

trait d'union

LE MAGAZINE
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE TOULOUSE

Le CHU n°1
dans le
traitement
des AVC

6
S'INFORMER
Les risques
de l'hiver

22
COOPÉRER
Au cœur
de la chirurgie
ambulatoire

27
DÉCOUVRIR
Le clinicat,
une période
charnière

151
HIVER 2016/17
  
chu-toulouse.fr

Mutuelle hospitalière
www.mnh.fr

UN ARRÊT NE STOPPE PAS TOUT

En cas d'arrêt de travail, votre vie continue.

Avec MNH Prev'actifs, vous préservez votre salaire et vos primes pendant votre arrêt maladie.

3 MOIS OFFERTS*

Plus d'informations :

- ▶ **Amélie Albouy**, conseillère MNH, 06 47 99 90 59, amelie.albouy@mnh.fr
- ▶ **Jean-Marc Peres**, site de Rangueil Larrey poste 22 531, peres.jm@chu-toulouse.fr
et **Elie Terrasse**, site de Purpan, poste 72 323, terrasse.e@chu-toulouse.fr, correspondants MNH

MNH



*Offre réservée exclusivement aux nouveaux adhérents à MNH Prev'actifs (n'ayant pas été adhérents MNH Prev'actifs au cours des 12 derniers mois) valable pour tout bulletin d'adhésion signé entre le 1er janvier 2017 et le 30 avril 2017 (date de signature faisant foi), renvoyé à la MNH avant le 31 mai 2017 (cachet de la poste faisant foi), pour toute adhésion prenant effet du 1er janvier 2017 au 1er juin 2017 : 3 mois de cotisation gratuits.
MNH PREV'ACTIFS est assuré par MNH Prévoyance et distribué par la MNH. Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social - 331, avenue d'Antibes - 45213 Montargis Cedex.
La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au répertoire SIREN sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.

APPROFONDIR

Le CHU n°1 dans le traitement des AVC

Le traitement des accidents vasculaires cérébraux au CHU tient à la fois du marathon et de l'épreuve de vitesse. Sa prise en charge nécessite de parcourir un long chemin.

15



sommaire

S'INFORMER

- 6 Les risques de l'hiver
- 7 Un lieu où le lâcher prise est possible...
- 8 L'autre lutte contre la douleur
- 10 Destination Purpan
- 12 Un travail collaboratif bénéfique
- 13 MyCHU, nouvel outil numérique

APPROFONDIR

- 15 Le CHU n°1 dans le traitement des AVC
- 16 Un message d'espérance
- 17 Une révolution thérapeutique
- 19 Une très grande disponibilité
- 20 De nouvelles stratégies
- 21 Une rééducation intensive

COOPÉRER

- 22 Chirurgie ambulatoire « une équipe sereine pour des patients acteurs »
- 26 Carnet

DÉCOUVRIR

- 27 Le clinicat, une période charnière

S'ÉVADER

- 28 1958. année de la création des CH&U
- 30 Cinéma - Mon éco-geste
- 31 Diététique - Gastronomie

SAVOIR +

6

S'informer
Les risques
de l'hiver



22

Coopérer
Avec l'équipe
de chirurgie
ambulatoire



27

Découvrir
Les chefs
de clinique



Trait d'union n° 151 - Hiver 2016/2017

Directeur de la publication : Raymond Le Moign.

Rédacteur en chef : Dominique Soulié.

Photographies : Igor Bertrand, Benoît Capoen, Frédéric Maligne, Esther Piedrabuena, Odile Viguié.

Comité de rédaction : André Aubaret, Sébastien Barré, Hélène Castany, Frédérique Decavel, Sylvie Dermoune, Daniel Ducert, Pr. Jacques Frexinos, Sylvie Ducassé-Goutnikoff, Dr Aude Lagarrigue, Dimitri Lamarque, Caroline Martineau, Muriel Prévot, Thierry Rey, Odile Viguié.

Secrétariat de Rédaction : Direction de la Communication, AMI-Communication.

Email : trait-union@chu-toulouse.fr

Assistance rédactionnelle : Hugues Beilin.

Réalisation : Direction de la Communication et Studio Ogham.

Impression : Messages

ISSN 0220-5386. Dépôt légal : janvier 2017. Imprimé sur papier PEFC

Scannez ce QR code
pour découvrir votre
magazine en ligne



En 2017, soyons toujours PLUS PROCHES



Trait d'union fait peau neuve. Comme son intitulé l'indique, ce magazine tisse des liens entre les personnels du CHU, tout en mettant en lumière leur sérieux et leur professionnalisme. Preuve en est dans cette nouvelle formule où l'on s'attache avant tout à souligner l'importance de l'élément humain dans la pratique hospitalière.

Chacun mesure ici qu'un établissement de soin si performant sur le plan de la science et de la technologie ne peut demeurer référence nationale et internationale qu'avec l'investissement de femmes et d'hommes compétents et prévenants vis-à-vis des patients. Voilà pourquoi Trait d'union symbolise au mieux l'excellence du CHU de Toulouse.

Ce magazine est le vôtre. Prenez plaisir à le découvrir en cette nouvelle année pleine de défis.

En 2017, soyons toujours plus proches! Très belle année à toutes et à tous.

JEAN-LUC MOUDENC

Maire de Toulouse

Président de Toulouse Métropole



NOUVEAU MODE DE DISTRIBUTION DE TRAIT D'UNION!

à compter du prochain numéro
(n° 152- Printemps 2017)



À la suite de l'enquête à laquelle vous avez répondu très nombreux, le mode de distribution de Trait d'union est modifié.

- 🌻 **La version électronique est disponible pour tous sur les sites Intranet et Internet du CHU de Toulouse**
- 🌻 **Si toutefois vous souhaitez continuer à recevoir la version papier, vous devez vous abonner individuellement auprès du secrétariat de la Direction de la communication : (05 61 77 87 06). Vous recevrez alors gratuitement Trait d'union à votre domicile.**
- 🌻 **5 exemplaires seront envoyés systématiquement aux cadres de tous les secteurs d'activité, afin d'être disposés dans les salles de repos du personnel ainsi que dans les salles d'attente à l'attention du public.**

Il est de coutume, en début d'année, de porter un regard rétrospectif sur les douze mois qui ont précédé et de dégager une vision prospective pour ceux qui vont suivre.

2016 a été pour moi la découverte du CHU de Toulouse, l'un des plus grands de France, l'un des plus performants, l'un des plus prometteurs eu égard à l'importance des investissements qui y ont été réalisés et à la qualité de l'ensemble de ses personnels, sans lesquels rien ne serait possible.

Mais 2016 a été, on ne peut l'oublier, une année difficile pour notre CHU. Des tensions sociales ont marqué cette période. Elles ne peuvent être détachées d'un contexte dominé par de profonds changements. Ils sont consécutifs à



L'hôpital qui soigne DOIT PRENDRE SOIN DE SES PERSONNELS

l'impressionnante série d'ouvertures de bâtiments hospitaliers (hôpital Pierre-Paul Riquet, Urgences Réanimation Médecines, hôpital de Psychiatrie, IUCT-Oncopôle...) effectuées depuis trois ans. Ces mises en service ont amélioré notamment la qualité de notre outil de travail. Elles ont aussi modifié nos principes d'organisation. Certains services y ont trouvé un grand bénéfice immédiat, d'autres tardent à acquérir un nouvel équilibre.

Pour faire face à de nouveaux défis, avec **la volonté de répondre aux besoins de santé des habitants du territoire**, le CHU a élaboré une réponse: le Plan AVENIR. Construit par les équipes médicales, soignantes, administratives,

techniques et logistiques de l'hôpital, il ouvre six chantiers articulés autour des enjeux stratégiques de modernisation auxquels nous devons apporter des réponses.

Ce plan est fondé sur les **valeurs du service public hospitalier: sécurité, qualité, hospitalité, innovation...** qui vont nous guider pour préparer au cours de l'année 2017 notre nouveau projet d'établissement 2018-2022.

Pour conduire ce projet et réussir le futur de notre institution, nous avons besoin de tous. En faisant nôtre ce principe: **l'hôpital qui soigne doit prendre soin de ses personnels**. C'est pourquoi le CHU de Toulouse souhaite s'engager très concrètement dans des actions

visant à réduire les risques psychosociaux, à mieux accompagner la conduite du changement et à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de la maison. Les nouvelles données du baromètre social 2017 pour lequel vous serez sollicités au cours du premier trimestre viendront enrichir notre réflexion commune.

Je vous souhaite une très belle année 2017, pleine de bienveillance. J'adresse aussi à ceux qui vous sont chers mes vœux les meilleurs.

*RAYMOND LE MOIGN
Directeur général
du CHU de Toulouse*



LES RISQUES DE L'HIVER

Au-delà de l'hospitalisation, l'unité hivernale consacre aussi un effort conséquent à la prévention. Un travail pédagogique est fait par les médecins et les infirmières en direction des parents. L'enjeu est d'expliquer les règles de base de l'hygiène : comment moucher un bébé, comment le laver, comment éviter la propagation des microbes au sein de la fratrie...

Le fonctionnement de l'unité hivernale nécessite de mobiliser du personnel supplémentaire. Cinquante embauches sont effectuées en ce sens. Il s'agit de contrats de quatre mois dont bénéficient pour l'essentiel des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture. L'unité dispose d'un encadrement spécifique et d'un secrétariat dont l'une des tâches est d'informer les acteurs de soins extérieurs (médecins de famille, pédiatres de ville...). Les bénéficiaires des contrats, et les personnels du pôle Enfants qui le souhaitent, suivent à leur arrivée une formation de trois jours qui porte sur les soins techniques, mais aussi sur une présentation générale du pôle Enfants et de son fonctionnement. Une matinée de formation est consacrée à la pratique de soins spécifiques, à l'Institut toulousain de simulation en santé (ITSIMS), mettant les nouveaux arrivants en situation. Par ailleurs, ces contrats permettent à des jeunes soignants de découvrir le CHU, avec souvent une belle carrière hospitalière en perspective.

L'utilité de l'unité hivernale a été démontrée par les chiffres de l'an passé : 160 enfants ont été accueillis en moyenne chaque mois, pour un total saisonnier de 633 entrées.

■ L'équipe de l'unité hivernale 2016-2017.

Face aux pics d'épidémie qui surgissent durant la saison froide, le pôle Enfants a conçu une unité qui prend en charge les petits sérieusement touchés par la bronchiolite, la gastro-entérite ou la grippe.

Pour la deuxième année consécutive, le pôle Enfants ouvre une unité hivernale. Elle fonctionne jusqu'au 19 mars. Son objectif est d'offrir des capacités d'hospitalisation supplémentaires afin de faire face aux pics d'épidémie qui surgissent pendant la période froide.

Le pôle Enfants met en place un dispositif spécifique pendant toute cette période critique en ouvrant vingt-quatre lits dédiés, auxquels s'ajoutent huit à dix lits dans les autres unités du pôle et éventuellement davantage en fonction des besoins. Il est ainsi possible d'affronter dans des conditions optimisées les pics de bronchiolite, de gastro-entérite et de grippe, observés chaque année à l'entrée de l'hiver.

L'unité est destinée à l'accueil des petits patients, arrivés par les urgences, présentant des pathologies relevant de bronchiolites et en général des enfants âgés de moins d'un an. Ils sont les plus exposés aux maladies hivernales, la bronchiolite pouvant, par exemple, être particulièrement dangereuse en raison du risque d'étouffement chez le bébé.

Un circuit patient spécifique est conçu depuis l'arrivée aux urgences du pôle Enfants où la famille du nourrisson est accueillie par une infirmière d'orientation, puis une puéricultrice. Les critères de gravité sont aussitôt identifiés par le médecin, notamment les risques de déshydratation. Le relais est ensuite assuré par une équipe formée à ce type de prise en charge.

Le circuit patient et la mise en place de l'unité permettent d'optimiser les mesures d'hygiène grâce à la possibilité offerte de séparer les petits patients des autres services. Cela évite les contacts avec des enfants atteints d'autres pathologies et limite les risques de transmission des maladies. L'unité hivernale reçoit les enfants hospitalisés pour une durée courte, deux à trois jours. Lorsque l'infection est plus sévère, un transfert est effectué vers un service spécialisé.



■ Une matinée de formation à l'Institut toulousain de simulation en santé.

UN LIEU OÙ LE LÂCHER PRISE EST POSSIBLE...

Aménagé au rez-de-chaussée du nouveau bâtiment Urgences-Réanimation-Médecines (URM) sur le site de Purpan, l'Espace de ressourcement est un lieu où l'on peut reprendre son souffle. Issu d'une recherche associant design et santé, il est ouvert en continu à l'attention des patients, des visiteurs et des personnels hospitaliers, pour permettre un moment d'apaisement et se soustraire momentanément à l'agitation extérieure.

Dans le cadre de la construction du nouveau bâtiment Urgences Réanimation Médecines (URM), un lieu innovant et très original a vu le jour, baptisé « Espace de ressourcement ». Selon sa conceptrice Anaëlle Bouthier, spécialiste de design industriel, « ce lieu paisible et silencieux, se caractérise par la possibilité qu'il offre de se retirer des unités de soins pour permettre un instant de sérénité et un moment d'évasion au sein même de l'hôpital. Cet espace s'inscrit pour les patients comme un service complémentaire à une prise en charge du corps humain. Pour

les accompagnants et les visiteurs, il prend davantage la fonction d'un lieu de soutien moral. Pour les professionnels hospitaliers soumis à de fortes tensions au travail, il se définit comme un lieu permettant d'accroître sa capacité individuelle à se préserver des sources de stress. »
« L'architecture, le mobilier, précise Anaëlle Bouthier, ont été spécialement conçus avec pour objectif commun l'élaboration d'expériences ressourçantes. Une partie du travail a porté sur la création d'un environnement sensible et poétique qui puisse inviter à une expérience douce et contemplative. Ainsi, des textes philosophiques et poétiques sont mis à disposition pour une lecture solitaire et des chevalets d'écriture recueillent des formes d'expression libre. »

L'ambiance architecturale du lieu contraste avec le reste du bâtiment. Les portes coulissent en silence et nous entrons dans un autre univers, feutré et tout en rondeurs. L'ambiance douce émanant du bois et de son odeur, la lumière tamisée, les volumes arrondis contribuent à créer un effet d'enveloppement qui nous plonge dans l'apaisement. Des myriades de percées lumineuses constellent les parois de bois. Cette dentelle de lumière invite à une expérience spatiale et sensorielle

hors du commun, la perception se modifiant au gré des déplacements du corps dans l'espace. Ce lieu en libre accès jour et nuit est le fruit d'un partenariat entre le CHU de Toulouse et le laboratoire de recherche Lettres Langages et Arts (LLA-CREATIS). Il est ouvert à ceux qui ressentent le besoin de prendre un temps pour soi, méditer, se recueillir ou encore reprendre son souffle.

L'ADHÉSION DE TOUS

« La réalisation de ce projet, souligne Hugues Ferrand, directeur de l'hôpital Purpan, a recueilli l'adhésion des patients, des visiteurs, comme des personnels. À l'Espace de ressourcement, les douleurs et les peines, le stress et les difficultés, les angoisses et les peurs sont enveloppés et atténués. Le lieu permet la réunion entre le corps et l'esprit et ouvre sur une spiritualité bienveillante : un souffle de vie. »



L'AUTRE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

■ Séance d'hypnose.

Des mécanismes psychiques, comme l'émotion ou la souffrance, peuvent renforcer la douleur. En prenant en compte cette dimension, il est possible de la réduire en ayant recours à des techniques non médicamenteuses.

Pour lutter contre la douleur, il n'y a pas que le médicament. Il existe aussi d'autres techniques dites non médicamenteuses. Leur mise au point et leur utilisation se développent et leur efficacité est avérée. Les soignants y recourent de plus en plus souvent, avec succès.

Co-président du Comité de lutte contre la douleur du CHU, le docteur Michel Olivier, praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur, algologue, explique comment des pratiques novatrices ont pu être mises en œuvre au bénéfice des patients.

« La douleur, indique le D^r Olivier, est un mécanisme physiologique répondant, au départ, à une agression physique. La première réponse apportée pour la réduire est médicamenteuse. Elle est effectuée avec des antalgiques : paracétamol, anti-inflammatoires, morphine... Mais la douleur implique également des mécanismes psychiques, comme l'émotion ou la souffrance, qui peuvent la renforcer. Les techniques non médicamenteuses apportent alors une aide appréciable pour réduire la douleur et ses conséquences.

Le patient doit être abordé avec empathie et écoute. Le soignant doit bannir du vocabulaire employé des termes qui font peur : électrode, potence, piqûre, mal, douleur... Ce sont des mots de souffrance. Confronté à la douleur, le patient a tendance à ne voir que le mauvais côté des choses. Il prend tout en négatif, si vous dites « vous n'aurez pas mal, je ne vous ferai pas mal », il n'entend que mal. Il faut donc le faire passer en « transe-positive », terme issu de l'hypnose, en lui disant, par exemple : « Êtes-vous confortable ? Tout va bien se passer. »

Ni déresponsabiliser, ni isoler

Si l'abord du patient débute par une attitude d'écoute et le choix des mots que le soignant doit utiliser, il convient de prendre en charge une seconde dimension : le respect de l'accompagnement, et la présence d'un proche. La prise en charge ne doit ni déresponsabiliser, ni isoler le malade.

De plus, si on lui fournit des explications, le patient comprend la démarche thérapeutique, le soin, la manière dont s'accompagne la prise en charge de la douleur. Il est nécessaire de lui donner les clés, afin qu'il saisisse bien qu'on l'écoute, que l'on agit, que l'on ne l'abandonne pas. Il s'inscrit alors dans une trajectoire positive. C'est une mission importante d'éducation thérapeutique que doit avoir le soignant.

Il existe également plusieurs méthodes d'ordre psychologique qui permettent de gérer la douleur, l'émotion, la souffrance. Ces techniques cognitivo-comportementales ont pour objectif de trouver des solutions d'évitement de la douleur ou de son renforcement.

Le Dr Olivier cite à ce propos un cas qui illustre bien ce type de démarche.

« Prenons, ajoute-t-il, l'exemple d'un accident de voiture. Il est susceptible de créer une phobie qui entretient la douleur. Par l'écoute, le dialogue, la confrontation, on aide l'automobiliste à sortir de ses phobies. Autre exemple avec l'EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing, en Français Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires). C'est une technique utile dans le stress post-traumatique qui a été employée pour la première fois à l'intention des soldats américains de retour de la guerre du Golfe. Il s'agit dans ce cas, schématiquement, par un mouvement des yeux, de débloquent certaines connexions du cerveau en faisant passer le stress dans la mémoire profonde. »



■ Dr Michel Olivier, praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur et algologue.

Pour bien comprendre ces mécanismes, le Dr Olivier rappelle quel est le cheminement de la douleur dans le cerveau. Celle-ci est ressentie en premier au plan anatomique, puis elle gagne la conscience, l'attention, la perception, l'affectif et atteint la réinterprétation et la mémorisation. Ces techniques psychologiques impactent efficacement, comme le montre l'imagerie médicale, différentes structures de la matrice douleur du cerveau.

Le rationnel et l'imaginatif

Autre traitement non médicamenteux contre la douleur : l'hypnose. Elle vise à mettre de côté le cerveau gauche, le rationnel, pour laisser s'exprimer le droit, l'imaginatif. Cela permet, par exemple, de gérer chez les amputés ou dans des syndromes douloureux complexes le trouble du schéma corporel et les émotions qui entretiennent la douleur. Une autre technique est également utilisée dans les douleurs de membre fantôme : la boîte à miroir. Elle permet (voir ci-contre) par les entrées visuelles et tactiles de lever des blocages, afin que le membre amputé « retrouve une place » dans le cerveau. C'est grâce à la neuro-plasticité, capacité qu'a le cerveau de modifier ses circuits, que ce traitement permet de contribuer à guérir.

Un autre exemple de gestion non médicamenteuse contre la douleur lors du soin d'une personne brûlée, est l'association de trois moyens :

- le soin est réalisé dans une eau à 27°C, ce qui fait sécréter des opioïdes endogènes antalgiques (c'est ce même mécanisme que l'on déclenche naturellement lorsque l'on se brûle le doigt et qu'on le trempe dans une eau fraîche) ;
- l'imagerie dirigée montrant une vue d'atmosphère glacée qui lutte contre la chaleur de la brûlure (par exemple la vision de bonshommes de neige) ;
- le

détournement d'attention qui, en utilisant un joystick pour faire bouger les bonshommes de neige, fait jouer le cerveau et l'éloigne du soin douloureux. Beaucoup de ces techniques sont d'application récente. Mais pour le Dr Olivier, elles procurent des résultats significatifs. Le recours à ces techniques réduit bien sûr la consommation de médicaments. Il faut cependant que les soignants se forment, puis mettent ces techniques en application, en particulier dans la douleur induite par les soins.

LA BOÎTE MIROIR



La Boîte Miroir est une technique thérapeutique utilisée pour soulager certaines douleurs chroniques liées à un membre fantôme.

La vue du membre sain dans le miroir, en regard du moignon d'amputation, associé à un travail ré-éducatif par le toucher et la mobilisation, permet au cerveau de réintégrer, en son sein, le membre manquant (travail sur le schéma corporel et la plasticité cérébrale).

Autrement dit, le reflet du membre dans le miroir fait croire au cerveau que les deux membres sont intacts. Le cerveau envoie alors des signaux de commande qui, jusqu'alors, étaient bloqués : le cerveau peut faire bouger le membre amputé et lui faire faire tout ce que le membre sain fait. Tout redevient normal et la douleur du membre fantôme disparaît alors.

LE COMITÉ DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Constitué en 2003 au CHU de Toulouse, le CLUD (Comité de lutte contre la douleur) est coprésidé par le Dr Michel Olivier et le Pr. Brigitte Sallerin, pharmacienne.

Le CLUD dépend de la Commission médicale d'établissement. Il rassemble des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des psychologues... qui œuvrent pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur au CHU. Il s'apparente à d'autres dispositifs existant par ailleurs avec le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) qui lutte contre les maladies nosocomiales et le CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition) qui œuvre en faveur de la nutrition.



■ Le futur parking P1.

Bientôt la fin du parcours du combattant pour le stationnement sur ce site du CHU. Plusieurs centaines de places vont être créées. Chaque parking sera dédié à une catégorie d'usagers avec un mode de fonctionnement simple et efficace.

Se garer sur le site de Purpan relève pour tous, personnels, patients, visiteurs, d'un quasi-parcours du combattant. Et ce n'est pas d'aujourd'hui. Mais c'est particulièrement le cas depuis quelques années avec la centralisation de la plupart des activités médicales dans la zone basse du site à proximité de la ligne de Tramway. La modernisation de l'offre de soins sur Purpan, avec notamment l'ouverture de l'hôpital Pierre-Paul Riquet, des bâtiments de Psychiatrie et des Urgences Réanimation Médecines, a considérablement impacté la vie du site et de ses usagers. En prenant en compte les évolutions passées et à venir de Purpan et en bénéficiant d'espaces libérés par la démolition d'anciens édifices, l'accueil et l'accessibilité de ce site sont en voie d'être considérablement améliorés. Le CHU a entamé la réflexion, il y a plus d'un an, sur la restructuration des parkings de Purpan, en constituant un groupe projet représentatif et avec une volonté d'offrir à chaque « utilisateur » du site une solution adaptée et efficace. Il

est, en effet, apparu rapidement que la mixité des parkings et la possibilité pour chacun de se garer où bon lui semble, étaient au cœur de la problématique de stationnement sur Purpan. Cela pouvait paraître une facilité et une liberté de mouvement, mais c'est très vite devenu, en réalité, une chasse au trésor infernale, le « trésor » étant une place de parking. Partant du principe d'apporter, à l'image de l'offre de soins, un accueil de qualité pour toute personne devant se rendre à destination de Purpan, le CHU de Toulouse au terme de ce projet d'envergure, proposera au total 4200 places de stationnement dont 3250 places dédiées au personnel, 900 places réservées aux usagers, réparties sur 3 parkings (P1, P2, P3-P3bis) et 50 places « dépose minute » pour l'accès aux urgences. Une rénovation et une sécurisation sont prévues pour l'ensemble des parkings.

AVEC LE PARKING P1, 400 NOUVELLES PLACES

La grande nouveauté du projet est la création du parking P1 qui va offrir 400 nouvelles places. Celles-ci seront réparties en trois groupes : 315 pour les usagers du CHU, 85 pour les personnels travaillant à proximité du P1, 100 pour les personnels des écoles transférées sur le site de La Cartoucherie. Cette mise à disposition d'une capacité de stationnement pour les écoles est incluse dans la convention de partenariat CHU/Conseil régional établie pour la construction de la nouvelle école de formation aux métiers de la santé.

Une prise en compte globale de la mobilité

La mise en œuvre du projet « Destination Purpan » a démarré dans le courant de l'été dernier avec la démolition de l'ancien bâtiment des écoles. À cet endroit est aménagé le futur parking **P1**. La réalisation de ce projet ambitieux s'échelonne sur une année et comporte, outre les travaux de voirie, une nouvelle logique du système de stationnement avec la prise en compte de tous les modes de transport et un aménagement des parkings durable et respectueux de l'environnement. Le calendrier prévoit une ouverture de ce parking en mars 2017.

Les travaux du **P2** à proximité du pôle Enfants commenceront dès la mise en service du P1 avec une ouverture trois mois plus tard. Le **P3** au cœur de Purpan-Haut sera en chantier en avril et mai 2017. Les deux étapes suivantes seront : en juin 2017 la mise en place de la signalétique et en août 2017 la mise en service du nouveau système de gestion du stationnement.

Garantir une place pour chacun

La réorganisation du stationnement sur Purpan avec la garantie d'une place de parking pour chacun nécessite un nouveau mode de fonctionnement reposant sur le respect des grands principes. Le point fondamental du projet est la maîtrise de son parc de stationnement par le CHU. L'établissement fait le choix de ne pas recourir à une délégation de service public afin de rester maître de son organisation.

Dans tous les cas, le stationnement sera gratuit pour le personnel du CHU et une attention particulière est portée aux personnels de nuit pour leur garantir une immédiate proximité des parkings et de leur lieu de travail. Une réflexion est engagée concernant l'éventuelle application d'une tarification adaptée aux usagers, avec la volonté d'éviter les stationnements de longue durée.

« Des études ont montré une très grande insatisfaction à l'égard de la situation qui prévalait jusqu'à présent, avec 85 % de mécontents parmi les personnels et 80 % chez les usagers. » explique Jean-Gabriel Lévrier, directeur du pôle PISTE en charge du projet.

Ces études ont révélé que les patients utilisaient davantage les transports en commun que les personnels. Il est apparu également que depuis la mise en service du tram T2 (aéroport), des Toulousains garaient leur voiture à Purpan, afin de ne pas payer les parkings de l'aéroport de Blagnac ! La nouvelle gestion du stationnement doit contribuer à faire disparaître ce type d'abus, ainsi que les voitures ventouses. Cela favorisera la rotation des places et permettra de proposer de bonnes conditions de

stationnement aux usagers.

« Il est toujours délicat de sortir de la gratuité, souligne Jean-Gabriel Lévrier. Mais il faut insister sur le fait que nous voulons établir les tarifs les plus bas de tous les CHU qui ont instauré un péage. Et il faut rappeler que l'hôpital est tenu d'amortir le coût des investissements engagés en faveur de la refonte du stationnement et de l'amélioration de l'accessibilité. »

Le projet « Destination Purpan » ne se limite pas à la refonte des parkings programmée à l'échéance 2017. Au-delà, d'autres aménagements seront réalisés au fur et à mesure de la libération d'espaces consécutive à la démolition de bâtiments anciens de Purpan-Haut. En outre, le projet vient compléter les efforts engagés par le CHU en faveur de l'usage des transports collectifs et des modes doux de déplacement, le vélo notamment. Sans oublier d'autres actions liées aux engagements pris en matière de développement durable, comme la diminution de notre consommation d'énergie et dans le plan de déplacement hospitalier, comme l'encouragement au covoiturage.

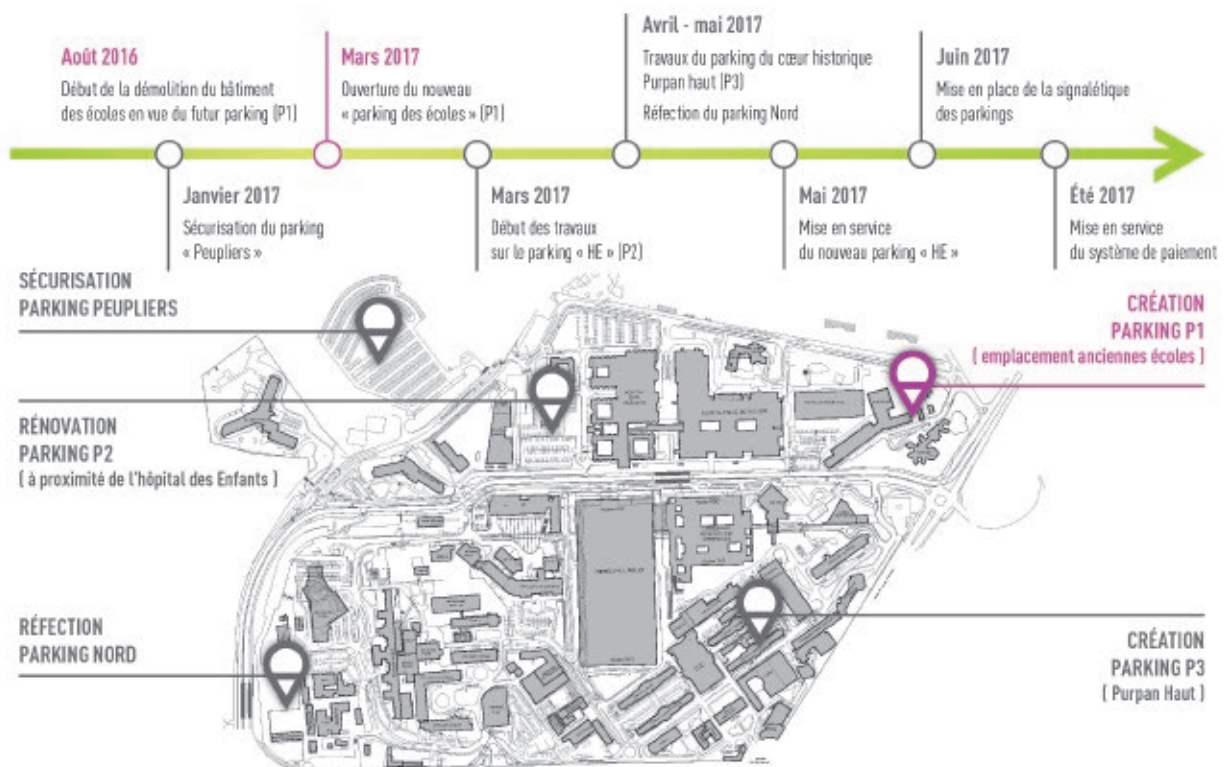


En chiffres

4 200 PLACES DE STATIONNEMENT AU TOTAL DONT :

- 3 250** places dédiées au personnel,
- 900** places réservées aux usagers, réparties sur 3 parkings (P1, P2, P3-P3bis)
- 50** places « dépose minute » pour l'accès aux urgences.
- 15.500** m² dédiés à l'aménagement des parkings
- 500** nouvelles places créées dont 18 pour les personnes à mobilité réduite
- 5** bornes de recharge pour les véhicules électriques

CHRONOLOGIE DU PROJET





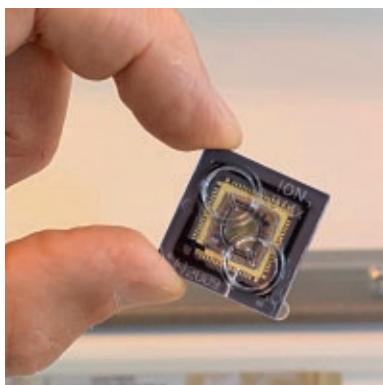
UN TRAVAIL COLLABORATIF BÉNÉFIQUE...

■ D^r Eric Bieth, D^r Roger Mieusset, Olivier Patat (interne), posant devant un séquenceur d'ADN dernière génération.

Un nouveau gène impliqué dans l'infertilité masculine découvert grâce à la collaboration entre les CHU de Lille et de Toulouse.

Un nouveau gène impliqué dans une forme familiale d'infertilité masculine, le gène ADGRG2 a été identifié grâce au travail collaboratif de plusieurs services du CHU de Toulouse et de l'IUCT-Oncopole: le service de génétique médicale; l'unité d'andrologie; le laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques; le département de néphrologie et transplantations d'organes. Le CHRU de Lille a également participé à ce projet de recherche.

Il y a trois ans, les avancées biotechnologiques dans l'exploration du génome humain (séquençage haut débit) ont encouragé le D^r Eric Bieth du service de génétique médicale du CHU de Toulouse, à lancer un projet visant à préciser le déterminisme génétique d'une forme de stérilité masculine liée à l'absence congénitale des canaux déférents (canaux qui permettent d'acheminer les spermatozoïdes après leur fabrication dans le testicule). Près de 80 % des hommes atteints de cette anomalie anatomique sont



■ La puce utilisée comme support ADN.

porteurs de mutations du gène CFTR réputé pour son implication dans la mucoviscidose. Dans 20 % des cas, l'origine de cette malformation restait inexplicée.

L'avènement du séquençage haut débit a permis d'envisager chez un groupe de ces sujets infertiles, soigneusement sélectionnés, un séquençage de l'ensemble de leurs gènes (exome), la puissance de l'outil informatique permettant ensuite de pointer parmi les milliers de variations celles en lien avec l'infertilité. Dans un premier temps, l'étude clinique coordonnée par le D^r Roger Mieusset, andrologue du groupe d'activité de médecine de la reproduction et de l'équipe 3694 de l'Université Paul Sabatier (groupe de recherche en fertilité humaine, Pr. Louis Bujan), a conduit à sélectionner, à partir de centaines

de dossiers, une cohorte de vingt-six patients. Douze de ces patients ont bénéficié, grâce à un financement de l'Agence de la biomédecine, d'un séquençage de leur exome. Les résultats portant sur des milliers de variations ont ensuite été analysés bio-informatiquement. Afin de renforcer la puissance statistique du travail bio-informatique, une collaboration avec les équipes de génétique et d'andrologie du CHRU de Lille a été mise en place, doublant le nombre de sujets inclus dans l'étude.

Enfin, la responsabilité de ce gène dans l'infertilité de l'un des patients a été renforcée par les résultats de l'étude immunohistochimique d'une biopsie de testicule réalisée par le Pr. Courtade-Saïdi du laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques à l'IUCT-Oncopole. Cette découverte, publiée dans l'*American Journal of Human Genetics*, illustre de façon exemplaire la nécessité d'une solide collaboration clinico-biologique pour valoriser en médecine les progrès biotechnologiques de la génomique.

MyCHU

nouvel outil numérique au service des patients

Le CHU de Toulouse a retenu au titre de ses priorités la mise en œuvre d'un nouveau pacte attractivité avec son environnement, qu'il s'agisse des patients, et à terme, des professionnels de ville, médecins et paramédicaux. Ce pacte attractivité passe par l'ambition d'améliorer l'accessibilité du CHU, qu'il s'agisse de l'accessibilité physique de nos sites (parkings, transports, signalétique) ou de la fluidité de l'accès aux rendez-vous, notamment de consultation.

L'une des mesures emblématiques du pacte attractivité, avec la mise en fonctionnement des applications pour smartphone, la professionnalisation de la prise de rendez-vous par téléphone ou le rappel de rendez-vous par SMS, c'est le déploiement de la plateforme MyCHU, travaillée avec les Hospices Civils de Lyon, qui l'ont testée et mise en œuvre avec succès depuis 18 mois.

L'outil MyCHU a l'ambition d'une même volonté, celle de créer un lien privilégié et personnalisé avec le centre hospitalier universitaire de Toulouse, dans un environnement professionnel et sécurisé.

La plateforme web MyCHU est un portail de services que le CHU de Toulouse met à disposition des patients ou futurs patients afin de faciliter les échanges avec ceux-ci. Ce portail regroupe des services proposés déjà sur le site internet du CHU (paiement des frais en ligne) mais aussi de nouvelles fonctionnalités.

En effet, après avoir créé leur **espace personnel sécurisé**, les patients peuvent, dès à présent, effectuer deux types de démarches en ligne :

- **demander, reporter ou annuler les rendez-vous de consultations**
- **consulter ses rendez-vous planifiés et imprimer ses convocations.**

Prochainement d'autres fonctionnalités seront proposées :

- **la préadmission en hospitalisation et en consultation**

Le patient pourra compléter et finaliser son dossier administratif en ligne ce qui pourra lui éviter un passage au Bureau des Entrées et permettra un accueil simplifié dans les services de soins.

- **la prise de rendez-vous directe**

Il sera possible pour certaines disciplines, certains médecins ou seulement quelques consultations de prendre directement un rendez-vous sur l'agenda du praticien volontaire. Cette fonctionnalité peut être tout à fait pertinente pour certaines

disciplines (en traumatologie par exemple). Le patient pourra bénéficier de tous ces services après avoir créé son espace personnel ; pour ce faire, il est nécessaire que celui-ci soit venu une fois dans l'institution car il a besoin de son identifiant permanent patient (IPP). Cependant afin de permettre à tous d'accéder aux rendez-vous de consultations, il est toujours possible pour un futur patient de faire une première demande de rendez-vous alors qu'il n'est encore jamais venu. Il finalisera son inscription après sa venue en consultation et pourra alors profiter de toutes les fonctionnalités.

Un travail spécifique avec les professionnels du pôle Femme-Mère-Couple a permis d'incrémenter un formulaire de demande d'inscription en maternité en cohérence avec le projet médical. L'objectif étant là aussi de faciliter l'accès aux patientes. En amont de l'ouverture des services de MyCHU, un travail important est réalisé avec les professionnels des pôles : rencontre avec chaque équipe médicale afin qu'elle précise l'offre de soins qui sera visible par les patients et futurs patients, incrémentation de ces données sur la plateforme, et formation des professionnels qui traiteront les télé-demandes de rendez-vous (Assistants Médico-Administratives, Aides-soignantes).

À la fin du mois de décembre 2016, le déploiement de MyCHU a débuté sur quatre pôles cliniques : pôle des Voies Respiratoires (CVR), Inflammation-infection-Immunologie-Locomoteur (I3LM), Femme-Mère-Couple (FMC) et Uro-Néphro-Plastie-Transplantation.



**MyCHU
TOULOUSE**



L'outil en ligne
qui facilite mes démarches
au CHU de Toulouse !

*En complément de cette offre, une plateforme **MyCHU Pro**, portail sécurisé à destination des professionnels de santé de ville visant à simplifier les interactions ville-hôpital, sera également reliée à l'offre d'outils numériques du CHU.*

ENSEMBLE

CONSTRUISONS NOTRE AVENIR



Votre participation est essentielle pour préparer
le prochain projet d'établissement de notre CHU

BAROMÈTRE SOCIAL 2017

accessible en ligne du lundi 20 février
au vendredi 10 mars 2017

Cette enquête anonyme s'adresse à tous les personnels
médicaux et hospitaliers du CHU de Toulouse.

Pour toutes questions, vous pouvez envoyer un mail à DRH-Barometre_Social@chu-toulouse.fr

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

TRAITEMENT DES AVC : LE CHU DE TOULOUSE N°1

Le traitement des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au CHU tient à la fois du marathon et de l'épreuve de vitesse. Sa prise en charge nécessite de parcourir un long chemin, mais les premières étapes doivent être franchies en un temps record. Lorsqu'un patient est victime d'un AVC, le délai d'intervention est au maximum, selon les cas, de 4h30 ou de 6h. Cela inclut le transport au CHU, l'accueil aux soins intensifs neuro-vasculaires, l'IRM ou le scanner, une éventuelle intervention en bloc opératoire. Avec l'ouverture de l'hôpital Pierre-Paul Riquet, une organisation basée sur la proximité, la réactivité et l'innovation, a permis à une équipe dynamisée d'atteindre un niveau de référence reconnu nationalement. Le recours depuis l'an passé à une nouvelle technique, la thrombectomie, a accru les résultats.



■ De gauche à droite, le Pr. Jean-Marc Olivot, le Pr. François Chollet, le Dr Jean-François Albucher.

EN DIRECT

Au premier étage de l'hôpital Pierre-Paul Riquet, accessible directement par les véhicules d'urgence (sapeurs-pompiers ou SAMU), se trouvent l'unité de soins intensifs neuro-vasculaires et le service de neuro-radiologie interventionnelle. Au cinquième étage relié par ascenseur direct depuis les soins intensifs, se trouvent les deux services d'hospitalisation des professeurs Chollet et Larrue qui totalisent cinquante-trois lits.

Pr. François Chollet :

“L'amélioration des résultats envoie un message d'espérance”

Une fois encore, une des spécialités médicales du CHU a été distinguée au plus haut niveau. L'excellence du traitement des AVC a été soulignée par le dernier palmarès du « Point », à travers une remarquable première place.

Pour le Pr. François Chollet, chef du pôle neurosciences et coordonnateur du département de neurologie, c'est le résultat d'un travail et d'une organisation intra CHU qui a porté aussi ses fruits à l'extérieur de l'hôpital, au sein de la région. « La prise en charge des AVC, relate le Pr. Chollet, est une véritable tradition toulousaine, initiée dans le passé par les professeurs Rascol, Bes, Guiraud-Chaumeil, Géraud et Manelfe. J'ai moi-même été éduqué dans cette filiation, m'étant toujours occupé des AVC au CHU. » Un nouvel élan a été donné au traitement des AVC avec la mise en œuvre de deux plans ministériels consécutifs, entre 2008 et 2014. Le

CHU de Toulouse a bénéficié de ces procédures structurantes qui ont conduit à labelliser des centres habilités à la prise en charge des AVC. Le CHU disposait de deux unités neuro-vasculaires, l'une à Purpan, l'autre à Rangueil. Elles ont été fusionnées lors de l'ouverture de l'hôpital Pierre-Paul Riquet. « La réunion des deux anciens services, ajoute le Pr. Chollet, a donné une grande force. Aujourd'hui avec près de soixante lits, nous sommes la plus grosse unité française dans cette spécialité, ce qui a amené une concentration importante de compétences. Nous accueillons un nombre de patients très élevé, avec annuellement 1 800 AVC traités et 1 000 accidents ischémiques transitoires, ce qui représente une moyenne de 8 malades traités quotidiennement. »

Cette concentration de compétences dans de nouveaux locaux a favorisé la mise en place d'un circuit patient approprié et performant qui répond aux nécessités d'extrême urgence du traitement des AVC, puisqu'il faut intervenir dans un délai maximum de 4h30 après l'apparition des symptômes pour une thrombolyse (injection de médicaments) ou de 6 h pour une thrombectomie (passage en bloc opératoire). À l'hôpital Pierre-Paul Riquet les gains de temps sont rendus possibles par l'accessibilité, la proximité entre unités, l'ergonomie et la réactivité.

Des équipes spécialisées sont mobilisées jour et nuit et les médecins peuvent être amenés à effectuer des brancardages.

Le Pr. Chollet souligne qu'il a été ainsi possible de créer « une filière neuro-vasculaire régionale, grâce à une organisation en réseaux avec les hôpitaux périphériques, initiative soutenue par l'Agence régionale de santé. » Et il précise que « cela a rendu possible quelque chose qui a priori ne l'était pas, avec une amélioration des résultats qui envoie un message d'espérance ». Pour aller plus loin, il reste encore à faire un gros travail de sensibilisation auprès des médecins généralistes et des familles, d'où la soirée d'information organisée récemment à Toulouse.

« La prévention, insiste le Pr. Chollet, est un facteur important. Elle porte d'abord sur l'éducation thérapeutique des patients, avec, en premier lieu, la mesure de la tension artérielle, celle-ci présentant un risque majeur. Il faut aussi aider les personnes à reconnaître les symptômes qui apparaissent d'un coup. Tout le monde peut parvenir à les identifier : une bouche qui se tord, une main qui ne marche pas, la difficulté de parler, ces signes sont facilement perceptibles. Sans oublier que l'âge est un facteur de risque supplémentaire. »

Dr Jean-François Albucher :

“ Nous sommes au rendez-vous d’une révolution thérapeutique ”

L’unité de soins intensifs neuro-vasculaires où sont accueillis les patients suspects d’AVC est placée sous la responsabilité du Dr Jean-François Albucher. Elle a été conçue pour répondre aux besoins de prise en charge très rapide des accidents vasculaires cérébraux. Sa création permet aujourd’hui d’organiser un accès direct des malades sans passer par des urgences surchargées, source d’allongement de la durée de prise en charge. Il a été ainsi constitué une filière dédiée à la prise en charge aiguë des AVC. L’unité est divisée en deux parties : l’une est constituée de la zone de réception de trois lits où les malades sont accueillis et préparés avant d’être dirigés vers la neuro-imagerie (plateau technique très proche) dotée de trois IRM et d’un scanner, l’autre est une unité de treize lits de soins intensifs où les AVC sont surveillés et traités pendant les premiers jours, pour réduire les complications de la période initiale (encombrement respiratoire, somnolence, alimentation, nursing et kinésithérapie précoce...). L’accueil des malades relève d’une véritable course contre la montre. Les sapeurs-pompiers ou le SAMU arrivent directement au niveau des soins intensifs. En quelques mètres, ils accèdent au cœur de l’unité où le personnel soignant (dont un neurologue senior) assure une présence permanente. Après l’expertise médicale immédiate, le malade mis en condition est acheminé en neuro-radiologie, phase obligatoire, pour passer une IRM ou un scanner. L’imagerie par IRM est priorisée, un scanner étant fait aux 20 % de personnes ne pouvant subir un examen IRM (porteurs de pacemakers...). Le malade arrivant dans l’unité est orienté de deux manières



■ L’équipe de l’unité de soins intensifs neuro-vasculaires.

distinctes, selon qu’il s’agisse d’un AVC ischémique (infarctus cérébral) ou d’une hémorragie cérébrale (cf. schéma page 20). Dans le premier cas, il s’agit de revasculariser l’occlusion, de déboucher les vaisseaux soit par voie médicamenteuse (Actilyse intraveineuse), soit par thrombectomie mécanique effectuée par l’équipe du Pr. Christophe Cognard. Pour les hématomes cérébraux, la tension du malade est abaissée et les traitements anticoagulants sont corrigés, parfois le patient est orienté en neurochirurgie, au bloc opératoire tout proche, pour évacuer les hématomes. L’objectif actuel de l’unité est de réduire à moins de quarante-cinq minutes le temps s’écoulant entre l’arrivée du patient à l’hôpital Pierre-Paul Riquet et l’initiation

d’un traitement de phase aiguë (thrombolyse intraveineuse et/ou thrombectomie mécanique pour les infarctus cérébraux et abaissement tensionnel rapide pour les hématomes cérébraux). À l’avenir, il devrait être possible de gagner encore une dizaine de minutes.

« Nous accueillons principalement des AVC, explique le Dr Albucher, mais également d’autres urgences neurologiques, car presque 25 % des patients régulés par le centre 15 ont au final un autre diagnostic (épilepsie, migraine...). Notre organisation d’accueil direct seniorisé, la configuration de proximité des différents locaux et notamment de la neuro-imagerie, l’ergonomie, le dynamisme et la motivation de l’équipe médicale et paramédicale, ont permis d’être au rendez-vous de →



■ Imagerie par IRM à l’hôpital Pierre-Paul Riquet.



DE JOUR ET DE NUIT

L'unité neuro-vasculaire de soins intensifs de l'hôpital Pierre-Paul Riquet dispose de treize lits, avec possibilité d'ajouter trois lits supplémentaires. Elle fonctionne sans interruption, jour et nuit, toute l'année. Le service de jour est assuré par deux médecins, quatre infirmières diplômées d'État, quatre aides-soignantes, un cadre et un agent d'accueil. La nuit, d'astreinte deux médecins, trois infirmières et trois aides-soignantes.

cette révolution thérapeutique qu'est la thrombectomie mécanique pour les traitements des AVC. Cela constitue un des succès incontestables de la réunification du pôle neurosciences à l'hôpital Pierre-Paul Riquet. »

Outre son activité interne au CHU, l'unité assure une garde-astreinte 24 h/ 24 pour les hôpitaux de la région grâce au réseau de télémedecine qui assure une liaison avec les urgences d'établissements, notamment ceux qui ne disposent pas de neurologues (Saint-Gaudens, Val d'Ariège...) ou qui sont de plus modeste dimension (Lavaur, Villefranche-de-Rouergue). Un neurologue senior de l'unité apporte une aide à la décision à ses confrères des hôpitaux régionaux. Pour le D' Albuher, l'unité de l'hôpital Pierre-Paul Riquet est « une référence pour l'ouest de l'Occitanie grâce à son expertise et à la sécurisation qu'il peut offrir par le canal de la télémedecine ».

L'unité participe également à des essais thérapeutiques internationaux de phase aiguë (WAKE-UP, DAWN...) qui assurent la visibilité du CHU de Toulouse à l'international.



Activités de l'unité en chiffres

2015

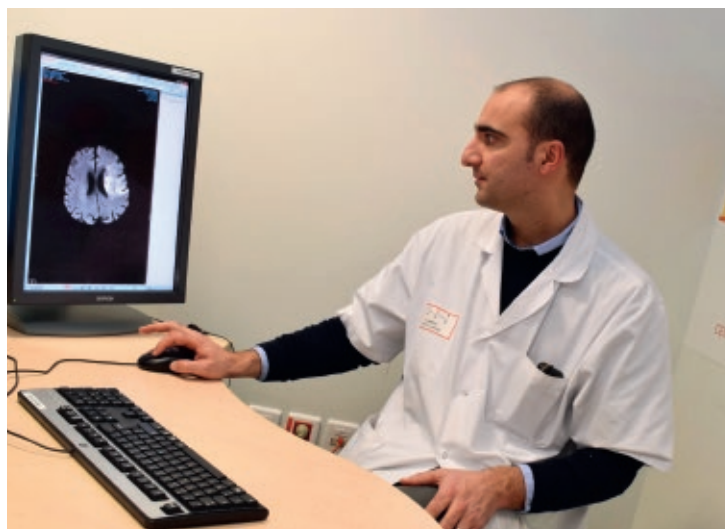
380 thrombolyse réalisées

sept. 2015 - sept. 2016

208 thrombectomies soit trois fois plus qu'en 2014 :

109 pour des malades de l'agglomération toulousaine

99 pour des malades issus du reste de la région Occitanie Ouest



■ L'expertise des neurologues du CHU accessible sur l'ensemble du territoire de la région grâce à la télémedecine.

Pr. Christophe Cognard :

« L'obligation d'une très grande disponibilité »



■ L'équipe de neuroradiologie.

Le Pr. Christophe Cognard est en charge de l'activité de neuroradiologie de l'ensemble des sites du CHU et du partenariat dédié avec les hôpitaux périphériques. Il est désormais basé à l'hôpital Pierre-Paul Riquet, à proximité immédiate de l'unité neuro-vasculaire. Son service utilise six IRM et six scanners. Il dispose de deux blocs opératoires d'angiographie.

Le travail se déroule dans l'extrême urgence, sachant qu'un malade touché par un AVC perd un million de neurones par minute. La rapidité est donc la notion dominante, ce qui se traduit par un passage direct à l'IRM (sauf pour les malades présentant des contre-indications) pour obtenir une vision précise du cerveau du patient. Dans un délai de dix minutes, cette séquence permet de faire le diagnostic, d'évaluer la gravité de l'AVC et d'en déterminer l'origine : formation d'un caillot ou hémorragie cérébrale. L'IRM va montrer la partie du cerveau que l'on ne peut pas récupérer. Le volume qui va mourir quoi que l'on fasse apparaît lors de la séquence de diffusion. Puis, lors de la séquence de perfusion, on distingue ce que l'on

peut récupérer. Est alors prise par le neurologue et le radiologue la décision de recourir à la thrombectomie.

Le patient est amené dans l'un des deux blocs opératoires d'angiographie. L'intervention se fait le plus souvent sous anesthésie générale. Le malade est endormi le plus rapidement possible. La piqûre est effectuée dans l'artère fémorale. Un deuxième tuyau est mis en place dans la carotide interne. Il permet d'injecter l'iode, nécessaire pour voir à quel niveau l'artère est occluse. Un troisième tuyau est ensuite monté dans les artères du cerveau, puis jusque dans le caillot afin de tenter de l'aspirer via un cathéter. Parfois la réouverture est immédiate. Dans le cas contraire, il faut utiliser un stent pour retirer le caillot. Cette technique aboutit à un résultat positif dans 80 % des cas. Pour réaliser ces interventions qui peuvent durer jusqu'à une heure et trente minutes, le CHU a acquis des cathéters d'aspiration et des stents dédiés au traitement de l'AVC.

Sur ce nouveau type d'interventions, le Pr. Cognard note que « six études ont été publiées en trois mois, apportant un niveau de preuve gigantesque, ce qui nous a amenés à écrire des recommandations sur ce qui est

maintenant une technique de référence lors de l'occlusion d'un gros vaisseau ».

Le Pr. Cognard formule l'espoir d'arriver à terme à un taux de réussite de 100 %. La thrombectomie a contribué à créer une sur-spécialité. Celle-ci exige pour le praticien deux ans de formation et de pratique avant de commencer à faire un geste opératoire. Il convient donc d'anticiper les délais de formation, afin de disposer de l'effectif médical apte à assurer le fonctionnement permanent du service toute l'année.

Face à ce contexte d'urgence absolue, le Pr. Cognard souligne l'obligation pour les médecins d'une très grande disponibilité : « *Quand nous sommes d'astreinte, note-t-il, nous avons chez nous une connexion par ordinateur pour réagir vite. Il est fréquent que l'on soit appelé en pleine nuit pour rejoindre l'hôpital en un temps record. Nous avons deux minutes pour nous habiller, plus quelques minutes pour appeler nos collègues et foncer en voiture vers le bloc. C'est super stressant.* » L'activité du service est en forte croissance.



De nouvelles stratégies

Le professeur Jean-Marc Olivot, spécialiste des maladies neuro-vasculaires, mène des travaux de recherche sur le rôle de l'imagerie dans la prise en charge des patients touchés par un AVC.

Il souligne que l'accès 24h/24 à l'imagerie multimodale (IRM et scanner) désormais possible au CHU de Toulouse est un développement

majeur. Cela permet après un accident vasculaire cérébral ischémique transitoire ou mineur de définir les risques de récurrence justifiant une hospitalisation et/ou une prise en charge spécifique chez les patients victimes d'un infarctus cérébral aigu d'estimer le rapport bénéfice/risque d'un traitement par thrombectomie. Cela permet aussi d'élargir, dans le cadre d'essais thérapeutiques et selon les recommandations actuelles, l'accès aux traitements de revascularisation aux malades arrivant hors délais. De nouvelles stratégies thérapeutiques susceptibles d'améliorer l'efficacité des traitements de revascularisation

sont en cours d'évaluation :

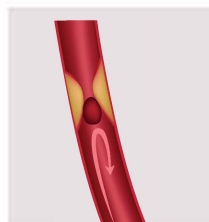
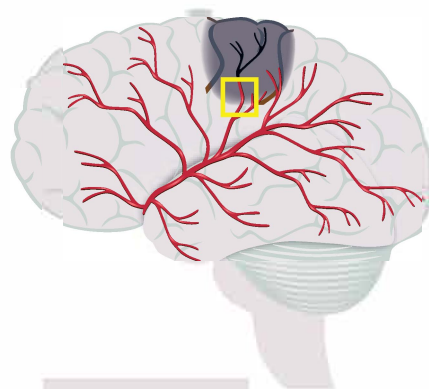
- traitements neuro-protecteurs augmentant la survie des neurones dans l'attente de la recanalisation de l'artère occluse ;
- nouveaux dispositifs et traitements médicamenteux pour augmenter le taux de recanalisation et réduire les complications.

En ce qui concerne la prévention, des holters implantables permettent de détecter désormais chez 20 % des patients victimes d'un AVC

ischémique de cause indéterminée une arythmie cardiaque. L'exclusion de l'auricule gauche peut, en cas de contre-indication, se substituer au traitement anticoagulant. De nouveaux traitements anti-thrombotiques, susceptibles de réduire significativement le risque de récurrence sont en cours d'évaluation.

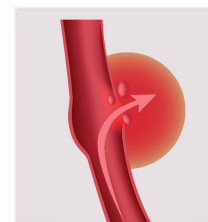
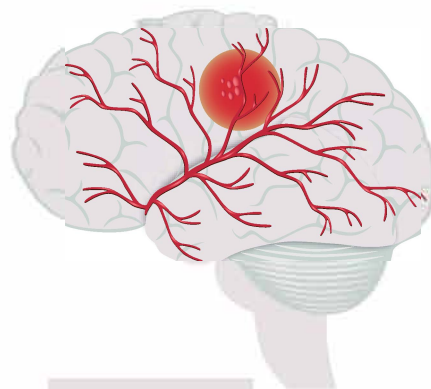
En cas d'échec ou d'impossibilité de réaliser un traitement de revascularisation, la greffe des cellules souches, la stimulation magnétique transcorticale et l'utilisation de nouvelles molécules dérivées des antidépresseurs sont actuellement testées pour améliorer la récupération du handicap neurologique séquellaire de l'AVC. Le CHU est très impliqué dans ces travaux de développement de nouvelles stratégies, en collaboration avec l'UMR 1214, pavillon Baudot, « Toulouse neuro-imaging center » et le Centre d'investigation clinique.

Accident ischémique



Vaisseaux bouchés, interruption du flux sanguin dans la zone affectée

Accident hémorragique



Rupture des vaisseaux, fuites de sang

Pr. Philippe Marque :

« Une rééducation intensive pour obtenir un maximum de progrès »



Après la période aiguë, le parcours du patient touché par un AVC le conduit au service de Médecine physique et de réadaptation de Rangueil, placé sous la responsabilité du Pr. Philippe Marque. Ce service est multidisciplinaire, puisqu'il rassemble, à la fois des médecins, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychologues, des infirmières, des aides-soignantes... La coordination de la prise en charge entre ces différentes approches de la rééducation est assurée par un praticien spécialiste de médecine physique et de réadaptation, le Dr Evelyne Castel-Lacanal.

« La rééducation, explique le Pr. Marque, ne relève pas d'une technique spécifique. Elle a pour objectif d'essayer de travailler intensément autour de la répétition de gestes finalisés dont la difficulté est choisie en fonction des déficiences physiques et cognitives du patient. » La rééducation intensive débute en principe quinze jours après l'AVC. Elle se poursuit durant trois à six mois, à raison de deux heures par jour. Selon l'état d'autonomie du malade, la rééducation s'effectue en hospitalisation complète, en hospitalisation de

jour ou en soins externes. « En vingt ans, indique le Pr. Marque, la pratique de la rééducation a été bouleversée. Auparavant, on préconisait d'aller doucement afin de ne pas trop fatiguer le malade. On est passé à une rééducation beaucoup plus intensive pour obtenir un maximum de progrès durant les six premiers mois, tout en s'adaptant aux capacités des patients. » « De nouveaux outils arrivent dans les salles de rééducation, permettant cette adaptation. Nous avons ainsi un robot qui aide à répéter les gestes de préhension en situation de réalité virtuelle. Il est utilisé en phase initiale en permettant de réaliser un geste finalisé et d'allonger la durée de rééducation, y compris pour les déficits les plus lourds. » Au sujet des patients, reçus dans le service, présentant les déficits les plus lourds, le Pr. Marque indique que la rééducation permet néanmoins à 80% d'entre eux de retrouver une capacité de déambulation. Pour la main, si environ les deux tiers des personnes perdent sa fonctionnalité, 15% retrouvent une pince pouce index efficace et près de 20% une main d'appoint, c'est-à-dire une main dont les capacités de préhension restent très limitées. En ce qui concerne la récupération des fonctions cognitives, de nombreuses techniques aident

maintenant à stimuler le langage, la mémoire, le raisonnement, l'orientation et la perception de l'espace. Ces techniques sont coordonnées dans le service par un expert dans ce domaine, le Professeur Xavier de Boissezon. Des innovations plus récentes, telles que les lunettes prismatiques ou la rééducation en environnement virtuel, sont maintenant utilisées pour favoriser la récupération des fonctions cognitives déficitaires chez les patients victimes d'AVC. Globalement ces nouvelles stratégies, mises en œuvre précocement, donnent de meilleurs résultats et une forte réduction de la durée d'hospitalisation, qui est passée d'une année à une cinquantaine de jours en vingt ans. A noter qu'annuellement, le service du Pr. Marque reçoit cent à cent vingt malades touchés par un AVC en hospitalisation complète et autant en hospitalisation de jour, auxquels s'ajoutent environ trois cents consultations. Le Pr. Marque souligne que l'amélioration des résultats est permise aussi bien par l'évolution des techniques que par la qualité de la coordination avec les services concernés en amont et en aval, ou par l'aide apportée lors du retour à domicile par les ergothérapeutes et les assistantes sociales. Il évoque à ce propos le travail accompli par la clinique du positionnement qui est une structure innovante permettant de faire le choix des aides techniques les plus adaptées aux handicaps du patient. La période de rééducation et de réadaptation qui s'effectue durant les six premiers mois suivant l'AVC constitue une phase essentielle pour réduire au maximum les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions touchant des patients victimes d'AVC, afin de restaurer l'autonomie la plus importante et permettre la meilleure réinsertion sociale, sociétale et si possible professionnelle.



A photograph of a hospital hallway. In the foreground, a man in a white hospital gown sits in a gurney, looking towards the camera. Behind him, a medical professional in a white uniform and blue lanyard stands, holding a red object. Other staff members in white uniforms are visible in the background, walking down the hallway. The scene is brightly lit with overhead lights.

CHIRURGIE AMBULATOIRE “UNE ÉQUIPE SEREINE POUR DES PATIENTS ACTEURS”

Le travail est soutenu, intense, exigeant, mais l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Pierre-Paul Riquet évolue dans une ambiance optimale, bénéficiant d'une organisation et de locaux bien adaptés à son fonctionnement.



« Une énergie positive se dégage de l'équipe. »

« Cela se ressent une équipe qui s'entend bien. »

Ces propos émanent respectivement de Laurence Zamith, cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire et de la consultation d'anesthésie mutualisée de l'hôpital Pierre-Paul Riquet, de Laurence Tequy et de Katia Moureu, infirmières dans ce service, depuis 2003 pour la première et depuis 2008 pour la seconde.

Cette spontanéité partagée les amène à se garder de toute interprétation excessive : elles n'évoquent pas au pays des « Bisounours », tiennent-elles à souligner. Mais elles estiment avoir la chance d'être dans un service qui bénéficie d'une organisation et d'un espace appropriés depuis l'ouverture de l'hôpital Pierre-Paul Riquet et d'appartenir à une unité où règne un excellent climat relationnel entre tous ceux et toutes celles qui la composent. Le travail est soutenu, intense, exigeant, mais il se déroule dans une bonne ambiance. L'unité de chirurgie ambulatoire fonctionne dans un cadre bien défini qui permet une organisation rigoureuse et régulière. Ouverte du lundi au vendredi de 7 à 19 h, elle dispose de dix-sept lits et de huit fauteuils pour accueillir des patients orientés selon trois circuits : un de

longue durée pour les séjours de huit à onze heures ; un court de quatre à six heures ; un ultra-court de trois à quatre heures.

Une prise en charge diversifiée

La durée des séjours est bien sûr liée à la nature des interventions qui conditionne l'état des patients et la rapidité de leur récupération. Le séjour ultra-court concerne, par exemple, la chirurgie portant sur l'extrémité des membres ou l'ophtalmologie pour les cataractes. Une anesthésie générale courte se traduit par un retour rapide en fauteuil après un temps de surveillance. Le patient bénéficie d'une collation servie en compagnie de ses proches et d'autres patients dans un salon de sortie avant son retour à domicile. La chirurgie ambulatoire offre ainsi beaucoup de souplesse dans l'organisation, comme dans les interventions. Placée sous la responsabilité médicale du D^r Laura Bruneteau, anesthésiste-réanimateur, l'unité travaille avec toutes les spécialités médicales de Purpan et de l'hôpital Pierre-Paul Riquet : Ophtalmologie, ORL, Chirurgie maxillo-faciale, Traumatologie, Neurochirurgie, Radiologie interventionnelle, Chirurgie digestive...

« Avec l'ouverture de l'hôpital Pierre-Paul Riquet, explique Laurence

Zamith, il a été possible de revoir les organisations, de développer de nouveaux outils et de créer différents modes de prise en charge. Nous avons bénéficié d'une capacité d'accueil plus importante, adaptée à une activité toujours croissante. » En plus des chambres, l'unité dispose maintenant de trois salons de soins, de deux bureaux pour les entretiens avec les patients et d'un espace salon-sortie.

Le patient suivi de l'accueil à la sortie

Le travail aussi a été réorganisé avec la mise en place de binômes infirmières-aides-soignantes. L'effectif de l'unité est composé de neuf infirmières travaillant à 80 % selon des journées d'une amplitude de douze heures (de 7 à 19 h). S'y ajoutent cinq aides-soignantes travaillant selon un rythme identique. L'unité dispose également d'un secrétariat et de brancardiers dédiés aux flux des blocs opératoires. « Les journées de douze heures, considère Katia Moureu, sont adaptées à l'hospitalisation ambulatoire. Elles permettent de suivre le patient de l'accueil à la sortie sans perte d'informations. Cela contribue à rassurer le patient qui identifie le soignant dès son arrivée. On est là pour l'accompagner, ce qui établit une relation de confiance. » Laurence Tequy confirme : « Avec



■ Les procédures d'accueil des patients sont anticipées

cette organisation très diversifiée, dit-elle, le temps passe très vite, depuis la préparation du dossier patient que l'on va accueillir le lendemain, à sa venue, puis à sa conduite au bloc opératoire, suivi de soins et de la transmission de consignes préparant son retour à domicile. »

Katia Moureu souligne à son tour les avantages liés au transfert de l'unité à l'hôpital Pierre-Paul Riquet : des locaux plus grands, plus aérés, plus fonctionnels, la proximité des blocs opératoires, des salles de réveil et d'ascenseurs pour l'accès direct. Pour Laurence Tequy, la mise en

œuvre de trois circuits optimise la prise en charge des patients. Les infirmières de l'unité de chirurgie ambulatoire apprécient un planning de travail régulier qui est fixé à l'année. La durée de douze heures amène à effectuer un service de dix jours par mois, sans travail de nuit, ni de week-end, ce qui apporte un confort de vie non négligeable.

Laurence Zamith note qu'ainsi est obtenue « une cohésion d'équipe importante, avec des acteurs dynamiques et un effort partagé par tous ».

De plus, les infirmières de l'ambulatoire n'hésitent pas à innover. Après la mise en œuvre des différents parcours patients et des techniques d'hypnothérapie, l'équipe a été amenée à présenter ces expériences lors de divers congrès à Toulouse et Paris.

TÉMOIGNAGES

Cécile Papini, aide-soignante : « On forme une famille »

« Je ne donnerais pas ma place. J'ai rencontré ici des collègues formidables. On forme une famille. »

D'emblée, Cécile Papini, aide-soignante depuis deux ans et demi à l'unité de chirurgie ambulatoire, exprime son plaisir de travailler dans ce service dont elle souligne l'atmosphère très humaine impulsée par Laurence Zamith.

Cécile Papini a eu au sein du CHU un parcours professionnel original. Elle a débuté à l'hôtellerie-restauration, assurant le service du petit-déjeuner. Puis elle a suivi les cours de l'école d'aide-soignante. Elle a travaillé en gériatrie et aux urgences avant son arrivée à l'hôpital Pierre-Paul Riquet.

« En chirurgie ambulatoire, dit-elle, ce que j'apprécie

particulièrement, c'est l'ambiance apaisée et l'absence d'agressivité. Les patients relevant d'une hospitalisation choisie, programmée, sont beaucoup plus sereins. »

Francis Biron, brancardier : « Un travail où l'on est responsabilisé »

Aide-soignant de formation, brancardier de profession, Francis Biron est détaché ponctuellement à l'unité de chirurgie ambulatoire. Celle-ci se voit affecter trois brancardiers par jour : deux le matin de 7 à 15 h, un l'après-midi de 11 à 19 h. « Ici, explique Francis Biron, nous fonctionnons dans des conditions différentes des autres services. Nous sommes quasiment autonomes grâce à un système automatisé de régulation. À l'arrivée le matin, nous consultons la programmation sur l'ordinateur.

L'infirmière nous appelle par un simple clic pour le départ au bloc. Au retour, c'est le bloc qui nous alerte. Il faut avoir beaucoup de réactivité, car il peut y avoir des gros flux de quarante patients dans une journée, sans compter les autres demandes. C'est un travail où l'on est responsabilisé. » Un travail qui est aussi physique, car un brancardier peut parcourir quatorze kilomètres dans la journée. Ce qui n'empêche pas Francis Biron d'apprécier la collaboration avec la chirurgie ambulatoire. « On s'y intègre mieux, ajoute-t-il, que dans un service classique. On partage la salle de repos, ce qui aide à bien connaître l'organisation de « l'ambu ». Et puis, nous avons beaucoup de contacts avec les patients et les familles. C'est bon enfant. Cela fait du bien de venir se ressourcer ici. »



PORTRAIT

Karine Douheret, aide soignante

« Je sais
ici pourquoi
j'ai choisi
ce métier »

Ici, tout le monde l'appelle Kakou. Bien que l'une des plus anciennes au sein du CHU où elle est entrée il y a vingt ans, elle est l'une des petites dernières de l'unité de chirurgie ambulatoire qu'elle a intégrée lors du transfert de celle-ci à l'hôpital Pierre-Paul Riquet en 2014.

Elle est devenue très vite l'un des piliers de l'équipe où son dévouement, sa sensibilité, son écoute ont séduit collègues et patients.

Kakou, c'est le surnom, issu d'un drame familial, de Karine Douheret, une aide-soignante qui a choisi son parcours professionnel en parfaite connaissance, au regard d'événements relevant de son métier et de sa vie personnelle. Elle a connu la chirurgie ambulatoire par son fils qui y a été hospitalisé. C'est de ce passage qu'est issue l'idée de postuler à un travail dans cette unité. « Je sais ici pourquoi j'ai choisi ce métier ». Karine Douheret évoque ainsi son intégration idéale au sein du service. Elle y voit l'accomplissement d'une activité pleine d'humanité et elle ne s'estime en rien blasée. Elle a pourtant eu une carrière pleine de diversité depuis sa sortie de l'école d'aide-soignante de Purpan en 1997. Après plusieurs années passées en traumatologie, un choix personnel, elle a suivi son mari

militaire en Afrique, devenant durant deux ans aide-soignante à l'hôpital de Djibouti : « J'ai été affectée, confie-t-elle, en médecine interne et en soins palliatifs. C'est là que j'ai pu découvrir ce qu'était une campagne de vaccination dans un territoire isolé. J'ai été aussi confrontée aux maladies de notre temps, la tuberculose et le sida qui entraîne là-bas une forte mortalité... J'étais très impliquée, c'était très dur. »

Réintégrée au CHU de Toulouse en 2006, Karine Douheret est retournée au service traumatologie, avant de rejoindre la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Pierre-Paul Riquet.



« Dans ce service, souligne-t-elle, nous disposons d'une grande autonomie. Le fonctionnement en binôme avec l'infirmière procure à l'aide-soignante une grande liberté. Mais ce que nous faisons est toujours validé par l'infirmière. Nos journées sont longues, mais elles permettent un bon suivi des patients. Cela commence par l'accueil, avec la présentation du service, l'explication de ce qui va survenir, puis la prise des paramètres. Durant l'intervention, nous nous occupons des accompagnants, nous les rassurons. Le moment fort est le retour du patient, quand il faut surveiller son état, évaluer la douleur. Le soir, avant le départ, nous préparons la sortie en distillant au patient des informations qui seront ensuite finalisées par l'infirmière. »

Sur son avenir, Karine Douheret a une idée précise : « Si je devais faire autre chose, révèle-t-elle, ce serait orthophoniste. »

Une orientation qui ne tient pas du hasard. Ayant un fils malentendant, elle apprend la langue des signes, ce qui crée une ouverture en direction de cette activité paramédicale. Sa connaissance du langage des signes lui permet déjà d'être interprète au sein du service de chirurgie ambulatoire.

LES CHIFFRES PARLENT

L'évolution du nombre de patients traités en chirurgie ambulatoire suit une courbe très positive : 3728 personnes accueillies à Purpan en 2013, 4482 à l'hôpital Pierre-Paul Riquet en 2014, 5957 dans ce même hôpital en 2015. Pour 2016, 5932 patients avaient déjà été accueillis dans l'unité au 31 octobre.



Purpan
2013



Pierre-Paul
Riquet
2014



Pierre-Paul
Riquet
2015



au 31 octobre
2016

CARNET

Mariages

25.06.2016
Rose-Marie NUNEZ
avec **Philippe CHIAPELLO**
Chirurgie Ambulatoire - Paule de Viguier

30.07.2016
Jean-Loup HEBRA
avec **Sandrine ROUGE**
Service action sociale hospitalière - La Grave

10.09.2016
Anne-Sophie HUGUENIN
avec **Guillaume ARMAJACH**
Service action sociale - Purpan

17.09.2016
Lucie BOULANGER
avec **Maxime BONY**
HC Neurovasculaire - Purpan

17.09.2016
Aurore LEBBE
avec **Yvan FRANCHI**
Grossesses pathologiques 1
Paule de Viguier

29.09.2016
Stéphanie LANNES
avec **Loïc BONNAFOUS**
Bloc centre - Purpan

Naissances

05.03.2016
Louis, fils de **Marie LIEUTERET**
Salle de réveil - PPR

20.05.2016
Océane, fille de **Marion LECLERCQ**
Dermatologie - Larrey

25.06.2016
Alice, fille de **Claire BARRE**
Bloc Urgences - Purpan

06.07.2016
Maélys, fille de **Isabelle EXBRAYAT**
Réanimation - Purpan

03.09.2016
Carla, fille de **Emmanuel BENITAH**
Transport prélèvement - Hôtel-Dieu

07.09.2016
Elyna, fille de **Cyril PODIO**
Régulation transport pédestre - Purpan

13.09.2016
Calie, fille de **Stéphanie ASENSIO**
Cancérologie - Purpan

17.09.2016
Anton, fils de **Pauline FEUILLAS**
Psychiatrie Adulte - Purpan
et de **Cyril GABERNET**
Psychiatrie Adulte - Purpan

19.09.2016
Antoine, fils de **Fanny BOSC**
Médecine - Hôpital Enfants

20.09.2016
Ludovic, fils de **Nelly CASSAING**
HC Orthopédie-Traumatologie A6 - Purpan

23.09.2016
Lina, fille de **Cécile PUJOL**
Préanalytique IFB - Purpan
et de **Sébastien BONNEFOND**
Electricité Rive Gauche - Purpan

26.09.2016
Alicia, fille de **Stéphanie FRICOU**
P.T.I - Purpan

05.10.2016
Stella, fille de **Delphine GUTIERREZ**
Exploration neurologie - Purpan

06.10.2016
Malhaou, fille de **Pascal CHEMIR**
Blanchisserie centrale - Le Chapitre

11.10.2016
Alexis, fils de **Sophie DANIOKO**
Accueil Médico Traumatique - Purpan

14.10.2016
Emy, fille de **Arnaud FONTALBA**
Scanner urgences - Purpan

27.10.16
Léna, fille de **Abdelkader HANI**
Elec.Rive.Droite - Ranguéil

02.11.2016
Célia, fille de **Sylvain GAC**
Equipe double bac - Purpan

13.11.2016
Sofia, fille de **Amandine ANDRIEU**
Sc uto - Ranguéil
et de **Mohsen ALI**
UF 1 psychiatrie - Hôpital Garonne

Retraites

25.03.2016
Evelyne RIGONI

01.09.2016
Véronique APRILE
Alain CALVET
Corinne CAZES
Chantal CLEDAT
Jean-Paul COSTES
Marc DANIELI
Marie-Andrée DAUSSION
Josiane DENJEAN
Françoise DUMOUCHE
Elisabeth IZARD
Alain LAFFORGUE
Françoise LETRENNE
Patrick MAURICE
Pierre PHORDOY
Anne-Marie RAYNAUD

Daniel RICHE
Colette SERVANT
Christiane TUC

01.10.2016
Christian BARJOU
Marie-Odile BARTHE
Jacqueline BONAVENTURE
Danièle CORIAT
Gérard DELMAU
Viviane DURAND
Claudine DUVIVIER
Chantal GARCIA
Gilbert GREGORIS
Marie-Hélène HALLE
Dominique ISOPET
Catherine LEGUEVAQUES
Sabine MACAU
Josiane MAURO
Odile MENDEZ
Brigitte MOREL
Geneviève SOULA
Michèle SARRIAS
Jocelyne YUBERO

29.10.2016
Geneviève BOUDIERES

01.11.2016
Francis SAINT-CRIQ
Anne-Marie BERNARD
Jean-Paul DUPUY
Christine FAGET
Véronique ROSTIN
Claudine SICRE
Nadine VILLAS
Monique CHOURREAU

07.11.2016
Jean-Claude MAKELA

Décès

25.09.2016
Martine GAUTHIER

04.10.2016
Véronique JACQUARD

12.10.2016
Jean-Luc CABARES

29.10.2016
Alfredo GAYAN

**Contribuez
à votre magazine !**

Vous souhaitez proposer un article au comité de rédaction de Trait d'union ou nous faire part de votre point de vue sur le journal, contactez-nous par mail :

trait-union@chu-toulouse.fr

« Le chef de clinique bénéficie encore d'un compagnonnage au quotidien avec un médecin plus ancien qui le conseille, l'aiguille, l'aide à devenir complètement autonome. »

LE CLINICAT, UNE PÉRIODE CHARNIÈRE

■ D^r Olivier Abbo, chef de clinique en chirurgie pédiatrique.

Lorsque l'interne devient chef de clinique, il accède à un exercice médical de pleine responsabilité. Une journée d'accueil a été instaurée au CHU pour aider les jeunes praticiens dans cette transition.

La période du post-internat (clnicat ou assistantat) est un moment clé dans la carrière d'un praticien. Le passage du statut d'interne à celui de chef de clinique est marqué par l'accès à un exercice médical de pleine responsabilité. Ce changement revêt une grande importance. Le jeune médecin ne doit pas alors se sentir isolé. Il a besoin d'appui et encore de conseils. C'est pourquoi le CHU accorde une grande attention à cette période charnière, en s'appuyant notamment sur l'Association des chefs de clinique et des assistants hospitaliers de Toulouse dont le but est de soutenir la transition à laquelle font face les ex-internes devenus médecins à part entière.

« Le chef de clinique, explique le D^r Olivier Abbo, chef de clinique en chirurgie pédiatrique au service du

Pr. Philippe Galinier et responsable du bureau de cette association, est l'une des chevilles ouvrières du système hospitalier. Il est impliqué dans la gestion des malades et des services. Il a un travail intense. Il commence à consulter ou opérer sous son nom. C'est également une dernière étape dans la formation. Pour avoir un diplôme de chirurgien, il faut, par exemple, une année supplémentaire après l'internat. Le chef de clinique bénéficie encore d'un compagnonnage au quotidien avec un médecin plus ancien qui le conseille, l'aiguille, l'aide à devenir complètement autonome. »

Sous l'impulsion des instances universitaires et hospitalières, il a été décidé d'organiser une journée d'accueil à l'intention des internes accédant au clinicat. La première a eu lieu le lundi 3 octobre au CHU, en présence d'une quarantaine de jeunes praticiens.

Cette journée a été animée par les doyens des deux facultés, les professeurs Elie Serrano et Didier Carrié, puis par le directeur des affaires médicales, Marc Reynier, ainsi que le D^r Gigaud, médiateur du CHU. Le propos a porté principalement sur le statut du chef de clinique qui accède à un environnement qui débouche sur un triple horizon : le soin, l'enseignement, la recherche.

En introduction, le directeur général du CHU, Raymond Le Moign, a évoqué les grandes missions de l'hôpital. Ont été ensuite présentées les modalités de fonctionnement de celui-ci dont la valorisation de l'activité, la facturation et la médiation.

Dans un second temps ont été décrits les trois types d'exercices qui sont possibles : le soin en milieu hospitalier par le Pr. Elie Serrano et Marc Reynier ; la carrière hospitalo-universitaire par le Pr. Didier Carrié ; l'exercice libéral par le D^r Gavin Plat, pneumologue à Larrey.

« Cette journée, ajoute Olivier Abbo, a permis d'éclairer les chefs de clinique sur leur avenir professionnel, afin de les aider à mieux s'intégrer dans l'organisation du CHU. Elle a offert une ouverture sur l'accès aux fonctions possibles au sein de l'hôpital. Elle a contribué aussi à mettre en perspective les problèmes liés à l'accomplissement de la responsabilité professionnelle, notamment dans la relation avec les patients. »

Cette journée d'accueil des chefs de clinique vient compléter un manque, puisqu'il n'existait antérieurement qu'un accueil des internes d'une part et une réception des nouveaux praticiens hospitaliers d'autre part.

1958. ANNÉE DE LA CRÉATION DES CH&U



■ Vue aérienne du CH&U

La grande « révolution » hospitalière qui survient à la fin de l'année 1958, va relativement passer inaperçue car la politique française est extrêmement agitée. Le 13 mai, la crise algérienne a entraîné la constitution par le général Massu du Comité de Salut Public à Alger. Après la démission, le 31 mai 1958, de Pierre Pflimlin, président du Conseil, le général de Gaulle le 1^{er} juin lui succède et est chargé de proposer une nouvelle constitution. Celle-ci est approuvée par référendum le 28 septembre 1958 (80 % de oui). Le 21 décembre, le général de Gaulle est élu Président de la V^e République (avec 77,5 % des voix). Il reste chef du gouvernement jusqu'au 8 janvier 1959, date à laquelle il prend ses fonctions présidentielles et, le même jour, nomme Michel Debré premier ministre. Il le restera jusqu'au 14 avril 1962.

L'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958

Ce texte porte sur la création des C.H.&U. (sic). L'article 1^{er} énonce : *Dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente ordonnance. Ces centres prennent le nom de « centres hospitaliers et universitaires ».* Parmi les différentes mesures associées figure le plein-temps des médecins hospitalo-universitaires chargés d'une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, la part respective de chaque mission pouvant varier selon les compétences, les circonstances et le déroulement de la carrière. L'accueil du corps médical est assez froid, pour ne pas dire glacial ! Le général de Gaulle avait dit à Robert Debré : « *Vous voulez forcer tous les médecins à rester toute la journée auprès de leur malade à l'hôpital, vous n'y parviendrez jamais* ». Et après un long silence : « *Ils tiennent trop à leur clientèle privée* ». Mais le scepticisme désabusé du général de Gaulle est combattu par l'énergie du gouvernement de Michel Debré qui confie au ministre Bernard Chenot l'application de cette réforme révolutionnaire. Il faudra toutefois plus

de six ans pour que soient signées les premières conventions, tandis que les réticences médicales étaient apaisées par la possibilité, sous certaines conditions, de garder une clientèle privée à l'hôpital !

Le CHR de Toulouse accueille dans le calme cette révolution

Dans les hôpitaux toulousains, comme partout ailleurs en France, aucune modification concrète n'est perçue immédiatement. Il faut élaborer une convention constitutive liant l'Université et le Centre hospitalier de Toulouse. Elle ne sera signée qu'en 1965, les hôpitaux toulousains étant parmi les premiers signataires sur le plan national. Pour réussir cette mutation, il faut convaincre la majorité des professeurs et médecins des hôpitaux de prendre le « plein-temps ». La plupart d'entre eux signent rapidement leur demande d'intégration mais avec « effet ultérieur » ! Certains attendront l'extrême limite, plusieurs années après... Par contre, les jeunes médecins envisagent avec enthousiasme cette nouvelle carrière, le projet étant porteur de la création de nouveaux postes ! Le centre hospitalier régional comprend alors près de 2600 lits dont 128 à l'Hôtel-Dieu (en pleine rénovation), 1232 à La Grave dont 861 lits d'hospices, 1016 lits à Purpan, 296 au bloc de phthisiologie (sana). La durée moyenne de séjour est de 20,23 jours et le taux d'occupation de 69,72 %.



Pour gérer le CHR, **M. Jean Delbert, directeur général de 1942 à 1966, est entouré de 77 personnels administratifs et de 1361 personnels secondaires (sic) dont :**
 3 surveillantes chefs, 22 surveillantes laïques, 7 sages-femmes, 252 infirmières, 558 aides-soignantes, 150 ouvriers et aides-ouvriers, 40 lingères, 27 lavandières et 87 servants ou servantes sont reclassés avec le titre et la fonction d'aides-soignants. L'ouverture des services des docteurs Pontonnier et Estienny, entraîne une augmentation de l'effectif du personnel secondaire de 48 unités soit 1 409 au total. L'École régionale des infirmières (ERI) fonctionne avec 12 personnes.

Des revendications syndicales portent sur l'étalement de la semaine de 45 heures sur 5 jours, sur la titularisation des auxiliaires, l'aménagement des vestiaires et un arrêt de travail de 20 minutes pour permettre au personnel faisant 8 heures de travail consécutives de prendre un casse-croûte. Il est aussi demandé une augmentation de salaire.

Dans le corps médical et universitaire

Titularisation dans la chaire de propédeutique médicale du Pr. Jean Géraud. Le Pr. Yves Laporte (physiologie) est nommé professeur sans chaire. Le Pr. Poulhès succède au Pr. Ficat à la chefferie du service des urgences chirurgicales (1er juillet). Le Pr. Joseph Ducuing cesse ses fonctions le 1er octobre 1958, le Pr. Marcel Grimoud lui succède.

À la Commission médicale consultative

Le problème de l'anesthésiologie et de la rémunération des assistants anesthésiologistes est discuté. L'intérêt d'engager à plein temps un certain nombre d'anesthésistes est évoqué par le Pr. Ducuing, car les anesthésies sont assurées par des assistants d'anesthésiologie ou des élèves du certificat d'études spéciales, mais aussi par des externes inexpérimentés « incapables d'assurer leur travail sans surveillance ». La discussion porte aussi et surtout sur le problème de leur rémunération!

Nouvelles hospitalières

Dix nouveaux internes en médecine sont nommés au concours du 2 mai 1958 : Marcel Fournié, Christiane Ayrolles, Jacques Sarroste, Joseph Martinez-Cobo, Edouard Sorel, Colette Mai Van Do, Claude Galibert, Jacques Delpech, Guy Utheza et 15 externes en premier. Intégration en novembre 1958 de trois internes des hôpitaux d'Alger : M. Bardenat, J-P Pascal, M. Costagliola. 200 postes d'externes sont à pouvoir, 60 sont mis en concours.

À l'Hôtel-Dieu. La nouvelle entrée de l'Hôtel-Dieu, donnant sur la rue Viguerie, est opérationnelle mais nécessite la mise en place d'une barrière mobile.

La modernisation du matériel du service administratif est en cours. Les premières machines à écrire électriques IBM à boule font leur apparition mais le plus souvent c'est encore la Japy standard S 181 qui est achetée pour remplacer les anciennes hors d'usage. Une machine à calculer Divisumma Olivetti 24 est acquise par le service de comptabilité en remplacement de l'Olivetti datant de 1951. Achat d'une machine Burroughs Sensimatic pour l'établissement des feuilles de paie et diverses opérations de comptabilité au prix de 4 461 000 francs. Achat d'une machine à reproduction Minnesota Thermo-Fax au prix de 242 236 francs.

À La Grave. La première tranche de l'agrandissement du C.R.A.C. est terminée après transfert de l'asile de nuit installé depuis 1889 dans les locaux donnant sur la rue Piquemil. On réaménage le service d'Urologie et la Neuro-psychiatrie.

À Purpan. Le projet d'agrandissement et d'exhaussement des services de médecine et de chirurgie infantile, est en cours, le dossier ayant été ouvert en 1952. La décision de boxer les salles communes de médecine en Chirurgie Sud, en Médecine Nord et par la suite en Chirurgie Nord est adoptée. Le nouveau Centre Régional de Transfusion Sanguine (actuellement Pavillon Lefebvre), lié par convention avec le CHR, ouvre ses portes. D'autres progrès médicaux suivent avec l'inauguration officielle du rein artificiel, dans la salle de dialyse du 2^e étage de médecine Nord, la première implantation de stimulateur cardiaque en chirurgie cardio-vasculaire et surtout la première opération à cœur ouvert réalisée à Toulouse le 3 février 1958.

Un certain samedi soir de décembre, le D^r Lareng n'hésite pas, en toute illégalité, à « sortir et soigner hors des murs du CHR » un malade comateux (whisky et gardéna), à la *Tournerie des drogueurs*, boîte de nuit à la mode. C'est ainsi que débute une longue série d'interventions, « hors CHR », avec la complicité de la direction hospitalière qui ferme les yeux sur ces entorses au règlement alors que la Commission administrative est beaucoup plus réservée, compte tenu de la législation en vigueur. Les prémices du SAMU sont posées...

Pr. J. Frexinos



Robert Debré et la naissance des CHU

Robert Debré, (1882-1978), issu d'une famille de rabbins alsaciens émigrés après la guerre franco-prussienne de 1870, est nommé interne des hôpitaux de Paris en 1906. Après avoir fait la guerre de 1914-1918 comme médecin-lieutenant, il est affecté à la direction de l'Institut d'hygiène de Strasbourg, puis en 1920 à l'hôpital des Enfants Malades. C'est là qu'il va fonder les bases de l'école française de pédiatrie. Ces activités cliniques sont doublées de travaux scientifiques importants avec l'installation de plusieurs laboratoires aux Enfants Malades avec ses élèves en particulier Georges Schapira, (biochimie, génétique médicale) et Alexandre Minkowski (périnatalité). La profonde refonte du système médical, qu'il avait imaginé dans la clandestinité pendant la seconde guerre mondiale, voit son aboutissement en 1958. Son fils, Michel Debré, premier ministre en 1959, mettra en application la réforme élaborée par son père, Robert Debré.

QUAND LE CINÉMA S'INTÉRESSE AU DON D'ORGANE

I Réparer les vivants
de Katell Quillévéré
d'après le roman de Maylis de
Herangal

« *Le bonheur est insaisissable. Le temps passe, et trop tôt nous sentons en sécurité.* » ⁽¹⁾

Transposer un roman à l'écran, c'est faire le deuil de la puissance évocatrice du livre, pour lui substituer la fabrique de l'image, le pouvoir de l'incarnation. À partir d'un ouvrage très documenté, la réalisatrice Katell Quillévéré crée un film qui allie rigueur factuelle et intense sensibilité. Associant un montage dynamique à une mise en scène claire, la cinéaste parvient à retranscrire fidèlement les chaînes d'événements qui composent le récit. Ainsi *Réparer les vivants* constitue une scénographie assez précise et détaillée du processus de la greffe. De ce tourbillon de l'urgence, la caméra parvient pourtant à extraire quelques fragments d'intimité fugaces, donnant à l'œuvre sa tonalité singulière.

L'univers hospitalier est dépeint très sobrement (trop diront certains), ce qui n'empêche pas, à d'autres moments du film, des instants d'audace formelle comme les séquences de surf particulièrement immersives.

La sobriété n'interdit pas, non plus, d'aborder frontalement la véritable question de fond, celle du don d'organe. Car la portée de l'œuvre se situe (et se situera) aussi là, dans sa capacité à faire vivre le sujet et à questionner son degré d'appropriation sociale. *Le temps nous en dira davantage. C'est toujours lui qui écrit les meilleurs films*⁽²⁾.

(1) Jim Harrison, *Légendes d'Automne*, 1979.
(2) Formule empruntée à Charlie Chaplin.



Séances de rattrapage Pour terminer, quelques suggestions parmi les belles sorties cinéma de l'année 2016 :

- *Midnight Special*, de Jeff Nichols
- *L'Avenir*, de Mia Hansen Love
- *Julietta*, de Pedro Almodovar
- *Victoria*, de Justine Triet
- *Captain Fantastic*, de Matt Ross
- *I, Daniel Blake*, de Ken Loach
- *La Tortue Rouge*, de Michael Dudok de Wit



Nous ouvrons dans *Trait d'union* une nouvelle rubrique sur les éco-gestes et tout ce qui contribue à surveiller au mieux nos habitudes, adapter les gestes écologiques au quotidien et apprendre tout sur l'économie d'énergie, la gestion des déchets ...



Un éco-geste : c'est quoi ?

Un éco-geste est une action de la vie de tous les jours (aller au travail, faire la cuisine, se laver, jardiner, faire ses courses...) qui va prendre en considération les valeurs du développement durable : la protection de l'environnement, l'équité sociale, la solidarité, le principe de responsabilité et de précaution.

Chacun peut accomplir des éco-gestes très facilement dans sa vie quotidienne. Adopter un comportement éco-citoyen, c'est simple : il s'agit surtout de prendre conscience des conséquences sociales ou environnementales de chacune de nos actions et de changer ses mauvaises habitudes. Les éco-gestes s'appliquent à la maison, au travail, à l'école, en faisant ses courses ou son marché, dans ses déplacements, en faisant son jardin, en vacances... Éteindre les lumières, économiser l'eau, utiliser des transports propres, trier ses déchets, consommer de façon responsable... Les actions sont multiples et variées.

Nous vous proposons de vous solliciter afin que vous soyez vous-mêmes acteurs de vos propres éco-gestes et que cette rubrique soit la vôtre. Adressez vos suggestions d'article au comité de rédaction de *Trait d'union* sur : trait-union@chu-toulouse.fr Les meilleures idées et les conseils les plus judicieux seront partagés !

LES AGRUMES, RICHES EN VITAMINE C ET PEU CALORIQUES

CÔTÉ HISTOIRE

Les agrumes sont originaires de l'Asie : Chine, Inde et Indonésie. C'est entre le VIII^e siècle et IV^e siècle avant JC qu'ils gagnent l'Ouest et particulièrement l'Égypte et la Grèce. C'est le cédrat qui est alors répandu et que les grecs nomment « pomme de Médie ». Plus tard, au X^e siècle et au XII^e siècle, ce sont les pamplemousses (ou pomelo) et citrons qui sont introduits en Europe par les Maures, les Génois et les Portugais. C'est Christophe Colomb qui fait découvrir ces agrumes à l'Amérique. L'orange et la mandarine arrivent en Europe plus tard respectivement au XV^e siècle et au XVIII^e siècle, en provenance de Chine.



CÔTÉ CONSOMMATION

En Europe, les agrumes sont cultivés en Grèce, Espagne, Italie et en France. Mais la production française d'agrumes a lieu principalement dans les territoires d'Outre-Mer. Mais n'oublions pas les clémentines corses et les citrons de Menton... L'agrumes le plus consommé en France est l'orange avec 11kg/an/habitant, alors que le Français consomme en moyenne 1.5kg de citron et de pamplemousse par an.

CÔTÉ NUTRITION

La richesse en vitamine C est bien entendu la plus grande qualité nutritionnelle des agrumes. Ils apportent par ailleurs des fibres lorsqu'ils sont consommés frais et entiers. Les agrumes sont peu caloriques, la seule source d'énergie qu'ils renferment est constituée de glucides avec un apport d'environ 10 % pour l'orange et le pamplemousse et deux fois moins pour le citron.

CÔTÉ RECETTE

Rillettes de thon aux agrumes

100 g de thon
100 g de fromage à tartiner nature
½ pamplemousse
½ orange
Ciboulette
Poivre

Peler à vif les agrumes et récupérer la pulpe. Mélanger le thon, le fromage et la pulpe d'orange et de pamplemousse. Ajouter la ciboulette ciselée et le poivre. Mélanger, servir frais.



Crème au citron

50 cl de crème liquide
110 g de sucre
Zeste d'1 citron
10 cl de jus de citron

Porter à ébullition la crème et le sucre, laisser bouillir 3 minutes. Ajouter le zeste et le jus de citron. Répartir dans des verrines et mettre au frais.



GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE HAUTE-GARONNE ET TARN-OUEST : LES INSTANCES SE METTENT EN PLACE

Suite à la loi du 26 janvier 2016 portant sur la modernisation du système de santé, le Groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest a été constitué. Il inclut : les centres hospitaliers de Comminges-Pyrénées, de Graulhet, de Lavaur, les hôpitaux de Luchon, les centres hospitaliers Gérard Marchant, de Muret et le CHU de Toulouse, établissement support du groupement.

L'objectif de cette nouvelle organisation hospitalière est de garantir à tous un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical et d'un projet de soins partagés. Le comité stratégique et le collège médical du groupement ont été installés en novembre. Le comité territorial des élus locaux s'est réuni pour la première fois le 30 novembre autour de son président Jean-Luc Moudenc, maire de Toulouse, président de Toulouse-Métropole et président du Conseil de surveillance du CHU de Toulouse.

Le maillage territorial de proximité des compétences en santé doit améliorer la prise en charge graduée des patients et favoriser une égalité d'accès à des soins hospitaliers adaptés aux besoins de tous. Le projet médical va se focaliser dans un



premier temps autour de six filières retenues comme prioritaires : les urgences et les soins critiques dont la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral ; les soins de suite et de réadaptation ; les personnes âgées et le vieillissement ; la filière mère-enfants ; la cancérologie et les soins de support ; la psychiatrie et la santé mentale. Le projet médical partagé comporte aussi un volet sur l'organisation commune des disciplines médicotéchniques : biologie, imagerie, pharmacie. Des groupes de travail ont été formés, associant les responsables des établissements concernés. Le projet de soins partagés sera la déclinaison paramédicale des grandes orientations du projet médical partagé du groupement.



EXPOSITION 1914/1918 AU CŒUR DU SERVICE DE SANTÉ

À l'occasion du centenaire de la guerre de 1914/1918, le CHU de Toulouse (Musée des instruments de médecine), l'Association des Amis de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques et l'Association des Amis du Musée d'Histoire de la médecine présentent une exposition muséographique intitulée « Le vécu du médecin-major toulousain Prosper Viguière ». Elle regroupe objets, uniformes et photographies issus de plus de six collections privées.

Cette exposition relate pourquoi le premier conflit mondial représente une rupture dans la chirurgie de guerre. Les blessures rencontrées dans cette guerre étaient d'un genre complètement nouveau. Les diverses vitrines expliquent les différents traitements de ces terribles blessures et les enseignements qui en ont été tirés pour la médecine d'aujourd'hui.

Hôtel-Dieu Saint-Jacques, 2 rue Viguerie, Espace Jean de Rudelle (accueil conciergerie) jusqu'au 30 septembre 2017. Du lundi au vendredi de 9 à 17 h, le dimanche de 11 h à 17 h. L'exposition est entièrement accessible aux personnes à mobilité réduite. Visites guidées sur demande (05 61 77 82 72)

LES PHOBIES SCOLAIRES D'AUJOURD'HUI



Dans leur collection « Psychiatrie en pratique », les éditions Lavoisier viennent de publier un ouvrage du Pr. Jean-Philippe Raynaud, du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital La Grave, CHU de Toulouse, co-signé

par Nicole Catheline, praticienne hospitalière et pédo-psychiatre au centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers, consacré aux « Phobies scolaires aujourd'hui ». Il s'agit d'un phénomène en augmentation, constituant à l'heure actuelle un véritable défi

clinique et thérapeutique. Connues depuis de nombreuses années, ces pathologies complexes relèvent aussi bien du conflit intrapsychique que d'une attitude réactionnelle à l'évolution sociétale. Les facteurs individuels, familiaux et sociaux s'y entrelacent, ce qui les rend difficiles à diagnostiquer et à caractériser, alors qu'elles représentent une réelle urgence thérapeutique. Cet ouvrage aborde successivement l'évolution historique du concept, une description clinique complète, les différentes approches théoriques, les modalités thérapeutiques et les évolutions. À travers ce livre, les auteurs, psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, font partager un travail de recherche complet sur la question, apportant leur riche expérience de cliniciens.



Avec le
05 67 20 00 00,
les patients en direct

Afin de faciliter l'appel des patients par leurs familles et leurs proches, le CHU de Toulouse met à disposition sans aucune surtaxe un numéro dédié uniquement à cette fonction. Dorénavant lorsque l'on voudra appeler un patient hospitalisé dans l'un des hôpitaux du CHU, il faudra composer le **05 67 20 00 00.**



UNE RÉCOMPENSE POUR LA DÉMARCHE DU CHU DE TOULOUSE EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT DURABLE

Lors du palmarès des Trophées Ecomobilité SMTC-TISSEO 2016, le jury composé de membres de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Toulouse, de l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie (ADEME), de l'Agence régionale de développement durable (ARPE) du SMTC-TISSEO et présidé par Jean-Michel LATTES, Président de TISSEO-SMTC a départagé six lauréats dont le CHU de Toulouse qui a obtenu le trophée de bronze. Ce prix est une reconnaissance de la démarche sobre et responsable en faveur du développement durable, entreprise par la Direction du développement durable du CHU de Toulouse, dans le cadre de son Plan de Déplacement Hospitalier (PDH).



ENCORE UN CHAMPION AU CHU



Encore un champion au CHU. Il s'agit cette fois de Laurent Assié qui a contribué à l'obtention d'un titre mondial en ULM, classe para-moteur.

Laurent Assié est employé au service sécurité de l'hôpital. Après avoir travaillé à Rangueil, il a été affecté en septembre dernier à l'Hôtel-Dieu et La Grave, avec une spécialisation incendie et assistance aux personnes.

Il a participé en août dernier aux championnats du monde d'ULM à Popham en Angleterre. Après une semaine de compétition acharnée, il a décroché le titre de vice-champion du monde par équipes. Cela a permis à la France de terminer médaille d'or au classement par nations, toutes catégories confondues.

Les décorations de Noël

« Comme toujours, les décorations réalisées au pôle Enfants et à l'hôpital Paule de Viguier par les hôtesses d'accueil apportent de la poésie et de la féerie pour tous les enfants qui traversent ces halls d'entrée. La période des fêtes de Noël est, pour tous, une parenthèse particulière qui dure plusieurs semaines... et qui enchante tous les publics... **Un très grand merci à notre personnel hospitalier qui se mobilise chaque année ainsi! Bravo !** »



Bonne Année



« Le Comité de rédaction de Trait d'union et l'équipe de la Direction de la communication vous souhaitent une douce et joyeuse année 2017 ».

Ce magazine est aussi le vôtre ! Aidez-nous à l'enrichir !

trait-union@chu-toulouse.fr



Avec le Dossier Médical Partagé facilitez votre suivi médical*.



Échange des données



Accessible en ligne



Confidentiel et sécurisé

Pour en savoir plus **0 810 331 133** Service 0,06 € / min + prix appel

*Dans un premier temps, uniquement pour les **ouvrants droit du régime général** des caisses du Bas-Rhin, Bayonne, Côtes-d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Somme et Val-de-Marne.

AFM - DMF - 03/2015 - DMF - PAGES - Paris B 278 889 205.



GRÂCE AU PARTENARIAT ENTRE TRAIT D'UNION ET LE CRÉDIT MUTUEL



Réponse immédiate
Sans justificatif d'achat
Sans frais de dossier

BÉNÉFICIEZ D'UN PRÊT PERSONNEL

PROFITEZ D'UN TAUX LÉGER POUR TOUS VOS PROJETS AUTO - TRAVAUX - PERSO.

MONTANT JUSQU'À 30 000€ SUR 84 MOIS MAXIMUM⁽¹⁾

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager. Exemple : pour un crédit amortissable d'un montant de 1500 € et d'une durée de 18 mois, vous remboursez 17 mensualités de 85,17 € et une dernière de 85,10 €. Taux annuel effectif Global (TAEG) fixe de 2,80 % (taux débiteur fixe de 2,76 %). Montant total dû par l'emprunteur : 1532,99 €. Pas de frais de dossier. Le montant des mensualités indiqué ci-dessus ne comprend pas l'assurance facultative proposée habituellement : Assurance Décès, Perte Totale et Irreversible d'Autonomie (PTIA) pour un montant de cotisation mensuelle de 0,30 € un montant total sur la durée du crédit de 5,40 € et un taux annuel effectif de l'assurance (TAEA) de 0,45 %. Condition au 1^{er} décembre 2016.

PROFITEZ DE NOS OFFRES DE BIENVENUE⁽²⁾

- UNE ÉPARGNE SÛRE ET DISPONIBLE
- DES ASSURANCES SUR MESURE AUX OPTIONS INNOVANTES
- DES OFFRES DE TÉLÉPHONIE MOBILE POUR TOUTE LA FAMILLE
- LES FRAIS DE DOSSIER OFFERTS POUR LES PRÊTS IMMOBILIERS⁽³⁾

N'hésitez pas à nous demander une simulation de rachat de votre prêt

Crédit Mutuel

Fédération du Crédit Mutuel Midi-Atlantique - BP 13258 31132 - Balma Cedex. RCS Toulouse D 312 682 081. - Tél. : 05 61 61 46 46 - Document non contractuel.

(1) Après étude et sous réserve d'acceptation de votre dossier. (2) Offres soumises à conditions, réservées aux personnes physiques majeures pour toute première entrée en relation avec le Crédit Mutuel, dans les Caisses de Crédit Mutuel participant à l'opération. L'entrée en relation est soumise à l'accord préalable de la Caisse de Crédit Mutuel.

• Contrats des Assurances du Crédit Mutuel gérés par ACM IARD - S.A., • ACM Vie - S.A., entreprises régies par le Code des Assurances • Crédit Mutuel Mobile est un service de l'opérateur El Telecom proposé par le Crédit Mutuel. El Telecom SAS, RCS Paris 421 713 892, 12 rue Gaillon 75107 Paris Cedex 02. •

TOULOUSE PURPAN - 236 avenue de Grande Bretagne - 05.34.47.45.60 - 02226@creditmutuel.fr

TOULOUSE SAINT AGNE - 34 avenue de l'URSS - 05.34.42.63.70 - 02206@creditmutuel.fr

TOULOUSE CROIX DE PIERRE - 107 avenue de Muret - 05.34.47.45.00 - 02210@creditmutuel.fr

TOULOUSE SAINT CYPRIEN - 3 avenue Etienne Billières - 05.34.42.60.10 - 02204@creditmutuel.fr

CM PROFESSIONS DE SANTE - 6 rue de la Tuilerie - 31130 Balma - 05.34.42.64.90 - 02291@creditmutuel.fr

PENDANT QUE SARAH, INFIRMIÈRE, VEILLE SUR NOTRE SANTÉ, NOUS VEILLONS SUR SON AVENIR.

PROTECTION REVENU
**MAINTIEN DE VOTRE
NIVEAU DE VIE**
EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

OFFRE RÉSERVÉE AUX
MÉTIERS DE LA SANTÉ :
-10% SUR LES CONTRATS
D'ASSURANCE AUTO*

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



ASSURÉMENT HUMAIN

Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé)
Connectez-vous sur www.gmf.fr ou depuis votre mobile sur m.gmf.fr

*Offre réservée aux personnels de la santé et du social, la 1^{ère} année à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2017.
LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret et sa filiale GMF ASSURANCES. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.

