



**Lausanne  
centre d'excellence  
dans le domaine  
cardio-vasculaire et  
de la transplantation**

## Sommaire

### Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

Le CHUV et La Faculté de biologie et médecine constitue un pôle d'excellence **Page 2**

### Les greffes d'organes sont réparties entre Genève et Lausanne depuis 2004

Le CHUV centre de transplantation du cœur, du poumon et du rein **Page 7**

### Jeunes consommateurs de substances psychotropes

Le projet DEPART améliore leur accompagnement et leur prise en charge **Page 10**

### Le Centre de stomathérapie du CHUV

Un service de soins plutôt méconnu **Page 13**

### Les deux objectifs prioritaires de la sécurité informatique

Protéger la sphère privée des patients et le fonctionnement du système **Page 14**

### Développement du dossier patient informatisé

Le projet a été lancé en juin dernier **Page 16**

### Troubles hyperactifs avec déficit d'attention (THADA)

Les enseignements d'une vaste enquête menée dans le canton de Vaud **Page 18**

### Le tri et la gestion des déchets

Une affaire de sécurité et de réduction des coûts **Page 21**

### Nouvelle grille des fonctions au sein de l'Etat

Le projet DECFO-Santé entre dans sa dernière phase **Page 22**

### Actualité Santé **Page 24**

#### CHUV-Magazine

**Editeur responsable:**  
Bernard Decrauzat, directeur général

**Rédaction:**  
Fabien Dunand

**Photos:**  
CEMCAV

**Graphisme:**  
Antidote

**Impression:**  
Imprimerie  
PAPERFORMS SA

**Tirage:**  
11'000 exemplaires

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

# ..... Maladies cardio-vasculaires et métaboliques ..... Le CHUV et la Faculté de biologie et de médecine constitue un pôle d'excellence

Lausanne annoncera officiellement la création d'un pôle d'excellence

dans le domaine des maladies cardio-vasculaires et métaboliques

le 5 octobre 2005. La mise en œuvre de ce pôle correspond à l'un

des objectifs de développement du Plan stratégique des Hospices-CHUV

2004-2007. Il a pour but d'améliorer encore la prise en charge

des patients souffrant de ces pathologies et de renforcer la recherche

déjà très active dans ce domaine.



**20% de tous les patients traités au CHUV le sont pour des maladies cardio-vasculaires ou métaboliques.**

Les maladies cardio-vasculaires et métaboliques représentent une part très importante de l'activité du CHUV.

- 20% de tous les patients traités de manière ambulatoire ou hospitalisés au CHUV le sont pour des maladies cardio-vasculaires ou métaboliques (diabète, obésité). Ces patients représentent 28% des soins fournis par les équipes médico-soignantes de l'hôpital.

- Un quart des patients traités au CHUV et provenant d'autres cantons que le canton de Vaud sont pris en charge pour des pathologies cardio-vasculaires ou métaboliques. Ce qui met en évidence l'attractivité du CHUV pour le traitement de ces maladies.

Les maladies cardio-vasculaires et métaboliques représentent une part impor-

tante de la recherche médicale lausannoise.

Plus de 250 collaborateurs des Hospices-CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine sont actifs dans la recherche cardio-vasculaire et métabolique. Environ cinq millions de francs par an sont accordés à cette recherche fondamentale ou clinique par le Fonds national de la recherche scientifique. Un montant au moins aussi élevé provient d'autres fonds de recherche.

Le CHUV est dans le peloton de tête des hôpitaux universitaires suisses dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire. Son activité est comparable dans ce secteur à celle de Zurich et de Berne.

Lausanne est le plus important centre de Suisse pour l'activité clinique en matière de métabolisme (diabète et obésité).



Les maladies cardio-vasculaires et métaboliques représentent une part importante de la recherche médicale lausannoise.

Le CHUV est le centre unique de référence en Suisse romande pour la transplantation cardiaque et pulmonaire (voir l'article sur le pôle transplantation page 7).

Lausanne a mis au point des collaborations de haut niveau avec les autres universités et l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne ainsi qu'avec l'industrie active dans ce domaine, par exemple avec Medtronic, Glaxo ou Novartis.

#### Les objectifs du pôle

Comme on le voit, les Hospices-CHUV et la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne auraient toutes les raisons d'être satisfaits des résultats obtenus dans ce domaine et des collaborations mises en place. Mais la prise en charge des patients, la formation et la recherche peuvent encore être améliorées. En apportant un remède au mor-

cellement des services qui s'occupent des maladies cardio-vasculaires et métaboliques, en regroupant les ressources humaines et financières sur des objectifs communs, la création du pôle permettra:

- de mettre en place une prise en charge multidisciplinaire des patients, en coordonnant l'intervention des différents services et en adaptant la filière d'exams et de soins à leurs profils;
- de renforcer le développement des prises en charge ambulatoires et des interventions peu invasives;
- de créer des plateformes communes et des passerelles entre la recherche fondamentale et les soins au lit du malade, au travers de ce qu'on appelle aujourd'hui la recherche transversale;
- de promouvoir la recherche de nouvelles thérapies, notamment des thérapies cellulaires;
- d'améliorer la gestion et la visibilité des moyens à disposition.

#### RECHERCHE Le cœur virtuel et né

Les cardiologues du CHUV et les ingénieurs de l'EPFL ont mis au point un modèle informatique virtuel du cœur humain. Grâce à ce modèle, il est désormais possible de simuler les observations cliniques faites sur un cœur malade. Il va notamment permettre d'optimiser le traitement de la fibrillation auriculaire, qui est le trouble cardiaque le plus fréquent, en observant ce qui se passe quand elle se déclenche, ce qu'il est très difficile, voire impossible, de faire sur l'être humain ou sur l'animal.

Ce projet résulte de la collaboration des équipes du professeur Lukas Kappenberger, chef du Service de cardiologie du CHUV, du professeur néerlandais Adriaan van Oosterom, et du professeur Murat Kunt, directeur de l'Institut de traitement des signaux de l'EPFL, avec le soutien de la société Medtronic.

#### Les principes de fonctionnement du pôle

Ce sont les objectifs du pôle qui déterminent les principes de son fonctionnement. Dans le domaine des soins, le pôle est axé sur une prise en charge harmonisée du patient, quel que soit le service d'accueil, au travers de filières par pathologie. Il fixe les programmes prioritaires pour optimiser l'information et l'accueil des patients ainsi que le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies cardio-vasculaires et métaboliques.

Dans le domaine de la recherche, le pôle détermine les axes de développement et les programmes privilégiés sur lesquels il orientera en premier lieu ses ressources et son soutien. Les projets favorisant le rapprochement entre la recherche fondamentale et la recherche clinique seront sélectionnés à travers un processus d'évaluation centré sur l'excellence. Le groupe de travail (voir l'encadré à ce sujet) a déjà préparé le terrain en listant des programmes de développement dans les trois secteurs: cœur, vaisseaux, métabolisme.

Une coordination est également prévue dans le domaine de la formation. Il s'agira de promouvoir deux modules d'enseignement, l'un sur le cardio-vasculaire, l'autre sur le métabolisme, dans le cadre de la restructuration en cours des études médicales. La contribution du pôle interviendra surtout dans la formation postgraduée avec la création d'une école doctorale «cardio-vasculaire et métabolisme». Dans le secteur de la formation continue, le pôle harmonisera les colloques et les formations existants. →



..... Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

**Appel aux projets.** Un concours interne est en cours pour donner au pôle un nom court et attractif et un logo qui participent à sa promotion auprès de la communauté scientifique et du public en général.

Sur le fond, un appel d'offres va être lancé auprès des départements et services concernés les incitant à proposer des projets. Cet appel d'offres sera doté d'un montant conséquent qui doit encore être précisé.

Certains projets prioritaires sont d'ores et déjà en cours de préparation ou ont démarré au cours de l'été. C'est le cas de projets touchant les protocoles de soins, la mise sur pied de rapports médi-

caux communs, l'organisation de la formation des médecins assistants et des piquets de garde dans le domaine clinique, de la création des plateformes communes dans le domaine de la recherche, et de la constitution d'une école doctorale dans le domaine de l'enseignement. L'offre présentée conjointement par les universités de Fribourg, Genève et Lausanne pour une Ecole doctorale thématique «cardio-vasculaire et métabolisme» a été retenue par la Conférence universitaire de Suisse occidentale, qui allouera un financement total de 150'000 francs pour les années 2005-2008. Le pôle cardio-vasculaire et métabolisme pilotera la partie lausannoise de cette école doctorale romande, qui démarrera dès l'automne 2005.

**Lea acteurs du pôle**

Le pôle cardio-vasculaire et métabolisme regroupe des unités des Hospices-CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine. Tout l'intérêt du pôle saute aux yeux quand on liste l'ensemble des services et des groupes impliqués à 100% dans les activités cardio-vasculaires et métaboliques et qui sont ainsi appelés à en faire partie.

Services	Plateformes communes de recherche
<ul style="list-style-type: none"> <li>Service d'angiologie</li> <li>Service de cardiologie</li> <li>Service de chirurgie cardio-vasculaire</li> <li>Service de cardiologie pédiatrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centre d'investigation clinique</li> <li>Plateforme de phénotypage cardiovasculaire du rongeur</li> <li>Plateforme de phénotypage métabolique du rongeur</li> </ul>
<p><b>Groupe impliqués à 100% dans les activités cardio-vasculaires et métaboliques et issus des entités suivantes</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurgie thoracique</li> <li>Dermatologie</li> <li>Endocrinologie, diabétologie et métabolisme</li> <li>Médecine préventive</li> <li>Médecine nucléaire</li> <li>Néphrologie</li> <li>Neurologie</li> <li>Pharmacologie clinique</li> <li>Physiopathologie clinique</li> <li>Radiologie (unité angiographique)</li> <li>Soins intensifs (unité coronaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Département de physiologie</li> <li>Département de pharmacologie</li> <li>Centre intégratif de génomique</li> </ul>

Au-delà des échanges d'information nécessaires avec les départements cliniques des Hospices-CHUV et les départements de la Faculté de biologie et de médecine, le pôle coordonnera en outre ses activités.

- Dans le domaine des soins, avec :
  - le Centre interdisciplinaire des urgences
  - le Centre des transplantations

- la Direction des soins infirmiers
  - le Service d'anesthésiologie
  - le Service de médecine
  - les Soins intensifs,
- pour permettre une prise en charge coordonnée des patients.

- Dans le domaine de la recherche, avec le Centre du cancer et le Centre de neurosciences de Lausanne et l'EPFL.

**RECHERCHE**  
**La canule intelligente**

Lausanne Région a décerné son premier prix «Lausanne Région Entreprendre» à la société Smartcanula. Deux hommes sont à l'origine de cette start-up : le professeur Ludwig Von Segesser, chef du Service de chirurgie cardio-vasculaire du CHUV, et Steven Staub, un Suisse originaire de Boston, spécialisé dans la valorisation des technologies médicales. Smartcanula développe un nouveau type de canule, ces tuyaux qui servent à drainer le sang des patients pendant les interventions cardio-vasculaires. Cette nouvelle canule «intelligente» est flexible et expansible. En s'adaptant au diamètre des vaisseaux, elle nécessite une incision beaucoup plus petite que la canule classique pour être introduite dans le corps du patient et permet de drainer davantage de sang. Pour plus d'information, voir [www.smartcanula.com](http://www.smartcanula.com)

**RECHERCHE**  
**Regarder un match de football peut être mortel**

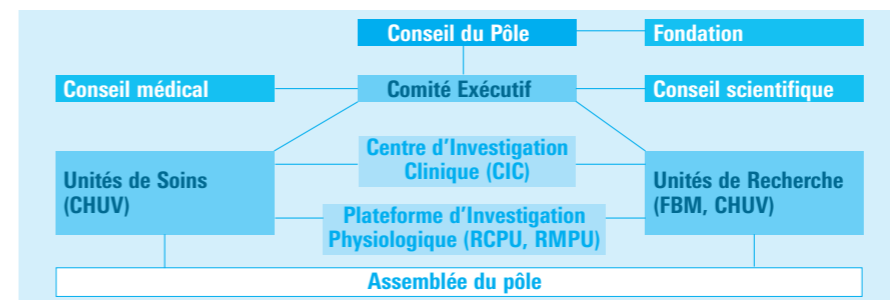
Les crises cardiaques ont augmenté de 60% en Suisse pendant la Coupe du monde de football de 2002, par rapport à la même période en 2001. C'est le résultat d'une étude réalisée par le Dr Eugène Katz, médecin au Service de cardiologie du CHUV, sur la base des données disponibles dans les principales agglomérations du pays.

Ce constat est d'autant plus intéressant que l'équipe helvétique de football ne participait pas à la Coupe du monde 2002. Ce qui n'a apparemment pas empêché les fans de foot de vibrer avec leur équipe favorite. Environ 1 Suisse sur 7 a suivi la finale de la Coupe au cours de laquelle le Brésil a battu l'équipe allemande.

L'augmentation des crises cardiaques est vraisemblablement due au stress vécu par les supporters lors de la prestation de leurs équipes favorites ainsi qu'à l'absence d'activité physique et à l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool chez nombre d'entre eux pendant la période de retransmission télévisée de ce grand rendez-vous sportif. On soupçonne également la «fièvre du sport» de leur faire oublier de prendre leurs médicaments.

Dans un article publié dans le *British Medical Journal*, des chercheurs britanniques faisaient état d'une augmentation de 25% des infarctus du myocarde le jour même et le lendemain de la défaite de l'Angleterre face à l'Argentine lors de la Coupe du monde de football en 1998. 24 millions de Britanniques avaient suivi le match devant leur poste de télévision. Des constats similaires ont été faits aux Etats-Unis lors de grands matches de football américains, y compris dans les stades.

**Lea structures du pôle**



Le pôle fédère, dans une organisation transversale, les unités de soins et de recherche des Hospices-CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine dans le domaine cardio-vasculaire et du métabolisme, et leur fournit des plateformes communes : un Centre d'investigation clinique et les plateformes de phénotypage cardio-vasculaire et métabolique du rongeur.

Le pôle est piloté sur le plan stratégique par un Conseil d'une quinzaine de personnes et sur le plan opérationnel par un Comité exécutif de cinq personnes (voir l'encadré sur la composition de ces deux organes).

**Le Conseil du pôle.** Les compétences et le fonctionnement du Conseil sont assimilables à ceux d'un conseil d'administration. Pour l'essentiel, il définit les orientations stratégiques et les axes de développement du pôle. Il en approuve le plan d'actions et le budget annuels. Il nomme le comité exécutif. Il participe activement à la promotion et au développement de la visibilité du pôle et gère la fondation qui sera créée pour le soutenir financièrement.

**Le Comité exécutif.** Il élabore et met en œuvre le plan d'actions et le budget annuels, après leur approbation par le Conseil. Il suit et coordonne les pro- →



**Le professeur Ludwig Von Segesser, chef du Service de chirurgie cardio-vasculaire et président du pôle.**

**Le rapport du Groupe de travail**

La création du pôle cardio-vasculaire et métabolisme a été décidée conjointement par la Direction générale des Hospices-CHUV et le Décanat de la Faculté de biologie et de médecine. Elle résulte du rapport d'un groupe de travail formé de médecins cadres et de chercheurs des deux institutions. Le mandat leur avait été confié en mai 2004 de proposer une organisation et des modalités de fonctionnement d'un pôle englobant les activités cardio-vasculaires et métaboliques.

- Le groupe de travail était composé de sept personnes :
- Dr Xavier Jeanrenaud, Service de cardiologie
  - Professeur Jean-Daniel Horisberger, Département de pharmacologie et toxicologie
  - Professeur Thierry Pedrazzini, Département de médecine
  - Professeur François Pralong, Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme
  - Professeur Salah Qanadli, Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle
  - Yves Rossier, Unité Développement stratégique et qualité
  - Dr Patrick Ruchat, Service de chirurgie cardio-vasculaire.

Leur rapport a été remis en février 2005. Il a ensuite été mis en consultation auprès du Comité de direction des Hospices-CHUV, du Décanat de la Faculté de biologie et de médecine et des principaux départements et services concernés. Ces consultations ont confirmé les conclusions et les recommandations du rapport.

## ..... Maladies cardio-vasculaires et métaboliques .....


**RECHERCHE**  
**Etude sur les femmes ménopausées souffrant d'hypertension**

Le Service d'angiologie mène, en collaboration avec le Service de cardiologie, une étude extensive sur l'évolution de l'hypertension chez les femmes ménopausées. Le but de l'étude, dirigée par le professeur Daniel Hayoz, est de comparer l'effet protecteur sur les artères de deux traitements parmi les plus fréquemment utilisés pour combattre l'hypertension.

L'objectif est de recruter environ 150 femmes afin de pouvoir en inclure 80 à 100 dans l'étude randomisée. Les femmes incluses dans l'étude seront suivies pendant au moins dix mois, mais le but est de les suivre aussi longtemps que possible afin de disposer de données dans la longue durée. Au cours de ces dix mois, l'étude comportera huit visites médicales dont trois examens complets cœur-vasseaux. Ces examens permettront de vérifier l'effet des deux médicaments et de déterminer lequel agit le plus efficacement sur l'élasticité des artères.

jets lancés dans les domaines des soins, de la formation et de la recherche. Il assure les relations internes et externes du pôle.

Le comité exécutif fonctionne de manière collégiale. Ce partage des responsabilités est appliqué avec succès dans d'autres hôpitaux universitaires, notamment en France et aux Etats-Unis, par exemple au Massachusetts General Hospital de Boston.

**Le Conseil médical et le Conseil scientifique.** Le Comité exécutif est assisté dans sa

**RECHERCHE**
**Etude lausannoise sur les facteurs à risque des maladies cardio-vasculaires**

Cette étude baptisée CoLaus (pour cohorte lausannoise) est l'une des premières du genre en Suisse. Elle est destinée à faire progresser les connaissances sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et les déterminants génétiques qui prédisposent à l'hypertension artérielle.

De nombreux facteurs peuvent augmenter les risques de développer une maladie cardiovasculaire: l'hypertension artérielle, le tabac, le diabète, l'obésité, le manque d'exercice, d'autres encore. Si certains de ces facteurs dépendent surtout du style de vie, plusieurs d'entre eux ont une composante génétique importante, comme le diabète ou l'hypertension. Afin de mieux comprendre l'influence des facteurs de risque et des gènes impliqués dans les maladies cardio-vasculaires, il est nécessaire d'étudier des populations homogènes et de grande taille. C'est pourquoi l'étude lancée en septembre 2003 au CHUV porte sur plusieurs milliers de personnes de 35 à

75 ans habitant la région lausannoise. Elle est conduite par une équipe de chercheurs allant de la génétique à la médecine préventive, sous la direction du professeur Gérard Waerber et du Dr Peter Vollenweider, du Département de médecine interne.

Les premiers résultats montrent que les Lausannois ne tiennent pas nécessairement une forme olympique. Sur la base d'un premier échantillon de près de 3'000 personnes, 35% des Lausannois sont hypertendus. 30% présentent un taux de sucre inadéquat dans le sang. C'est beaucoup plus que dans d'autres enquêtes de référence sur le plan international. En revanche, environ 15% des Lausannois ont un taux de cholestérol inadéquat et c'est sensiblement moins qu'il y a dix ans.

Le Service d'angiologie a entamé dans le courant de l'été une caractérisation vasculaire extensive de 1000 sujets participant à cette étude.

**RECHERCHE**
**Le cœur peut produire de nouvelles cellules musculaires cardiaques**

Une équipe de chercheurs lausannois a démontré la présence de cellules souches dans le cœur, cellules qui peuvent être isolées et qui ont la capacité de produire de nouvelles cellules musculaires cardiaques. Ces nouvelles cellules, appelées cardiomyocytes, pourraient dès lors participer à une régénération du tissu cardiaque d'un cœur malade.

Cette étude, menée par Nathalie Rosenblatt-Velin, Mario Lepore, Cristina Cartoni et Thierry Pedrazzini, du Département de médecine du CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne, et par Friedrich Beermann, de l'Institut suisse de recherche expérimentale sur le cancer (ISREC), a été publiée en juin par le «Journal of Clinical Investigation».

Une approche thérapeutique devra s'appuyer sur l'identification des phénomènes qui amènent les cellules souches cardiaques à produire des cardio-

myocytes. Dans ce contexte, cette étude démontre le rôle crucial joué par une molécule, le facteur soluble «Fibroblast Growth Factor-2», qui régule le processus de production des cardiomyocytes. Cette observation offre la possibilité de renforcer les mécanismes d'adaptation du cœur pour permettre de maintenir une fonction cardiaque normale lors d'accidents cardio-vasculaires.

Le professeur Thierry Pedrazzini a par ailleurs été l'un des lauréats du prix Novartis du 10e anniversaire du «Cardiovascular Biology Meeting», qui a eu lieu en octobre 2004: Ce prix lui a été décerné ainsi qu'au Dr Andrea Domenighetti, du Département de médecine du CHUV, associés au Dr Christophe Boixel et au professeur Hugues Abriel, de l'Institut de pharmacologie de l'UNIL. Le prix leur a été remis pour leur travail sur le rôle de l'angiotensine II dans le développement des arythmies cardiaques.

borateurs des unités du pôle (personnel médical, soignant, médico-technique et administratif). Elle est le lieu d'informations et d'échanges de l'ensemble du personnel sur les activités du pôle. Elle permettra notamment de récolter des recommandations et des propositions utiles au développement du pôle.

**Une Fondation.** Une Fondation sera créée pour faciliter la recherche de fonds et de donations afin de soutenir les activités du pôle et de renforcer sa visibilité.

## ..... Les greffes d'organes sont réparties entre Genève et Lausanne depuis 2004 .....

**Le CHUV centre de transplantation du cœur, du poumon et du rein**

Le CHUV est le seul centre romand de greffes cardiaques et pulmonaires. Parallèlement à la répartition des greffes d'organes entre Vaud et Genève, le CHUV s'est doté d'un Centre de transplantation d'organes (CTO) au printemps 2003, avec rang de service depuis juillet 2004. Ce centre médico-chirurgical, placé sous la direction du professeur Manuel Pascual, est doté:

- d'une dizaine de lits d'hospitalisation dans le Département de chirurgie,
- d'une consultation ambulatoire dans le Département de médecine,
- et d'une coordination de transplantation.

Le CTO a été créé dans le cadre des objectifs de développement du Plan stratégique 2004-2007 des Hospices-CHUV.



Au centre, le Dr Maurice Matter, responsable chirurgical du programme «donneurs vivants» de la transplantation rénale.

**Les premières transplantations au CHUV**

Le CHUV effectue des transplantations d'organes depuis 1971. La première greffe du rein, qui est historiquement la transplantation la plus ancienne et la mieux maîtrisée, date en effet de cette année-là. La première transplantation du cœur remonte à 1987, la première greffe de poumon à 1983.

Au total, le CHUV a procédé à:

- 652 greffes de rein de 1971 à 2004.
- 171 greffes de cœur de 1987 à 2004.
- 58 greffes de poumon de 1993 à 2004.
- 193 greffes de foie de 1988 à 2003 (en 2004, 8 patients du CHUV ont reçu une greffe de foie à Genève)

108 greffés du cœur étaient suivis par le Centre de transplantation d'organes du CHUV en 2004.

**Le centre de transplantation d'organes du CHUV**

La création du Service de transplantation a permis de développer une forte identité CHUV dans le domaine hautement spécialisé de la transplantation d'organes au niveau national, tout en contribuant à valoriser les programmes de transplantation existants. Depuis la création du CTO, la prise en charge médicale et infirmière des patients se fait au quotidien de façon interdisciplinaire. De nombreux services du CHUV jouent un rôle important dans cette prise en charge depuis la phase

immédiate en post-greffe (anesthésiologie, soins intensifs) jusqu'à la phase plus tardive (spécialistes d'organes, maladies infectieuses, etc.)

La coordination du CTO joue un rôle très important puisqu'elle est au centre du processus du don d'organes et participe activement aux bilans pré-transplantation et à la mise sur liste d'attente des patients candidats à une greffe. La coordination assure également la communication régulière avec les différents services partenaires du CHUV, les autres hôpitaux vaudois et SwissTransplant.

Des projets de recherche transversaux (inter-services) en transplantation ont été organisés, dans des domaines tels que l'immunologie de transplantation, la prévention ou le traitement des complications infectieuses, les aspects psychologiques ou la réinsertion professionnelle des patients ayant reçu une greffe d'organe.

D'autre part, le programme «donneurs vivants» en transplantation rénale a été réorganisé, en étroite collaboration avec les services de néphrologie, de chirurgie viscérale ainsi que de chirurgie thoracique et vasculaire du CHUV. Le Dr Maurice Matter, responsable chirurgical, le Dr Jean-Pierre Venetz, responsable médical, et Mme Isabelle Weigand, coordinatrice, travaillent ensemble pour assurer la bonne marche du programme. Le don vivant de rein en vue d'une greffe est une illustration parfaite de «l'interdisciplinarité» nécessaire. Une collaboration régulière entre le CTO, la néphrologie, l'imagerie médicale et le radiodiagnostic, la chirurgie vasculaire et l'angiologie, la psychiatrie et la psychologie, l'immunologie et les maladies infectieuses, ou encore la pédiatrie (don à partir d'un parent pour un receveur enfant) s'avère en effet indis-



..... Les greffes d'organes sont réparties entre Genève et Lausanne depuis 2004.....



Retrait d'un rein par laparoscopie chez un patient donneur.



Préparation de la réimplantation d'un rein chez le patient receveur.



pensable pour la préparation et le succès de ce type de greffes.

**Le réseau romand hospitalo-universitaire de transplantation**

Le 1er février 2004, les Conseils d'Etat des cantons de Vaud et de Genève et l'Association Vaud-Genève ont décidé de créer un réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation et de répartir les transplantations d'organes entre Genève et Lausanne.

La répartition officielle des transplantations entre les deux sites est véritablement une première dans notre pays. Elle suit une logique d'organes: à Lausanne, ceux logés dans le thorax (cœur-poumon); à Genève, ceux logés dans l'abdomen (foie-pancréas), la transplantation des reins étant maintenue sur les deux sites. Les transplantations de moelle osseuse (autogreffe à Lausanne, allogreffe à Genève) étaient déjà réparties depuis plusieurs années, à la satisfaction de tous.

Dans la pratique, les deux hôpitaux continuent d'identifier parmi leurs malades les candidats à une transplantation, de quelque organe que ce soit, et à les suivre après l'opération. Seul l'acte chirurgical a lieu sur le site concerné par la nouvelle répartition.

Grâce à cette répartition équilibrée des rôles entre Genève et Lausanne, toutes les activités de transplantations d'organes et de cellules souches hématopoïétiques sont possibles en Suisse romande. Le maintien des deux sites et leur étroite collaboration favorisent également des synergies universitaires indispensables aux progrès de la transplantation. L'expérience montre aussi que la présence d'un centre de transplantation a une influence sur le nombre de donneurs d'une région, ce qui n'est pas négligeable quand on parle de pénurie de donneurs et d'organes.

Pour la période 2004-2005, le réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation est dirigé par le professeur Philippe Morel, des HUG (responsable chirurgical du réseau), alors que le professeur Manuel Pascual, du CHUV (responsable médical du réseau), en est le directeur adjoint.

**Un objectif d'excellence**

La répartition des greffes assure la masse critique nécessaire à la qualité des soins, de la formation et de la recherche sur les deux sites. Le réseau romand hospitalo-universitaire de transplantation garantit une prise en charge clinique des patients romands similaire à Genève et à Lausanne. Un recueil commun de prise en charge, par organe, a été mis au point en juin 2004. Le réseau CHUV-HUG organise également en commun l'enseignement aux étudiants de 5ème et 6ème année, en étroite collaboration avec les autres services impliqués en transplantation. Un séminaire postgradué bimensuel a lieu sur chaque site. La mise en place d'une base de données informatique commune CHUV-HUG pour la transplantation est également en cours d'organisation, grâce à une collaboration étroite entre les offices informatiques des deux institutions.

**Réseau hospitalo-universitaire romand de transplantation**  
Répartition des activités sur les deux sites (Vaud – Genève) dès février 2004

Hôpital Universitaire	Organe transplanté						Moelle osseuse	
	Cœur	Foie	Poumon	Rein	Pancréas	Ilots	Allog.	Autolog.
Genève (HUG)		●		●	●	●	●	
Lausanne (CHUV)	●		●	●				●

*Suite à la création du réseau romand et à la répartition des greffes entre le CHUV et les HUG au début 2004, l'activité de transplantation (le nombre annuel de greffes) est resté stable au CHUV.*

**Pénurie de donneurs et d'organes**

En Suisse, une personne meurt presque chaque semaine faute d'avoir pu trouver un organe qui aurait pu la sauver.

Avec 12.6 dons d'organes par million d'habitants, la Suisse occupe l'une des dernières places des donateurs d'organes en Europe. Ce taux, qui atteint le niveau record de 33.7 dons d'organes par million d'habitants en Espagne, est de 23.8 en Autriche, de 19.9 en France, de 18.1 en Italie et de 12.2 en Allemagne.

Selon un dernier sondage réalisé sur la question, 67% des Romands, 62% des Tessinois et 52.5% des Alémaniques se déclarent pourtant favorables au don d'organe. Mais seul un habitant sur dix porte une carte de donneur sur lui. Car pour être donneur dans notre pays, il faut le déclarer formellement et surtout en avertir ses proches. Ce consentement explicite du don d'organe est maintenu dans la loi sur la transplantation, adoptée par les Chambres fédérales en automne 2004, et qui devrait entrer en vigueur le 1er janvier 2007.

Selon Swisstransplant, 1130 patients ont figuré sur la liste d'attente de dons d'organes en 2004 et seulement 412 patients ont été transplantés.

**Le rôle de SwissTransplant**

Créée en mars 1985, la Fondation SwissTransplant a vingt ans. Mais ce n'est que depuis 2003 qu'elle est financée par tous les cantons. Elle fonctionne comme une centrale de

coordination en matière de transplantations. Elle est le relais entre les hôpitaux donneurs et receveurs d'organes et centralise la liste des patients en attente d'un organe. L'allocation de chaque organe est faite suivant des règles de répartition fondées sur des critères médicaux. SwissTransplant participe à la sensibilisation et à l'information du public sur le don d'organes et favorise la collaboration internationale.

Le professeur Ludwig Von Segesser est membre du Conseil de fondation de Swisstransplant, le professeur Manuel Pascual de son Comité médical.

**La Fondation FSOD**

La FSOD (Foundation to Support Organ Donation) a son bureau au CHUV. Son président est le professeur René Chioleró, chef du Service des soins intensifs du CHUV. La FSOD participe activement à la promotion et à l'amélioration de la qualité du don d'organes en Suisse, grâce à un important travail au niveau des hôpitaux et auprès du public.

**Associations de patients**

Plusieurs associations de patients contribuent en Suisse à la lutte contre la pénurie d'organes. «A Cœur Ouvert» est l'une d'entre elles. Elle a été constituée au début de l'année 2005. Son président, Philippe Savioz, a reçu un nouveau cœur en juin 2004 au CHUV. Son secrétaire général, Pierre-Alain Amaudruz, 66 ans, a été lui-même opéré du cœur en mai 2000 dans notre hôpital.

**Le professeur Manuel Pascual**



**Chef du Service de transplantation.**

Médecin interniste et néphrologue, le professeur Manuel Pascual s'est spécialisé en transplantation pendant dix ans, de 1993 à 2002, au Massachusetts General Hospital de l'Université d'Harvard, à Boston, avant d'être nommé à Lausanne. Le financement de son poste a été possible grâce à une bourse de la Fondation Leenaards. En 2003, il a reçu un des trois prix remis par la Société américaine de transplantation. Ce prix a récompensé ses travaux de recherche, qui ont permis d'élucider les mécanismes humoraux du rejet des greffes rénales et de contribuer à la mise au point de nouvelles stratégies pour le traitement des rejets sévères chez les patients avant reçu une greffe rénale. Ses travaux ouvrent par ailleurs la voie à de nouveaux essais cliniques visant à améliorer les résultats à long terme des transplantations d'organes.



## .....Jeunes consommateurs de substances psychotropes.....

# Le projet DEPART améliore leur accompagnement et leur prise en charge

Les adolescents sont de plus en plus nombreux à consommer des substances psychotropes, légales ou illégales (cannabis, alcool et autres substances). Cette consommation peut prendre une telle importance qu'elle perturbe le développement de l'adolescent et la capacité de son entourage à l'accompagner. Que peut-on faire pour éviter cette évolution ou y faire face de manière adéquate? C'est pour répondre à cette question que le projet DEPART<sup>1</sup> a été mis sur pied. CHUV-Magazine a rencontré l'équipe qui s'en occupe depuis mai 2004.



Une partie de l'équipe du projet.  
Au premier rang, Patrice Charpentier, entouré de Caroline Graap et de Parissa Khosrov.  
Au deuxième rang, Monique Bolognini, entourée de Pierre-André Michaud et Philippe Stephan.

Le but général du projet DEPART est d'améliorer le dépistage, l'accompagnement et la prise en charge d'adolescents engagés dans des comportements d'abus de substances légales ou illégales. Il s'adresse en fait à deux catégories de jeunes de 12 à 20 ans:

- Ceux qui entament une consommation abusive de substances mais pour lesquels on peut espérer qu'un dépistage et une intervention précoce évitent l'entrée dans le processus de dépendance.
- Ceux qui abusent largement de substances et pour lesquels un accompagnement spécialisé (socio-éducatif, médico-psychologique et psychiatrique) est nécessaire.

Si la moitié environ des jeunes de cet âge consomment des substances psychotropes, 20% ont une consommation problématique et environ 7% ont une consom-

mation régulière qui les met à l'entrée de la dépendance. Comme l'expliquent les initiateurs du projet, ces situations ne doivent être ni diabolisées, ni banalisées. Elles doivent être prises en charge de manière adéquate pour améliorer l'accompagnement des ados concernés et soutenir leur entourage familial et l'ensemble des professionnels qui sont à leur contact: médecins, centres de loisirs, structures socio-éducatives et services sociaux.

Jusqu'ici l'accompagnement et le traitement d'adolescents engagés dans des comportements d'abus de substances étaient mal coordonnés. Les outils et les spécialistes à même d'assurer cet accompagnement faisaient défaut. Cela provoquait des ruptures répétées des liens créés avec l'adolescent consommateur qui entravaient l'efficacité de la prise en charge. Il y avait d'un côté une prise en charge médicale et

de l'autre une prise en charge sociale, dont les milieux s'ignoraient souvent. DEPART est parvenu à réunir les deux, en une structure complémentaire aux consultations déjà existantes. L'équipe de DEPART vient simplement renforcer les compétences des réseaux et des institutions confrontés au problème de la consommation de substances chez les jeunes.»

### Ce qu'apporte l'équipe de DEPART

DEPART intervient à trois niveaux:

1. Auprès des professionnels du réseau en leur apportant un soutien spécialisé dans l'approche des problèmes liés à la consommation de produits psychotropes et une aide pour utiliser au mieux les ressources et les compétences dont ils disposent.
2. Auprès des jeunes eux-mêmes en leur proposant une démarche qui les aide à se situer par rapport aux produits consommés et à redevenir acteur de la situation en faisant des choix.

3. Auprès des parents et des proches en leur apportant un soutien dans leurs relations avec le jeune, en étant à leur écoute, en leur fournissant des informations et des bilans de situation.

### Les clés de la démarche

Auprès des institutions qui en font la demande, DEPART peut aussi bien offrir un soutien spécifique concernant les problèmes de consommation des adolescents qu'une aide à l'optimisation des ressources déjà existantes au sein de l'institution. Cette deuxième forme de soutien est privilégiée en raison de l'effet multiplicateur obtenu en favorisant la gestion autonome des problèmes par l'institution.

Cet accompagnement des professionnels du réseau représente plus de 27% des interventions de l'équipe DEPART. Il prend diverses formes.

**1. L'intervention.** Lorsqu'une collaboration se met en place avec une institution, des séances mensuelles d'intervention sont organisées avec la psychiatre et un intervenant socio-éducatif de DEPART. Au cours de ces réunions, chaque intervenant peut apporter son regard (d'où le terme d'intervention) autour d'une situation difficile. Cet espace de réflexion permet de partager des compétences et des expériences et de dégager une attitude et une intervention communes. L'institution peut ainsi gérer la situation sans que DEPART doive intervenir directement auprès des jeunes.

**2. Les protocoles de collaborations.** Lorsqu'une collaboration régulière avec une institution se met en place, DEPART propose une rencontre entre les équipes pour une présentation mutuelle et un échange sur les pratiques de chacun. L'équipe de DEPART propose également l'élaboration d'un protocole de collaboration qui formalise les relations avec l'institution concernée et facilite la communication et le travail commun.

**3. La formation.** L'équipe de DEPART participe à des formations dans le domaine de l'adolescence et de la consommation de substances ou de l'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation de la consommation de substances par les adolescents (voir encadré).

### L'équipe du projet DEPART

- Le projet DEPART est né de la collaboration entre:
- l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA),
  - le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA),
  - la Division des abus de substances (Centre St-Martin),
  - l'Association vaudoise des organismes privés pour enfants, adolescents et adultes en difficulté (AVOP),
  - et le Service de protection de la jeunesse (SPJ).

L'équipe du projet est une équipe pluridisciplinaire. Elle est composée de:

- Patrice Charpentier et Caroline Graap, intervenants socio-éducatifs.

- Parissa Khosrov, psychiatre-psychothérapeute,
- Mathias Romailier, psychologue responsable de l'évaluation du projet.

Elle est supervisée par Pierre-André Michaud, médecin chef de l'UMSA, Renaud Stachel, responsable socio-éducatif du Centre St-Martin (Unité de toxicodépendance), et Philippe Stephan, médecin responsable de l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA), qui co-dirigent le projet.

Le comité de pilotage réunissant un représentant de chacune des entités initiatrices du projet se réunit une fois par mois.

A côté de l'aide fournie aux professionnels du réseau, l'équipe de DEPART peut intervenir en appui autour de situations individuelles, en particulier lorsque la consommation a pris une importance telle qu'elle vient mettre en échec le travail de soutien fourni par les professionnels en contact avec les adolescents concernés. Dans ce cas de figure, DEPART est en mesure de proposer une palette de prestations.

**1. L'évaluation.** Une évaluation est effectuée dans tous les cas au début de l'intervention. Elle comporte généralement deux à trois entretiens. Il s'agit d'évaluer la gravité de la consommation (histoire de la consommation, substances consommées, quantités et fréquences, motifs de la consommation) et de l'examiner en fonction de l'ensemble de la situation de l'adolescent (ressources internes et externes, lien entre la consommation et les autres problèmes rencontrés).

**2. L'accompagnement.** Un accompagnement peut être souhaitable dans le cas d'une situation bloquée par des comportements d'abus de substances envahissants. Cet accompagnement offre au jeune un espace tiers de réflexion autour de ses comportements, de ses projets de vie et des difficultés qu'il rencontre. Au cours de ces entretiens, l'intervenant cherche à amener le jeune à prendre conscience de ce qui lui arrive, à se poser des questions sur ce qu'il consomme, pourquoi et avec quelle conséquence sur sa situation et son avenir.

Ce travail intègre l'approche centrée sur la personne et l'analyse psychodynamique des tensions et conflits en jeu. Le cadre de ces entretiens est suffisamment souple pour faciliter l'adhésion des jeunes à la démarche (déplacement sur le lieu de vie

du jeune, horaires souples et rythmes variables des entretiens, recours aux SMS, etc.). Cet accompagnement est indissociable du travail en réseau dans lequel l'équipe de DEPART cherche à réaménager un espace de travail pour les professionnels qui interviennent dans la situation et à aider chacun à clarifier son rôle.

**3. L'orientation.** Une orientation peut également être nécessaire, soit immédiatement après l'évaluation, soit après un accompagnement de plus ou moins longue durée. Ces étapes préliminaires (évaluation, voire accompagnement) servent à la fois à évaluer au mieux les besoins d'aide et à préparer le jeune et son entourage à la prise en charge proposée (placement dans une institution résidentielle spécialisée en toxicomanie, par exemple, ou prise en charge psychothérapeutique).

### Une année d'activité bien remplie

Entre début mai 2004 et fin février 2005, DEPART a enregistré 104 demandes d'interventions:

- Soit pour contribuer à évaluer et à suivre la situation d'un jeune en particulier (76 cas). Ces demandes émanaient d'un membre de la famille (28%), de structures socio-éducatives (32%), psychiatriques ambulatoires (17%) ou scolaires-professionnelles (17%).
- Soit pour venir en appui à une institution confrontée à des problèmes de consommation de substances à l'adolescence: écoles (11 cas), structures socio-éducatives (6 cas), spécialisées en toxicomanie (5 cas) ou médicales (4 cas). Les deux dernières demandes émanaient de l'entourage de jeunes. →

<sup>1</sup> Initialement, l'acronyme DEPART signifiait «Dépistage, Evaluation et Parrainage d'Adolescents à Risque de Toxicomanie». Il est utilisé aujourd'hui pour dire plus simplement «Dépistage, évaluation et parrainage d'adolescents consommateurs de substances».

## ..... Jeunes consommateurs de substances psychotropes .....

## Origine géographique de la demande

	Demande concernant un jeune	Demande concernant une institution
Lausanne	64 %	46 %
Région lausannoise	21 %	18 %
Reste du canton	15 %	36 %

En raison de l'effectif de l'équipe et du temps à disposition, les demandes adressées pour les jeunes émanant de l'extérieur de la région lausannoise ont généralement été orientées vers les institutions spécialisées des secteurs concernés.

Les jeunes qui ont fait l'objet d'une demande d'intervention sont âgés entre 12 et 25 ans, avec une moyenne d'âge de 17 ans (sur les 15 jeunes âgés de plus de 19 ans, 4 ont été d'emblée réorientés vers une institution destinée aux adultes). Ce sont pour deux tiers des garçons.

## | Cannabis et alcool

La substance principale évoquée lors de la demande d'intervention est le cannabis (92%). L'autre substance souvent mentionnée est l'alcool (60%). Mais si le cannabis est la substance la plus souvent citée, la consommation d'alcool se révèle parfois tout aussi importante. La consommation d'autres substances, telles que les drogues de synthèse, est moins importante, même si elle ne doit pas être sous-estimée.

La demande est essentiellement justifiée par des problèmes d'ordre scolaires ou professionnels (33% des cas) et familiaux (42% des cas). La situation du jeune a déjà fait l'objet d'une mesure :

- socio-éducative (dans 45% des cas),
- de type psychothérapeutique (dans 38% des cas),
- d'ordre médical (dans 25% des cas),
- ou d'une mesure dans le cadre scolaire-professionnel et/ou juridique (18%).

## | Poursuivre l'expérience

DEPART est conçu comme un projet pilote d'une durée de deux ans (mai 2004-avril 2006). Il est financé par les Hospices-CHUV, le Fonds de prévention de lutte contre les toxicomanies du canton de Vaud et Lausanne Région, la Communauté d'intérêt de la région lausannoise. Les initiateurs du projet espèrent que l'évaluation des résultats obtenus permettra d'assurer la pérennité de son financement.

Entre janvier et mars 2005, 18 entretiens téléphoniques d'évaluation ont également été réalisés avec des personnes qui avaient adressé une demande à DEPART

entre mai et fin juin 2004, soit environ huit mois auparavant. Ces entretiens qui ont touché 12 professionnels et 6 parents ont duré une trentaine de minutes sur la base d'une grille de questions.

La majorité des avis exprimés relèvent des aspects positifs. Bon nombre d'avis mentionnent la qualité du travail accompli, les compétences des membres de l'équipe et la pertinence de leurs interventions (suivi des situations, orientations effectuées de manière adéquate, prise en compte des besoins du demandeur). Les avis positifs se rejoignent aussi pour souligner :

- la pertinence du projet lui-même (réponse adéquate aux besoins, complément utile de l'offre existante, approche adéquate de la consommation de substances, accès facilité à une aide spécialisée);
- l'appréciation des intervenants par les jeunes (pas de jugement porté sur leur comportement, création d'un lien de confiance et d'une alliance, mise en place d'un cadre accessible et flexible);

## ..... Profil des jeunes vus par DEPART .....

Entre mai 2004 et février 2005, le questionnaire DEPART a été rempli par 43 jeunes dans le cadre du projet DEPART: 14 filles et 29 garçons âgés de 16 ans et demi en moyenne. Ce questionnaire permet de catégoriser la consommation de substances psychoactives chez les adolescents selon trois stades :

- feu vert (pas de problèmes évidents),
- feu jaune (problèmes émergents et intervention souhaitable),
- et feu rouge (problèmes évidents et intervention nécessaire).

Lors du début de l'accompagnement, plus de 40% d'entre eux pouvaient être considérés comme en rupture avec le monde scolaire ou professionnel.

Sur ces 43 jeunes:

- 72% se situaient dans la zone « feu rouge »;
- 21% dans la zone « feu jaune »;
- 7% dans la zone « feu vert ».

L'alcool et le cannabis sont les deux produits les plus communément consommés par ces jeunes. Le cannabis est le plus souvent consommé quotidiennement (67%) alors que l'alcool est consommé

- et l'amélioration de la situation du jeune (mise en route ou aboutissement d'un projet professionnel, amélioration de l'état psychologique, diminution de la consommation).

Les avis négatifs portent essentiellement sur les limites du projet. Dans plus d'un tiers des cas, ils expriment la difficulté de faire adhérer le jeune, voire ses parents, à la démarche proposée par DEPART. Ces avis rejoignent le constat général dans la clinique des addictions où la proposition d'une prise en charge n'est acceptée pleinement que très tard dans le parcours des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance. Ces aléas dans la motivation à changer de comportement expliquent notamment les fréquentes interruptions de traitement et les rechutes.

Une partie des avis exprimés, surtout par les professionnels, réclament l'élargissement du projet en généralisant les collaborations avec les institutions (notamment avec les foyers éducatifs), en étendant l'offre de formation et le périmètre d'action à tout le canton. Les autres attentes tournent autour de la nécessité d'intensifier l'intervention (offrir plus de suivi et des suivis plus intensifs dans les cas de consommation très problématique) et de maintenir DEPART.

moins fréquemment, principalement en fin de semaine (44%). Mais les épisodes de prise massive d'alcool pouvant déboucher sur des problèmes aigus (coma éthylique) ou plus diffus (ruptures sociale, scolaire ou professionnelle) sont relativement fréquents.

La consommation d'autres substances ne prend pas les mêmes dimensions, mais il convient de ne pas en minimiser l'importance. 12% de ces jeunes ont déjà consommé de l'héroïne dans leur vie de manière occasionnelle (au maximum une fois par mois) et 19% ont consommé de la cocaïne entre 1 et 10 fois au cours des douze derniers mois.

Dans leur parcours antérieur, la plupart de ces jeunes (71%) avaient eu un contact avec un médecin ou une structure médicale, le plus souvent avec le médecin de famille (58%). Mais seul un jeune sur deux a parlé de sa consommation dans le cadre de ce contact. Une grande partie d'entre eux avaient également eu un ou plusieurs contacts de type psychothérapeutique (64%), socio-éducatif ambulatoire (54%) ou résidentiel (46%).

## ..... Le Centre de stomathérapie du CHUV .....

## Un service de soins plutôt méconnu

La stomathérapie? Ce mot savant<sup>1</sup> recouvre d'une certaine pudeur tous les soins apportés aux patients porteurs d'une

poche pour les selles ou les urines ou souffrant d'incontinence. Spécialisées dans la prévention et le traitement des pro-

blèmes cutanés autour des stomies et des fistules, les infirmières stomathérapeutes en sont venues à soigner également

les plaies chroniques (escarres, ulcères, plaies diabétiques) et les plaies chirurgicales problématiques. Le Centre de sto-

mathérapie du CHUV est dirigée par une ICUS, Judith Weller, qui l'a créé en 1987. CHUV-Magazine l'a rencontrée.

Les stomathérapeutes du CHUV s'occupent de tous les patients concernés, des bébés aux centenaires, quel que soit le service somatique, psychiatrique ou de réadaptation qui les accueillent.

Leur spécialisation est centrée sur les soins aux patients stomisés, avant, pendant et après l'hospitalisation. Avant l'opération, il s'agit notamment de déterminer le meilleur emplacement de la stomie en fonction de l'examen du corps, des activités professionnelles et des loisirs du patient.

Après l'opération, il faut orienter le choix du patient vers le type de poche le mieux adapté à sa situation. Il faut également enseigner au patient et/ou à son entourage comment faire les soins de la stomie et comment prévenir les complications. Il s'agit aussi d'apprendre au patient à vivre avec une poche, avec une nouvelle image corporelle et les problèmes qui lui sont liés, notamment sur le plan sexuel et des relations au sein d'un couple. «Nous en parlons avec 80% des patients, explique Judith Weller. Notre activité relève pour 51% de soins physiques et pour 49% d'éléments relationnels.»

Cette relation est d'ailleurs de longue durée. Elle se prolonge aussi longtemps que le patient est stomisé, de manière épisodique évidemment quand la situation est stabilisée. Dans ce cas, c'est le patient qui appelle en cas de nécessité. «Je connais certains patients depuis 1987, poursuit Judith Weller. C'est une relation très privilégiée dans la mesure où la situation de ces patients est généralement lourde à porter. 75% d'entre eux ont été opérés pour un cancer et doivent affronter des problèmes aussi bien psychologiques que physiques.»

Dans certains cas, cette relation peut cependant devenir difficile à gérer en raison de la grande dépendance psychologique du patient: si la stomathérapeute

## Judith Weller



Judith Weller est un courant d'énergie qui fonctionne à l'humour britannique. Née british, et établie dans notre pays depuis 1976, elle se qualifie de «réfugiée sportive». Entendez par là que fan de sport et surtout de ski, elle a choisi de venir travailler dans notre pays pour être tout près des pistes. En dehors de son amour pour la montagne, elle pratique aussi les arts martiaux, le jujitsu, depuis 25 ans - «dans notre métier, il faut pouvoir se défouler», explique-t-elle - et court à l'opéra chaque fois que cela est possible, notamment à Genève.

Depuis sept ans, Judith Weller est présidente de l'Association suisse de stomathérapeutes, qui sont plus de 80 dans toute la Suisse, la profession s'étant plus développée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. C'est essentiellement une profession de femmes; on compte les hommes sur les doigts d'une main. Judith Weller est également membre du Comité central de l'association mondiale, the World Council of Enterostomal Therapists. Ce travail bénévole pour les associations professionnelles l'occupe 6 à 8h par semaine.

ne peut pas résoudre son problème d'appareillage, il n'y a guère moyen de faire appel à quelqu'un d'autre.

## | Les soins de plaies

Ces dernières années, les stomathérapeutes ont développé leurs compétences dans le domaine des soins de plaies, ce qui les amènent à avoir un rôle de consultant dans les services.

## | Surmonter les tabous

En ce qui concerne l'incontinence, l'infirmière stomathérapeute a un rôle d'évaluation et de conseil pour le choix de l'appareillage (étui pénien, produit absorbant, tampon anal, etc.) en attendant que le traitement médical ou chirurgical ait lieu ou dans les situations où celui-ci se révèle inefficace. Elle doit également donner des conseils tout simples sur l'hygiène de vie et la manière de s'alimenter afin de

prévenir des épisodes d'incontinence. Mais l'aide à ces patients se heurte encore à un tabou. L'incontinence est trop souvent considérée comme une fatalité de l'âge (vieux = incontinent), comme une situation pour laquelle on ne demande pas d'aide, parce qu'il n'y a pas grand-chose à faire.

## | Un rôle de gestion

Au-delà de son rôle direct de soins et d'accompagnement auprès de patients, le centre de stomathérapie gère le stock d'environ 400 articles liés à son activité. Offrir aux patients la possibilité de choisir leur appareil fait qu'ils en sont plus satisfaits, qu'ils se prennent mieux en charge par la suite. En raison du nombre important de patients suivis dans un hôpital universitaire, les stomathérapeutes du CHUV sont également consultées lors des études sur le développement de nouveaux produits. →

<sup>1</sup> Une stomie (du mot grec «stoma» signifiant bouche) est une dérivation artificielle d'un organe creux (intestin, appareil urinaire) vers la peau.





Nathalie Mangin.



Claire Genoud.

### L'équipe de stomathérapeutes

L'équipe des stomathérapeutes du CHUV est composée de trois personnes:

- Nathalie Mangin, qui travaille exclusivement pour le CHUV, avec un temps de travail de 90%;
- Judith Weller, qui travaille à 90%, dont 30% pour le CHUV et 60% pour les soins à domicile (OMSV);
- et Claire Genoud, qui travaille à 50% en assurant le remplacement de ses deux collègues lors de leurs congés.

Elles travaillent en réseau avec les 7 autres stomathérapeutes réparties sur l'ensemble du territoire vaudois en se rendant aussi au domicile des patients, dans les autres hôpitaux, centres de réadaptation et EMS du canton.

Il faut savoir qu'en 1987, lorsque Judith Weller a créé le centre du CHUV, en y travaillant à 10%, une seule personne employée à plein temps par la Ligue vaudoise contre le cancer était censée couvrir l'ensemble des besoins du canton. «D'autres m'ont beaucoup aidé à mes débuts, ajoute-t-elle, en particulier le professeur Jean-Claude Givel et Sylvia Hauri, ex-ICS en chirurgie.»

#### Evolution de l'activité des stomathérapeutes du CHUV

	Nombre de consultations ambulatoires ou hospitalières	Nombre de nouveaux patients
1995	1'985	139
2004	2'507	173

700 dossiers de patients sont actuellement ouverts au Centre de stomathérapie.

Toute infirmière sait changer une poche. Les stomathérapeutes ne s'occupent donc que des nouveaux cas ou des complications.

#### Le problème de la formation

Il n'existe pas de reconnaissance officielle de l'infirmière ou de l'infirmier en stomathérapie. La profession n'est pas reconnue en Suisse, ni d'ailleurs en Italie, en Allemagne ou en France. Il n'y a pas davantage de formation de stomathérapeute en Suisse mais elle existe à l'étranger, en France en Allemagne ou en Angleterre notamment. 99% des stomathérapeutes suisses ont donc appris leur métier à l'étranger dans le cadre d'une

formation payée par leur employeur. Et, à part quelques journaux, les congrès internationaux restent les seules possibilités de formation continue.

Les stomathérapeutes du CHUV participent à l'enseignement dans les écoles de soins infirmiers ou à la formation continue auprès du personnel soignant. Il leur arrive de donner également des cours aux ambulanciers, aux physiothérapeutes, aux pharmaciens et aux étudiants en médecine.

## Protéger la sphère privée des patients et le fonctionnement du système

La protection de la sphère privée des patients est non seulement une question d'éthique mais c'est une obligation légale liée au secret médical, au secret de fonction et aux dispositions sur les fichiers informatiques et la protection des données personnelles. Cette protection de la sphère privée est d'autant plus nécessaire que les données sur les patients se sont multipliées avec l'informatisation des dossiers médicaux et l'explosion de l'utilisation des moyens de communication informatique.

Le bon fonctionnement du système informatique est par ailleurs une condition devenue impérative du bon fonctionnement de l'hôpital, depuis les soins prodigués aux patients jusqu'à la gestion administrative et financière. La sécurité informatique doit donc être particulièrement vigilante dans une institution comme la nôtre.

Cet article réalisé en collaboration avec le responsable de la Sécurité Informatique, Christophe Gabioud<sup>1</sup>, vous informe sur les droits et les devoirs associés à l'utilisation d'internet, de la messagerie électronique et des réseaux informatiques. Ces droits et devoirs font l'objet d'une directive institutionnelle que vous pouvez consulter sur intranet.

Afin d'éviter des incidents et des abus, chacun doit adapter ses pratiques à quelques principes fondamentaux. Ces principes permettent d'évaluer la conformité de l'usage que l'on fait des moyens informatiques mis à disposition et de comprendre le sens des règles imposées pour assurer la sécurité informatique.

**L'intérêt du patient.** La vocation des Hospices-CHUV est d'agir dans l'intérêt



Christophe Gabioud, responsable de la Sécurité informatique.

du patient. Chaque cas est soumis au secret médical. Cela implique la confidentialité des données informatique relatives aux dossiers patients et de toute autre information à caractère médical ou personnel. Chacun doit donc s'assurer que les données médicales ne sont accessibles qu'aux personnes autorisées.

D'autre part, il est indispensable d'éviter de publier certaines informations sur internet et d'échanger des informations sensibles via le courrier électronique ou au travers de forums de discussion.

**La responsabilité individuelle.** Le respect des devoirs liés à l'environnement hospitalier s'applique à tous. Les utilisateurs sont individuellement responsables de la façon dont ils utilisent les moyens informatiques mis à leur disposition et des données qu'ils manipulent (intégrité des données).

Un incident de sécurité peut se produire suite à la création d'une seule faille dans nos systèmes de protection. Les actions irréfléchies d'un utilisateur peuvent non seulement affaiblir nos défenses mais également perturber le bon fonctionnement des services. Il est donc requis de s'adresser à l'Office informatique pour toutes les questions relatives aux ressources informatiques.

**La traçabilité.** Des informations sont collectées sur les transactions effectuées, qui permettent de savoir qui a fait quoi, à quel moment. En cas de litige, ces données peuvent servir de moyen de preuve.

#### Règles générales

Le système d'information des Hospices-CHUV est conçu pour répondre aux besoins professionnels. L'utilisation de l'informatique est donc réservée à des fins professionnelles. Un usage privé est toutefois toléré sous certaines conditions. Cette utilisation:

- doit s'effectuer en dehors des heures de travail,
  - ne doit pas occasionner de surcharge du réseau et des serveurs,
  - ne doit pas poursuivre de buts lucratifs.
- La consultation, le stockage et la diffusion de certains documents ou applications sont interdits. Cette interdiction porte sur:
- la pornographie,
  - l'atteinte à la dignité de la personne,
  - l'incitation à la haine raciale,
  - l'apologie de la violence.

#### Utilisation d'internet

L'utilisation d'internet doit respecter les droits d'auteur et les licences. La copie

<sup>1</sup> Christophe Gabioud est rattaché à la direction de la sécurité des Hospices-CHUV et rapporte directement à la direction générale.

illégal de logiciels et la diffusion d'information appartenant à des tiers sans leur consentement sont prohibés.

Le téléchargement d'informations ou de logiciels depuis internet est réservé à l'activité professionnelle et doit provenir de sources sûres.

La configuration du navigateur internet ne doit pas être modifiée.

Les activités suivantes ne sont pas autorisées:

- Ecouter des stations radios ou des émissions de télévision sur internet. En effet, ces activités occasionnent une forte charge du réseau. Le peer to peer est également prohibé.
- Participer à des discussions (chat). Il faut savoir que cette utilisation est peu sûre.
- Pratiquer des jeux en ligne.
- S'abonner à des sites payants non professionnels.

#### Utilisation de la messagerie

La protection de la sphère privée étant fondamentale, il est interdit de prendre connaissance des informations figurant dans les boîtes aux lettres personnelles d'autres utilisateurs.

Lors d'envoi privé, le champ «Objet» du courrier électronique doit porter la mention «Privé». Cela vous assure que votre e-mail ne sera pas lu par les techniciens ou les administrateurs du courrier électronique.

Dans le but d'éviter toute surcharge des serveurs de courrier électronique, les abonnements à des listes de diffusions ou des «newsletters» doivent être en rapport avec l'activité professionnelle.

Les collaborateurs ne sont pas autorisés à diffuser des informations qui peuvent porter atteinte à la réputation des Hospices-CHUV ou qui enfreignent les règlements. →



## Sécurité informatique

Pour éviter d'occasionner des pertes de temps aux destinataires, les activités suivantes sont interdites :

- Envoi de masse à des fins privées.
- Propagation de messages chaînés (jeu de l'avion).
- Diffusion de rumeurs et de canulars.
- Distribution de blagues.

La diffusion d'informations confidentielles ou sensibles ne doit pas s'effectuer sans protection via le courrier électronique. D'autres moyens sécurisés existent et peuvent être mis à disposition par l'Office informatique.

Les messages non sollicités (SPAM) sont un fléau qui encombre le courrier. Fin 2004, plus de 700'000 SPAM étaient recensés et éradiqués chaque mois. Il ne faut jamais y donner suite. Ne cliquez jamais sur un lien inclus dans un tel message.

Eviter également de communiquer votre adresse de messagerie professionnelle sur les sites web et dans des forums de discussion. C'est un des moyens utilisés pour se procurer votre adresse et vous inonder de message non sollicités.

## Connexion au réseau des Hospices-CHUV

L'intégrité du réseau informatique est une des clés qui permet la protection des données des patients et des ressources de l'institution.

Les virus et d'autres vecteurs d'attaque empruntent les réseaux. L'Office informatique déploie des mesures de protection adaptées. Fin 2004, environ 15'000 virus étaient repérés chaque mois et seule une infime partie parvenait à infecter quelques machines avant d'être éliminés.

Pour contenir cette menace, seules les machines identifiées et munies d'une protection anti-virale contrôlée peuvent être connectées au réseau informatique des Hospices-CHUV. Toute connexion d'un nouvel équipement est soumise à autorisation.

Des zones sont réservées pour connecter les postes de travail non gérés par l'Office informatique. De cette façon, ces machines ne constituent plus une menace pour les applications vitales des Hospices-CHUV.

Le prochain CHUV-Magazine présentera les règles relatives à une utilisation sûre des postes de travail.

## Développement du dossier patient informatisé

## Le projet a été lancé en juin dernier

L'objectif du dossier patient informatisé paraît simple.

**Il s'agit de disposer d'un seul dossier informatique par patient, comprenant toutes les données le concernant, et accessible à tous les professionnels de la santé qui en ont besoin, au travers d'un seul point d'entrée. De nombreux services attendent avec impatience cette évolution. Le projet a été lancé en juin dernier et sera progressivement mis en œuvre, avec une première série de réalisations d'ici à 2007. CHUV-Magazine a rencontré la cheffe du projet à l'Office informatique, Soumeya Achour Benharrats.**

## Quels sont les avantages d'un dossier patient informatisé?

**Soumeya Achour.** Avec un dossier patient informatisé, toutes les données concernant un patient sont facilement et rapidement accessibles et à tout moment par tous les médecins et soignants qui en ont besoin. L'information est ainsi partagée entre tous ces partenaires de santé assurant ainsi une continuité des soins. L'organisation des données permet une meilleure analyse et une aide à la prise de décision (construction de base de connaissances à terme). Nous sommes sur cette voie, même si le chemin qui reste est encore long.

Au travers de leur application informatique, les utilisateurs attendent de pouvoir :

1. disposer rapidement (le moins de manipulations et de clics possible) et facilement (ergonomie des applications) aux principaux éléments du dossier patient, sans avoir à changer d'applications informatiques.
2. saisir les principaux éléments du dossier patient et partager ces données avec les autres professionnels de la santé.
3. utiliser ces informations comme aide à la prise de décision : choisir le protocole le plus adapté à la situation du moment, prévenir les contre-indications médicamenteuses, etc.

Ce n'est pas encore ce qui se passe actuellement, car les professionnels de santé doivent jongler avec plusieurs applications informatiques et différentes sources d'informations pour avoir la vue d'ensemble du dossier patient. Pour le patient X, il faut aller sur MOLIS pour consulter les derniers examens de laboratoire, sur PREDIMED, pour saisir les prescriptions médicamenteuses, sur AXYA pour accéder aux données administratives, etc.

Une première étape d'intégration de toutes ces informations a été réalisée avec ARCHIMEDE. Cette application présente en effet l'ensemble du dossier patient des anciens séjours (archives), auxquels ce sont ajoutés les principaux documents relatifs au séjour en cours (examens de laboratoire, rapport de pathologie, compte rendu de radiologie...).

Toutefois, les informations contenues dans ARCHIMEDE ne sont que l'image des documents papiers équivalents. Elles ne peuvent donc pas être exploitées informatiquement, par exemple pour la recherche par mots-clés dans le contenu des documents, pour le suivi de l'évolution dans le temps de résultats d'examens ou de signes vitaux, ou encore pour l'exploitation analytique des données en vue de la recherche clinique.

## Quels sont les objectifs fixés?

**S. A.** Le premier pas essentiel est de donner accès à toutes les informations relatives au patient au travers d'un seul point de : portail. Derrière ce portail unique, peu importe si c'est telle ou telle application qui gère les données. L'utilisateur qui ne s'identifiera plus qu'une seule fois, au travers de son login personnalisé, aura accès, en fonction de son profil, à l'ensemble des données dont il aura besoin. Une nouvelle étape sera franchie dans cette direction avec Portpat 2 qui remplacera la version actuelle de Portpat.

L'autre pas indispensable est de mettre en œuvre un outil institutionnel permettant la saisie des principaux éléments du dossier patient : anamnèse, examen clinique, liste des problèmes, notes de suite. C'est l'objet des modules DOME et Formulaire, actuellement en développement (voir l'illustration ci-jointe d'un écran DOME).



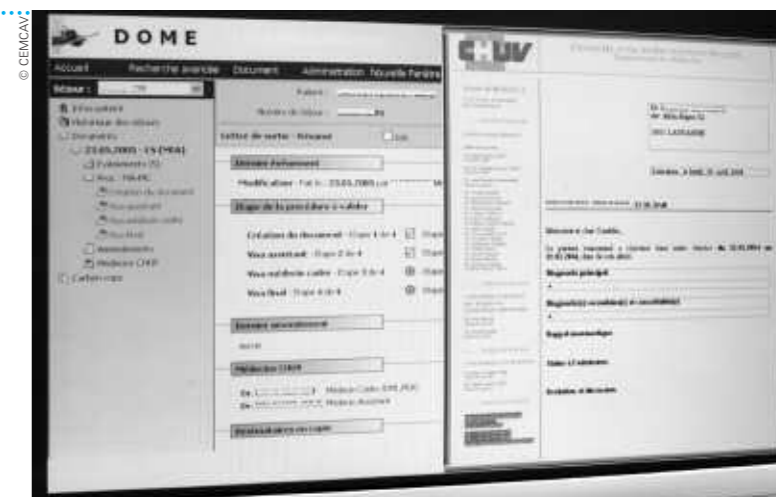
Soumeya Achour Benharrats, cheffe du projet.

## Quels sont les obstacles et les contraintes?

**S. A.** L'une des difficultés du projet tient au fait que l'informatisation des données, concernant le patient, s'est développée jusqu'ici de manière pragmatique, en fonction des demandes exprimées par les services, mais sans véritable vision d'ensemble. Il existe de ce fait plusieurs applications départementales, couvrant certaines parties du dossier patient et ne communiquant pas entre elles. De plus, certains services ont développé leur propre dossier médical informatisé, répondant à leurs besoins spécifiques, sans intégration au système d'information institutionnel ni partage de ces informations. De ce fait ARCHIMEDE est pour l'instant la seule application qui fédère toutes ces informations.

Il faut aujourd'hui faire deux choses : harmoniser les applications informatiques existantes, et agréger toutes les données non traitées jusqu'ici informatiquement, pour qu'elles puissent être partagées par tous ceux qui en ont besoin. Ce n'est pas facile à mettre en place, culture du monde hospitalier oblige, où chaque professionnel de santé et chaque discipline a ses propres exigences. D'où la difficulté de mettre tout le monde d'accord sur l'organisation et les principaux composants du dossier patient à informatiser.

Côté contraintes, il faut parvenir à structurer les milliers de données potentielles du dossier patient. Il faut pouvoir intégrer toutes celles qui sont pertinentes pour la clinique et la recherche sans noyer l'utilisateur sous un flot ingérable d'informations, qu'il aura dû saisir au préalable.



Ici un écran DOME montrant pour un patient (de gauche à droite) 1) la liste des informations disponibles 2) l'écran principal permettant la navigation dans le dossier 3) un modèle de lettre de sortie de patient, préformatée (il ne reste plus qu'à la compléter)

## L'organisation du projet

Le développement du dossier patient informatisé se décline en plusieurs projets qui ont pour but d'intégrer les sources d'information existantes en les rendant facilement accessibles aux cliniciens et de développer les modules qui n'existent pas encore.

Deux axes prioritaires ont été fixés pour 2005-2006 : le volet «Dossier médical» (anamnèse, examen clinique, notes de suite) et le volet «Traitement» (prescriptions, surveillances, lettres de sorties). Deux groupes de référence assureront la participation des utilisateurs, médecins et soignants, aux développements de chacun de ces deux volets.

La coordination de l'ensemble sera réalisée par une direction de programme réunissant des membres

des deux équipes («dossier médical» et «traitement»). Le tout sera supervisé par une équipe de direction composée de Hélène Brioschi Levi, directrice des soins, Pierre De Grandi, directeur médical, et René Patthey, directeur de l'Office informatique.

Ce projet a été préparé par un groupe de travail composé de Hélène Brioschi Levi, directrice des soins, Pascal Cosse, adjoint à la direction des soins, Jean-Blaise Wasserfallen, directeur médical adjoint, et pour l'Office informatique, de Soumeya Achour, Philippe Noth et René Patthey. C'est sur la base de leur rapport que la Direction générale a décidé de lancer le projet en juin 2005.

Il faut aussi tenir compte de l'évolution des terminologies médicales, anticiper le foisonnement du sens d'un même mot. Au départ, chaque discipline voudra avoir sa propre terminologie, sa propre nomenclature et sa propre organisation. Mais il ne suffit pas de constituer un entrepôt de données structurées pour améliorer la prise en charge du patient. Encore faut-il offrir une vision du dossier adapté au contexte de la prise en charge avec les indicateurs adéquats pour une prise de décision judicieuse. C'est un travail méticuleux de coordination des besoins et des contraintes qui ne peut être fait qu'avec la collaboration active des acteurs et utilisateurs de ce dossier patient.

## Dans quel délai allez-vous intégrer les premières innovations?

**S. A.** Un des éléments-clés du projet, le prototype d'informatisation des formulaires liés à la saisie des données cliniques d'un patient : anamnèse, examen clinique,

liste des problèmes, notes de suites - sera progressivement mis en place à partir du premier trimestre 2006. Le Service de médecine interne collabore déjà activement à sa conception et s'est organisé pour faciliter l'introduction du dossier patient informatisé.

En parallèle, l'Office informatique travaille sur une nouvelle version du «Portail patient» (Portpat 2). Ce nouveau portail sera le point d'entrée unique :

- pour offrir, comme aujourd'hui avec Portpat, un accès direct dans ARCHIMEDE aux informations les plus pertinentes pour le médecin ;
- et pour offrir, en plus, un lien immédiat avec les informations contenues dans d'autres applications. On peut citer MOLIS pour les examens de laboratoire, AXYA pour les données administratives, PREDIMED pour les prescriptions médicamenteuses.

Une première version de Portpat 2 verra le jour au premier semestre 2006.

## .....Troubles hyperactifs avec déficit d'attention (THADA).....

# Les enseignements d'une vaste enquête menée dans le canton de Vaud



La brochure publiée sur les résultats de l'enquête réalisée par le Dr Michel Bader.

«Le THADA au fil des âges.» C'est sur ce thème qu'aura lieu le jeudi 22 septembre prochain, à l'auditoire César-Roux du CHUV, un symposium destiné au corps médical et aux professionnels directement impliqués dans la prise en charge des troubles hyperactifs avec déficit d'attention.

Une vaste étude menée en 2001 auprès des élèves des écoles de la Ville de Morges et du corps médical vaudois a fourni de nombreux enseignements sur le THADA chez les enfants et les adolescents. CHUV-Magazine a rencontré l'auteur principal de l'enquête, le Dr Michel Bader, en compagnie du chef du Service universitaire de l'enfant et de l'adolescent, le professeur Olivier Halfon, qui a piloté l'étude.

### Qu'a-t-on appris de nouveau avec cette étude?

**Olivier Halfon.** L'étude apporte d'abord la confirmation que la prévalence des troubles hyperactifs avec déficit d'attention est proche de celle qui est constatée dans d'autres pays développés. Elle confirme aussi que si le pôle hyperactivité des THADA a tendance à diminuer avec l'âge, le pôle déficit d'attention et les problèmes cognitifs ont tendance à persister chez l'adolescent et chez l'adulte.

Elle souligne également la relation de ces troubles avec l'orientation scolaire. Plus le niveau de la voie scolaire suivie est faible, plus la proportion d'enfants souffrant d'hyperactivité et des troubles associés est élevée. Faut-il y voir une cause ou une conséquence? Les deux phénomènes sont vraisemblablement en jeu. Les difficultés scolaires peuvent être une cause des troubles. Mais les troubles peuvent aussi être une conséquence de la voie scolaire suivie, dans la mesure où ils peuvent traduire une perte de l'estime de soi, en corrélation avec une sélection peut-être trop précoce.

### Dispose-t-on d'outils suffisamment précis, suffisamment sûrs pour diagnostiquer l'hyperactivité?

**Michel Bader.** Les instruments dont nous disposons permettent de repérer les enfants à risque sur la base de seuils validés sur le plan international depuis plus de 20 ans. Ces outils permettent aux parents et aux enseignants, qui sont partie prenante du diagnostic et du traitement, d'évaluer ces enfants. Et pour pouvoir commencer à parler de THADA, il faut que les troubles soient importants et se manifestent dans deux cadres de vie différents, à l'école et à la maison. Enfin, dans les cas de suspicion de THADA, un diagnostic clinique très précis peut être posé par un spécialiste: pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre.

### Que répondez-vous à ceux qui craignent qu'on «ritalinise» les enfants, qu'on médicalise trop l'hyperactivité?

**Olivier Halfon.** Il ne faut pas oublier la dimension de souffrance des enfants hyperactifs et de leurs familles. Il est important que ces enfants et leurs parents soient pris en charge globalement. Cette prise en charge globale passe par diffé-

rentes démarches d'aide, souvent par une psychothérapie, de type cognito-comportementale ou interpersonnelle. Elle implique une collaboration et un soutien de l'école, avec un aménagement du cadre scolaire. La prescription de psychostimulants, dont la ritaline, qui ont une action rapide et prolongée, n'est qu'un élément de cette prise en charge globale.

**Michel Bader.** On ne laisse pas un enfant qui exprime une souffrance physique sans traitement. Pourquoi faudrait-il adopter une autre attitude face à des troubles du comportement? Mais la ritaline n'est pas la pilule de l'obéissance que l'on prescrit aux enfants agités. Le diagnostic du THADA correspond à de vrais troubles du comportement, hors de la norme.

Bien sûr, un traitement efficace peut toujours avoir des effets secondaires. Mais les effets secondaires de la ritaline sont mineurs et réversibles. Et il n'y a pas de risques accrus de toxicomanie, toutes les études, sans aucune exception, l'ont montré. On constate même l'inverse: les enfants traités à la ritaline se trouveraient plutôt protégés de ce risque-là. Pour les jeunes qui souffrent du THADA, la ritaline rétablit en fait un équilibre biologique qui était perturbé.

**Olivier Halfon.** Les données fournies par l'étude sont globalement rassurantes sur les pratiques du corps médical dans la prise en charge des THADA. La prescription médicamenteuse n'est qu'un élément d'une prise en charge plus globale. Dans le canton de Vaud, l'heure n'est d'ailleurs plus à la polémique sur le sujet. Un très large consensus se dégage sur le diagnostic et la prise en charge des THADA.

### Les principaux résultats de l'étude morgienne

L'importance, voire la réalité, de l'hyperactivité et du déficit d'attention ne fait pas l'unanimité. En 2001, le Dr Michel Bader, a conduit une vaste enquête dans le canton de Vaud, avec l'appui de l'unité de recherche du SUPEA. Cette étude sur les troubles hyperactifs avec déficit d'attention, financée par l'Office fédéral de la santé publique, concernait les enfants scolarisés dans les établissements primaires et secondaires de la Ville de Morges. Elle comportait également une enquête auprès du corps médical vaudois.

Ces deux études visaient trois objectifs afin de faire le point sur la question :

1. Recueillir des données (dites «épidémiologiques») auprès d'une large population afin d'avoir des indications sur les besoins de santé publique relatifs à l'hyperactivité ainsi qu'aux problèmes émotionnels et comportementaux des enfants en milieu scolaire.

2. Evaluer le degré de convergence des informations provenant des parents, des enseignants et des enfants eux-mêmes, en tout cas pour les enfants âgés de plus de 10 ans. Le croisement des regards des parents, des enseignants et des enfants présente un intérêt scientifique en soi. Mais ces comparaisons sont d'autant plus nécessaires que l'hyperactivité avec trouble de l'attention doit être présente dans au moins deux contextes de vie de l'enfant pour que l'on puisse réellement parler de THADA.

3. L'enquête auprès des médecins visait à recueillir des informations sur les pratiques du corps médical concerné (généralistes, pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres) en matière de diagnostic et de prise en charge de l'hyperactivité et de ses troubles (formes de traitements, types de médicaments, filières de soins et de formation).

L'enquête a porté sur les 2264 enfants de 4 à 17 ans scolarisés dans les établissements primaires et secondaires de la Ville de Morges, dans le canton de Vaud. Leurs parents et leurs enseignants ont reçu un questionnaire, ainsi que les enfants eux-mêmes s'ils étaient âgés de plus de 10 ans.

Constituant un échantillon représentatif des différentes couches sociales, du mélange de contextes urbain et suburbain ainsi que des populations suisse et étrangère, la population de Morges était particulièrement indiquée pour la réalisation de cette étude épidémiologique.

Les questionnaires utilisés et les indices ou échelles qui en découlent sont ceux de Conners (Conners Rating Scales) et d'Achenbach (Child Behavior Check List), tous deux largement reconnus sur le plan international.

En fonction des questionnaires reçus en retour, et suffisamment complets pour être analysables, l'étude a porté finalement sur un échantillon représentatif de plus de 900 enfants.

### Vous avez dit THADA?

Les troubles hyperactifs déficit d'attention se manifestent sous la forme de trois groupes de symptômes associés: l'hyperactivité, le déficit d'attention et l'impulsivité.

L'hyperactivité se traduit par des difficultés à rester tranquille. Par exemple, l'enfant remue souvent les mains ou les pieds, parle trop, quitte souvent sa place, agit fréquemment comme s'il était «monté sur des ressorts».

Le déficit d'attention reflète des difficultés de concentration. Par exemple, l'enfant n'arrive pas à se concentrer longtemps, il est facilement distrait, semble souvent ne pas écouter quand on lui parle, évite de s'engager dans une activité demandant une attention soutenue, perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités.

L'impulsivité se manifeste par une tendance à l'irritabilité et par des difficultés à contrôler les émo-

tions, les frustrations et le stress. Par exemple, l'enfant a du mal à attendre son tour, interrompt souvent les autres ou impose sa présence, répond à une question qui n'est pas encore entièrement posée.

Selon l'intensité de ces symptômes, on distingue trois sous-types de THADA:

- un type mixte combinant déficit de l'attention et hyperactivité-impulsivité;
- un type où le déficit d'attention est prédominant;
- un type où l'hyperactivité-impulsivité est prédominante.

Pour poser le diagnostic, ces symptômes doivent avoir commencé avant l'âge de 7 ans, durer depuis plus de 6 mois, s'observer dans au moins deux situations différentes (par exemple, à l'école et à la maison) et entraîner une gêne significative sur le plan social, scolaire et dans les loisirs de l'enfant.

Les enseignants devaient remplir ces questionnaires pour tous leurs élèves. Sur les 121 enseignants concernés, 73 ont renvoyé les questionnaires. Les enfants et les enseignants n'ont rempli les questionnaires les concernant que si les parents n'avaient pas manifesté d'opposition par rapport à l'enquête.

### Comparaison internationale

L'étude montre que 9.6% des enfants morgiens se situent au-dessus du seuil critique du THADA selon les informations fournies par leurs parents. Ce pourcentage s'insère dans la fourchette des résultats nord-américains, qui sont par ailleurs très variables selon les études et les méthodologies utilisées. Les données épidémiologiques concernant les pays européens sont encore rares. Sur le plan suisse, une étude zurichoise relève 9.3% de cas de THADA sur une cohorte de 375 enfants, âgés de 6 à 17 ans, dont les parents avaient accepté de participer à des entretiens diagnostiques.

### Les facteurs de l'hyperactivité

Les résultats de l'étude indiquent clairement que l'hyperactivité est liée de manière significative au sexe, à l'âge et à la voie scolaire suivie.

**Les différences garçons et filles.** Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à présenter des symptômes du THADA: 12.9% des garçons, contre

6.2% des filles, se trouvent au-dessus du seuil critique dans les descriptions fournies par les parents.

Dans tous les cas, les enquêtes font apparaître un pourcentage plus élevé de garçons que de filles parmi les jeunes présentant des troubles hyperactifs avec déficit d'attention. Il faut préciser que chez les filles prédominent les symptômes de déficit d'attention, alors que chez les garçons ce sont les symptômes d'hyperactivité-impulsivité qui l'emportent. Leurs symptômes étant moins «visibles» et gênants pour l'entourage, il n'est pas exclu que bien des filles ne soient pas repérées comme ayant un trouble THADA. C'est pourquoi il est important d'être attentif aux deux pôles du THADA (les problèmes d'attention et les problèmes d'hyperactivité).

**Evolution avec l'âge.** Le pourcentage d'enfants au-dessus du seuil d'hyperactivité avec troubles de l'attention augmente jusqu'à l'âge de 14 ans pour redescendre ensuite. Une analyse plus détaillée montre que les symptômes d'hyperactivité-impulsivité ont tendance à diminuer avec l'âge, alors que les symptômes d'inattention ont tendance à persister.

**Le rapport avec la voie scolaire suivie.** La proportion d'enfants présentant des symptômes THADA varie en fonction de la voie scolaire suivie. Plus la filière scolaire conduit vers des études longues, moins les enfants sont décrits comme



## ...Troubles hyperactifs avec déficit d'attention (THADA)



Le professeur Olivier Halfon

hyperactifs avec des troubles de l'attention. Ce constat concorde chez les trois sources d'information: parents, enseignants, enfants. Mais il faut évidemment tenir compte du fait que le niveau socio-économique des parents a une influence sur la voie scolaire suivie par l'enfant.

## Des regards différents

Les parents, les enseignants et les enfants ne décrivent pas la situation de la même manière. S'agissant du même enfant, parents, enseignants (et l'enfant lui-même) décrivent des profils de symptômes différents. Cette faible concordance entre les informants semble être liée à trois facteurs principaux:

- la subjectivité de chaque source d'information.
- Les biais induits par la méthode de l'enquête, qui ne peut pas rendre complètement compte de phénomènes complexes.
- Les symptômes du THADA, qui peuvent s'exprimer différemment selon les contextes.

Il n'en reste pas moins que les enfants signalés comme ayant des difficultés par l'un des informants méritent une évaluation plus approfondie. Les enfants décrits avec des symptômes importants par plusieurs des sources d'information (parents, enseignants, enfant) présentent certainement des difficultés sérieuses et devraient bénéficier d'une aide.

## Le rôle du corps médical

Le second volet de l'étude sur les pratiques médicales liées au THADA a été

conduit auprès des médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres du canton de Vaud. 276 des 852 médecins concernés ont répondu au questionnaire. Les résultats de l'étude représentent donc une photographie à partir de 32.6 % de réponses.

Les données recueillies soulignent le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant un THADA. Sur 131 généralistes ayant répondu, 47 ont suivi de 1 à 4 cas de THADA au cours de l'année 2000, 9 ont suivi de 5 à 10 cas et 3 plus de 10 cas.

Les pédiatres adressent très souvent ces patients à des services publics de pédopsychiatrie (69%) ou à des pédopsychiatres installés en privé (56%). Ils consultent souvent les neuropédiatres (66%) afin de préciser le diagnostic et les mesures thérapeutiques.

Pour poser le diagnostic, les praticiens recourent essentiellement à l'évaluation clinique (recueil d'informations auprès des parents et de l'enfant, évaluation des symptômes et de leurs répercussions, notamment au niveau scolaire et logopédique).

## Les prises en charge proposées

Les médecins vaudois proposent des prises en charge globales, qui combinent selon les cas: soutien, psychothérapie individuelle, traitement de famille, ergothérapie, etc. C'est dans le cadre de cette prise en charge globale que le recours aux médicaments est le plus fréquemment proposé. 78% des généralistes qui disent voir des THADA, proposent une médication, mais également d'autres formes de prise en charge, notamment un soutien.

90% des généralistes qui proposent une médication aux THADA, prescrivent du méthylphénidate (Ritaline(r)). D'une manière générale, le corps médical considère le méthylphénidate comme un médicament efficace ou satisfaisant pour le traitement de l'hyperactivité. Seuls 25% des psychiatres, 13% des pédopsychiatres et 9% des généralistes jugent l'action du méthylphénidate insatisfaisante, mais jamais, ou presque jamais, ils ne la jugent inefficace.

Une brochure sur l'ensemble des résultats de l'étude est disponible auprès du SUPEA.

## Le tri et la gestion des déchets

## Une affaire de sécurité et de réduction des coûts

Toutes les activités des Hospices-CHUV produisent des déchets.

Mais les activités de soins et de recherche produisent des déchets présentant un risque pour leur entourage et les personnes appelées à les manipuler. C'est pourquoi ces déchets spéciaux doivent être triés et séparés de tous ceux, médicaux ou non, qui suivent la filière des déchets urbains.

Au-delà de l'objectif sécuritaire, le tri présente aussi un intérêt économique. Le coût des filières d'évacuation et d'élimination est en effet très différent selon qu'il s'agit de déchets papier-carton (10 francs la tonne), de déchets urbains (220 francs la tonne) ou de déchets spéciaux (420 francs la tonne). Si le volume des déchets spéciaux est anormalement gonflé par des déchets qui pourraient suivre la filière des déchets urbains, voire celle des déchets papier-carton, la facture prend sérieusement l'ascenseur.

Sur la base de ce double constat: la nécessité de renforcer la sécurité des patients et du personnel en adaptant la gestion des déchets aux nouvelles normes fédérales et l'intérêt non négligeable d'un meilleur tri, un projet «Déchets» a été lancé à l'initiative de Silvano Campani, chef du Service Transports, communications et approvisionnements. «Il était nécessaire de passer à l'action. Nous nous sommes dit: on fait, et nous ferons ensuite le rapport sur ce que nous avons fait, plutôt que l'inverse.»

Avec Laurent Bres, du Service de maison, comme chef de projet, un groupe de travail réunissant les principaux services concernés, a programmé toute une série de mesures avec la collaboration de la Direction des soins, de la Division de médecine préventive hospitalière, de l'hygiène hospitalière, d'autres spécialistes et du Service de maison. Les résultats ne se sont pas fait attendre: ces mesures ont déjà permis de réduire le volume des déchets spéciaux de 3% en quelques semaines. Mais leurs effets devraient surtout se faire sentir à partir du deuxième semestre 2005.

## Les mesures prises

**Amélioration de la sécurité.** Afin de se mettre en conformité avec les nouvelles normes de sécurité, des bidons jaunes ont été introduits pour tous les déchets présentant un risque de contamination ou de blessure (voir l'encadré sur la classification des déchets). Les sacs rouges et blancs utilisés pour les autres déchets spéciaux médicaux seront progressivement remplacés 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.

Une information systématique est faite sur le bon usage de ces récipients – il est notamment nécessaire de bien les fermer – et sur la manière de trier les déchets spéciaux des déchets urbains sur la base des directives édictées par la Confédération. Deux exemples.

1. On traitera différemment des couches souillées (à évacuer par la personne qui les enlève dans les sacs gris pour déchets urbains) des couches souillées provenant d'un malade souffrant d'une infection (dans ce cas, elle seront placées dans un bidon jaune ou encore actuellement dans un sac rouge et blanc).

2. Les déchets contenant du sang, des excréments et des sécrétions présentant un danger de contamination seront évacués, par le personnel soignant ou des laboratoires, dans des sacs rouges et blancs ou dans des bidons jaunes (pour les déchets liquides ou rigides).

La sécurité peut effectivement être améliorée. Sur la photo ci-dessous, l'un des bidons jaunes servant à l'évacuation des déchets présentant un risque de contamination n'a pas été bien fermé.



Laurent Bres, chef de projet et Silvio Campani, chef du Service Transports, communications et approvisionnements. Laurent Bres est également président du Groupe de réflexion CHUV-Environnement.

## TABLEAUX DE CLASSIFICATION DES DÉCHETS SELON LES NORMES FÉDÉRALES

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

**Amélioration du tri.** Pour améliorer le tri des déchets, une filière verre est venue compléter la filière papier-carton déjà existante. Une campagne de sensibilisation visant à améliorer le tri des déchets spéciaux a également été mise en place dans le courant de ce printemps. On peut en effet faire beaucoup mieux qu'actuellement, comme le montre la photo ci-dessous.



A gauche, le gros tas de déchets, dont un classeur! qui se trouvait dans un sac destiné aux déchets spéciaux. A droite, le petit tas regroupe les seuls déchets spéciaux qui auraient dû s'y trouver... Il est essentiel de faire le tri des déchets à la source. La présence, dans un même conteneur, de déchets urbains et de déchets pouvant présenter un danger, aboutit à une forme de banalisation des déchets potentiellement dangereux ayant pour conséquence un traitement moins rigoureux de ces derniers et un coût de traitement inutilement élevé pour les premiers.

D'autres mesures de rationalisation du traitement et de l'évacuation des déchets ont été prises ou sont planifiées: 100'000 francs ont été déjà économisés grâce aux différentes

## ...Le tri et la gestion des déchets

actions qui ont été menées. Il s'agit notamment de la réduction des coûts de transports des déchets urbains et des déchets spéciaux par leur transfert vers des usines plus proches, de l'installation d'un nouveau système de traitement des lavures de cuisine, de la réduction du coût de l'évacuation des cartons (par l'installation de presse au Bloc opératoire et à la Maternité) et de la recherche de nouvelles filières plus compétitives.

La bonne gestion des déchets tient un peu de la résolution d'une équation à trois inconnues. La sécurité et les coûts sont les deux premières mais la participation du personnel est la clé du succès. La motivation des différents acteurs, perçue tout au long des démarches entreprises, ainsi que le soutien de la Direction générale, permettent d'être optimiste quant aux résultats qui seront obtenus.

### Campagne d'affichage sur le thème du tri

Une campagne itinérante de sensibilisation au tri des déchets sera lancée en septembre. Elle débutera dans les services où le tri des déchets spéciaux médicaux est particulièrement important: médecine interne, chirurgie septique, bloc opératoire, soins intensifs, laboratoires. Elle se poursuivra ensuite, avec la collaboration des ICS, dans l'ensemble des services des Hospices-CHUV, y compris à l'extérieur de la Cité hospitalière.

Elle s'appuiera sur une série de slogans incitant au tri des déchets:

- Je jette le bon déchet dans la bonne poubelle
- Plus de tri = plus de sécurité
- A la maison, comme au travail, je trie
- Un petit geste pour la planète!
- Trier permet de recycler et recycler c'est valoriser
- Pensez-y, pensez tri
- Le tri c'est trois fois rien, mais c'est trois fois mieux
- Trier c'est pas sorcier
- A vos marques... Prêts... Triez!
- Triez les tous, la nature reconnaîtra les siens

Une à deux campagnes par an pourront être organisées sur un thème différent.

## Répertoire des emplois et nouvelle grille des fonctions au sein de l'Etat

### Le projet DECFO-Santé entre dans sa dernière phase

**Une troisième et dernière vague d'études des fonctions sanitaires au sein du Groupe Hospices aura lieu en septembre 2005. Elle permettra au projet DECFO-Santé d'atteindre son objectif, qui est de disposer de l'information nécessaire à la construction de la nouvelle grille en ayant analysé et évalué les fonctions exercées par une très large proportion des collaboratrices et des collaborateurs du groupe. (voir l'encadré sur les objectifs et les méthodes du projet, déjà présenté par CHUV-Magazine en avril 2004).**

Tous les métiers et toutes les fonctions ne peuvent pas être examinés. Ce serait un travail de titan. Plus de 300 fonctions ont en effet été recensées au sein du Groupe Hospices. Le travail se concentre sur les emplois-types et les fonctions-repères les plus représentatives qui permettent ensuite, et par comparaison, de construire les profils de l'ensemble des fonctions du domaine sanitaire et de les situer dans la future grille des fonctions de l'Etat. Pour y parvenir, DECFO-Santé s'est fixé pour objectif d'étudier environ un tiers des 305 fonctions actuellement existantes.

Au 31 mai 2005, les trois groupes d'études mis en place avaient analysé 89 fonctions. Le but de la troisième vague lancée en septembre 2005 est d'étudier 18 fonctions supplémentaires. Ce qui portera le nombre total de fonctions étudiées à 107, soit 35% des fonctions existantes au sein du Groupe Hospices.

Il est essentiel que les fonctions analysées soient représentatives de l'ensemble. Cette représentativité est contrôlée sous deux angles. Pour chacune des sept familles de fonctions, on examine:

1. le pourcentage que les fonctions étudiées représentent par rapport aux fonctions existantes;
2. le pourcentage du personnel exerçant aujourd'hui les fonctions étudiées par rapport à l'ensemble du personnel employé au sein de la famille professionnelle.

A titre d'exemple, parmi les 35 fonctions de soins recensées, 13 fonctions ont été étudiées fin mai 2005. Elles représentent 37% du total des fonctions de soins mais concernent 75% du personnel employé dans cette famille de fonctions.

#### Situation au 31 mai 2005 (avant la troisième vague)

Famille de fonctions	Fonctions étudiées au 31.05.2005	% par rapport aux fonctions existantes	% par rapport au personnel concerné
Fonctions de soins	13 sur 35	37%	75%
Fonctions médico-thérapeutiques	18 sur 42	45%	76%
Fonctions médico-techniques	8 sur 29	28%	92%
Fonctions médicales	12 sur 19	63%	82%
Fonctions administratives sanitaires	11 sur 30	37%	93%
Fonctions logistiques sanitaires	13 sur 85	15%	65%
Fonctions du management sanitaire et de la recherche	14 sur 65	22%	60%
Total des fonctions	89 sur 305	29%	76%

L'exercice d'une fonction est influencé par le contexte dans lequel elle évolue, en particulier par les sollicitations physiques et psychologiques qu'elle implique. Pour les médecins, par exemple, comme pour les soignants en général, des éléments importants du travail peuvent varier selon qu'ils exercent aux urgences, aux soins intensifs, en policlinique, en psychiatrie, à la PMU ou au CUTR Sylvana.

Des études ont également été faites pour des fonctions peu représentées en nombre mais très spécifiques du domaine hospitalier, ou pour des fonctions qui existent ailleurs dans l'administration vaudoise, mais dont la pratique dans l'hôpital requiert des compétences ou impose des contraintes particulières.



Brigitte Martin-Béran, cheffe du projet DECFO-Santé.

### La structure du projet

La direction du projet est assurée par Brigitte Martin-Béran, sous l'égide du Service de la santé publique (SSP), et en étroite collaboration avec l'équipe DECFO du Service du personnel de l'Etat de Vaud (SPEV).

Le comité de pilotage est composé:

- du chef du SSP, Marc Diserens
- du directeur du SPEV, Filip Grund
- du directeur de l'Office du personnel des Hospices-CHUV, Emmanuel Masson
- des chefs de projets DECFO et DECFO-Santé,
- et, selon les questions traitées, d'un expert de la méthode utilisée pour les démarches DECFO et DECFO-Santé.

L'ensemble de la démarche DECFO dépend de la délégation du Conseil d'Etat aux ressources humaines, complétée pour le volet sanitaire par le chef du Département de la santé et de l'action sociale.

### Résultats attendus et calendrier

DECFO-Santé est la partie sanitaire du projet global DECFO développé par le Service personnel de l'Etat de Vaud. Les travaux menés en étroite collaboration doivent déboucher sur deux résultats:

1. Une grille unique de fonctions pour l'ensemble du service public vaudois. L'objectif est d'avoir achevé les travaux d'analyse et de disposer d'une première version de la grille à la fin du premier semestre 2006. De plus de 1200 fonctions actuelles, on devrait passer à environ 500 dans la future grille (y compris les fonctions sanitaires répertoriées dans le tableau ci-dessous).

Famille de fonctions sanitaires	Nombre actuel de fonctions	Estimation du nombre de fonctions après DECFO	Nombre de collaborateurs concernés
Fonctions de soins	35	17	2'850
Fonctions médico-thérapeutiques	42	15	370
Fonctions médico-techniques	29	12	330
Fonctions médicales	19	10	1'150
Premier sous-total	125	54	4'700
Fonctions administratives sanitaires	30	?	880
Fonctions logistiques sanitaires	85	?	1'080
Fonctions du management sanitaire et de la recherche	65	?	450
Deuxième sous-total	180	40?	2'410
Total des fonctions	305	95?	7'110

2. Un répertoire des emplois, structuré par branches d'activités professionnelles et par familles. Dans chaque famille professionnelle, des emplois-types sont définis et une fiche descriptive est élaborée pour chacun d'entre eux. Ces fiches sont rédigées avec des groupes de professionnels.

### Si vous avez manqué le début

La démarche de description des emplois et de classification des fonctions (DECFO), actuellement en cours au sein de l'administration cantonale, a été étendue, en automne 2003, aux institutions sanitaires du secteur public, à savoir les Hospices-CHUV et les établissements qui leur sont affiliés:

- l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande,
- l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne,
- l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin,
- la Policlinique médicale universitaire (PMU),
- le Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePO),
- et l'Institut universitaire de santé au travail.

La classification des fonctions actuellement en vigueur au sein de l'administration vaudoise, et qui s'applique également aux fonctions sanitaires, date de 1969. En 35 ans, beaucoup de choses ont changé, non seulement dans l'éventail des métiers mais aussi dans les compétences exigées pour chacun d'eux. La démarche DECFO vise donc à adapter ces instruments à une administration des années 2000. DECFO-Santé a le même but pour les fonctions sanitaires au sein du Groupe Hospices.

Les deux démarches sont deux parties complémentaires d'un seul et même projet qui a deux objectifs:

Un objectif de description des emplois qui débouchera sur un nouveau **répertoire des métiers**. DECFO-Santé s'occupe des institutions sanitaires du Groupe Hospices-CHUV.

Un objectif d'évaluation des fonctions qui débouchera sur une nouvelle **grille des fonctions**, en les classant les unes par rapport aux autres sur la base des principaux critères qui les caractérisent.

### Un nouveau répertoire des métiers

Les métiers sont décrits au sein de **branches d'activités** professionnelles, définies comme un ensemble d'emplois qui présentent une communauté de mission et d'activités principales. On distingue ensuite, dans chaque branche, des **familles d'emplois**, caractérisées par la proximité des compétences qu'elles exigent. Dans chaque famille, on définit enfin les **emplois-types** qui la constituent, en rédigeant pour chacun d'entre eux une fiche descriptive.

### Une nouvelle classification des fonctions

La méthode d'évaluation utilisée par DECFO-Santé est la même que celle du projet DECFO pour l'ensemble de l'administration cantonale. Des groupes d'études réunissant 8 à 10 collaborateurs chacun ont été constitués, chacun des groupes travaillant sur un ensemble de fonctions différentes. Certaines d'entre elles ont cependant été évaluées dans plusieurs groupes afin d'enrichir les analyses. Un groupe de cohérence supervise par ailleurs l'application homogène de la méthode pour éviter les déviations qui pourraient se produire d'un groupe à l'autre.



## Cinquième et dernière volée formée en cours d'emploi au CHUV Remise des diplômes d'aide soignant(e)



*Le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard a rappelé l'importance d'une formation continue en cours d'emploi qui soit organisée en fonction des besoins des professionnels.*

*Hélène Brioschi Levi, directrice des soins, a souligné l'engagement de la direction générale des Hospices-CHUV dans cette formation qui s'est concrétisé par un important soutien financier.*

Le chef du Département de la santé et de l'action sociale, le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, avait tenu à participer, le 14 juillet dernier, à la remise des certificats d'aide soignant(e) Croix-Rouge suisse. 19 personnes ont reçu leur diplôme ce jour-là à l'auditorium César-Roux. C'était la cinquième et dernière

volée de ce programme de formation accélérée d'aide soignant(e) en cours d'emploi. Au total ce sont 120 personnes qui ont été formées au cours de ce programme lancé en 2002, en collaboration avec les services cliniques du CHUV et l'Ecole de soins de Subriev-vevey (ESSV).

## Vaccination 2004 contre la grippe 2300 vaccinés et trois gagnants

En clin d'œil à tous ceux qui ont répondu à la campagne de vaccination contre la grippe l'année dernière, la Direction a demandé à la Médecine du personnel de tirer au sort trois collaborateurs vaccinés. Chacun s'est vu offrir un week-end de détente pour deux personnes à Lavey-les-Bains. Il s'agit de:

- Laurence Guex, infirmière en chirurgie thoracique;
- Maria Antunes Soares, employée de maison;
- et François Cachat, chef de clinique en pédiatrie.

Le directeur général, Bernard Decrauzat, a tenu à remettre personnellement ces prix. C'était aussi l'occasion de remercier les 2300 collaborateurs des Hospices qui se sont vaccinés pour éviter de transmettre la grippe à leurs patients et à leurs collègues.



*Maria Antunes Soares (2e à partir de la gauche), Laurence Guex (3e à partir de la gauche) et François Cachat (4e à partir de la gauche), entourés de Bernard Decrauzat, directeur général, Patrick Genoud, directeur adjoint des soins, de Frédéric Zysset, médecin chef de la Médecine du personnel, et de trois de ses collaborateurs.*