

■ Bulletin des Hospices - CHUV

CHUV magazine

décembre 2006 - n°3



**Le Laboratoire suisse d'analyse
du dopage : un expert international**

Sommaire

Le Laboratoire suisse d'analyse du dopage

Une expertise reconnue sur le plan international

Page 2

DOSSIER FORMATION CONTINUE

1. Service de la formation continue de la Direction des soins

25 ans d'investissement dans les ressources humaines

Page 5

2. Ce qui a le plus changé en 25 ans

Ce qui va encore évoluer

Page 6

3. Le regard de la Direction des soins

Le pari de la compétence

Page 8

Psychiatrie et psychothérapie de l'âge avancé

Le nouveau Centre communautaire est installé rue du Tunnel

Page 10

Nutrition des patients aux soins intensifs adultes

Premiers résultats du projet NUTSIA

Page 12

Nouvelle gestion du tri et de l'évacuation des déchets

Le volume des déchets hospitaliers a fortement diminué

Page 14

Les adolescents et la consommation de drogues

Un outil d'évaluation standardisé est disponible en français

Page 17

Enquête auprès du personnel sur les Hospices-CHUV sans fumée

94% approuvent la mesure prise en mai 2005

Page 19

Nouvelle Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique

Pour une prise en charge optimale des jeunes patients

Page 21

Visite de directeurs d'hôpitaux chinois

Au programme: management de l'hôpital et maladies infectieuses

Page 13

Vœux de fin d'année

Un petit clin d'œil de la CP

Page 24

CHUV-Magazine Tirage: 9'000 exemplaires

Editeur responsable:

Bernard Decrauzat, directeur général

Rédaction: Fabien Dunand

Photos: CEMCAV

Graphisme: Antidote Design

Impression: Imprimerie PAPERFORMS SA

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

..Le laboratoire suisse d'analyse du dopage Une expertise reconnue sur le plan international

Le Laboratoire suisse d'analyse du dopage (LAD) a emménagé dans ses nouveaux locaux, 22 rue des Croisettes, à Epalinges, dans le courant du mois de mai dernier. Il était installé jusqu'ici au rez-de-chaussée du 21 rue du Bugnon, à Lausanne. Les nouveaux locaux qui sont devenus opérationnels le 1er juin permettent une meilleure valorisation des équipements du laboratoire et une prise en charge plus rationnelle des échantillons qui lui sont confiés.

CHUV-Magazine a profité de l'occasion pour faire un tour d'horizon de la lutte anti-dopage avec Martial Saugy, responsable du LAD.



Le Dr Martial Saugy, responsable du LAD qui est rattaché à l'Institut de médecine légale.

CHUV-Magazine. Que contrôle-t-on dans la lutte antidopage?

Martial Saugy. C'est l'Agence mondiale antidopage, l'AMA, qui établit la liste des substances et des méthodes interdites dans le sport. Cette liste est mise à jour chaque automne. Le recours à la plupart des substances et des méthodes interdites peut être décelé en laboratoire. Certaines d'entre elles restent cependant difficilement contrôlables actuellement. C'est le cas des hormones et des facteurs de croissance d'une part, et des transfusions de sang autologues d'autre part. Dans ces deux cas, on ne dispose pas encore aujourd'hui d'indicateurs suffisamment probants aux yeux d'un tribunal.

De nouveaux produits peuvent également apparaître pour lesquels il faut mettre au point une méthode de détection. Une nouvelle EPO, par exemple, une EPO retard, va être lancée. Il s'agit d'une molécule d'EPO munie d'un transporteur synthétique. On s'attend à ce que le produit

soit efficace et le LAD a été choisi par l'Agence mondiale antidopage pour mettre au point, en collaboration avec Roche, une méthode de détection avant que le produit ne soit lancé sur le marché.

Quels sont les critères utilisés pour interdire aux sportifs d'utiliser une substance ou une méthode, sous peine de sanctions?

M. S. L'AMA utilise trois critères pour mettre une substance ou une méthode sur la liste des interdits. 1. Le fait qu'elle peut objectivement avoir un effet direct ou indirect sur la performance du sportif. 2. Le fait qu'elle peut nuire à la santé de l'athlète et 3. que son usage est contraire à l'esprit sportif.

Les grandes familles de produits interdits sont les stéroïdes anabolisants, par exemple la testostérone, les stimulants, comme les amphétamines, et les hormones peptidiques, l'EPO par exemple ou les hormones de croissance.

International

Quand les contrôles sont-ils effectués?

M. S. Il y a deux types de timing pour le prélèvement des échantillons auprès des athlètes.

Dans la majorité des cas, le prélèvement intervient juste après la compétition. Ce type de contrôle porte surtout sur l'urine et la recherche, dans les échantillons constitués, de tous les produits interdits.

Les autres contrôles sont effectués hors compétition. Ils ne sont généralement pas annoncés et interviennent en période d'entraînement, à des moments qui varient en fonction du type de sport pratiqué ainsi que du potentiel et de la durée des effets des produits dopants. Dans ce type d'intervention, on contrôle surtout, toujours dans l'urine, les stéroïdes et les peptides.

Le moment du contrôle a son importance. Dans les courses cyclistes, par exemple, le contrôle d'urine peut intervenir entre 7h du matin et 9h du soir. Cette limite a pour but de préserver la tranquillité et le repos des sportifs. Mais cette pause peut être utilisée pour échapper à la fenêtre de détection du produit dopant. En prenant la bonne dose de testostérone à 10 h du soir et en urinant juste avant 7h le lendemain matin, le risque d'être trouvé positif est quasi nul. D'autant que les contrôles urinaires sont difficiles le matin, en tout cas de manière régulière.

Vous parlez de contrôle de l'urine juste après la compétition ou en période d'entraînement, mais il y a aussi des contrôles sanguins.

M. S. Les contrôles sanguins sont effectués dans les disciplines d'endurance dans une perspective de screening. Les données hématologiques récoltées permettent de voir dans la durée si l'athlète manipule son sang.

Ces contrôles interviennent à divers moments, mais surtout la veille ou le jour même de la compétition. Ils peuvent déboucher sur une exclusion de l'athlète de la compétition. Selon les règles posées par l'Union cycliste internationale, l'UCI, un coureur est ainsi exclu de la course



Le dopage a encore fait parler de lui dans de nombreux sports en 2006.

dès que son taux d'hématocrite est trop élevé (s'il dépasse 50).

Le problème, c'est que les règles varient d'un sport à l'autre et manquent parfois de bases suffisamment solides. L'AMA a donné un mandat au Laboratoire suisse d'analyse du dopage, qui dispose d'une expérience de dix ans dans ce domaine, pour présenter un certain nombre de solutions¹. Il s'agit de rendre ces contrôles crédibles, de les harmoniser et de leur donner un cadre légal avec un processus d'accréditation du contrôle et de l'analyse qui fixent aussi les bases d'interprétation des résultats. Nous avons un gros projet en cours avec le Fonds national dans ce but.

Quelles sont les techniques que vous utilisez pour déceler le dopage dans les échantillons qui vous sont transmis?

M. S. Pour l'immense majorité des produits qui figurent sur la liste interdite, il s'agit de petites molécules qui sont détectables, à partir de l'urine, par les techniques de la chimie analytique (chromatographie gazeuse ou liquide couplée à la spectrométrie de masse).

Ces techniques sont utilisées depuis de nombreuses années dans les laboratoires. Elles s'améliorent d'année en année et sont de plus en plus spécifiques (pour la détection des faux positifs) et de plus en plus sensibles (pour la détection des faux

négatifs). Elles ont fait leurs preuves devant les tribunaux.

Pour les peptides, EPO et hormones de croissance, qui sont des molécules plus complexes, les techniques de la chimie analytique s'améliorent et peuvent être utilisables. Mais on se rapproche aujourd'hui des techniques de la biochimie pour leur analyse. Il reste un travail à faire pour démontrer la robustesse des techniques utilisées et leur donner force de preuve devant un tribunal.

Dans quelle direction va-ton aujourd'hui?

M. S. Les sportifs et leur entourage s'adaptent très vite aux nouvelles techniques de contrôle. L'avenir est dans la constitution de bases de données basées sur l'analyse du sang et de l'urine des sportifs qui permettent d'assurer un suivi de leurs paramètres biologiques. C'est le sportif lui-même qui sert alors de référence. S'il joue avec des hormones ou des transfusions sanguines, ses paramètres biologiques vont automatiquement se modifier. Si les changements sont suffisamment significatifs, ils pourront être considérés comme anormaux. La collecte de toutes ces données et les évolutions individuelles et collectives constatées permettront de déterminer ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Par exemple de voir son taux d'hématocrite passer de 43 à 50 à la suite d'un entraînement en altitude.

On va dans cette direction pour les prochains Jeux olympiques de Pékin, en 2008, même si tout n'est pas encore résolu.

Régulièrement, les résultats des analyses sont mis en cause par les sportifs

¹ Le Laboratoire suisse d'analyse du dopage a été mandaté par le CIO et l'Agence mondiale antidopage pour effectuer des analyses de dopage sanguin lors des Jeux olympiques de Turin. C'est la première fois dans l'histoire des Jeux qu'une partie des tests étaient effectués par un laboratoire étranger sous sa responsabilité propre et son accréditation. Si le gros du travail a tout de même été accompli par le laboratoire italien (toutes les analyses urinaires notamment), ce mandat fourni au laboratoire du CHUV est une reconnaissance internationale très significative.

..... Le Laboratoire suisse d'analyse du dopage



Le LAD a reçu mandat de l'Agence mondiale antidopage pour proposer des solutions crédibles et harmonisées de contrôle du sang.

Symposium mondial antidopage de l'IAAF à Lausanne

Le 3e Symposium mondial antidopage de l'IAAF qui s'est tenu à Lausanne, du 30 septembre au 2 octobre 2006, a réuni près de 400 participants venus du monde entier. Les délégués étaient des représentants des fédérations nationales de l'IAAF, de l'AMA et d'autres organisations antidopage, du CIO, de différentes organisations sportives et de laboratoires. Martial Saugy est membre du Comité médical et antidopage de l'IAAF.

Au terme des trois journées portant sur les aspects scientifiques, pratiques et juridiques de la lutte antidopage, plusieurs conclusions importantes ont été établies qui serviront de base à des recommandations.

Au-delà du développement du nombre et de la qualité des tests afin de déboucher sur des contrôles intelligents, et non sur un contrôle alibi, plusieurs messages clés ont été retenus:

- La nécessité d'une collaboration étroite à tous les niveaux de la lutte antidopage, entre les gouvernements, les organisations antidopage, les fédérations sportives et les laboratoires, en particulier pour harmoniser les pratiques et les bases légales.
- La révision du code mondial antidopage avec la participation de tous les intervenants dans le monde du sport.
- Le soutien de plusieurs stars de l'athlétisme à une lutte antidopage, mise sur pied avec le concours des athlètes, mieux adaptée à la vie des sportifs mais plus efficace. Michael Conley, l'ex champion olympique de triple saut, Paula Radcliffe, recordwoman du monde en titre du marathon, Debbie Ferguson, médaillée lors des trois dernières éditions des Jeux olympiques, se sont exprimés dans ce sens.
- L'extension possible, sur la base de dispositions légales claires, des poursuites à l'entourage du sportif en cas de dopage et l'introduction de sanctions financières contre les sportifs fraudeurs. Sur ce dernier point, Stéphane Diagana, ex-champion du monde du 400m haies, a proposé que des pénalités financières soient intégrées aux procédures disciplinaires. Diagana a expliqué que si c'est l'appât du gain qui pousse certains athlètes à tricher, le fait de savoir que toute somme gagnée de manière illicite pourra être récupérée pourrait se révéler très dissuasif.

Ces contrôles intelligents impliquent la possibilité de poursuivre des athlètes pour dopage sur la base des profils individuels plutôt qu'en prenant pour référence des seuils identiques pour tous.

contrôlés positifs? Quelle est la fiabilité de ces tests?

M. S. L'immense majorité des tests effectués sont fiables et ils le sont de plus en plus. Alors que se passe-t-il quand des deux échantillons du même athlète, l'échantillon A est positif et l'échantillon B négatif?

Il est arrivé que le problème vienne du laboratoire mais les cas où cela a été prouvé sont rares. Le plus souvent, le problème vient d'une mauvaise manipulation des échantillons au départ. Dans le premier cas de figure, il s'agit bien de l'urine du même athlète, mais elle a été recueillie à des moments différents pour disposer des 70 ml nécessaires à l'analyse. Or il suffit de trois heures d'écart entre la première récolte et la seconde pour faire la différence. Il est donc important de bien mélanger l'urine récoltée avant de la diviser en deux échantillons A et B.

Dans l'autre cas de figure, l'urine a bien été récoltée au même moment, mais les conditions de transport et de stockage n'ont pas respecté les conditions de préservation des échantillons. Si la congélation n'intervient pas rapidement, l'évolution bactérienne a le temps de faire son œuvre. Résultat: l'échantillon A étant analysé rapidement peut encore donner un résultat positif alors que l'échantillon B est dégradé quand son analyse intervient.

Il faut également savoir qu'entre un échantillon A déclaré positif et un échantillon B déclaré négatif, ce n'est pas comme si l'un était tout noir et l'autre tout blanc. C'est le plus souvent une question de seuil. L'échantillon B déclaré négatif contient bien des traces de substances dopantes,

mais le seuil qui serait jugé probant devant les tribunaux n'est pas atteint. C'est cela qui le fait considérer comme négatif.

On comprend mieux pourquoi les sportifs contrôlés positifs cherchent toujours à retarder le plus possible l'analyse de l'échantillon B?

M. S. Effectivement. Ils ont l'impression que le temps travaille pour eux, qu'il augmente les chances de dégradation de l'échantillon B. Il faut donc harmoniser et raccourcir le temps qui sépare le contrôle des échantillons A et B. Il faut simplifier la procédure. Aujourd'hui, le contrôle de l'échantillon B doit se dérouler en présence d'experts désignés par l'athlète. A l'avenir, il faut que le contrôle de l'échantillon B se déroule le plus vite possible, en présence d'experts neutres.

Pourquoi parle-t-on maintenant de contrôle d'ADN?

M. S. On en parle maintenant, à la suite de l'opération Puerto, en Espagne. Disposer de l'ADN des sportifs concernés permettrait de savoir s'il est identique ou compatible avec celui des poches de sang saisies lors de l'opération.

Quelles mesures faudrait-il prendre pour renforcer l'efficacité du contrôle antidopage, souvent nargué aujourd'hui?

M. S. Le symposium organisé fin septembre à Lausanne par la Fédération internationale d'athlétisme (IAAF) a souligné des évidences et montré les pistes à suivre. La priorité consiste à harmoniser les règles d'un sport à l'autre et d'un pays à l'autre (voir encadré).

...Service de la formation continue de la Direction des soins 25 ans d'investissement dans les ressources humaines

Le Service de la formation continue de la Direction des soins a été créé au CHUV en 1981. Une manifestation organisée le 27 novembre dernier, à l'auditoire César-Roux, a marqué avec éclat son 25e anniversaire. Elle a souligné la nécessité et l'ampleur de la formation continue dans le domaine des soins. En 25 ans, ce service a en effet :

- contribué à la formation complémentaire de près de 18'000 professionnels;
- participé à l'intégration de 12'000 nouveaux collaborateurs;
- quasiment doublé son offre de cours dans le domaine des formations spécialisées et décerné près de 1'300 certificats correspondants, dont près d'un quart à des personnes employées dans d'autres établissements que les Hospices-CHUV.

Comme l'a relevé le Directeur général, Bernard Decrauzat, dans son allocution, ces chiffres témoignent de la constance et du haut niveau de la formation continue dispensée, de son adaptation aux besoins et de son rayonnement à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution. Voici de larges extraits de cette allocution :

«La formation est d'abord une valeur inestimable propre à assurer l'indépendance et la reconnaissance de chaque individu. La formation constitue aussi la richesse des nations. C'est la source de la connaissance, sans laquelle il n'y a pas de développement économique, social et humain, sans laquelle il n'y a pas de développement durable comme on dit aujourd'hui.

«Nous le savons bien dans notre pays, où ce ne sont guère les richesses de notre sol et de notre sous-sol qui nous ont amené à ce haut degré d'innovation et de prospérité. Pour sa part, Gorki a écrit que «la connaissance est toujours un butin». Un butin que nous avons la responsabilité politique et institutionnelle de faire fructifier pour le bénéfice de toutes et de tous, en particulier des jeunes.

Une énergie renouvelable

«Le savoir est une énergie renouvelable. Au contraire des autres sources de pouvoir que sont la force et l'argent, le savoir ne s'épuise pas; il progresse. Par ailleurs, le savoir peut être utilisé par plusieurs personnes en même temps et il peut être acquis par tout le monde. C'est un moteur de démocratie.

«Nous avons donc tout intérêt à favoriser l'augmentation du savoir aussi bien pour améliorer notre crédibilité que notre fonctionnement et notre confort, voire même notre niveau de vie. Ces propos ne doivent pas être interprétés comme le reflet d'une vision purement économique et égocentrique. La formation nous offre en effet, en théorie certes mais en pratique surtout, une magnifique occasion de partager avec autrui.

«La transmission du savoir se heurte pourtant à deux difficultés importantes.

«Première difficulté: l'augmentation exponentielle des connaissances et leur complexité croissante. Jusqu'ici, notre société a tenté de répondre à cette évolution en allongeant la durée des études, de la scolarité obligatoire aux formations dispensées dans les hautes écoles et les universités. Mais on ne peut pas indéfiniment prolonger la durée des études. Cette politique a des limites, en particulier des limites économiques qui sont sans doute atteintes aujourd'hui.

«Deuxième difficulté: l'évolution des connaissances les rend aujourd'hui rapidement obsolètes. Les connaissances acquises sur les bancs de l'école, parfois même dans les auditoriums, les laboratoires et les ateliers des universités, sont souvent dépassées quelques années plus tard.

«Le seul moyen efficace de répondre à ces deux difficultés, c'est précisément ce qui nous réunit ici même, aujourd'hui, et qui s'appelle: la formation continue.

Trois ambitions

«Les Hospices-CHUV peuvent se féliciter qu'il y a 25 ans déjà, la Direction des soins, en l'occurrence Mme Yolanda Hartmann, ait su créer ce Service de la formation continue. Yolanda Hartmann et l'équipe d'il y a 25 ans ont d'entrée de jeu donné trois ambitions au Service de formation continue:

- L'ambition d'assurer l'adaptation des connaissances pour faire face aux mutations permanentes de notre environnement et intégrer les nouvelles données du savoir.
- L'ambition de proposer un perfectionnement professionnel aux collaboratrices et collaborateurs, ce qui revient à offrir une formation continue à toutes les catégories du personnel, et pas seulement aux cadres ou à ceux qui sont déjà les plus diplômés.

- L'ambition d'offrir également un perfectionnement personnel, c'est-à-dire que la formation continue vise aussi bien le développement du savoir-être que du savoir-faire.

Un objectif stratégique

«Sous l'égide de Mme Hélène Brioschi Levi, qui a succédé à Mme Hartmann, la formation continue de la direction des soins a poursuivi, élargi, développé, constamment adapté son offre aux besoins et se présente aujourd'hui comme un objectif stratégique permanent des Hospices-CHUV.

«Ce magnifique effort a été assuré par une équipe compétente, très motivée, et dont les effectifs n'ont pas gonflé avec le temps, ce qui est assez rare pour être souligné. Vous en voulez la preuve? Le Service compte aujourd'hui 13 emplois plein temps. Il en comptait 12,6 en 1983 quand M. Pierre Rougemont en a pris la tête.

«Je viens de nommer la personne, Pierre Rougemont, qui sans jamais se départir de sa modestie, est depuis 23 ans et pour quelques mois encore, l'animateur efficace et opiniâtre du Service.

Un hommage appuyé

«J'aimerais vous rendre, à vous et à toute votre équipe, un hommage appuyé. Votre plus belle récompense est sans doute de constater le taux de satisfaction élevée manifesté par toutes celles et tous ceux qui suivent vos modules de formation.

«En leur nom et au nom de toute la direction des Hospices-CHUV, je vous exprime notre reconnaissance et vous adresse les plus chaleureux remerciements. J'y ajoute, si vous le permettez, ma gratitude personnelle pour l'engagement et l'œuvre accomplie et mes encouragements pour celle qui vous attend. Car travailler dans le domaine de la formation continue, c'est d'abord penser à demain.»



*Bernard Decrauzat
félicite Yolanda
Hartmann qui a créé
le Service de la
formation continue
des soins en 1981.*

Ce qui a le plus changé en 25 ans

Pour Pierre Rougemont, qui a pris les rênes du service en 1983 après y avoir enseigné quelques mois, beaucoup de choses ont changé en un quart de siècle.

Les attentes de la clientèle

Les attentes du personnel ont évolué dans deux directions. La demande se tourne davantage aujourd'hui vers des formations débouchant sur un certificat ou un diplôme reconnu dans un cursus officiel. Mais paradoxalement, la tendance au zapping et la recherche d'une formation individualisée, répondant à des vœux personnels, ont considérablement augmenté sous l'effet de l'évolution culturelle de la société. Les jeunes générations ont plus de difficultés à se projeter dans des formations longues et à maintenir leur motivation dans la durée.

Anne-Marie Marquis met en évidence un autre élément. Mme Marquis a rejoint le service en 1985. Elle y travaille en tant que consultante en soins aussi bien qu'enseignante au programme d'intégration des nouveaux collaborateurs et à la formation des infirmières cliniciennes, tout en étant responsable de la formation des praticiens formateurs. «Les cadres ont davantage recours au service de formation continue des soins qu'auparavant, explique-t-elle.

Au départ, c'était surtout les infirmières débutantes qui s'adressaient à nous. Les cadres étaient peu nombreux à suivre nos cours et nous sollicitaient rarement. L'évolution de la conception même des soins vers un partenariat multidisciplinaire, une approche davantage fondée sur le dialogue et l'échange y sont sans doute pour quelque chose.»

Les formations de base

L'intégration des formations de base au sein des Hautes Ecoles spécialisées et les cursus fondés sur l'obtention de crédits ont modifié le profil des nouveaux diplômés. Ils ont acquis à la sortie des études une forme de raisonnement plus large que par le passé mais leurs connaissances de base sont plus différenciées, moins généralistes. Ce bagage plus personnalisé renforce la nécessité d'une formation continue qui leur permette d'adapter leurs acquis aux types de patients accueillis dans un hôpital universitaire marqué ces dernières années par une diminution de la durée de séjour et une augmentation de la complexité des soins.

Les interventions à la carte

Certains cours ont disparu, d'autres ont fait leur apparition, l'informatique par

exemple a pris la place croissante qui est la sienne dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital. Les grandes lignes de l'offre du service n'ont cependant pas changé. On y retrouve toujours l'intégration des nouveaux collaborateurs, la formation continue, les formations spécialisées et les interventions à la carte. Mais cette dernière prestation était encore embryonnaire il y a 25 ans. Elle s'est considérablement développée pour répondre aux besoins des services et aux demandes individuelles (soutien, conseils, coaching). Cette offre couvre des formations très techniques, la réanimation par exemple, jusqu'à l'analyse de pratiques ou l'accompagnement lors d'un changement institutionnel ou à la suite d'un conflit. Ces interventions sont très variables. Certaines durent quelques heures pour un groupe de 25 personnes. D'autres peuvent se prolonger sur une année et concerner une dizaine de personnes.

En 25 ans, le service a ainsi assuré 500 interventions à la carte qui ont touché 7'400 personnes et représenté 4'000 heures directes d'engagement.

Les formations spécialisées

Le Service dispense aujourd'hui sept for-

Ce qui va encore évoluer

mations spécialisées post-diplômes. Quatre d'entre elles remontent à la création du service: les formations en soins intensifs, en anesthésie, en salle d'opération et d'infirmière clinicienne. La formation interdisciplinaire en soins palliatifs est venue s'y ajouter en 1998, celle de praticien formateur en 2001, et celle de soins en urgence, organisée en collaboration avec les HUG, en 2000. Certaines de ces formations sont ouvertes aussi bien aux collaboratrices et collaborateurs des Hospices-CHUV qu'au personnel d'autres établissements de Suisse romande. Les étudiants provenant d'autres hôpitaux et cliniques suivent uniquement les cours théoriques au CHUV, leur formation pratique étant assurée par leur établissement.

Modules et techniques d'enseignement

Le catalogue des cours proposés à l'origine peut paraître assez disparate, même s'il donnait satisfaction à l'époque. Les formations sont aujourd'hui davantage organisées sur la base de modules qui peuvent être pris pour eux-mêmes ou combinés dans la durée pour déboucher sur un certificat interne ou externe. Les collaborateurs peuvent ainsi choisir les modules qui leur conviennent, les faire valider les uns après les autres en remplissant les critères fixés (tests, travaux écrits, etc.) et obtenir à la fin un certificat de l'une ou l'autre des formations spécialisées. L'ensemble des modules correspondant à une formation doit simplement être validé sur une durée maximale de quatre ans.

Quant aux techniques d'enseignement, les cours ex-cathedra sont devenus plus rares au profit de mise en situation, d'ateliers de travail qui permettent de mettre en relation directe et immédiate la théorie et la pratique, et parallèlement de pratiquer ce que les spécialistes appellent l'alternance intégrative. Pour Anne-Marie Marquis, les collaboratrices et collaborateurs du service effectuent davantage aujourd'hui un travail de formateur que d'enseignant.

Les tendances enregistrées ces dernières années vont naturellement se poursuivre.

Dans l'immédiat, le Service de la formation continue des soins va devoir faire évoluer sa certification. Il a en effet obtenu une certification «privée», la certification EDUQUA, pour l'ensemble de ses prestations le 1er janvier 2005. D'ici à 2009, il devra intégrer les normes requises pour le contrôle et la certification «officielle» prévus par la nouvelle loi. Pour qu'une institution non scolaire comme l'hôpital soit reconnue en tant qu'institution de formation, elle devra répondre aux yeux de l'OFFT, l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie, aux conditions-cadre et au plan d'études établis sur le plan national. Ce document décrit dans le détail les cursus, les compétences qui doivent être acquises, les examens prévus pour chaque formation. Avec son expérience, le Service de la formation continue de la Direction des soins a toutes les chances d'y parvenir.

Pour Pierre Rougemont et Anne-Marie Marquis, les changements les plus profonds des 5 à 10 ans à venir vont découler de deux tendances complémentaires: l'accentuation des collaborations et des approches multidisciplinaires, en particulier avec les HES et la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne (FBM), et le développement de la recherche en soins. On en voit aujourd'hui les premières perspectives avec:

- le développement des HES après la période de leur mise en place,
- la création au 1er janvier 2007 d'un Département de la formation et de la recherche au sein des Hospices-CHUV, dirigé par le doyen de la FBM,
- la création en 2007 d'une maîtrise en soins, en collaboration étroite avec la FBM,
- le développement de la recherche en soins que ce soit par la Fondation FORESO, qui conduit notamment des études sur les effets de la politique de santé et le rôle des formations soignantes, ou par le Service de la formation continue qui mène et encadre des recherches dans le domaine de la pédagogie et des soins proprement dits.

Tous ces rapprochements et développements ne resteront pas sans conséquences pour la formation continue.

Les défis de demain

Pour Serge Gallant, responsable du programme d'intégration des nouveaux collaborateurs depuis 2001, trois défis principaux attendent également le service ces prochaines années.

Premier défi: la réponse au changement de société. D'un côté, la relation au travail des collaborateurs s'est modifiée avec l'intégration des loisirs dans les projets de vie. De l'autre, il apparaît de plus en plus clairement qu'on n'est pas un professionnel à la fin d'une formation mais qu'on se professionnalise en permanence. Pour répondre à cette double évolution, la formation continue doit encore davantage ancrer son offre sur le terrain, en collaboration avec les autres services, développer le rôle de l'intervention ponctuelle, privilégier des périodes de formation courtes qui fonctionnent bien. Tout en poursuivant les efforts entrepris pour se positionner sur le plan national dans le domaine des formations post-diplômes, qui s'inscrivent par définition dans une plus longue durée.

Deuxième défi: maintenir l'expertise technique des professionnels, qui est la partie la plus visible des compétences, la plus facile à mesurer et à quantifier, tout en incitant les collaboratrices et les collaborateurs à ne pas se satisfaire de ce bagage technique, à s'ouvrir à d'autres compétences: la communication, la gestion de crise, la relation d'aide, etc. Car il faut souvent une dizaine d'années de métier pour prendre conscience, avec l'expérience, de l'intérêt de ne pas limiter son savoir-faire aux seuls gestes techniques.

Troisième défi: le développement d'un enseignement plus individualisé, de l'apprentissage par problème trouve ses limites dans les ressources financières disponibles. Mais ces limites doivent être prises comme une donnée plutôt que comme un obstacle. Cette donnée doit conduire la formation continue à utiliser au maximum l'avantage qui lui est propre: la proximité avec le terrain, l'alternance directe, immédiate, de la théorie et de la pratique. «Cela nous oblige à revoir notre didactique, notre relation au savoir, conclut Serge Gallant, en proposant une formation qui n'est ni totalement académique ni seulement axée sur le résultat ici et maintenant.»

Le regard de la Direction des soins Le pari de la compétence

Au cours de la manifestation du 27 novembre dernier, la Directrice des soins des Hospices-CHUV, Hélène Brioschi Levi, a elle aussi apporté son hommage à l'équipe du Service de la formation continue et montré comment le pari de la compétence avait été gagné. Voici de larges extraits de son intervention :

«Certains plaident pour une fertilisation des savoirs. D'autres appellent la Suisse à faire le pari de la connaissance. Au sein du Service de la formation continue de la Direction des soins, c'est le pari de la compétence que nous avons fait et ce n'est pas un hasard.

«Ce n'est pas un hasard si, lors de nos campagnes de recrutement en Suisse et à l'étranger, tant d'infirmiers et d'infirmières postulent pour venir pratiquer aux Hospices-CHUV, invoquant parmi leurs principaux arguments l'existence en notre sein d'un Service de formation centré sur leur profession.

Le culte de l'immédiateté

«Aujourd'hui, à une époque où le culte de l'immédiateté semble avoir l'adhésion d'une bonne partie des professionnels - quelles que soient leurs fonctions d'ailleurs... - il nous est apparu important de faire un arrêt sur image - 2 heures pour 25 ans, vous conviendrez, ce n'est pas beaucoup... - un stop sur un service qui par définition doit constamment être à l'affût des nouvelles connaissances dans le domaine passionnant des soins, ainsi que dans ceux de la médecine et de la biologie; des connaissances dans le domaine des sciences humaines et sociales (psychologie, anthropologie, sociologie, éthique, etc.); des connaissances liées à l'évolution des techniques qui foisonnent dans le monde des soins et de l'informatique; et, bien sûr, à l'affût des connaissances apportées dans les sciences de l'éducation, domaine qui n'est pas nommé en fin de liste par hasard, puisqu'il est pour nous un support fantastique, indispensable certes, mais un support au service des champs de connaissances dits communément «métiers».

L'explosion des connaissances

«Au milieu de cette explosion de connaissances, le Service de la formation continue des soins infirmiers doit faire preuve d'une curiosité toute particulière, pour séparer le bon grain de l'ivraie; transformer et organiser les nouveaux apports pour les rendre congruents avec les besoins des terrains de soins; transmettre ces nouveaux savoirs et favoriser leur intégration dans la réflexion et l'action des professionnels auprès des malades et de leurs proches.

«Un ensemble d'activités complémentaires a été progressivement développé dans ce but: cours, enseignements cliniques au lit des malades, séminaires d'analyse de pratique, supervision professionnelle, interventions dans les services auprès des équipes et des cadres, etc.

«Ainsi, ce va-et-vient quotidien entre les terrains de soins et le Service de la formation continue se révèle une caractéristique unique et indispensable qui permet une fertilisation croisée constante entre ce qui est enseigné et ce qui est pratiqué. En intervenant directement au lit des malades, les enseignants font par ailleurs profiter tant les soignants que les patients de leurs compétences, contribuant à l'enrichissement des connaissances des premiers et à l'amélioration de l'état de santé des seconds. Ils confirment ainsi jour après jour leur volonté d'être des infirmiers et des infirmières... enseignant(s).

«Acteur essentiel du Plan stratégique de la Direction des soins - dont le pari de la compétence est un des piliers -, le Service de la formation continue se trouve au cœur d'un giratoire, qui permet une circulation permanente de l'information entre la littérature professionnelle et scientifique, les informations institutionnelles, les attentes des cadres, les besoins des patients et les expériences des soignants.

Un large rayonnement

«Inscrivant son action dans l'histoire et la culture tant des soins infirmiers que de notre institution, il accueille des professionnels des soins des domaines de la santé communautaire, de la psychiatrie et des soins somatiques non seulement des Hospices-CHUV, mais également d'institutions de soins de toute la Suisse romande - du Valais au Jura - et même, parfois du Tessin.

«Fruits d'un véritable travail d'équipe, les activités du Service de la formation continue des soins infirmiers sont profondément développées et renouvelées au cours de ces 25 années pour répondre aux compétences requises par les soins aux personnes malades hospitalisées dans notre institution et pour inscrire nos cursus dans des réglementations nationales de formation. Des collaborations se sont également développées avec d'autres centres de formation dans lesquels les collaborateurs du SFC interviennent comme enseignants et comme experts.

Une coopération réussie

«Quelles que soient leurs qualités, ils ne peuvent cependant réussir seuls le pari de la compétence.



Sous l'égide d'Hélène Brioschi Levi, la formation continue de la Direction des soins est devenue un objectif stratégique des Hospices-CHUV.

Un tel pari repose sur un ensemble d'acteurs, qui sont l'expression d'une coopération réussie, toute pétrie de responsabilités endossées :

- Par les professionnels soignants qui se sont engagés dans un cycle de formation, et l'on sait bien qu'il n'est pas aisé de concilier travail, étude et vie privée.
- Par les cadres infirmiers - ICUS, ICS, Directeurs de soins - et les cadres responsables des différents corps professionnels qui participent occasionnellement à nos cours (laborantines, diététiciennes, assistantes en pharmacie, secrétaires, etc., je ne peux tous les nommer ici) - cadres qui ont fait le pari avec nous de tout mettre en œuvre pour que les professionnels puissent se former: je les en remercie vivement.
- Par le corps médical qui participe avec un sens presque inné du devoir à l'impérative nécessité de partager leur savoir. Sur ce point, mais aussi sur d'autres, vous êtes un modèle que nous n'hésitons pas à suivre.
- Par tous ceux, physiothérapeutes, éthiciens, juristes, infirmiers et infirmières spécialisées, aumôniers, assistants sociaux, membres de l'Office du personnel, ergonomes, et je ne peux là encore tous les citer - qui contribuent activement au développement des connaissances et des compétences requises pour des soins rigoureux et humains.

«Coordonnant l'ensemble de ce réseau sur lequel repose l'efficacité d'un système de formation, les collaborateurs présents et anciens du Service de la formation continue méritent en ce jour un hommage tout particulier.»

Les membres de l'équipe



Au premier rang, de gauche à droite:

- Marie-Noelle Chabod, enseignante, responsable de la formation en domaine opératoire
- Nicole Jobanne, enseignante, formation soins intensifs adultes
- Pierre Rougemont, responsable du Service de formation continue, responsable de la formation de cliniciens et cliniciennes
- Sigrid Duperrex, enseignante, assistante formation soins intensifs adultes
- Béatrice Chevrier, enseignante, assistante formation soins intensifs pédiatriques

Au deuxième rang, de gauche à droite:

- Annemarie Marquis, enseignante, responsable de la formation de praticien formateur
- Marie-José Eusébio, responsable de la formation en soins intensifs
- Catia Poroli-Chidini, employée d'administration
- Martine Rosset, enseignante, formation en soins intensifs pédiatriques

Au troisième rang, de gauche à droite:

- Hélène Brioschi Levi, directrice des soins des Hospices-CHUV
- Serge Gallant, enseignant et responsable du programme d'intégration
- Claude Laville, enseignant, responsable de formation en anesthésie
- Dominique Brunner, enseignante, formation soins intensifs adultes
- Françoise Porchet, enseignante, responsable formation soins palliatifs

Au quatrième rang, de gauche à droite:

- Patrick Genoud, directeur adjoint des soins des Hospices-CHUV
- Claude Curchod, enseignant, responsable du programme de formation continue
- Marion Fischer, enseignante, participe à différents programmes de formation
- Béatrice Perrenoud, enseignante à la FORESO, participe à différents programmes de formation
- Emmanuel Bernaz, enseignant, assistant formation soins intensifs adultes.

Manque sur cette photo, Françoise Billaud, documentaliste, ancienne responsable de la formation en soins intensifs.

.....Psychiatrie et psychothérapie de l'âge avancé.....

Le nouveau Centre communautaire est installé

L'inauguration de la Polyclinique psychiatrique de Chauderon et du nouveau Centre communautaire de psychiatrie et de psychothérapie de l'âge avancé a eu lieu le même jour, le 14 décembre dernier, en présence du conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard.

La Polyclinique psychiatrique de Chauderon a déjà fait l'objet d'une présentation dans le numéro de CHUV-Magazine d'avril 2006. C'est aujourd'hui le tour du Centre communautaire de psychiatrie et de psychothérapie de l'âge avancé. L'ensemble des unités qui en font partie sont désormais installées dans des locaux rénovés, au n° 1 de la rue du Tunnel, à Lausanne, qui donne en fait sur la place de la Riponne.

Le Dr Michel Gaillard, médecin-chef du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé.

Avec les lits d'hospitalisation à Cery et le service de liaison au CHUV, le nouveau Centre communautaire constitue le pilier ambulatoire du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA). Créé sous l'impulsion du Professeur Panteleimon Giannakopoulos et du Dr Michel Gaillard, il réunit, dans le même immeuble de l'avenue du Tunnel :

- une consultation générale,
- une consultation mémoire,
- un hôpital de jour
- et une équipe mobile d'intervention à domicile.

Un regroupement pour quoi faire?

Pourquoi ce regroupement au cœur de la ville? Quand on pose la question au Dr Gaillard, il évoque la convergence de différents motifs. En arrière-fond, il y a la volonté de répondre, sans faire exploser les coûts, à l'augmentation de la population âgée et des besoins en soins psychiatriques correspondants. Il y a aussi la volonté d'agir au plus près de la communauté, d'aller au devant de cette population souvent doublement stigmatisée, par l'âge et par la maladie psychiatrique, et qui n'a pas été habituée à recourir aux psy. Il y a enfin l'objectif d'aider les médecins généralistes et les soins à domicile à s'occuper de ces patients psychiatriques âgés quand ils sentent venir la crise.

Concrètement, le regroupement à la rue du Tunnel des unités ambulatoires jusqu'ici dispersées dans trois endroits différents, à Cery, à l'avenue de Morges et à la Riponne, va permettre d'accroître les

synergies entre ces structures et d'améliorer la prise en charge des patients. La capacité de l'hôpital de jour à traiter des situations complexes sera renforcée. D'une manière générale, on atteindra une masse critique plus intéressante en termes de personnel et en nombre de patients. Ce mouvement communautaire cherche ainsi à atteindre deux objectifs :

1. éviter des hospitalisations et maintenir le nombre de lits à disposition au nombre actuel, malgré l'augmentation prévisible des besoins, en assurant aux patients les soins ambulatoires adéquats le plus vite possible;
2. promouvoir une approche communautaire par le biais des visites à domicile dans l'optique de garder les personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques au plus proche de leur milieu naturel.

Et pour quels patients?

Les patients accueillis dans ce type de structure le sont d'abord le plus souvent pour des troubles dépressifs et pour les symptômes psychiatriques accompagnant les troubles de la mémoire. Eux-mêmes ou leur médecin traitant veut alors savoir ce qu'il en est. Le Centre permet ainsi d'établir un diagnostic différentiel et de prendre en charge le patient en fonction de ses troubles: perte de la mémoire, dépression, névrose, psychose, troubles du comportement.

La consultation générale accueille environ 450 patients par année. Elle joue le rôle

d'une polyclinique psychiatrique comme pour les autres âges de la vie. Sa spécificité réside dans la nécessité accrue d'intervention à domicile et dans le nombre croissant de patients présentant des premiers symptômes après la retraite.

La consultation mémoire effectue aujourd'hui entre 350 et 370 consultations par année. Elle représente un soutien important pour les patients eux-mêmes mais aussi pour les familles quand la perte de mémoire rend leur proche agressif ou inconscient du danger (puisque'il suffit parfois d'oublier d'éteindre une plaque de cuisinière pour provoquer une catastrophe).

L'hôpital de jour accueille environ 200 patients par année. Ses objectifs sont en train de se transformer. Il a longtemps été utilisé comme une aide après une hospitalisation, pour terminer un traitement ou suivre une clientèle de dépressifs et de psychotiques qu'il aurait fallu, à défaut, laisser à l'hôpital. On cherche aujourd'hui à lui faire prendre en charge des cas plus aigus pour limiter les hospitalisations au strict nécessaire et éviter la stigmatisation qu'elles représentent.

L'équipe mobile d'intervention à domicile prend en charge en moyenne quatre nouvelles situations par semaine à Lausanne, soit environ 200 patients par année. Cette équipe mobile ne fonctionne que depuis 18 mois. Elle a été mise sur pied en mobilisant des ressources internes pour la moitié de son financement et grâce au soutien de la Fondation Leenaards pour l'autre moitié.

Michel Gaillard, Panteleimon Giannakopoulos, «Une équipe mobile en psychiatrie de l'âge avancé», *Revue médicale suisse*, 20 septembre 2006, pp. 2088-2091.

ue du Tunnel

Deux tiers des interventions de l'équipe mobile répondent à des situations de crise, dont plus du tiers pour des patients présentant un risque imminent de décompensation, un risque suicidaire ou un risque de passage à l'acte. L'essentiel des consultations est réalisé conjointement par un médecin et une infirmière (dans plus de 90% des cas). L'intervention de l'équipe mobile est généralement très brève en termes de nombre de consultations. Le type d'intervention porte à la fois sur de l'aide au diagnostic, sur des conseils de stratégie thérapeutique et sur la coordination du réseau. Ces conseils suffisent souvent à stabiliser une situation à risque. La majorité des premières consultations ont effectivement eu lieu dans les 24 heures suivant la demande (dans 56% des cas) et la durée moyenne de suivi est d'un peu plus de 10 jours.

A l'image de ce qui a été constaté à l'étranger, en particulier dans les pays anglo-saxons, l'expérience lausannoise montre que ces interventions donnent de bons résultats au niveau de la diminution des troubles du comportement et d'un recours moins fréquent aux hospitalisations¹.

Un seul numéro d'appel

A l'exception de la Consultation-mémoire placée sous la responsabilité du Dr Armin von Gunten, le Centre communautaire du Tunnel est supervisé par un médecin cadre, la Dresse Ioana Stancu. Elle sera secondée par des chefs de clinique (1 EPT pour la consultation générale, 0.6 EPT pour l'équipe mobile, 0.5 EPT pour l'hôpital de jour et 0.2 EPT pour la consultation mémoire) et 3 médecins assistants ainsi que par une équipe d'infirmières, d'ergothérapeutes, d'assistantes sociales et de psychologues. L'idée est de créer des mouvements à l'intérieur de cette structure, en particulier que les chefs de clinique et les médecins assistants passent d'une unité à l'autre, de la consultation générale à l'hôpital de jour, en passant par l'équipe mobile.

Dès avril 2007, un seul numéro de téléphone répondra à tous les appels, quels qu'ils soient. C'est un chef de clinique qui sera au bout du fil afin d'assurer la meilleure compétence à l'entrée pour les patients, leurs proches et les professionnels du réseau. Le but étant de faire du Centre communautaire un des leviers de la stratégie du SUPAA.

Les travaux réalisés



Les locaux occupés par le Centre communautaire du SUPAA, au n° 1 de l'Avenue du Tunnel, ont été transformés de manière fonctionnelle:

- *L'accueil et la salle d'attente ont été aménagés dans l'espace du hall et les accès ont été adaptés aux besoins des personnes se déplaçant avec difficultés ou en fauteuil roulant.*
- *Les transformations ont permis de créer, notamment pour accueillir l'hôpital de jour, des salles d'activités collectives, des salles de réunion et d'entretien, des locaux pour les soins, l'ergothérapie et la pharmacie ainsi qu'un espace de détente pour tout le personnel.*
- *De nouvelles entrées de lumière ont également été créées jusqu'au centre des étages, surtout au 1er étage où se trouve l'hôpital de jour. Cette lumière a complètement changé l'allure des lieux en améliorant leur convivialité.*

Atelier Brico-CES-services à Cery Journée «portes ouvertes» du samedi 30 septembre

Le samedi 30 septembre 2006, une centaine de personnes ont participé, à Cery à la première Journée «Portes ouvertes» de l'Atelier Brico-CES-services et du Centre d'ergo-sociothérapie (CES), dépendant de l'Unité de réhabilitation du service de psychiatrie communautaire.

Organisée à l'échelle romande par les institutions sociales suisses pour personnes handicapées (INSOS), cette journée voulait ouvrir les institutions au grand public et par là même faire connaître les efforts d'intégration des personnes souffrant de handicap.

Pour l'Atelier Brico-CES-services, atelier protégé d'occupation pour personnes souffrant de handicap psychique, cette journée a été très positive. Les visiteurs, en grande majorité des proches des usagers, ont été enchantés par la diversité des activités offertes: de la restauration de meubles aux travaux de cartonnage, en passant par l'atelier «Césure» (peinture, poterie, musique), où les visiteurs ont pu découvrir plusieurs talents. L'atelier «Jardin» a également obtenu un large succès avec la confection sur place de tresses artisanales et la vente de légumes de saison.

Une grande satisfaction a été manifestée par les usagers présents à cette journée. Et pour la direction et le personnel de l'Atelier Brico-CES-services, cet enthousiasme et cette implication a été un véritable succès.

.....Nutrition des patients aux soins intensifs adultes.....

Premiers résultats du projet NUTSIA

Une étude européenne menée auprès de 14'000 patients l'a démontré: la dénutrition est fréquente chez les patients hospitalisés. Elle contribue lourdement aux complications infectieuses et prolonge le séjour. C'est d'autant plus vrai pour les patients pris en charge aux soins intensifs. Ce constat avait conduit le Service de médecine intensive adulte du CHUV, que dirige le professeur René Chioleró, à introduire des protocoles de nutrition en 1999. En vain. Plusieurs contrôles de qualité ont montré que certains patients restaient insuffisamment nourris.

En 2005, le Service a donc décidé de prendre le problème à bras le corps en lançant le projet qualité NUTSIA. Premier bilan.

Le risque de dénutrition des patients pris en charge à l'hôpital est élevé pour deux raisons principales. Les investigations nécessaires et la technicité des traitements provoquent des interruptions fréquentes de la nutrition des patients. Dans certains cas extrêmes, un patient peut enchaîner jusqu'à six jours de jeûne. La deuxième cause de la dénutrition réside dans le manque d'appétit du patient et la défaillance relative de son intestin. Or l'expérience a montré, en particulier dans le cas des grands brûlés, qu'une nutrition adéquate réduit la perte de poids et accélère la guérison des patients, en réduisant de manière significative la durée de séjour en soins intensifs.

Le projet NUTSIA avait donc pour objectif prioritaire d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients en renforçant la structure d'accompagnement des équipes soignantes dans ce domaine et en mettant à leur disposition des outils de contrôles adaptés à leurs besoins. Cet objectif impliquait plus en détail :

- un renforcement de la formation continue des équipes soignantes (médecins et infirmières) dans le domaine de la nutrition,
- un accès facile, informatisé, à une documentation de référence aussi synthétique et simple que possible,
- la mise en place d'une évaluation nutritionnelle systématique des patients suivie d'un contrôle et de la transmission des informations à l'Unité de nutrition clinique lors du transfert de patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle,
- un renforcement de l'encadrement avec la définition des rôles de chaque professionnel des soins intensifs dans la prise en charge nutritionnelle des patients et la désignation claire de personnes de référence dans ce domaine.

Formation et sensibilisation

Les cours de nutrition déjà intégrés dans la formation continue des infirmières et des médecins ont été revus. Plusieurs ont été créés afin de toucher tous les professionnels concernés. Tous les cours sont intégrés aux activités habituelles du ser-



Les principaux promoteurs du projet: le Dr Mette Berger, Ludivine Soguel Alexander, cheffe de projet et Philippe Maravic, ICS aux soins intensifs adultes.

vice et sont proposés de manière régulière. C'est indispensable dans un service d'environ 300 personnes où 70% des médecins changent tous les six mois, en raison des tournus de formation, et où le taux de rotation est en moyenne de 20% par an pour le personnel soignant.

Protocole et documentation

Un groupe multidisciplinaire a travaillé pendant une année, à raison d'une réunion par mois, pour élaborer d'abord des protocoles «longs» destinés à la formation, avant d'en extraire des documents «courts» destinés à la pratique. 17 documents ont ainsi été établis et cinq autres ont été repris de la documentation élaborée par l'Unité de nutrition clinique.

Depuis février 2006, un protocole complet de nutrition interdisciplinaire et tous les documents pratiques qui en sont issus sont accessibles par ordinateur, directement dans MétaVision.

Ludivine Soguel Alexander, diététicienne de recherche et cheffe du projet, et le professeur Mette Berger, qui a participé au groupe de travail en tant qu'expert,

insistent toutes les deux sur la nécessité de disposer d'un protocole:

- unique, identique pour tous (médecins, infirmières, aides soignantes),
- accessible en tout temps et facilement utilisable dans la pratique de tous les jours (en clair, laissant suffisamment de temps pour les soins),
- et connu de tous, ce qui n'est pas le plus facile à réaliser.

La diffusion de l'information sur les protocoles existants dans une équipe aussi grande est en effet un problème crucial pour leur mise en œuvre. En juillet 2004, une enquête par questionnaire auprès du personnel des soins intensifs adultes avait montré que 42% seulement des médecins, 5% des infirmières et aucune aide soignante étaient capables de citer spontanément un protocole de nutrition comme support interne à la démarche.

Evaluation nutritionnelle des patients

Depuis janvier 2006, un outil d'évaluation nutritionnelle informatisé - Score NRS (Nutritional Risk Screening) - est disponible dans MétaVision.

Un travail d'équipe interdisciplinaire

NUTSIA a été conduit comme un projet qualité par un groupe de travail interdisciplinaire composé d'une aide soignante, cinq infirmières, deux médecins, un expert (professeur Mette Berger), et deux diététiciennes, dont la cheffe de projet, Ludivine Soguel Alexander.

NUTSIA a été lancé en janvier 2005, après six mois de planification et d'état des lieux, pour se terminer en mars 2006. Les informations et les outils disponibles sur intranet ont été mis en forme par l'équipe SICASI et le professeur Mette Berger qui assure également le suivi des mesures. Le groupe de travail a été remplacé par un groupe d'intérêt composé de la même manière et avec le même pilote, Ludivine Soguel Alexander.

bénéficié d'une évaluation de leurs besoins énergétiques, cette proportion atteint 90% en 2006. C'est mieux et cela confirme que l'utilisation d'un protocole issu de l'équipe soignante et informatisée permet d'améliorer le support nutritionnel des patients. L'utilisation de l'informatique avait déjà permis des progrès dans ce sens. Les résultats publiés en 2006 de l'impact de cette informatisation¹ a d'ailleurs valu à ses auteurs le premier iMDsoft Excellence Award d'une valeur de 5000 dollars.

Mais l'effort doit être poursuivi. Chaque patient, chaque jour, doit effectivement faire l'objet d'une évaluation documentée. Dès janvier 2007, une diététicienne à 50% aura pour mission de s'assurer que cette évaluation est bien effectuée, de veiller à l'application du protocole et de continuer à former les équipes.

Au-delà de ce contrôle, plusieurs indicateurs permettront de suivre l'évolution des résultats, en particulier certaines données extraites de MétaVision: le recueil des événements indésirables liés à la nutrition et le nombre de patients annoncés à l'UNC en vue d'un suivi nutritionnel après leur transfert.

Le projet NUTSIA et son implémentation ont d'ores et déjà amélioré la prise en charge nutritionnelle des patients au Service de médecine intensive adulte. Mais le temps nécessaire à l'appropriation des nouveaux outils par les équipes soignantes avait été sous-estimé. Un exemple montre en effet la difficulté à surmonter: il faut compter un délai d'environ trois mois pour qu'un nouveau membre des équipes ait reçu la formation sur la documentation et les outils à disposition. Une nouvelle appréciation de la situation sera faite en avril-juin 2007.

¹ «Impact of a computerized information system on quality of nutritional support in the ICU», Nutrition, 22 (2006), 221-229



Une partie de l'équipe interdisciplinaire:
au 1er rang, de gauche à droite: Eliane Foucault, Sylvie Bouvry, Aline Schmid
Au 2e rang, de gauche à droite: Maité Abando, Dominique Brunner et Ludivine Soguel Alexander.

Manquent sur la photo: Pierre Turini, Barbara Kohut, Manuëlle Godio, Sabine Richard, Caroline Braichotte et Patrick François.

La majorité des patients pris en charge aux soins intensifs adultes ont besoin d'une assistance nutritionnelle. Elle intervient dès leur admission pour toutes les situations graves: patients dénutris, patients victimes d'un traumatisme ou d'une infection sévère, grands brûlés, etc.

Dans les autres cas, le score NRS permet de dépister dès le premier jour le risque nutritionnel auquel les patients sont exposés. Cet outil évalue la situation du patient sur une échelle de 0 à 7 points en fonction de son âge, de la sévérité de sa maladie et de la détérioration de son état nutritionnel (indice de masse corporelle, perte de poids au cours des trois derniers mois, apports alimentaires restreints durant la dernière semaine). Aux soins intensifs adultes du CHUV, une nutrition artificielle est prescrite au patient dès que son score global est égal ou supérieur à 4 points, dont un point au moins relèvé de la détérioration de son état nutritionnel.

Selon l'aptitude du patient à s'alimenter, cette assistance nutritionnelle prend la forme de suppléments nutritifs oraux et/ou d'une nutrition artificielle, entérale ou parentérale.

Mais la surveillance ne s'arrête pas là. Chaque jour, des contrôles doivent être effectués par rapport aux cibles de nutrition fixées pour chaque patient. La progression de nutrition entérale doit faire l'objet d'une surveillance serrée car le tube digestif est très capricieux en soins intensifs. Si la cible n'est pas atteinte en trois jours et que le déficit calorique cumulé au cours des trois premiers jours atteint les 8000 kilocalories, le patient se voit prescrire une nutrition

parentérale de complément ou exclusive après analyse de la situation avec un clinicien. Si ce déficit atteint 10'000 kilocalories, l'alerte se transforme en signal danger: le risque de complication en lien avec la dénutrition se transforme en quasi certitude.

Cette surveillance en vaut largement la peine car elle vise à réduire les complications et la durée du séjour en soins intensifs, et donc les coûts. «Le prix d'une journée de nutrition parentérale - 250 francs - est nettement plus élevé que celui d'une nutrition entérale, explique le professeur Mette Berger. Ce n'est certes qu'un pis-aller mais qui sauve la mise quand la nutrition entérale ne fonctionne pas. Or, une journée d'antibiotiques coûte 1'000 francs et une journée aux soins intensifs entre 4 et 5'000 francs.»

Transmission des informations

Depuis mai 2006, une procédure est en place pour assurer l'annonce à l'Unité de nutrition clinique (UNC) des transferts de patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle. Un fax est envoyé à l'UNC lorsque le médecin a coché sur l'avis de sortie provisoire la case selon laquelle le patient requiert un suivi nutritionnel.

Des résultats encourageants

Les premiers résultats sont encourageants. Une première appréciation a été faite trois mois après l'implémentation de NUTSIA, en comparant la période avril-juin 2006 à la même période en 2005. Alors qu'en 2005, environ 70% des patients séjournant plus de 72 heures en soins intensifs avaient

.....**Nouvelle gestion du tri et de l'évacuation des déchets**.....

Le volume des déchets hospitaliers a fortement diminué

«On a dit ce qu'on allait faire et on a fait ce qu'on a dit.» C'est ainsi que Silvano Campani, chef du Service transports, communication et approvisionnements, résume l'action du groupe de travail qui a mis en place la nouvelle gestion des déchets des Hospices-CHUV.

Les résultats sont là. Ils ont été obtenus grâce à la collaboration des équipes soignantes, médecins et infirmières, qui sont à l'origine du tri. En 2006, le volume des déchets hospitaliers a baissé de moitié et la facture liée à l'évacuation de l'ensemble des déchets a diminué de 100'000 francs. Mais cet effort doit être poursuivi par la recherche de nouvelles filières et l'amélioration constante du tri.

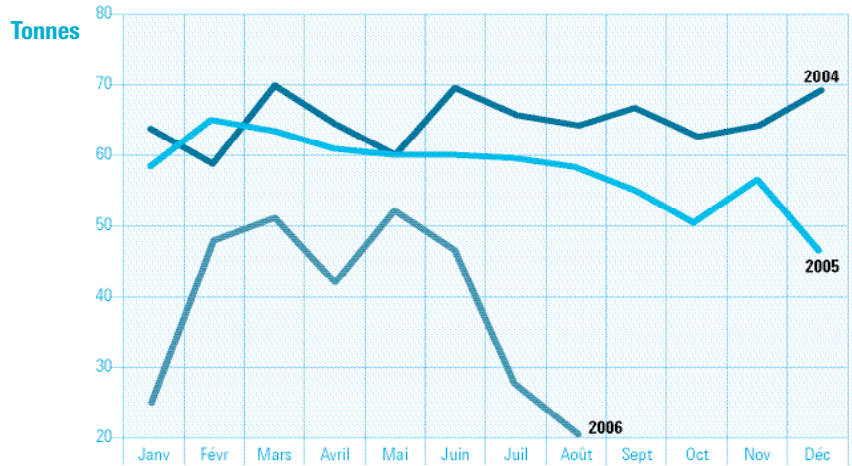


Laurent Bres, chef de projet.

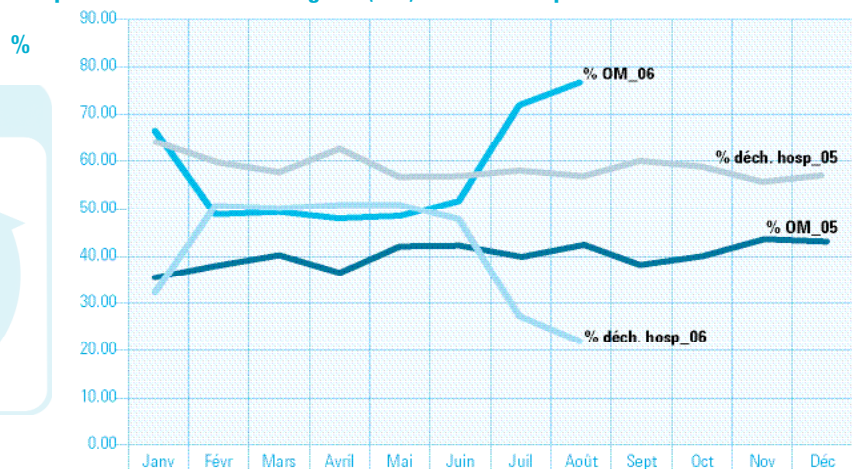
En août 2005, CHUV-Magazine avait présenté les premières mesures prises pour améliorer la sécurité et le tri des déchets :

- Introduction de bidons jaunes pour tous les déchets présentant un risque de contamination ou de blessure (voir l'encadré sur la classification des déchets).
- Remplacement des sacs rouges et blancs utilisés pour les autres déchets spéciaux médicaux par des sacs jaunes, eux aussi. Cette couleur a en effet été adoptée par l'Union européenne (et la Confédération) pour les distinguer des sacs gris utilisés pour le ramassage des déchets dits urbains ou ménagers.
- Diminution des manutentions des déchets spéciaux pour réduire les risques d'accidents.
- Création de filières et campagnes de sensibilisation visant à améliorer le tri des déchets, entre déchets hospitaliers et déchets ménagers d'une part, et par filière de déchets ménagers d'autre part (verre, papier, carton, aluminium, etc.).

Suivi mensuel déchets hospitaliers 2004-2006



Comparaison % Ordures ménagères (OM) / déchets hospitaliers 2005-2006



Déchets du secteur de la santé

Groupe	Description des déchets	Déchets médicaux
A	Déchets médicaux ne posant pas de problème, dont la composition est similaire à celle des déchets urbains	
Déchets spéciaux médicaux (champ d'application de l'aide à l'exécution)		
B1	Déchets présentant un danger de contamination	
B1.1	Déchets anatomiques, organes et tissus présentant un danger de contamination («déchets pathologiques»), cadavre d'animaux de laboratoire compris	
B1.2	Déchets contenant du sang, des excréments et des sécrétions présentant un danger de contamination	
B2	Déchets présentant un danger de blessure («sharps»)	
B3	Médicaments périmés	
B4	Déchets cytostatiques	
C	Déchets infectieux	
D	Autre déchets spéciaux Déchets spéciaux pouvant également être produits ailleurs que dans des établissements sanitaires	



Quelques exemples de la centaine de «mini-déchetteries» installées.

Des résultats immédiats

Depuis, près d'une centaine de locaux de tri des déchets ont été installés dans les bâtiments du CHUV, du CUTR Sylvana et de Cery. Ces mini-déchetteries ont coûté entre 500 et 1'000 francs par local. Simples, facilement modifiables, elles sont adaptées aux besoins de chaque local et métier. Des pictogrammes et un dépliant en facilitent l'usage.

Avec l'arrivée des nouveaux sacs jaunes au cours de la deuxième semaine de juillet 2006, le tri des déchets en a été fortement amélioré. Le volume des déchets hospitaliers a brutalement chuté (voir graphiques).

En 2005, les déchets hospitaliers, dont l'élimination est beaucoup plus coûteuse, représentaient 40% du total des déchets produits. Ils n'en représentaient plus que 23% en août 2006.

La facture a suivi. Sur les huit premiers mois de l'année 2006, le coût d'élimina-

tion des déchets hospitaliers a diminué de 110'000 francs (il est passé de 220'000 à 109'000). La facture d'élimination des ordures ménagères, dont le volume a parallèlement augmenté, n'a cependant subi qu'une hausse d'environ 10'000 francs (elle est passée de 80'463 à 91'371). Au total, et en moins d'une année, le nouveau dispositif a donc permis d'économiser 100'000 francs.

Une efficacité reconnue

Ces efforts et ces résultats ne sont pas passés inaperçus. Au-delà du soutien de la direction des Hospices-CHUV, le groupe de travail «Gestion des déchets» a vu d'autres hôpitaux vaudois, ceux de Morges et de la Riviera, s'intéresser au dispositif mis en place. Et en septembre dernier, le Service cantonal des eaux, sols et assainissement a approuvé la nouvelle gestion des déchets des Hospices-CHUV en constatant qu'elle améliorerait «de manière notable» la protection des collaborateurs et de l'environnement.

Tenir le cap

L'essentiel du système est aujourd'hui en place. Des directives institutionnelles règlent le tri et la procédure d'évacuation des déchets pour les différents corps de métier. Un système d'information permet d'informer les services des pannes constatées dans le tri à la source. Cette information servira de vaccin de rappel sur les mesures à suivre.

Les principes de base

Plusieurs lois et ordonnances fédérales et cantonales régissent la gestion des déchets. La directive institutionnelle en rappelle les principes généraux suivants:

- La production de déchets doit être limitée dans la mesure du possible.
- Les déchets doivent être valorisés dans la mesure du possible.
- Les déchets doivent être éliminés d'une manière respectueuse de l'environnement et, pour autant que ce soit pos-

..... Nouvelle gestion du tri et de l'évacuation des déchets

Un groupe de travail «Gestion des déchets»



Ont pu être réunis pour la photo:

Au 1er rang, de gauche à droite: Laurent Bres, Silvia Hanhart, Silvano Campani et Etienne Aubry

Au 2e rang, de gauche à droite: Alessandro Foletti, Laurent Gattlen, Jorge Pimentel, Marc-André Demière et Muriel Gasser.

sible et appropriée, sur le territoire national. Il importe de tenir compte de l'état de la technique pour éliminer les déchets médicaux.

- Alors que les déchets urbains sont éliminés par les cantons, les autres déchets doivent être éliminés par leur détenteur, ce dernier pouvant mandater un tiers pour cette tâche.
- Le détenteur des déchets assume le coût de leur élimination, que ce soit directement ou par l'intermédiaire d'émoluments ou de taxes, perçus notamment en fonction du type et de la quantité de déchets émis.
- Le détenteur de déchets spéciaux a l'obligation de les traiter à ses frais, que ce soit par ses propres moyens conformément aux prescriptions ou en les acheminant dans un centre de ramassage ou de traitement. Il doit s'assurer que ces déchets sont transportés et traités par des entreprises autorisées.
- Les employeurs et les employés sont par ailleurs tenus d'entreprendre tout

Le projet d'amélioration du tri et de l'évacuation des déchets a été réalisé grâce à la motivation et à l'investissement d'un groupe de travail ad hoc, avec les ressources humaines disponibles, sans qu'aucun poste ne lui soit spécifiquement dédié.

Le groupe de travail «Gestion des déchets» réunit:

- Laurent Bres, chef de projet, gouvernant au Service de maison,
- Etienne Aubry, ICUS à la stérilisation centrale,
- Jean-Paul Chappatte, chef des transports au Service transports, communication et approvisionnements,
- Alessandro Foletti, responsable sécurité biologique au Service de sécurité,
- Muriel Gasser, infirmière à la médecine du personnel
- Laurent Gattlen, responsable matériel et développement au Service de médecine intensive adulte,
- Jorge Pimentel, responsable matériel au Service de chirurgie cardiovasculaire,
- Marc-André Demière, responsable déchetterie,
- Pia Raselli, ICS au Service de médecine préventive hospitalière.

Le comité de pilotage est composé de:

- Silvano Campani, chef du Service transports, communication et approvisionnements,
- Patrick Genoud, directeur adjoint des soins,
- Silvia Hanhart, cheffe du Service de maison.

ce qui peut être fait raisonnablement dans leur entreprise pour éviter tout accident du travail ou maladie professionnelle.

Le non respect de ces principes et des procédures ou instructions d'application émises par l'institution peut donner lieu à des sanctions administratives, civiles et même pénales.

Déchet médical



.....Les adolescents et la consommation de drogues

Un outil d'évaluation standardisé est disponible en français

Il n'existait pas, dans les pays francophones, d'instrument standardisé et validé permettant d'évaluer la consommation de drogues des adolescents et de faire la comparaison entre les différentes études.

L'Unité de recherche du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) a mis au point une version française d'un outil largement testé et utilisé aux Etats-Unis: l'ADAD, pour Adolescent Drug Abuse Diagnosis. Cette version française est désormais disponible en DVD.



Le professeur Olivier Halfon, chef du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'ADAD a été créé en 1989, par Friedmann et Utada, à partir d'un instrument destiné aux adultes: l'ASI, pour Addiction Severity Index. C'est un questionnaire qui permet d'avoir un entretien structuré avec les adolescents consommateurs de drogues et un regard multidimensionnel sur leurs problèmes. Il est utilisé lors d'un entretien individuel d'en-

viron trois quarts d'heure. Il aborde au total 150 items qui touchent neuf domaines différents.

Un score peut être calculé pour chaque domaine à partir d'une partie des items abordés. Ce score constitue une mesure standardisée du degré de gravité de la situation.

1. Domaine médical	Soucis de santé Présence de symptômes récurrents ou d'une maladie déclarée
2. Domaine scolaire	Statut scolaire Déroulement de la vie scolaire (résultats, absences)
3. Domaine professionnel	Travail rémunéré (type, rémunération, horaires)
4. Domaine social	Satisfaction par rapport à la vie sociale Relations avec les pairs et vie intime
5. Domaine familial	Problèmes somatiques, psychiques, d'alcool ou de drogue d'un membre de la famille Conflits familiaux et relations avec les parents
6. Domaine psychologique	Episodes de traitements psychologiques Vécu émotionnel symptomatique et troubles psychiques déclarés
7. Domaine légal	Problèmes avec la justice Délits
8/9. Consommation alcool et drogues	Consommation: fréquence, quantité, âge du début de la consommation, coût Substance qui pose le plus de problème

Regard du sujet

A la fin du regard porté sur chacun de ces domaines, l'adolescent est appelé à donner sa propre appréciation sur sa situation en répondant sur une échelle de quatre degrés (pas du tout - un peu - passablement - beaucoup) aux deux questions suivantes:

1. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) ou préoccupé(e) par des problèmes dans le domaine concerné?
2. Dans quelle mesure estimez-vous avoir besoin d'une aide pour des problèmes dans le domaine concerné?

Regard de l'évaluateur

De son côté, l'évaluateur doit répondre, sur une échelle de 0 à 9, à la question suivante: «Dans quelle mesure jugez-vous nécessaire que le sujet bénéficie d'une aide extérieure pour ses problèmes dans le domaine concerné?» Le degré - de 0 à 9 - augmente en fonction de l'importance, de la durée et/ou de l'intensité des problèmes constatés.

Echelle de confiance

L'évaluateur est également appelé à se prononcer sur la véracité des réponses du sujet et sur sa capacité à comprendre la nature et les objectifs de l'entretien. Si la conduite du sujet suggère clairement qu'il ne répond pas de manière sincère ou s'il y a des contradictions dans les réponses, l'évaluateur doit le signaler en répondant à la question suivante: «Jugez-vous les réponses ci-dessus faussées par:

- a) une déformation des faits par le sujet,
- b) un manque de compréhension de la part du sujet?»

..... Les adolescents et la consommation de drogues

Les avantages de l'ADAD

L'ADAD est un instrument utile à la fois dans le domaine clinique et pour la recherche.

Dans le domaine clinique, l'ADAD:

1. offre la possibilité d'évaluer certains aspects de la conduite du sujet, par exemple sa capacité de concentration, la logique de ses réponses, la qualité de la communication. Il permet d'évaluer également la capacité du sujet à établir un lien avec un professionnel;
2. fournit un aperçu global de la vie du sujet et une information très détaillée sur sa consommation de substances. Pour chaque substance, il aborde la fréquence de la consommation actuelle, la fréquence maximale, l'âge du début de la consommation et le mode d'administration;
3. évalue le besoin d'un traitement pour chacun des neuf domaines abordés et l'éventuelle nécessité d'une aide professionnelle.

Dans le domaine de la recherche, le pré-codage des 150 items du questionnaire permet de faire des analyses à la fois qualitatives et quantitatives. Les différents scores enregistrés donnent la possibilité d'inscrire dans la durée une appréciation de la problématique.

L'apport du SUPEA

L'ADAD a été largement étudié aux Etats-Unis où il est d'emploi courant. Une version française a été mise au point par l'Unité de recherche du SUPEA (Monique Bolognini, Jacques Laget, Bernard Plancherel, Léonie Chinet, Valérie Rossier, Olivier Halfon, «Abus de substances à l'adolescence: présentation d'une version française de l'ADAD», Ann. Méd.-Psychol., 2000, 158, n° 8).

Cette version française traduit au plus près la version originale afin que les données récoltées par les deux versions soient comparables. Toutes les questions figurant dans l'original ont été reprises dans la version française.

La traduction a été effectuée en trois temps. Elle a été réalisée par un membre

de l'Unité de recherche du SUPEA, avant d'être retravaillée individuellement, puis en groupe, par les six chercheurs de l'équipe. Les items qui posaient un problème ont ensuite fait l'objet d'une traduction de contrôle, du français à l'anglais, avec l'aide de deux personnes de langue maternelle anglaise.

Les seules modifications apportées l'ont été pour tenir compte des différences de contexte socio-culturel aux Etats-Unis et en Europe. Elles concernent notamment les domaines scolaire, légal et du travail. Par exemple, le concept d'école obligatoire a été introduit dans l'évaluation du statut scolaire et certaines questions du domaine légal ont dû être ajustées en fonction des systèmes juridiques européens. Tous les changements ont été soumis à l'auteur de l'instrument, qui les a approuvés.

Dans un premier temps, Alfred Friedmann a transmis au SUPEA une bande vidéo d'un entretien réalisé avec un jeune toxicomane. La bande a été visionnée séparément par chacun des membres de l'équipe de recherche, ce qui leur a permis de se familiariser avec l'instrument et la cotation. Les scores de gravité ont été communiqués à l'auteur du questionnaire qui a confirmé l'adéquation de l'évaluation du même entretien par les chercheurs suisses.

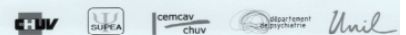
Dans un deuxième temps, six entretiens ont été réalisés et enregistrés sur cassette audio. Les membres de l'équipe de recherche du SUPEA ont auditionné séparément ces six entretiens et codé les réponses pour l'ensemble des 150 items. Ce contrôle a permis de vérifier la cohérence des scores obtenus.

La version française de l'ADAD ainsi mise au point a enfin été testée sur une population de 72 adolescents francophones vivant dans les cantons de Vaud et de Genève: 43 garçons et 29 filles, de 13 à 19 ans. Les résultats comparés aux études réalisées par les auteurs de l'instrument confirment qu'il fournit des données très diversifiées sur le vécu de l'adolescent, en particulier sur les aspects liés à sa consommation de drogues.

Tout sur un DVD**Adolescent Drug Abuse Diagnosis ADAD ?**

Entretien d'évaluation multidimensionnelle de la consommation de substances chez les adolescents

SUPEA
Monique Bolognini
Léonie Chinet
Olivier Halfon



L'utilisation de l'ADAD nécessite de se familiariser avec l'instrument. C'est dans ce but que la version française de l'ADAD est désormais disponible en DVD.

Ce DVD réalisé par le CEMCAV reproduit l'enregistrement vidéo d'un entretien adapté d'un cas réel. Le rôle de l'évaluateur est tenu par Léonie Chinet, membre de l'équipe de recherche du SUPEA. Le rôle de l'adolescent est joué par une actrice. Cet entretien permet à de futurs évaluateurs/cliniciens de se familiariser avec le protocole et son déroulement.

Le DVD contient aussi le questionnaire intégral ainsi qu'un manuel d'utilisation et plusieurs publications de l'équipe de recherche du SUPEA sur l'ADAD.

Présenté au Festival d'Amiens, ce DVD a intéressé l'audiovidéothèque de l'Hôpital Ste-Justine, à Montréal, qui se charge de diffuser au Canada les films du domaine de la santé et qui dispose d'une importante collection de documents audiovisuels. Le titre fera partie de son catalogue, et pourra être consulté sur place, emprunté ou acheté.

Vendu 150 francs pièce, ce DVD peut être commandé directement au SUPEA (Monique Bolognini, Unité de recherche, Bugnon 25A, 1005 Lausanne, e-mail: Monique.Bolognini@chuv.ch). Il sera également diffusé en France et en Belgique.

Le SUPEA organise aussi sur demande une formation pratique s'appuyant sur des jeux de rôle.

...Enquête auprès du personnel sur les Hospices-CHUV sans fumée...

94% approuvent la mesure prise en mai 2005

Depuis le 31 mai 2005, tous les bâtiments des Hospices-CHUV sont lieux de santé sans fumée. Un an après, une enquête anonyme a été réalisée auprès du personnel pour savoir comment cette mesure était appréciée et quels étaient ses effets.

Le score est sans appel. A la question de savoir s'ils sont d'accord avec la mesure :

- 81% répondent «oui tout à fait»
- et 13% répondent «plutôt oui».

Cette enquête a été pilotée par le groupe de travail «Hospices-CHUV-lieu de santé sans fumée» et concrétisée par Isabelle Jacot Sadowski, qui travaille à l'Unité de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, sous la responsabilité du Dr Jacques Cornuz. CHUV-Magazine en présente les principaux résultats.



Plus de 8000 questionnaires, 8010 exactement, ont été envoyés aux collaboratrices et collaborateurs des Hospices-CHUV avec la fiche de salaire en juin 2006. 2231 questionnaires ont été retournés, soit 28% d'entre eux, ce qui représente un taux de participation important dans le cadre d'une enquête qui n'a procédé à aucun rappel (voir encadré sur l'échantillon des répondants).

L'approbation de la mesure varie essentiellement selon deux facteurs.

1. Tout en restant massive, à 88%, l'approbation est moins forte en psychiatrie que dans le reste de l'institution. Cela s'explique peut-être par le fait que la mesure est moins facile à appliquer auprès des patients dont s'occupent les collaboratrices et les collaborateurs en psychiatrie.
2. Tout en restant largement majoritaire, à 74%, l'approbation est moins élevée parmi les fumeurs, ce qui est aisément compréhensible.

Trouvez-vous normal que l'établissement Hospices-CHUV soit sans fumée?

	Hospices-CHUV ¹	Psychiatrie seule	Non fumeurs	Ex-fumeurs	Fumeurs
Tout à fait	81%	70%	91%	80%	46%
Plutôt oui	13%	18%	7%	16%	28%

¹y compris psychiatrie

L'effet sur l'image des Hospices-CHUV

La décision de faire des Hospices-CHUV un lieu de santé sans fumée est également jugée positive pour l'image de l'institution.

Effet sur l'image des Hospices-CHUV

	Hospices-CHUV ¹	Non fumeurs	Ex-fumeurs	Fumeurs
Très positif	61%	68%	62%	33%
Plutôt positif	32%	29%	32%	46%

¹y compris psychiatrie

L'effet sur les fumeurs

Le profil des fumeurs qui ont répondu à l'enquête est le suivant :

Fumeurs réguliers	71%
Fumeurs occasionnels	23%
Fumeurs de pipe ou de cigares	6%
Nombre moyen de cigarettes par jour	12
Durée moyenne du tabagisme	19 ans

.. Enquête auprès du personnel sur les Hospices-CHUV sans fumée

Les effets de la mesure n'ont pas été négligeables:

- 12% des fumeurs qui ont répondu à l'enquête, soit 52 personnes, ont effectivement arrêté de fumer depuis le 31 mai 2005;
- 28% ont diminué leur consommation (la diminution est en moyenne de 7 cigarettes par jour)
- et 18% ont essayé d'arrêter de fumer mais ont fait une rechute (on sait qu'il est rare et difficile d'arrêter au premier essai).

48% des fumeurs au moment de l'enquête déclarent d'ailleurs souhaiter arrêter de fumer. Parmi eux:

- 57% sans avoir fixé de délai
- 9% souhaitent arrêter dans un délai de 6 mois
- 25% dans un délai inférieur à six mois
- 9% dans un délai d'un mois.

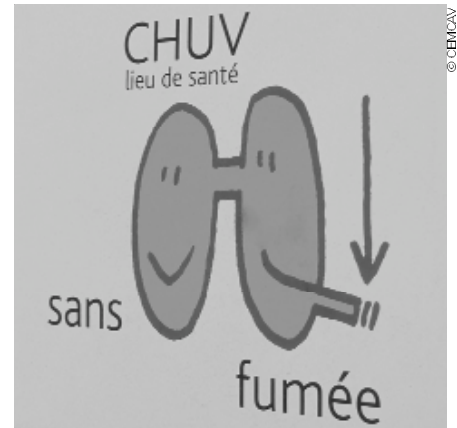
Les mesures de suivi

La mesure étant en place, reste à suivre son application et son accompagnement. Le groupe de travail «Hospices-CHUV-lieu de santé sans fumée» ayant atteint l'objectif, c'est désormais le Dr Jacques Cornuz, directeur adjoint de la PMU et responsable de l'Unité de tabacologie, et Jean-Luc Cavalier, directeur de l'Office de logistique hospitalière, qui sont chargés de traiter les questions relevant de l'application de la mesure dans l'ensemble des bâtiments des Hospices-CHUV.

Les mesures d'accompagnement auprès du personnel et des patients fumeurs restent en place. La consultation Stop-tabac, composée de spécialistes, médecins et infirmières, reste à disposition pour donner informations et conseils aux patients fumeurs. Pour le personnel, la gratuité de la première consultation auprès de la médecine du personnel pour les collabo-

ratrices et les collaborateurs qui souhaitent arrêter de fumer est maintenue de même que la vente de produits de substitution dans les pharmacies du CHUV et de la PMU.

L'une des dernières décisions du groupe de travail a été d'inscrire les Hospices-CHUV au concours organisé par l'Office fédéral de la santé publique destiné aux entreprises cherchant à améliorer d'année en année la protection contre le tabagisme passif dans leurs locaux. L'inscription au concours s'est faite dans la catégorie «Or» réservée aux entreprises sans fumée, c'est-à-dire où la cafétéria, les locaux de repos et les bureaux individuels sont également sans fumée.



L'échantillon des répondants est représentatif du personnel

Sans être une image parfaite de l'ensemble des collaboratrices et des collaborateurs des Hospices-CHUV, celles et ceux qui ont répondu à l'enquête constituent un échantillon représentatif du personnel. Comme le montre la comparaison des principales caractéristiques des deux populations. La seule variable où l'on note un écart vraiment sensible porte sur les lieux de travail.

Sexe	% parmi les répondants	% aux Hospices-CHUV
Femmes	72	67
Hommes	28	33
Age		
16-24 ans	3.1	3.5
25-34 ans	24.7	30.6
35-44 ans	29.0	29.0
45-54 ans	25.8	23.3
55 ans et+	17.4	13.6
Secteur professionnel		
Médical	18	16
Infirmier	31	37
Para-médical	14	17
Lieu de travail		
Cité hospitalière	75	94
Institutions psychiatriques	13.7	5
Autres	11.3	1

..Nouvelle Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique...

Pour une prise en charge optimale des jeunes patients

L'Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique (UPCOT) verra le jour le 1er janvier 2007. Placée sous la responsabilité du professeur Michel Dutoit, elle réunira les compétences complémentaires des chirurgiens pédiatres du CHUV et des chirurgiens orthopédistes de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande.

L'activité de la nouvelle unité sera transférée à l'Hôpital de l'Enfance, à Montétan. L'objectif est de constituer un pôle de référence pour toutes les pathologies de l'appareil locomoteur de l'enfant et de l'adolescent, aussi bien dans le domaine des soins qu'en matière de formation et de recherche. Explications.

Jusqu'ici, la traumatologie et l'orthopédie pédiatriques étaient réparties sur trois sites et dépendaient de deux institutions distinctes.

La traumatologie pédiatrique dépendait du Service de chirurgie pédiatrique (professeur Judith Hohlfeld), rattaché au Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV dirigé par le professeur Sergio Fanconi. Ces activités étaient réparties entre l'Hôpital de l'Enfance et le CHUV pour les cas lourds.

Les pathologies orthopédiques étaient prises en charge par l'Unité pédiatrique (professeur Michel Dutoit) de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dirigé par le Professeur Pierre-François Leyvraz.

Des inconvénients importants

Cette situation présentait des inconvénients importants:

- un surcoût de fonctionnement dû à certaines activités redondantes entre les deux institutions;
- une masse critique insuffisante, en nombre de patients et en nombre de lits, pour constituer chacun de son côté un centre de référence;
- une prise en charge de jeunes patients dans un environnement non pédiatrique, alors que tout doit être fait pour créer des filières infantiles, y compris au bloc opératoire;
- des difficultés de coordination de la formation et de la recherche.

La nouvelle unité fonctionnelle met fin à la dispersion des moyens et des compétences.

1. Rattachée au Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV (service de chirurgie pédiatrique), elle restera cependant fortement liée au service OTR et au futur Département de l'appareil locomoteur et dépendra d'une seule institution.
2. L'ensemble de ses activités se déroulera sur le site de Montétan, dans un cadre spécialement conçu pour l'accueil des enfants. Il n'y aura que deux exceptions: la prise en charge des cas les plus lourds continuera de se faire au CHUV pour bénéficier de son plateau technique, et l'unité de réadaptation pédiatrique, dont l'activité est essentiellement ambulatoire, sera maintenue au moins provisoirement à l'Hôpital orthopédique.
3. Avec les 29 lits d'hospitalisation (26 lits ordinaires et 3 lits de type soins continus) à l'HEL, l'unité pourra faire face aux fluctuations importantes d'activités au cours de l'année et mieux répondre aux besoins.
4. Cette masse critique et la réunion des excellentes compétences des équipes en place permettent de constituer un pôle de référence pour les pathologies de l'appareil locomoteur, dans le domaine des soins, de la formation des spécialistes et de la recherche clinique. Fonctionnant comme une entité spécifique autour de l'appareil locomoteur, l'unité va pouvoir développer des sous-spécialités. Elle formera les chirurgiens pédiatres, les chirurgiens orthopédistes, les pédiatres et les médecins généralistes dans ses domaines de compétence. Grâce au

Un projet né d'un large consensus

Une telle unité fonctionnelle n'est pas une innovation en Suisse. Elle existe à Genève et à Bâle. Mais c'est la première fois au CHUV qu'une unité pédiatrique s'organise autour d'un appareil d'organes, en l'occurrence l'appareil locomoteur. L'initiative en revient aux médecins cadres, Bruno Fagnière, Nicolas Lutz et Pierre-Yves Zambelli, dont la bonne entente a permis au projet de se développer avec l'appui des principaux responsables médicaux, infirmiers, administratifs et médico-techniques concernés, en particulier de la radiologie, de la physiothérapie et de l'ergothérapie. Sa réalisation a aussi été facilitée par les réflexions en cours sur la constitution d'un Département de l'appareil locomoteur réunissant dans un même ensemble les compétences des équipes du CHUV et de l'Hôpital orthopédique.

Le projet UPCOT a été développé avec les ressources en place. Les Drs Bruno Fagnière, Nicolas Lutz, Pierre-Yves Zambelli, et le professeur Michel Dutoit, ont été mandatés pour ce travail par leurs chefs de service et de département respectifs. Ils ont été soutenus au cours de cette démarche par les cadres infirmiers: Jocelyne Bouton, Laurence Bouche, Jose Iglesias, Rui Terra, les ICUS de l'Hôpital de l'Enfance, les directeurs administratifs: Jacques Bourquenoud, Christine Gnecci et Inka Moritz et le directeur de l'HEL, Roger Pauli.

Ils ont également reçu l'appui de Valérie Blanc, cheffe de projet au Département médico-chirurgical de pédiatrie, et d'Urs Benz, responsable de l'Unité d'organisation.

.. Nouvelle Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique



**Une partie de l'équipe UPCOT avec, de gauche à droite:
Le Dr Nicolas Lutz, le Professeur Michel Dutoit, Valérie Blanc et le Dr Pierre-Yves Zambelli.**

plus grand nombre de cas traités, les études cliniques pourront être davantage prospectives.

5. L'organisation rationnelle des activités conduit à une meilleure économie du système. Le regroupement des forces et la réorganisation intervenue en conséquence à l'Hôpital de l'Enfance permettent de réaliser le projet avec des effectifs stables. Malgré l'amélioration des capacités, il ne provoquera pas d'augmentation du personnel autour de la prise en charge des pathologies pédiatriques de l'appareil locomoteur.

Le pilotage médical

Sous la direction du professeur Michel Dutoit, médecin-chef à 60%, l'Unité de pédiatrie orthopédique et traumatologique sera pilotée par un conseil médical, composé des Drs Bruno Fragnière (à 40%), Nicolas Lutz (à 60%) et Pierre-Yves Zambelli (à 40%).

L'un de ces quatre médecins cadres sera présent chaque jour de la semaine. De même, la garde sera toujours assurée par un médecin cadre en fonction d'un tournus hebdomadaire. Cet encadre-

ment permettra d'assurer en permanence la supervision et la formation des chefs de clinique et des médecins assistants et la gestion quotidienne des activités ambulatoires et hospitalières de l'unité.

Au centre d'un réseau

L'unité travaillera en relation étroite avec la neuropédiatrie et la neuroréadaptation ainsi qu'avec les établissements spécialisés de Suisse romande qui prennent en charge les polyhandicapés.

Elle fonctionnera également en réseau avec les services d'orthopédie et de traumatologie des hôpitaux régionaux vaudois et certains centres et spécialistes extra-cantonaux. Dans ce domaine, l'objectif est de référer à l'UPCOT les cas d'opérations orthopédiques électives (l'orthopédie «froide» qui traite les malformations).

En offrant une prise en charge optimale des jeunes patients, en améliorant la qualité de la formation et de la recherche, la création de l'UPCOT assurera une visibilité accrue de la place lausannoise dans le domaine de l'appareil locomoteur de l'enfant et de l'adolescent.

..... Visite de directeurs d'hôpitaux chinois.....

Au programme: management de l'hôpital et maladies infectieuses

Le 27 octobre dernier, un groupe d'une douzaine de directeurs d'hôpitaux chinois a visité le CHUV. Avec deux centres d'intérêt: le rôle de l'hôpital et son management, en particulier sous l'angle économique, et la gestion des maladies infectieuses.



Hervé Guillain lors de son exposé sur le rôle et le management du CHUV.



Visite sur le terrain, à l'hôpital de Beaumont.



Le groupe des visiteurs chinois avec, en blouse blanche: le Dr Oscar Marchetti (4e depuis la gauche) et Cristina Bellini (tout à droite).

Un programme avait été mis au point en fonction de leurs demandes. Le rôle et les missions du CHUV dans sa région, son management économique et financier, a fait l'objet d'un exposé d'Hervé Guillain, de la direction des finances. Le Service des maladies infectieuses leur a été présenté par le professeur Thierry Calandra, et le contrôle des maladies nosocomiales, par Cristina Bellini et Dominique Blanc, collaborateurs du Service de médecine préventive hospitalière. Le program-

me s'est achevé par la visite du secteur hospitalisation du Service des maladies infectieuses, à l'Hôpital de Beaumont, sous la conduite du Dr Oscar Marchetti.

Le 18 mai, un autre groupe de directeurs d'hôpitaux chinois avait déjà demandé à visiter le CHUV. Le programme avait été, là aussi, adapté à leurs demandes. Après une présentation de l'organisation médicale du CHUV, par Jean-Blaise Wasserfall, directeur médical adjoint, et du mana-

gement de l'hôpital, par Hervé Guillain, ils s'étaient répartis en deux sous-groupes pour visiter le Bloc opératoire, le Service de médecine intensive adulte, le Service de chirurgie cardiovasculaire et le Laboratoire central d'hématologie.

Dans les deux cas, nos visiteurs chinois ont fait part de leur extrême satisfaction. C'est d'ailleurs la réussite de la première visite, au mois de mai, qui est à l'origine de celle d'octobre.

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

Le CHUV-Magazine vous souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année. Qu'elles vous apportent, ainsi qu'à vos proches, les moments de détente, de convivialité, de réconfort et de bonheur que vous en attendez après une année de travail.

Chaque numéro du CHUV-Magazine témoigne des compétences humaines et du savoir-faire technologique des Hospices-CHUV. C'est par votre intermédiaire que l'institution les met au service du patient. Vous représentez plus d'une centaine de métiers et près d'une centaine de nationalités. C'est grâce à votre engagement personnel dans cet ensemble multidisciplinaire et multiculturel que l'Hôpital universitaire peut fonctionner et remplir ses missions de soins, de formation et de recherche.

La Direction générale des Hospices-CHUV et le Décanat de la Faculté de biologie et de médecine s'associent pour en remercier très chaleureusement chacune et chacun d'entre vous.

Un petit clin d'œil de la CP

Nous voici bientôt arrivés au terme de notre mandat 2005-2007. A l'approche de cette fin d'année, nous vous souhaitons de belles fêtes et voulons passer un moment avec vous.

C'est avec beaucoup d'enthousiasme et pas mal d'énergie que nous avons essayé, durant les mois écoulés, d'apporter des solutions aux problèmes multiples qui nous étaient posés :

Transferts imposés, accompagnement lors des entretiens d'appréciation, conflits divers sur le lieu de travail, procédures d'avertissement et de licenciement, changement de classe, renseignements et conseils pour différentes démarches ou compréhension des directives institutionnelles, information sur les droits et devoirs,...

Au cours de séances régulières avec la Direction, les syndicats mais aussi avec notre chef du Département, nous avons évoqué les difficultés du personnel du CHUV et transmis ses souhaits.

Nous traversons une période de bouleversements politiques et économiques importants et nous sommes conscients qu'il nous faudra continuer à nous battre pour que l'hôpital, ce lieu de vie si particulier, reste à l'écoute et au service des patients

et que le personnel puisse y accomplir la tâche qui lui est confiée, dans un climat de respect et de sérénité.

Afin de nous donner de meilleurs moyens d'atteindre nos objectifs, nous avons mis en place de nouveaux modes de fonctionnement et depuis peu nous travaillons à la mise à jour de nos statuts.

Nous vous invitons, d'ores et déjà, à participer à l'assemblée du personnel qui aura lieu le 12 janvier à l'auditoire César-Roux, de 12h30 à 14h. Vous aurez très prochainement d'autres informations par voie d'affiche.

Nous profitons de cet article pour vous inviter à nous rejoindre.

Les élections auront lieu du 19 au 23 mars 2007. Toute personne travaillant au CHUV depuis plus de trois mois à un taux égal ou supérieur à 50% peut se présenter à l'élection.

Le délai d'inscription de candidatures est fixé au 15 février 2007. Si vous êtes intéressés, contactez-nous!

BONNES FETES !

La Commission du personnel du CHUV