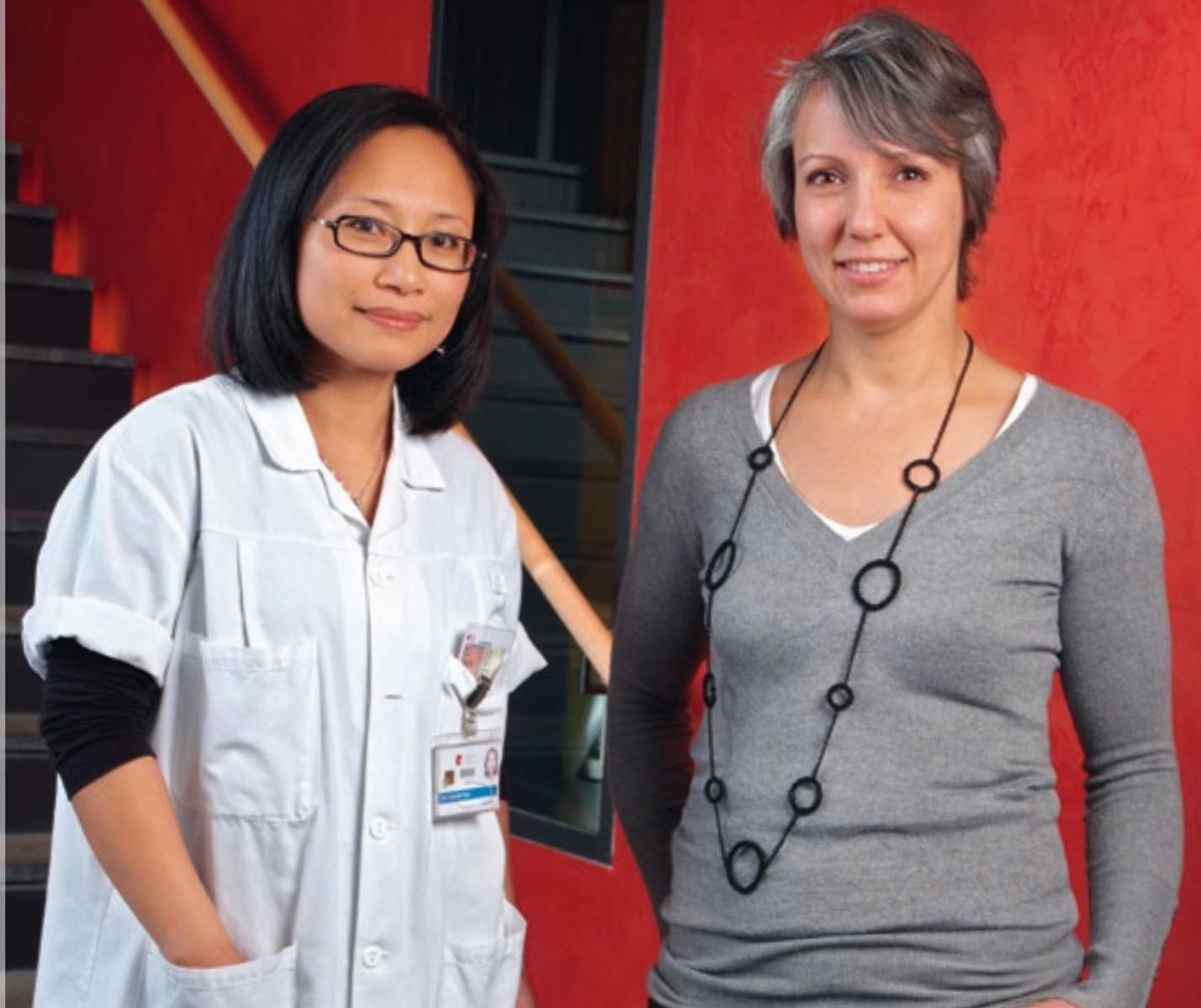


«LE SAVOIR AU SERVICE DU PATIENT»

CHUV | MAGAZINE



Soignant-patient: un duo contre la douleur

INTERVIEW Michel Serres, philosophe et épistémologue

FUTUR L'inauguration du centre d'IRM cardiaque

PORTFOLIO Un nouveau souffle sur les cimes

PORTRAIT Sylvie Lequin, aiguilleuse du ciel opératoire

ÉDITORIAL

Soigner l'accueil

Dans une institution comme la nôtre, le soin porté à l'accueil est particulièrement important. Les personnes que nous recevons sont le plus souvent en proie à une certaine détresse, confrontées à la maladie, à la tristesse voire à la mort.

Ainsi, soigner signifie-t-il maîtriser le geste thérapeutique, bien sûr. Mais la définition ne se limite certainement pas à cela. Loin de là. Car soigner, c'est aussi accueillir avec empathie: une poignée de main, un regard ou mieux, un sourire. Manifester une attention qui amène l'autre à se sentir en confiance.

A contrario, si la première prise de contact est désagréable voire – pire – indifférente, le patient, ses proches ou tout autre visiteur en garderont la trace. Le traitement lui-même est dès lors susceptible d'être vécu sous l'influence de cette pénible entrée en matière.

En ce sens, les mesures contenues dans le programme que nous lançons pour améliorer la qualité de l'accueil constituent autant de signes de l'importance que nous lui donnons au sein de notre institution. Ainsi que vous le découvrirez (*en page 25*), les méthodes de sensibilisation au savoir-être peuvent emprunter des voies originales comme le théâtre. Mais il en existe beaucoup d'autres qui vont être progressivement développées au CHUV.

Accueillir, porter son attention vers l'autre, c'est aussi être à l'écoute de sa douleur. Comme l'explique le dossier de cette édition (*pages 7 à 14*), un vaste dispositif qui sera mis en place durant l'été vise à agir, en partenariat avec le patient, pour mieux l'aider à combattre sa souffrance.

Dans un cas comme dans l'autre, qu'il s'agisse de l'accueil ou de la lutte contre la douleur, nous avons à cœur de faire en sorte que le patient puisse se sentir, en tout temps, le centre de nos attentions.

SOMMAIRE



Photo: Gilles Weber

03 | En bref

04 | Interview Michel Serres

A 79 ans, le philosophe et épistémologue français s'exprime avec brio sur la question de l'ultra-spécialisation des sciences.

07 | Dossier: mieux maîtriser la douleur

1. Le duo soignant-patient 2. Les différents types de douleur 3. Combattre la souffrance: une longue histoire 4. Les différentes techniques pour apaiser la douleur

16 | Portfolio Un nouveau souffle sur les cimes

18 | Portrait Sylvie Lequin

Sylvie Lequin dirige le bloc opératoire du Bâtiment hospitalier. Son défi quotidien: protéger les patients des risques qu'ils encourent lors d'une intervention.

22 | La vie du CHUV Plusieurs sites, un seul hôpital

31 | Culture CHUV Le calendrier des expositions

32 | Guérison «Je souffrais de démangeaisons de la tête aux pieds.»

IMPRESSUM Printemps 2009

Le CHUV Magazine paraît quatre fois par an. Il est destiné aux collaborateurs ainsi qu'aux patients et visiteurs du CHUV intéressés par le cours de la vie de notre institution. Le CHUV Magazine est imprimé sur du papier Cyclus Print, 100 % recyclé. Son sommaire est conçu grâce aux suggestions des correspondants du Service de communication, qui se trouvent dans les départements, services et hôpitaux affiliés du CHUV.

Editeurs responsables

Pierre-François Leyvraz, directeur général, Béatrice Schaad, responsable de la communication

Rédaction

Largeur.com (Bertrand Beauté, Ludovic Chappex, Melinda Marchese, Geneviève Ruiz, Daniel Saraga, Hervé Stalder), Pierre-François Leyvraz (DG), Véronique Jost-Gara (FBM), Béatrice Schaad (DG), Fabien Dunand (DG), Caroline de Watteville (DG), Vincent Barras (IUHMSP), Nicolas Jayet (DSO), Jeanne von Segesser (collaboratrice extérieure).

Coordination et graphisme

Largeur.com

Maquette

Largeur.com et No-Do

Images

CEMCAV

Impression

SRO-Kündig

Tirage

10'000 exemplaires

Couverture

Photographe: Patrick Dutoit
Modèles: Sokunthea Sao Tuy, infirmière au Centre de médecine ambulatoire, Mical Mercier, ancienne patiente de la maternité.

Contact

CHUV

Béatrice Schaad

Rue du Bugnon 21

CH-1011 Lausanne

Vous souhaitez réagir à un sujet, faire une suggestion (jusqu'au 15 juin 2009), reproduire un article: merci de vous adresser à beatrice.schaad@chuv.ch

Vladimir Poutine donne son feu vert au projet Chamade

SUISSE-RUSSIE Depuis deux ans, le voilier suisse «Chamade» navigue à travers l'Europe pour promouvoir le don d'organe. Grâce à une autorisation exceptionnelle accordée par le premier ministre russe Vladimir Poutine, ce projet mené en collaboration avec le Centre de transplantation du CHUV permettra à des greffés du cœur, du foie, des poumons et des reins de rallier la mer Blanche à la mer Baltique. Partant du Cap Nord en Norvège, début juin, le voilier Chamade fera escale à Mourmansk et Arkhangelsk, dans la mer Blanche, avant de rejoindre Saint-Pétersbourg en empruntant le canal du Belomorsk, construit au début des années 1930 sous le régime de Staline, par les prisonniers du goulag de l'archipel Solovetski. A chacune de ces étapes, des rencontres seront organisées entre des greffés suisses et russes qui pourront témoigner de ce qu'ils ont vécu et échanger leurs expériences afin d'encourager le don d'organe. □

→ PLUS D'INFOS: WWW.CHAMADE.CH

Moins de temps d'attente au CHUV

VAUD Le renforcement des moyens alloués aux urgences de l'hôpital vaudois porte ses fruits. Constatant que les cas de chirurgie courants subissaient des délais d'attente en augmentation, le chef du Département de la santé et de l'action sociale Pierre-Yves Maillard ainsi que la direction du CHUV ont mis au point diverses mesures pour accélérer la prise en charge. Celles-ci ont pu être développées grâce à une subvention de 5 millions de francs acceptée par le Conseil d'Etat et le Grand Conseil. Résultat: le délai d'attente des patients a diminué de 30% en 2008, alors que le nombre de personnes traitées a augmenté de 8%. □

COLLABORATION



© IAN HOOTON/SCIENCE PHOTO LIBRARY

Grossesse et santé: l'UNIL-CHUV aux avant-postes

RECHERCHE On sait que les grossesses à un jeune âge confèrent aux mères une protection à vie contre le cancer du sein. Cette protection est en outre augmentée par des grossesses ultérieures.

Afin de comprendre les mécanismes à l'origine d'un tel phénomène, un Consortium international baptisé «Pregnancy & Health» sera dirigé depuis l'UNIL-CHUV. Les divers travaux de recherche qui seront menés bénéficieront de financements suisses, européens et américains. L'objectif final consiste à mieux connaître les déterminants biologiques du rôle protecteur de la grossesse afin de planifier des interventions chimio-préventives permettant de réduire l'occurrence et la mortalité du cancer du sein, voire d'autres pathologies. □

Hôpital psychiatrique de Prangins en travaux

VAUD Les travaux d'agrandissement et de rénovation de l'Hôpital psychiatrique de Prangins ont officiellement démarré en mars 2009. Cet événement s'inscrit dans un vaste dispositif de modernisation des infrastructures de psychiatrie sur l'ensemble du canton de Vaud. Au total, entre 2002 et 2016, quelque 142 millions de francs auront été investis dans les différents hôpitaux concernés (Prangins, Yverdon et Cery) afin d'améliorer les infrastructures de prise en charge des patients atteints de maladies psychiatriques. □

Les jeunes Suisses bougent peu

SUISSE Les jeunes Suisses âgés de 11 à 15 ans bougent peu. C'est le constat révélé par une étude internationale menée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans 39 pays européens, aux Etats-Unis et au Canada. Avec seuls 12,8% d'adolescents qui effectuent quotidiennement plus d'une heure d'activité physique, la Suisse se classe en dernière position. Leurs habitudes alimentaires ont aussi été analysées. Quelque 25,7% des jeunes Helvètes mangent chaque jour des fruits et des légumes. La Suisse se classe avec ce chiffre parmi les 15 meilleurs pays. □

«La spécialisation a sauvé de nombreuses vies»

C'est en marge d'une conférence, qu'il organise chaque année à Lausanne, que Michel Serres a accepté de nous recevoir. A 79 ans, le philosophe et épistémologue français s'exprime avec brio et joie, arborant un optimisme indéfectible. Doté de beaucoup d'humour, il invite sciences et société à se rapprocher.

Pour CHUV | Magazine, Michel Serres évoque la question de l'ultra-spécialisation des sciences. Une thématique dont le CHUV a fait l'une de ses priorités. L'Institution tient en effet à ce que le patient soit perçu dans sa globalité.

CHUV Vous organisez chaque année les «Rencontres sciences et société» à Lausanne. Pourquoi ce type de réunions vous semble-t-il important?

M.Serres Dans le monde d'aujourd'hui, du moins dans le monde occidental et surtout en Europe, il existe un vrai problème de relation entre les sciences et la société. Les intermédiaires qui étaient autrefois très nombreux sont aujourd'hui relativement absents. Je pense à des romanciers comme Jules Verne qui permettait aux jeunes de 12 ou 14 ans de se dire: «Il y a encore des aventures à vivre, je peux consacrer ma vie à des choses extraordinaires.» J'apprécie beaucoup chez Jules Verne ce côté fabricant d'enthousiasme.

Mais aujourd'hui, de tels personnages ont un peu disparu. Le résultat est la naissance d'une sorte d'incompréhension entre les sciences et la société. Cette incompréhension est devenue assez grave puisqu'elle comporte toute sorte de terreurs et de paniques souvent injustifiées. Dans ce contexte, les scientifiques ne peuvent prétendre s'extraire de la société. D'autant qu'une bonne part des problèmes sociétaux résultent de la science. J'essaie donc, autant qu'il est en mon pouvoir, de faire dialoguer des savants de premier ordre et la société, afin de réduire le fossé qui s'est creusé entre eux.

CHUV L'ultra-spécialisation des sciences a-t-elle participé à cet éloignement entre sciences et société?

La spécialisation est un peu la meilleure et la pire des choses. Aujourd'hui, les savants ne peuvent inventer en science qu'à condition d'être hyperspécialisé. Pourquoi? Parce que nous ne sommes plus dans le général, comme l'étaient nos ancêtres, mais dans le

détail. Et Dieu et le diable se cachent dans le détail. Sans la précision, les scientifiques disent des bêtises, des concepts sonores et creux. Il suffit de regarder les Prix Nobel d'il y a seulement une cinquantaine d'années: la plupart des Nobel actuels estiment que leurs travaux sont truffés d'erreurs... Pourquoi? Parce qu'ils restaient dans le général. Aujourd'hui, nous ne disons plus de bêtises sur l'évolution, sur la vie, etc., grâce au détail. Par conséquent, je dis vive l'ultra-spécialité! Cela dit, côté négatif, la spécialisation empêche souvent de disposer d'une vue globale. Elle fait du scientifique une sorte de myope. Il ne regarde plus que l'objet de ses recherches sans se préoccuper du reste, notamment de la société, ce qui l'empêche de disposer d'une vue d'ensemble. Cette vue est pourtant souhaitable et nécessaire. Elle permet aux savants d'inscrire leurs découvertes dans une connaissance globale du monde.

CHUV Mais comment concilier spécialisation et vue globale, si toutes deux sont nécessaires?

C'est très simple: on ne peut pas. Donc on essaye de le faire (*rites*)! Mais, rien de tout cela n'est très nouveau. Au XVII^e siècle et même chez les Grecs, les savants se demandaient déjà comment disposer d'une vue d'ensemble. La réponse à cette question est apportée de temps en temps par un grand philosophe qui s'appelle Platon, Aristote, Descartes, Leibniz ou Auguste Comte. De tels philosophes réussissent à proposer une vue d'ensemble, parce qu'ils ont réussi à avoir un point de vue personnel permettant une sorte de compréhension globale. Ce sont eux qui nous aident finalement. Voilà à quoi sert la philosophie!

CHUV C'est un peu l'esprit de votre ouvrage *L'Incandescent*, le grand récit...

Oui. Mon livre, en proposant un grand récit qui remonte des origines de l'Homme à aujourd'hui, tente de sauver à la fois l'infini détail et le dessin général que l'on peut tracer avec lui.



CHUV Dans le domaine particulier de la médecine comment se pose le problème de la spécialisation?

A l'hôpital, le problème de la spécialisation se pose dans la pratique quotidienne. Loin des concepts théoriques que nous avons énoncés auparavant, les médecins agissent dans le concret. Mais là encore, la spécialisation est la meilleure et la pire des choses. Il est assez clair que nous ne pouvons plus nous passer de très bons spécialistes. Ils ont apporté beaucoup à la médecine. Si l'on prend l'exemple de l'imagerie médicale, ces technologies très pointues ont apporté des connaissances très importantes sur les organes et leur guérison. En ce sens, la spécialisation a sauvé de nombreuses vies. Pour autant, le patient est avant tout un ensemble. Il ne se résume pas à un organe malade. Ne voir que l'organe, que la cellule ou que la molécule,

fait passer le médecin à côté de son malade. Une vue globale du corps humain, du patient dans son ensemble, est absolument nécessaire. Pour avoir cette idée relativement large, le médecin généraliste, ou médecin de famille, est bienvenu. Il a pour lui un avantage considérable: il suit l'évolution du patient depuis très longtemps. Or, le temps est justement ce qui permet de relier les détails entre eux.

Bref, le médecin généraliste fait la liaison temporelle et vitale, entre tous les événements de notre parcours médical. Il faut donc les deux: le médecin généraliste et le spécialiste.

CHUV Avec toutes les nouvelles technologies, notamment Wikipédia, le public n'a jamais été aussi bien informé.

Pourtant, vous évoquez une peur de la société vis-à-vis des sciences. N'y a-t-il pas là un paradoxe?

D'abord, je suis un enthousiaste de Wikipédia. Sa gratuité, sa liberté et son autogestion en font un outil merveilleux. Ensuite, pour répondre à votre question, il faut faire un peu d'histoire pour comprendre pourquoi il n'y a pas de paradoxe. Dans la génération qui m'a précédé, lorsque l'on parlait des sciences, il n'y avait ni terreur ni panique. Tout le monde avait confiance et pensait que la science apporterait le progrès de l'humanité. Puis il est arrivé quatre ou cinq catastrophes dures. Il y a eu d'abord Hiroshima, Nagasaki et la bombe thermonucléaire. Les gens se sont dit: «Tiens! La science a fait ça.»

«L'ultra-spécialisation est la meilleure et la pire des choses.»

Ensuite, il y a eu les accidents Seveso (ndlr: accidents industriels) et des incidents analogues, qui ont fait porter la responsabilité non plus sur la physique nucléaire, mais sur la chimie. Enfin, il y a eu les manipulations génétiques et tous les problèmes qui se posent avec les mères porteuses et le clonage, portant les peurs sur la biologie et la médecine.

Donc, à plusieurs moments entre 1945 et nos jours, les sciences ont posé des problèmes réels et même tragiques d'une certaine manière. Les craintes de la société, initialement portées sur la physique nucléaire, se sont propagées jusqu'à envahir toutes les sciences.

Il n'y a donc pas de paradoxe, mais une explication historique réelle. La peur est née de catastrophes qui ont durablement marqué les esprits. Aujourd'hui, par exemple, si j'étais militant écolo, je militerais pour le nucléaire. C'est la seule source d'énergie qui ne donne pas de CO₂, ni de gaz à effet de serre, tout en permettant d'approvisionner l'ensemble de la société en électricité. Mais le public est un peu contre averti au sujet du nucléaire, en raison de l'histoire. Cela demeure un sujet ultrasensible.

CHUV Ne pensez-vous pas que la complexification extrême des sciences a pu jouer un rôle dans ce processus, en rendant les technologies de plus en plus incompréhensibles et donc anxiogènes pour le commun des mortels?

Non. Les sciences n'ont jamais été simples à comprendre pour la société. Il s'agit là d'un jugement en futur antérieur. Aujourd'hui, tout le monde comprend très bien Newton. Mais ses contemporains n'avaient rien saisi! L'Académie des sciences de Paris, par exemple, a rejeté les thèses de Newton pendant deux siècles. Il ne

faut donc pas croire que cela a beaucoup changé sur ce point. La science, dans son avancée, a toujours été difficile d'accès. Lorsque Poincaré a démontré que le système solaire n'était pas stable, c'était difficile à avaler pour le public. Et Einstein encore plus! Aujourd'hui, tout le monde admet de façon assez simple la relativité au moins restreinte. Par conséquent, la difficulté a toujours été là.

CHUV Malgré les difficultés et catastrophes, vous semblez toujours conserver un certain optimisme vis-à-vis des sciences...

Il y a quelques années, ma maison d'édition a mis ce mot «optimiste» sur la quatrième de couverture de mes livres. Depuis tout le monde le répète... Mais je reste un peu interloqué à chaque fois que je l'entends! Plus sérieusement, je crois que l'optimisme vaut le coup. Je peux être pessimiste souvent parce que l'état des choses est vraiment inquiétant. Mais est-ce bien raisonnable lorsque vous avez des enfants et des petits-enfants? Pour eux, il faut bien être optimiste! Même si c'est un optimisme de combat.

Et puis à quoi sert le pessimisme? Je vais vous le dire: le pessimisme sert à vendre des livres! Les gens qui foutent la trouille, qui sèment la panique se vendent bien. Alors comme moi je n'essaie pas d'écouler des milliers d'exemplaires, les gens me traitent d'optimiste! □

Un auteur prolifique

Michel Serres naît à Agen (Lot-et-Garonne) le 1^{er} septembre 1930. Après des études à l'École navale, puis à l'École normale supérieure, il obtient l'agrégation de philosophie en 1955. De 1956 à 1958, il sert dans la Marine française, et participe à la réouverture du canal de Suez, avant de décrocher un doctorat de lettres en 1968. Il est nommé, en 1969, professeur d'histoire des sciences à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. «Lorsque j'ai commencé à enseigner l'histoire des sciences, c'était une discipline étrange que même les historiens ne connaissaient pas, raconte-t-il aujourd'hui. D'ailleurs, les historiens ne la connaissent toujours pas!» A partir de 1984, Michel Serres enseigne également à l'Université Stanford, avant d'être élu membre à l'Académie française le 29 mars 1990. Parallèlement à sa carrière académique, Michel Serres est l'auteur de très nombreux essais philosophiques et d'histoire des sciences, dont la série *Hermès* (5 tomes aux Editions de Minuit, de 1969 à 1980), *Les Cinq sens* (Ed. Grasset, 1985), *Le Tiers-Instruit* (Ed. François Bourin, 1991), *L'Incandescent* (Ed. Le Pommier, 2003) et son dernier ouvrage *La Guerre mondiale*, publié aux Editions Le Pommier en 2008.

Mical Mercier, ancienne patiente de la maternité et Sokunthea Sao Tuy, infirmière au Centre de médecine ambulatoire.

DOSSIER

Mieux maîtriser la douleur

1. **Le duo soignant-patient**
2. **Les différents types de douleur**
3. **Combattre la souffrance: une longue histoire**
4. **Les différentes techniques pour apaiser la douleur**

Mieux maîtriser la douleur: le duo patient-soignant

Problème récurrent au sein d'un hôpital, la souffrance exprimée par le malade doit être entendue et comprise par le soignant. Ensemble, ils peuvent trouver le moyen de la combattre.

Il est un combat qui se joue quotidiennement aux quatre coins de l'hôpital. D'un côté la douleur, qui agresse sa victime, l'obnubile et la coupe du monde extérieur. De l'autre, les professionnels, la science et tout l'arsenal de médicaments et techniques visant à soulager la souffrance. Et quel que soit l'équilibre des forces dans ce bras de fer, son issue dépend le plus souvent de ce qui se trouve entre les deux camps: la relation entre soignant et soigné.

Lorsqu'ils ont été interrogés, les patients du CHUV ont indiqué que, malgré l'excellente qualité des prestations par ailleurs, la douleur demeurerait un vrai problème pour une personne sur cinq. Cet important message d'insatisfaction a été entendu et se traduira dès cet été par la mise en place de mesures coordonnées au niveau de l'ensemble de l'institution. Il s'agit en effet d'améliorer continuellement la qualité des prestations à la population et de résorber les «poches d'insatisfaction» enregistrées dans certains secteurs. Et au-delà, c'est à une redistribution des rôles entre patients et professionnels que l'on procède, sous la forme d'un véritable partenariat.

La personne soignée prend place au cœur du nouveau dispositif. Plus que jamais, chacun souhaite être acteur de sa vie, dans la santé comme dans la maladie. Que faire si j'ai mal? A quels moyens peut-on recourir? Quelle est la cause? Tant de questions si fréquentes auxquelles il convient

de fournir les bonnes réponses. Tel est l'objectif d'une brochure qui sera systématiquement remise aux patients et intitulée *Vous avez-mal? Agissons ensemble!* Informer, mais surtout associer la personne qui souffre à l'évaluation et au traitement de sa douleur car elle seule en connaît la forme ou l'intensité, des paramètres indispensables pour l'élaboration d'une réponse adéquate.

Au service du patient, des professionnels encore mieux sensibilisés et dotés de nouveaux outils. L'évolution des formations en témoigne. A titre d'exemple, les étudiants en médecine effectuent depuis cette année un stage dans les unités de soins palliatifs dont l'objectif est d'apprendre à évaluer la plainte douloureuse, à intégrer la subjectivité dans leurs décisions. Il s'agit d'une première en Suisse. Et l'apprentissage se poursuit tout au long de la vie de l'ensemble des professionnels, avec pour chaque collaborateur des modules de formation continue, qui tendent à rassembler progressivement tous les intervenants de la douleur: médecins, pharmacologues, infirmiers, physiothérapeutes et ergothérapeutes notamment. Un site intranet consolidera cette convergence: des soins intensifs à la pédiatrie, de la chirurgie aux soins palliatifs, l'expertise de chacun profitera à tous grâce à une grande mise en commun des outils et savoirs.

La douleur ne disparaîtra toutefois pas du paysage hospitalier et les

traitements seront encore souvent de fragiles équilibres entre les symptômes, les effets indésirables et les limites humaines, matérielles ou scientifiques. En s'associant pour la combattre, patients et professionnels de toutes disciplines et spécialités confondues se donnent aujourd'hui les moyens de faire mieux, ensemble. □

→ PLUS D'INFOS:
YOLANDE.BANGALA@CHUV.CH



Evaluation de la douleur chez l'enfant

L'évaluation de la douleur est indispensable pour la prescription et l'ajustement du traitement. Une règle graduée permet au patient d'en indiquer l'intensité en déplaçant un curseur sur une échelle allant de l'absence de douleur à la douleur extrême. Plusieurs déclinaisons de cet outil existent, adaptées notamment aux enfants ou aux personnes de langue étrangère.

Les visages de la douleur

Aiguë, chronique ou psychique: chaque douleur doit être reconnue et prise en charge.

A la base, la douleur aiguë devrait être notre amie: son rôle est de nous avertir d'un danger. «La douleur aiguë est relativement brève et survient par exemple suite à un choc, une brûlure, une infection ou une opération, précise Yolande Bangala, cheffe de projet dans le groupe de travail «Evaluation et gestion de la douleur». Mais sa persistance, elle, n'est pas du tout indispensable au diagnostic, contrairement à une opinion encore bien répandue. Certains patients pourraient penser que souffrir aidera le médecin... C'est faux, et nous nous battons contre ce préjugé.» Dans ce cas, l'objectif des soignants est alors de traiter la cause, de se débarrasser de la souffrance et surtout d'éviter qu'elle ne devienne chronique.

A l'hôpital, de nombreux gestes thérapeutiques ou de la vie de tous les jours peuvent être source de souffrance, comme la pose d'un cathéter de perfusion ou d'une sonde, ou même lever le patient pour faire sa toilette. Pour les soignants, il s'agit de prévenir ces douleurs dues aux gestes, déjà à un niveau réflexif et organisationnel, et à l'aide, par exemple, de prémédication ou d'anesthésique local au besoin.

Dans le cas d'interventions chirurgicales douloureuses, l'Unité d'antalgie du CHUV met à disposition des pompes PCA (pour Patient-Controlled Analgesia), expliquent Isabelle Decosterd et Antonio Foletti, médecins associés à l'Unité d'antalgie du service d'anesthésiologie. Ces instruments permettent aux patients de contrôler eux-mêmes l'administration de morphine ou de fentanyl par

intraveineuse ou celle d'un anesthésique local via un cathéter péridural. «Il est très important de former les professionnels de la santé pour mettre en place des systèmes de surveillance adéquats», souligne Isabelle Decosterd.

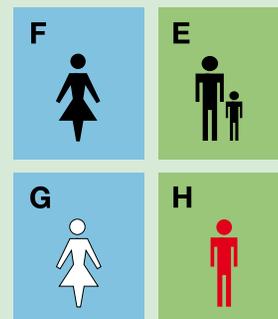
Maux de dos et de tête récurrents, lésions de nerfs ou souffrances liées au cancer: la douleur chronique est plus difficile à traiter. Elle est souvent associée à des atteintes de la santé. «De par sa persistance dans le temps, la douleur chronique est susceptible d'affecter considérablement le comportement et le bien-être du patient, explique Yolande Bangala. Elle devient une souffrance déprimante et peut avoir un gros impact sur sa qualité de vie.» Les patients ont souvent peur de ne pas être crus, et il est capital de prendre en compte les répercussions de cette condition sur le travail et la famille ainsi que sur le sommeil et l'alimentation.

Dans les soins palliatifs, qui accompagnent les patients en fin de vie, la douleur est très fréquemment présente et prend une place particulière. «Ici, encore plus à cause de la proximité avec la mort, il faut considérer la personne en son entier. La douleur est une problématique souvent complexe qui relève non seulement de la dimension bio-psycho-sociale du patient, mais aussi de ses valeurs, ses croyances, donc d'une possible détresse spirituelle.»

Pour tous ces cas, des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques existent et sont dispensés au CHUV. Utilisées conjointement avec la médecine conventionnelle, des approches complémentaires comme par exemple la phytothérapie ou l'homéopathie peuvent parfois jouer leur rôle – c'est le médecin en charge qui doit décider, en respectant le mieux possible les désirs du patient. □

Ne plus souffrir inutilement – même aux urgences

«C'est une évidence, mais c'est le plus souvent la douleur qui amène les gens aux urgences, raconte Lionel Trueb, médecin associé du Service des urgences du CHUV. Il est inutile de les laisser souffrir.» C'est pourquoi un module «douleur» a récemment été intégré dans GyroFlux, un programme qui aide les soignants à gérer le flux des patients. «En un coup d'œil, nous voyons à l'écran quels patients souffrent et pouvons leur administrer un anti-douleur.» L'icône s'affiche en blanc lorsque une douleur n'a pas été évaluée depuis l'arrivée du patient aux urgences. Le noir et le rouge témoignent de l'intensité de la souffrance. Des alarmes s'affichent lorsque la douleur d'un patient doit à nouveau être considérée. Opérationnel depuis 2007, le programme sensibilise l'équipe aux questions de la douleur et instaure une systématique dans son évaluation et son traitement. Le but est atteint: éviter de laisser souffrir un patient inutilement.



Combattre la douleur: une longue histoire

Depuis les premiers écrits médicaux, la souffrance et surtout les moyens de la traiter préoccupent les soignants. Retour-arrière.

Soulager la souffrance est une préoccupation constante dans l'histoire de la médecine. Peut-être même s'agit-il de la motivation première de l'art de guérir, qui a très tôt affronté une difficulté fondamentale: comment faire la part du subjectif et de l'objectif dans une expérience que tous les humains partagent? En témoigne le vocabulaire, qui distingue entre «souffrance» (du latin *suffero*, j'endure, je subis), renvoyant à une dimension subjective, et «douleur» (du latin *doleo*, j'ai mal), évoquant un élément physiologique objectif. Il est vrai qu'aujourd'hui encore persiste dans l'usage courant une absence de délimitation nette entre l'un et l'autre terme, et, partant, entre l'une et l'autre dimension.

La souffrance dans l'Antiquité

Les textes médicaux anciens fourmillent de termes qualifiant la douleur: tensive, pulsative, térébrante, lancinante, corrosive, exquise... Ce vocabulaire luxuriant atteste la finesse d'une clinique attentive à lire sur le visage du malade l'expression de la douleur, et soucieuse de distinguer les maladies selon la qualité de la souffrance éprouvée, afin de poser un diagnostic ou un pronostic. A cette profusion lexicale répond une abondante pharmacopée: les préparations à base de jusquiame, de mandragore, ou d'opium sont utilisées depuis l'Antiquité pour adoucir les souffrances, sans toutefois que l'on se préoccupe véritablement d'éliminer la douleur. Car longtemps, jusqu'au xx^e siècle, la médecine conçoit cette dernière comme une compagne hélas fatale de la

maladie, mais dont la valeur sémiologique est capitale.

L'essor scientifique que connaît le xix^e siècle permettra, pour ce qui concerne la douleur, d'en poser les bases d'une compréhension proprement physiologique. Les recherches ont porté tout d'abord sur le type de récepteurs cutanés et de voies nerveuses conduisant la sensation douloureuse, puis sur les différents relais entre la périphérie du corps et le cortex cérébral, sur l'existence de centres spécialisés de la sensation douloureuse dans le cerveau, et finalement sur les mécanismes à l'échelle ultramicroscopique, voire moléculaire.

Des controverses scientifiques féroces

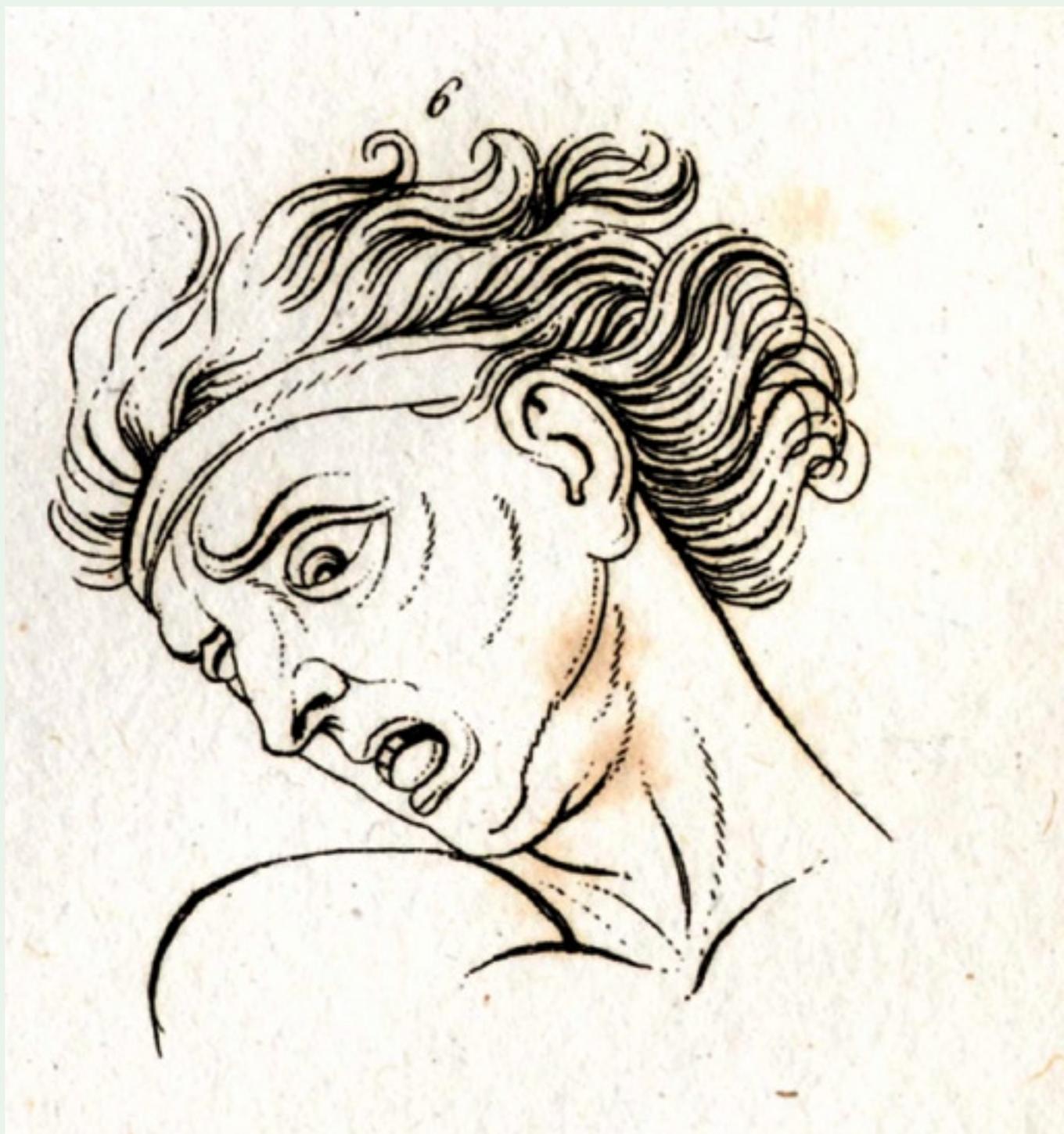
L'ensemble des connaissances neurophysiologiques que nous possédons aujourd'hui et qui semblent aller de soi ont été acquises au prix de controverses scientifiques souvent féroces. Elles ont nécessité de nombreuses expérimentations animales utilisant notamment la stimulation électrique, la toxico-pharmacologie, l'étude anatomopathologique; elles ont requis une très grande attention envers la clinique humaine, dont témoignent les milliers de cas décrits dans les revues médicales spécialisées au cours de ces deux derniers siècles; elles résultent enfin d'interrogations récurrentes, dont toutes ne sont pas résolues, sur la part de la dimension subjective dans l'expérience de la douleur, ou sur des phénomènes qui n'ont pas encore livré tous leurs mystères, comme les «douleurs fantômes» ressenties par exemple dans un membre amputé.

La découverte du gaz hilarant

Mais la pratique contemporaine en matière de douleur n'est pas le seul résultat de la meilleure compréhension scientifique des mécanismes de la douleur. Elle résulte aussi d'un changement culturel majeur, dans lequel les médecins, les soignants et les scientifiques ont été certes des protagonistes importants, mais pas exclusifs.

En témoigne l'histoire complexe de l'anesthésie. Les effets de l'opium et d'autres narcotiques étaient connus depuis bien longtemps, mais leur application médicale raisonnée mettra du temps à s'imposer. Les premiers gaz à effet anesthésiant apparaissent au début du xix^e siècle: le chimiste anglais Humphry Davy, inhalant du protoxyde d'azote vers 1800, éprouve des frissons de plaisir, se met à rire sans raison, puis s'endort. C'est la découverte du fameux gaz hilarant, qui servira tout d'abord comme divertissement et attraction de foire, puis de l'éther, du chloroforme et des anesthésiques locaux. Il faudra de longues décennies avant que les chirurgiens n'en saisissent tout le bienfait possible, et que le public en réclame l'application systématique.

Au milieu du xx^e siècle, on continue de soutenir que, vu leur développement nerveux encore incomplet, les enfants n'éprouvent pas de véritable douleur. L'essor remarquable mais non linéaire de l'anesthésie, qui met au point une multitude de techniques analgésiques au cours de ce dernier siècle, résulte de cette



© Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, Lausanne

«Fureur véritable d'un homme que la douleur égare, et qui avait reçu de la nature d'heureuses dispositions», tiré de Johann Caspar Lavater, «L'art de connaître les hommes par la physionomie», Paris, 1806-1807.

progression parfois cahotante entre valeurs culturelles et découvertes scientifiques.

Autrement dit, le décalage que l'histoire permet d'observer entre savoirs et applications concrètes indique bien qu'il ne suffit pas d'avoir en mains de bons outils.

Les bonnes pratiques dépendent au bout du compte d'une modification des valeurs fondamentales de notre culture. Il aura fallu passer d'une conception de la douleur comme valeur existentielle à une expérience tout à la fois individuelle et collective de la douleur en tant qu'élément pouvant compromettre gravement la

valeur de l'existence. On le voit, l'apparition bienvenue des centres spécialisés interdisciplinaires de la douleur dans les hôpitaux et la volonté affichée de tout mettre en œuvre pour éliminer la douleur éprouvée par le patient sont des épisodes finalement très récents au regard de l'histoire. □

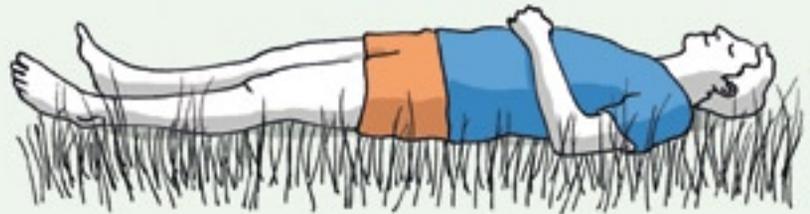
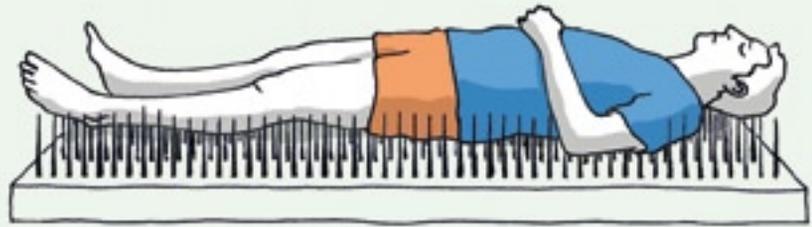
Des armes aussi diversifiées que surprenantes

Pour combattre la souffrance des patients, les soignants déploient des stratégies variées et parfois inattendues. Visite guidée au CHUV, entre hypnose, bulles de savon, opiacés et stimulation électrique.

La douleur est subjective, et pour la contrer, notre esprit est capable de faire des merveilles. Infirmière spécialisée aux soins intensifs du CHUV, Maryse Davadant ne s'en prive pas pour soulager les grands brûlés. Elle utilise des techniques d'hypnose et en particulier d'auto-hypnose pour aider ses patients à apprivoiser leur douleur et à moins la ressentir. Les résultats sont là: la souffrance perçue diminue, et avec elle les doses de morphine ainsi que la durée d'hospitalisation.

Etre actif et utiliser ses propres ressources

«A l'aide d'auto-hypnose, les patients peuvent agir contre leur douleur au lieu de rester passifs, souligne Maryse Davadant. Ils deviennent acteurs et autonomes.» On est bien loin de l'hypnose de spectacle et d'esprits asservis au contrôle d'un hypnotiseur à barbichette pointue et aux yeux exorbités. «Je dois souvent dissiper les malentendus lorsque je propose cette technique aux patients. Il ne s'agit ni d'un envoûtement ni d'une méthode miracle.» L'hypnose permet d'anesthésier totalement un membre pendant quelques instants, mais une telle technique n'est pas utile pour des brûlés qui endurent des douleurs chroniques pendant des semaines. «Les brûlés sont en fait déjà plongés dans un état quasi hypnotique par la douleur, car celle-ci, très intense, occupe tout leur esprit. Je leur demande de la décrire avec des images, sur lesquelles ils travaillent pour les transformer en des impressions moins douloureuses. En se



Grâce à des techniques d'auto-hypnose, les patients apprennent à apprivoiser la souffrance.

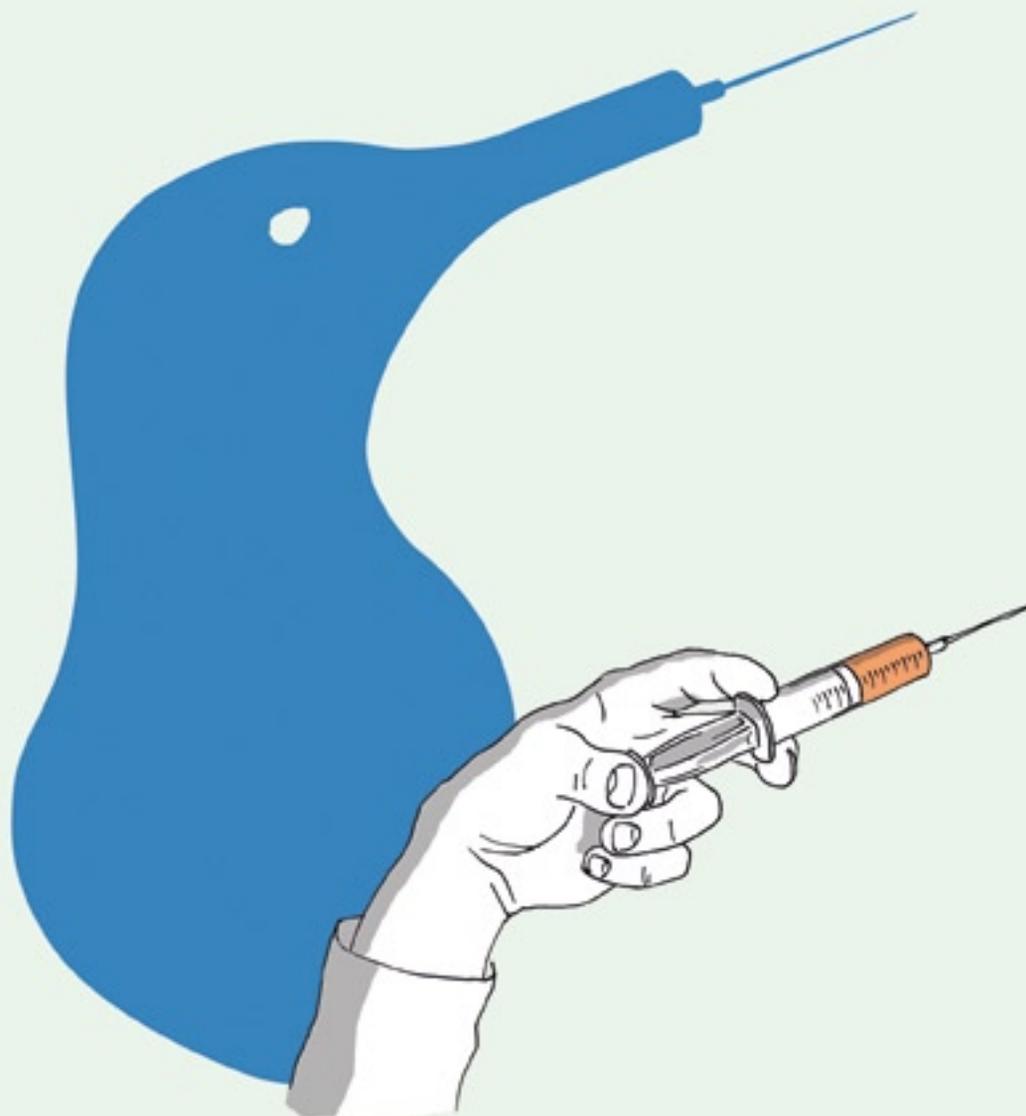
focalisant sur celles-ci, les patients atteignent un état hypnotique, c'est-à-dire de grande concentration, qui leur permet de diminuer la douleur. Lorsqu'elle atteint un niveau qu'ils jugent confortable, nous arrêtons la séance.»

Une bulle de savon contre la douleur

Avec les enfants, d'autres méthodes sont employées. «Ils ont une incroyable faculté de concentration, explique Joachim Rappin, infirmier chef de service et responsable du groupe douleur du Département médico-chirurgical de pédiatrie. Nous l'utilisons pour détour-

ner leur attention loin de la douleur. Nous leur demandons par exemple de raconter une histoire avant de leur faire une piqûre ou une suture, ou nous les invitons à faire un jeu qui requiert leur concentration – comme simplement de souffler dans une bulle de savon.» Pour les grandes personnes, ces techniques de «décentration» ne fonctionnent pas bien: elles restent trop suspicieuses devant une telle astuce.

Au contraire des enfants, un adulte comprend l'utilité d'une intervention, ou le fait qu'une souffrance sera brève. C'est pourquoi les pédi-



Les pédiatres font preuve de créativité pour détourner l'attention des enfants loin de la douleur.

Les pédiatres se sont montrés très créatifs dans leur lutte contre la douleur. Ils ont noté par exemple qu'un nourrisson vit moins mal une piqûre s'il tète une solution sucrée – une découverte d'importance pour les prématurés qui doivent subir des prises de sang quotidiennes. «Éviter la souffrance chez l'enfant est crucial. Une fois associée à la douleur, une opération aussi banale qu'une prise de sang restera longtemps gravée dans sa mémoire et il deviendra très réticent aux futurs traitements.»

Une autre spécialité des pédiatres est le protoxyde d'azote (mieux connu

sous le nom de gaz hilarant) qui présente un effet relaxant et analgésique. Pour éviter la sensation de brûlure créée par l'anesthésique local utilisé lors de suture, des médecins ont développé des gels tels que le LET, plus lents à agir mais moins douloureux. De telles techniques pourraient également être utiles pour les adultes, mais restent malheureusement peu connues en dehors de la pédiatrie.

La morphine, toujours l'analgésique le plus puissant

Descendant de l'illustre opium, la morphine est redevenue l'une des

valeurs sûres dans l'arsenal pharmacologique des médecins. «Pendant longtemps, le corps médical n'osait plus trop l'utiliser par peur de créer une accoutumance, raconte Thierry Buclin, médecin adjoint à la Division de pharmacologie et toxicologie cliniques du CHUV. Mais nous avons compris comment mieux doser et administrer la morphine afin d'écarter les risques d'addiction.»

En dehors des situations d'urgence qui nécessitent une intervention rapide, la clé d'une bonne antalgie est de garder l'effet analgésique à un niveau constant, par exemple à l'aide

d'une formulation à libération lente. Cela permet d'éviter que le patient n'ait à nouveau mal une fois l'action dissipée – et que le médecin réagisse ensuite en augmentant la dose, ce qui crée un effet yo-yo inopportun. Certaines personnes souffrant de douleurs chroniques avalent ainsi elles-mêmes leurs formulations à la morphine ou portent des patchs sur la peau. Si la morphine a également ses effets secondaires, comme la somnolence et des nausées, celles-ci disparaissent heureusement après quelques jours.

Agir physiquement sur les nerfs

«Nous intervenons sur le nerf en dernier recours, lorsque les autres méthodes n'arrivent plus à soulager les patients», précise Marc Levivier, chef de service de neurochirurgie au CHUV. En agissant directement sur le nerf ou le cerveau, la chirurgie peut contrer des douleurs générées par des problèmes du système nerveux lui-même. «Nous pouvons par exemple glisser une compresse entre deux vaisseaux qui compriment un nerf, pour diminuer la pression et la douleur qu'elle occasionne.»

«L'électricité peut faire des merveilles.»

Une autre technique consiste, à l'inverse, à comprimer les fibres nerveuses avec un ballonnet afin de couper pendant quelques minutes la propagation du signal douloureux, une intervention qui se fait simplement à travers la peau. La radiochirurgie, elle, permet de diminuer la conductivité électrique d'un nerf grâce à des rayonnements. L'électricité peut faire des merveilles, car l'information transportée par les nerfs se fait sous la forme d'un signal électrique. «Pour soulager par exemple des douleurs dues aux séquelles d'une hernie discale ayant comprimé la racine d'un nerf de la jambe et provoqué des douleurs chroniques, une électrode peut être insérée dans l'espace péridural, proche de la moelle épinière, explique Isabelle Décosterd de l'Unité d'antalgie. Il s'agit de la



En agissant directement sur le nerf ou le cerveau, la chirurgie peut contrer les douleurs.

neurostimulation médullaire. L'électrode émet un signal électrique qui noie en quelque sorte l'information douloureuse.»

Autre stratégie: implanter des électrodes directement dans le cerveau, à la surface du cortex ou en profondeur dans le noyau thalamique. Cette intervention peut diminuer par exemple des douleurs «fantômes» ressenties par le cerveau, lorsqu'il interprète des informations anormales provenant d'un nerf déchiré

ou relié à un membre amputé. Une méthode plus simple et souvent proposée par les spécialistes ainsi que par les physiothérapeutes: exciter la peau à l'aide de la stimulation électrique transcutanée du nerf, qui permet d'inhiber la transmission de la douleur. Cette technique reproduit en quelque sorte ce qui se passe lorsque l'on frotte une région douloureuse avec la main. Prouvant qu'en matière de douleur, les recettes les plus traditionnelles rejoignent parfois les plus modernes. □

Et si le TAB n'existait pas?

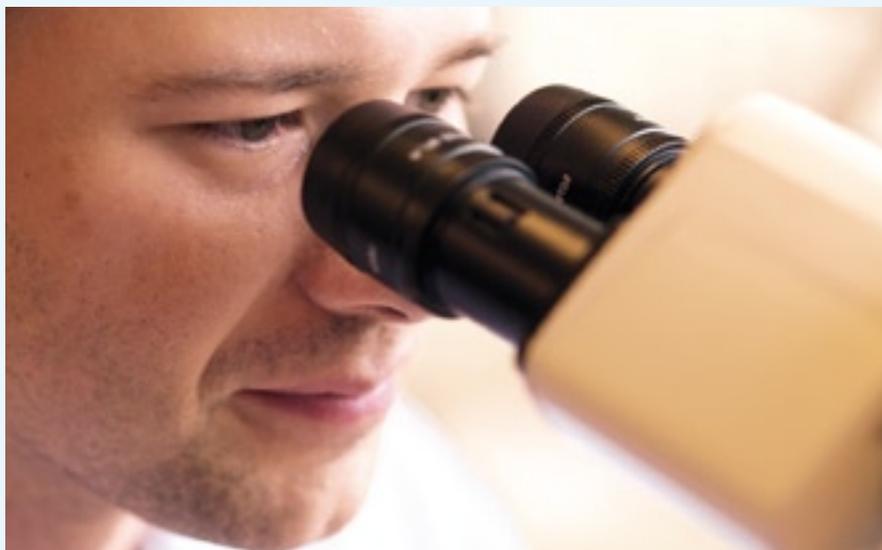
Les techniciens en analyses biomédicales effectuent un travail indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital: ils analysent les prélèvements biologiques des patients afin de permettre le diagnostic.

Comme d'autres professionnels de l'hôpital, le technicien en analyses biomédicales (TAB) travaille dans l'ombre. Maillon essentiel et partenaire de l'équipe soignante, il intervient à tous les moments du parcours d'un patient.

Lors d'un accouchement, une jeune femme se met à saigner abondamment. Elle nécessite des transfusions sanguines massives. Plus de 40 flacons de sang compatible sont délivrés en extrême urgence par des techniciens de laboratoires. Pour le médecin, il est primordial de connaître les causes de cette hémorragie. Le sang de cette patiente est donc analysé simultanément au laboratoire, ce qui met en évidence un déficit congénital d'un des facteurs de la coagulation. Un traitement adéquat permet alors d'interrompre l'hémorragie.

A un autre étage, un patient est amené à l'hôpital dans un coma agité. Il développe un arrêt cardiaque peu après son admission. Les causes de son mal peuvent être multiples: diabète, insuffisance rénale, trouble métabolique, etc. Une batterie d'exams de laboratoire doit être effectuée d'urgence par les TAB, afin de pouvoir appliquer le bon traitement. Sur la base de leurs résultats, le diagnostic établi indique une insuffisance métabolique.

De telles situations sont le lot quotidien des TAB qui jouent le rôle de bras technique du médecin. Ces hommes et ces femmes (environ 300 au CHUV) ont pour mission d'analyser des prélèvements biologiques, afin



Grâce à l'analyse des divers prélèvements biologiques effectuée par les techniciens en analyse biomédicale, un diagnostic précis peut être établi.

de diagnostiquer la pathologie d'un patient, de suivre l'effet d'un traitement ou d'établir des mesures préventives. Leur travail les amène à manipuler de nombreux réactifs, mais également des appareils de haute technologie qui requièrent des connaissances techniques et informatiques. Précision et capacité de travailler sous stress représentent des compétences indispensables pour exercer cette profession.

Au sortir de leur formation, de niveau Ecole supérieure (ES), les TAB sont à même de travailler dans une large palette de domaines: microbiologie, immunologie, hématologie

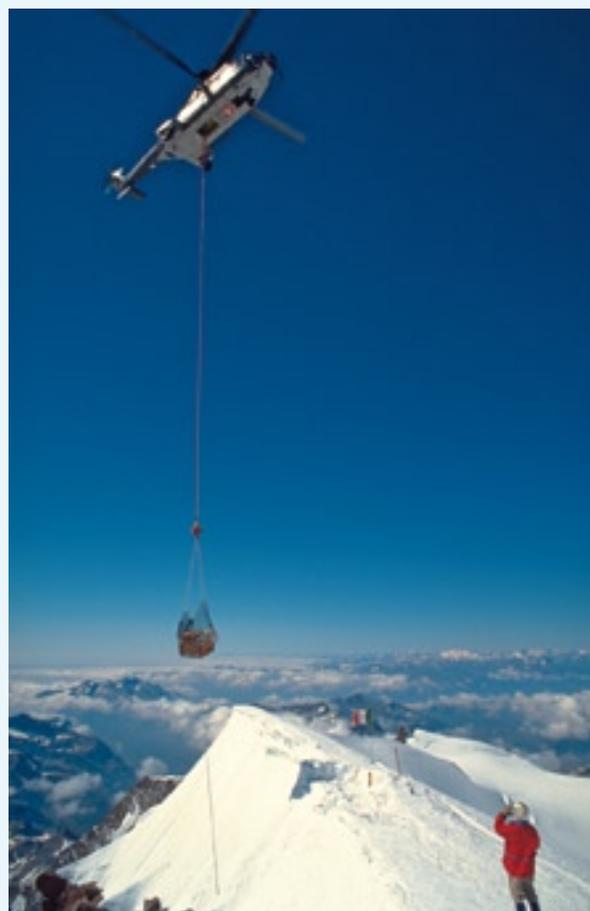
ou chimie clinique. Pour d'autres secteurs plus spécialisés, les compétences s'acquièrent après de longues années de pratique. Les TAB assument une grande responsabilité. Ils sont les garants de la qualité technique des résultats obtenus. Dans certains cas, une erreur pourrait rapidement se révéler fatale.

S'ils ne se retrouvent pratiquement jamais en contact direct avec le patient, les TAB ont une importance capitale: disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ils sont un maillon essentiel de la prise en charge des patients. □



Un nouveau souffle sur les cimes

Ces photographies de Gilles Weber ont été réalisées lors d'un reportage consacré aux travaux du professeur Urs Scherrer (Département de médecine) sur l'œdème pulmonaire de haute altitude à la cabane Margherita dans le massif du Mont Rose, dans les Alpes (4559 m).





Sylvie Lequin, l'aiguilleuse du ciel opératoire

Depuis le 1^{er} novembre 2008, Sylvie Lequin dirige le bloc opératoire du Bâtiment hospitalier. Son défi quotidien: protéger les patients des risques qu'ils encourent lors d'une intervention.



Elle compare le bloc opératoire à une aérogare, isolée au cœur d'une grande ville appelée «hôpital». Les chirurgiens deviennent des pilotes et les interventions s'assimilent aux vols. «Mon rôle est de m'assurer que chaque avion soit prêt au décollage et surtout que les règles soient strictement respectées afin que les passagers arrivent sereinement à bon port», résume Sylvie Lequin. Telle une aiguilleuse du ciel, la directrice du bloc opératoire du Bâtiment hospitalier coordonne quotidiennement la logistique des nombreuses opérations



Le bloc opératoire en chiffres:

- 11 000 interventions par année
- 15 salles électives et deux salles d'urgences ouvertes 24 heures sur 24
- 33% de l'activité du bloc opératoire concerne les urgences
- 10% du budget total de l'hôpital est consacré au bloc opératoire
- 40 nationalités différentes y travaillent

chirurgicales qui ont lieu au CHUV. Priorité dans sa fonction: la sécurité des patients.

Pour que chaque journée au bloc se déroule parfaitement, la quin-quagénaire originaire du Québec révise une semaine à l'avance le programme des 15 salles électives (deux salles restent toujours disponibles pour les urgences) avec son équipe. «Lorsqu'un chirurgien réserve une salle, il mentionne sur le système informatique le type d'intervention qu'il y effectuera, la durée ainsi que toutes autres indications nécessaires. Par exemple, s'il aura besoin d'un appareil particulier, de médicaments ou de matériaux spécifiques.»

Depuis son bureau situé dans le bloc opératoire, la directrice se charge de réunir toutes ces données. Elle doit alors contrôler que toutes les requêtes puissent être satisfaites. Des choix délicats s'imposent parfois. «Il arrive que deux médecins demandent le même appareil au même moment. C'est à moi de contacter l'un ou l'autre en lui proposant de déplacer, dans la mesure du possible, son opération. C'est un réel travail de négociation! Je leur explique que cette fois-ci il doit accepter un compromis, mais la prochaine fois, il aura la priorité.» Si un temps d'opération a été sous-estimé, Sylvie Lequin le signale également. «Cela évite de prendre du retard et de devoir décaler ou annuler les autres rendez-vous.»

Outre les chirurgiens, de nombreux corps de métiers se côtoient au bloc opératoire. Infirmiers spécialisés, techniciens de salles opératoires, aides de salles, anesthésistes, ingénieurs et techniciens biomédicaux, un patient qui entre dans la structure rencontre une cinquantaine d'intervenants jusqu'à sa sortie.

«A la tête de chaque équipe se trouve un(e) infirmier(ère) chef(fe) avec qui je travaille étroitement au quotidien. Je vérifie avec eux si tout le monde est à bord et m'assure que

tout soit prêt pour les interventions sur lesquelles leurs équipes sont consignées.»

Autre tâche essentielle de la directrice: favoriser la communication et la collaboration entre toutes les personnes impliquées dans les soins opératoires. «Si l'information n'est pas bien transmise, un problème peut surgir alors que le patient se trouve déjà en salle opératoire. Tous les détails doivent se régler en amont.» Elle se souvient du jour où un filet très spécifique pour soigner une hernie ne se trouvait pas sur place. «Il n'y en avait pas dans tout l'hôpital! Un policier nous en a rapidement apporté un des Hôpitaux universitaires genevois.»

«Je suis au top dans les situations d'urgence.»

A ce poste depuis le 1^{er} novembre 2008, la directrice garde toujours à l'esprit que pour le patient, le passage dans son service représente une étape cruciale de son séjour hospitalier. «Un malade qui s'apprête à subir une opération est très vulnérable. Il faut être à son écoute et se montrer plein d'égards pour lui.»

Face aux situations d'urgence, Sylvie Lequin ne démord pas. «Je maîtrise très bien le stress. Je dirais même que je suis au top dans ces cas-là!» Infirmière de formation, elle est diplômée en management de l'Ecole nationale d'administration publique au Québec. «Le poste de directrice du bloc opératoire me satisfait, car il mélange aussi bien la gestion que l'aspect clinique. De plus, travailler en Europe correspondait à un vieux rêve. Des chirurgiens suisses avec lesquels je travaillais au Canada ne cessaient de louer le système sanitaire helvétique et j'ai ainsi postulé au CHUV. A 50 ans, j'ai décidé de donner un nouveau virage à ma vie et j'en suis ravie. Les moyens mis à disposition pour les soins sont phénoménaux, et rares!» □

Détecter plus tôt les cœurs à risques

Le CHUV a ouvert début mai le Centre de résonance magnétique cardiaque (CRMC). Pionnier en Suisse romande, il permettra de renforcer les compétences de l'hôpital en matière de diagnostic des maladies cardiaques, ainsi que la recherche et la formation dans ce domaine.

«Cinquante pour cent des hommes et 64% des femmes ne présentent aucun symptôme avant un infarctus», constate le professeur Jürg Schwitter, directeur du Centre d'IRM cardiaque. Conséquence: ces patients ne sont généralement pris en charge à l'hôpital qu'après la survenue de symptômes ou pire d'une crise cardiaque. Le problème est d'importance. En 2004, la Suisse dénombrait environ 13'000 infarctus par an et, sur dix décès provoqués par cette maladie, six se produisaient hors de l'hôpital. Pourtant, une technologie d'imagerie médicale permet de détecter les maladies avant la survenue d'un infarctus: l'IRM cardiaque (imagerie par résonance magnétique).

Une collaboration interdisciplinaire

Pour développer cette technologie, le CHUV a inauguré début mai le Centre de résonance magnétique cardiaque (CRMC). «Nous allons faire travailler ensemble des radiologues et des cardiologues. Une première en Suisse!, se réjouit le professeur Pierre Vogt, chef du Service de cardiologie du CHUV. Jusqu'ici, les premiers s'occupaient davantage de la technique et les seconds de la pathologie. Désormais, ils vont travailler ensemble pour le bien du patient, ce qui représente une véritable avancée.» Constitué d'un médecin chef, de deux

médecins cadres (un radiologue et un cardiologue) et de deux assistants, ce centre permettra à l'hôpital vaudois d'améliorer la qualité des soins dispensés en matière de cardiopathie.

«Ce centre bénéficiera surtout de la grande expérience du professeur Jürg Schwitter», se félicite le professeur Pierre Vogt. Spécialiste de l'IRM cardiaque de notoriété mondiale, Jürg Schwitter a pris le 1^{er} mai 2009 la direction du Centre d'IRM cardiaque. Jusqu'ici, il travaillait à l'Hôpital universitaire de Zurich, où il a développé pendant une dizaine d'années cette technologie. Il y a dirigé les études multicentriques les plus importantes au monde dans ce domaine, comme le programme MR-IMPACT à la base de l'introduction de l'IRM dans la clinique cardiaque. Son arrivée au CHUV constitue donc un véritable atout pour l'hôpital vaudois.

Une technique complémentaire

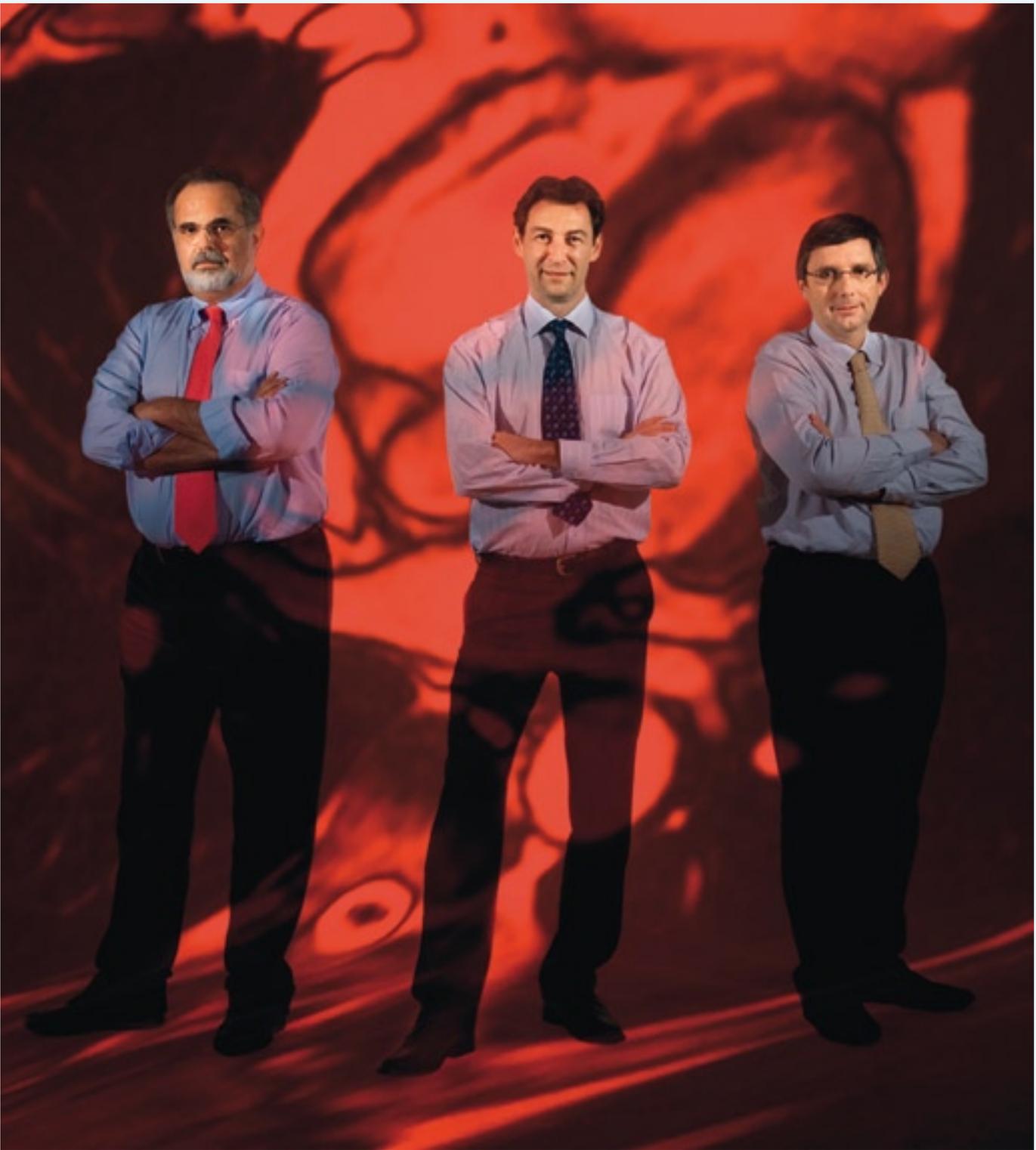
«L'IRM cardiaque permet le dépistage des maladies coronaires à la fois chez les patients avec des symptômes typiques ou atypiques, mais aussi chez les malades asymptomatiques mais présentant des facteurs de risque (hypertension, hyperlipidémie, fumeurs, diabète...)», précise Jürg Schwitter. «En matière de détection, cette technique complète par ses nombreux avantages les autres tech-

niques existantes, telles que la scintigraphie, les tests d'efforts, les ultrasons ou l'échocardiographie, poursuit Pierre Vogt. C'est une méthode à la fois précise, spécifique et rapide (*un examen dure environ une heure*, ndlr).» Elle ne se révèle d'ailleurs pas plus chère que les autres techniques: selon le test effectué, son prix varie entre 600 et 1000 francs.

«Actuellement, le CHUV effectue environ 300 IRM cardiaques par an, avance le professeur de radiologie Reto Meuli. Grâce à la création de ce centre ce chiffre devrait être porté à 500 dès la première année.» Pour autant, l'emploi des autres techniques (scintigraphie, ultrasons et échocardiographie) ne devrait pas diminuer. «Il s'agit avant tout de compléter les tests, afin de mieux traiter les patients.»

Un rôle important au niveau mondial

Outre les soins, ce centre constituera également un pôle en matière de recherche et d'enseignement. «Le Centre d'imagerie biomédicale est le fruit de la collaboration entre le CHUV, l'UNIL, l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) ainsi que l'Hôpital universitaire de Genève (HUG)», explique Reto Meuli. L'objectif sera à la fois d'améliorer les applications existantes de l'IRM cardiaque,



Pierre Vogt, chef du Service de cardiologie; Jürg Schwitter, directeur du Centre d'IRM cardiaque; Reto Meuli, professeur de radiologie.
En arrière-plan: un cœur vu par l'IRM.

d'en développer de nouvelles et de définir des standards.

«Avec la création de ce centre, nous avons créé un bon modèle pour la collaboration interdisciplinaire et

pour convaincre de l'utilité de cette technique à Lausanne, estime Jürg Schwitter. Notre centre va aussi nous permettre d'assumer le rôle de contrôleur de la qualité des examens d'IRM cardiaque du

nouveau registre européen en IRM cardiaque, dont j'étais l'un des membres fondateurs en 2008. En somme, le centre va nous donner la possibilité de jouer un rôle important au niveau mondial.» □

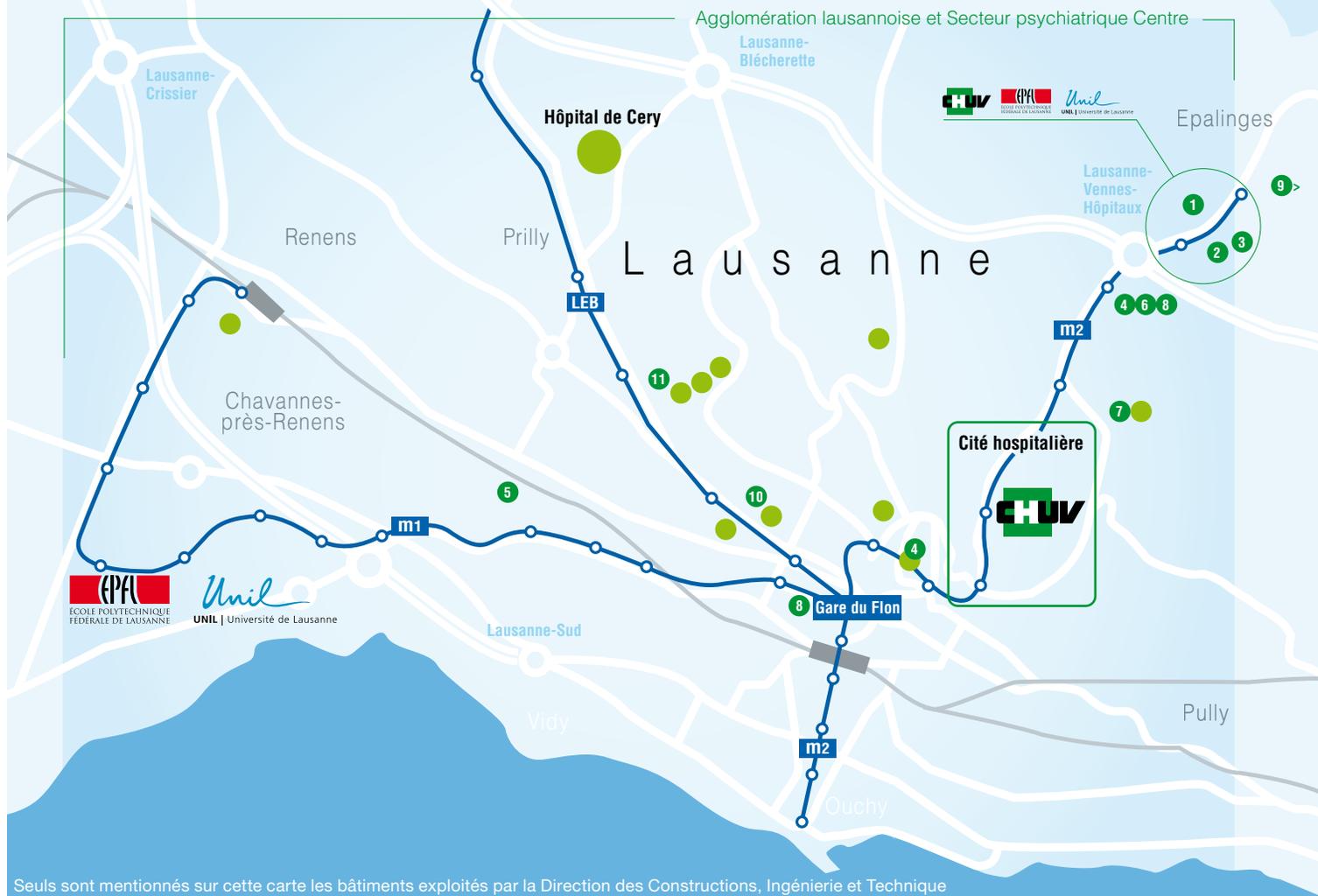
De nombreux sites, un seul CHUV

Au fil des décennies, le CHUV s'est développé dans le canton. Mais jusqu'où?

- Département de psychiatrie
- 1 Epalinges Croisettes (EPCR)
- 2 Centre des laboratoires d'Epalinges (CLE)
- 3 Biopôle 1 (BIO 1)
- 4 Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)
- 5 Institut de radiophysique appliquée (IRA)
- 6 Département universitaire de médecine et santé communautaires (DUMSC)
- 7 Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA)
- 8 CHUV-Polyclinique médicale universitaire (PMU)
- 9 Centre universitaire de traitement et de réadaptation Cevey-Sylvana
- 10 Hôpital ophtalmique Jules-Gonin
- 11 Hôpital de l'enfance - Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP)



Texte Béatrice Schaad (DG)
Infographies Pascal Coderay



Seuls sont mentionnés sur cette carte les bâtiments exploités par la Direction des Constructions, Ingénierie et Technique

La cité hospitalière du Bugnon au fil du temps



1884

■ Nouveau bâtiment

1937

1969

1982

2002

1884 L'Hôpital cantonal du Bugnon, inauguré un an plus tôt, peut recevoir 470 malades.

1937 «est marquée par l'agrandissement de la Maternité et de la Clinique infantile ainsi que la construction de l'Hôpital Nestlé deux ans plus tôt», raconte Christian Blanc, véritable mémoire de l'institution, vingt-neuf ans à son service et qui a pris sa retraite en mai 2009. Un parcours exemplaire – quinze ans comme chef de la section électricité, mécanique et dispositifs médicaux, treize ans en tant que chef du Service technique et un an comme directeur adjoint de la direction Construction ingénierie et technique (CIT).

1969 voit la mise à disposition du CHUV, par la Ville de Lausanne, de l'Hôpital de Beaumont ainsi que les travaux de construction de l'Annexe au Pavillon chirurgical (actuellement l'EMS Mont-Calme) construit, pour l'anecdote, «comme prototype du futur Bâtiment hospitalier (BH)». Un prototype qui permet de tester à petite échelle la taille des chambres et la stérilisation centrale par exemple.

1982 est l'année de l'inauguration et de la majeure partie du déménagement des services dans les nouveaux espaces flambant neufs du BH. L'ampleur de la tâche est telle qu'il faut plus de deux ans pour boucler l'affaire, pour laquelle l'armée a prêté main-forte.

2002 marque le déménagement de la Polyclinique médicale universitaire. Pour 2020, «le potentiel et les besoins en termes de développement sur la cité hospitalière sont estimés à 100 000 m²», explique la directrice du CIT, Catherine Borghini. Impressionnant, ce potentiel est toutefois limité d'où le besoin de développer de nouveaux pôles par exemple en collaboration avec l'UNIL et l'EPFL à Epalinges mais aussi et c'est fondamental «une nouvelle culture du déplacement. On raisonne à la Suisse mais il faut aussi apprendre à être mobile», note Christian Blanc, pour désengorger la cité hospitalière et y concentrer l'activité somatique. Certaines autres activités vont être réparties le long du M2.

Plus petit et plus fort: l'histoire du pacemaker

Le stimulateur cardiaque est un dispositif implantable délivrant des impulsions électriques au cœur et permettant d'accélérer ce dernier lorsqu'il est trop lent. Les deux pacemakers présentés ci-dessous, celui d'Elema-Schönander (P1) datant de 1975 et celui de Medtronic (P2), ont plus de trente ans d'écart.



P1 est un modèle VVT: Il stimule uniquement le ventricule et fait partie des premiers stimulateurs programmables par radiofréquences en utilisant un boîtier externe.



P2 est un modèle DDDR: Plus performant, c'est un stimulateur multisite permettant de stimuler deux cavités cardiaques de manière synchrone en adaptant sa fréquence aux besoins et concédant une amélioration en cas d'insuffisance cardiaque.

L'évolution est visible à plusieurs niveaux:

- Diminution de la taille par 6, ce qui correspond environ au passage du poids d'une plaque et demie de chocolat à seulement deux rangées
- Intelligence accrue
- Augmentation de la longévité: La pile DDDR au lithium est plus performante que celle de son aînée, la VVT au mercure. □

→ PLUS D'INFOS: EXPOSITION AU MUSÉE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE CHUV - BH05 - COP

VISITE GUIDÉE: T. +41 21 314 26 95

Une nouvelle opération cardiaque change la vie des patients âgés

Grâce à une nouvelle technique opératoire, le remplacement valvulaire aortique devient possible chez les patients à haut risque chirurgical. L'intervention s'accomplit sans ouverture du sternum, sans arrêt du cœur ni machine cœur-poumon. Explication du Dr Enrico Ferrari, chirurgien au Service de chirurgie cardio-vasculaire du CHUV.

Pour les patients âgés ou à très haut risque chirurgical, il était jusqu'ici très difficile, voire impossible, de profiter d'une intervention cardiaque de remplacement valvulaire aortique. Désormais, grâce à une toute nouvelle technique opératoire, utilisée avec succès par le CHUV, ces personnes retrouvent espoir.

L'opération consiste en un remplacement de la valve aortique, effectué sans ouvrir le sternum ni arrêter le cœur, et donc sans utiliser de machine cœur-poumon. «Une incision sous le sein gauche nous permet d'accéder au cœur, explique le Dr Enrico Ferrari, chirurgien au Service de chirurgie cardio-vasculaire (CCV) du CHUV, dirigé par le professeur Ludwig von Segesser. La prothèse valvulaire biologique est repliée dans un cathéter et introduite à travers l'apex du cœur au moyen de guides et d'introducteurs. Puis la prothèse est déployée à l'endroit de la valve naturelle malade, qui se trouve par conséquent plaquée contre la paroi de l'aorte, sa fonction étant reprise par la nouvelle valve.»

Le procédé s'apparente à une révolution pour les chirurgiens cardiaques. «Il y a seulement cinq ans, une telle intervention semblait impossi-



Représentation 3D d'une stent-valve biologique mise en place par cathéter.

ble, relève Enrico Ferrari. Le CHUV fait partie des premiers centres en Europe à utiliser cette technologie de pointe. Nous avons déjà opéré une quinzaine de personnes avec un taux de succès opératoire qui est de 93%. A une exception près, tous les patients, dont certains étaient âgés de plus de 90 ans, ont supporté l'opération.»

Grâce à cette technique, les personnes âgées ou à très haut risque opératoire n'endurent qu'une brève anesthésie et profitent d'une récupération postopératoire plus rapide et, parfois, d'un plus court séjour hospitalier. Mais surtout, leur qualité de vie s'améliore: «Auparavant, ces

patients étaient condamnés à mourir à court terme et souffraient de divers symptômes associés. Désormais, ils peuvent vivre encore des années dans de bonnes conditions.»

La baisse des coûts de la santé constitue un avantage indirect de ce type d'intervention, dans la mesure où les personnes opérées retrouvent souvent leur pleine autonomie. Elles peuvent alors continuer leur vie sans fréquenter l'hôpital de façon chronique. «Les personnes âgées, en particulier, se montrent très réceptives vis-à-vis de cette opération, souligne Enrico Ferrari. Elles savent qu'elles arrivent à la fin de leur existence et apprécient de pouvoir profiter de cette technologie.»

Reste à poursuivre le travail d'information auprès des médecins généralistes et des cardiologues, afin qu'ils puissent, s'ils le jugent opportun, orienter les personnes à haut risque opératoire vers la chirurgie valvulaire à cœur ouvert. «Près d'un tiers des patients octogénaires atteints de ce type de maladie ne sont pas adressés à un chirurgien, alors même que bon nombre d'entre eux pourraient bénéficier de cette chirurgie mini-invasive. Beaucoup de médecins ne savent pas encore que cette nouvelle technologie donne de bons résultats.» □

Le savoir-être enseigné sur les planches

Une troupe de comédiens a participé à un programme de formation destiné au Département de la logistique du CHUV. Objectif: sensibiliser les collaborateurs aux règles du savoir-être dans la relation au patient ou au collègue.

«Des flocks au RHUME». Derrière cette formule à la sonorité surprenante, se cache le nom de la pièce de théâtre qui s'est jouée sur une dizaine de sessions au CHUV. Des comédiens de la compagnie du Caméléon se sont glissés dans la peau de médecins, nettoyeurs, réceptionnistes ou transporteurs pour reproduire des scènes de la vie quotidienne de l'hôpital. Ces professions collaborent au sein de l'institution et se retrouvent parfois en situation de désaccord. Le public (800 employés du Département de la logistique hospitalière répartis en groupe de 80 personnes à la fois) a aussi participé au spectacle.



«La pièce, une succession de tableaux qui caricature des situations particulièrement représentatives entre employés, est jouée deux fois, explique Philippe Coste, directeur administratif de la logistique. Lors de la deuxième prestation, les spectateurs interrompent les comédiens lorsqu'ils jugent qu'un comportement est inapproprié et sont invités à rentrer dans la pièce pour montrer comment ils réagiraient dans ces cas-là.» Commentées par un maître de cérémonie, les interventions du public permettent de rappeler les règles de savoir-être dans la communication interpersonnelle, primordiales au bon fonctionnement de l'hôpital, notamment pour assurer un accueil de qualité aux patients. Sur la base du cahier des charges proposé par la logistique, le Centre de formation de la direction des ressources humaines a conçu et organisé ce dispositif

de formation qui inclut d'autres modules visant à approfondir ce qui est abordé au niveau du théâtre forum. Pour Nathalie Horvath Hasenauer, directrice du Centre de formation, «la théâtralisation

humoristique de situations difficiles de communication interpersonnelle permet aux collaborateurs de dédramatiser les situations vécues et de les aborder dans les meilleures conditions possibles.» □

De nouvelles mesures pour améliorer l'accueil

Les enquêtes de satisfaction auprès des patients, mais aussi les plaintes reçues de certains d'entre eux, nous ont convaincus que nous nous devons de faire mieux pour améliorer et professionnaliser l'accueil. Un projet institutionnel a donc été lancé. Celui-ci doit désormais être déployé dans toute l'institution. Ce projet se fonde sur les valeurs et les attitudes que nous estimons essentielles pour alimenter la confiance entre le patient et les collaborateurs: la qualité de l'écoute, la disponibilité, l'empathie.

Entre autres mesures, des actions de communication et de formation, notamment pour le personnel d'encadrement, ont déjà été et seront entreprises courant 2009. Des profils de compétence ainsi qu'un cahier des charges spécifique seront établis qui serviront désormais de référence aux services. Ceux-ci seront invités, tout comme les départements, à évaluer leurs dispositifs d'accueil respectifs notamment leur infrastructure, la signalétique, le mobilier. La cheffe du projet, Mme Nahid Yeganeh Rad, se tient à disposition pour toute information. (nahid.yeganeh-rad@chuv.ch)

Daniel Petitmermet, responsable du Service stratégie, qualité et organisation

Un de mes proches a le cancer: qui m'aidera?

Etre le frère ou la sœur d'un enfant malade du cancer, voir son père ou sa mère frappés par la maladie est une souffrance: il existe au CHUV des groupes de discussion pour la soulager.

«Moi aussi, je voulais avoir mon nom au CHUV». Jonas avait 8 ans lorsqu'on a découvert que son frère Kevin, 11 ans, souffrait d'une tumeur au cerveau. «Notre attention s'est alors focalisée sur notre enfant malade, raconte Sandrine Grandguillaume, leur mère. Nous avions si peur, nous étions tellement sous le choc de ce qui arrivait à notre aîné». Même si la famille est extrêmement soudée, même si elle décide d'emblée de «faire équipe contre la maladie», même si les parents épuisés s'occupent tant et plus de Jonas dès la dernière chimiothérapie de Kevin terminée, «notre cadet avait besoin d'un lieu où exprimer ses peurs».

Car en effet, «dans une famille brutalement confrontée à la maladie, les enfants qui vont bien sont naturelle-

ment tentés de protéger leurs parents, explique Françoise Santarelli, psychologue associée en pédopsychiatrie de liaison. Ils voient que leur père et leur mère sont déjà angoissés par la situation de leur frère ou leur sœur malade et ils n'osent pas parler de leur propre peur, de crainte d'alourdir encore leur peine.»

Raison pour laquelle l'unité d'oncologie pédiatrique et le Service de pédopsychiatrie de liaison ont développé des «groupes fraternité»; autrement dit, un lieu où les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer peuvent se rendre régulièrement pour parler, «déposer leurs peurs sans redouter de blesser leur frère ou leur sœur par leurs questions, sans craindre de nous angoisser davantage», dit Sandrine Grandguillaume. Comparer leurs expé-rien-



Jonas (à droite) a reçu le soutien des «groupes fraternités» lorsque son frère Kevin souffrait d'une tumeur au cerveau.



Les garçons et leurs parents.

ces ou obtenir de l'information parfois très technique: comme le raconte sa mère, Jonas souhaitait par exemple voir de près «la boîte magique» autrement dit l'appareil que son frère portait sous la peau et qui distillait la chimiothérapie. Mais dans ce groupe, il pouvait aussi «relativiser», explique Sandrine Grandguillaume. Et puis, «il avait l'impression de se sentir utile car il y rencontrait des autres enfants qui traversaient des situations comparables et pouvait partager son expérience».

Pour Nicolas von der Weid, médecin associé en onco-hématologie pédiatrique qui a participé au lancement de ces groupes dès 2006, les résultats obtenus sont encourageants. «Le questionnaire qui est régulièrement diffusé aux parents montre que la qualité du sommeil des enfants suivis s'améliore; parmi ceux qui souffraient de troubles de l'alimentation ou de l'humeur, les parents rapportent également des signes positifs.»

L'offre s'est du reste élargie. Il existe maintenant des groupes pour les tout petits dès 2 ans et demi. Chacun est constitué en fonction de l'âge: 2,5 à 4 ans, 5 à 10 ans et 11 à 16/17 ans. Ils sont animés conjointement par une psychologue et une infirmière. Alors certes, comme le note la mère de Jonas, «lorsque l'on est déjà accaparé par des trajets réguliers vers le CHUV parce qu'un des enfants suit une chimiothérapie, la tentation est forte de ne pas y amener un frère ou une sœur. On rêverait plutôt de l'emmener en forêt; cela demande de l'énergie, mais c'est une aide pour toute la famille.» La littérature est très claire: aider les proches, maillons essentiels de la prise en charge, c'est aussi aider le patient.

Et les enfants de parents malades?

Dans la même veine, un soutien est désormais à disposition pour les enfants dont l'un ou l'autre des parents est atteint de cancer. Comme l'explique Doris Schopper, cheffe du projet «Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer», même si la problématique est

sensiblement différente, «nous nous sommes beaucoup inspirés de ce qui avait été fait en pédiatrie». Marie-Catherine Despeyroux, chargée de ce programme a donc exploré quels pouvaient être les besoins des patients et des professionnels. «Cela a permis de faire tomber des tabous: les soignants nous ont expliqué qu'il leur était parfois difficile de demander à leurs patients adultes s'ils avaient des enfants, ne sachant pas comment ils pourraient orienter les parents.

Certains parents, eux, ont relevé qu'ils n'osaient pas parler de la maladie ou du diagnostic à leur enfant, d'autres pensaient qu'en les tenant à l'écart, ils les protégeaient.» Or, dans bien des cas, le cancer, tout comme les effets du traitement peuvent difficilement être dissimulés. Il est donc apparu clairement que les jeunes dont l'un des parents est malade ont besoin d'un espace où prendre la parole en dehors de leur famille. Espace où, si le besoin se révèle plus important, il est aussi possible d'orienter sur une prise en charge thérapeutique plus intensive.

Comme le relève Amélie Javaux dans son travail de mémoire à l'Université de Liège *Maman a un cancer ... vécu de l'enfant et essai d'accompagnement psychologique en milieu hospitalier*, «l'enfant perd son parent en bonne santé» générant dans la foulée une seconde perte: «celle de l'image du parent tout-puissant».

Au résultat, 90% des soignants interrogés dans le cadre de cette enquête et 13 patients sur 15 ont souhaité que soient constitués des groupes de parole. C'est chose faite; depuis le 1^{er} janvier 2009, il existe au CHUV des groupes spécialement dédiés à ces enfants. Et comme dans le groupe fratrie, la personne responsable de mener le groupe, Mariette Chappuis est épaulée par deux soignants en oncologie. «Ces professionnels ont l'avantage d'être tout à la fois en contact avec l'adulte malade et avec son enfant». Alors certes, continue Doris Schopper, «il est possible qu'un adulte malade ressente une certaine culpabilité à emmener son enfant à l'hôpital. Nous avons observé que certains de nos patients préféreraient le laisser en dehors de la douleur liée à la maladie qu'ils traversent. Mais lui accorder une place, un rôle, une écoute c'est lui offrir la possibilité de réaliser qu'il n'est pas seul face à la maladie de son parent.» Et peut-être comme Jonas, se sentir un peu soulagé et reconnu dans sa souffrance d'avoir lui aussi «entendu son nom évoqué à l'hôpital». □

→ PLUS D'INFOS:

GROUPE POUR LES FRATRIES: T. +41 21 314 35 35

GROUPE POUR ENFANTS DONT UN DES

PARENTS SOUFFRE DU CANCER: T. +41 21 314 75 60

Le CHUV en bref

Un programme de soins palliatifs également en pédiatrie

Le 5^{ème} symposium de soins palliatifs pédiatriques abordera, le 4 juin 2009, la question des soins palliatifs et de la néonatalogie. Présent depuis de nombreuses années chez les patients adultes, ce type de soins est bien plus récent chez les enfants ou les nouveaux-nés. La mission de l'équipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs du CHUV est d'apporter un soutien aux patients et à leur famille dans la dure épreuve qu'ils traversent. Elle renforce le personnel soignant et agit auprès des enfants, à leur domicile, à l'hôpital ou dans les institutions socio-éducatives, afin de préserver leur qualité de vie, conformément aux principes fondamentaux des soins palliatifs.

Actuellement, le CHUV est le seul hôpital en Suisse romande à proposer ce programme, tant dans l'accompagnement des jeunes patients que dans le soutien aux familles: ces dernières sont reçues deux fois dans l'année qui suit la mort de leur enfant par les professionnels (médecins, infirmières) présents au moment du décès. □

→ PLUS D'INFOS SUR LE SYMPOSIUM:
PATRICIA.FAHRNI-NATER@CHUV.CH

Etudier la médecine communautaire dès le Bachelor

Durant leur cursus académique, les étudiants sont insuffisamment formés à la médecine communautaire. Ce constat faisait partie de l'audit international qui a motivé la réforme des études de médecine en Suisse. La Faculté de biologie et de médecine de Lausanne a donc lancé un programme de médecine communautaire qui

s'achève par quatre semaines d'immersion communautaire pour les étudiants en dernière année de Bachelor. Ce module, dont le professeur Alain Pécoud est responsable, vise à leur faire découvrir l'importance des déterminants de la santé, c'est-à-dire des facteurs exogènes qui jouent un rôle décisif dans la santé et la maladie: conditions sociales, politiques, accès aux soins, rôle de la prévention, du travail, etc. Les étudiants mèneront une enquête de terrain au sein de la communauté sur la problématique de leur choix, puis présenteront leurs travaux à leurs pairs et aux enseignants. Ainsi, les lombalgies ou l'obésité chez les jeunes sont deux thématiques susceptibles d'être abordées dans le cadre de ce nouveau module d'immersion communautaire dont le lancement est prévu en juin 2009. □

→ PLUS D'INFOS:
CHANTAL.DISERENS@OSP.VD.CH

Aider les femmes enceintes et toxicomanes

«Le jour de l'accouchement, j'étais sous héroïne et méthadone, explique Françoise (*prénom fictif*), une jeune maman toxicomane. J'avais honte et je n'ai pas osé en parler.» C'est pour venir en aide aux femmes enceintes et aux prises avec la drogue, qu'un programme d'encadrement spécial a été mis en place par le CHUV. Son but: faciliter l'accès aux soins des femmes enceintes et toxicomanes et réduire les risques médicaux, psychologiques et sociaux de l'addiction sur la grossesse. Le rôle du corps médical est d'assurer un accompagnement personnalisé de ces femmes considérées comme «à risque», tant pour elles-mêmes que pour le bébé qu'elles portent. Grâce à ce programme de consultations spécialisées, les futures mamans toxicomanes trouvent une écoute attentive et un suivi avant, pendant et après la naissance de leur enfant pour les épauler au mieux dans le nouveau projet de vie qu'elles peuvent élaborer. □

→ PLUS D'INFOS: WWW.CHUV.CH/DGO

La Fondation Leenaards soutient l'excellence de la recherche sur l'Arc lémanique

Les Prix Leenaards 2009 pour la promotion de la recherche scientifique ont été remis à deux équipes de jeunes chercheurs de l'Arc lémanique qui se partagent le montant total de 1,2 million de francs.



L'équipe des professeurs **Stefan Kunz** de l'UNIL-CHUV et **Gisou van der Goot** de l'EPFL s'intéressera aux mécanismes amenant des pathogènes à être mortels pour l'homme. Elle étudiera plus spécifiquement l'agent de l'antrax pulmonaire et le virus de Lassa. L'objectif est de pouvoir bloquer les mécanismes de pénétration des cellules par ces pathogènes pour protéger efficacement l'homme d'infections potentiellement mortelles.



L'équipe du professeur **Margot Thome-Miazza** de l'UNIL et du **Dr Olivier Gaide** de l'UNIGE-HUG, consacrera ses travaux à valider une nouvelle approche thérapeutique de certaines maladies inflammatoires et tumorales de la peau. Elle focalisera ses recherches sur MALT1, une protéine impliquée dans l'activation des lymphocytes. Une telle approche novatrice est d'autant plus importante que les traitements actuels ne permettent que trop rarement une guérison complète. □

→ PLUS D'INFOS: WWW.LEENAARDS.CH

Profils

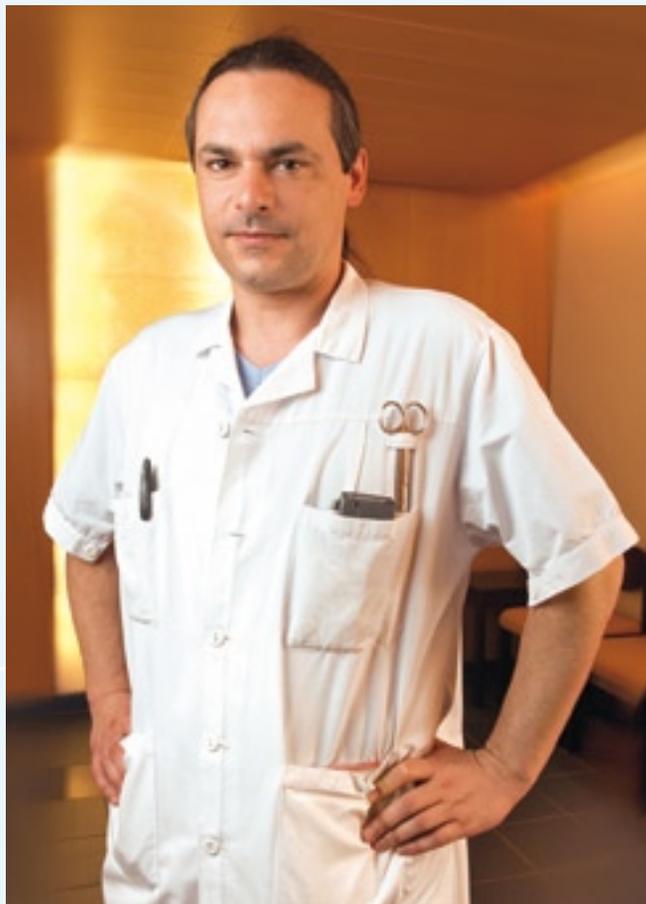
Ces deux portraits présentent deux professions, parmi la centaine de métiers exercés au CHUV, tous indispensables au bon fonctionnement de l'institution.



FATIH KARAKALEM, APPRENTI CUISINIER

A 21 ans, Fatih Karakalem vient de réaliser un petit exploit. Fin 2008, il s'est classé 2^e au concours du meilleur apprenti cuisinier du canton de Vaud. Un trophée pour lui et une récompense de plus pour la cuisine du CHUV.

Né à Elaziğ, en Turquie, Fatih Karakalem est arrivé en Suisse avec son père il y a six ans. Il a commencé par apprendre le français avant d'entrer en apprentissage au CHUV. «J'ai souffert au début, dit-il, je ne comprenais pas grand-chose. J'écrivais des mots sur mes mains pour les apprendre par cœur. Mais certains cuisiniers m'ont pris en charge vraiment comme leur fils. J'aimerais les remercier.» Son CFC de cuisinier en poche, Fatih Karakalem quittera le CHUV fin juillet. Direction Londres pour se perfectionner et apprendre l'anglais. Son but est d'ouvrir un jour un restaurant de cuisine turque et asiatique. Nul doute qu'il en a la volonté et le talent. □



DOMINIQUE CHIOETTO, RESPONSABLE DE LA CHAPELLE MORTUAIRE

Dominique Chioetto, 39 ans, est responsable de la chapelle mortuaire. Depuis trois ans, il fait la toilette des patients décédés au CHUV pour accueillir les familles dans les meilleures conditions possibles. Environ un défunt sur trois reçoit en effet des visites à la chapelle mortuaire.

Dominique Chioetto travaille seul. Trois collègues auxiliaires le remplacent à tour de rôle pendant ses congés. C'est au niveau 05 du bâtiment principal du CHUV, vers 7h du matin, qu'il commence son travail avant que les corps ne soient transportés de l'autre côté de la rue du Bugnon pour une préparation plus complète. Il y a bien sûr des moments difficiles, en particulier quand il s'agit d'un enfant. «Il faut être avec les familles, dit-il, faire preuve d'empathie, ne pas agir de manière mécanique.» Certaines familles reviennent d'ailleurs le voir, avec un petit cadeau, pour le remercier de son accueil. □

La psychiatrie expliquée sur les bancs de l'école

Une équipe de spécialistes de la psychiatrie organise des événements de sensibilisation aux troubles psychiatriques dans les gymnases. Objectifs: lutter contre la méfiance qui entoure ce type de patients et permettre un meilleur accès aux soins.

«Les troubles psychiques se soignent» ou «les personnes souffrant de troubles dépressifs ne sont pas coupables»: tels sont les messages que Catherine Reymond Wolfer, infirmière au Service de psychiatrie générale du Département de psychiatrie du CHUV et son équipe composée de soignants, de patients et de proches, cherchent à faire passer auprès des jeunes adultes. «Les personnes souffrant de maladies mentales sont stigmatisées. Les gens peuvent en avoir peur, pensent que leurs problèmes n'ont pas de solution et que la schizophrénie est un dédoublement de la personnalité», explique Catherine Reymond Wolfer.

Résultat: ces préjugés augmentent le mal-être des patients et de leurs proches, provoquant des sentiments de honte et de mauvaise estime de soi. Ils les pénalisent dans leur intégration sociale et professionnelle. Pire encore, certaines familles vivent pendant plusieurs années avec une personne malade en s'isolant et sans consulter.

Pour améliorer cette situation, l'équipe de Catherine Reymond Wolfer organise des événements en partenariat avec des gymnases vaudois depuis 2002. Ces spécialistes installent durant plusieurs jours un stand dans l'établissement. «Nous ne venons pas en tant qu'experts, précise l'infirmière. Nous cherchons plutôt à construire une relation interactive

avec les jeunes, afin qu'ils puissent parler de ce qui favorise pour eux une bonne santé mentale.»

Sur le stand, cinq posters questionnent les représentations liées à la dépression, la schizophrénie, l'anorexie/boulimie, la toxicodépendance et le trouble borderline. Ils forment la base permettant d'entamer un dialogue. Un jeu familiarise également les adolescents avec les lieux où ils peuvent trouver de l'aide en lien avec les problèmes qu'ils risquent de rencontrer eux-mêmes ou avec leurs copains, comme le site ciao.ch, la plateforme telme.ch ou encore différentes associations. Des duos soignant/patient ou soignant/proche

interviennent ensuite directement dans les classes. Ils échantent avec les élèves sur le thème de la santé mentale et témoignent de leur vécu. «La plupart des adolescents partagent leurs expériences avec nous, se montrent intéressés et attentifs durant nos animations, note Catherine Reymond Wolfer. Les proches et les patients du groupe d'information apprécient de pouvoir partager leur point de vue et, par ces actions, diminuer la stigmatisation.» Les rencontres entre le monde psychiatrique et les gymnases se révèlent ainsi très positives car elles contribuent à transmettre la complexité de ces maladies qui se soignent. □

Bon à savoir

A travers des posters affichés dans les écoles, les informations suivantes sont transmises aux étudiants.

La schizophrénie

- Les drogues ne sont pas la cause de la schizophrénie, mais peuvent la révéler.
- Les personnes souffrant de schizophrénie n'ont pas une double personnalité.
- En dehors des périodes de crise, la plupart des patients peuvent retrouver un mode de vie satisfaisant.

La dépression

- La fatigue et l'insomnie sont des symptômes habituels de dépression.
- La dépression n'est pas un signe de faiblesse de caractère.
- Pour s'en sortir, un soutien est nécessaire dans la plupart des cas.

La toxicodépendance

- Le cannabis peut entraîner des problèmes cardiaques, pulmonaires et psychiatriques.
- Toute dépendance est une perte de liberté.
- L'alcool n'est pas moins dangereux que les drogues dures.

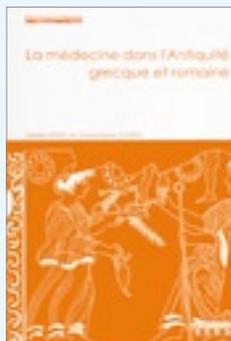
Publication Communication et médecine



Le professeur de linguistique Pascal Singy et le professeur Patrice Guex, chef du Département de psychiatrie du CHUV publient une importante investigation sur la communication préventive du sida. L'ouvrage, basé sur une enquête conduite en Suisse romande, aborde entre autres les expériences qu'ont les migrants des consultations médicales qui, de leur point de vue, peuvent être empreintes de racisme. Ils ont également réuni les souhaits et les craintes liés à une prévention qui serait exclusivement assurée par des représentants de leurs communautés. Enfin, Pascal Singy et Patrice Guex cherchent à savoir quelles sont les langues les mieux à même de servir de support à l'activité de prévention du sida. La force de l'ouvrage tient à l'association de deux approches – celle du linguiste et celle du psychiatre – et de leur sensibilité commune pour le monde des migrants. Cet ouvrage constitue indubitablement un apport pour les sciences humaines ainsi que pour la santé publique. □

COMMUNICATION ET MÉDECINE, LA PRÉVENTION DU SIDA AUPRÈS DES POPULATIONS MIGRANTES D'ORIGINE SUBSAHARIENNE, PATRICE GUEX ET PASCAL SINGY, ÉDITIONS LAMBERT-LUCAS, LIMOGES.

Publication Les origines de la médecine occidentale



Les incessants progrès de la médecine, entièrement tendue vers le futur, font parfois oublier que depuis l'Antiquité déjà, on s'est appliqué avec constance à prévenir et à traiter les maladies. L'ouvrage d'Helen King et Véronique Dasen, pourvu de nombreuses illustrations tirées de l'archéologie, décrit de façon concise et accessible les origines de la médecine occiden-

tale, les théories physiologiques et les conceptions de la maladie, les progrès de la pharmacologie et de l'anatomie antique (on y pratiquait déjà la dissection humaine), l'apparition de différentes spécialités comme celle des «maladies des femmes», le statut des soignants dans la société antique, ainsi que la question éthique des rapports entre médecin et malade. A lire ces pages, on constate l'ampleur du chemin parcouru depuis deux mille ans, mais on voit aussi que certaines questions posées par nos ancêtres demeurent d'actualité. □

LA MÉDECINE DANS L'ANTIQUITÉ GRECQUE ET ROMAINE, HELEN KING ET VÉRONIQUE DASEN, ÉDITIONS BHMS, INSTITUT UNIVERSITAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE, LAUSANNE.

Calendrier des expositions, hall principal du CHUV

DE MAI À OCTOBRE 2009

HAYDÉ

DU 28 MAI
AU 25 JUIN 2009
VERNISSAGE LE MERCREDI
27 MAI À 18H

Autour de ses affiches pour Le Petit Théâtre, Haydé présente dessins, collages et découpages, domaines où elle excelle et nous ravit.

Vaud patrimoines?

Vos patrimoines!
DU 1^{ER} JUILLET
AU 27 AOÛT 2009
VERNISSAGE LE
1^{ER} JUILLET À 18H

10^e anniversaire de «RéseauPatrimoineS». Après le Forum de l'Hôtel de Ville de Lausanne, le Musée national au Château de Prangins ou le Musée d'Yverdon, le CHUV accueille cette présentation de nos patrimoines, réalisée par l'Association pour le patrimoine naturel et culturel du canton de Vaud.

Jean Nazelle

DU 3 SEPTEMBRE
AU 15 OCTOBRE 2009
VERNISSAGE LE
2 SEPTEMBRE À 18H

Centrée sur l'œuvre gravée de Jean Nazelle, cette exposition s'inscrit dans le cadre de notre cycle consacré à l'estampe et à l'édition d'art, auquel ont déjà participé l'Atelier Raynald Métraux et l'Atelier Fanal.

Hall principal du CHUV, rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne. Pour tout renseignement: Caroline de Watteville, chargée des activités culturelles, T. +41 21 314 18 17 ou caroline.de-watteville@chuv.ch

Cycles de conférences publiques Vie et Santé 2009

MARDI 16 JUIN 2009, 18H30
AUDITOIRE CÉSAR-ROUX DU CHUV

La fertilité masculine est-elle menacée? Prof. Patrice Jichlinski, chef du Service d'urologie du CHUV.

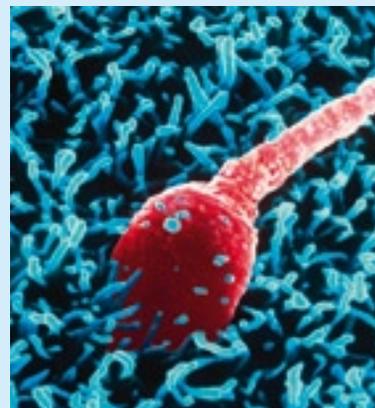


Image par microscopie électronique à balayage d'un spermatozoïde humain à la surface d'un ovule pendant la fertilisation.



«Je souffrais de démangeaisons de la tête aux pieds»

À CAUSE D'UN REIN DÉFAILLANT, MARIA COSTA LOPES RESSENTAIT D'INCESSANTES DÉMANGEAISONS SUR TOUT LE CORPS. DES TRAITEMENTS DERMATOLOGIQUES ONT SOULAGÉ CES SENSATIONS.

Debout, à côté de son lit d'hôpital, Maria Costa Lopes ajuste soigneusement ses draps. On ne soupçonnerait pas que cette quinquagénaire originaire du Portugal vient de subir une greffe du rein tant son sourire lui donne bonne mine. «Je revis», confie-t-elle. Une insuffisance rénale lui causait de fortes démangeaisons de la tête aux pieds, aussi bien le jour que la nuit. «Ces sensations étaient insupportables et m'empêchaient de dormir. Parfois, je me grattais jusqu'au sang pour les calmer.»

Connue sous le nom de «prurit rénal», cette complication touche 40 % des patients qui présentent une défaillance rénale et qui sont placés sous hémodialyse (une méthode d'épuration du sang effectuée à l'aide d'un dialyseur, qui agit comme une sorte de rein artificiel). «Le prurit rénal est une affection très complexe dont les mécanismes pathologiques sont encore mal connus, explique le Dr Paul Bigliardi, dermatologue au CHUV. Dans le cas de Madame Maria Costa Lopes, il semblerait qu'une substance toxique, non identifiée, n'était pas correctement éliminée à cause de son insuffisance rénale. Celle-ci s'accumulait dans la peau ou dans le sang et provoquait les démangeaisons.»

Pour atténuer ces sensations en attendant une greffe de rein, le dermatologue lui propose une série de traitements. «En cas de prurit chronique, des anti-histaminiques (des médicaments contre les allergies) ne suffisent pas. Il faut trouver un traitement qui convienne à chaque patient.» Outre une crème hydratante et un savon anesthésiant, il prescrit à Maria Costa Lopes des séances de thérapie ultraviolette (UVA et UVB) et des médicaments avec effet sur le système nerveux central et périphérique. Des recherches démontrent que des fibres nerveuses se trouvant sous la couche cornée sont responsables du prurit.

Résultat: les démangeaisons diminuent fortement, ce qui permet à la patiente de retrouver le sommeil. «Six mois plus tard, nous avons essayé d'interrompre les séances d'UVA. Les démangeaisons ont à nouveau augmenté. Cette rechute nous a montré que l'efficacité était due à la combinaison de ces différents traitements». Le Dr Bigliardi rappelle aussi l'importance des consultations spécialisées multidisciplinaires pour traiter des affections telles que le prurit et qu'il est surtout nécessaire de poursuivre les recherches.

Une autre bonne nouvelle arrive en mars 2009: un rein est disponible pour Maria Costa Lopes. «La greffe s'est très bien passée et je suis ravie de pouvoir à nouveau profiter de la vie. Je continuerai à venir à l'hôpital pour divers contrôles, mais les démangeaisons ont disparu et j'ai arrêté les hémodialyses. C'est une thérapie très lourde qui m'épuisait, à tel point que je ne sortais quasiment plus. Aujourd'hui je me sens bien, c'est tout ce qui compte.» □