autres hôpitaux.

Au cours des deux prochaines années, l'objectif est de renforcer les acquis de ProAlim et de mettre en place une véritable politique institutionnelle de l'alimentation et de la nutrition au travers des principales mesures suivantes :

1. Poursuivre la formation du personnel infirmier et médical dans le domaine de la nutrition clinique.
2. Diminuer le nombre des référents «alimentation» à une cinquantaine, augmenter leur formation et professionnaliser leur action. Cela leur permettra d'améliorer le dépistage de la dénutrition.
3. Compléter ce réseau infirmier par un réseau de médecins eux aussi formés en nutrition clinique. Plusieurs secteurs ont d'ailleurs déjà manifesté leur intérêt pour cette démarche : le Service de médecine,

le Centre coordonné d'oncologie, la néphrologie, la chirurgie septique, la chirurgie thoracique, la pneumologie et bien d'autres encore.

4. Coordonner au mieux toute la chaîne des repas (commande, production, transport, distribution et consommation) en créant en 2006 un bureau centralisé de commande des repas, auquel les référents «alimentation» seront rattachés.

L'idée de base est d'améliorer simultanément le dépistage et le traitement de la dénutrition dans l'ensemble de l'institution en utilisant des relais infirmiers et médecins dans les départements, les services et les unités de soins. Afin d'implanter et d'harmoniser cette politique, une Commission médicale de nutrition sera prochainement constituée pour :

- assurer la responsabilité médicale de la nutrition des patients,
- définir la politique d'utilisation des régimes alimentaires,
- faire le lien entre le corps médical et ProAlim (qui regroupe la direction des soins infirmiers, le Service de la restauration et l'Unité de nutrition clinique).

Cette commission sera composée du médecin chef de l'Unité de nutrition clinique, Michel Roulet, et d'un à deux médecins répondants par département.

Ces différents axes (dépistage systématique de la dénutrition, professionnalisation de la gestion des commandes, commission médicale de nutrition) seront développés et testés au sein du Département de médecine en 2006 et une évaluation aura lieu à la fin de l'année.

..... L'évolution de la formation des infirmiers en psychiatrie

De l'enseignement sur le tas aux portes de l'Université

Jérôme Pedroletti, animateur de projets cliniques en psychiatrie adulte, à Cery, est l'auteur d'une histoire récente de la formation des infirmiers en psychiatrie dans le canton de Vaud¹. A quelques jours de sa retraite, devenue effective au mois de décembre, CHUV-Magazine l'a rencontré pour dégager les grands axes qui lui paraissent avoir marqué l'évolution de cette formation au cours des dernières décennies.



Jérôme Pedroletti: «La création d'un institut universitaire en soins est l'objectif à atteindre.»

Cette évolution, Jérôme Pedroletti l'a étudiée et vécue. Il y voit surtout la trace de trois mouvements parallèles et complémentaires: la fin de la formation «artisanale», acquise pour l'essentiel sur le tas; la création d'un tronc commun à toutes les formations infirmières et l'ouverture sur le monde universitaire. Synthèse.

Une formation théorique et pratique

«Au départ, les écoles sont des écoles artisanales orientées sur le savoir-faire, sur l'importance des stages au contact de la vie quotidienne des institutions de soins. Il y a certes une noblesse dans cette forme d'artisanat mais elle peut aussi limiter les horizons, faire obstacle au nécessaire compromis entre ce qu'on apprend et ce qu'on fait. Dans ce sens, les écoles ont parfois manqué d'envergure pour penser les soins autrement.

«Par ailleurs, les premiers moniteurs ont été recrutés sur la base de bonnes volontés: médecins ou infirmiers, souvent sans formation pédagogique. Les choses ont changé progressivement, mais de manière lente et chaotique. Peu à peu, les écoles se sont mieux structurées, le statut des élèves est passé d'écoliers à étudiants, la formation des enseignants s'est renforcée, le savoir infirmier est devenu autonome (les méde-

cins ont été remplacés par des infirmiers pour la formation de base).»

Un tronc commun pour tous les infirmiers

«Les différentes écoles en soins infirmiers, dont l'école cantonale d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie, ont été réunies en une seule. Même si tous mes collègues ne partagent pas ce point de vue, j'estime que c'était nécessaire. Il fallait fermer ces écoles qui, par leur taille et leurs particularités, ne pouvaient pas donner suffisamment d'envergure à leur enseignement.

«Le tronc commun proposé à tous les étudiants en soins infirmiers répond mieux à la curiosité des jeunes en formation. Il leur offre une plus grande ouverture en termes d'emploi et de profil de carrière. Et il va dans le sens d'une relation de plus en plus étroite entre les soins somatiques et psychiques. On le voit bien dans des domaines extrêmement différents, qu'il s'agisse des patients cancéreux et de leurs familles ou de la consultation en diabétologie: les patients accompagnés sur le plan psychologique évoluent plus favorablement que les autres. Le tronc commun de la formation infirmière facilite ces approches, cette collaboration entre les soins somatiques et psychiques, au profit d'une prise en charge globale.»

Une ouverture sur le monde universitaire

«Dans le monde complexe qui est le nôtre, en permanente mutation, les cadres infirmiers doivent pouvoir bénéficier d'une formation universitaire qui leur permette d'absorber ce nouvel environnement. L'Amérique du Nord et le Royaume-Uni ont ouvert cette porte au début du XX^e siècle déjà. En Suisse alémanique, Bâle dispose d'un Institut universitaire en soins infirmiers. A Lausanne, la création en 1999 de la Fondation pour la recherche en soins (FORESO), entre la Croix-Rouge Suisse, les Hospices-CHUV, La Fondation La Source et l'UNIL, a mis un pied dans la porte.

Il faut aller plus loin. Aujourd'hui, le CREP², H+ formation et l'IRSP³ ont l'obligation avec d'autres de collaborer à la création d'un institut universitaire en soins. C'est l'objectif à atteindre après la mise en place des HES. La formation infirmière pourrait ainsi offrir un cursus complet, à trois niveaux: bachelor, master et doctorat.

«Cette intégration universitaire des soins infirmiers doit cependant prendre une autre voie que celle qui a été suivie dans le monde anglo-saxon. Les infirmières américaines, par exemple, sont formées au sein de facultés de sciences humaines (droit, lettres, etc.). Ce rattachement vient



de la tradition humaniste à l'origine du métier d'infirmière ou d'infirmier, il part de l'idée que le soin découle d'une certaine conception de l'homme. Sans renier le passé, un institut universitaire en soins devrait être rattaché aujourd'hui à une faculté de médecine, quelle que soit son appellation exacte. Car c'est dans ce cadre que la réflexion sur l'ensemble des pratiques de soins, médicales et infirmières, sera la plus féconde.

«D'autres pays européens se posent les mêmes questions. Mais il reste à convaincre les milieux politiques de l'intérêt de cette évolution, ce qui n'est pas facile par les temps qui courent en matière financière. Sensibles aux besoins des institutions en personnel infirmier et en auxiliaires de soins, les responsables politiques ont souvent d'autres préoccupations que d'ouvrir la voie universitaire aux cadres infirmiers.»

¹ La formation des infirmiers en psychiatrie, Histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961-1996 (ECVIP), Genève, Georg Editeur, 2004, 231 pages.

² Le Centre romand d'éducation permanente de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI).

³ Institut romand des sciences et des pratiques de la santé et du social, anciennement Ecole supérieure d'enseignement infirmier.

Les tâches de santé publique des Hospices-CHUV passent à l'inventaire

Les tâches de santé publique des Hospices-CHUV, ce sont toutes les activités qui ne relèvent ni de la clinique, ni de la formation et de la recherche. Elles sont aujourd'hui financées pour l'essentiel par la subvention pour tâches spéciales versée par le Service de la santé publique dans le cadre de la Convention vaudoise d'hospitalisation.

Un projet d'inventaire est en cours afin d'en connaître plus précisément l'étendue et les coûts. Il s'agit surtout de pouvoir en assurer le financement à l'avenir. La première phase du projet étant achevée à la fin de cette année, un système d'information et de gestion de ces tâches sera progressivement mis en place en 2006-2007.



Luc Schenker,
directeur de l'Office des finances.

Le financement futur des Hospices-CHUV reposera sur trois piliers:

- l'activité clinique sera financée par les assureurs maladie, le canton et les patients pour la part qui leur revient, sur la base de forfaits par prestations pour la partie hospitalière et selon les structures tarifaires pour la partie ambulatoire;
- l'activité académique (formation et recherche) par une subvention cantonale;
- les tâches sociales de santé publique sur la base de conventions élaborées avec les services répondants de l'Etat.

C'est dans cette perspective que l'Office des finances a lancé deux projets: la comptabilité analytique pour connaître les coûts des prestations (ce projet a été présenté dans CHUV-Magazine d'août 2004) et l'inventaire des tâches de santé publique.

Ce projet d'inventaire mettra en évidence l'ensemble des activités que les Hospices-CHUV réalisent pour la communauté, en plus des missions de soins, de formation et de recherche. Il répond aussi à la volonté de documenter l'utilisation des financements

actuels, dans un contexte de pressions sur les ressources, et de rendre des comptes aux services de l'Etat et aux contribuables qui les assument en tout ou partie. C'est enfin l'occasion de se poser toutes les questions utiles. Les tâches accomplies, qui sont apparues à tel moment, sont-elles toujours nécessaires et efficaces? Leur prix de revient est-il adéquat, notamment en comparaison avec ce qui se fait ailleurs? Les tâches exécutées sont-elles facturées au prix de revient ou le «client» n'en paie-t-il qu'une partie?

Un rôle à multiples facettes

Ces tâches de santé publique sont liées aux différentes missions confiées aux Hospices-CHUV, notamment:

- à des activités découlant de lois et de règlements fédéraux ou cantonaux,
- à des programmes cantonaux, de prévention par exemple, dont l'exécution leur est confiée totalement ou partiellement,
- à des activités relevant des assurances sociales, mais dont les coûts ne sont pas complètement couverts par les tarifs pratiqués, et qui nécessitent une subvention de l'Etat,
- à des prestations de soutien pour le patient et son entourage non prises en charge par la LAMal,



Marc-Olivier Chappuis
et Catherine Schaffner,
en charge du projet
à l'Office des finances.

- à des prestations fournies dans le cadre de la mission de dernier recours d'un hôpital cantonal,
- à des activités relatives au rôle d'expert et de centre de référence d'un hôpital universitaire (voir l'encadré).

Le projet d'inventaire des tâches de santé publique a démarré en avril 2005. Il est géré par Catherine Schaffner et Marc-Olivier Chappuis, collaborateurs de l'Office des finances. Il a pour objectifs généraux:

- d'identifier les activités ressortant de ce périmètre,
- de rechercher pour chaque activité la base légale ou réglementaire, son coût, ses revenus éventuels, le volume de prestations fournies,
- d'élaborer les fiches de financement correspondantes dans le contrat de prestations conclu avec le canton,
- d'élaborer à terme des conventions fondées sur la quantité et les coûts des prestations fournies.

L'identification des tâches concernées a été réalisée avec l'aide des directions administratives. Elle sera achevée pour l'essentiel à la fin de l'année. Un véritable système d'information et de gestion de ces tâches de santé publique sera progressivement développé au cours des deux prochaines années.

Exemples de tâches de santé publique assumées par les Hospices-CHUV

Voici quelques exemples de tâches de santé publique réalisées aujourd'hui dans les différents départements.

- Gestion et prévention de la violence. Dispositif mis en place pour assurer la sécurité des patients et des collaborateurs au Centre interdisciplinaire des urgences.
- Missions de l'équipe mobile de soins palliatifs, pour assurer soutien et conseil auprès des intervenants des centres médico-sociaux et des médecins installés qui s'occupent de patients adultes en fin de vie à domicile ou en institution.
- Missions de l'équipe de soins palliatifs pédiatriques mise sur pied fin 2005 et chargée de coordonner et de soutenir les intervenants qui s'occupent d'enfants en fin de vie dans les services de pédiatrie, dans les soins pédiatriques à domicile, dans les institutions pour enfants handicapés et auprès des pédiatres installés.
- Prévention et détection des situations de maltraitance chez les mineurs par le Can Team sur la base du mandat cantonal donné par le Service de protection de la jeunesse.
- Prestations psycho-sociales et de prévention dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive dispensées par le Planning familial (prévention des infections sexuellement transmissibles, contraception en particulier).
- Missions de l'Unité de psychiatrie communautaire, chargée notamment de favoriser le main-

tien ou le retour à domicile de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.

- Programme «Médecins de rue», visant à accompagner (prévention, soutien, soins) les personnes toxico-dépendantes.
- Missions de l'équipe mobile du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, chargée de favoriser l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées, en apportant notamment son soutien aux médecins praticiens et aux responsables d'EMS.
- Registre des tumeurs tenu par l'Unité d'épidémiologie du cancer de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, chargée de la surveillance ainsi que du soutien et de l'évaluation de la prise en charge et de la prévention du cancer dans la population vaudoise.
- Missions de la Division de médecine préventive hospitalière dans le cadre du programme cantonal d'hygiène, de prévention et de contrôle des infections, visant à réduire leur fréquence dans toutes les institutions sanitaires du canton.
- Missions du médecin responsable du plan sanitaire dans le cadre de l'organisation et de la coordination des secours en cas d'accident majeur ou de catastrophe.

.....Pour assurer le bon fonctionnement du système informatique et la protection des données

Les bonnes pratiques à respecter à son poste de travail

Protéger la sphère privée des patients et le fonctionnement du système, tels sont les objectifs prioritaires de la sécurité informatique des Hospices-CHUV. Ces deux objectifs, qui vous ont été présentés par CHUV-Magazine en août dernier, sont à la base de la Directive institutionnelle sur l'utilisation des équipements informatiques.



© CEMCAV

Christophe Gabioud,
responsable
de la sécurité informatique

Cette directive vous informe sur les règles à respecter à votre poste de travail. En voici le contenu commenté (vous en trouverez le texte intégral sous [hcom/directives institutionnelles](#)).

Règles générales

1. La gestion du parc informatique doit être rigoureuse. Les professionnels de l'Office informatique ont la mission de maintenir les coûts à un niveau raisonnable. Il en résulte, par exemple, que chaque PC ne peut pas être équipé d'une imprimante personnelle. Car il en faudrait alors plus de 6'000 avec pour conséquence de faire exploser les coûts.
2. Les équipements informatiques doivent être compatibles entre eux. Le système informatique des Hospices-CHUV utilise environ 160 applications

qui desservent les différents corps de métiers. Une telle complexité implique là aussi une gestion rigoureuse. L'un des défis est de maintenir la compatibilité entre tous les équipements. C'est pour cette raison que l'acquisition de postes équipés avec Microsoft Windows est privilégiée (plutôt que des Macintosh) et que toute modification apportée aux équipements doit être effectuée par les professionnels de l'Office informatique.

3. La sécurité du réseau informatique, dont dépendent de nombreuses activités vitales de l'hôpital, doit être assurée. C'est pourquoi son accès est réservé aux machines autorisées. Il s'agit d'éviter des brèches dans les défenses du périmètre des Hospices-CHUV et de contenir la menace des virus informatiques. Pour la même raison, le déploiement de réseaux sans

fil (WiFi) est de la seule compétence de l'Office informatique.

Propriété des équipements et des données

Pour les motifs qui viennent d'être évoqués, économie des moyens et compatibilité des équipements, l'Office informatique se charge également de tous les achats informatiques.

Les équipements informatiques sont bien évidemment la propriété des Hospices-CHUV. Ils figurent à l'inventaire. Ils ne peuvent être déplacés sans autorisation de l'Office informatique ni emportés à la fin d'un contrat. Ces règles s'appliquent quelle que soit la ligne de crédit utilisée lors de l'achat.

En d'autres termes, le poste informatique n'est pas un outil personnel, mais un outil de l'institution confié à une personne.

A la fin de son contrat, un collaborateur doit donc remettre à l'Office informatique tous les équipements et programmes qu'il a utilisés. Il facilitera la tâche de son successeur en faisant reconditionner (réinstallation à neuf) son poste de travail et en transmettant à son supérieur tous les fichiers et dossiers en sa possession.

En ce qui concerne les données médicales, elles appartiennent aux patients. Elles ne peuvent être ni utilisées, ni emportées sans son consentement.

Utilisation des équipements et logiciels

Les équipements informatiques doivent être utilisés conformément à l'usage prévu. Les modifications de leurs paramètres sont interdites car elles peuvent avoir un impact sur le fonctionnement d'un service informatique ou affaiblir le niveau de sécurité.

- En cas de problèmes, appelez le numéro interne 122. Un technicien de l'Office informatique interviendra. Pour des raisons de garantie et d'entente

avec nos fournisseurs, seuls les collaborateurs de l'Office informatique sont autorisés à manipuler les systèmes informatiques. Avant de laisser une personne intervenir sur un poste de travail, il convient donc de vérifier qu'il s'agit bien d'un collaborateur de l'Office. Cette précaution évitera des vols ou des manipulations hasardeuses.

- En application du principe de responsabilité individuelle, l'accès aux applications et ressources informatiques nécessite un mot de passe. Celui-ci est confidentiel et ne doit pas être transmis à autrui. De cette façon, il est possible de remonter à la source d'un problème. Si vous n'avez pas pu maintenir la confidentialité de votre mot de passe, il est aisé d'en changer. Pour cela, rendez-vous sur la page [Hcom/Applications sécurisées](#). Compléter les informations du login et cliquer sur «Changer de mot de passe» (en bas de la colonne de gauche intitulée «Fonctions de service»).

- Si vous constatez une anomalie ou un éventuel problème de sécurité, transmettez votre observation à votre correspondant informatique ou appelez le 122.

Utilisation des logiciels

Les logiciels standards mis à disposition par l'Office informatique sont testés de manière à garantir le bon fonctionnement des équipements.

- L'installation de logiciels privés par l'utilisateur peut perturber le fonctionnement de la station de travail et être à l'origine de problèmes de sécurité. Il est en effet difficile de s'assurer qu'un logiciel est sûr et qu'il n'occasionnera pas de brèche dans la protection du système.
- L'antivirus est un élément clé des mécanismes de défense du système informatique. La mise à jour continue de signatures de virus est le gage du succès de la lutte menée contre ce fléau. Une machine qui n'est pas admi-

nistrée par l'Office informatique ne bénéficiera pas de ces mises à jour et ne peut prétendre au même niveau de sécurité. C'est la raison pour laquelle elle sera reliée à une zone périphérique étanche où les risques de contamination de notre parc sont minimisés. Evidemment, elle ne disposera pas dans cette zone de toute la palette des services offerts dans la zone sécurisée.

Stockage des données

En stockant vos données professionnelles sur le réseau (disque réseau), vous vous assurez que ces données seront sauvegardées et disponibles dans le futur. Ainsi, à part quelques fichiers en cours de travail, rien ne devrait être enregistré sur le disque dur.

Responsabilité personnelle

- En tant qu'utilisateur, vous contribuez de manière importante à la fiabilité des informations traitées et à la sécurité informatique. En respectant les consignes vous éviterez de perturber le fonctionnement des systèmes informatiques.
- Lorsque vous verrouillez votre poste de travail, vous évitez qu'une personne non autorisée ne s'en serve.
- Les personnes disposant d'un PC qui leur a été attribué sont responsables du contenu qui figure sur le disque dur. Il ne doit pas contenir de fichiers contraires à la loi ou aux règles des Hospices-CHUV. Si vous deviez constater la présence de tels fichiers, vous êtes prié d'avertir rapidement le 122 qui fera prendre les mesures nécessaires pour purger la station de travail.
- Les vols éventuels doivent être annoncés au 122 le plus rapidement possible.

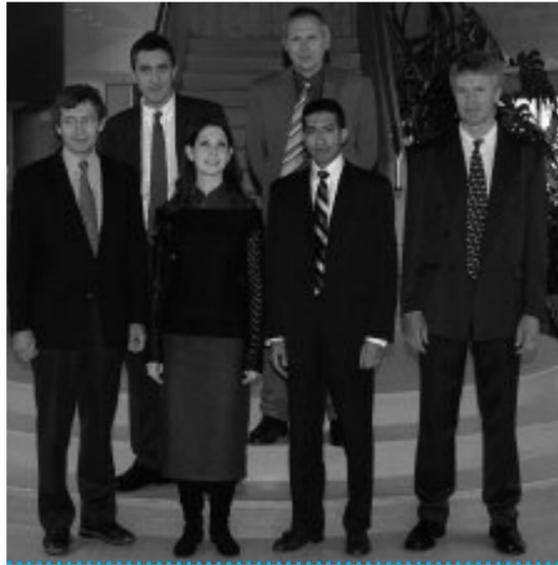
Merci d'appliquer ces quelques règles indispensables au bon fonctionnement de votre outil de travail et, bien au-delà, de l'outil CHUV

...Actualité Santé...

Pôle cardio-vasculaire et métabolisme La naissance de Cardiomet

Le Pôle cardio-vasculaire et métabolisme a été officiellement inauguré le 5 octobre dernier, au cours d'une manifestation organisée à l'auditoire César-Roux. A la suite du concours lancé pour lui trouver un nom et un logo, il a été baptisé «Cardiomet» sous des applaudissements nourris d'une assistance manifestement acquise à sa cause. C'est Patrick Wunderlin qui a remporté le premier prix du concours.

Au cours de leurs allocutions, le directeur général des Hospices-CHUV, Bernard Decrauzat, et le doyen de la Faculté de biologie et de médecine, Patrice Mangin, ont souligné la volonté des deux institutions de renforcer leur cohésion et leur action autour d'une thématique qui porte déjà loin à la ronde la renommée des deux institutions, dans les domaines de la clinique, de la formation et de la recherche.



Le Comité exécutif du Pôle cardiovasculaire et métabolisme. De gauche à droite: Jean-Daniel Horisberger, François Pralong, Céline Vicario, Eric Eeckhout, Salah Dine Qanaldi et Yves Rossier.



5 octobre: Bernard Decrauzat, directeur général des Hospices-CHUV, Patrice Mangin, doyen de la Faculté de biologie et de médecine, et le professeur Ludwig von Segesser, président du Pôle de cardiovasculaire et métabolisme lors de leurs interventions.

«Une affaire de cœur»

L'inauguration avait été précédée par une opération «Portes ouvertes le samedi 10 septembre. «Une affaire de cœur» a remporté un magnifique succès. Environ un millier de personnes ont notamment pu visiter les stands mis sur pied dans le hall des auditorios par les équipes médicales et infirmières des différents services concernées par le pôle cardiovasculaire et métabolisme (chirurgie cardio-vasculaire, cardiologie, angiologie et métabolisme) et du Service de transplantation, qui assure en particulier les greffes du cœur pour toute la Suisse romande. Les visites organisées en endoscopie et en radiologie ont également été très suivies.

L'après-midi, environ 300 personnes ont assisté à la projection du film de Jacqueline Veuve, «La nébuleuse du cœur», unanimement salué par la critique et le public.

Les visiteurs pouvaient également se restaurer sur place, au restaurant du personnel, où l'Unité de nutrition clinique avait mis sur pied une exposition sur les principes d'une alimentation saine.



Eric Eeckhout, professeur associé en cardiologie, en démonstration lors des Portes ouvertes du 10 septembre.

...Actualité Santé...

Amélioration de l'accueil et de l'hébergement des enfants



Au niveau 11 du bâtiment hospitalier, une partie des chambres et couloirs sont conçus comme un lieu de vie adapté au monde de l'enfance.



Les principaux artisans du projet. De gauche à droite: Judith Dumez, artiste, Valérie Blanc, adjointe de direction du Département médico-chirurgical de pédiatrie, Francisco Puertas, chef de la section des bâtiments du Service technique, Catherine Borghini Polier, architecte à l'Office des constructions, et Monique Roturier, infirmière.



Une nouvelle étape de l'aménagement du niveau 11 du Bâtiment hospitalier en «espace à vivre» pour les enfants hospitalisés a été inaugurée le 9 novembre dernier. Les travaux réalisés en 2005 ont permis de réaménager deux couloirs de l'étage, dix chambres et leurs espaces communautaires.

En dehors de l'appui apporté par la Direction générale et le Service technique du CHUV, ces travaux ont pu être entre-

pris grâce au soutien de la Fondation «Planète Enfants Malades» et des partenaires financiers que sa secrétaire générale, Elisabeth Blanc, a su convaincre d'y participer.

L'opération se poursuivra en 2006 avec l'aménagement des deux autres couloirs, des desks d'accueil et la suite de la rénovation des chambres, pour autant que les partenaires financiers soient au rendez-vous.

Avec tous nos vœux pour les fêtes de fin d'année

Ce numéro de CHUV-Magazine est une illustration supplémentaire de la richesse des compétences humaines et du savoir-faire technologique des Hospices-CHUV mises au service du patient. Ces performances sont le résultat du travail et de l'effort de tous, dans le domaine des soins, mais aussi en matière de formation et de recherche, et dans l'ensemble des services administratifs et logistiques sans lesquels l'hôpital ne pourrait pas fonctionner aujourd'hui.

La Direction générale des Hospices-CHUV et le Décanat de la Faculté de biologie et de médecine s'associent pour remercier chacune et chacun d'entre vous pour sa contribution personnelle à ce magnifique résultat. Et souhaitent que les fêtes de fin d'année vous apportent, auprès des êtres qui vous sont proches, les instants de réconfort et de bonheur que vous en attendez.

Exposition de Noël des collaborateurs des Hospices-CHUV



Cette traditionnelle exposition de Noël est ouverte désormais à tous les collaborateurs des Hospices-CHUV et rencontre un succès d'autant plus marqué. Cette année, 45 collaborateurs, dont un petit nombre de retraités, ont fait parvenir une centaine d'œuvres. Seule une par-

tie des participants a pu être réunie pour la photo.

Peintures, dessins, aquarelles, collages, sculptures sur bois, marqueteries, broderies – pour ne citer que quelques-unes des techniques représentées –

accueillent les patients et les visiteurs de façon chaleureuse et personnalisée et communique un sens du partage propre aux fêtes de fin d'année. C'est maintenant au public d'attribuer les trois premiers prix du concours organisé à cette occasion.