

été 2013

d'

numéro 137

Trait Union

LE MAGAZINE POUR ET PAR LES PROFESSIONNELS
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE



À la une :
Baromètre social
la parole donnée aux professionnels

GRÂCE AU PARTENARIAT ENTRE L'ENTENTE ET LE CRÉDIT MUTUEL



BÉNÉFICIEZ D'UN PRÊT PERSONNEL À TAUX PRÉFÉRENTIEL !

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager. Exemple : pour un prêt de 1 000 €, d'une durée de 12 mois au taux débiteur de 2,86%, sans frais de dossier **soit un TAEG fixe de 2,90%, vous remboursez 12 mensualités de 84,63€.** Montant total dû par l'emprunteur : **1015,55€.** La mensualité ne comprend pas l'assurance facultative (décès perte totale ou irréversible d'autonomie) d'un montant mensuel de 0,20€. Sous réserve d'acceptation du dossier. Conditions au 1^{er} juillet 2013.

À partir de

2,90%
TAEG FIXE

Financez tous vos projets jusqu'à 21 500 euros⁽¹⁾

- SANS JUSTIFICATIF D'ACHAT
- SANS FRAIS DE DOSSIER
- RÉPONSE IMMÉDIATE

PROFITEZ D'UNE OFFRE DE BIENVENUE RÉSERVÉE AUX ADHÉRENTS DE VOTRE C.E.⁽¹⁾

- Les services bancaires OFFERTS pendant 3 mois⁽²⁾
- Votre épargne rémunérée à 4 % garantis 6 mois⁽³⁾ disponible et sans frais
- Prêt immobilier : 0 € de frais de dossier⁽⁴⁾
- Téléphonie mobile : 1 mois OFFERT par forfait⁽⁵⁾
- Assurances : 1 mois OFFERT⁽⁶⁾ par contrat souscrit.

CONTACTEZ LA CAISSE DE CRÉDIT MUTUEL DE VOTRE CHOIX

CM PURPAN - 299, AV. DE GDE BRETAGNE - 05.34.47.45.60 - 02226@creditmutuel.fr

CM SAINT AGNE - 34, AV. DE L'URSS - 05.34.42.63.70 - 02206@creditmutuel.fr

CM CROIX DE PIERRE - 107, AV. DE MURET - 05.34.47.45.00 - 02210@creditmutuel.fr

CM SAINT CYPRIEN - 3, AV. 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

Crédit Mutuel
LA banque à qui parler

Fédération du Crédit Mutuel Midi-Atlantique - BP 13258 31132 - Balma Cedex. RCS Toulouse D 312 882 081 - Tél. : 05 61 81 46 46 - Document non contractuel.

(1) 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. Conditions au 1^{er} juillet 2013, susceptibles de modifications. (2) Offre valable sur le tarif de base hors option de la formule Eurocompte. (3) Conditions au 1^{er} juillet 2013. Le taux d'épargne est garanti pendant les 6 mois qui suivent l'ouverture du Livret Bienvenue dans la limite de 50.000 euros, au-delà de ce montant et après la période de 6 mois, le Livret Bienvenue est rémunéré au taux du Livret Ordinaire du Crédit Mutuel. Les intérêts sont versés en brut, option possible pour le prélèvement libératoire. Offre limitée à un seul Livret Bienvenue par personne physique majeure. (4) Sous réserve d'acceptation de votre dossier par votre Caisse de Crédit Mutuel. L'emprunteur dispose d'un délai de réflexion de 10 jours. La vente est subordonnée à l'obtention du prêt. Si celui-ci n'est pas obtenu, le vendeur doit rembourser les sommes versées. (5) Offre non cumulable avec d'autres offres en cours et promotions. Réservée aux nouveaux clients Crédit Mutuel depuis moins de 30 jours ayant souscrit une offre C le Mobile ou NRJ Mobile avec engagement 24 mois. Hors options et hors communications au-delà du forfait. Notices disponibles en point de vente ou sur www.creditmutuel.fr ou sur www.nrjmobile.fr. 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 Gallien 75107 Paris Cedex 02. (6) Le mois gratuit s'applique sur la première cotisation annuelle, pour toute souscription d'un contrat assurance Auto Elite, Habitation, Assurance Santé, XL Prévoyance, Plans Autonomie. Contrats des Assurances du Crédit Mutuel gérés par : • ACM IARD - S.A. • ACM Vie - S.A., entreprises régies par le Code des Assurances.

sommaire



6



10



15



24



32



34

Expresso

- 4 **L'Institut universitaire du cancer bientôt opérationnel**
- 5 **Visites ministérielles**
- 6 **L'auto-partage arrive au CHU**
- 6 **Tous à vélo à l'hôpital des Enfants**
- 7 **La Journée mondiale de la Voix à l'hôpital Larrey**
- 7 **En faveur de la lutte contre la douleur**
- 7 **Naissances nombreuses et inattendues à Paule de Viguier**

Reportages

- 8 Médical/Partenariat
Réussite de l'urgence à distance
- 10 Médical/Innovation
Une première française pour le traitement de l'anévrisme de l'arche aortique thoracique
- 12 Médical/Avancée
Greffe rénale, l'incompatibilité vaincue
- 13 Médical/Recherche
Microscopie électronique, un changement de dimension
- 14 Médical/Neurologie
Retour à l'intimité pour les patients atteints de sclérose en plaques

À la une

- 15 **Parole donnée**
Le premier baromètre social du CHU a recueilli une grande écoute et amené une vaste expression du personnel hospitalier.

Enjeux

- 21 **Le développement professionnel continu**
- 24 **Qualité des données recueillies, qualité des recettes, le rôle stratégique du département d'informations médicales**

Communauté hospitalière

- 28 **Protocole d'accord sur l'égalité professionnelle**
- 30 **Actualités sociales**

Loisirs/Culture

- 32 Histoire/Mémoire
Des premières dissections à l'angio-scanner post-mortem
- 34 Diététique
La saison des fruits jaunes

Scannez ce QR code pour découvrir votre magazine en ligne



Trait d'union n°137.

Directeur de la publication : Jacques Léglièse.

Rédacteur en chef : Dominique Soulié.

Photographies : Igor Bertrand, Benoît Capoen, Nicolas Fleuré, Odile Vigié.

Comité de rédaction : Sylvie Dermoune, Pr. Jacques Frexinos, Sylvie Goutnikoff, Gabriel Maffre, Caroline Martineau, Marie-Christine Monnin, Dr Jean Petit, Odile Vigié.

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

Assistance rédactionnelle : Hugues Beilin.

Réalisation : Direction de la Communication et Studio Pastre.

Impression : Messages.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous excuser d'éventuelles erreurs ou omissions. Nous leur demandons de bien vouloir adresser leurs suggestions au secrétariat de Trait d'union Direction de la Communication, Hôtel-Dieu Saint-Jacques, Tél. : 05 61 77 83 48.

ISSN 0220-5386. Dépôt légal : juillet 2013. Imprimé sur papier PEFC



Pierre COHEN

Maire de Toulouse
Président du conseil de surveillance
du CHU de Toulouse

L'accord signé en juin dernier entre le CHU et la Ville de Toulouse en vue de la reconversion du site de La Grave est le fruit de discussions que nous avons engagées dès 2009 pour porter ensemble ce projet de rénovation d'un lieu emblématique de la Ville.

Les activités d'hospitalisation du CHU à La Grave ont été transférées sur Purpan (maternité et long séjour). Le site était pour partie désaffecté et pour partie utilisé pour des activités de santé publique et de soins de jour.

Compte tenu de son caractère historique et de sa situation géographique, j'avais souhaité que la Ville de Toulouse participe à sa reconversion. Comme beaucoup de Toulousains et d'hospitaliers, je ne pouvais en effet admettre la vente et l'usage privé de ce lieu. Notre projet urbain prévoit de tracer un « Arc culturel Garonne », qui relierait la prairie des Filtres et les Abattoirs. De son côté, le CHU entendait maintenir ses activités sur une partie du site de La Grave.

Nous nous sommes donc accordés pour établir un projet ambitieux et durable, conforme au caractère remarquable du site, afin de réaliser une vaste opération de rénovation urbaine. Elle intégrera des activités de santé publique gérées par le CHU de Toulouse, un pôle culturel public qui comprendra une Cité des arts et un pôle à dominante habitat favorisant la mixité sociale. Des espaces publics et paysagers relieront ces différents pôles ouverts sur le quartier et sur le musée des Abattoirs via le jardin Raymond VI.

C'est un espace important du centre-ville qui sera rendu aux Toulousains. Et je me réjouis bien évidemment que des activités de santé publique soient maintenues au cœur de la ville. Elles vont dans le sens d'un hôpital plus proche, accessible à tous, et en particulier aux plus vulnérables. A Toulouse, le CHU est depuis toujours intégré dans sa ville, géographiquement, économiquement, culturellement. Cet accord est un pas de plus dans la respiration nécessaire entre l'hôpital et sa ville.

Expresso

Institut universitaire du cancer de Toulouse (IUCT): publication du rapport de la mission

Le 15 juillet 2013, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, et Geneviève Fioraso, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, sont venues en visite officielle à l'Institut universitaire du cancer de Toulouse, sur le site de Langlade, pour recevoir le rapport de la mission interministérielle qu'elles avaient initiée en janvier 2013 et confiée à Thierry Philip (ancien président de la Fédération des Centres de Lutte Contre le Cancer et ancien directeur du centre Léon Bérard) et André Syrota (président directeur général de l'Inserm).

Cette mission interministérielle avait pour objectif de déterminer des recommandations sur le projet médical et scientifique, ainsi que sur la gouvernance et sur le statut juridique de l'Institut universitaire du cancer de Toulouse.

Les conclusions définitives ont officiellement été présentées et sont consultables dans le document en téléchargement sur le site internet du CHU. ■



Scannez ce QR code pour en savoir plus sur l'IUCT

Jacques LÉGLISEDirecteur général
du CHU de Toulouse

Des événements significatifs, une transition à réussir

Avant d'arriver à Toulouse, je connaissais déjà l'excellence de son CHU. Je mesurais combien cet établissement, le quatrième de France en termes de budget et de volume d'activité après l'APHP, Lyon et Marseille, pesait non seulement dans son environnement régional, mais aussi au plan national et même européen.

Classé depuis de nombreuses années en tête du palmarès des hôpitaux que publient les médias, le CHU de Toulouse a une notoriété et une image de qualité et d'innovation qui m'ont fait ressentir une grande fierté, tempérée cependant par la charge de la responsabilité qu'il me revient désormais d'assumer.

Ces dernières semaines, plusieurs événements ont confirmé l'ampleur de notre établissement à différents niveaux.

Il y a eu ainsi les avancées obtenues dans la mise en œuvre de l'Institut universitaire du cancer. Un partenariat efficace se dessine avec l'Institut Claudius Régaud, ainsi qu'avec les différents acteurs du privé et du public. Les équipes travailleront ensemble, avec efficacité et sans doublon, dans l'intérêt de chacun et avant tout dans l'intérêt des patients.

Dans un tout autre domaine, la signature du protocole d'accord entre le CHU et la Ville de Toulouse prélude à la reconversion du site de La Grave. Cet accord concerne un site de 4,8 hectares situé en pleine ville. Cela souligne que le CHU est un

acteur économique et urbain de premier plan. Il démontre le poids que peut être ponctuellement amené à jouer le CHU dans le développement de Toulouse et de l'agglomération.

Troisième événement récent qui se place sur un autre plan encore : la nomination du Pr. Bruno Vellas à l'Académie Nationale de Médecine. Chef du pôle de gériatrie du CHU et directeur du Gérontopôle de Toulouse, le Pr. Vellas est connu mondialement dans le secteur de la gérontologie. Sa nomination est un honneur pour le CHU.

Enfin il convient de mettre l'accent sur la remarquable distinction que vient de recevoir, des mains de la ministre Marylise Lebranchu, Jonathan Belcastro, lauréat du « Prix du manager public de l'année » pour la mise en œuvre du paiement en ligne pour le recouvrement des frais hospitaliers qui incombent aux patients que nous recevons au CHU.

Tout cela rappelle que le CHU de Toulouse possède des équipes prestigieuses. Il appartient aujourd'hui à la direction de l'établissement de favoriser la transition en cours qui conduit dans les tous prochains mois à rendre opérationnels nos nouvelles installations, la psychiatrie, l'hôpital Pierre-Paul Riquet, le bâtiment Urgences-réanimation-médecines, l'Institut universitaire du cancer.

Expresso

Visites ministérielles



Le 18 avril 2013, le premier congrès francophone consacré aux fragilités organisé à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, a accueilli Michèle Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie.

Après une allocution devant les très nombreux participants du congrès, elle a inauguré les nouveaux locaux de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et d'évaluation de la dépendance à l'hôpital La Grave. Elle a ensuite présidé une réunion au cours de laquelle ont été présentés le bilan et les perspectives de cette structure innovante.



Le 15 juillet 2013, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé a visité l'hôpital des Enfants et rencontré de jeunes enfants hospitalisés. Au cours de sa visite, elle a rendu hommage à la compétence et au professionnalisme des personnels de santé du CHU de Toulouse. ■

L'auto-partage arrive au CHU



Face aux difficultés de déplacements professionnels des agents hospitaliers, le CHU de Toulouse expérimente, depuis mars dernier, un nouveau concept de partage des véhicules légers sur le site de l'Hôtel-Dieu.

177 personnes utilisent régulièrement ce dispositif de mutualisation qui permet le partage et l'accessibilité de la flotte automobile au plus grand nombre d'agents devant se déplacer, quelles que soient les plages horaires.

Quatorze véhicules sont mis à disposition des directions et des personnels de l'Hôtel-Dieu, ce qui conduit à effectuer une moyenne de vingt-deux déplacements essentiellement en direction de Purpan Haut et de Rangueil. Le taux de rotation de ces véhicules est de 1,5. Ce qui démontre que chacun d'entre eux est emprunté pour une durée moyenne de quatre heures.

Des règles collectives sont mises en place et doivent être respectées par tous, ce qui n'est pas toujours le cas. On relève à ce propos : des pleins de carburant non effectués ; des retards ; des

réservations posées et non annulées ; des emplacements occupés du fait que les arceaux ne sont pas levés au départ...

Durant cette expérimentation, trois véhicules électriques, mis gracieusement à disposition du CHU pendant trois mois, ont permis d'appréhender ce nouveau mode de conduite en phase avec le projet de développement durable.

Un questionnaire de satisfaction a été élaboré et envoyé à l'ensemble des utilisateurs qui ont été nombreux à répondre.

Au vu des résultats de cette enquête, les membres du comité de pilotage ont émis un avis favorable pour : la poursuite du fonctionnement sur le site de l'Hôtel-Dieu ; le déploiement du dispositif sur les sites de Purpan, à l'ouverture de l'hôpital Pierre-Paul Riquet, et ensuite de Rangueil et Larrey ; l'acquisition de véhicules électriques dans une proportion de 50 % du parc ; la suppression de la saisie des kilomètres lors du rendu des clés ; l'exclusion du dispositif aux utilisateurs récidivistes n'ayant pas effectué le plein conformément à la charte, après un premier avertissement... ■

Tous à vélo à l'hôpital des Enfants



Médecins, soignants, médico-techniques, administratifs, tous rassemblés pour fêter la « petite reine ».

A l'initiative de Claire Levesque, kinésithérapeute, un petit groupe de cyclistes convaincues s'est constitué dans le cadre de l'opération Ayav (Allons-y à vélo) qui se déroulait à Toulouse du 27 mai au 7 juin. Le but était de créer un événement à l'hôpital des Enfants, afin de fédérer de nouveaux adeptes du vélo, moyen de transport propre, économique, aussi pratique que convivial.

Elles ont donc réalisé une exposition sur des personnels cyclistes de l'hôpital des Enfants et diffusé un questionnaire pour mieux comprendre les attentes des cyclistes réguliers ou occasionnels.

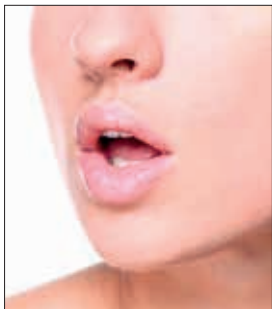
Le 4 juin, lors de la journée « Tous à vélo », elles ont mis en place un accueil avec petit déjeuner pour tous les cyclistes et une tombola afin de gagner des équipements sécurité. Des vélos et accessoires étaient présentés par « L'Echappée Belle » offrant aux hospitaliers la possibilité d'essayer vélos électriques ou pliables.

Plus de 100 questionnaires diffusés, 68 cyclistes accueillis : cette initiative a été un vrai succès et a permis de donner de la visibilité à la communauté cycliste de l'hôpital. ■



Equipe Ayav-Hôpital des Enfants, édition 2013. Geneviève Gonzalvez (assistante sociale), Nicole Pegot (infirmière puéricultrice), Claire Levesque (kinésithérapeute) et Odile Viguié (chargée de l'audiovisuel).

Journée Mondiale de la Voix 2013 : des vocalises dans le hall de Larrey



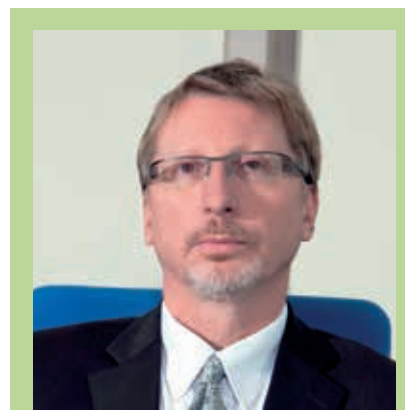
Le 16 avril 2013, c'est à l'hôpital Larrey que les organisateurs toulousains (1) de cette journée grand public ont choisi de s'arrêter pour initier, informer et faire découvrir aux participants l'identité de leur voix.

À travers un « parcours voix », composé d'ateliers pédagogiques et pratiques animés par des médecins, scientifiques et artistes, les participants, très nombreux (environ 200 dans la journée) ont pu aller à la rencontre des professionnels de la voix.

Anatomie-physiologie de la voix, évaluation de l'indice de handicap vocal, enregistrement des paramètres vocaux (grâce à des matériels rares d'évaluation vocale assistée), conseils médicaux de prévention pour éviter les surmenages de la voix, mais aussi conseils artistiques ont été les étapes de ce parcours que les « non-initiés » ont réalisé avec constance et ténacité, tant l'attente était longue aux différents ateliers.

Rendez-vous l'année prochaine à la même date pour une nouvelle édition d'une journée particulière de vocalises. ■

1) Dr Virginie Woisard, responsable de l'unité de la voix et de la déglutition dans le service d'ORL (Pr. E. Serrano) à l'hôpital Larrey et présidente de l'association « Formation et recherche pour la voix et la déglutition ».
Jean-Louis Comoretto, directeur de l'Atelier régional des pratiques musicales amateurs.



Hervé Léon, directeur général adjoint, a quitté le CHU de Toulouse début juin 2013 pour prendre ses fonctions de directeur général adjoint de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.

L'ensemble de la communauté hospitalière toulousaine lui souhaite pleine réussite dans cette nouvelle expérience professionnelle.

En faveur de la lutte contre la douleur



L'action caritative organisée par le Lion's Club de Toulouse-Vallée du Girou et la compagnie des Acrostiches a permis de reverser à l'association CHUT Douleur du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) la somme de 10 608 €.

Du matériel médical a été acheté (TENS, neuro-stimulateur, mirror box, fauteuil pour effectuer de l'hypnoanalgésie...) et attribué au CLUD. Ces matériels vont soutenir directement les équipes mobiles et unités spécialisées, afin de permettre une meilleure prise en charge de la douleur des patients et particulièrement de ceux atteints de douleurs liées à la maladie de Parkinson.

Au cours de l'année 2012, trois manifestations d'ampleur ont permis de contribuer à cette levée de fonds: le 13^e Allianz Golf Open International de Toulouse Métropole avec le dîner de gala à l'orangerie de Rochemontès; le spectacle des Acrostiches et le concert de jazz à Saint-Pierre des Cuisines. ■

Naissances nombreuses et inattendues à Paule de Viguier

Le printemps est la saison des naissances. Ainsi est apparue une nouvelle famille nombreuse à Paule de Viguier. Ce n'était pas à l'intérieur de la maternité, mais sur les toits arborés du bâtiment. Dans un nid douillet une cane a donné la vie à neuf canetons! ■



Médical/Partenariat

L'urgence à distance

Grâce à la collaboration entre neurologues du CHU et urgentistes de Saint-Gaudens et à l'aide de la télémédecine, deux patients commingeois victimes d'AVC ont été rapidement traités et sauvés.



Dr Nicolas Raposo et Dr Jean-François Albucher du CHU de Toulouse.

Parmi les événements médicaux requérant l'urgence, les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) nécessitent une intervention immédiate au sein d'une filière de prise en charge bien rodée. Un traitement par thrombolyse intraveineuse ne peut être administré que dans un délai maximum de 4 heures 30, mais après un examen cérébral d'imagerie (IRM ou scanner) écartant tout risque d'hémorragie cérébrale. L'éloignement du neurologue est donc un problème

« Le dispositif mis en œuvre a démontré son efficacité dans la lutte contre la désertification médicale. »

majeur lorsque le patient se trouve dans une zone excentrée dont l'hôpital le plus proche est dépourvu de praticien spécialisé. Cette situation s'accroît et devient une préoccupation de santé publique (désertification et raréfaction médicales).

Dans une région aussi vaste que Midi-Pyrénées, le problème est posé avec acuité. En particulier dans deux secteurs, Saint-Gaudens et Foix/Pamiers, dont les hôpitaux, bien qu'ayant des postes prévus à cet effet, n'ont pas de neurologues titulaires.

Pour pallier cette carence, et à l'instar d'autres régions telles que la Franche Comté avec le CHU de Besançon, un partenariat a été mis en œuvre sous l'égide du Pr. Chollet, responsable de l'unité de neurologie vasculaire de l'hôpital Purpan, du Dr Albucher et d'Anne Vitet, directeur, entre ces deux établissements et le CHU. Il vient de produire un résultat remarquable, grâce à la télémédecine: deux patients ont, en effet, été traités à distance avec succès.

Le dispositif mis en œuvre a ainsi démontré son efficacité dans la lutte contre la désertification médicale et pour l'accès de tous à un avis spécialisé de haut niveau.

« La télémédecine, explique François Chollet, sert à être présent là où on ne l'est pas. Nous y avons recours, selon les demandes, pour deux volets importants. La téléconsultation est le premier.

L'organisation du partenariat

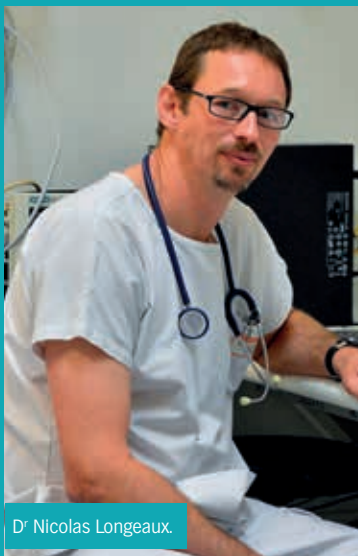


Pr. François Chollet

Le partenariat organisé pour la prise en charge de l'AVC est établi entre le service des urgences de Saint-Gaudens (Dr Teillol, Dr Deweerdt, Dr Longeaux) et l'unité neuro-vasculaire de l'hôpital Purpan. Tous les quinze jours, le Dr Albucher du CHU se rend à Saint-Gaudens pour animer une consultation de neurologie et assurer une mission d'enseignement. A Saint-Gaudens, la centralisation des AVC s'effectue dans le service de cardiologie de l'hôpital des docteurs Bonnet et Corman.

Il existe d'autres coopérations: avec le centre de rééducation fonctionnelle de Luchon (Dr Girma); l'hôpital de Foix/Pamiers où les neurologues du CHU (Pr. Chollet, Pr. Brassat, Pr. Pariente, Dr Nelley Fabre, Dr Nicolas Raposo) se rendent régulièrement pour y donner des consultations.

Hôpital de Saint-Gaudens/CHU : un échange de grande qualité



Dr Nicolas Longeaux.

Urgentiste au Centre hospitalier Comminges-Pyrénées de Saint-Gaudens, le docteur Nicolas Longeaux est acteur direct de la coopération avec le CHU et du partenariat mis en œuvre avec la télé-médecine.

«Auparavant, dit-il, quand on recevait un patient atteint d'AVC, on faisait un scanner et on obtenait l'avis du neurologue par téléphone. Maintenant avec la téléconsultation, nous avons un échange de grande qualité. Il permet de s'accorder sur le plan de soins à réaliser, de choisir si l'on garde le malade à Saint-Gaudens ou si on le transfère à Toulouse. La décision de faire une thrombolyse est prise conjointement avec le neurologue du CHU. Quand on choisit de garder le malade, l'expertise recueillie nous aide à être beaucoup plus clairs, notamment auprès du cardiologue. La relation tissée entre l'hôpital général et le CHU est très satisfaisante. Elle bénéficie directement aux patients.» Avant le recours à la télé-médecine, le problème du centre hospitalier de Saint-Gaudens était complexe: avec 300 à 350 cas d'AVC à traiter par an, la réponse à fournir dans l'urgence aux patients était plus délicate. La consultation avancée en neurologie effectuée deux fois par mois à Saint-Gaudens par le Dr Albucher, complétée d'actions de formation, a largement contribué à consolider les liens de partenariat qui prouvent aujourd'hui toute leur efficacité.

Une innovation à l'honneur sur France 2

Le partenariat entre neurologues du CHU et urgentistes de Saint-Gaudens a fait l'objet d'un reportage de France 2 diffusé dans l'émission Télématin au cours du mois d'août.



Nous examinons le patient à distance. Il est filmé sur place. Le médecin dirige la caméra depuis le CHU. Le second volet est le scanner et l'IRM qui s'effectuent par transmission d'images. Cela est rendu possible par les progrès techniques récents. Nous disposons maintenant d'images de très bonne qualité. Le patient nous voit. Nous dialoguons avec lui. Il est ainsi rassuré. Il vit bien la demande formulée par l'urgentiste auprès du spécialiste du CHU. Le système est très facile d'utilisation.»

En moyenne, un cas par jour est traité à distance. Pour les urgences, la télé-médecine permet de décider ou non du transfert et du choix à effectuer pour le traitement. Le dialogue immédiat qui s'engage entre l'urgentiste et le spécialiste aide à vaincre le handicap de l'éloignement, de pratiquer l'examen clinique à distance et permet de déterminer sans délai si la thrombolyse intraveineuse peut être administrée ou non. La thrombolyse consiste à désagréger grâce au médicament injecté le caillot sanguin obstruant une artère du cerveau (infarctus cérébral). L'expertise médicale permet de déterminer si le malade présente un risque d'hémorragie cérébrale.

Grâce à la télé-médecine, l'urgentiste de Saint-Gaudens et le neurologue du CHU ont pu établir à distance la possibilité de faire ces injections. Deux premiers cas viennent d'être traités ainsi. Les deux patients ont été sauvés. Ils vont bien.

Cette réussite correspond aux objectifs du Plan AVC de mettre en France tout le monde à égalité de chance. Pour le Pr. Chollet «on ne peut pas se satisfaire

de la situation actuelle, même si l'on fait un grand pas au bénéfice du patient». L'objectif est qu'il y ait des neurologues en poste à Saint-Gaudens et à Foix/Pamiers. Pour cela, il est nécessaire de former davantage d'internes susceptibles de pourvoir ces postes. On est passé dans la région de deux à quatre par an. Il en faudrait le double. ■

« Cette réussite correspond aux objectifs du Plan AVC de mettre en France tout le monde à égalité des chances. »

En Ariège aussi, une première

Une thrombolyse par voie veineuse a aussi été réalisée début juillet au Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA) chez une patiente victime d'un AVC, sous la responsabilité du Dr Virginie Sattler en collaboration étroite avec le service des urgences, le service de radiologie et le service de neurologie vasculaire du CHU de Toulouse. La patiente a pu bénéficier de l'administration d'un médicament thrombolytique, deux heures trente après une occlusion du tronc de l'artère sylvienne.

Dernière minute

Médical/Innovation

Une première française

Une équipe médicale pluridisciplinaire de l'hôpital Rangueil a traité avec succès l'anévrisme de l'arche aortique thoracique par voie endo-vasculaire.



Le Pr. Hervé Rousseau et le Dr Bertrand Saint-Lebes.

Le CHU de Toulouse compte une grande première médicale de plus à son actif. Elle émane cette fois du travail des équipes médico-chirurgicales interventionnelles de Rangueil, en lien avec les services de médecine vasculaire et de cardiologie de Rangueil.

Un patient de soixante-quinze ans a pu bénéficier de cette première. Elle a consisté en un traitement de l'anévrisme de l'arche aortique thoracique par voie endo-vasculaire et sans pontage. Une technique innovante et moins invasive qui autorise le lever rapide et la sortie du patient au bout d'une semaine.

L'arche de l'aorte thoracique, ou crosse aortique, est la partie médiane de l'aorte thoracique qui se divise en trois parties: aorte ascendante (reliée au cœur), arche aortique, aorte descendante (vers l'abdomen ou aorte abdominale). Si l'anévrisme de l'aorte abdominale et

de l'aorte descendante se traite depuis longtemps par voie endo-vasculaire, il n'en est pas de même pour l'anévrisme de l'arche de l'aorte thoracique qui relève d'une chirurgie du thorax, invasive, nécessitant une longue récupération avec des risques de séquelles importantes et une mortalité augmentée.

Trois facteurs combinés

C'est grâce à trois facteurs combinés que ce nouveau traitement de l'arche de l'aorte thoracique a pu être réalisé au CHU :

- L'étroite collaboration de plusieurs équipes médicales et l'expertise de chacune dans sa spécialité. L'intervention a lieu sous contrôle angiographique dans une salle radio-chirurgicale avec visualisation parfaite de la circulation à l'intérieur des vaisseaux.

Les chiffres de l'anévrisme de l'aorte thoracique

- 10 cas pour 100 000 patients par an
- 95% des anévrismes sont asymptomatiques
- 3,5 cas de rupture pour 100 000 patients par an
- 15^e cause de décès chez les patients de plus de 55 ans
- 10% des anévrismes de l'aorte thoracique sont situés sur l'arche de l'aorte
- 10% des patients porteurs d'un anévrisme de l'aorte abdominale le sont également d'un anévrisme de l'arche de l'aorte thoracique.



- L'évolution technologique des matériaux avec une prothèse à branches (prothèse modulaire constituée d'une partie centrale pour l'aorte et de deux branches pour chaque carotide) en tissu composé de dacron et nitinol (alliage de nickel et de titane). Elle assure d'une part une grande souplesse d'utilisa-

tion et d'autre part une fixation de la prothèse contre les parois de l'arche de l'aorte offrant ainsi une étanchéité maximale.

- Une technique complète qui permet l'anastomose parfaite de l'arche aux différentes artères qui y sont reliées (carotides).

Partenariat et pluridisciplinarité

Pour le Pr. Hervé Rousseau, service radiologie et imagerie médicale de Rangueil, il convient de souligner que ce succès met en évidence deux points essentiels : le partenariat industrie/recherche et la pluridisciplinarité.

« En travaillant avec des laboratoires américains, précise-t-il, nous avons pu bénéficier de la technologie qui permet de refaire toute l'arche aortique avec ses branches. En étroite collaboration avec les équipes de chirurgie vasculaire et de médecine vasculaire, nous avons pu opérer dans des conditions optimales, grâce à l'expertise des équipes et à la possibilité de disposer d'imagerie de très bonne qualité. »

Cette première réalisée à Rangueil résulte aussi de l'expérience ancienne du CHU en matière de prothèses aortiques.

Une deuxième intervention du même type aura lieu dans le courant de l'été. Cette opération nécessite une préparation minutieuse sur un modèle virtuel et une très grande précision lors de l'implantation. Elle dure environ quatre heures. Elle est appelée à se développer progressivement au sein d'équipes aux gestes bien rodés, forgés sur le traitement d'un millier de patients en une quinzaine d'années. ■

Les équipes médicales

- Équipes médico-chirurgicales interventionnelles (hôpital Rangueil) : Pr. Hervé Rousseau (radiologie et imagerie médicale); Dr Bertrand Saint-Lèbes; Pr. Jean-Pierre Bossavy (chirurgie vasculaire); Dr Claude Conil (anesthésie).

- Équipes associées (hôpital Rangueil) : service de médecine vasculaire (Pr. Alessandra Bura-Rivière); service de cardiologie A (Pr. Michel Galinier, Pr. Jérôme Roncalli).



LA COMPÉTENCE MULTI-PÔLES

CRÉATION GRAPHIQUE	FAÇONNAGE
IMPRESSION OFFSET	ROUTAGE
IMPRESSION NUMÉRIQUE	CD/DVD



111, rue Nicolas-Vauquelin – 31100 Toulouse
Tél. : 05 61 41 24 14 • Fax : 05 61 19 00 43
Email : imprimerie@messages.fr

www.messages.fr

équilibré
LE CHOIX D'UNE ÉLECTRICITÉ D'ORIGINE RENOUVELABLE AVEC 100% D'ENTREPRISES

IMPRIM'VERT

afaq
ISO 9001
Qualité
AFNOR CERTIFICATION

afaq
ISO 14001
Environnement
AFNOR CERTIFICATION

PEFC
10-31-2512
Cette entreprise a fait certifier sa chaîne de contrôle.
pefc-france.org

Médical/Avancée

L'incompatibilité vaincue

Pour accroître la greffe rénale entre vivants, la transplantation a été étendue à des donneurs et receveurs appartenant à des groupes sanguins incompatibles.

En France, 12 000 personnes sont actuellement en attente d'une greffe rénale, alors que 3 000 seulement de ces transplantations sont réalisées annuellement. Cette différence résulte de l'accroissement des demandes de greffe rénale provoqué par l'allongement de la durée de vie des patients traités par dialyse.

Jusqu'à un passé récent, les greffes rénales à partir de donneurs décédés représentaient la majorité des transplantations. Très peu étaient réalisées à partir de donneurs vivants (parents/fratrie). Pour faire face à la pénurie, il est apparu que la seule possibilité résidait dans l'augmentation du nombre de donneurs vivants. Partant du constat que les donneurs issus du milieu familial n'étaient pas toujours compatibles, soit vis-à-vis des groupes sanguins, soit vis-à-vis des groupes tissulaires (HLA), une recherche a été engagée pour s'affranchir de cet obstacle et d'une manière plus générale faire sauter le verrou de l'incompatibilité.



L'équipe du Pr. Lionel Rostaing

Deux avancées majeures

L'évolution de la loi de bioéthique a permis deux avancées majeures :

- En 2004 la transplantation rénale à partir d'un donneur vivant, initialement les parents proches, est élargie à d'autres membres de la famille (grands parents, oncles, tantes...) avec une compatibilité de groupe sanguin, greffe ABO-compatible.

- En 2010 le don est élargi aux conjoints et amis dans la mesure où les amis se connaissent depuis au moins deux ans, de plus il est autorisé de faire des greffes avec incompatibilité de groupe sanguin donneur/receveur, c'est la greffe ABO-incompatible.

La greffe ABO-incompatible nécessite un traitement spécifique avant greffe, afin d'éviter une réaction de rejet aigu du greffon par le receveur.

Avant 1999, le pré-traitement consistait en des séances de plasmaphérèse et en l'ablation de la rate (splénectomie). Après 1999, l'arrivée sur le marché du Rituximab, utilisé par ailleurs dans le traitement du cancer des ganglions, a

permis de remplacer la splénectomie et de diminuer de façon très importante le taux de rejet aigu. Utilisé à faibles doses, le Rituximab permet ainsi une meilleure tolérance du greffon et contribue grandement à l'état d'accommodation qui caractérise ces greffes ABO-incompatibles.

La préparation de la greffe rénale ABO-incompatible nécessite comme mentionné précédemment des séances d'échanges plasmatiques, technique ancienne, dans le but de soustraire les anticorps dirigés contre les antigènes de groupe sanguin. L'échange plasmatique peut être remplacé par l'immuno-adsorption. Cette dernière consiste à faire passer sur une colonne (ou filtre) le plasma du patient, afin d'y absorber les mauvais anticorps, lui permettant de ne garder que les bons. Elle permet ainsi une bien meilleure efficacité que la plasmaphérèse.

Le début d'une ère nouvelle

«Grâce à l'évolution de la loi bioéthique et à la maîtrise technique des greffes ABO-incompatibles, explique le

Pr. Rostaing, chef du service de néphrologie et transplantation d'organes de l'hôpital Rangueil, nous sommes au début d'une ère nouvelle de la greffe rénale. Le potentiel des donneurs vivants est maintenant très important, sachant que l'âge maximal du donneur est de soixante-quinze ans, dans la mesure où il n'est pas porteur d'une pathologie particulière. Il s'avère également qu'il y a moins d'insuffisance rénale chronique chez les donneurs (3/1000) par rapport à la population générale (3/100), grâce à un suivi médical post-don régulier, annuel et obligatoire.»

Depuis avril 2011, dix-sept greffes rénales ABO-incompatibles ont été réalisées au CHU de Toulouse. Pour la même période en France, le nombre total de ces greffes, incluant celles de Toulouse, est de vingt à vingt-cinq. ■

Médical/Recherche

Un changement de dimension

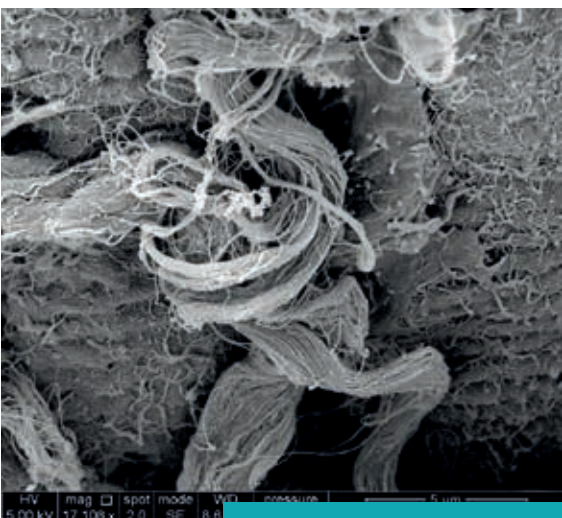
En allant toujours plus loin dans l'infiniment petit, la microscopie électronique permet de mieux clarifier les maladies.

Créé en 1971, le Centre de Microscopie Appliquée à la Biologie (CMEAB) met à la disposition des biologistes de l'Université Paul Sabatier des instruments et une aide à la préparation d'échantillons biologiques. La microscopie électronique permet l'observation des échantillons à une résolution de l'ordre du nanomètre, avec un agrandissement pouvant atteindre 600 000, en surface comme en coupe.

Le CMEAB est dirigé depuis 2006 par le Pr. Marie-Bernadette Delisle, chef du service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU-Rangueil et par le D^r Céline Guilbeau-Frugier. Elles sont secondées par le D^r Bruno Payre, assisté d'un ingénieur d'étude Nacer Benmériad et de deux techniciens spécialisés Isabelle Fourquaux et Dominique Goudounèche. L'acquisition en 2011 de deux microscopes électroniques de dernière génération a amené l'expansion du potentiel de ce centre [1].

Le CMEAB est l'un des deux centres de microscopie électronique appliquée à la biologie au sein de l'Université Paul Sabatier. Avec l'acquisition de son nouveau matériel ultra-performant, le CMEAB offre à ses utilisateurs, médecins, chercheurs des instituts ou de l'industrie pharmaceutique, des techniques telles que la cryomicroscopie à balayage haute résolution ou l'observation à distance des échantillons en microscopie électronique.

Les nouveaux appareils permettent un spectaculaire changement de dimension.



Une image en microscopie électronique.



Le Pr. Marie-Bernadette Delisle et le D^r Céline Guilbeau-Frugier avec les membres du CMEAB.

Avec le microscope optique, le grossissement est de 1000. Avec la microscopie électronique on peut aller grâce aux nouveaux appareils jusqu'à 600 000, voire au-delà. Ces microscopes électroniques sont plus maniables et plus silencieux. Ils permettent de transférer par les réseaux numériques, donc de communiquer et dialoguer sans se déplacer, comme lors d'une visio-conférence.

«La microscopie électronique, explique le Pr. Delisle, est très utile pour les applications dans les maladies cancéreuses mais aussi non-cancéreuses. Pour les pathologies neuromusculaires, elle autorise des descriptions d'une extrême précision, ce qui aide à cibler le mieux possible le diagnostic. En néphropathologie, l'accès à l'infiniment petit grâce à la microscopie électronique contribue à bien clarifier la maladie du patient.»

Le frein à cette technique tient au temps: il faut une demi-journée par patient pour effectuer la recherche. L'usage en reste donc ponctuel et ciblé. Autre difficulté: l'insuffisance de la formation des médecins dans ce domaine technologique. C'est pourquoi le Pr. Delisle souhaite que les étudiants acquièrent dès leurs études des connaissances en la matière. ■

Une histoire qui commence à Toulouse

L'histoire du microscope électronique débute dans les années 1930. L'un des pionniers en fut Gaston Dupouy. Lors de sa nomination à l'université de Toulouse en 1937, il s'intéresse à cet instrument. Il construit un microscope électronique à lentilles magnétiques qui sera plus tard commercialisé.

En 1950, Gaston Dupouy est nommé directeur général du CNRS, poste qu'il quittera en 1957 pour revenir à Toulouse où son ancien élève Charles Fert a poursuivi l'optique électronique. Sous sa direction, un nouveau laboratoire d'optique électronique a été construit pour abriter le premier microscope électronique à très haute tension (1,5 MV). Les premières images furent publiées en 1960.

[1] L'acquisition de ce matériel a été soutenue et financée grâce à diverses institutions dont l'Etat, l'Europe et le Conseil régional de Midi-Pyrénées (CPER-FEDER), le CNRS, et l'UPS.

Médical/Neurologie

Retour à l'intimité

Afin de permettre à des couples dont l'un des conjoints est atteint de sclérose en plaques de retrouver une relation normale, le CHU a ouvert une consultation élargie à la sexualité.

En prenant en charge les troubles sexuels de l'intimité chez les personnes atteintes de sclérose en plaques, le service de neurologie générale et de pathologie inflammatoire du système nerveux central du CHU, sous la responsabilité du Pr. David Brassat, a ouvert une voie à la résolution d'un problème qui touche en particulier de jeunes adultes âgés de vingt à quarante ans.

Il s'agit d'une première au plan national, initiée dans le cadre d'une consultation qui concerne à l'heure actuelle 3.700 patients en Midi-Pyrénées.

«Nous recevons, explique le Pr. Brassat, des personnes très fatiguées, en douleur, atteinte de dépression, qui sont marquées par une perte d'envie. Nous devons bien prendre en compte tout cela. Mais quand on évoque les troubles sexuels, on se heurte à un tabou et aussi à un manque de moyens pour les prendre en charge. On bute sur la difficulté de créer une filière.»

C'est à partir de ce constat que le service du Pr. Brassat a décidé de mettre en œuvre une consultation inédite pour aborder ces problèmes et tenter d'y apporter des solutions.

La trentième question

La démarche commence lors de l'arrivée du patient en salle d'attente. Il lui est remis un questionnaire baptisé «MSIS 29». Comme son intitulé l'indique, il comporte vingt-neuf questions. L'innovation réside dans la trentième, ajoutée par le service à l'adresse du patient: souhaitez-vous une prise en charge des troubles de l'intimité? La réponse est donc produite par écrit. Si elle est affirmative, elle est confiée à l'infirmière. Cette interrogation permet de faire prendre conscience au patient que les troubles de la sexualité peuvent être liés à la maladie.

Ces troubles sont classés en trois catégories:

- primaire lorsque la maladie touche directement la fonction sexuelle;
- secondaire lorsque la maladie en

est indirectement la cause, en cas de problème urinaire par exemple;

- tertiaire quand l'origine est d'ordre psychologique, que le patient est marqué par la mésestime de soi, la dépression et la prise de médicament, la perte de libido...

Le patient est pris en charge par l'infirmière, la psychothérapeute ou le psychologue, avec à la clé la prise de médicaments. Il peut y avoir aussi une consultation avec un urologue du CHU, Xavier Gamé. Une fois par mois également a lieu dans les locaux de l'urologie ou de neurologie en présence du Dr Gamé une séance d'éducation aux auto-injections intra-caverneuses (remboursées par l'assurance maladie).

Pour le Pr. Brassat «l'efficacité est immédiate, beaucoup de gens s'y retrouvent». Que ce soit par la pratique médicale ou par le recours à des méthodes comportementalistes, le couple rétablit avec succès une relation intime.

Réapprendre les gestes les plus simples

«Le succès, souligne David Brassat, n'est pas lié au niveau de handicap. Nous réapprenons aux patients les gestes les plus simples, afin qu'ils rétablissent une relation qui parfois avait cessé depuis longtemps. Nous ramenons progressivement l'idée que tout est toujours possible, même avec un lourd handicap.»

La prise en charge de la personne atteinte de sclérose en plaques est basée sur le volontariat. Le travail sur la maladie est traité au cas par cas par l'infirmière ou la psychologue.

Pour la pleine réussite de cette initiative, il reste cependant encore beaucoup à faire. Seulement 10% des patients demandent la prise en charge. Les autres refusent. Il demeure encore des interdits à lever. Pour y parvenir, cela commence par une nécessaire et large sensibilisation que le service du Pr. Brassat s'efforce d'impulser. ■



On reconnaît sur notre photo le Pr. David Brassat, Claire Guillon, infirmière titulaire d'un diplôme universitaire de sexothérapie et Albane Marmion, psychologue. Le service est également animé par Sylviane Amas, cadre de santé (absente sur la photo).

Parole donnée

L'hôpital est en évolution constante, l'adaptation et la mise à niveau des agents se fait continuellement ce qui nous place toujours en 1^{re} ligne sur le plan national, bravo !

On n'est pas entendu, l'encadrement surchargé de travail ne peut pas être à l'écoute des agents...

L'exercice de mon métier au sein d'une superbe équipe me permet de m'épanouir complètement, dans un hôpital qui je l'espère, continuera à défendre de grandes valeurs humanistes.

Heureusement le travail est passionnant et les patients reconnaissants...

Le CHU garde une qualité grâce au dévouement et à l'investissement du personnel...

Je suis fier de travailler au CHU mais je suis inquiet de l'évolution de l'hôpital, trop guidé par l'économie...

Les équipes doivent être plus écoutées...

Bonne initiative que ce questionnaire mais l'issue sera-t-elle prise en compte ?

Les informations fournies sur le CHU, l'évolution de mon pôle ou l'évolution professionnelle sont accessibles mais indigestes et ne permettent pas une compréhension aisée...

S'interroger sur l'image du CHU c'est bien mais s'interroger sur le bien-être du personnel c'est mieux. De bonnes conditions de travail égalent un personnel motivé, impliqué...

Mon désir de bien faire et de satisfaire le patient m'oblige à prendre sur moi, la cadence certains jours est à la limite du supportable et je rentre à la maison avec des soucis plein la tête !

Je crois en l'hôpital public, je souhaite qu'il conserve sa mission première : le meilleur soin accessible à tous...

Ces propos sont extraits des commentaires libres du baromètre social.

Baromètre social

2013

Le premier baromètre social du CHU a recueilli une grande écoute et amené une vaste expression du personnel hospitalier. Avec 56 % de répondants, un très bon taux de participation a été obtenu. Quinze pôles sur vingt-quatre ont eu un taux de réponse supérieur à 50 %. Ce résultat est une preuve de confiance pour ceux qui ont saisi cette opportunité de donner en toute sincérité leur avis. Ils ont eu conscience de l'importance de cette mise à contribution simultanée de chacun.

Pourquoi un baromètre ?



Vous avez la parole...

Continuer à être attractif pour son offre de soins, attirer les jeunes professionnels et fidéliser ses équipes, voilà l'enjeu auquel est confronté notre CHU dans un contexte économique difficile et concurrentiel.

Conscient que c'est l'engagement et le professionnalisme des hospitaliers qui permettent de se classer dans les premières places des palmarès nationaux, le CHU s'est donc engagé activement dans une gestion des ressources humaines qui met la compétence au cœur de son développement et de son rayonnement.

C'est un enjeu vital surtout dans une période de restructurations importantes et de renouvellement démographique majeur. En effet, si les grandes réorganisations engagées, notamment patrimoniales, vont se traduire à terme par une amélioration significative de l'outil de travail et de l'accueil des patients, elles provoquent aussi dans l'immédiat des perturbations, voire des inquiétudes. Dans le même temps, le facteur démographique (1/3 du personnel renouvelé en moins de 10 ans) vient amplifier ces éléments de déstabilisation, alors que la fidélisation des équipes est indispensable pour maintenir la qualité et la sécurité des soins.

Comment dans ce contexte, réussir nos projets sachant que les personnels sont au cœur de tous ces changements qui vont impacter conditions de travail et de vie ?

Cela passe probablement par un dialogue social renouvelé et renforcé, mais également, pour la première fois dans notre institution, par l'organisation d'une prise de parole des hospitaliers à

travers l'enquête baromètre social.

La mise en place d'un baromètre social vient ainsi compléter les dispositifs de dialogue social existants.

Mais elle est aussi plus que cela. C'est un signal que la direction du CHU envoie à l'ensemble de la communauté hospitalière et ce signal l'engage à écouter, comprendre et agir.

Car il ne s'agit pas de simplement prendre le pouls: il s'agit de faire du baromètre un outil de management. ■

« le CHU s'est engagé activement dans une gestion des ressources humaines qui met la compétence au cœur de son développement et de son rayonnement. »

Le déroulement de la démarche

L'enquête en ligne a nécessité une logistique importante durant quatre semaines du 14 janvier au 10 février 2013.

La mobilisation de chacun a permis à cette première édition du baromètre une représentativité permettant de tirer des enseignements.

L'équipe projet remercie l'ensemble de ces personnes pour leur contribution au bon déroulement de l'enquête:

90% des codes de connexion ayant été remis au personnel contre émargement (10% absents pendant la période).

Confidentialité

Cette enquête respecte à la fois dans sa phase de passation et de restitution toutes les garanties de confidentialité. Le CHU à travers un appel d'offres a fait appel à un cabinet spécialisé, hautement professionnel donnant toutes les garanties en matière de confidentialité, aucune réponse ne transitant par le CHU (plateforme Pragma). Les données produites ont été garanties par une charte de confidentialité: le CHU est destinataire des résultats, en aucun cas de la base des réponses.

Un dispositif en mode projet

La démarche, pilotée en mode projet, permet le suivi et la validation des différentes étapes du baromètre social (pré-diagnostic et validation du questionnaire – premières pistes de travail au regard des résultats généraux – suivi du déploiement des restitutions).

Une démarche en trois étapes

Le pré-diagnostic d'enquête (octobre à décembre 2012) à partir d'entretiens ayant permis d'élaborer le questionnaire.

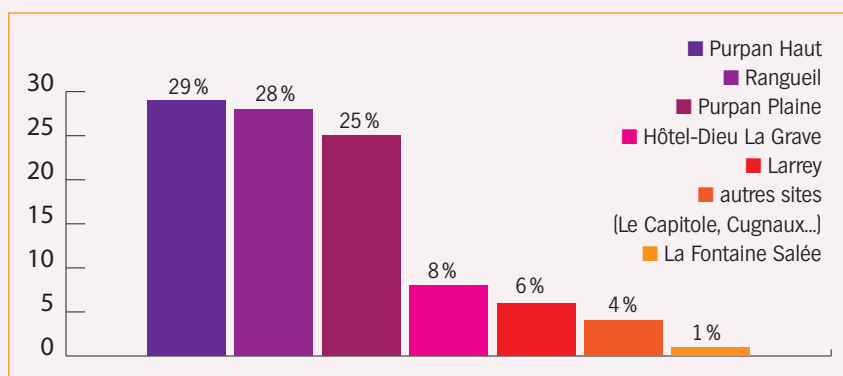
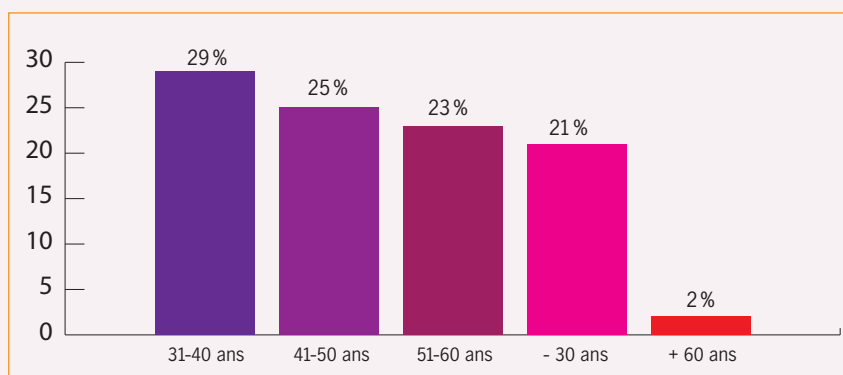
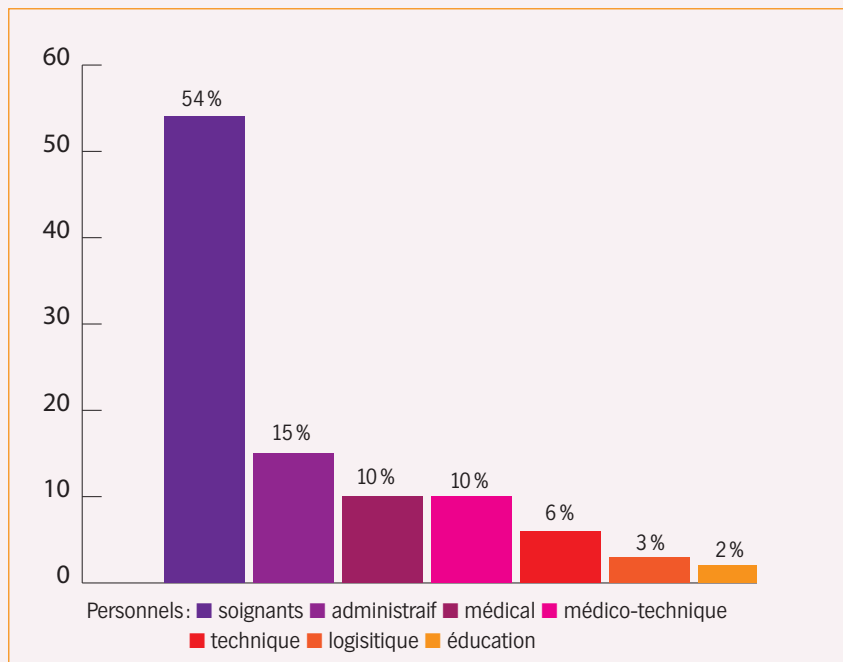
L'enquête par questionnaire en ligne (quatre semaines du 14 janvier au 10 février 2013) concerne l'ensemble du personnel hospitalier et médical.

Le partage des résultats avec des modalités de diffusion et d'échange qui vont des données d'ensemble à la déclinaison dans chacun des pôles (direction du pôle, encadrement, personnel) se poursuivra jusqu'au dernier trimestre 2013.

Une synthèse des échanges au niveau des pôles sera présentée en conseil stratégique RH. Les principaux enseignements seront intégrés dans le projet social à venir. ■

Les résultats globaux de l'enquête

Une représentativité conforme à la structure des effectifs, au poids des sites et aux tranches d'âge



Cette fidélité du périmètre des répondants, associée au taux de participation, produit un résultat statistique fiable, représentatif globalement, mais aussi sur chaque pôle.

Points saillants de l'enquête

Ils nous ramènent au moteur premier, l'amour du métier, mais aussi à l'importance de l'équipe et à la fierté d'appartenance au CHU.

Les perceptions du CHU sont positives : c'est un hôpital performant (89%) auquel on est fier d'appartenir (81%) et que l'on recommanderait comme employeur (71%).

« La vie à l'hôpital est en évolution constante, et l'adaptation et la mise à niveau des agents se fait continuellement, ce qui nous place toujours en première ligne sur le plan national, bravo ! »

« Je suis très content de travailler au sein du CHU de Toulouse en y gagnant ma vie et fier d'apporter ma petite contribution au service dans la limite de la mission qui m'est confiée. »

La prise en charge des patients est jugée adaptée, 87% recommanderaient le CHU à un proche, l'offre de soins est adaptée à leurs besoins (67%). Au cœur de la question relative à cette prise en charge, les répondants placent l'efficacité et l'adaptation aux besoins du patient comme principale source de satisfaction.

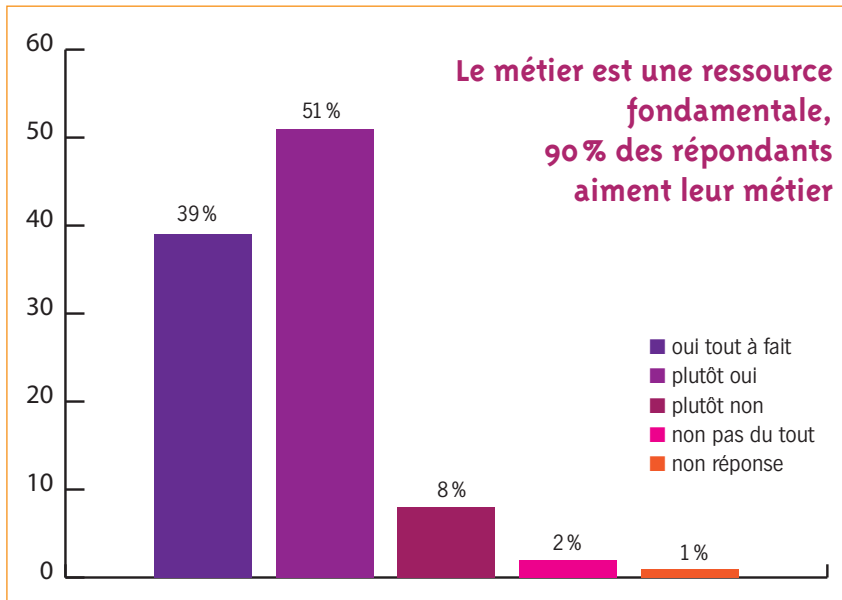
Du plaisir à travailler au sein de l'équipe (93%) et une implication de chacun (70%).

« Je suis satisfaite et contente de travailler dans le service où je suis affectée : travail varié, équipe pluridisciplinaire très impliquée et climat de confiance et esprit d'équipe »

« Excellente ambiance. Entraide, motivation, professionnalisme. Une équipe formidable »

Mais également une exigence qui s'exprime sur l'équité et l'engagement avec 41% qui estiment que la charge de travail n'est pas équitablement répartie. 52% sont en attente de réunions dans lesquelles il est possible de s'exprimer, donner son avis.

« Management vertical unilatéral sans possibilité de discussion... »



«Les vraies décisions se prennent en petit comité sans tenir compte de ceux qui sont sur le terrain...»

Le métier est en cohérence avec ses propres valeurs (74 %) et il rime avec une exigence de compétences (94 %).

Une dynamique de progrès s'exprime dans ce qui compte le plus dans l'exercice professionnel :

- dépasser les difficultés rencontrées (94 %),
- rendre plus efficace l'organisation (93 %),
- être au cœur de l'innovation (84 %)

«Des objectifs de travail motivants. Une implication auprès des patients enrichissante et épanouissante.»

«L'exercice de mon métier au sein d'une superbe équipe me permet de m'épanouir complètement, dans un hôpital qui je l'espère, continuera à défendre de grandes valeurs humanistes indispensables à la sauvegarde d'une certaine générosité et d'une fraternité.»

La notion d'équilibre vie professionnelle-vie privée est en retrait

Si cet équilibre est préservé pour la majorité des répondants (65 %), 34 % n'y parviennent pas.

«Pas de possibilité de prévoir quoi que ce soit en famille ou RDV médi-

caux! Temps de relève (15 minutes théoriques) non adapté: au moins 45 minutes de dépassement par relève, heures non récupérées et non payées! Vie personnelle qui en pâtit donc.»

Sur le thème de la reconnaissance, les répondants partagent à 75 % le sentiment d'être considérés en tant que personne (75 %), mais 37 % estiment que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur.

«J'ai le sentiment de ne pas être reconnue à ma juste valeur.»

«Aucune reconnaissance verbale, morale ou financière pour notre dévouement et les risques que nous prenons au quotidien.»

«Le personnel est épuisé de si peu de considération. Un remerciement de temps en temps ne fait jamais de mal.»

Les répondants expriment une relative **confiance dans leur avenir professionnel au sein du CHU** (56 %), mais les possibilités d'évolution professionnelle sont davantage en retrait (47 %).

30 % seulement sont satisfaits de leur rémunération.

- **le management**, la relation avec son supérieur hiérarchique direct est caractérisée par la confiance (83 %). C'est quelqu'un sur qui l'on peut compter (72 %), qui sait déléguer (78 %). Mais les avis sont plus partagés

sur sa capacité à organiser le travail (58 %).

«Je pense être entendue par ma hiérarchie lorsque j'ai besoin. La confiance est réciproque depuis toujours.»

«Je trouve que nous n'avons pas assez de contact avec nos supérieurs hiérarchiques autre que notre cadre. On a l'impression de n'être que des pions.»

L'évaluation annuelle est perçue de manière satisfaisante (62 %), avec des critères d'évaluation clairs (71 %). Les avis sur les possibilités de formation sont davantage en retrait avec 57 % de réponses positives.

«Peu de propositions intéressantes et d'acceptation de formation continue, malgré l'obligation théorique figurant dans la loi de 2009 concernant le développement professionnel continu.»

«Des difficultés pour avoir des formations même propres à mon travail.»

Organisation et conditions de travail des avis dispersés et en net retrait sur le remplacement

56 % de satisfaits des conditions matérielles, 51 % de la clarté de l'organisation.

Les règles et procédures concernant les plannings sont satisfaisantes pour une courte majorité (53 %). Concernant les remplacements, réponses en creux avec 34 % de satisfaits.

«Manque de clarté au niveau des plannings et des remplacements pour équipes de jour: planning à la quinzaine dans le meilleur des cas, plannings souvent absents du service les WE.»

«Notre vie privée n'est pas respectée, aucune visibilité du temps de travail sur des plannings toujours fluctuants, la réglementation des congés annuels et du temps de travail en général n'est pas respectée.»

Si l'information reçue est satisfaisante, la possibilité de s'exprimer sans crainte est plus en creux

66 % de satisfaits sur l'information reçue, 56 % des répondants s'expriment sans crainte sur les sujets les concernant.

« Les équipes doivent être plus écoutées, les réunions et décisions administratives doivent être plus adaptées et concrètes. On multiplie les réunions comme de la poudre aux yeux et les vraies décisions se prennent en petit comité sans tenir compte de ceux qui sont sur le terrain. »

« Nous n'avons pas de réunion concernant les problèmes rencontrés. »

Des canaux d'information institutionnels plus actifs que la hiérarchie et la direction

L'information sur la vie et les projets du CHU passent par intranet (82%), Trait d'Union (73%), le responsable hiérarchique direct (61%), la direction (34%), les organisations syndicales (30%).

Les évolutions

Pour 70% des répondants, elles vont dans le bon sens en ce qui concerne les patients.

Les circuits de décisions sont en net retrait, avec 57% d'expressions négatives concernant la lourdeur de la gestion.

« Il faut simplifier l'organisation. Les circuits de décisions sont opaques »

Concernant les évolutions au sein du pôle: une distance, mais également une envie d'y contribuer.

57% des répondants connaissent les évolutions du pôle et ont envie d'y contribuer.

« Gros soucis sur le manque de lisibilité des futures organisations de PPR à huit mois du déménagement. Organisation des week-ends, jours fériés, dimanches, nuits ou pas. »

« Difficile de suivre et de participer aux projets d'établissement ou de pôle, car il manque souvent une lisibilité sur le moyen terme, voire parfois sur le court

terme avec des changements d'orientation subis et non expliqués. Objets de la démotivation à participer. »

Des avis partagés sur le rythme des évolutions

Trop lent pour 48%, au bon rythme pour 38%, trop rapide pour 14%.

« Evolutions très (trop) rapides mais "dans le bon sens". »

« Mutations structurantes très importantes ces dernières années et les années à venir et, à l'opposé, des décisions parfois longues à arriver avec des prestations "supports" non adaptées: réactivité, moyens alloués... surtout en dehors des budgets des projets. » ■

Que disent ces résultats ?

Les réponses peuvent être classées en trois catégories: celles qui renvoient une image positive, celles qui expriment une attente et celles qui constituent des signaux d'alerte.

Les éléments positifs

Ils concernent l'image du CHU de Toulouse et la fierté d'appartenance, l'amour du métier, l'engagement professionnel, une dynamique de progrès, l'ambiance dans les équipes avec un encadrement en soutien pour le plus grand nombre.

Les attentes des répondants

Elles portent sur: la contribution aux projets d'évolution, l'impact des évolutions et des processus sur la qualité du travail réalisé, la relation avec le responsable hiérarchique en soutien et en pilote.

Les signaux d'alerte

La rémunération au regard de la contribution au travail, des évolutions au sein des pôles autour desquels l'encadrement, au sens large, pourrait être mis à contribution mais également le personnel, l'élaboration

des plannings et les règles de remplacement ainsi que la préservation de l'équilibre vie au travail-vie hors travail.

« Une satisfaction qui donne du bien-être: rentrer chez soi et se dire "j'ai fait du bon travail". Redonnez cette possibilité au personnel de la retrouver. »

« L'intérêt du travail, la bonne ambiance d'équipe et la grande latitude laissée dans l'organisation de mon travail compensent pour l'instant les points négatifs cités. » ■

Après l'enquête...

La communication des résultats, quelles modalités ?

Les résultats présentés ci-dessus sont les résultats globaux du CHU. Comme toute donnée d'ensemble, ils donnent une représentation moyenne, nivelée, insuffisante pour refléter chacun des pôles du CHU et pour aboutir à des mesures appropriées. C'est pourquoi chaque pôle dispose de ses propres résultats pour tenir compte à la fois du mode de gouvernance du CHU, mais également de ses spécificités: activités, métiers, démographie, disciplines.

Cette déclinaison va permettre à chaque pôle après un temps d'analyse et de

partage des résultats de prioriser les actions pertinentes dans son contexte.

Ces déclinaisons sur les pôles vont se faire en trois temps :

- l'ensemble des exécutifs des pôles d'avril à juillet;
- l'ensemble des encadrants des pôles de juin à octobre;
- la restitution au personnel se fera dans les pôles à partir de la rentrée et selon des modalités propres à chacun et qui sont à ce jour à définir dans le pôle.

Une synthèse des rencontres et restitutions aux pôles sera réalisée en octobre, avec notamment une étape en conseil



stratégique RH, en vue d'intégrer les principaux axes de progrès dans le projet social du CHU.

Une information régulière sera diffusée. ■

Rendez-vous au quatrième trimestre 2013

Les répondants sollicités sont en droit d'attendre des traductions concrètes à partir de ces résultats. Ils le signifient dans la question ouverte.

«Pour la première fois, on nous demande notre avis. Je trouve cela courageux. J'espère que l'analyse et les conclusions des réponses seront communiquées, un plan d'action élaboré et mis en place.»

«S'interroger sur l'image du CHU c'est bien, mais s'interroger sur le bien-être du personnel c'est mieux. De bonnes conditions de travail égalent un personnel motivé et impliqué, un meilleur salaire aussi.»

«Merci de nous demander notre avis, cette enquête nous a permis de dialoguer dans l'équipe et de partager notre ressenti.»

Cette enquête qui a mobilisé l'institution et permis l'expression de 6285 hospitaliers, engage fortement la direction du CHU.

Un formidable projecteur

Le baromètre social, pour qui prend le temps de regarder, analyser et recouper les quantités d'information qu'il procure, est un formidable projecteur qui vient éclairer les problématiques prioritaires à traiter (la communication interne, la question de l'équité dans l'organisation du travail...). Il indique aussi les formidables leviers d'action disponibles pour les décideurs (la fierté d'appartenance,

l'amour du métier...). Chacune des actions futures doit s'imprégner de ces résultats et être influencée par eux. La richesse de ces retours conduit à sélectionner, prioriser, certaines actions au détriment d'autres. Mais l'engagement d'aujourd'hui est celui d'une prise en compte de cette « parole » pour la traduire en changement et en actes concrets et visibles dans le quotidien de chacun. Rendez-vous au quatrième trimestre 2013. ■



Témoignages

J'ai participé à l'enquête, pourquoi ?

Ces personnes se sont saisies de l'opportunité de faire remonter leur ressenti.

«Pour faire entendre ma voix» «pour dire ce qui ne va pas», «pour donner son avis».

«Cette enquête concernant le personnel du CHU est le meilleur moyen d'avoir un reflet sur ce que ressentent les personnes à un moment donné. C'est un bon outil d'observation».

Elles expriment leur attente quant aux résultats.

«Est-ce que cela va servir à quelque chose? Allons-nous au moins avoir un compte rendu réel?» «L'analyse des résultats, outre le fait de récolter beaucoup d'informations, peut permettre également d'améliorer nos conditions de travail.»

Je n'ai pas souhaité répondre ou pas répondu, pourquoi ?

Un éloignement des sites hospitaliers pour certains.

«Trop loin des hôpitaux pour ressentir les changements, je ne m'y suis pas intéressé.»

Une difficulté liée au questionnaire en ligne ou à l'organisation.

«Pas reçu le courrier avec le code d'accès» ou «Pas motivé.»

Un cadre supérieur de santé d'un pôle clinique parle de son attente

«Pour répondre à l'exigence légitime des patients, l'hôpital doit avoir des personnels motivés et satisfaits de leur environnement de travail. C'est ce que vient mesurer le Baromètre social pour chaque activité et métier hospitaliers, véritable enquête d'opinion qui reflète l'état d'esprit des personnels.

Concernant la dimension du pôle, nous n'avons jusqu'à présent que des données démographiques, le Baromètre social introduit des données qualitatives qui permettent à l'encadrement d'orienter son management vers plus d'attractivité, de fidélisation ou de recherche de leviers de motivation.

En connaissant mieux le niveau d'optimisme et le sentiment d'appartenance, les conduites du changement peuvent être appréhendées de façon plus pertinente en résonance avec les attentes des acteurs. Les résultats de cette enquête guident nos axes de travail pour nous améliorer en termes d'engagement professionnel et de dynamique de progrès. Le baromètre social donne à la fois du sens et des preuves. Il sera intéressant de renouveler régulièrement l'enquête pour permettre à chacun de mesurer les efforts vers plus de satisfaction des conditions de vie au travail.» ■

Le Développement Professionnel Continu

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles. Tout professionnel de santé devra valider cette obligation à partir de 2013 de façon annuelle et individuelle.



Avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), le législateur a créé le dispositif du Développement professionnel continu (DPC) qui «...a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé».

Pour qui ?

Le DPC est exigible pour tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux (professions régies selon le code de santé publique), quels que soient leurs modes d'exercice à savoir libéraux,

salariés, hospitaliers et les professionnels exerçant dans les centres de santé conventionnés.

Dans notre établissement les pharmaciens, toutes les professions médicales, et toutes les professions paramédicales (filière des infirmiers et aides-soignants, filière médico-technique, filière de rééducation et tous les métiers de l'appareillage) doivent répondre à cette obligation.

Comment répondre à l'obligation ?

Pour satisfaire à l'obligation de DPC, les professionnels de santé devront s'inscrire dans un programme annuel ou pluriannuel de DPC.

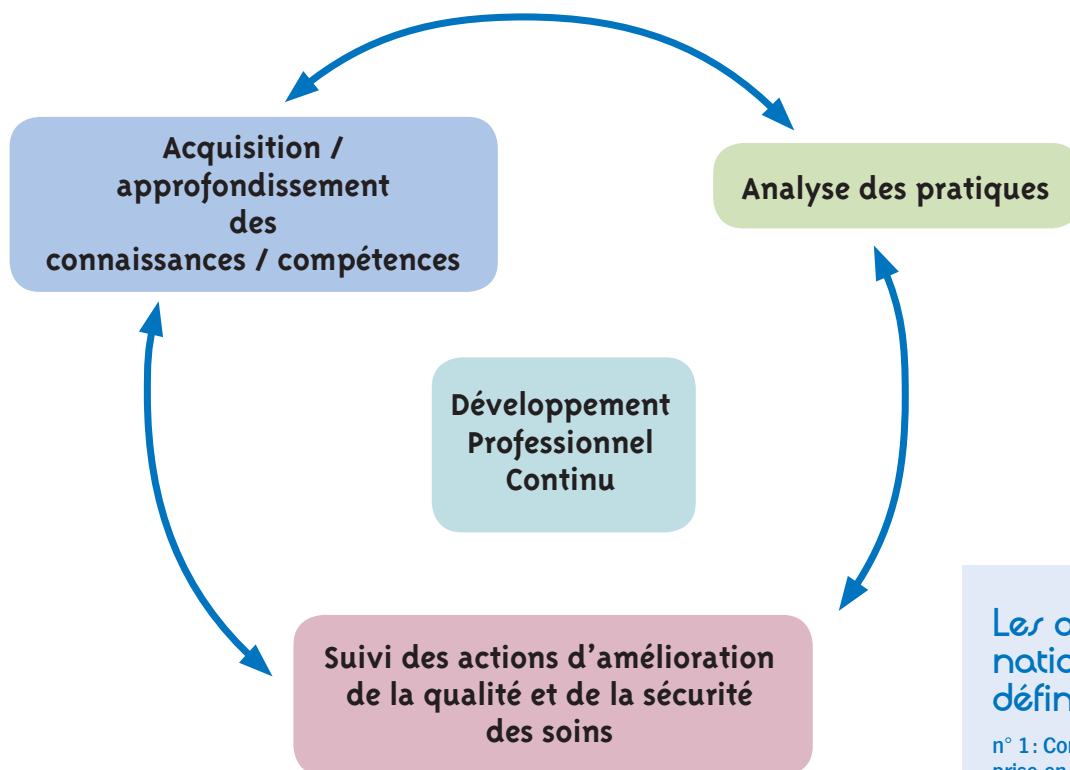
Selon la profession concernée, le contrôle du respect de l'obligation sera

assuré par les conseils de l'ordre, les employeurs ou l'agence régionale de santé.

Un programme de DPC est un ensemble d'activités d'évaluation et de formation, centrées sur l'analyse des pratiques, l'appropriation et la mise en œuvre de recommandations, réalisées pendant une durée définie dans le but d'atteindre des objectifs précis en termes d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et des pratiques professionnelles.

Un programme de DPC doit :

1. s'avérer conforme à une **orientation nationale** et/ou régionale ;
2. comporter une **des méthodes et des modalités** validées par la Haute autorité de santé (HAS) après



Les orientations nationales 2013 définies par la DGOS

- n° 1: Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients
- n° 2: Contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients
- n° 3: Contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques
- n° 4: Contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles
- n° 5: Contribuer à l'amélioration de la santé environnementale
- n° 6: Contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L6311-1 du code du travail

Les métiers concernés

Les professions médicales: médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes
La filière des infirmiers et aides-soignants: IDE, IADE, IBODE, puéricultrice, AS et AP
La filière médico-technique: manipulateur en électro-radiologie, préparateur en pharmacie, technicien laboratoire médical, audio prothésiste, opticien lunetier
La filière de rééducation: masseur kinésithérapeute, pédicure, podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, diététicien
Les métiers de l'appareillage: orthoprothésiste orthopédiste-orthésiste, podo-orthésiste, épithésiste, occulariste.

avis de la commission scientifique indépendante;

3. être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) et évalué positivement par la commission scientifique indépendante (CSI) de la profession correspondante (médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes et pharmaciens) ou par la commission scientifique du Haut comité pour les professions paramédicales (HCPP).

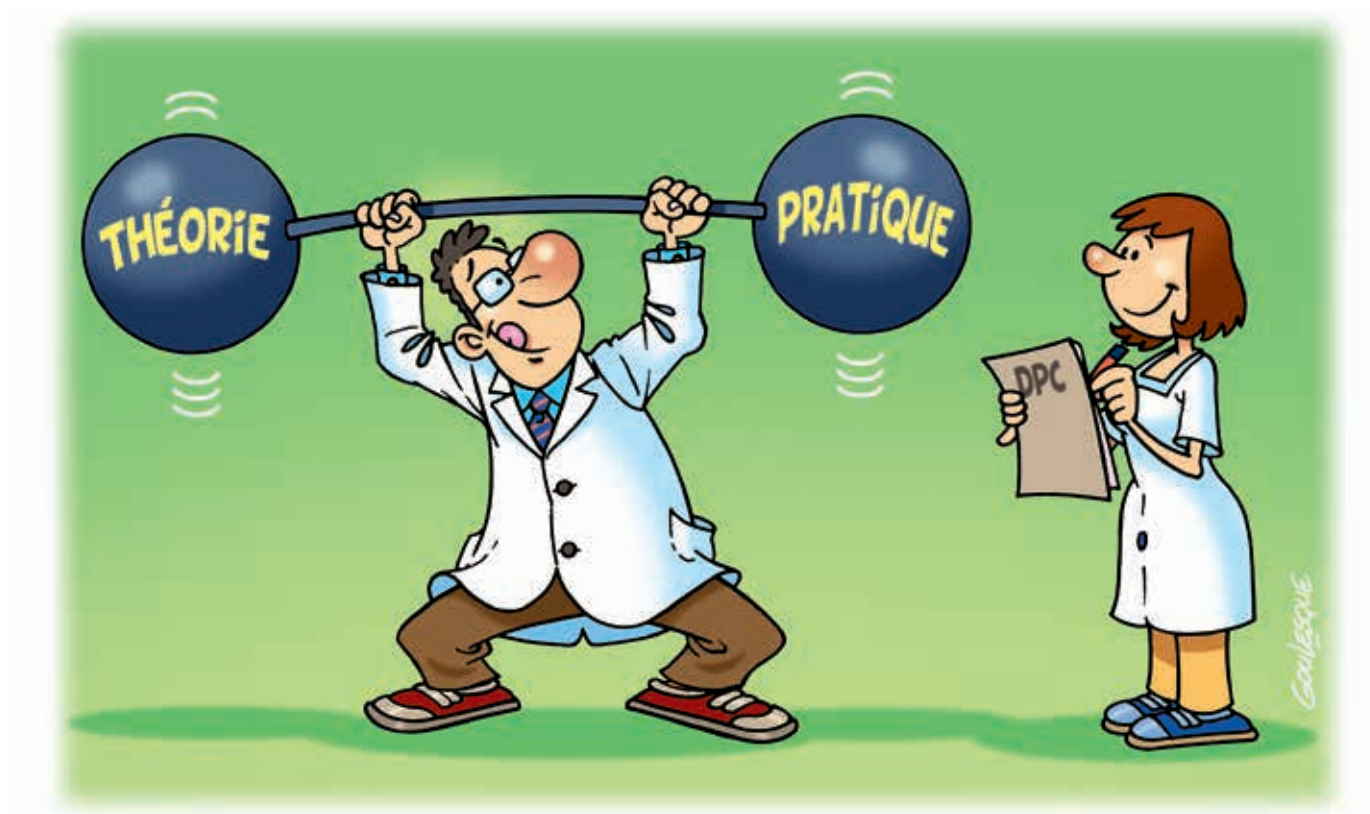
Comment la mise en œuvre du DPC s'organise-t-elle au CHU ?

Le CHU de Toulouse est enregistré « Organisme de DPC » auprès de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu.

Le DPC et sa mise en œuvre sont portés par le projet RH / Social et le projet qualité de la prise en charge des patients. Les acteurs concernés par cette nouvelle obligation seront représentés dans une commission DPC (CME et son président, CSIRMT et la coordinatrice des soins, CTE, doyens des universités, président du COTEPP, direction des affaires médicales,

direction de la formation et direction de la qualité) qui aura pour mission de valider les orientations et le plan DPC. Le plan de formation institutionnel, indépendant du plan DPC, continuera à proposer des actions de formation à tous les professionnels du CHU.

Les programmes DPC seront construits en équipe pluridisciplinaire en collaboration avec la direction de la qualité et de la gestion des risques et la direction de la formation. Le but est de valoriser au maximum toutes les actions de formation et d'analyse des pratiques existantes répondant aux exigences d'un programme DPC.



Ils seront renseignés dans une base de données pour enregistrement, validation, traçabilité et suivi.

Conclusion

Le DPC est un nouvel enjeu pour chaque professionnel de santé qui doit valider cette obligation. Le DPC est aussi un enjeu pour l'institution qui doit rester inventive dans les moyens de le mettre en place.

Il doit être un moyen au service de la mise en œuvre effective des connaissances et de la généralisation d'une culture de l'évaluation professionnelle. ■

* Contribution de Ketty Dulac, direction de la qualité et de la gestion des risques et de Anne Lauga, pôle ressources humaines, département formation continue.

Les références bibliographiques

La loi HPST: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id
 « Tout ce que vous avez toujours rêvé de savoir sur le développement professionnel continu » Anne Dardel et Claudie Farjo (Santé RH - juin 2012- pp10-17)
 « Améliorer la qualité des soins grâce à l'évaluation des pratiques et au développement continu » Monique Montagnon (Spécial Formation - Soins Cadres, Soins, Revue de l'Infirmière- Juin 2013- pp4-6)
 « L'évaluation des pratiques au cœur de la démarche » Ketty Dulac et Jean Petit (Spécial Formation - Soins Cadres, Soins, Revue de l'Infirmière- Juin 2013- pp11-13)

« Le DPC vise à favoriser les communautés de pratiques dans le cadre d'une approche collective de la compétence. À travers une analyse croisée et une confrontation des pratiques entre professionnels de santé, le DPC officialise la reconnaissance des situations de travail comme de véritables situations d'apprentissage. »

Anne Dardel (Direction Générale de l'Offre de Soins)

Les outils et méthodes DPC

Ces méthodes sont regroupées selon six grandes approches :

1. Une approche à dominante pédagogique ou cognitive (formation en groupe ou en individuel à compléter par une activité d'analyse des pratiques).
2. Une approche à dominante analyse des pratiques (gestion des risques, revue de dossier et analyse de cas, indicateurs, analyse de parcours de soins, analyse de parcours professionnel (...) à compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences).
3. Une approche intégrée à l'exercice professionnel (gestion des risques en équipe, exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel).
4. Des dispositifs spécifiques (accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque, accréditation des laboratoires de biologie médicale, programme d'éducation thérapeutique, protocole de coopération, formation professionnelle tout au long de la vie pour les professionnels paramédicaux).
5. L'enseignement et recherche (publication d'un article scientifique, recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité, maîtrise de stage, formateurs pour des activités de DPC).
6. La simulation (session de simulation en santé, tests de concordance de script).

Qualité des données recueillies = qualité des recettes

Avec l'instauration de la tarification à l'activité (T2A), il est impératif de transmettre dans les meilleurs délais au ministère, avec clarté et exhaustivité, tous les éléments relatifs aux soins, interventions et consultations effectués à l'hôpital. Cela conditionne le budget attribué au CHU. Cette mission de précision est assurée en partie par le département d'information médicale.



Le Pr. Laurent Molinier et le personnel du département d'information médicale.

« Les réorganisations engagées au CHU, renforcées par le cadre de la loi HPST, s'inscrivent dans une démarche de responsabilité des acteurs hospitaliers »

La loi de financement de la sécurité sociale de 2004 a introduit la tarification à l'activité (T2A) conduisant la France à rejoindre une majorité de pays occidentaux qui, tout en appliquant des modèles variables, ont adopté le principe d'une allocation de ressources aux établissements de santé fondée sur la nature et le volume des activités produites. La T2A impose aux établissements de santé du secteur public comme du secteur privé de produire des données d'activité exhaustives et de qualité dans des délais de plus en plus réduits. La T2A a amené les établissements de santé à mettre en place une organisation plus performante de la gestion des flux d'information et de leur exploitation.

Les réorganisations engagées au CHU, renforcées par le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), s'ins-

crivent dans une démarche de responsabilité des acteurs hospitaliers et de meilleure connaissance des données d'activité, des recettes et des coûts. Les restructurations importantes et l'évolution de l'environnement hospitalier marquée par la nécessité de délivrer au patient des soins de qualité dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, justifient de proposer une organisation du codage de l'information médicale répondant aux exigences énoncées ci-dessus. Dans cette optique, le CHU a mis en œuvre une nouvelle organisation du codage des données, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), afin d'améliorer la qualité des données produites et d'optimiser les recettes.

« Notre objectif, explique le Pr. Laurent Molinier, responsable du Département d'Information Médicale (DIM) du CHU créé



Laurent Molinier est professeur des universités et praticien hospitalier. Il est chef de service du département d'information médicale depuis le 1^{er} novembre 2008. Il mène également une activité de recherche au sein de l'unité Inserm 1027 dirigé par le Pr. Sandrine Andrieu. Le Pr. Molinier s'intéresse plus particulièrement à l'évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge (nouvelles techniques, nouveaux médicaments...).

en 1990, était d'évaluer les conséquences de cette nouvelle organisation sur l'exhaustivité de la qualité des données codées, ainsi que sur la valorisation des recettes. Notre idée était que la mise en place d'une organisation professionnalisée du codage et de la saisie des données médicales du PMSI permettait d'y parvenir.»

Les Groupes homogènes de malades

La T2A couvre les consultations et actes réalisés en soins externes et les séjours hospitaliers. Ces derniers sont classés dans des Groupes Homogènes de Malades (GHM) sur la base d'informations de nature administrative et médicale.

Il est ainsi, par exemple, recueilli pour la partie administrative, les dates d'entrée et de sortie du patient, la date de naissance pour déterminer l'âge, le mode d'entrée (depuis le domicile ou depuis un autre établissement). Du côté médical sont intégrés sous la forme de diagnostic, la ou les pathologies et les complications associées, ainsi que les actes médicaux réalisés lors de chaque prise en charge. Toutes ces informations sont exploitées dans le cadre d'un algorithme automatisé. Il permet de classer les séjours au sein de l'hôpital dans les GHM.

Les résultats obtenus sont condi-

tionnés par la qualité des données codées et saisies en amont. Cela diminue sensiblement les risques d'indus détectés lors des contrôles externes effectués par l'assurance maladie.

A chaque GHM correspond un Groupe Homogène de Séjour (GHS) qui correspond au tarif en euros du séjour hospitalier, avec des suppléments destinés à financer les surcoûts dans les unités (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) et les surcoûts liés aux traitements médicaux implantables onéreux (par exemple un organe artificiel).

Le DIM assure dans le cadre de ses missions, outre le recueil, le contrôle, l'exploitation et l'analyse des données PMSI.

Toutes ces données anonymisées sont envoyées sur la plate-forme e-PMSI, c'est-à-dire le site de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH). Ces données font l'objet d'une validation par l'Agence régionale de santé. Ces éléments qui incluent également les données d'activités en provenance des soins externes remontent jusqu'au ministère. Cela permet de calculer les recettes en lien avec les séjours hospitaliers. Ainsi sur un budget de fonctionnement de l'ensemble du CHU qui s'élevait à 1 milliard d'euros en 2012, le PMSI représentait approximativement 495 millions d'euros.

Les médecins référents

Les médecins référents du département d'information médicale par pôle sont:

Pr. Laurent Molinier, chef de service;
 Dr Olivier Azema, pôle médecine d'urgence;
 Dr Emile Contreras, pôle institut locomoteur, pôle anesthésie et réanimation;
 Dr Hélène Derumeaux, pôle spécialités médicales, pôle neurosciences;
 Dr Didier Fabre, pôle urologie-néphrologie, pôle gériatrie, pôle imagerie;
 Dr Valérie Garnault, pôle voies respiratoires, pôle céphalique;
 Dr Jean Pascal, pôle digestif, soins de suite et réadaptation;
 Dr Dominique Petiot, pôle enfants, pôle femme-mère-couple, pôle psychiatrie;
 Dr Marie-Christine Turmin, pôle cardiovasculaire et métabolique.





La professionnalisation du codage

« Les données, ajoute le Pr. Molinier, sont envoyées tous les mois. Elles conditionnent directement une partie des recettes du CHU. La qualité de l'information produite est primordiale. Cela nous conduit à obtenir les informations indispensables à notre financement dans un temps court, ce qui nous a amené à réfléchir à la mise en place d'une organisation permettant d'améliorer la qualité des données codées et saisies dans le cadre du PMSI. Cette professionnalisation du codage a abouti au recrutement en interne d'Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE). Après une période de formation, ces personnes sont à même d'analyser les informations et de coder au mieux les diagnostics. Il faut un an pour qu'ils soient totalement opérationnels. Ces IDE ont ainsi la possibilité d'orienter différemment leur carrière professionnelle. »

En complément de cette activité, le DIM a vocation à aider le CHU dans l'élaboration de sa stratégie médicale. Il exploite et analyse les données d'activité à des fins d'aide à la décision. Les travaux portant notamment sur la chirurgie ambulatoire, sur la détermination des capacités attendues des projets Pierre-Paul Riquet,

Urgences-Réanimation-Médecine (URM) et de l'Institut Universitaire du Cancer (IUC), sur la cancérologie et sur l'élaboration du modèle économique et financier de l'IUC sont de nature à documenter les décisions prises par l'institution.

Deux catégories d'équipes

Le département d'information médicale compte dans ses effectifs des médecins, des Techniciens de l'Information Médicale (TIM), des Assistantes Médico-Administratives (AMA) et des informaticiens. Les TIM localisés dans les pôles cliniques à proximité des services (neurologie, cardiovasculaire, hôpital des Enfants, Paule de Viguier...) codent les diagnostics. Les TIM qui se situent au DIM réalisent les contrôles transversaux qui doivent être mis en œuvre lorsqu'un patient hospitalisé est pris en charge par les équipes de différents pôles.

Au total, on compte 31 TIM: 22 sur les pôles cliniques, 9 au département d'information médicale. Les 3 assistantes médico-administratives réalisent un travail de vérification et de mise en cohérence des données administratives. Cette activité constitue un préalable indispensable aux contrôles médicaux qui seront réalisés. Cela permet de détecter les

En chiffres

Il a été réalisé en 2012 au CHU :
 220 290 résumés de sortie standardisés;
 11 487 résumés hebdomadaires standardisés en soins de suite et réadaptation;
 3034 résumés par séquence;
 59 021 résumés d'activité ambulatoire en psychiatrie;
 312 résumés par sous-séquence en hospitalisation à domicile.
 En outre, 625 535 patients ont été accueillis en consultation. Au total, plus de 6 millions d'actes ont été réalisés au sein du CHU sur cette période.

erreurs et de les corriger, afin d'améliorer la qualité de l'information qui conditionne la qualité des recettes.

En complément, on trouve deux informaticiens qui assurent au sein du DIM la gestion et l'exploitation de la base de données PMSI.

Le DIM comprend 9 médecins qui ont la responsabilité du recueil, de l'exploitation et des contrôles à effectuer. Ils réalisent les analyses d'activité à la demande de l'institution. Parmi eux, un médecin anime plus particulièrement la cellule d'identito-vigilance qui contrôle et corrige en permanence les éléments du serveur central d'identité. ■



Témoignages

Christiane Fernandes, l'expérience des soins et de l'informatique

Arrivée au département d'information médicale en 2008, Christiane Fernandes a vécu la forte croissance de l'activité de ce service ces dernières années. Infirmière diplômée d'Etat en 1982, elle a accompli sa carrière au CHU, travaillant successivement dans des unités médicales, chirurgicales, puis en bloc opératoire.

Souhaitant changer d'orientation professionnelle, elle est ainsi arrivée au département d'information médicale où son intégration a été facilitée par sa double expérience en matière de soins et en informatique.

« Chaque séjour d'hospitalisation, relate-t-elle, doit refléter la prise en charge du patient. Depuis 2010, les TIM sur sites assurent la codification PMSI du diagnostic sous la responsabilité du médecin DIM. A l'aide de courriers qui doivent être clairs et exhaustifs, nous traduisons le diagnostic en lettres et en chiffres, en préalable à la saisie informatique. Une vérification est ensuite pratiquée par les informaticiens de manière à faire ressortir d'éventuelles anomalies qui feront l'objet d'un contrôle qualité par les TIM. »

Christiane Fernandes ne regrette pas son choix : « J'ai accepté, confie-t-elle, de ne plus être auprès du patient. Mais le travail effectué au DIM est dans la continuité et participe aussi à la qualité et la valorisation des activités. » ■



Quelques membres de l'équipe du Département d'Informations Médicales (DIM) sur le site de Purpan.

« Nous traduisons le diagnostic en lettres et en chiffres, en préalable à la saisie informatique. »

Véronique Massiès, une formation intense, un nouveau métier

Autre profil, autre expérience. Véronique Massiès est une jeune recrue au sein du département d'information médicale. Infirmière diplômée d'Etat en 2000, elle a travaillé durant cinq ans en réanimation polyvalente, puis à l'hôpital des Enfants.

Le département d'information médicale est pour elle aussi un choix : « J'ai été, raconte-t-elle, séduite par la continuité dans la prise en charge du malade. On obtient un regard global du séjour à l'hôpital. On acquiert ainsi une vision élargie en direction de domaines que je n'ai pas appris lors de mes études. J'ai découvert l'importance que revêt toute la partie administrative de notre travail d'IDE au quotidien et toute l'importance du traitement de cette information pour le CHU.

« Par ailleurs, il faut remobiliser toutes ses connaissances et toute sa disponibilité. On apprend d'autres choses. Nous suivons une formation intense de deux mois. Mais six mois après, je me forme encore. J'apprécie l'entraide apportée par les collègues. Il faut, par exemple, bien maîtriser le guide méthodologique qui est notre support de travail. Il n'est pas facile d'accès et il est mis à jour chaque année, d'où l'importance de cette aide. Enfin, on n'est pas coupé des soins, car on conserve une relation avec les équipes de terrain, lorsque nous allons chercher les informations à la source ou apporter notre aide. » ■



« J'ai découvert l'importance que revêt toute la partie administrative de notre travail d'infirmière au quotidien et toute l'importance du traitement de cette information pour le CHU. »

Protocole d'accord sur l'égalité professionnelle

Le premier protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle applicable aux trois versants de la fonction publique a été signé le 8 mars dernier.

Il prévoit quinze mesures pour parvenir à l'égalité professionnelle, parmi lesquelles figurent :

- l'établissement d'un rapport annuel sur l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- l'intégration d'un rapport de situation comparée dans le bilan social ;
- l'évaluation et la suppression des inégalités salariales ;
- des actions de sensibilisation et de formation sur l'égalité ;
- la composition équilibrée des jurys d'examens ;
- l'octroi de droit pour le congé de paternité ;
- la création de dispositifs d'organisation du temps de travail visant à une meilleure articulation entre vie professionnelle et personnelle ;
- la présentation d'un bilan chaque année devant le Conseil commun de la fonction publique, à l'occasion de l'examen du rapport annuel sur l'égalité professionnelle ;
- la mise en place d'un comité de suivi, composé des signataires de l'accord, pour examiner au moins une fois par an l'accomplissement de ces mesures et le respect de leur calendrier.

Résorption de l'emploi précaire

La loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique a traduit, en termes législatifs, les dispositions du protocole d'accord du 31 mars 2011. Ce protocole portait sur la sécurisation des parcours professionnels des agents contractuels dans les trois fonctions publiques.

Il visait à répondre aux situations de précarité en favorisant l'accès des agents contractuels à l'emploi titulaire, à prévenir la reconstitution de telles situations à l'avenir, à améliorer les conditions d'emploi des agents contractuels et leurs droits individuels et collectifs.

Le titre Ier de la loi du 12 mars 2012 fixe les dispositions relatives à la lutte contre la précarité dans la fonction publique, et son chapitre III concerne le versant hospitalier.

Les recrutements réservés

L'accès aux corps de fonctionnaires hospitaliers dont les statuts particuliers prévoient un recrutement par la voie externe peut, par dérogation, être ouvert par recrutement réservé valorisant les acquis professionnels, pendant quatre ans à compter de la date de publication de la loi.

Ainsi, seront organisés, d'ici le 12 mars 2016, des recrutements directs ou par voie de concours ou d'examens profes-

sionnalisés. Ceux-ci seront réservés aux agents contractuels qui étaient en fonction au 31 mars 2011 ou dont le contrat aurait pris fin entre le 1er janvier et le 31 mars 2011 et qui justifient, dans le même établissement, d'une durée de services publics effectifs au moins égale à quatre années en équivalent temps plein : soit au cours des six années précédant le 31 mars 2011 ; soit à la date de clôture des inscriptions au recrutement auquel ils postulent. Dans ce cas, au moins deux des quatre années de services exigées, en équivalent temps plein, doivent avoir été accomplies au cours des quatre années précédant le 31 mars 2011.

Par ailleurs, le décret du 6 février 2013 a pour objet de mettre en place ces recrutements réservés en vue de leur accès à l'emploi titulaire, sur une période de quatre ans.

Ce décret détermine les conditions dans lesquelles les agents remplissant les conditions pourront accéder à un corps de fonctionnaires hospitaliers. Il fixe les règles générales de procédure applicables pour l'organisation de ces recrutements réservés et précise les conditions de nomination dans les corps de recrutement.

La transformation des CDD en CDI

Les dispositions relatives à la transformation des CDD en CDI sont prévues par la loi du 12 mars 2012. Ce droit « est subordonné à une durée de services publics effectifs, accomplis auprès du même établissement, au moins égale à six

années au cours des huit années précédant la publication de la présente loi. Cette durée est réduite de moitié pour les agents âgés d'au moins cinquante-cinq ans à cette même date.

Les services accomplis à temps partiel et à temps incomplet ne correspondant pas à une quotité égale ou supérieure à 50% sont, pour les agents reconnus handicapés, assimilés à des services à temps complet.

L'accès à l'emploi de titulaire

Le dispositif instauré par la loi a pour but de permettre l'accès des agents contractuels à l'emploi de titulaire. Sa mise en œuvre doit répondre aux besoins permanents des établissements. Ces dispositions permettent la titularisation.

Ainsi, les agents contractuels répondant aux conditions d'ancienneté et d'accès au dispositif devront :

- s'inscrire aux concours ou examens professionnalisés réservés ;
- pour les recrutements sans concours, déposer leur dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle.

Dans l'hypothèse où ils sont déclarés aptes, ils devront effectuer une année de stage. La titularisation sera prononcée après avis favorable de la commission administrative paritaire.

L'information des agents

Les agents contractuels concernés recevront une information individuelle.

Pour les concours et examens professionnalisés réservés, les conditions

d'inscription seront publiées par note de service interne et diffusées sur le site Internet de l'établissement et de l'Agence régionale de santé de Midi-Pyrénées.

Les modalités d'accès à la fonction publique : nomination au stage

Concours et examens professionnalisés

Dans la fonction publique hospitalière, la voie du concours réservé a été retenue pour l'accès aux corps de catégorie A et pour tous les corps dont le recrutement normal se fait par la voie d'un concours sur titre. Hormis le cas des professions réglementées, la condition de diplôme ne sera pas exigée. Pour tous les autres corps, c'est la voie de l'examen professionnalisé s'appuyant sur la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) qui a été privilégiée.

Recrutements sans concours

L'accès au premier grade des corps de catégorie C (adjoint administratif 2^e classe – agent d'entretien qualifié – agent des services hospitaliers qualifié) peut se faire par la voie de recrutements réservés sans concours. Les modalités d'organisation de ces recrutements sont fixées par décret. Il est à noter, qu'à titre dérogatoire, la durée du stage préalable à la titularisation dans le premier grade des corps de catégorie C accessible sans concours, a été fixée à six mois.

Dispositif de suivi

Le décret prévoit que la mise en œuvre de ce dispositif fasse l'objet d'un suivi régulier. Au niveau local, un bilan annuel sera présenté devant le comité technique d'établissement. Ce bilan comportera des indicateurs mentionnés dans la circulaire du 4 avril 2013.

Un comité de suivi regroupant les organisations syndicales signataires du protocole doit se réunir localement pour préparer chacune des phases de la mise en œuvre du dispositif.

Si la loi du 12 mars 2012 doit permettre la titularisation des agents contractuels recrutés antérieurement au 31 mars 2011, elle a également pour but de résorber, de façon durable, l'emploi contractuel au profit de l'emploi titulaire.

Emplois d'avenir dans les établissements de santé et médico-sociaux

Le dispositif des emplois d'avenir, créé par la loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012, a pour objectif de permettre à des jeunes peu ou pas qualifiés de leur offrir une première expérience professionnelle et de leur ouvrir l'accès à une qualification professionnelle.

La circulaire n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/133 du 3 avril 2013 précise les modalités du dispositif pour ce qui concerne le secteur sanitaire, social et médico-social. Elle permet aux établissements et services d'appréhender son cadre réglementaire, ses modalités pratiques de mise en œuvre, ainsi que

les parcours de formation de nature à maximiser les chances de pérennisation des jeunes dans l'emploi à l'issue de la période accomplie.

Report des congés annuels non pris pour raisons de santé

À compter de 2013, les congés annuels des fonctionnaires hospitaliers non pris pour raisons de santé seront automatiquement reportés sur l'année suivante.

Ces congés pourront être posés jusqu'au 31 décembre de l'année n+1, en fonction des nécessités de service. Au-delà de cette date, ils seront définitivement perdus.

Les congés reportés sur l'année n+1 ne concernent que les congés non pris l'année précédente.

[Cf. Circulaire de la DGOS du 20 mars 2013 et note d'information n° 245 du 17 avril 2013].

Diplôme d'État de Sage-Femme

L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études du diplôme d'Etat de Sage-femme a été publié au Journal Officiel du 28 mars 2013 suivi de la Circulaire du 22 mars 2013.

Cet arrêté présente le contenu du deuxième cycle de formation qui comprend un tronc commun axé sur l'acquisition des compétences et connaissances, ainsi qu'un parcours personnalisé permettant à l'étudiant, soit d'approfondir ses connaissances dans un domaine particulier, soit de s'orienter vers la recherche. ■

Actualités sociales

Forum

Le 6^e forum social des personnels, organisé par la direction du pôle des ressources humaines, se tiendra les 16, 23, 24, 26 septembre et les 1^{er}, 3 et 8 octobre 2013 sur les établissements suivants: Hôtel-Dieu, Paule de Viguier, Purpan Haut, Ranguéil, Le Chapitre, Logipharma, Larrey.

A cette occasion, des partenaires et des professionnels du CHU viendront à votre rencontre pour vous informer et vous conseiller sur les services proposés concernant l'information professionnelle et sociale, les prestations familiales, les gardes

d'enfants, les déplacements professionnels et personnels, le logement, la gestion du surendettement, les prêts à taux réduits, l'assurance santé, les vacances, le sport, les loisirs... Ces journées s'inscrivent dans le cadre du développement de l'information sociale afin de faciliter la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

Revalorisation des prestations familiales

Le montant des prestations familiales a été revalorisé de 1,2% au 1^{er} avril 2013. Les allocations familiales s'établissent ainsi:

- pour 2 enfants : 128,57 €/mois
- pour 3 enfants : 293,3 €/mois
- pour 4 enfants : 458,02 €/mois
- par enfant en plus : + 164,73 €/mois.

Cette augmentation concerne également le complément familial, l'allocation de soutien familial, l'allocation journalière de présence parentale, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou encore la prestation d'accueil du jeune enfant.

Pour 2013, le droit aux prestations familiales soumises à condition de ressources, est calculé sur la base des ressources perçues en 2011.

Prestations CGOS (Personnel hospitalier)

Prestation garde d'enfant 1^{er} semestre 2013

Cette prestation participe aux frais de garde des enfants de moins de sept ans en crèche, assistante maternelle agréée ou garderie avant et après l'école. Le formulaire et les justificatifs concernant le 1^{er} semestre 2013 sont à retourner au correspondant CGOS avant le 31 août 2013.

Allocation vacances

Cette prestation est allouée une fois par an, pour une location de huit jours consécutifs d'un appartement, d'un gîte, d'un mobile-home ou de toute autre installation de vacances tarifée à la semaine. Cette prestation peut être versée pour les locations proposées dans le catalogue Escale Vacances CGOS, y compris Libre évation. Ne peuvent bénéficier de cette prestation les séjours « coups de cœur » du CGOS, les locations de particulier à particulier et les séjours en pension ou demi-pension.

Camping-caravaning

Cette prestation est versée, avec conditions de ressources, pour deux séjours de huit jours minimum chacun et seize jours maximum, en France ou à l'étranger. Le formulaire est à adresser au correspondant CGOS dans les quatre mois suivant la fin du séjour.

Vacances enfants et adolescents

Cette prestation est versée sous conditions de ressources si vos enfants sont nés entre 1993 et 2010. Elle est limitée à :
- 15 jours maximum par an si vos enfants effectuent un séjour sportif ou culturel avec hébergement, linguistique ou en centre de vacances et les séjours Escale Vacances (sauf Coups de Cœur);
- 10 jours maximum par an si vos enfants partent en classe découverte ou en voyage scolaire.
Elle concerne également les stages d'une journée minimum pour les centres de loisirs et stages sans hébergement. L'envoi du formulaire doit se faire dans les quatre mois suivant la fin du séjour.

Week-ends - Voyages

Le CGOS Midi-Pyrénées participe à des programmes de vacances en France et à l'étranger dans son catalogue Escale Vacances, sans conditions de ressources.

Epargne chèques-vacances

Après constitution d'une épargne d'une durée de quatre à douze mois, cette prestation permet d'obtenir des chèques-vacances à prix réduit calculé selon le quotient familial.

Réduction billets SNCF et CGOS

Une fois par an et par personne, vous pouvez bénéficier de 25 à 50% de réduction sur les billets SNCF pour vos congés annuels pour un voyage aller-retour d'au moins 200 km, en 2^{ème} classe. Vous

pouvez retirer l'imprimé de demande de réduction de billet SNCF auprès de votre direction de pôle.

Ce billet, cumulé avec les chèques-vacances du CGOS, donne droit à 50% de réduction, sous certaines conditions.

Prestations CAF

Les aides aux vacances et aux loisirs

Premier départ en vacances: 2000 enfants bénéficiaires en Midi-Pyrénées. Cette aide concerne les enfants âgés de six à quatorze ans qui ne sont jamais partis en colonie ou en camp de vacances et dont le quotient familial des parents ne dépasse pas 650€. L'enfant peut bénéficier d'un séjour de sept à quatorze jours dans un centre de vacances en Midi-Pyrénées moyennant une participation familiale de 58€.

Les chantiers jeunes « ville-vie-vacances »

L'objectif est de responsabiliser les jeunes de onze à vingt ans en leur permettant de participer pendant les vacances scolaires à des actions innovantes, éducatives, et citoyennes, sous forme de chantiers (situation éducative qui aboutit à la réalisation d'une action d'utilité sociale au profit de tiers).

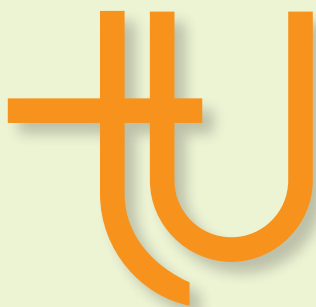
Vacances et loisirs pour les enfants

Cette aide, versée en fonction du quotient familial, concerne les enfants âgés de trois à dix-huit ans qui partent en centre de loisirs, colonie ou camp, pendant les vacances scolaires et dont la famille ne bénéficie pas d'aide financière pour lui à ce titre. Les parents doivent choisir l'organisme de vacances conventionné par la CAF de Haute-Garonne et présenter la carte vacances et loisirs 2013. Pour bénéficier de la réduction, la durée des séjours avec hébergement doit être d'au moins quatre jours. Elle est limitée à cinquante jours par enfant et par an.

Allocation de rentrée scolaire et prime exceptionnelle

L'allocation de rentrée scolaire est versée par la CAF à toutes les familles d'au moins un enfant dont les ressources ne dépassent pas les plafonds suivants:

- 23 687€ pour un enfant
- 29 153€ pour deux enfants
- 34 619€ pour trois enfants
- + 5 466€ par enfant supplémentaire. ■



Contribuez à votre magazine
Vous souhaitez proposer un article au comité de rédaction ou nous faire part de votre point de vue sur le journal, contactez-nous par mail: internet@chu-toulouse.fr.



Carnet

Mariages

30.03.2013

Georgina MBAYE-YASSIBANA
avec Mamadou MEITE
Bio-nettoyage Rive gauche – Purpan

18.05.2013

Pierre CARLETTE
avec Stéphanie MADRY
Encadrement rééducation – Purpan

01.06.2013

Sonia BOUZERDA
avec Semire CHOUGUI
Direction générale – Hôtel-Dieu

01.06.2013

Dominique REGIS
Rhumatologie A – Purpan
avec Alain EYMERY
Psychiatrie UF 2 – Casselardit

15.06.2013

Gérome VILLAC
avec Laetitia BLANC
Ambulances – Purpan

Naissances

25.09.2012 Lucie,

fille de Séverine SIRVEN
Les Carmes Les Minimes – hôpital Garonne

15.10.2012 Gabriel,

fil de Manuela JAMET
Bloc neurochirurgie – Purpan

25.11.2012 Louise,

fille d'Aurélié AZEMAR
UHCD – Purpan

02.12.2012 Yasmine,

fille de Habib DEBAB
Accueil urgences – Purpan

25.01.2013 Mayline,

fille de Anna PEREAU
Jolimont Le Capitole – hôpital Garonne

14.02.2013 Léa,

fille d'Alice AUFFAN
Gynécologie Récamière – Paule de Viguier
et de Mathieu BIFFI
services techniques - menuiserie - Purpan

04.01.2013 Gaspard,

fil de Damien VAILLANT
Bloc CCV - Ranguell

21.02.2013 Victor,

fil de Virginie PLAZA
Accueil médico-chirurgical – Purpan

22.02.2013 Gaspard,

fil de Pierre-Jean COGNAT
Achats médico-techniques – Hôtel-Dieu

02.03.2013 Marin,

fil de Magali BOUTONNET
SI Néonatalogie – hôpital des Enfants

09.03.2013 Djibril,

fil de M'Mah CISSE
Soins E – Casselardit

13.03.2013 Anthony,

fil de Emilie DEGEUSE
Unité centrale production – Le Chapitre

15.03.2013 Eléna,

fille d'Emmanuelle COUSIN
Chirurgie ambulatoire – Paule de Viguier
et de Hervé VOISIN
SI Neurochirurgie – Purpan

18.03.2013 Tristan,
fil de Laure VIALLO

Service social des malades – Purpan

24.03.2013 Sarah,

fille de Vanessa ALFONSO
Pneumo 3B - Larrey

26.03.2013 Myriam,

fille de Hamani KEBIR-MEDJHOUDA
Sécurité Hôtel-Dieu La Grave

28.03.2013 Paolo,

fil d'Alice JANAILHAC
Cardio 63 - Ranguell

30.03.2013 Gaëtan,

fil d'Isabelle SANSEGOLO BELLOC
Orthopédie – Purpan

03.04.2013 Emma,

fille de Luc ROUVIERE
Médecine Interne – Purpan

04.04.2013 Héloïse,

fille de Gaétane FOURES
Consultations urologie - Ranguell

11.04.2013 Clément,

fil de Virginie SOSTHENE
Post urgences F – Casselardit

21.04.2013 Lalie,

fille de Marlène NILLY
Hospitalisation semaine pôle digestif - Ranguell

23.04.2013 Milo,

fil de Séverine CESSSES
Hospitalisation jour médecine Sénac - Purpan

03.05.2013 Eline,

fille de Karene LEPEYTRE
Bloc centre – Purpan
et de Christophe BRETON
Le Busca – hôpital Garonne

03.05.2013 Jade,

fille de Krystal FIDELIS
SI SMIT – Purpan

04.05.2013 Romain,

fil de Marino SCANDELLA
Consultation médecine chirurgicale
hôpital des Enfants

09.05.2013 Téo,

fil de Noémie CAZALS
Crèche - Ranguell

10.05.2013 El – Anzise,

fil de Nasrania ABDYOU
UCP – Le Chapitre

17.05.2013 Giulia,

fille de Nicolas TERAMO
Sécurité site – Purpan

17.05.2013 Julia,

fille d'Amélie CAYLA
Bloc opératoire – hôpital des Enfants

31.05.2013 Thyméo,

fil d'Anaïs SEISDEDOS
Centre de peine-Muret

01.06.2013 Safia,

fille de Kheira HADJI
Consultation psychiatrique enfant et ado
La Grave

08.06.2013 Anna,

fille de Muriel BARBOULE
Déchocage SI – Purpan
et de Bruno BARBOULE
Sécurité incendie – Purpan

08.06.2013 Imaé,

fille d'Adeline AZEMA
SI Néonatalogie – hôpital des Enfants
et de Christophe AZEMA
SMUR Adultes – Purpan

08.06.2013 Robin,

fil de Julien COLOMBO-ANDRES
Rythmo et stimulation - Ranguell

09.06.2013 Colin,

fil de Karine COTTEREAU
ZSTCD – hôpital des Enfants

11.06.2013 Célian,

fil de Pierre-Louis CANAVELLI
Préanalytique - Purpan
Adoption

30.05.2013 Louis et Juliette,

enfants de Christine MIRABEL
Service social des malades – La Grave

Retraite

01.04.2013

Nicole ABADIE, Françoise ADELL, Jean-Michel BALUSSOU, Annie BOURROUNET, Geneviève CARDONA, Rose CIRON, Patricia CREPIEUX, Michel FACIABEN, Michel FAURÉ, Elizabeth FERNANDEZ, Serge GASQUET, Marie-France GUERRA, Colette LALANNE, Monique MARTIN, Françoise MOUYSET, Chantal PINON, Rosine PITHIQUOD, Monique RAUZY, Jean-Pierre SAINTIGNAN, Chantal SALLES, Christiane SPINA, Giuseppe STELLA, Dalla TATA, Evelyne TRAVERSO, Françoise VILLENEUVE, Hervé WRZOCHOL.

19.04.2013

Karine PUECH

28.04.2013

Monique MASSAT

29.04.2013

Didier FOULON

01.05.2013

Jean-Luc AGOSTINI, Serge BOUBILA, Geneviève CARAYON, Martine CASTILLON, René CAZES, Marie-Line CORMARY, Jean-Marie DEJAMMES, Giselle DESCLOITRE-DOLCI, Lydie FIOL, Jeanine GARCIA, Martine GASC, Christine JAMMES, Jean-Pierre LASCOURS, Albert PARRA, Halima PIQUEMAL, Martine RICHEFORT, Sylvette ROBERT, Christiane SABATIE, Marie-Rose TORTORICI.

02.05.2013

Stéphane LESPINASSE DE CAPELE

11.05.2013

Lucette COTTIN

16.05.2013

Nadine FOURMIGUE

24.05.2013

Christine NOTO

31.05.2013

Joselyne DESCHAMPS

01.06.2013

Marie-Thérèse BARDOU, Christine BELLOC, Lucienne DOUTRE, Marie-Claude DUBARRY, Michel FARASIN, Marie-Claire GLAUDE, Jacques LAPORTE, Raymond MARCONATO, Dominique MILLONE, Guy ROQUES, Viviane SANS, Georges SOULA, M-Joëlle VIGUIER, Monique VILLE.

10.06.2013

François RIVERA

11.06.2013

Francine CASAS

28.06.2013

Marie-Anne BERNAT

30.06.2013

Michèle RODRIGUEZ

Décès

11.03.2013

Michèle CLAVE

Histoire/Mémoire

Des premières dissections à l'angio-scanner post-mortem

Du temps de l'ignorance à l'école d'Alexandrie

Pendant toute l'antiquité la dissection du corps humain a été proscrite. Seuls les embaumeurs en Mésopotamie et en Egypte qui lavaient, éviscéraient et préparaient les dépouilles connaissaient la topographie grossière des principaux organes, mais travaillaient dans le strict respect d'un rituel religieux qui n'accordait aucune place aux recherches anatomiques.

L'anatomie demeura également peu explorée par la médecine hippocratique qui se contentait des études sur les animaux même si quelques dissections de fœtus humains (car mort-nés) échappaient aux interdits. Aristote (384-322), effectua également ses travaux à partir de l'anatomie animale. Cependant, trois siècles avant J-C, les premières dissections du corps humain furent réalisées à Alexandrie par Hérophile (320-250) et Erasistrate (310-250), médecins contemporains et compétiteurs, qui distinguèrent les artères battantes, les veines, les circonvolutions cérébrales, les nerfs moteurs et sensitifs, etc. Leur grande renommée attirera des foules d'étudiants, mais cette gloire est assombrie par la pratique de centaines de vivisections sur des condamnés à mort!

L'impact du droit canonique au Moyen-Âge

Après les travaux de Galien au II^e siècle qui ouvrit la médecine occidentale à l'anatomie mais dont les dissections portaient généralement sur des singes, puis ceux de l'Ecole de Salerne où l'on disséquait des porcs, un grand sommeil envahit les sciences anatomiques en Europe.

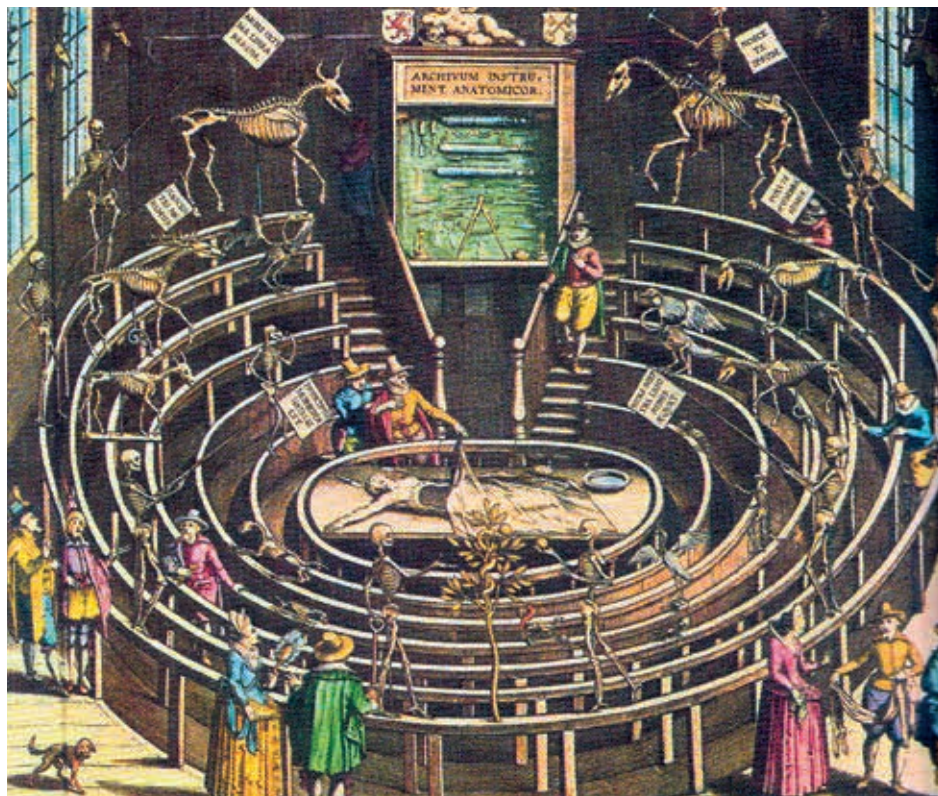
La prohibition des dissections jusqu'à la fin du Moyen-Âge, était parfois exceptionnellement levée dans un but médico-légal, mais le plus souvent contournée par des médecins ou des étudiants téméraires qui se procuraient des cadavres dans les cimetières ou dérobaient des

«morceaux» de condamnés sur les gibets. Cet interdit, sévèrement contrôlé par l'Eglise, reposait sur deux notions: la sauvegarde nécessaire du «corps-temple» promis à une résurrection et à une vie éternelle, mais aussi le soutien par le mythe de l'impureté du cadavre déjà inscrite dans l'Ancien testament. L'exercice de la chirurgie par les clercs fit ensuite l'objet de sévères restrictions lors du concile de Tours (1163) avec le célèbre adage *Ecclesia abhorret a sanguine*. (l'Eglise abhorre le sang). Cela entraîna l'interdiction aux religieux de toute activité chirurgicale qui fut alors assurée par des laïcs (les barbiers-chirurgiens). Bien que cette explication soit actuellement considérée comme excessive, il faut bien reconnaître que les connaissances anatomiques demeurèrent basées exclusivement sur la compilation des textes anciens dont ceux de Galien!

Toutefois à partir du XIV^e siècle des scènes de dissection de corps humain

sont représentées dans des miniatures dont celle du manuscrit de Guy de Chauliac à Montpellier 1363, précédé par la publication à Bologne en 1312 de *Anatomia mundini* de Mondino de Luzzi ouvrage conçu pour être lu à haute voix du haut d'une chaire, pendant qu'un démonstrateur pratiquait la dissection.

« La prohibition des dissections, jusqu'à la fin du Moyen-Âge, était parfois exceptionnellement levée dans un but médico-légal »



Amphithéâtre d'anatomie de Leyde 1610. Le lieu est à la fois une salle de dissection, un musée d'ostéologie et d'anatomie comparée et un espace ouvert au public où des dames se promènent ou achètent une peau humaine (en bas et à droite), car il était fréquent d'écortcher les cadavres pour en récupérer la peau!



Quatrième leçon d'anatomie de Mondino à Venise.1493
Le magister sur la chaire, près de la table le démonstrateur
avec la baguette et le « chirurgien » qui pratique la dissection.

Le renouveau avec Vésale puis Harvey

Après une longue période de régression où une grande partie de l'héritage médical grec et arabe fut oubliée par l'occident, le renouveau survint en 1543 à Bâle avec la publication du fameux livre de Vésale (1514-1564) *De humani corporis fabrica libri septem* (La construction du corps humain en sept livres). Son travail basé sur plusieurs dissections du corps de condamnés apportait un renouveau spectaculaire et Vésale redressait plus de deux cents erreurs dans les livres de Galien. Le XVI^e siècle fut aussi la grande époque de l'illustration anatomique et les artistes utilisèrent cette évolution pour leurs œuvres ainsi qu'en témoignent les travaux de Michel-Ange, de Leonard de Vinci, etc. Par la suite, Harvey au XVII^e siècle avec la découverte fondamentale de la circulation sanguine va apporter de nouvelles données à l'anatomie descriptive et à la physiologie du corps humain.

Quand la dissection devient spectacle et « portrait de groupe »

La fièvre des connaissances anatomiques va conduire à la construction de lieux spécialement réservés à ces activités: les amphithéâtres d'anatomies. Toujours

autorisées au compte-gouttes, les dissections, pour faciliter la conservation des cadavres se font en période hivernale et vont prendre aux XVII^e et XVIII^e siècles une allure de spectacle « scientifique », ainsi que le montrent les gravures représentant les amphithéâtres, en particulier ceux de Leyde, de Padoue, de Bologne, etc., ou encore les tableaux des peintres hollandais qui mettent souvent en scène des dizaines de notables posant autour d'un corps disséqué. L'acte est solennel et rare, car à Amsterdam la dissection d'un condamné à mort est autorisée une seule fois par an, par la guilde des chirurgiens.

Le tableau le plus célèbre est celui de Rembrandt van Rijn qui âgé de 24 ans peignit la leçon d'anatomie du docteur Nicolaes Tulp, bourgmestre de la ville, deux fois élu à la tête d'Amsterdam et premier *praelector anatomiae* de la chaire d'anatomie créée en 1628. Tulp est entouré de plusieurs chirurgiens et de personnalités de la ville, chaque participant payant sa côte part au peintre, leur nom étant inscrit sur le document présenté par l'un d'entre eux! Cette leçon, donnée le 31 janvier 1632, sur l'anatomie des muscles fléchisseurs du bras n'est pas conforme à la réalité malgré son réalisme apparent, car la première partie d'une dissection à cette époque était consacrée à l'exérèse des viscères abdominaux en raison de la rapidité de leur putréfaction! Le tableau, accroché au *Theatrum Anatomicum* dans le Poids public au Nieuwmarkt connut un immense succès et marqua le début de la grande carrière de Rembrandt!

La grande période anatomo-clinique

Contemporain d'un renouveau intellectuel et scientifique, le XIX^e siècle industriel va voir se développer, en particulier en France, le rayonnement de la médecine anatomo-clinique où dans les hôpitaux, les hypothèses diagnostiques sont ensuite vérifiées lors du décès du malade par une autopsie quasi systématique. Il n'est pas rare de voir au cours d'une visite magistrale des médecins discuter ouvertement devant le malade des possibilités diagnostiques et terminer leur péroraison par: « Attendons la vérification » ou « Nous verrons tout ça chez Morgagni ». Ainsi désignait-on la salle d'autopsie du nom de Jean-Baptiste Morgagni, (1682-1771), médecin italien du XVIII^e siècle, considéré comme l'initiateur de l'anatomo-pathologie moderne avec près de 700 autopsies réalisées.

Parallèlement les progrès techniques permettent de splendides lithographies en couleur qui vont illustrer les publications des travaux de Cloquet, Velveau, Bourgerie, Jacob, etc. De purement descriptive, l'anatomie devint alors topographique, les anatomistes chirurgiens recherchant les meilleures voies d'abord chirurgicales pour répondre aux besoins d'une chirurgie en plein développement avec la découverte de l'anesthésie et de l'asepsie.

Il ne restait plus qu'à attendre la découverte des rayons X, le développement de l'endoscopie, puis de l'imagerie moderne (TDM, IRM...) et de l'angio-scanner post-mortem. ■

Professeur Jacques Frexinos

L'angio-scanner post-mortem réalisable au CHU de Toulouse

Grâce à la collaboration entre ses services d'imagerie et de médecine légale, le CHU de Toulouse a été le premier en France à proposer une utilisation protocolisée de l'imagerie en coupe post-mortem et également en anthropologie médico-légale.

Depuis avril 2012, l'hôpital Rangueil est le premier au plan national à bénéficier de la technique d'angio-scanner post-mortem corps entier. Cette première résulte d'un projet mené en partenariat avec neuf hôpitaux européens.

La technique initiée dans le cadre de ce projet permet l'injection d'un produit de contraste spécifique lors d'un examen tomographique post-mortem corps entier par le biais d'un injecteur dédié. Les débits d'injection du produit de contraste sont bien supérieurs à ceux employés en pratique clinique du fait de l'absence d'hémodynamique.

L'exploration est effectuée en trois temps : un temps matériel, un temps veineux, un temps dynamique. L'utilisation du scanner et de l'angio-scanner post-mortem permet une étude non invasive. L'injection du produit de contraste aide à obtenir des informations qui n'étaient jusqu'à présent accessibles que lors de l'autopsie, notamment au plan cardio-vasculaire, en précisant la localisation de saignements à l'origine d'hémorragies.

Cette activité est maintenant réalisée à raison d'un examen par semaine. Cette technique présente non seulement un intérêt médico-légal, mais aussi scientifique, car les familles des défunts refusaient fréquemment les demandes d'autopsies scientifiques.

Diététique

La saison des fruits jaunes

Côté origine

Pêche, brugnons et nectarines sont les fruits de variétés de pêchers dont le nom latin est *Prunus persica*. À ce jour 3000 variétés différentes sont recensées. C'est le philosophe grec Théophraste qui baptisa ainsi l'arbre le pensant originaire de Perse. Or, le pêcher vient de Chine où il est cultivé depuis plus de 5000 ans, comme l'abricotier.

En France, plus de 300 variétés de *Prunus Persica* et une trentaine de variétés d'abricotiers sont cultivées, principalement dans le sud du pays: Pyrénées-Orientales, Gard, Bouches-du-Rhône, Drôme.

Côté histoire

La pêche était le fruit favori du roi soleil. Le jardin fruitier de Versailles regroupait à l'époque plus de 30 variétés de *Prunus Persica*. Quant à la pêche Melba, elle fut créée en l'honneur de la cantatrice australienne Nellie Melba à la fin du XIX^e siècle par Auguste Escoffier, grand amateur d'opéra.

Côté nutrition

L'intérêt nutritionnel des pêches, nectarines, brugnons réside dans leur apport en vitamine C et provitamine A ou bêta carotène dont la teneur varie en fonction de la couleur du fruit. Plus il est jaune, plus il est riche en provitamine A. Cet élément nutritionnel est également très présent dans l'abricot qui est un des fruits les plus pourvus en pigments caroténoïdes, d'où sa couleur orange.

Outre ces apports vitaminiques, les fruits jaunes sont riches en minéraux, particulièrement en potassium. L'abricot est riche en fibre soluble: la pectine, qui a la particularité de se gélifier sous l'effet de la chaleur. Ce qui confère à l'abricot sa qualité de fruit à confiture. ■



Thé vert, pêche et nectarine

4 pers

- 1 Pêche
- 1 Nectarine
- 1 Sachet de thé vert
- Sucre selon le goût

Faire infuser un sachet de thé vert dans 1/2 litre d'eau. Et réserver au frais. Peler et couper les fruits en petits dés, les placer dans une verrine avec quelques feuilles de menthe. Verser le thé froid sur les fruits. Servir très frais.

Tiramisu à l'abricot et aux spéculoos

6 personnes

- 250 g de mascarpone
- 3 œufs
- 80 g de sucre et 2 sachets de sucre vanillé
- 6 abricots murs
- 8 biscuits spéculoos

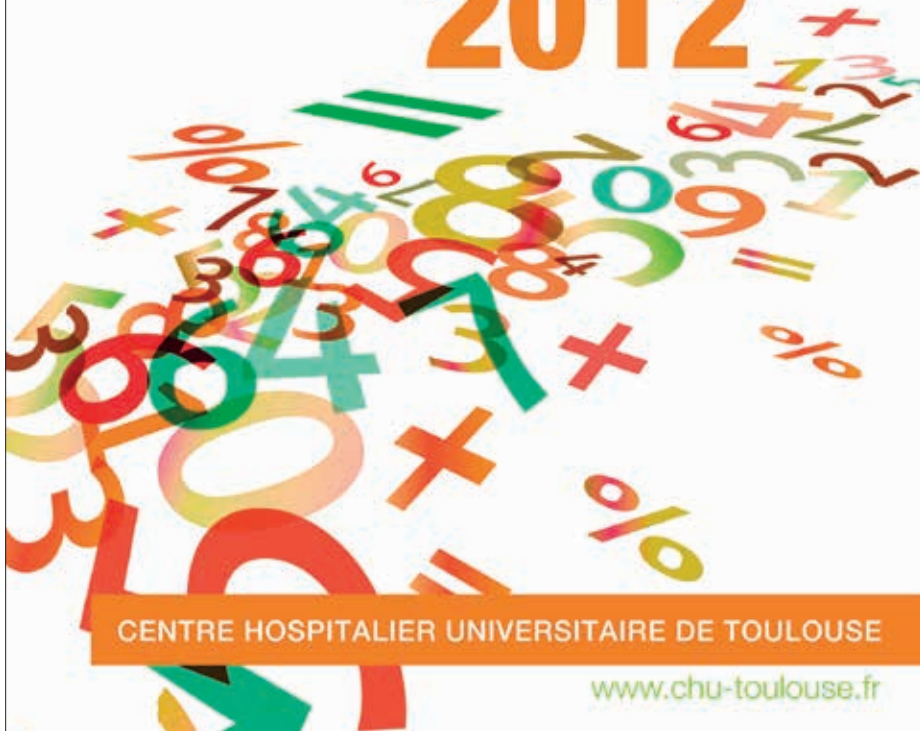
Séparer le blanc des jaunes d'œufs. Monter les blancs bien fermes. Mélanger les jaunes avec le sucre et le mascarpone, y incorporer les blancs.

Laver les abricots, les couper en petits dés et les faire revenir dans une poêle avec une noix de beurre et 2 sachets de sucre vanillé. Mixer les spéculoos.

Dans un plat ou des verrines, placer en couches successives le mixé de spéculoos, le mixé d'abricot, le mascarpone. Décorer avec une feuille de menthe ou une tranche d'abricot, ou une fraise...



Chiffres clés 2012



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

www.chu-toulouse.fr

Pour télécharger,
la nouvelle plaquette
des chiffres clés
du CHU de Toulouse,
scannez le QR code
ou connectez-vous
sur www.chu-toulouse.fr



ATTENTION AUX MAUVAISES SURPRISES



Certaines
complémentaires santé
vous promettent
des garanties low cost

CHEZ NOUS LE SERVICE EST ENTIER



Quand on vous
propose une garantie,
les options
sont comprises

www.mutami.fr



mutami
Le lien solidaire

mutami
Le lien solidaire

**SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
AUTO - HABITATION**

Agences en Haute-Garonne

TOULOUSE

70 boulevard Matabiau (Métro Canal du Midi)
Tél. 0810 131 111 (tarif en vigueur)

56-58 rue Matabiau (Métro Jeanne d'Arc)
Tél. 05 34 66 60 20

COLOMIERS

10 passage du Ségala
Tél. 05 34 55 30 45

www.mutami.fr



<http://www.mutami.fr>

Permanence à RANGUEIL

tous les mardis de 11 h 00 à 14 h 00 sans interruption
à la Maison du Personnel (en bas de la crèche)

Notre conseiller : Jean Pierre ANTOINE
Tél. 06 24 40 36 52

Votre vocation est de soigner, la nôtre est de vous assurer.



SPÉCIAL MÉTIERS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

► Pour profiter **d'offres privilégiées**, renseignez-vous
au **0 970 809 809** (numéro non surtaxé) OU SUR **www.gmf.fr**

10 %
DE RÉDUCTION*
sur votre assurance **AUTO**

+

Pour les moins de 30 ans

JUSQU'À 100€ OFFERTS**

50€ sur votre assurance **AUTO**
50€ sur votre assurance **SANTÉ**

*Offre réservée aux agents des services publics, personnels des métiers de la santé et du social, la 1^{re} année, à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2013.

**Offre réservée aux agents des services publics de moins de 30 ans, la 1^{re} année, à la souscription d'un contrat d'assurance auto et/ou d'un contrat de complémentaire santé. Offre non cumulable avec le tarif Avant-âge 30 et valable jusqu'au 31/12/2013.

**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 - R.C.S. Paris 775 691 140 - Siège social : 76, rue
de Prony 75857 Paris Cedex 17 et sa filiale GMF Assurances.
Les contrats complémentaires santé sont souscrits par
l'A.D.A.C.C.S auprès de GMF Assurances et La Sauvegarde.



Assurément Humain