

# CHUV magazine



**Face à la brûlure**  
**Journée**  
**Portes ouvertes au CHUV**  
**Samedi 8 septembre 2007**

## Sommaire

### Portes ouvertes au CHUV à l'occasion de la Journée nationale des hôpitaux

Une série d'événements consacrés aux victimes de brûlures et à leur prise en charge..... 2

### Rencontre en néonatalogie avec le Dr Jean-François Tolsa

La Suisse est-elle vraiment championne des prématurés?..... 5

### L'expérience du Département médico-chirurgical de pédiatrie

Comment évaluer et traiter la douleur chez l'enfant..... 7

### Les chiffres existent, les moyens de les faire parler aussi

Combien coûte une journée d'hospitalisation au CHUV?..... 9

### Pourquoi se faire vacciner contre la grippe

Pour faire un meilleur voyage lorsque nous traversons l'automne et l'hiver..... 12

### Cheffe de la centrale d'accueil téléphonique du CHUV

Janine Chatagny raconte 30 ans d'évolution du service..... 14

### Le projet «Labos 2008» a pris ses marques

Premier bilan de la réorganisation des laboratoires..... 16

### Le service d'audit interne est opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> mars

Il a pour mission d'améliorer le système de contrôle du CHUV..... 18

### Portraits d'interprètes bénévoles au CHUV

La réalité multiculturelle et l'entraide à l'hôpital..... 20

### Sociétés médicales, associations du domaine de la santé

Profitez du Forum médico-social pour vous présenter..... 23

### Opération «Chamade» avec des transplantés

Coup de cœur pour le Grand Nord..... 24

CHUV-Magazine Tirage: 10'000 exemplaires  
 Editeur responsable:  
 Bernard Decrauzat, directeur général  
 Rédaction: Fabien Dunand  
 Photos: CEMCAV Graphisme: Antidote Design  
 Impression: Imprimerie PAPERFORMS SA

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

# Portes ouvertes au CHUV le 8 septembre à Une série d'événements consacrés

- Un symposium scientifique, le vendredi 7 septembre
- Une journée Portes ouvertes, le samedi 8 septembre
- Une exposition, du 8 septembre au 4 octobre

© CEMCAV



Le Dr Wassim Raffoul a été l'âme de tout le projet au CHUV.

En collaboration avec Flavie, l'Association romande pour les victimes de brûlures, le Centre des grands brûlés du CHUV a mis sur pied toute une série d'événements autour d'une opération Portes ouvertes organisée à l'occasion de la Journée nationale des hôpitaux.

Symposium scientifique, exposition et portes ouvertes consacrés aux victimes de brûlures et à leur prise en charge au CHUV seront prolongés par un livre et une pièce de théâtre. Le but d'ensemble est de sensibiliser le grand public aux problèmes des grands brûlés, de relater leur vécu, leurs souffrances et leurs émotions, de mettre en évidence le travail réalisé par les différents professionnels qui s'en occupent sur le plan humain et sur le plan technique.

Le noyau du projet a réuni:

- Marie-José Auderset, auteur et journaliste,
- Gérard Demierre, metteur en scène, acteur et pédagogue,
- Maryline Sonny, infirmière clinicienne spécialisée dans la prise en charge psychosociale des grands brûlés,
- et le Dr Wassim Raffoul, médecin associé au Service de chirurgie plastique et reconstructive, qui a été l'âme du projet au CHUV.

**7 septembre: le Symposium**  
**Panser ses plaies, repenser son identité**  
 Auditoire César-Roux,  
 de 8h à 13h et de 14h à 17h45

La brûlure est un des traumatismes les plus violents que peut affronter la physiologie d'un être vivant. C'est aussi un séisme psychique qui emmène le blessé aux confins de ce qui est tolérable. Ceux qui survivent ont vu par leurs propres yeux et senti à travers leur peau si fragile, ce que la mythologie nous a décrit comme l'enfer. Ils seront marqués au plus profond de leur âme alors que leur peau portera à vie les stigmates de cette terrible rencontre.

Comment peuvent-ils survivre? Comment peuvent-ils se reconstruire? Sont-ils les seuls à devoir se reconstruire physiquement et psychiquement, ou bien est-ce le sort de tous ceux qui traversent malgré eux le grand portail d'un hôpital?

Le Symposium cherchera à répondre à ces questions fondamentales avec l'apport de nombreux spécialistes du CHUV, médecins, infirmières, ré-éducateurs, confrontés tous les jours à des situations extrêmes. D'autres spécialistes d'ici et d'ailleurs, dont le généticien Albert Jaccard, aborderont la question de l'identité de l'homme.

# l'occasion de la Journée nationale des hôpitaux aux victimes de brûlures et à leur prise en charge



*Marie-José Auderset, auteure du livre «Brûlures profondes» ainsi que du spectacle «Les heures du diable» et productrice de l'exposition.*

Cette exposition met en valeur la prise en charge des grands brûlés par le CHUV et ses partenaires. Elle donne la parole aux soignants et aux personnes brûlées. Les uns et les autres parlent de leur quotidien et partagent les difficultés qu'ils rencontrent, leurs motivations, leurs doutes, leurs souffrances, leurs espoirs. Des photos mettent en scène des moments partagés entre patients et soignants. C'est ainsi que le visiteur découvrira des techniques hautement spécialisées en même temps que des hommes et des femmes qui font preuve d'une grande humanité.

**Du 25 septembre au 14 octobre:  
le Spectacle: Les heures du diable**  
Au Théâtre de Vidy-Lausanne

Ce spectacle raconte le parcours de deux grands brûlés à travers le regard d'un enfant et celui d'une grand-maman. Il est à la fois réalité et fiction. Il montre la force, le courage et la détermination de ces patients et des soignants qui les accompagnent. Mais c'est avant tout un spectacle plein d'amour, d'humour et d'émotion.

Une patiente non brûlée mais pas moins blessée dans son corps décrira son enfer, mais aussi sa résurrection à travers une reconstruction d'une nouvelle identité tant physique que psychique.

Cette journée est ouverte à tous les professionnels de la santé et à tous ceux qui sont intéressés par l'être humain que nous sommes.

**8 septembre: les Portes ouvertes**  
**Le parcours du grand brûlé**  
Hall des auditoires du CHUV, de 10h à 15h

Cette journée Portes ouvertes offrira au public une visite virtuelle du circuit que parcourt un grand brûlé hospitalisé au CHUV. Elle présentera toute la chaîne de prise en charge des grands brûlés, de l'intervention des pompiers aux soins hautement spécialisés, et jusqu'à la réadaptation de la personne brûlée.

Stands de tous les services concernés, démonstrations, films et vidéos permettront au public d'entrer en contact avec des professionnels qui font preuve de compétences exceptionnelles et d'une grande empathie pour les patients.

Cette matinée sera prolongée par la **Projection à 14h30, à l'auditoire César-Roux du film «La chambre des officiers»**

de François Dupeyron, 2002, avec Denis Podalydès, Sabine Azema et André Dussollier.

*1914, Adrien, jeune lieutenant, est grièvement blessé par l'explosion d'un obus. Il se retrouve à l'hôpital, le visage à moitié arraché, reclus dans la chambre réservée aux officiers en compagnie de quelques autres hommes dans le même état. Une pièce sans miroir où les patients ne se voient que dans le regard des autres.*

Le film sera introduit par Pierre Le Coz, maître de conférence en philosophie (Marseille) et membre du comité consultatif national d'éthique (France). Il sera suivi d'un débat avec la participation d'Alexandre Dubuis, président de Flavie, et du Dr Wassim Raffoul.

**Du 8 septembre au 4 octobre:  
l'Exposition: Patients, soignants  
face à la brûlure**  
Hall central du CHUV

Exposition présentée dans le hall d'entrée du CHUV, du samedi 8 septembre 2007 au jeudi 4 octobre 2007. Le vernissage aura lieu le vendredi 7 septembre, à 18h30, en présence du conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard et de Bernard Decrauzat, directeur général du CHUV.

Texte de Marie-José Auderset et mise en scène de Gérard Demierre, avec la participation de grands brûlés. Coproduction Théâtre de Vidy et Flavie. Réservation au Théâtre de Vidy.

**Le Livre: «Brûlures profondes»**  
**Récit de vie de deux grands brûlés**

Susana a été brûlée lors d'un accident de voiture. Sébastien a été brûlé alors qu'il réparait au chalumeur le réservoir d'un camion. En un éclair, la vie de l'une et de l'autre a basculé. Il faudra des mois de lutte pour que cette jeune femme et ce jeune homme retrouvent des activités sociales et professionnelles autonomes.

«Brûlures profondes» relate les épreuves qu'ils ont traversées et le travail inlassable des soignants qui, jour après jour, les ont accompagnés. Il témoigne de la force que Susana et Sébastien ont puisée en eux pour reprendre pied et se forger une identité nouvelle.

Ce récit émouvant et fort est signé Marie-José Auderset. Il se base sur des entretiens approfondis avec Susana, avec Sébastien et sa compagne Karine, ainsi qu'avec des soignants du Centre des grands brûlés du CHUV (aux éditions Favre dès septembre).

.....Portes ouvertes au CHUV le 8 septembre à l'occasion de la Journée nationale des hôpitaux .....

## Le Centre des grands brûlés du CHUV



*Un grand brûlé reste de 0.7 à 1 jour par % de surface brûlée aux soins intensifs. Soit presque un mois pour un brûlé à 30%.*

Le traitement des brûlures varie en fonction de leur sévérité. La gravité de l'état du patient dépend :

- de la surface corporelle atteinte (exprimée en % de la surface corporelle totale),
- de la profondeur de la brûlure,
- d'un éventuel syndrome d'inhalation
- et de son âge.

On parle de grand brûlé à partir de 20 % de surface corporelle atteinte (10% pour les enfants) et de brûlé grave à partir de 40 % de surface corporelle atteinte.

Les grands brûlés ne peuvent être traités que dans un centre spécialisé. Il n'existe que deux centres de ce type dans notre pays : celui du CHUV, en Suisse romande, et celui de Zurich, en Suisse alémanique.

Pour traiter les grands brûlés, il faut disposer de chambres de soins intensifs adaptées, d'une salle d'opération et d'une douche dédiées au traitement des brûlés et de lits fluidifiés. Côté ressources humaines, la prise en charge est multidisciplinaire et exige la présence de nombreux spécialistes.

Le Centre des grands brûlés du CHUV fait partie du Service de médecine intensive adulte, que dirige le professeur René Chioléro. Il accueille 40 à 45 patients en soins intensifs par an. 30 autres patients passent directement en chirurgie plastique et reconstructive. Le nombre des consultations ambulatoires est de l'ordre de 700 par an, ce qui correspond à une cinquantaine de patients.

Il accueille en outre 1 à 2 enfants par année. Une dizaine d'enfants sont en outre directement pris en charge par la chirurgie pédiatrique.

### Une prise en charge complexe et coûteuse

La prise en charge d'un grand brûlé est particulièrement complexe et coûteuse. Après un passage aux urgences, le patient est transféré aux soins intensifs, où il reste en moyenne 0.7 à 1 jour par % de surface corporelle brûlée. Soit presque un mois pour un brûlé à 30%. Pendant ce séjour, de nombreuses interventions de chirurgie plastique et reconstructive sont réalisées sous anesthésie. A ce stade, la prise en charge du grand brûlé requiert la présence d'une infirmière à une infirmière et demie par jour. Le coût global moyen de la journée est de l'ordre de 4'000 francs.

Le passage des soins intensifs aux soins continus intervient quand les besoins de soins infirmiers ont au moins diminué de moitié. Ce passage se fait en douceur. Avant de changer de service, le patient a l'occasion de visiter l'étage où il va être accueilli et de faire connaissance avec les infirmières qui le prendront en charge par la suite. Tout est fait pour éviter une coupure.

### Les bienfaits du réseau

Pour la suite de la réhabilitation, le centre des grands brûlés du CHUV recourt à deux types de réseau :

- La clinique SUVA à Sion, spécialisée dans la réhabilitation physique et professionnelle. Le Dr Wassim Raffoul se rend sur place une fois par mois, voire davantage, pour suivre les patients du CHUV qui y sont transférés dès que cela est possible.
- Et un réseau romand de physiothérapeutes qui connaissent la spécificité du traitement des grands brûlés.

Les brûlés peuvent également bénéficier de cures thermales à Lavey-les-Bains.

### Des soins extrêmement exigeants

La douche est le premier soin apporté au grand brûlé afin d'éliminer les débris de chair et d'évaluer les brûlures. Elle est suivie de pansements avec une pommade désinfectante. Le problème est que beaucoup d'organes – le cœur, le foie, les poumons – sont sous le choc. Les tout premiers jours, c'est d'abord une question de survie. Ce n'est qu'une fois passé ce stade que l'on peut commencer à traiter les grands brûlés, en remplaçant les tissus morts à l'aide de greffes de la peau.

Il s'agit de traitements lourds alors que le patient est encore très fragile. Le rythme des interventions doit donc être réglé avec prudence. Il est plus espacé chez les personnes âgées et l'on traite à chaque fois des surfaces de peau plus petites que chez les jeunes patients.

Dans certains cas, l'objectif consiste à reconstruire patiemment le cartilage d'une oreille, des paupières, un nez, la fonction des mains. A cet égard, les mains reconstruites par le Dr Wassim Raffoul au Service de chirurgie plastique et reconstructive sont connues loin à la ronde.

Si l'intervention médicale et chirurgicale est complexe et délicate, l'engagement infirmier est *monumental*. Le centre emploie 17 infirmières qui ont toutes une double formation en soins intensifs et en soins spécialisés pour les grands brûlés. Les conditions de travail sont extrêmement dures, psychologiquement et physiquement. Toutes les émotions sont exacerbées. Et il faut parfois travailler par 30° avec une blouse étanche.

## .....Rencontre en Néonatalogie avec le Dr Jean-François Tolsa.....

# La Suisse est-elle vraiment championne des prématurés?

La Suisse affiche l'un des taux de prématurés les plus élevés d'Europe. Elle arrive en deuxième position derrière l'Autriche. En 2004, sur 72'125 naissances enregistrées dans les hôpitaux de notre pays, 9% des enfants sont nés avant terme. C'est l'information publiée par l'Office fédéral de statistique début juillet 2007. Le Dr Jean-François Tolsa, médecin adjoint à la Division de néonatalogie du CHUV, distribuerait moins vite les médailles. La situation est plus nuancée que ne l'indiquent les statistiques aujourd'hui disponibles.



Le Dr Jean-François Tolsa, à gauche en compagnie de la Dresse Anita Truttmann, après la prise en charge des quintuplés en juin dernier.



Première remarque du Dr Jean-François Tolsa: jusqu'au 31 décembre 2006, l'âge de gestation des nouveau-nés n'était pas enregistré de manière systématique dans notre pays. Or la durée de la grossesse est un élément qui permet de préciser si l'enfant est prématuré ou non. La durée normale est de 40 semaines. Le nouveau-né est considéré comme né à terme entre 37 semaines accomplies de grossesse et 42 semaines. Pour être un «vrai» prématuré, l'enfant doit donc être né avant 37 semaines accomplies de grossesse. Après 42 semaines, on parle de naissance post-terme.

Cet élément a son importance dans la mesure où des nouveau-nés peuvent présenter la taille et le poids d'un prématuré alors qu'ils sont nés à terme.

L'enregistrement systématique de l'âge de gestation pour toutes les naissances intervenant en Suisse n'a commencé que le 1er janvier 2007. Ce n'est donc qu'à partir de 2008 que nous disposerons d'une statistique précise sur le nombre des prématurés dans notre pays et que nous pourrons faire des comparaisons dans la durée.

### Pas de comparaison hâtive

Deuxième remarque: le taux de prématurés calculé par l'Office fédéral de la statistique

repose sur une étude rétrospective incluant seulement 63'000 des quelque 72'000 naissances annoncées en 2004. Environ 13% des données disponibles n'étaient pas suffisamment fiables pour entrer dans cette étude. Dans ces conditions, et compte tenu de la première remarque, le taux de prématurés devait être plus proche de 8% que de 9% cette année-là.

Détail, dira-t-on? C'est toujours beaucoup plus qu'en France, par exemple. Mais attention. La dernière étude connue chez notre grand voisin remonte à une dizaine d'années. Elle indique certes un taux de prématurés de 6.2% mais elle date de 1998. Il s'agit en outre d'une enquête sur une population restreinte et non d'une statistique complète. Il ne faut donc pas faire de comparaison hâtive d'un pays à l'autre, sur la base de chiffres obtenus avec des méthodologies différentes et à des périodes différentes.

«Aujourd'hui, conclut le Dr Tolsa, on peut raisonnablement estimer que le taux de prématurés se situe entre 7% et 10% en Europe occidentale et entre 8% et 12% aux Etats-Unis. Dire que nous sommes la médaille d'argent en Europe pour les prématurés est une information alarmiste qui n'est pas adéquate.»

## Les causes de la prématurité

En dehors des causes inconnues, la prématurité a des causes multiples.

- **Causes infectieuses.** L'inflammation provoquée par l'infection engendre la contraction de l'utérus et un stress majeur du bébé. La césarienne s'impose.
- **Causes vasculaires et immunologiques.** Il s'agit là d'une intolérance du corps de la mère au fœtus qui se manifeste par diverses pathologies de gestose, œdème, protéinurie, hypertension, etc. La stratégie médicamenteuse qui leur est appliquée ne permet pas toujours d'éviter une naissance prématurée.
- **Malformations et syndromes.** A la suite d'une malformation d'organe ou d'une aberration chromosomique, certains fœtus grandissent mal ou cessent de grandir. On provoque alors la naissance.
- **Grossesses multiples.** Les grossesses multiples ne représentent qu'environ 25% des naissances prématurées. Et toutes ne sont pas à mettre au compte de la procréation médicalement assistée. Comme on a parfois tendance à l'oublier, il y a aussi des naissances multiples sans traitement contre la stérilité.

### Un taux plutôt stable

Y a-t-il pourtant une augmentation des prématurés ces dernières années? La réponse est non sur la base des statistiques d'admission à la Division de néonatalogie du CHUV.

.....Rencontre en Néonatalogie avec le Dr Jean-François Tolsa.....



*La Néonatalogie a emménagé en septembre 2006 dans un espace lumineux, agréable et fonctionnel, en tout mieux adapté aux soins prodigués aux petits patients et aux équipements nécessaires.*

Elle accueille entre 450 et 500 nouveau-nés par année depuis dix ans, auxquels il convient d'ajouter la centaine de ceux qui sont transférés dans d'autres hôpitaux, faute de places disponibles. Mais tous ces enfants ne sont pas des prématurés. Il y a aussi beaucoup d'enfants nés à terme avec des complications. Les prématurés ne représentent que 50% à 60% de l'ensemble des nouveau-nés accueillis en néonatalogie.

Par rapport à toutes les naissances enregistrées à la Maternité du CHUV, le taux de prématurés est resté relativement constant ces dernières années. Il oscille entre 13% et 15%: 12.9% en 2003, 15.1% en 2004, 14.4% en 2005, ce qui est attendu pour un Centre périnatal de référence regroupant les grossesses à risque de la Suisse romande, hormis le canton de Genève.

### «Nous ne sommes pas des prématurologues»

Quand la Division de néonatalogie s'est installée au Pavillon des prématurés, en 1967, sa conception était révolutionnaire pour l'époque. Mais son appellation a faussé l'image de ses activités. Car si la Néonatalogie s'occupe effectivement des prématurés, elle prend aussi en charge les nouveau-nés à terme avec des problèmes (manque d'oxygénation, infections, malformations...) et qui sont presque aussi nombreux. «Nous ne sommes pas des prématurologues», souligne d'un sourire le Dr Tolsa.

En dehors de l'équipe d'obstétrique, la naissance d'un enfant à risque requiert la présence de trois collaborateurs de la Néonatalogie: deux médecins, dont un est en formation, et un membre de l'équipe des soins infirmiers.

## Les quintuplés du printemps



*Une partie de l'équipe qui a pris en charge les quintuplés. Le papa est au 2<sup>e</sup> rang (2<sup>e</sup> à partir de la gauche).*

Des quintuplés sont nés au CHUV, le 8 juin dernier: trois filles et deux garçons en moins de cinq minutes. Ils pesaient chacun entre 1 et 1.5 kg et avaient moins de 30 semaines. C'est la deuxième fois que des quintuplés voient le jour au CHUV. La première remonte au 21 décembre 1994. Une jeune professeur russe de 28 ans avait alors donné le jour à cinq prématurés pesant environ 600 grammes chacun. L'un des enfants était décédé trois jours plus tard.

Les premiers quintuplés connus - cinq filles - sont nés au Canada, le 28 mai 1934, à Corbeil, dans la province de l'Ontario. Les parents, Oliva et Elzire Dionne, étaient paysans et les petites filles sont nées à la maison, dans la ferme familiale qui ne connaissait ni l'électricité ni l'eau courante.

Les cinq fillettes Dionne, Yvonne, Annette, Cécile, Emilie et Marie, sont nées pendant la nuit, en l'espace de 47 minutes. La mère, âgée de 25 ans, avait déjà d'autres enfants. Au début de l'accouchement, elle était assistée de deux sage-femmes. Le médecin, le Dr Allan Roy Dafoe, est arrivé sur place alors que le troisième bébé venait de naître.

Ce type de situation est inimaginable aujourd'hui. En juin dernier, entre les sage-femmes, les anesthésistes, les médecins opérateurs, les instrumentistes, leurs aides et l'équipe médico-infirmière de la Division de néonatalogie, la naissance des quintuplés du CHUV a mobilisé au total une quarantaine de personnes. Un système de piquet avait été mis en place, du médecin-chef aux aides de salles d'accouchement, pour être sûr que les équipes soient disponibles le moment venu. Les installations techniques et tous les appareils nécessaires ont subi des tests pour prévenir toute défaillance. On avait même prévu le déplacement éventuel de l'un ou l'autre des quintuplés dans d'autres hôpitaux de Suisse, s'ils étaient nés un jour où il n'aurait pas été possible, faute de lits disponibles à la Division de néonatalogie, de tous les accueillir au CHUV. Heureusement, ça n'a pas été le cas.

## L'expérience du Département médico-chirurgical de pédiatrie

# Comment évaluer et traiter la douleur chez l'enfant

Un projet qualité en cours vise à définir une politique institutionnelle de la douleur. Ce projet vise à identifier les démarches existantes au CHUV et à coordonner les pratiques, la démarche devant aboutir à l'adoption d'une directive institutionnelle et d'un mode d'emploi de l'évaluation et du traitement de la douleur. L'objectif est évidemment d'améliorer la satisfaction des patients en matière de prise en charge de leurs douleurs.

Depuis cinq ans, le Département médico-chirurgical de pédiatrie a mis au point un système de prise en charge de la douleur des enfants qui a fait ses preuves. CHUV-Magazine en présente ici les grandes lignes.



Le taux des prématurés est plutôt stable.

La durée de séjour des nouveau-nés est de 17 jours en moyenne. Mais les écarts sont considérables. On va de 1-2 jours à plus de 20 semaines. Ce séjour en néonatalogie peut même se prolonger par une hospitalisation qui peut allonger le séjour jusqu'à 40 semaines, environ cinq mois.

### Les nouveaux locaux de la Néonatalogie

En septembre 2006, la Néonatalogie a emménagé dans des locaux tout neufs, au niveau 4 de la Maternité du CHUV. Des locaux lumineux, agréables, fonctionnels, dans un espace en tout mieux adapté aux soins prodigués aux petits patients et aux équipements nécessaires.

Ils permettent aussi d'accueillir les mères alitées qui ne peuvent pas se déplacer en raison de leur état de santé. Elles peuvent désormais être installées aux côtés de leur enfant. Jusqu'ici elles s'en trouvaient séparées parfois pendant de nombreux jours. « Cette séparation a des conséquences sur les relations à long terme entre la mère et l'enfant, rappelle le Dr Tolsa. Aujourd'hui nous sommes heureux de pouvoir favoriser ce lien le plus tôt possible. »

Les nouveaux locaux ont également permis d'augmenter le nombre de lits. Mais si l'outil de travail est performant, il ne permet pas encore de répondre à l'ensemble des besoins de la population. C'est pourquoi une extension des locaux, dont le crédit a été accepté par le Grand Conseil, est en cours. Elle sera achevée en automne 2008 et permettra une ouverture de lits supplémentaires en fonction des besoins.



Le groupe douleur pédiatrique, avec au premier rang, de gauche à droite : Iris Meyer, Patricia Fahrni-Nater, Chantal Clément et Rachel Aboulkheir. Au second rang, de gauche à droite : Annie Gros-Desormeaux, Corinne Stadelmann, Dr Martine Nydegger, Francine Pernet-Beehary et Joachim Rapin. Manquent sur la photo : Alain Bugnon, Carine Eigenmann, Sylvie Huilizen et Joëlle Peppmeier.

Le dispositif s'appuie sur trois piliers : un ensemble de protocoles sur l'évaluation de la douleur, un autre ensemble de protocoles sur son traitement et une série de recommandations concernant l'information des parents. Ce dispositif a été mis sur pied par un groupe de travail « Prise en charge de la douleur » qui regroupe des infirmières de tous les services de pédiatrie. Il est dirigé par le Dr Martine Nydegger, anesthésiste, assistée de deux co-responsables, Annie Gros-Desormeaux, infirmière, sur le site de l'Hôpital de l'Enfance, et Joachim Rapin, infirmier responsable d'unité à l'Unité soins aigus long séjour, sur le site du CHUV. Le tout est supervisé par un comité de pilotage présidé par le professeur Sergio Fanconi, chef du Département médico-chirurgical de pédiatrie.

### L'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur cherche à quantifier la douleur, à aider au diagnostic et à ajuster le traitement antalgique. Elle aide aussi à créer une relation de confiance avec l'enfant. Il se

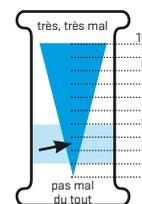
rend compte qu'on le croit quand il dit qu'il a mal. Elle permet enfin d'avoir un langage commun entre professionnels de la santé à l'intérieur d'une équipe et d'une équipe à l'autre.

Le protocole standard d'évaluation de la douleur chez l'enfant répond aux questions de base : chez quel enfant évaluer la douleur ? à quel moment ? Mais le principal problème est de savoir comment l'évaluer.

A partir d'un certain âge, l'enfant est en principe capable d'évaluer lui-même ses douleurs. Cette auto-évaluation est toujours à privilégier lorsque cela est possible. On utilise à cette fin deux outils.

### L'échelle EVA

A partir de 5 ans, on utilise une échelle visuelle analogique, EVA (voir graphique). On présente l'échelle verticalement à l'enfant, on lui



## .....L'expérience du Département médico-chirurgical de pédiatrie

en explique le sens aux deux extrémités (en bas, pas de douleur, en haut, la douleur la plus forte imaginable). Après s'être assuré qu'il a bien compris, on demande à l'enfant de placer le doigt «aussi haut que sa douleur est grande». Dès l'obtention d'un score de 3 sur 10, il convient de traiter la douleur.

### L'échelle des visages



Entre 4 et 10 ans, on utilise aussi la technique des visages symbolisés (voir graphique). On présente l'échelle à l'enfant en lui expliquant que les visages représentés montrent combien on peut avoir mal. Tout à gauche, le visage montre quelqu'un de souriant, qui n'a pas mal du tout. Les autres montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, le visage tout à droite représentant quelqu'un qui a très très mal. On demande ensuite à l'enfant de choisir le visage qui montre combien il a mal en ce moment. Dès que l'enfant montre un autre visage que celui situé tout à gauche, il convient de traiter la douleur.

### L'échelle POCIS

L'évaluation réalisée par quelqu'un d'autre que l'enfant fournit des éléments observables d'appréciation de la douleur. Cette hétéro-évaluation, toujours utile, devient indispensable quand l'enfant est trop petit pour pouvoir s'exprimer. Pour les enfants de 6 mois à six ans, on recourt à l'échelle POCIS<sup>1</sup>, basée sur l'observation du comportement de l'enfant. Cette échelle repose sur l'observation de sept éléments: le visage, les pleurs, la respiration, le torse, les bras et les doigts, les jambes et les orteils et l'état de veille. On note chaque élément selon les attitudes observées chez l'enfant, comme dans le tableau ci-dessous.

<b>Visage</b>	
Neutre, reposé	0
Grimaçant, froncé, nez plissé	1
<b>Pleurs</b>	
Absent	0
Pleurniche, gémit, hurle	1
<b>Respiration</b>	
Régulière, calme	0
Irrégulière, tirage, halètement	1
<b>Torse</b>	
Au repos, calme	0
Tendu, frissonnant, tremblant	1
<b>Bras, Doigts</b>	
Au repos, relâchés	0
Tendus, poings serrés, mouvements désordonnés	1
<b>Jambe, Orteils</b>	
Au repos, relâchés	0
Tendus, donne des coups, sans repos	1
<b>Etat de veille</b>	
Calme, détendu, joue ou dort	0
Agité, sans repos, irritable	1

Il convient de traiter la douleur dès que le score final atteint la note de 2 sur 7.

## L'utilisation du MEOPA

Le protoxyde d'azote est un gaz anesthésique utilisé dès 1850 par les dentistes pour ses propriétés antalgiques et amnésiantes. Son utilisation s'est ensuite étendue à l'obstétrique, dans les salles d'opération et en ambulatoire. C'est en France que l'hôpital Trousseau l'a adapté à la pédiatrie dès les années 1990.

Au Département médico-chirurgical de pédiatrie, son utilisation sous forme de MEOPA<sup>1</sup> a débuté au printemps 2003. La pratique s'est d'abord développée à la policlinique de l'Hôpital de l'Enfance pour différents soins douloureux comme les ponctions lombaires, les points de suture, les soins de brûlures, certaines piqûres, etc. Cette pratique s'est ensuite étendue au sein du DMCP, les chirurgiens et les pédiatres ayant été vite convaincus des avantages d'utiliser le MEOPA.

De janvier 2003 à juin 2006, chaque soin a été relevé sur une fiche spécifique comportant l'âge du patient, la nature du soin, l'évaluation de la douleur selon l'âge, et la satisfaction des parents et de l'équipe. Toutes ces données ont été encodées en vue d'une évaluation statistique (les MEOPA administrés à l'Hôpital Orthopédique pour les injections de Botox et soins dentaires n'en faisaient pas partie).

Année	Nombre d'utilisation de MEOPA
2003	381
2004	901
2005	824
2006*	764

\* La donnée 2006 résulte d'une extrapolation des chiffres enregistrés pour les 6 premiers mois de l'année

Après une augmentation spectaculaire du nombre de cas de recours au MEOPA en 2004, la légère diminution observée ensuite peut s'expliquer par une meilleure sélection des patients (après l'euphorie des débuts où il était proposé d'office). L'introduction du gel LET a également permis d'effectuer des sutures de manière très satisfaisante sans recourir au MEOPA.

### Comment administre-t-on le MEOPA?

Le produit est respiré par l'enfant grâce à un masque.

<sup>1</sup> MEOPA pour Mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. Equimoléculaire signifie que le gaz est composé de 50% d'oxygène et de 50% de protoxyde d'azote.

<sup>2</sup> Dr Martine Nydegger, Annie Gros-Desormaux et Joachim Rapin, «Utilisation du MEOPA au DMCP: trois ans d'expérience», Kid-i-PED, le Journal du Département médico-chirurgical de pédiatrie, septembre 2006.

D'autres échelles, le score de douleur néonatal bernois (nouveau-nés) ou l'échelle de San Salvador (enfants handicapés) sont également appliquées pour l'évaluation de la douleur.

L'évaluation systématique et régulière de la douleur est une condition sine qua non pour la reconnaître et la traiter. Mais les échelles ne sont que des outils. Elles s'intègrent dans une approche personnalisée de l'enfant qui est toujours le mieux placé, quand il peut s'exprimer, pour dire où il a mal, comment et combien il a mal. L'appréciation des parents est également utile.

Toutes ces informations sont notées et transmises. Elles servent à choisir le traitement initial de la douleur puis à l'adapter au fur et à mesure de l'évolution constatée.

### Gestes réalisés avec MEOPA pendant la durée de l'étude

Suture	920
Prise de sang, pose de venflon	310
Plaie, pansement, rinçage	228
Ablation*	215
Aiguille Porth-a-cath (PAC)	180
Excision, incision, débridement, ponction	145
Sondage, lavement, rinçage	77
PL, intramusculaire	69
Autres**	216

\* fils, agrafes, corps étranger, KTC, drain, broche

L'enfant ne s'endort pas mais il se détend et a moins mal et moins peur. Il peut avoir tendance à rire car le MEOPA est un gaz hilarant. Pour aider l'enfant à accepter le MEOPA, on lui propose des masques que l'on peut parfumer (à la fraise, à la framboise...) ainsi que des avions et des sifflots colorés qui présentent la chose comme un jeu.

### Est-il vraiment efficace?

L'avantage du MEOPA est qu'il cesse ses effets dès que l'enfant enlève le masque. Dans la majorité des cas les enfants le supportent très bien, les effets secondaires sont rares (vomissements, céphalées qui disparaissent immédiatement en arrêtant l'inhalation).

Dans la grande majorité des cas, le MEOPA est aussi efficace. Les résultats de l'évaluation menée de 2003 à 2006 montrent que l'utilisation du MEOPA a contribué à réduire la douleur des soins prodigués aux enfants et à rassurer leur famille. 90% des enfants ont évalué leur douleur comme faible. Pour 10 à 13%, selon l'échelle utilisée, la douleur s'est révélée modérée à forte. Le pourcentage de satisfaction des parents et de l'équipe se situe entre 87 et 94%<sup>2</sup>. Les constats d'échec sont principalement dus à un soin trop invasif ou trop long. Car ce mélange a des propriétés antalgiques peu puissantes. Le refus des parents ou de l'enfant reste évidemment une contre-indication indiscutable.

### Le traitement de la douleur

Une série de protocoles règlent également la prise en charge de la douleur en fonction de son niveau et des situations cliniques.

Dans le cas de douleur aiguë, le protocole prévoit trois paliers d'intervention, selon que la douleur reste malgré tout faible à modérée (palier 1), qu'elle est plus importante (palier 2) ou majeure (palier 3). Les différents traitements médicamenteux recommandés sont listés pour chaque palier. Ils vont du paracétamol au palier 1 aux opiacés au palier 3, avec les doses prescrites, leur délai et la durée de leurs effets ainsi que les précautions à prendre. Ce protocole est complété par un tableau précisant le meilleur moment pour réaliser un

<sup>1</sup> Pain Observation Scale for Young Children

## Les chiffres existent, les moyens de les faire parler aussi

# Combien coûte une journée d'hospitalisation au CHUV ?

soin à partir du moment où le patient a reçu un traitement anti-douleur. Exemple. Si le patient a pris un anti-douleur classique, on attendra au moins 30 minutes avant de commencer à lui faire un soin, la période maximale de l'effet antalgique se situant entre 1 et 2 heures après la prise du médicament.

D'une manière générale, un traitement anti-douleur doit être envisagé pour tout enfant se présentant aux urgences avec une plaie. Pour les sutures, un protocole porte sur l'anesthésie locale, soit par la pose d'une crème Emla, soit application du gel LET, soit par injection de Licodaine. Pour les enfants de plus de 4 ans, le MEOPA (voir encadré), pour lequel existe aussi un protocole d'utilisation, peut être utilisé en complément.

Nouveauté: un protocole règle aussi le dosage des médicaments, notamment en fonction de l'âge et du poids de l'enfant et selon qu'il est ou non administré avec d'autres médicaments.

### L'information des parents

Tout ce dispositif extrêmement complet, dont ce qui précède ne donne qu'une idée générale et simplifiée, s'insère dans une politique globale de la prise en charge de la douleur. Une petite brochure est distribuée aux parents. Elle a pour but de leur expliquer les principes de la prise en charge de la douleur. Elle s'ouvre sur un titre explicite: «La douleur n'est pas une fatalité. Soulager la douleur de votre enfant, c'est possible.» Cette brochure est distribuée à tous les parents dont un enfant est hospitalisé. Elle est à disposition sur les desks et les présentoirs des policliniques afin que les parents puissent y avoir accès facilement.

Les équipes soignantes informent en outre les parents de manière plus spécifique en fonction de la situation particulière de l'enfant. Un référent douleur se tient à disposition des équipes pour répondre à leurs questions ou intervenir si nécessaire.

### L'organisation et la formation

Chaque unité du département dispose d'un référent douleur qui est un point de repères pour l'équipe. Ces référents ont une grande expérience dans la prise en charge de la douleur. Au niveau des équipes, un système de formation initiale et continue a par ailleurs été mis en œuvre pour les nouveaux arrivants et le personnel en place. Les référents suivent régulièrement des congrès ou cours sur le sujet. Cette structure permet d'améliorer en continu la qualité de la prise en charge de la douleur et participe aussi à la motivation des soignants.

**La réponse existe. En 2006, au CHUV, une journée d'hospitalisation somatique aigue a coûté en moyenne 1'784 francs. Mais attention. C'est une moyenne, intéressante et utile en tant que telle, mais qui ne peut pas être comparée, sans autre mesure de précaution, avec celle des Hôpitaux universitaires de Genève, par exemple, ou celle de l'Hôpital de Morges.**

**On le comprend immédiatement en constatant que, pour un cas donné, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation a varié de 314 à 33'412 francs. Ces deux valeurs extrêmes sont surtout anecdotiques. Mais elles montrent bien que tout va dépendre de la maladie traitée et de son degré de gravité.**

**CHUV-Magazine fait le point sur l'état des connaissances actuelles dans ce domaine et sur les méthodes utilisées pour les développer.**



**Une journée d'hospitalisation somatique aigue a coûté en moyenne 1'784 francs. Mais les écarts à la moyenne sont considérables.**

La loi sur l'assurance maladie prévoit que les tarifs facturés aux assureurs pour l'hospitalisation doivent être calculés sur la base d'une comptabilité analytique. L'objectif est de pouvoir isoler les coûts de l'hospitalisation et donc d'exclure notamment les prestations non cliniques des frais pris en charge par les assureurs.

La comptabilité analytique répond aussi à la préoccupation de la Confédération et des cantons de connaître le coût des études de médecine. Ce qui n'est possible qu'à la condition de pouvoir distinguer au sein des hôpitaux, et en particulier au sein des hôpitaux universitaires, le coût des soins du coût de la formation et de la recherche.

La comptabilité analytique est enfin un instrument indispensable au pilotage de l'hôpital, à la mise en œuvre d'une gestion économique interne dans une optique de maîtrise des coûts.

### Comment fait-on ?

La comptabilité analytique dans une institution aussi complexe qu'un hôpital universitaire n'est pas une opération simple.

La première étape consiste à déterminer les coûts directs des différentes activités du CHUV. Ces activités comprennent par exemple, l'administration, le nettoyage, les laboratoires, les salles d'opération, les soins

.....Les chiffres existent, les moyens de les faire parler aussi.....



© CEMCAV

*Guy Moser, responsable de la comptabilité analytique.*

infirmiers ou le service médical. Dans cette étape il faut également isoler les coûts de la formation et de la recherche. Si l'exercice progresse d'année en année, il n'en reste pas moins extrêmement difficile. Car l'hôpital universitaire n'est pas simplement un hôpital dont une partie du personnel utilise une partie de son temps pour dispenser des cours aux étudiants ou faire de la recherche. Les activités de soins, de formation, de recherche et de développement sont étroitement imbriquées. Une partie des coûts de la formation réside dans un surcoût sur le coût des soins: on prend plus de temps par exemple pour faire une chose quand on l'enseigne en même temps qu'on la fait. C'est pourquoi, les coûts de la formation sont évalués à l'aide d'un modèle basé sur des hypothèses.

La deuxième opération consiste à répartir les coûts de l'administration et de la logistique sur les activités cliniques, ainsi que sur la formation et la recherche, à l'aide de clés de répartition. On connaît ainsi le coût complet des différentes activités de chaque service, par exemple le coût des soins infirmiers en pédiatrie, chirurgie cardiovasculaire, dermatologie, etc.

On calcule ensuite le coût unitaire des activités: le coût du point de laboratoire, du point TARMED de radiologie, du point PRN pour les soins infirmiers, d'une minute de salle d'opération, etc., pour chacun des services de l'hôpital.

La troisième étape consiste à associer ces coûts unitaires au parcours de chaque patient au sein de l'hôpital et aux prestations qui lui ont été fournies. On connaît alors le coût global des frais occasionnés pour chacun des patients. Cela permet de distinguer les coûts:

- des patients hospitalisés et ambulatoires
- des hospitalisations somatiques et psychiatriques
- des hospitalisations aiguës (lits A), de réadaptation (lits B), voire d'attentes de placement (lits C), dont les coûts sont très différents.

La dernière opération consiste à regrouper les patients par groupes de diagnostic (césarienne, pontage coronarien, fracture du fémur, par exemple) pour connaître le coût moyen d'une pathologie et les écarts à la moyenne. Cela permet de savoir qu'en 2006:

- une appendicectomie sans complication a coûté en moyenne 6'064 francs (en variant de 2'296 à 13'837 francs pour les cas extrêmes) avec une durée moyenne de séjour de 3.9 jours.
- une interventions sur les valves cardiaques, sans cathétérisme, a coûté en moyenne 46'237 francs (en variant de 22'298 à 132'209 francs pour les cas extrêmes) avec une durée moyenne de séjour de 14.2 jours.
- une leucémie aigüe, avec complication majeure, a coûté en moyenne 81'355 francs (en variant de 3'413 à 265'727 francs pour les cas extrêmes) avec une durée moyenne de séjour de 30.9 jours.

Au total, un patient somatique aigu hospitalisé a coûté quelque 15'726 francs en moyenne, la variation aux extrêmes allant de 419 à 1'648'706 francs. Encore une fois, le coût minimal et le coût maximal sont surtout anecdotiques, dans la mesure où ils ne donnent pas une bonne idée de la distribution des coûts pour la même pathologie. Mais ils montrent bien l'effet que peut avoir la complexité et la sévérité des cas traités.



*Véronique Koehn,  
responsable financement  
et statistiques.*

## Qui paie quoi?

Depuis 2007, l'activité ambulatoire des Hospices-CHUV n'est plus comprise dans l'enveloppe budgétaire. Cette activité est rémunérée uniquement sur facturation et payée par les patients et les assureurs en fonction des règles de l'assurance maladie.

L'activité d'hospitalisation reste incluse dans l'enveloppe budgétaire. Son financement est partagé entre l'Etat et les assureurs. Toutefois, les assureurs-maladie ne s'engagent plus sur un montant global mais en fonction des cas traités par l'établissement. Le canton de Vaud est ainsi devenu le seul garant du système. La part de financement a priori de l'hospitalisation est de 46,8% pour les assureurs-maladie et de 53,2% pour l'Etat en ce qui concerne les hospitalisations en psychiatrie et en réadaptation. En revanche, les négociations sur le tarif 2007 de l'hospitalisation somatique aigue des hôpitaux universitaires ayant échoué, les tarifs dans ce domaine sont provisoires.

L'idée de la révision de la LAMal est de se rapprocher progressivement du système de financement à la prestation au niveau national par un système de rémunération unique basé sur des pathologies et une intégration du coût des investissements (bâtiments et équipements) dans les tarifs. Mais il reste encore beaucoup de travail à faire, tant pour élaborer le mécanisme de rémunération lui-même que pour évaluer les investissements nécessaires à la prise en charge des patients.

## Comparer les hôpitaux entre eux

L'un des objectifs de la comptabilité analytique est de pouvoir comparer les hôpitaux entre eux, de pouvoir comparer le coût du traitement d'une même pathologie entre les cinq hôpitaux universitaires de Suisse aussi bien qu'entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux régionaux. Il n'existe cependant pas de données publiques basées sur la comptabilité analytique, ce qui empêche toute comparaison sensée. En effet, le périmètre d'activités est différent d'un hôpital à l'autre, même d'un hôpital universitaire à l'autre. Le CHUV, par exemple, intègre la psychiatrie et la réadaptation dans sa sphère d'activités. Ce qui n'est pas nécessairement le cas ailleurs. Or ces deux spécialités se caractérisent par des durées de séjour plus longues qui ont une incidence sur le coût moyen des hospitalisations. D'autres obstacles doivent être surmontés avant de parvenir à des comparaisons valides.

La première difficulté réside dans la saisie des données (enregistrement complet des prestations fournies, bon codage des diagnostics) dont la définition et la qualité ne sont pas encore les mêmes partout.

La deuxième difficulté tient au poids très différent de la formation et de la recherche dans les hôpitaux universitaires et les autres hôpitaux.

Dernier obstacle: la gravité des cas traités qui n'est pas la même d'un hôpital à l'autre. Un établissement universitaire va par nature traiter des cas plus complexes qu'un hôpital régional. Pour comparer les données entre établissements, il faut donc disposer de groupes de patients par diagnostic suffisamment fins et homogènes, quel que soit l'hôpital. Les APDRG (pour All Patients Diagnosis Related Groups), disponibles pour l'ensemble des hôpitaux suisses et utilisés dans le canton de Vaud pour la facturation aux assureurs depuis 2002, permettent ces comparaisons mais de manière encore imprécise. Malgré les améliorations apportées aux versions successives des APDRG, on trouve fréquemment dans le même groupe des cas sans complication et des cas avec complication, majoritairement pris en charge dans les hôpitaux universitaires. Un groupe de spécialistes réunis sous l'égide du projet SwissDRG travaille à l'élaboration d'une nouvelle classification. La démarche en cours, qui a démarré en mai 2004,

associe les représentants des cantons, des assureurs, des hôpitaux (H+) et des médecins (FMH), la Confédération ayant un statut d'observateur. A terme, le projet SwissDRG débouchera sur un tarif standard par pathologie et jouera, pour les hospitalisations, le rôle que joue déjà TARMED pour la médecine ambulatoire.

La qualité des données enregistrées progresse, des systèmes communs de groupes de patients par pathologie s'installent, les méthodes de comptabilité analytiques s'harmonisent. La mise en place du nouveau modèle de comptabilité analytique élaboré par H+, baptisé «REKOLE» sera effective dès l'exercice 2008 au CHUV. La capacité de comparer les coûts des établissements hospitaliers entre eux s'améliore donc et l'on peut déjà tenter de le faire. A condition d'y aller avec prudence et de comparer ce qui est comparable, c'est-à-dire des coûts par pathologie pondérés par le niveau de gravité et non, par exemple, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation, tous patients et toutes pathologies confondus. Les quelques exemples donnés ci-dessus montrent en effet la disparité des coûts selon les pathologies et les patients traités.

...Pourquoi se faire vacciner contre la grippe ?

## Pour faire un meilleur voyage lorsque nous traversons



Catherine Lazor-Blanchet, médecin responsable de la médecine du personnel.

**Quand nous partons sous les tropiques, une visite à la médecine des voyages pour quelque vaccination ou rappel est généralement bienvenue. Cela évite bien des désagréments pendant le voyage ou au retour. Le vaccin contre la grippe joue le même rôle protecteur quand nous nous apprêtons à traverser l'automne et l'hiver.**

contact avec des personnes à risque (personnes âgées, personnes avec maladies chroniques). Le vaccin contre la grippe est donc particulièrement recommandé pour le personnel médical et soignant.

La vaccination du personnel hospitalier vise à réduire la transmission nosocomiale du virus de la grippe, à diminuer le risque de complications et de décès chez les personnes à risque. La vaccination vise aussi à protéger les collaboratrices et collaborateurs et à diminuer le risque de désorganisation des services lors d'une épidémie importante.

Actuellement, seul le vaccin protège contre le virus de la grippe. Pour le moment, il n'existe aucune publication scientifique prouvant que les préparations homéopathiques ou phytothérapeutiques sont efficaces pour prévenir l'apparition de la grippe.

Comme chaque année, l'approche de l'épidémie saisonnière de grippe nous remet en face d'un choix à propos de la vaccination. Avec l'aide de la médecine du personnel, CHUV-Magazine présente ici des réponses claires et objectives aux questions que vous vous posez.

### Qu'est ce que la grippe ?

La grippe est une infection des voies respiratoires causées par le virus de l'influenza. Les symptômes caractéristiques sont une forte fièvre (38-40° C.) d'apparition brutale avec des frissons, des maux de tête, une perte d'appétit, des courbatures, des sensations de fatigue, de malaise, une toux sèche.

Les symptômes durent de 5 à 10 jours. La

période de convalescence peut durer de 1 à 2 semaines.

### Comment se propage le virus de la grippe ?

Le virus de la grippe est extrêmement contagieux et se propage rapidement d'une personne à l'autre, principalement par les gouttelettes transportées dans l'air lors de la toux ou des éternuements. Le virus peut par exemple survivre pendant 48h sur les surfaces telles que téléphones, claviers d'ordinateurs ou poignées de portes.

### Qui est concerné par la vaccination ?

La vaccination contre la grippe est recommandée pour :

- Les personnes présentant un haut risque de complications en cas d'infection par le virus de la grippe : par exemple, les personnes de plus de 65 ans, les personnes souffrant d'une maladie chronique, cardiaque, pulmonaire, etc.
- Le personnel soignant et médical ainsi que toute personne en contact direct avec des patients, toute personne qui dispense des services communautaires essentiels.

### Pourquoi doit-on se vacciner chaque année ?

Parce que les virus de la grippe changent continuellement. Chaque année, l'OMS identifie les souches du virus de la grippe en circulation et les vaccins antigrippaux sont élaborés en fonction de ces virus.

### Quelle est l'efficacité du vaccin ?

Le vaccin protège de la grippe 70% à 90% des adultes en bonne santé.

- La vaccination antigrippale chez les personnes habituellement en bonne santé et qui travaillent diminue de 40% le nombre de consultations chez le médecin durant la saison hivernale<sup>1</sup>.
- Chaque hiver, 1'000 à 5'000 personnes sont hospitalisées en Suisse à cause de la grippe. Et elle est responsable de 400 à 1'000 décès par an dans notre pays.

### La grippe n'est pas une affection banale

Car la grippe n'est pas un simple refroidissement, même si les refroidissements sont également fréquents durant la période hivernale<sup>2</sup>. Les seniors et les personnes atteintes de maladies chroniques sont évidemment les plus fragiles et les plus exposés aux complications d'une affection grippale (pneumonie bactérienne, aggravation des problèmes de santé sous-jacents) et au risque de décès. Mais tout le monde peut être atteint, même les personnes jeunes et habituellement en bonne santé.

Le risque de transmission de la grippe est plus élevé dans les milieux de soins et les EMS car le personnel est régulièrement en

<sup>1</sup> Nichol et al., *New England Journal of Medicine*, 1995; 333:889-93, et Bridges et al., *JAMA* 2000; 284:1655-63). Par ailleurs, le taux de mortalité des patients hospitalisés en service de gériatrie diminue de 17% à 10% lorsque le personnel de l'établissement bénéficie d'un programme de vaccination contre la grippe (Potter et al., *Journal of Infectious Diseases*, 1997; 175, 1-6).

<sup>2</sup> Les refroidissements sont causés par un autre virus que celui de la grippe (adénovirus, rhino-virus, virus para-grippaux, etc.).

# l'automne et l'hiver



## En combien de temps le vaccin devient-il efficace ?

La couverture maximale est obtenue entre deux et quatre semaines après l'injection, et la protection dure 6 mois.

## Quel est le meilleur moment pour se faire vacciner ?

On recommande de se faire vacciner contre la grippe entre octobre et décembre.

Au CHUV, la vaccination commencera le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Comme chaque année, il sera possible de se faire vacciner :

- dans une salle proche de la cafétéria les mardis et jeudis durant tout le mois de novembre.
- A la Médecine du personnel, tous les matins sans rendez-vous de 7h30 à 12h00.
- Dans les services où des personnes ont accepté d'être déléguées à la vaccination de leurs collègues.

## Le vaccin présente-t-il des effets secondaires ?

Des réactions de rougeur, démangeaisons

et douleur à l'endroit de l'injection peuvent apparaître 12 à 24 heures après la vaccination, mais elles disparaissent en 2 jours.

Une réaction de fièvre *légère* dont la durée ne dépasse pas 2 jours est possible.

Les réactions allergiques sont très rares, c'est pourquoi on vous posera toujours des questions concernant vos allergies pour ne pas vacciner les personnes qui présentent une contre-indication.

## Le vaccin peut-il me transmettre la grippe ?

Non. Le vaccin ne contient pas le virus de la grippe mais des fragments de surface du virus. Le vaccin stimule le système immunitaire pour produire des anticorps mais il ne peut pas transmettre la maladie.

Les personnes qui pensent que le vaccin leur a transmis la grippe confondent leurs symptômes avec ceux d'autres affections comme le rhume ou des refroidissements dues à d'autres virus qui sont présents en début de l'hiver et qui coïncident avec la campagne de vaccination contre la grippe.

*L'équipe de la médecine du personnel avec, au 1<sup>er</sup> rang, de gauche à droite :*

*Olivier Favre,  
Corinne Daverio,  
Patricia Salas,  
Coralie Burnier,  
Catherine Lazor-Blanchet,  
Ursina Schild,  
Anne Jacot,  
Muriel Lescure  
et François Heusch.*

*Au 2<sup>e</sup> rang, de gauche à droite :*

*Johanne Leblanc,  
Kathleen Rodgers,  
Sylvie Praplan,  
Marie-Louise Hale,  
Sandrine Ottessen-Montangero,  
et Arnaud Zufferey.*

...Cheffe du Central d'accueil téléphonique du CHUV

## Janine Chatagny raconte 30 ans d'évolution du service

Chez elle, Janine Chatagny utilise peu le téléphone et rarement longtemps. Mais le téléphone, elle connaît. Elle est entrée à l'Hôpital cantonal comme téléphoniste le 3 mars 1975. Elle a quitté le CHUV, le 19 juillet 2007, en tant que cheffe du Central téléphonique d'accueil. Entre ces deux dates, un monde. Janine Chatagny a accepté de porter un regard, plutôt amusé, sur son parcours et son activité. « Quand je suis venue au CHUV, dit-elle, je n'avais pas l'intention de rester. Je voulais simplement me changer les idées. Maintenant, c'est fait, je crois que je peux partir. »



*Janine Chatagny:  
« Le Central d'accueil  
téléphonique du CHUV  
reçoit 3'000 à 3'200  
appels par jour. »*

Janine Chatagny a été engagée avec une formation de téléphoniste aux PTT. L'évolution des télécommunications a fait disparaître cette formation. Les nouvelles collaboratrices sont aujourd'hui formées en interne. Au début, la nouvelle opératrice travaillait pendant un mois, en double, avec une téléphoniste chevronnée. Elle travaille également trois nuits en double, avant de se voir confier une permanence nocturne.

### La qualité de l'accueil

La question n° 1, c'est la qualité de l'accueil. C'est plus important que la rapidité. Il faut que l'interlocuteur se sente bienvenu. A partir de là, sauf exceptions, tout ira bien, même si la personne a dû patienter quelque temps avant qu'on lui réponde. Le problème est de savoir écouter la demande pour la comprendre et aiguiller correctement l'interlocuteur sans y passer trop de temps. Car d'autres appels attendent. L'exercice n'est pas toujours simple. Quelqu'un peut vous demander la pédiatrie alors qu'il a un

problème au pied ou la salle de réveillon pour la salle de réveil.

La question n° 2, c'est la connaissance du CHUV. Il faut savoir qui fait quoi, dans les services, les consultations, la comptabilité, la facturation, etc., afin de pouvoir réagir correctement à des demandes extrêmement diverses. Avec le temps, on parvient à avoir une bonne connaissance, même nominative, de l'institution, mais ce n'est pas facile. Il y a quand même plusieurs milliers de collaboratrices et de collaborateurs, et un taux de rotation élevée dans certaines catégories professionnelles, par exemple chez les médecins assistants.

Il faut aussi localiser les patients qui n'ont pas le téléphone quand un proche demande de leurs nouvelles et qu'il faut leur passer le service adéquat (cela se fait aujourd'hui sur l'écran avec le logiciel AXYA).

La question n° 3, c'est la rapidité. Le central d'accueil reçoit 3'000 à 3'200 appels par jour.

Environ 10% d'entre eux s'évanouissent avant qu'il ait été possible d'y répondre. On sait que la majorité des gens raccrochent après une bonne dizaine de secondes.

Parfois la langue peut poser un problème même si les opératrices peuvent passer à l'allemand ou à l'anglais pour une conversation courante, voire en italien. Quand l'interlocuteur ne parle manifestement aucune de ces langues, ce qui est heureusement rare, la situation devient plus délicate. Car il n'est pas toujours possible d'atteindre rapidement un interprète interne par le biais du service Accueil et admissions.

Par le passé, nous avons quelques numéros, si l'on ose dire, pas vraiment méchants mais difficiles à gérer. Je me souviens d'un homme qui téléphonait très souvent en soirée: il voulait se faire castrer. Il y avait aussi une femme qui voulait absolument dénoncer la maîtresse de son frère et quelques détraqués qui cherchaient à raconter leur vie ou leurs fantasmes sexuels. Avec l'arri-



© CEMFAY

*« Une téléopératrice doit être naturellement souriante. Le sourire s'entend dans la voix. »*

### Les principaux changements

Aujourd'hui, les appels proviennent pratiquement tous de l'extérieur, la majorité des collaborateurs ayant une sortie téléphonique directe. A l'époque, ce n'était pas le cas. Une partie importante du personnel devait passer par le central pour téléphoner à l'extérieur.

Au début, seuls les patients en chambre privée avaient droit au téléphone. Le central traitait les appels de tous les autres patients. « Les noms de chaque patient étaient inscrits au feutre sur des petits cartons correspondant à chaque chambre, se souvient Janine Chatagny, et nous en contrôlions le contenu tous les jours avec les infirmières. Nous facturions manuellement. C'est l'opératrice de nuit qui relevait les appels effectués et les taxes à payer. Quand tous les patients ont pu disposer du téléphone sur leur table de lit, il fallait encore établir le décompte de chaque ligne, qui était porté tous les jours à la comptabilité. Aujourd'hui, les téléphones à disposition des patients sont à prépaiement et le central n'a plus à s'en occuper. »

Autrefois, les alarmes techniques et les alarmes feu passaient par les opératrices du central. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Elles ont été automatisées. Le central continue en revanche de s'occuper de la mobilisation du personnel de renfort en cas de coup dur. Un plan de rappel d'urgence des téléphonistes est également prévu dans ce cas de figure, surtout pour le week-end et la nuit.

### Déménagements

Janine Chatagny a connu le déménagement de l'équipe, quand elle a quitté le bâtiment des Allières, au printemps 1978, pour s'installer dans le bâtiment hospitalier du CHUV alors en construction. L'enveloppe du bâtiment n'était pas encore terminée. « C'était sportif, dit-elle. Nous devions passer par les échafaudages, franchir une marche de 70 cm de hauteur et passer par une porte en bois dont nous avions la clé pour atteindre notre local... »

Elle a aussi connu deux changements de central téléphonique. La dernière fois, c'était

en 1995, et elle s'en souvient comme d'une période difficile. « Tous les numéros de téléphone internes changeaient à cette occasion, nous passions des vieux terminaux téléphoniques à des écrans PC et nous étions installées dans un vestiaire, en attendant que le local soit réaménagé. Tout s'accumulait. Pour faire face aux changements, l'équipe était renforcée, nous étions dix à travailler en même temps dans un local sans fenêtre, avec tous les fils de l'installation en cours autour de nous. Et nous n'arrivions quand même pas à suivre le rythme des appels. Il y avait en moyenne 60 personnes en attente et naturellement beaucoup de réclamations. Cette situation a duré plusieurs semaines. Il était temps que cela finisse. Malgré la bonne ambiance habituelle entre nous, le climat devenait tendu. »

### Une plaisante retraite

Née à St-Saphorin, Janine Chatagny habite Grandvaux. On aura compris qu'elle adore la région qui vient d'être classée au patrimoine mondial de l'UNESCO. Prendre la route des monts de Lavaux quotidiennement ne l'a pas blasée. « Je m'extasie tous les jours », dit-elle. Il lui arrive pourtant de faire quelques infidélités à « sa » région, notamment en Andalousie, où une petite maison l'attend pour passer les mois d'hiver et faire du vélo sur le bord de mer.

A la retraite, Janine Chatagny va pouvoir se livrer à ses hobbies préférés, le jardinage, les petits chiens, le vélo, la peinture sur porcelaine qu'elle n'a plus pratiquée depuis 15 ans et qu'elle compte bien reprendre. Et surtout faire beaucoup de sport et de plein air, en particulier du trekking en montagne. Après la traversée de la Corse, par exemple, ou le tour du Mont Rose il y a deux ans, elle va entreprendre le tour du Mont-Blanc cette année. Bonne ballade...

### 021 314 11 11...

Le central d'accueil répond évidemment 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. 22 collaboratrices y travaillent généralement à temps partiel, pour 15 emplois plein temps. Les heures de pointe se situent entre 9h et midi, et 14h-17h. Les effectifs sont adaptés à ces importantes variations horaires d'activité.

Sept personnes sont en poste le matin, 6 l'après-midi jusqu'à 17h. Puis les effectifs diminuent : quatre téléphonistes sont encore en place jusqu'à 18h, trois jusqu'à 19h, deux de 19h à 21h, et plus qu'une seule de 21h à 6h du matin. La nuit, la téléphoniste de service ne travaille pas dans le local du central, mais près des urgences, de manière à faciliter les contacts directs, en cas de nécessité.

vée du téléphone rose et l'ouverture des urgences psychiatriques, ce type de coups de fil est devenu plus rare.

### Du sourire dans la voix

La charte du Central d'accueil fixe comme objectif de répondre à tout appel après cinq sonneries. Le central y parvient souvent, mais de loin pas toujours. Il suffit qu'une des opératrices soit absente pour perturber la machine. « Quand l'attente s'est faite un peu longue ou que l'interlocuteur a dû téléphoner plusieurs fois avant de passer, explique Janine Chatagny, il arrive qu'on se fasse traiter de tous les noms, parfois même par des collaborateurs internes. Ce sont en général des gens stressés qui s'en prennent à la première personne venue, d'autant plus facilement qu'on ne la connaît pas et qu'on ne l'a pas en face de soi. »

Les qualités principales dont une opératrice doit faire preuve découlent de ce tableau. Elle doit être naturellement souriante (le sourire s'entend au téléphone), patiente et avoir l'esprit d'équipe et d'entraide.

Janine Chatagny souligne d'ailleurs l'excellente ambiance qui règne au sein de l'équipe en ajoutant malicieusement : « Et pourtant il n'y a que des femmes... ». Effectivement, le personnel actuel du central est exclusivement féminin. Dans le passé, deux hommes en ont fait partie, l'un pendant une dizaine d'années, l'autre pendant 35 ans. La stabilité du personnel du central est du reste impressionnante. Les collaboratrices qui y passent 25 ans et plus ne sont pas des exceptions.

...Le projet « Labos 2008 » a pris ses marques

## Premier bilan de la réorganisation des laboratoires

Le projet « Labos 2008 » vise à améliorer l'efficacité, autrement dit à assurer l'efficacité au meilleur coût possible, de l'ensemble des laboratoires du CHUV. Cet objectif général passe par la réorganisation de leurs activités de diagnostic autour de trois principes :

- la rationalisation des flux, c'est-à-dire du parcours suivi par les échantillons analysés,
- une réponse adéquate aux attentes des prescripteurs d'analyses,
- une adaptation de l'organisation à l'évolution des technologies et de l'environnement (notamment la pression à la baisse des tarifs).

L'étude du projet « Labos 2008 » a été lancée en 2004. Le rapport final de l'étude a été approuvé en mars 2006.

Ses principales recommandations sont en cours de réalisation. CHUV-Magazine fait le point sur les premières réalisations.



Appareil de gazométrie.



Spectromètre.

### Le projet gazométrie

Dans le cadre du projet gazométrie<sup>1</sup>, la supervision des équipements de tests diagnostiques au lit du malade<sup>2</sup> dans l'ensemble des secteurs concernés (urgences, soins intensifs, pédiatrie, néonatalogie, obstétrique, pneumologie, etc.) a été confiée au Département de médecine de laboratoire (DML) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2006. Cette supervision comporte le contrôle de la qualité analytique des appareils, leur entretien, leur approvisionnement et la gestion des stocks, ainsi que le dépannage 7 jours sur 7 pendant la journée. C'est désormais un pool de laborantins des laboratoires centraux qui assure ce service. Les soignants sont libérés de cette tâche, en particulier des préoccupations liées au contrôle de la qualité analytique et des pannes. Ils peuvent mieux se consacrer à leurs tâches essentielles au lit du patient.

Cette opération a été menée de pair avec le remplacement progressif des équipements à partir de 2005. Leur surveillance a été automatisée et informatisée dans le cadre d'un schéma de contrôle de qualité « Qualab », conforme aux normes en vigueur. Grâce à ce dispositif, le fonctionnement des appareils est aujourd'hui surveillé à distance depuis les laboratoires.

### Des plateformes partagées

L'idée de plateformes partagées vient d'un constat: les différents laboratoires de l'institution utilisent dans leurs domaines respectifs des technologies identiques ou similaires, installées dans des locaux disséminés dans la Cité hospitalière, voire au-delà. Le regroupement des moyens techniques permettrait de rationaliser leur emploi et le partage des connaissances sans nuire à la spécificité de chaque discipline.

Un exemple. L'histo-technologie était pratiquée séparément dans trois laboratoires du CHUV, à l'Institut de médecine légale, à l'Institut de pathologie et en dermatologie. Les équipes ainsi que tout l'équipement sont aujourd'hui regroupés à l'Institut de pathologie. L'analyse des résultats reste cependant du domaine de chaque spécialiste, médecin légiste, dermatologue ou pathologiste.

Autre exemple. Les deux équipes qui travaillaient sur les maladies innées du métabolisme et l'hyperammoniémie<sup>3</sup> au Laboratoire de chimie clinique et en pédiatrie moléculaire constituent aujourd'hui un groupe intégré, installé dans les locaux de la clinique infantile.

Dans le même esprit, une réflexion est actuellement menée sur le regroupement des moyens techniques utilisés pour la chromatographie-spectrométrie de masse<sup>4</sup> par diverses équipes de l'UNIL et du CHUV, en particulier de chimie clinique, de pharmacologie clinique et de l'Unité de bio-psycho-pharma-

<sup>1</sup> La gazométrie assure le suivi des mesures vitales: oxygénation du patient, ventilation, perfusion, glucose, sodium, potassium, lactate) directement au lit du patient.

<sup>2</sup> POCT pour Point-of-Care Testing

<sup>3</sup> Trouble métabolique caractérisé par un taux élevé d'ammoniac dans le sang et qui a des répercussions sur le développement cérébral.



De gauche à droite: Myriam Beroud, Patricia Faustinelli, Isabelle Bally et Daniel Bardy, responsable du projet gazométrie.



Bernard Gmünder, directeur administratif du Département de médecine de laboratoire.

cologie clinique de Cery. Cette technologie de pointe nécessite en effet des investissements dans des machines extrêmement coûteuses. Un regroupement n'en serait que plus profitable à son développement.

### Un Laboratoire commun

Au final, « Labos 2008 » vise à réorganiser l'ensemble des prestations de laboratoires autour de plateformes interdisciplinaires et de laboratoires spécialisés, comme décrits ci-dessus, et d'un laboratoire commun centralisé (plateforme LAC)<sup>1</sup>.

Comme son nom l'indique, ce laboratoire commun centralisé sera le lieu unique de réception des échantillons. Hautement automatisé et ouvert 24 heures sur 24 heures, sa plateforme technique lui permettra d'effectuer le spectre le plus large possible des analyses de routine, les autres étant confiées par ses soins aux plateformes ou laboratoires spécialisés. Ce concept implique une réflexion approfondie sur l'utilisation la plus rationnelle des locaux et des appareils ainsi que sur le parcours suivi par les échantillons. Il s'agit d'organiser ce laboratoire commun de façon que les analyses les plus fréquemment demandées soient aussi les plus proches les unes des autres, afin de réduire au minimum le trajet d'un échantillon donné. La localisation de ce laboratoire commun est actuellement prévu – et étudié – au niveau 18 du Bâtiment hospitalier

A terme, l'idéal serait de réunir le laboratoire commun et toutes les autres plateformes spécialisées sous le même toit, dans un bâtiment ou une partie de bâtiment à proximité immédiate des plateaux techniques du CHUV. Ce principe est de plus en

<sup>1</sup> Le Dr Olivier Boulat, chef du projet de laboratoire commun, en vacances, n'a pas pu être pris en photo.

## L'origine du projet «Labos 2008»

Le projet « Labos 2008 » s'inscrit dans la stratégie « Efficience » du Plan stratégique de développement des Hospices-CHUV. En 2004, la Direction générale a lancé une étude approfondie sur les laboratoires de l'institution en vue d'une optimisation de leur fonctionnement et de leur organisation. Les objectifs et l'organisation de l'étude ont été approuvés le 1<sup>er</sup> avril 2004 au cours d'une séance réunissant l'ensemble des chefs de service concernés.

Le rapport final de l'étude, conduite avec l'appui de l'Unité développement stratégique et qualité, a été approuvé par le Comité de pilotage du projet le 9 mars 2006 et par le Comité de direction des Hospices-CHUV le 14 mars suivant. Sur cette base, la Direction générale a donné mandat, le 3 avril 2006, à la Direction du Département de médecine de laboratoire (DML) de mettre en œuvre progressivement les recommandations de « Labos 2008 ».

Dès le démarrage de l'étude, des séances d'information ont tenu l'ensemble du personnel des laboratoires au courant de l'avancement du projet. Un site intranet a également été mis sur pied et permet aux collaborateurs de faire part de leurs questions ou remarques.

### Les recommandations de « Labos 2008 »

Dans sa décision du 3 avril 2006, la Direction générale liste les recommandations de « Labos 2008 » à mettre en œuvre en priorité :

- L'élargissement du périmètre du DML à l'Institut de pathologie, au Laboratoire de la pharmacologie clinique, à l'Unité de bio-psycho-pharmacologie clinique de Cery et à l'Unité de médecine transfusionnelle. Cet élargissement est en cours.

Le DML regroupait déjà les services suivants :

- l'Institut de microbiologie
- le Laboratoire central de chimie clinique
- les Laboratoires d'immunologie et d'allergie
- le Laboratoire d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme
- les Laboratoires de génétique

- le Laboratoire central d'hématologie
- le Laboratoire de l'Hôpital de l'Enfance.

- Le renforcement des organes de direction du Département, en commençant par l'engagement d'un coordinateur logistique et du chef de l'Unité laboratoire commun. Le coordinateur logistique a été engagé le 1<sup>er</sup> janvier 2007 en la personne de **Brigitte Morel**, qui travaillait jusque-là comme chef d'unité au laboratoire diagnostic d'immunologie. Le projet de Laboratoire commun est encore en cours de développement. Il est piloté, en tant que chef de projet, par le **Dr Olivier Boulat**, cadre au Laboratoire de chimie clinique.
- L'élaboration sur 2006-2008 du projet de réalisation d'une réception commune au niveau 18 du Bâtiment hospitalier, aujourd'hui effective, et du projet de réalisation d'un Laboratoire commun.
- La mise en place progressive des autres plateformes identifiées :
  - Plateforme histo-technologie
  - Plateforme biologie moléculaire
  - Plateforme chromatographie / spectrométrie de masse
  - Plateforme de cytofluorimétrie
  - Plateforme protéines spécifiques
  - Plateforme sérologie infectieuse
  - Plateforme compteurs de radioactivité.
- L'adaptation progressive du système d'information des laboratoires diagnostiques, notamment avec l'appui de l'Office informatique et du futur coordinateur des systèmes d'information. Ce dernier a été désigné et commencera ses fonctions dans le courant de l'automne.
- L'adaptation de la formation et de la recherche avec la nomination d'un coordinateur formation.
- La mise en œuvre d'une politique de ressources humaines du DML, avec le soutien de la responsable RH du département, **Marie-Hélène Ros**, engagée le 1<sup>er</sup> mars 2006.

.....Le projet « Labos 2008 »  
a pris ses marques



Brigitte Morel, coordinatrice logistique du DML.

plus souvent appliqué en Europe pour les mêmes motifs qui sont à l'origine de « Labos 2008 » : rationalisation et efficacité. Les Hôpitaux universitaires de Genève ont d'ailleurs décidé de construire un nouveau bâtiment des laboratoires dans cette perspective.

### Le développement par la formation et la recherche

« Labos 2008 » ne se réduit toutefois pas à un projet de rationalisation. C'est aussi un projet de développement de la médecine de laboratoire par la formation et la recherche.

Dans l'immédiat, un programme de formation continue des collaborateurs du Département, notamment des techniciens d'analyses biomédicales, a été mis en place et programmé sur deux ans.

Mais des efforts importants sont prévus dans la formation pré- et post-graduée des médecins ainsi que des spécialistes en médecine de laboratoire. Le départ à la retraite programmé de plusieurs professeurs et chefs de service ces prochaines années pose également le problème de la relève et de la planification académique du DML ces prochaines années.

Les défis à relever dans un proche avenir ne manquent donc pas pour les 250 collaboratrices et collaborateurs qui travaillent au Département de médecine de laboratoire. La rationalisation en cours permettra d'assurer les développements nécessaires au soutien des activités d'un hôpital universitaire, en particulier de la médecine de pointe dans les pôles retenus comme prioritaires au CHUV.

## Le Service d'audit interne est opérationnel depuis Il a pour mission d'améliorer le sys

La décision de créer un Service d'audit interne au CHUV a été prise par le Conseil d'Etat en octobre 2006. Ce nouveau service rattaché directement au Directeur général est progressivement devenu opérationnel à partir du 1<sup>er</sup> mars 2007. Il a pour mission de porter une appréciation et de faire des recommandations dans trois domaines principaux :

- la maîtrise des risques financiers,
- le fonctionnement du contrôle interne,
- la gouvernance de l'entreprise, en examinant si l'organisation est en adéquation avec les objectifs fixés.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars dernier, il a d'abord fallu constituer l'équipe du service (voir encadré) et définir son cadre de fonctionnement. La charte et les documents de travail de base ont été élaborés et validés. Après avoir établi une première cartographie des risques, un programme initial de travail a été présenté et avalisé par la direction générale à la mi-mai 2007. Les premiers audits ont pu commencer à cette date<sup>1</sup>. Claude Meyer estime que le service est parti sur des bases saines. « Grâce à l'appui de la Direction générale, le recrutement s'est bien déroulé et est achevé, dit-il. L'équipe est en train de trouver son rythme et ses marques. »

Les activités du service sont établies sur la base d'un programme annuel qui découle d'une planification pluriannuelle. Ce programme dépend de l'analyse des risques alimentée par :

- les contrôles précédemment effectués ou des audits de tiers,
- les changements intervenus dans l'environnement, en particulier sur le plan légal,
- les risques apparus dans des institutions similaires,
- les préoccupations du Comité d'audit et de la Direction générale et des principaux responsables de l'institution.

### Objectif : améliorer les processus

L'objectif général du service est de travailler en partenariat avec les différentes entités du CHUV dans le but d'améliorer le système de contrôle de l'institution et de prévenir des incidents fâcheux. Les mots-clés de son action s'appellent effectivement prévention et recommandations d'amélioration des processus. C'est sa principale plus-value.

Le Service d'audit interne n'a aucune responsabilité ou fonction opérationnelle. Il ne peut pas décider. Il ne peut que requérir des modifications ou corrections et proposer des solutions. « Nous recommandons de... », dit-il après analyse de la situation. Mais c'est à l'entité de mettre en œuvre les corrections nécessaires, pour rectifier les éventuelles erreurs constatées, ou les recommandations d'amélioration des processus et des procédures.

Le service peut aussi indiquer à la Direction générale et au Comité d'audit les pistes et les moyens qui lui paraissent les mieux à même d'atteindre tel ou tel l'objectif. Mais c'est à ces instances de décider ce qu'elles veulent faire et par quels relais elles entendent agir.

Dans le même esprit, les rapports d'audit ne sont pas publics. C'est le mandant qui en est le dépositaire et qui décide, cas échéant, de sa publication. Les dossiers d'audit ne sont pas davantage accessibles, à l'exception des parties utilisées par d'autres organes d'audit qui sont eux-mêmes astreints au devoir de réserve et au secret professionnel.

### Pas de jugement sur les personnes

Le chef du nouveau service, Claude Meyer, insiste beaucoup sur l'éthique à respecter dans le travail de son équipe. « Nous ne portons aucun jugement sur les personnes, explique-t-il, mais seulement sur le fonctionnement du système. Notre rôle ne consiste pas à répondre à des questions du type : « X. est-il compétent ? ». Au demeurant, quelqu'un peut être compétent et le système ne pas fonctionner. Notre examen

<sup>1</sup> C'est à la suite de l'un de ces audits, que l'Etat de Vaud a déposé plainte et s'est porté partie civile, en juin 2007, à l'encontre d'un employé administratif du CHUV suspecté de malversations financières. Ces malversations ont en effet été découvertes dans le cadre d'un mandat confié par le Comité d'audit et la Direction générale du CHUV. Le montant des malversations restait à préciser au moment du dépôt de la plainte mais il pourrait atteindre plusieurs centaines de milliers de francs. La Direction générale du CHUV a également ouvert une investigation interne, en collaboration avec les autorités chargées de l'instruction, pour définir les responsabilités. Aussi regrettable qu'elle soit, cette nouvelle affaire montre le bien-fondé et l'efficacité des mesures de contrôle instaurées à la suite de l'affaire de l'ancien chef du Service de neurologie.

le 1<sup>er</sup> mars

# tème de contrôle du CHUV

portera par exemple sur l'existence ou non de cahier des charges, sur leur application effective ou non, sur leur adéquation avec les objectifs fixés, etc.»

## Une déontologie rigoureuse

La Charte du service précise d'ailleurs les règles de déontologie que le service d'audit interne doit appliquer. On peut les résumer de la manière suivante.

- Le service veille à conduire ses enquêtes sans préjugés. Dans ses conclusions, il doit manifester un haut niveau d'objectivité, d'impartialité et d'honnêteté.
- Il ne transige pas sur la qualité de ses travaux et doit se comporter de manière telle que son intégrité et sa bonne foi ne puissent pas être mises en doute.
- Il allie une grande rigueur de méthode et une capacité d'écoute lui permettant d'appréhender les réalités opérationnelles.
- Il respecte un strict secret professionnel, sauf à l'encontre du Directeur général du CHUV, du Comité d'audit, du Contrôle cantonal des finances et des autorités judiciaires.
- Il rend compte par écrit aux instances qui l'ont mandaté des faits mis en évidence. Mais ceux-ci sont toujours portés à la connaissance préalable des responsables des secteurs audités dont les observations et l'adhésion sont sollicitées. En cas de découverte d'irrégularités ou de fautes graves, l'auditeur informe immédiatement sa hiérarchie et examine avec elle la meilleure conduite à tenir dans la recherche de preuves avec le tact et la discrétion nécessaires.

Le fonctionnement du Service d'audit interne est lui-même soumis, au moins tous les deux ans, à un audit externe qui sera confié au Contrôle cantonal des finances.

## Le déroulement d'un audit

Chaque mission d'audit se décompose en quatre phases :

1. La prise de connaissance du domaine
2. L'investigation sur le terrain

3. La synthèse de la mission
4. Le suivi de la mission.

**La prise d'information.** A partir d'une première prise de contact avec le secteur concerné, le service d'audit interne détermine, sur la base de documents et d'entrevues, une analyse détaillée des risques apparents. Cette analyse est complétée par un entretien initial avec les responsables de l'unité auditée. Pour accomplir leur mission, les auditeurs peuvent, si nécessaire, faire appel à des experts internes ou externes afin de parfaire leur connaissance du domaine.

**L'investigation.** Pour son investigation, le service d'audit interne met en œuvre les techniques d'observation usuelles. Examen analytique, par exemple, en comparant budget et comptes, en examinant les écarts par rapport à une norme, ou encore en recourant au benchmarking qui permet de comparer les performances d'institutions similaires. L'observation peut également intervenir sur le site, notamment pour la gestion des stocks.

Chacun des constats effectués au cours de l'audit doit être validé soit par un document, soit par d'autres éléments probants.

**La synthèse de la mission.** A l'issue de l'analyse, le service d'audit interne produit un projet de rapport qui présente les domaines audités, l'appréciation portée par les auditeurs et leurs recommandations éventuelles. Ce projet est mis en consultation auprès des audités qui peuvent formuler des observations qui sont intégrées dans le rapport final.

**La procédure de suivi.** Le rapport définitif est adressé au responsable du secteur audité et au Directeur général du CHUV qui peut décider d'une diffusion plus large. Si le mandat émane du Comité d'audit, c'est lui qui est destinataire du rapport ainsi que le Directeur général et le responsable du secteur audité.

Le chef du Service d'audit interne fournit aussi régulièrement au Directeur général du CHUV un état des lieux sur la mise en œuvre des recommandations, en particulier sur les retards ou les blocages constatés.

## L'indépendance du service

Le Service d'audit interne est rattaché administrativement à la Direction générale et supervisé par un Comité d'audit du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), présidé par le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard. Ce comité réunit :

- le chef du Service de la santé publique (DSAS), Marc Diserens,
- le directeur général de l'enseignement supérieur (DFJ), Christian Pilloud,
- le directeur général du CHUV, Bernard Decrauzat,
- le secrétaire général du DSAS, Eric Toriel,
- et avec voix consultative, la directrice du CCF, Marinette Kellenberger.

Le Comité d'audit et le Directeur général peuvent à tout moment mandater le Service d'audit interne pour une mission non planifiée concernant une structure, une fonction, un thème ou un flux. Le service d'audit peut cependant refuser le mandat. Son refus doit évidemment être motivé, en principe par le fait que ses ressources sont insuffisantes pour remplir le mandat ou que les compétences métier requises lui font défaut.

## L'équipe en place

Sous la responsabilité de Claude Meyer, le Service d'audit interne dispose des ressources internes suivantes :

- deux chefs de mandats, Loredana Bader (à 60%) et Thibault Heinzer, tous deux experts comptables diplômés,
- un réviseur chevronné, Gerald Conti,
- une auditrice, Magali Mogeon,
- et une secrétaire, Barbara Lauber (à 60%).

Sous l'angle des compétences et du nombre de personnes, l'équipe correspond aux normes internationales en vigueur pour des institutions de la taille du CHUV.

Dans des domaines particuliers, le service peut cependant s'adjoindre des compétences complémentaires en interne. Le service a par exemple transmis les questions qu'il se posait sur les risques liés au fonctionnement de certains logiciels auprès du responsable de la sécurité informatique, Jeremy Kenaghan.

Le service est également amené à collaborer avec l'organe de révision externe pour le contrôle annuel et avec le Contrôle cantonal des finances (CCF) en fonction de mandats ponctuels. Le CCF a par ailleurs accès aux rapports délivrés par le Service d'audit interne.

## .....Portraits d'interprètes bénévoles au CHUV.....

# La réalité multiculturelle et l'entraide à l'hôpital

Ils occupent quelques pages bleues dans l'annuaire du CHUV. Quelques pages où défilent des langues et des noms, de A pour afghan à W pour le wolof que l'on parle au Sénégal, sans oublier le suisse allemand et la langue des signes. C'est là que vous trouverez la liste des interprètes qui œuvrent bénévolement dans l'établissement: plus de 120 personnes représentant tous les continents de la planète Terre et toutes les catégories professionnelles de la planète CHUV.

En guise d'hommage à tous, CHUV-Magazine vous présente le portrait-express de quelques-uns d'entre eux et les remercie chaleureusement de leur accueil.

### Ahmed TADLAOUI-BRAHMI

Né à Fez, naturalisé en 2005



Naturalisé depuis 2005, en ayant conservé sa nationalité marocaine, lui-même se sent 50-50, mais bien intégré: «Au début, c'est sans doute plus difficile d'entrer en relation avec les gens. Mais quand le contact est établi, on est très attaché. Nous avons par exemple connu une grand-mère suisse allemande, qui est décédée il y a deux ans, qui était très cultivée et vraiment formidable.» Pour le reste, son environnement professionnel est très cosmopolite. Il y a cinq nationalités différentes sur les six personnes qui travaillent directement avec lui.

Ahmed Tadlaoui-Brahmi est entré au CHUV en 2000. Il s'occupe des litiges avec les fournisseurs à l'Office des finances. Auparavant il travaillait à Gland, pour l'entreprise Best Industry Holding. Il est arrivé en Suisse en 1988, à l'âge de 25 ans. Né à Fez, il a quitté le Maroc pour entreprendre des études de comptabilité à l'Université Jean Moulin, à Lyon. Il les a ensuite complétées d'un semestre à l'Université de Fribourg. Et il est resté dans notre pays.

Comment trouve-t-il la Suisse? Propre et calme, mais au-delà des clichés, Ahmed Tadlaoui est tombé amoureux de la neige et des glaciers. Il adore Zermatt et son petit lac noir. Il y retourne chaque fois qu'il peut pour la beauté du paysage. «Je viens du sud, dit-il, et j'aime la neige alors que ma femme qui vient du Nord n'aime pas ça du tout.» Car madame est canadienne. D'ailleurs quand on lui demande s'il mange plutôt suisse ou marocain, il répond: «Je mange canadien.» Avec des exceptions notables. La dernière de ses deux enfants (10 et 12 ans), a en effet introduit une tradition dans la famille: la raclette du dimanche. «Mes enfants, poursuit-il, adorent le Canada, le Maroc et la Suisse, mais surtout la Suisse.»

Pourquoi joue-t-il les interprètes bénévoles? Ahmed Tadlaoui estime qu'être malade dans un pays dont ne connaît pas la langue est une situation doublement difficile, qui peut provoquer la panique. Apporter à ces patients un échange dans leur langue maternelle permet de les rassurer un peu. Ces derniers temps, il est appelé une à deux fois par mois pour servir d'interprète à des patients koweïtiens, libanais, syriens, irakiens. Non seulement Ahmed Tadlaoui a étudié l'arabe jusqu'au baccalauréat, mais il parle presque aussi bien le libanais et le syrien que le marocain depuis son passage à la Cité universitaire de Lyon.

La dernière fois qu'il a officié en tant qu'interprète, c'était pour un jeune koweïtien de 21 ans atteint de leucémie. «Ces rencontres sont des moments forts dont je conserve le souvenir même si je n'en retiens pas toujours la date. Je ne suis pas médecin, mais j'essaie de traduire au mieux et j'ai l'impression que mon intervention fait du bien au patient, en tout cas à son moral.»

### Ngoc-Anh NGUYEN

Née au Sud-Vietnam, Suisse depuis 2002

Mme Nguyen est arrivée à Lausanne en 1990 où elle a d'abord travaillé à la Clinique Cecil tout en améliorant son français. Elle a été engagée au CHUV en novembre 1993. D'abord infirmière au Service ORL, elle est en traumatologie depuis 2002. Elle est arrivée en Suisse, en 1980, à Lucerne, où elle a suivi la formation d'infirmière. Sa famille, ses parents et ses 7 frères et sœurs, ont fui la région de Can-Tho, au Vietnam en 1979. Ils se trouvaient dans un camp de réfugiés en Malaisie quand la Suisse a accepté de les accueillir. Aujourd'hui l'une de ses sœurs vit à Fribourg, tous les autres membres de la famille sont en Suisse alémanique.

Au début de son séjour, Ngoc-Anh Nguyen avait 17-18 ans, c'était dur. Il fallait apprendre l'allemand, s'habituer à la culture et à la nourriture. A l'époque, elle ne supportait pas le fromage. Maintenant elle en mange, même si elle préfère la raclette à la fondue. Elle ne boit pas d'alcool, mais les hommes de sa famille et son mari, apprécient le vin rouge. Aujourd'hui, tous mangent européen et vietnamien.

Devenue Suisse en 2002, elle a pu retourner au Vietnam voir sa belle famille. «C'est quand même mon pays d'origine, ma langue, ma culture. Malgré 27 ans passés en Suisse, où mes deux enfants sont nés, où je n'ai pas de problèmes, où j'ai des amis, des collègues sympathiques, on sent qu'on n'est pas d'ici. On ne se sent nulle part chez soi. C'est un peu triste.»

En tant qu'interprète bénévole du CHUV, Mme Nguyen était surtout sollicitée quand elle était en ORL. A l'époque, les réfugiés vietnamiens n'étaient pas encore bien intégrés. Aujourd'hui, la plupart d'entre eux parlent la langue du lieu et les familles peuvent s'occuper des personnes âgées qui ont encore des difficultés de compréhension. Depuis qu'elle est en traumatologie, Ngoc-Anh Nguyen n'a été appelée que deux ou trois fois lors de consultations médicales.

## Mayura NAVATHEEPAN

Née au Sri Lanka, Suisse depuis 2001



© CEMCAV

Assistante à la pharmacie du CHUV depuis juin 2003, où elle est responsable du desk, et plutôt polyvalente, Mayura Navatheepan est arrivée en Suisse en 1988. A l'âge de huit ans. Née dans la région de Jaffna, au Sri Lanka, sa famille a fui la guerre civile. Avec ses parents, ses deux frères et une sœur, elle a donc d'abord connu le statut des réfugiés.

Comment a-t-elle vécu cette expérience? Elle s'en souvient comme d'une période assez difficile, non à cause de la langue qu'elle a apprise assez vite, mais il a fallu s'adapter au regard des autres, au mode de vie, à la cuisine. «Nous avons été plutôt bien reçu, dit-elle, l'accueil des réfugiés était plus favorable à l'époque qu'aujourd'hui. J'aimais bien les camps scolaires. Je n'ai pas de mauvais souvenirs. Simplement, en tant qu'enfant, réfugié et d'une autre couleur, on est évidemment plus sensible.»

Mayura Navatheepan est devenue Suisse en 2001, avec sa sœur dont elle est l'aînée. En 2004, elle s'est mariée avec un Sri Lankais qu'elle a connu en France quand il habitait Londres. Elle se sent aujourd'hui bien intégrée, dans la vie et au travail. Tous ses collègues sont venus à son mariage.

Elle est retournée pour la première fois au Sri Lanka, en 2005, pour le mariage religieux. «Je ne savais plus comment c'était, raconte-t-elle. Pour les gens, vous venez d'Europe, vous n'êtes plus de leur monde. Et vous-même, vous avez beau être originaire de ce pays, il vous paraît très loin de vous. Ça vous fait bizarre d'enlever vos chaussures pour entrer dans un temple, par exemple. Même si vous êtes bien intégrée en Suisse - je vais voter -, vous n'êtes pas d'ici et vous n'êtes plus de là-bas. Vous êtes de nulle part.»

Un exemple? «Côté cuisine, constate-t-elle, je suis devenue très suisse, j'aime la raclette et la fondue. Ma maman a plus de peine. D'un autre côté, j'ai conservé des habitudes. Au Sri Lanka, on est très famille, on respecte les personnes âgées, on ne dit pas «tu» tout de suite. Je suis restée assez réservée, c'est une question de communication.» Quand on lui demande si, un jour peut-être, elle aimerait vivre ailleurs, elle répond: «En Angleterre. Ici, on vit bien mais c'est un peu trop lent. Je préférerais un peu plus d'animation.»

Comme interprète bénévole du CHUV, Mayura Navatheepan est sollicitée en moyenne une fois tous les quinze jours, souvent en cardiologie. A croire que les Tamouls ont pas mal de problèmes cardiaques. La rencontre dure généralement quinze à vingt minutes, parfois plus longtemps quand il s'agit de petits enfants qui n'ont pas encore été scolarisés. J'essaie d'être à la hauteur, il y a des termes que je ne connais pas toujours dans ma langue maternelle. Mais les patients sont visiblement contents de nous voir.»

## Gloria DAHAN-LLANTINO

Née à Madrid, Suisse par mariage



© CEMCAV

Gloria Dahan travaille au CHUV depuis juin 1979. Elle a commencé comme aide infirmière à l'Hôpital Sandoz, démoli pour faire l'entrée du CHUV. Elle a ensuite assuré la pré-facturation en ergothérapie avant d'arriver à l'accueil des patients et des visiteurs au début des années 90.

Née à Madrid, où elle a fait toutes ses études secondaires, Gloria Dahan n'est pas devenue Suisse seulement par mariage: « Je me sens parfois plus Suisse qu'Espagnole mais je ne suis vraiment ni l'une ni l'autre, explique-t-elle. J'ai gardé l'accent espagnol en français mais j'ai de plus en plus de peine dans ma langue maternelle. Je fais des fautes. Je n'ai plus la manière de penser ou d'agir des Espagnols. Pour la ponctualité, d'ailleurs, je n'ai pas eu à faire d'effort. Comme nous étions dix frères et sœurs, les parents ne lésinaient pas sur la discipline. Quand ils disaient «à 10 heures», c'était 10 heures. Mais je suis sans doute devenue plus discrète, plus distante aussi, plus timide pour demander quelque chose ou passer au tutoiement. S'il faut faire la queue, j'attends mon tour sans essayer de passer plus vite...»

«Nos amis sont tous Suisses mais je vis comme si je vivais à Madrid. J'adore sortir

## .....Portraits d'interprètes bénévoles au CHUV.....

le soir. C'est d'ailleurs la seule chose, avec la fondue, à laquelle je ne me suis pas habituée, l'absence, ici, de vie le soir.»

Prendrait-elle sa retraite en Espagne? La réponse fuse. C'est non. «Si je choisisais d'aller vivre ailleurs, ajoute-t-elle, ce serait peut-être en Grèce ou en Sardaigne, pour le climat, pas pour autre chose.»

Quand on appelle Gloria Dahan pour servir d'interprète, c'est plutôt par à-coups. «Les services d'hospitalisation ou les services sociaux vous sollicitent deux ou trois fois de suite pour le même patient, parce que les gens sont plus à l'aise s'ils voient le même traducteur, puis plus rien ne se passe pendant une longue période.»

«Les patients pour qui je sers d'interprète sont espagnols ou sud-américains, parfois portugais, et même italiens puisque je parle aussi un peu ces deux langues. En principe, ils sont contents de vous voir arriver. Parfois, après ce premier contact, ils viennent même à l'accueil pour me voir ou m'apporter un cadeau. Ce qui me touche surtout, ce sont les patients en oncologie, les adultes comme les enfants. Toute la personnalité est mise à nue, quels que soient la fonction et le rang. Il n'y a plus de pouvoir face à la maladie.»

### Meltem BÜKÜLMEZ

Née à Bienne, d'origine turque

Meltem Bükülmez travaille au CHUV depuis l'an 2000. Elle est secrétaire à la Commission de l'enseignement du Département universitaire de médecine et santé communautaires depuis février 2006. Auparavant, elle travaillait dans le même département, pour l'Unité de prévention et le groupe de recherche sur la santé des adolescents de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Meltem Bükülmez est née à Bienne, où ses parents, tous deux architectes, se sont installés et où elle a fait toute sa scolarité jusqu'au gymnase. Elle est venue à Lausanne pour y entreprendre des études universitaires qu'elle n'a pas achevées. Elle a eu envie de rester ici.

«J'ai des réflexes de Suisse et de Turquie, dit-elle, j'ai des manières de penser des deux

cultures. En Suisse, par exemple, quand on voit une personne chargée de paquets, on se demande comment elle va s'en sortir mais on hésite à intervenir. En Turquie, on se précipite tout de suite pour l'aider. Ici, il me semble qu'on a moins conscience d'autrui ou qu'à force de ne pas vouloir déranger l'autre, on finit par ne plus le voir.»

«En Turquie, on a aussi un plus grand respect des anciens. Il n'y a pas d'EMS en Turquie, les parents sont accueillis chez les fils ou la fille quand ça devient nécessaire. Ce respect des anciens fait aussi que l'on vousoie tous ceux qui ont simplement quelques années de plus, même à l'intérieur de la famille. Ça fait parfois un peu bizarre parce que ça met une distance entre des gens qui sont de la même génération. Mais, à l'inverse, tout le monde sait tout sur tous. Quand le torchon brûle entre deux époux, toute la famille est au courant.»



© CEMCAV

Pourquoi et comment Mme Bükülmez est-elle devenue interprète bénévole au CHUV? Elle ne sait plus très bien comment les choses se sont passées. Une chose est sûre. Officiellement, ils sont trois à être inscrits comme interprètes turcs dans l'annuaire du CHUV. Mais l'un d'eux est parti à la retraite depuis novembre dernier et l'autre est un laborant de nuit; il ne peut pas être disponible le jour. C'est donc depuis l'automne dernier que Meltem Bükülmez a été régulièrement sollicitée. En tout, sept ou huit fois. Quelquefois au pied levé, le plus souvent dans le cadre d'un rendez-vous organisé. «C'est préférable, dit-elle, parce que ma langue maternelle est malgré tout

le français, mes parents parlant tous les deux les deux langues, turc et français, à la maison. Etre prévenu me permet de me préparer un peu au contenu et au vocabulaire probable de l'entretien.»

Mme Bükülmez travaillant à 40% ne peut pas toujours répondre à la demande, mais si son emploi du temps le lui permet, elle joue volontiers les interprètes bénévoles:

«Les patients sont toujours contents de me voir, même s'ils n'ont pas toujours été prévenus à l'avance de ma présence. Elle leur permet de parler dans leur langue, de poser des questions et parfois de s'épancher, de parler, de parler, de parler.»

«Les patients concernés sont là depuis deux ou trois ans ou depuis plus longtemps, mais ils vivent en communauté et ont de la peine à s'exprimer en français. Il est donc important de s'assurer que le patient a bien compris les informations que l'on voulait lui transmettre, par exemple sur les risques d'une opération. Il faut être sûr que le message est bien passé, qu'il n'a pas été mal interprété par le patient ou un autre membre de la famille.»

«Le médecin pose évidemment des questions qui correspondent à la manière de vivre ici. Je me permets parfois d'en poser une autre qui correspond à la culture du patient ou de donner un exemple pour illustrer les propos du médecin. Entre le patient qui s'épanche et moi qui pose des questions, il arrive que l'entretien s'allonge et que le médecin me demande juste d'essayer d'avoir la réponse à la question qu'il a posée.»

«Dans ces entretiens, tout tourne autour de la douleur des gens, pas seulement la douleur physique, mais aussi la détresse. J'y suis très sensible. Parfois, j'ai laissé mon numéro de portable pour permettre à la personne de reprendre de contact. Cette détresse, cet isolement, c'est comme quelque chose qui vous tombe dessus dans un monde où tout allait bien pour vous. C'est un quotidien auquel vous n'aviez jamais pensé et vous vous demandez en sortant de là, en regagnant votre travail dans les couloirs, dans la rue en rentrant chez vous, comment vais-je gérer ça? Mais j'ai envie de continuer. Je n'ai qu'un regret. Je n'ai jamais été débriefé à l'issue de ces entretiens. Je trouve que ce serait bien, que ce serait utile.»

## .....Sociétés médicales, associations du domaine de la santé.....

# Profitez du Forum médico-social pour vous présenter

**Vous souhaitez présenter une société médicale, une association du domaine de la santé, le Forum médico-social, à l'entrée du bâtiment hospitalier du CHUV, est à votre disposition. Il suffit de prendre contact avec son responsable, Christian Sinobas, chef Accueil et admissions.**



*De gauche à droite: Christian Sinobas, Veronica Fallacara-Combe et Gilles Bovay, devant le présentoir du Forum médico-social.*



*La salle d'accueil du Forum avec ses bornes internet à disposition des patients et des visiteurs.*

L'espace Forum médico-social qui se trouve à proximité immédiate de l'entrée principale du bâtiment hospitalier du CHUV, répond à quatre types d'attentes.

- C'est un lieu d'information médico-sociale avec un présentoir de documentation sélectionnée et régulièrement mise à jour, à proximité de l'accueil et du Service social.
- C'est aussi un espace mis à disposition des associations et des fondations actives dans le domaine médico-social. Elles peuvent y organiser des animations conformes au but du Forum et en respectant la procédure interne d'utilisation. La partie du hall principal proche du Forum peut également être utilisée dans ce contexte afin de renforcer le contact avec le public.
- Les patients et visiteurs peuvent utiliser les quatre liaisons internet qui s'y trouvent installées ou lire dans un environnement confortable et bien adapté.

- Les patients et visiteurs en attente d'un taxi ou d'un proche peuvent s'y installer avec une bonne vision sur l'arrivée des véhicules et l'entrée.

### Une seule adresse

La gestion du Forum est placée sous la responsabilité de M. Christian Sinobas, chef Accueil et admissions, en collaboration avec Mme Claire-Lise Gerber-Nicolet, cheffe du Service social, et M. Gilles Bovay, administrateur du Département de la Direction générale.

Toutes les demandes des associations et fondations concernant l'utilisation du Forum médico-social doivent être adressées à Christian Sinobas:  
Tél. 021 314 54 94  
Fax 021 314 57 63  
Christian.Sinobas@chuv.ch

Un formulaire est à disposition sur le site internet [www.chuv.ch](http://www.chuv.ch), sous Patients et visiteurs puis Services Pratiques.

## Les manifestations organisées

Depuis son inauguration en mars 2006, le Forum médico-social a accueilli les manifestations suivantes:

- Vente de lapins et d'œufs de Pâques au bénéfice de Pro-Infirmis Vaud en avril 2006.
- Présentation des activités et du Congrès annuel du GRAAP, le Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique, en mai 2006.
- Présentation du jeu d'éducation et de prévention santé «Ekipod», en mai 2006.
- Remise officielle d'un chèque du Club Kiwanis de Lausanne à Pro-Infirmis Vaud, en mai 2006.
- Présentation du groupe d'entraide Psoriasis Vitiligo de la Société suisse du psoriasis et du vitiligo, en février et en juin 2007.
- Vente de lapins et d'œufs de Pâques au bénéfice des associations Arc en ciel, Arc échange et le Home d'enfants «La Bovallaz» de Cugy, en mars 2007.
- Présence du GRAAP, avec distribution de papillons, pour les 20 ans de l'association, en avril et en mai 2007.

Deux manifestations sont également prévues pour le moment en décembre 2007:

- Présentation du service de bénévolat du CHUV, à l'occasion de la Journée du bénévolat le 5 décembre.
- Vente de peluches pour le Téléthon des 7 et 8 décembre.

## .....Opération « Chamade » avec des transplantés

# Coup de cœur pour le Grand Nord

Elena et Sandra, greffées du cœur, Yvan, greffé du rein, et son frère André, donneur vivant, viennent de vivre leur première expérience en haute mer sur un voilier: une semaine de croisière en Ecosse, sur les traces de Tintin et de l'Ile noire...



Le voilier « Chamade »



De gauche à droite: André, Yvan, Sandra et Elena, à bord du « Chamade ».



Elena et Sandra à la barre du « Chamade ».

Objectif de l'opération «Chamade»: montrer que la greffe est un nouveau départ pour la vie, qu'un greffé peut vivre normalement après une greffe et même des aventures hors du commun.

Trop de patients attendent en Suisse dans une chambre d'hôpital un organe qui leur sauvera la vie. Souvent en tête des classements internationaux, la Suisse ne l'est pas dans le domaine du don d'organe. Notre pays manque de donneurs. Journaliste d'aventures et grand navigateur, Marc Decrey a eu l'idée de cette opération pour changer l'image du don d'organe et «faire comprendre au public qu'il s'agit d'un prolongement de la vie».

Initiateur du projet avec sa compagne Sylvie Cohen, il a tout de suite trouvé au CHUV le

soutien et la collaboration nécessaires. Manuel Pascual, chef du Service de transplantation, Ludwig von Segesser, chef du Service de chirurgie cardiovasculaire, ont supervisé le projet sur le plan médical et donné de nombreux conseils, avec le concours de Charles Seydoux, médecin au Service de cardiologie.

**«Il faut continuer à faire un travail de sensibilisation autour du don d'organes. Peu de gens ont une carte de donneurs sur eux.»**

*Manuel Pascual, chef du Service de transplantation du CHUV*

Une conférence de presse sera donnée au CHUV dans la première semaine de septembre avec le retour des aventuriers. Le carnet de route de l'opération «Chamade», également soutenue par Swisstransplant et L'Hebdo, sera à découvrir dans l'émission

### L'idée d'un aventurier



Marc Decrey, à gauche, avec un vieux loup de mer de ses amis.

Marc Decrey, 53 ans, est journaliste à la Radio suisse romande et passionné d'aventures. Après dix années passées à gravir les sommets des Alpes, il effectue de 1982 à 1987 un tour du monde à la voile sur Chiloé, un voilier de 8m50, qui lui vaut d'être désigné «Skipper de l'année 1987» par le Cruising Club Suisse. En 1989, il est équipier de Pierre Fehlmann dans la Whitbread 89-90, la Course autour du monde. En 2004, il réussit à ski, la première traversée en solitaire du nord du Spitsberg.

Le voyage 2007 en Ecosse n'est que la première étape de l'aventure. En 2008, une autre expédition est prévue avec des transplantés jusqu'au Spitsberg, aux confins du Pôle Nord.

«Un dromadaire sur l'épaule», du 10 au 14 septembre, à 13h, sur Radio Suisse Romande La Première. Juste avant la Journée de la transplantation du 15 septembre.