

automne 2011

d'

numéro 130

# Trait Union

LE MAGAZINE  
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

Pleine lumière  
sur le h3



à la une  
Psychiatrie :  
un plein d'humanité



## GRÂCE AU PARTENARIAT ENTRE L'ENTENTE ET LE CRÉDIT MUTUEL

### BÉNÉFICIEZ D'UN PRÊT PERSONNEL À TAUX PRÉFÉRENTIEL ET DE NOMBREUX AVANTAGES

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 : 1 015,55 €. 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 septembre 2011.

### FINANCEZ TOUS VOS PROJETS JUSQU'À 21 500 €

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

À PARTIR  
DE 2,90%  
TAEG FIXE

Exemples pour 1 000 € empruntés selon la durée :

DURÉE	TAEG FIXE	Taux débiteur fixe	Montant des mensualités	Montant total dû
12 mois	2,90 %	2,86 %	84,63 €	1 015,55 €
24 mois	4,40 %	4,31 %	43,56 €	1 045,49 €
36 mois	4,50 %	4,41 %	29,71 €	1 069,42 €
48 mois	4,90 %	4,79 %	22,93 €	1 100,84 €
60 mois	5,10 %	4,98 %	18,86 €	1 131,76 €
72 mois	5,55 %	5,41 %	16,30 €	1 173,25 €
84 mois	5,60 %	5,46 %	14,35 €	1 205,51 €

POUR TOUTE DEMANDE D'INFORMATION **CONTACTEZ LA CAISSE DE CRÉDIT MUTUEL**

CRÉDIT MUTUEL PURPAN – 299, AV. DE GDE BRETAGNE – TÉL. : 05 34 47 45 60 – 02226@CREDITMUTUEL.FR  
CRÉDIT MUTUEL SAINT-AGNE – 34, AV. DE L'URSS – TÉL. : 05 34 42 63 70 – 02206@CREDITMUTUEL.FR  
CRÉDIT MUTUEL CROIX DE PIERRE – 107, AV. DE MURET – TÉL. : 05 34 47 45 00 – 02210@CREDITMUTUEL.FR  
CRÉDIT MUTUEL SAINT CYPRIEN – 3, AV. ETIENNE BILLIÈRES – TÉL. : 05 34 42 60 10 – 02204@CREDITMUTUEL.FR  
CRÉDIT MUTUEL PROFESSIONS DE SANTE – 6, RUE DE LA TUILERIE – 31130 BALMA – TÉL. : 05 34 42 64 90  
02291@CREDITMUTUEL.FR

**Crédit Mutuel**  
LA banque à qui parler



# sommaire



7



11



18



26



33



35

## Expresso

- 4 **Les responsables de pôles réunis en séminaire**
- 4 **Une réflexion sur la pertinence des actes**
- 6 **Avec la petite libellule du développement durable**
- 6 **Xavier Bertrand en visite au CHU**
- 7 **Diabète de l'enfant: urgence**

## Reportages

- 8 **Grands travaux:**  
Pleine lumière sur le h3
- 11 **Médical/Maladies rares:**  
s'unir pour un meilleur service rendu
- 12 **Médical/Cardiologie:**  
le « stent biodégradable » et le « MitraClip »
- 14 **Médecine sociale:**  
la Halte-Santé à La Grave
- 16 **Pharmacie oncologique:**  
un saut qualitatif, quantitatif et sécuritaire

## À la une

- 18 **Psychiatrie:**  
**un plein d'humanité**  
Face à une activité en forte croissance, le pôle Psychiatrie du CHU met en place une approche qui accentue l'effort d'écoute et de disponibilité et intègre les incidences de la nouvelle loi sur l'admission en soins psychiatriques. Avec en perspective une amélioration importante de l'accueil et de l'hospitalisation grâce aux nouveaux locaux qui vont être construits à Purpan

## Enjeux

- 24 **Gestion par pôle:**  
laissez-vous guider
- 26 **Qualité:**  
Saphora, ce que vous devez savoir

## Communauté hospitalière

- 28 **Formation:**  
pédagogie et recherche
- 30 **Actualités sociales**
- 33 **Avec l'Entente Sportive**

## Loirirs/Culture

- 35 **Voyage:**  
« Pirates des Caraïbes »
- 36 **Histoire/Sémantique:**  
pourquoi des « cliniques » dans les hôpitaux ?
- 38 **Diététique:**  
le champignon dans tous ses états

Trait d'union n°130.

Directeur de la publication : Jean-Jacques Romatet.

Rédacteur en chef : Dominique Soulié.

Photographies : Alliance Maladies Rares, Igor Bertrand, Benoît Capoen, Christine Cuq, Nicolas Fleuré, Odile Viguié.

Illustrations : Patrick Goulesque.

Comité de rédaction : Sylvie Dermoune, P. Jacques Frexinos, Sylvie Goutnikoff, Caroline Martineau, Marie-Christine Monnin, D' Jean Petit, Alain Rattier, Odile Viguié.

Secrétariat de Rédaction : Délégation à la Communication, AMI-Communication.

Assistance rédactionnelle : Hugues Beilin.

Ont contribué à ce numéro : Gabriel Maffre (p. 14 et 15), Thérèse Cousseau-Bourdoncle et Daniel Durou (p. 24 et 25), Patrick Viollet (p. 28 et 29), Daniel Roux (p. 35).

Réalisation : Délégation à la Communication et Ogham.

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 Délégation à la Communication, Hôtel-Dieu Saint-Jacques, Tél. : 05 61 77 83 48. ISSN 0220-5386. Dépôt légal : juillet 2011.*



## Pierre COHEN

Député-maire de Toulouse  
Président du conseil de surveillance  
du CHU de Toulouse

Le 21 septembre 2001, à 10h17, une explosion retentit dans Toulouse. Un stock de 300 tonnes de nitrate d'ammonium vient d'exploser à l'usine AZF de Grande Paroisse, filiale du groupe Total.

Le bilan est lourd : 31 morts, dont 21 sur le site, 2 200 blessés et près de 10 000 personnes souffrant de séquelles. Immédiatement, les secours s'organisent sur l'ensemble des sites du CHU. Dans un magnifique élan de solidarité, les équipes, y compris celles qui n'étaient pas en service ce jour-là, se mobilisent pour accueillir les victimes.

Alors que nous commémorons les 10 ans de la catastrophe, je souhaite saluer l'engagement professionnel et humain, la compétence et le courage des équipes de soins, des services techniques, logistiques et administratifs du CHU.

Je souhaite rendre hommage aux renforts médicaux et logistiques du SAMU 31 qui ont su immédiatement appliquer les principes de base de la médecine de catastrophe, tels que les entendaient le fondateur du SAMU, le Pr. Louis Lareng.

Il y a dix ans, avec la suppression des hôpitaux miroirs, se posait l'utilité de deux services publics d'urgence sur l'agglomération toulousaine. La catastrophe d'AZF en a douloureusement rappelé la nécessité.

Cette commémoration est aussi l'occasion de mettre l'accent sur le malaise actuel des services d'urgence, souvent engorgés, confrontés à un manque de lits, travaillant dans des conditions particulièrement éprouvantes.

Le nouveau bâtiment « urgences, réanimation, médecine » sur le site de Purpan devrait apporter un peu plus de confort au personnel des urgences. Mais il n'est pas sûr qu'il résolve tous les problèmes d'une profession confrontée de plein fouet à la détresse humaine et qui reste, vaille que vaille, garante de la permanence des soins et de l'accueil de tous les patients.

Par ailleurs, je me réjouis de l'installation de la Halte-Santé à la Grave. Ces locaux, en centre-ville, répondent parfaitement aux besoins de cet établissement qui accueille des personnes fragiles, vulnérables, vieilles précocement et qui nécessitent des prises en charges spécifiques.

## Expresso

### Les responsables de pôles réunis en séminaire



Le président de la Commission Médicale d'Établissement et le directeur général du CHU ont souhaité lancer officiellement le travail des chefs de pôle et de leurs adjoints, nouvellement nommés au cours d'un séminaire organisé les 1<sup>er</sup> et 2 septembre à l'hôpital Larrey. Cette rencontre avait pour objectif d'échanger sur les missions et attributions des chefs de pôle issues de la Loi HPST et sur l'esprit

du management par pôle au CHU de Toulouse. Ce temps fort a aussi permis d'identifier le niveau d'accompagnement et de formation nécessaire pour mener à bien les nouvelles missions et de présenter les outils de la gestion par pôles.

Le premier travail attendu des nouveaux responsables sera d'écrire le projet de pôle en tenant compte des orientations du CHU dans le but de préparer, dans les trois mois, les contrats hospitalo-universitaires et le projet d'établissement.

### Une réflexion sur la pertinence des actes

Devant un parterre de plus de 150 participants, le CHU de Toulouse a lancé sa réflexion sur la pertinence des actes, le mercredi 7 septembre 2011 à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques en présence de représentants de la Haute Autorité de Santé et de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, des doyens des deux facultés de médecine et d'acteurs de santé venus témoigner de leurs expériences dans ce domaine. Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHU, a affirmé l'engagement de l'institution à promouvoir une médecine sobre et responsable. Il est essentiel de garantir la mise en œuvre appropriée des actes recommandés et/ou nécessaires et de bannir les actes inutiles des pratiques de soins. Ces exigences de dimension éthique doivent s'inscrire dans les programmes pédagogiques médicaux assurés par les facultés de médecine. Pour concrétiser au mieux ces engagements au CHU de Toulouse, cette démarche sur la pertinence des actes sera inscrite dans les contrats internes signés avec tous les pôles cliniques et médico-techniques.

Jean-Jacques ROMATET  
 Directeur général  
 du CHU de Toulouse



© Objectif News/Rémi Benoit

## La crise et nous

Il faudrait être aveugle pour ne pas voir le monde qui nous entoure et l'étendue de la crise mondiale qui fait des ravages dans l'emploi, les coûts de l'endettement et sème partout l'inquiétude.

À titre d'exemple, nos voisins espagnols viennent de baisser les salaires de leurs fonctionnaires de 5 % et les trois hôpitaux universitaires de Barcelone sont mis dans l'obligation de se regrouper pour trouver des solutions à la pénurie considérable de financement. À 300 km de Toulouse les collectivités publiques espagnoles paient leurs fournisseurs à près de 300 jours et entraînent ainsi de nombreuses petites entreprises dans la crise.

Notre pays est également dans une situation économique contrainte et le CHU de Toulouse n'échappe pas à cet environnement. Les pouvoirs publics nous mettent en situation de devoir diminuer nos coûts de fonctionnement et de justifier la moindre de nos initiatives. Ce n'est pas anormal dans un tel contexte.

Je pense indispensable de vous expliquer les orientations prises pour éviter d'être nous-mêmes dans la crise qui se traduirait par des plans sociaux et de la difficulté grave pour tous, nos malades d'abord.

Nous veillons scrupuleusement à tenir notre équilibre budgétaire en gardant notre dynamique d'activité et de création régulière d'emplois. Cette année encore, nos effectifs vont augmenter d'une cinquantaine d'emplois. Ceci est possible par la poursuite de notre bonne activité, la baisse régulière de nos coûts de fonctionnement par un travail de tous, parfois imperceptible, parfois pas très bien compris, mais très efficace et porteur de bonnes nouvelles pour tous. Je serai contraint dans les jours qui viennent à rappeler certains à l'esprit collectif tant dans la facturation de notre activité que dans l'amélioration de nos organisations quand cela est possible. Il n'est plus envisageable que des

choix personnels souvent conservateurs et égoïstes se traduisent par des pertes importantes de moyens, pour nous tous et pour nos malades.

Nous avons engagé des investissements lourds mais qui vont permettre à notre service public d'être en deux à trois ans encore plus concurrentiel, de réduire les coûts improductifs liés à des structures inadaptées ou émiettées. Ces investissements produiront d'autant plus de résultats si nous les mutualisons chaque fois que c'est possible. Ce choix est garant de notre avenir et il assure de l'emploi pour nos enfants.

Nous avons également accéléré notre démarche de décentralisation en pôles, car c'est au plus près du terrain que se prennent les décisions du quotidien. Les nouveaux chefs de pôle ont été nommés et sont engagés à la tête de leur équipe. Nous travaillerons dans la transparence et la confiance en nous appuyant sur la volonté partagée d'améliorer chaque jour la pertinence de nos actes, de nos examens. C'est à ce prix que nos malades seront bien soignés avec des moyens suffisants.

Enfin, nous nous sommes engagés avec nos Doyens dans l'accompagnement et l'aide des hôpitaux de la région. Notre CHU sera d'autant plus fort s'il est intégré dans une démarche solidaire et intégrée avec nos voisins hospitaliers. Ils ont besoin de nous pour renouveler leurs équipes médicales et maintenir leur offre de soins, nous avons besoin de leur confiance pour qu'ils nous adressent les malades en recours.

Dans cette période que nous traversons, chacun doit mesurer la part qu'il prend à aider la collectivité de son mieux. Notre situation est correcte et nous construisons ensemble notre avenir mais la route est étroite.



## Développement durable : venez rejoindre la petite libellule

Pour les uns, je représente la force et la bravoure.

Pour les autres, la vie et tout simplement... le bonheur.

Moi, petite libellule, j'occupe une place particulière dans notre écosystème.

Je suis, en effet, très sensible à la qualité des eaux dans lesquelles je vis et je représente un bon indicateur de la richesse de la faune d'eau douce.

Choisie comme compagne de la démarche Développement Durable du CHU, je serai désormais associée à tous les messages relatifs aux actions écologiques et solidaires de l'établissement.

Quatre couleurs pour mes ailes ! Et à chaque couleur sa mission Développement Durable !

Mon aile orange pour les Commissions 1 et 2 : Sociale et Sociétale

Mon aile rose pour la Commission 3 : Achats Ecoresponsables

Mon aile bleue pour la Commission 4 : Eau Air Énergies Transports

Mon aile verte pour la Commission 5 : Filières Déchets

Le chantier lancé est ambitieux. Votre participation me sera très précieuse.

Si vous souhaitez contribuer aux travaux d'une commission, contactez la chargée de mission Développement Durable du CHU à l'adresse mail [toutut.e@chu-toulouse](mailto:toutut.e@chu-toulouse)

Ou bien proposez directement vos idées sur la boîte mail : [dev.durable@chu-toulouse.fr](mailto:dev.durable@chu-toulouse.fr)

Ensemble pour un hôpital sobre et responsable !

Pour un hôpital sobre et responsable, le CHU de Toulouse s'engage

DÉVELOPPEMENT DURABLE



## Fortes chaleurs d'août : visite de Xavier Bertrand au CHU

Xavier Bertrand ministre du travail, de l'emploi, de la santé s'est rendu au service des urgences adultes et au SAMU de l'hôpital Purpan dans la matinée du 23 août afin de constater l'impact des fortes chaleurs de la fin du mois d'août.

Le plan canicule de niveau 2 a été déclenché le vendredi 19 août sur le Sud Ouest de la France. Xavier Bertrand s'est entretenu durant sa visite avec le directeur général Jean-Jacques Romatet, le chef du pôle de médecine d'urgences le professeur Dominique Lauque, le directeur médical du SAMU le Dr Jean-Louis Ducassé, et avec les équipes soignantes des urgences.

L'objectif de la visite du ministre a été de s'assurer du bon fonctionnement du plan canicule.



## EDF aide l'Unité de soins palliatifs



La Fondation EDF Collectivités vient d'offrir à l'Unité de soins palliatifs du CHU un chèque de 5 000 €. Ce don a permis l'acquisition de quatre pompes antidouleurs dont bénéficieront les patients hospitalisés dans cette unité.

Cet élan de solidarité et de générosité d'EDF a été rendu possible par la mobilisation de quarante collaborateurs à travers un challenge mené à l'intérieur de l'entreprise.

Sur notre photo, on reconnaît de gauche à droite : Stéphanie Lozano, médecin ; Valérie Pons-Prete, directeur délégué du pôle gériatrie ; Patrick Peyroche, directeur EDF entreprises et collectivités locales sud-ouest ; Christian Cazottes, cadre de santé ; Nicolas Saffon, médecin ; Bernard Fontan, médecin chef de pôle adjoint ; le Pr Bruno Vellas, chef de pôle.

## Diabète de l'enfant: urgence

Le CHU s'associe à une campagne de sensibilisation pour faire connaître au grand public les symptômes de cette maladie.



Affiche de la campagne de sensibilisation

Le CHU s'associe à Enfance Adolescence Diabète Midi-Pyrénées pour relayer une grande campagne de communication en Midi-Pyrénées. Initiée au niveau national par l'Aide aux Jeunes Diabétiques, elle a pour objectif de faire connaître les signes de diagnostic du diabète de l'enfant et de l'adolescent au plus grand nombre, afin d'éviter les diagnostics tardifs et les complications que cela implique.

Le diabète de type 1 apparaît principalement pendant l'enfance ou l'adolescence. Dans cette maladie auto-immune, souvent confondue avec le diabète de type 2, les cellules qui fabriquent l'insuline sont détruites. Un traitement immédiat par des injections d'insuline est indispensable et permet aux jeunes de vivre comme les autres, malgré les contraintes du traitement. Mais un retard de diagnostic peut évoluer très vite vers une complication grave: l'acidocétose.

### Quels sont les symptômes qui doivent alerter ?

- > Soif intense,
- > Envie d'uriner fréquente (avec reprise de pipi au lit),
- > Fatigue,
- > Perte de poids.

Ces signes « anodins » doivent faire réagir: les parents, en allant consulter rapidement; les médecins en pratiquant systématiquement au cabinet, une mesure de glycosurie ou de glycémie; les enseignants, les éducateurs en signalant un changement de comportement de l'enfant.

En France, plus de 2000 cas ont été diagnostiqués en 2010. Près d'un enfant sur deux présentait une acidocétose, nécessitant une prise en charge médicalisée intensive. Chaque année, des décès surviennent à la suite d'acidocétoses sévères.

À l'hôpital des Enfants de Toulouse, les enfants arrivés aux urgences pour un diagnostic de diabète avaient les symptômes suivants:

- > 34 % sont en déshydratation (perte de poids),
- > 10% avec perte de poids et risque de troubles de la conscience,
- > 23 % en difficultés respiratoires,
- > 8 % en coma (dont 1 décès).

En Midi-Pyrénées, la campagne est soutenue par le CHU et l'ensemble des centres hospitaliers de la région, le Rectorat, l'Agence Régionale de Santé, le Conseil général 31, la CPAM de la Haute-Garonne, la Mairie de Toulouse, la Mutualité Française, Tisséo.

Pour en savoir plus:  
[www.enfance-adolescence-diabete.org](http://www.enfance-adolescence-diabete.org)



## Télé TAM-TAM: la petite chaîne qui monte!

Le 13 septembre 2011, télé TAM-TAM, la chaîne de télévision interne de l'hôpital des Enfants fête ses 7 ans. C'était aussi l'occasion de remercier les partenaires de la chaîne (Fondation « Hôpitaux de Paris/Hôpitaux de France », association « Hôpital Sourire ») qui, grâce à leur soutien financier, ont permis de renouveler les caméras de télé TAM-TAM et d'acquérir un banc de montage. Le nouvel équipement, fourni par le prestataire IEC Toulouse, permettra de donner la parole aux journalistes et acteurs en herbes dans des réalisations pédagogiques et ludiques.





## Grands travaux

## Pleine lumière sur le h3

Améliorant l'organisation du travail et la sécurité, le nouveau bâtiment de Ranguell constitue l'un des plus gros ensembles de blocs opératoires au niveau national.



Le nouveau bâtiment de Ranguell sera inauguré en novembre et prendra le nom du doyen Guy Lazorthes

C'est en 2004, concomitamment à la mise en œuvre du Plan Cancer qu'a été lancé, grâce à l'octroi de nouveaux crédits, le projet h3. L'idée de départ était double: résoudre d'une part les problèmes de sécurité (incendie, électrique notamment) existant au BOh2, regrouper d'autre part sur le site de Ranguell toute la chirurgie d'organes ayant une importante activité oncologique.

Les travaux démarrés à l'automne 2007 ont été achevés en juillet 2010. Le bâtiment réceptionné, l'installation des équipements a commencé en intégrant les préconisations des groupes de travail constitués avant l'ouverture<sup>1</sup>.

La mise en service du bâtiment se fait en plusieurs temps: le Centre des grands brûlés a été ouvert en janvier 2011 et les blocs opératoires fin juin 2011 pour ceux du premier étage et début juillet pour ceux du deuxième étage. La réanimation

sera installée au premier semestre 2012. Les derniers transferts ont été précédés, dans le cadre de la procédure prévue à cet effet, d'une journée de simulation. Elle a eu lieu le 22 avril. Selon les scénarios écrits pour chaque discipline, les équipements et le matériel neuf ont été testés par les équipes chirurgicales, de même que les circuits et l'organisation. « La simulation, explique Dominique Michez, directeur responsable du projet, a eu un double avantage. Elle a permis de familiariser les personnels avec les locaux et l'organisation. Elle a contribué également à détecter de petits oublis, permettant d'effectuer les corrections nécessaires ».

1. Les groupes de travail ont étudié les questions relatives à la logistique, l'hôtellerie, le contrôle des accès, la gestion des appels d'offres pour les équipements...

## Un circuit court favorable

Responsable du pôle anesthésie-réanimation, le Pr Olivier Fourcade se félicite en premier lieu de la mise aux normes techniques et architecturales apportée par le h3: « Cet ensemble, dit-il, regroupe les activités interventionnelles H24 du site dans sa configuration finale, ce qui est une énorme amélioration de la sécurité sur le plan anesthésique ».

Pour lui, la proximité des blocs et de la réanimation crée un circuit court favorable à l'organisation du travail, ainsi qu'un lien fonctionnel entre la chirurgie et l'anesthésie.

La création des deux salles dédiées aux urgences va, pour le Pr Fourcade, « apporter une meilleure lisibilité dans l'organisation de la journée et améliorer le lourd travail des personnels soignants ».

La mise en service des équipements radio complétera le regroupement et par là même l'efficacité obtenue dans ce nouveau lieu.



## Dix-huit salles d'opération

Ce sont aujourd'hui dix-huit salles d'opération qui fonctionnent au sein du h3 dont deux dédiées aux urgences.

L'ouverture du h3 Amène des améliorations profondes. Il y a d'abord l'agrément du bâtiment qui offre de la lumière naturelle pour les salles d'opération, ce qui a fait dire à un médecin: « J'ai eu l'impression de sortir de la mine ». Il y a aussi bien sûr le progrès technique, la sécurité fournie par la mise aux normes et plus particulièrement la nouvelle efficacité de l'organisation. « Auparavant, souligne Patrick Fernandez, directeur du pôle blocs opératoires, il fallait intégrer les urgences dans les programmes établis. Cela bouleversait les journées. Avec deux salles réservées aux urgences qui, par définition, ne sont pas programmables, les plannings sont tenus. Cela procure

une organisation plus stable et permet de réduire les délais d'attente des patients ». Outre les gros progrès en matière d'hygiène, avec l'application scrupuleuse des dernières normes, le travail est amélioré par le choix de création de salles d'opération vides. Ce matériel est apporté sur tables roulantes. Il entre et sort, ce qui facilite le nettoyage.

Le h3 constitue l'un des plus gros ensembles de blocs opératoires au niveau national. Il préfigure celui de Pierre-Paul Riquet à Purpan qui sera encore plus important, avec vingt-trois salles. L'expérience du h3 sera très utile à la préparation de la mise en œuvre de cette énorme réalisation.

En 2010, les blocs opératoires regroupés au sein du h3 ont pris en charge

# 9 338 patients.

Le nouveau concept de salle d'opération améliore l'hygiène.



Une journée de simulation pour tester les équipements.

## Un double changement réussi

En sa qualité de chef de pôle des blocs opératoires, le Pr Jacques Lagarrigue qui vient de prendre sa retraite, a été associé à la conception et à la réalisation du nouveau bâtiment de Rangueil.

Pour lui, deux grands changements marquent l'ouverture du h3.

« Antérieurement, relate-t-il, chacun avait sa salle. Maintenant il y a un regroupement d'activités diverses dans des salles à peu près identiques. Les chirurgiens et les anesthésistes ont fait un gros effort pour s'adapter à cette situation. Ils sont passés en quelque sorte d'un système où ils étaient « propriétaires » à un autre où ils deviennent « locataires ». Cela a permis de rééquilibrer les vacations et de conduire au deuxième grand changement: l'individualisation des salles non programmées. Avec celle-ci, les plannings ne sont plus perturbés ».

Le Pr Lagarrigue se félicite que toute cette mutation ait pu avoir lieu dans de bonnes conditions, grâce notamment à une « préparation longue et bien chiffrée » et grâce à une séance de simulation, une première au plan national, très réussie. Il souhaite bien sûr que cette expérience serve à la préparation de l'ouverture des futurs blocs opératoires de la clinique Pierre-Paul Riquet à Purpan.

## Confort et ergonomie pour le Centre des grands brûlés

Le service des grands brûlés est le premier à avoir emménagé dans le h3. Il a intégré le nouveau bâtiment de Rangueil le 31 janvier dernier. Le troisième étage lui a été attribué.

Des chambres équipées d'un matériel ergonomique.



Estelle Oussar, directrice de pôle et chef de projet de l'ouverture du h3, explique le pourquoi de ce déménagement: « Le service des grands brûlés, dit-elle, doit répondre aujourd'hui à des normes d'hygiène et de sécurité précises. Il était plus judicieux de s'installer dans des nouveaux locaux que de moderniser les anciens, ce qui aurait eu un coût très élevé ».

La capacité du service est demeurée identique avec six lits plus un lit d'accueil des urgences. Mais la superficie double pratiquement: elle passe de 735 m<sup>2</sup> à 1400 m<sup>2</sup>. Cela a permis de concevoir des chambres plus grandes, de créer un bloc opératoire dédié, distinct du bloc de balnéothérapie.

« Les chambres, précise Estelle Oussar, sont équipées d'un matériel neuf ergonomique et disposent d'un espace qui permet aux soignants d'effectuer les préparations et le suivi des soins ».

Pour le Dr Jacky Laguerre, responsable médical du Centre des grands brûlés, le nouvel outil de travail est excellent: « Nous avons, explique-t-il, un bel équipement avec de l'espace et de la luminosité. Notre matériel n'est plus dans le couloir! Nous disposons d'un système de surveillance et de monitoring très performant, ainsi que d'une climatisation modulable adaptée à chaque patient. De plus, l'autonomie de la balnéothérapie par rapport au bloc opératoire facilite la prise en charge des patients ».

### Le Centre des grands brûlés en chiffres

- > 102 séjours en 2009, 75 en 2010, 41 sur les 6 premiers mois de 2011.
- > 1/3 d'entrées la nuit et 2/3 le jour.
- > 50 % de malades du département, 35 % de la région et 25 % hors région.
- > 13 % de décès.
- > Taux d'occupation: 81 % en 2009, 78 % en 2010, 84 % sur les 6 premiers mois de 2011.
- > Les patients relèvent essentiellement de la réanimation et non de la surveillance continue (1 à 2 lits).
- > 20 % de brûlures graves supérieures à 30 % de surface corporelle.
- > 80 % de chirurgie lourde, surveillance horaire et psychiatrie.





## Médical/Maladies rares

## S'unir pour un meilleur service rendu

Les huit centres de référence des maladies rares labellisés du CHU ont décidé de se rassembler au sein d'une Fédération dont les objectifs principaux sont de mutualiser les moyens, de mieux faire connaître l'activité des centres et d'engager des actions communes dans les domaines de la formation et de la recherche.



La prise en charge des maladies rares est une priorité de santé. Depuis 2004, dans le cadre du Plan national maladies rares, huit centres de référence spécialisés dans ces pathologies ont été labellisés au sein du CHU. Les missions des centres de référence sont communes et consistent à assurer une prise en charge optimale et pluridisciplinaire des patients, à faire avancer la recherche et à former les professionnels de santé et les familles. Les coordonnateurs des différents centres ont eu des échanges réguliers depuis plusieurs années sous la forme de réunions annuelles animées par la direction de la stratégie. Elles visaient à développer des collaborations et à trouver des solutions aux difficultés de fonctionnement. À l'instar de l'expérience menée au CHU de Bordeaux, les différents centres ont émis le souhait de renforcer et de formaliser les liens qui les unissent, en créant une Fédération dont la finalité est d'améliorer la prise en charge des patients.

Trois grands objectifs guident cette démarche: l'amélioration par des actions de communication de la visibilité des maladies rares et des centres qui assurent leur prise en charge; l'amélioration de la formation et de la

sensibilisation des médecins et des soignants; la mutualisation des moyens dont disposent les centres labellisés pour réaliser leurs missions.

### Améliorer la visibilité

Les maladies rares demeurent mal connues des soignants, ce qui entraîne un sentiment d'isolement et parfois de détresse de la part des patients. Les actions proposées sont relatives à la communication (site Internet, journées maladies rares...). Elles permettront aux patients d'une part de connaître l'existence de ces structures spécialisées et donc de pouvoir bénéficier de cette expertise et d'autre part aux médecins de mieux connaître ces maladies, leurs problématiques et les compétences spécifiques développées dans ces centres. L'information du public se fera avec Orphanet, l'Alliance Maladies Rares et les associations de malades ayant par définition un partenariat avec les centres de référence.

### Favoriser la formation

Pour favoriser la prise en charge multidisciplinaire sur le CHU et en relais dans le secteur libéral, un enseignement sur les

maladies rares sera dispensé au sein de l'université de Toulouse à l'intention des personnels médicaux et para-médicaux.

### Mutualiser les moyens

Pour améliorer l'offre de soins et optimiser son coût, il est essentiel de regrouper les moyens dont disposent les centres labellisés, d'harmoniser les processus de gestion médicale, administrative et financière et de mettre en place des projets communs en relation avec les structures partenaires régionales, nationales et internationales. Il pourra s'agir, par exemple, de la constitution de bibliothèques, de la réalisation d'enquêtes sur la qualité de vie, le handicap ou le retard au diagnostic ou encore d'études génétiques. Ces projets communs nécessiteront la recherche de sources de financement spécifiques et pourront faire l'objet de publications communes. La mise en place de la fédération va permettre d'optimiser les actions en faveur des patients atteints de maladies rares au niveau local, régional, national, transpyrénéen et européen.

### Les huit centres de la Fédération

La Fédération rassemble les huit centres de maladies rares labellisés au sein du CHU.

Ce sont:

- > Prader Willi (Pr Maïté Tauber)
- > Maladies rares rénales (Pr Dominique Chauveau et Pr Stéphane Decramer)
- > Maladies rares de la peau (Pr Juliette Mazereeuw)
- > Kératocone (Pr François Maleceze)
- > Pathologies plaquettaires (Pr Pierre Sie)
- > Atrophie multisystématisée (Pr Olivier Rascol)
- > Maladies neuromusculaires (Dr Christine Arné-Bes et Dr Claude Cancès)
- > Maladies rares du métabolisme du calcium et du phosphore (Dr Jean-Pierre Salles)

Coordonnée par Maïté Tauber, assistée de Juliette Mazereeuw, la fédération bénéficiera de l'accompagnement de la Direction de la Stratégie, placée sous la responsabilité d'Anne VITET.

Médical/Cardiologie

## À la recherche du moindre risque

Le service de cardiologie interventionnelle de Rangueil confirme sa place prépondérante acquise dans le domaine de l'innovation. Deux techniques récentes y sont testées avec succès : le « stent biodégradable » et le « MitraClip ».



Les interventions relatives au « stent biodégradable » et au « MitraClip » sont effectuées dans le service d'hémodynamique du CHU Toulouse Rangueil. Sur notre photo, on reconnaît de gauche à droite les praticiens de l'équipe: Nicolas Boudou, Thibault Lhermusier, Didier Carrié, Bertrand Marcheix, Mathieu Gautier, Nicolas Dumonteil.

### La troisième génération de « stents »

En 1986 au CHU de Toulouse, le Pr Jacques Puel effectuait une première mondiale avec la pose d'un stent. Ce geste inaugurait une pratique répétée depuis mille et mille fois à travers la planète. Le stent a évolué depuis son origine. Au début des années 2000, le « stent nu » a fait place au « stent actif ». Aujourd'hui apparaît le « stent biodégradable » (ou biorésorbable).

Les « stents nus » comportaient un risque de l'ordre de 15 à 20 % de resténose, le stent se bouchant à la suite d'une réaction de rejet contre ce corps étranger. Avec le « stent actif », enrobé de substances de médicaments anti-prolifératifs, le niveau d'intolérance est devenu inférieur à 5 %.

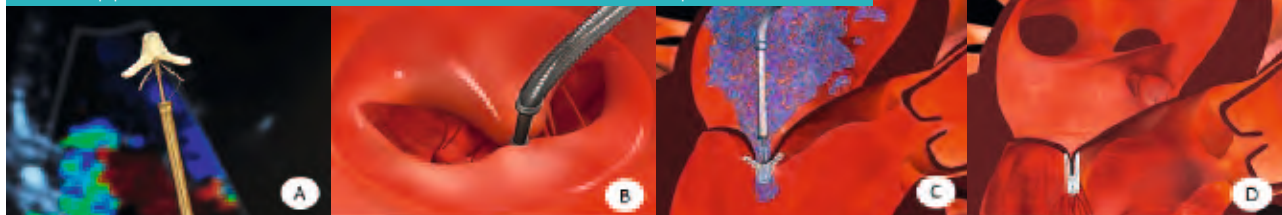
Avec le « stent biodégradable », on approche du risque zéro. Le stent se dissout, en effet, dans l'artère au bout de deux ans. Le rôle de tuteur joué par le stent s'efface dans le temps, puisque grâce à l'étagage opéré, l'artère retrouve son calibre normal. Le corps étranger qu'est le stent devient inutile à l'organisme. Sa disparition permet également d'éviter la formation éventuelle de caillots de sang autour de cette endoprothèse métallique qui permet de dilater l'artère coronaire après un infarctus du myocarde. Le risque de thrombose est ainsi éliminé.

« Nous avons au CHU de Toulouse depuis longtemps, relate le Pr Didier Carrié, chef du service de cardiologie et responsable

Plus de **2 000**  
angioplasties  
coronaires  
sont réalisées chaque année  
au CHU de Toulouse.



Le MitraClip permet de traiter une fuite au niveau de la valve mitrale en évitant une opération à cœur ouvert.



A: Dispositif MitraClip en position ouverte, relié à son cathéter de mise en place.

B: Équivalent de suture des bords libres des valves mitrales obtenue après leur capture par le MitraClip.

C: MitraClip en place avant fermeture au niveau de la zone de régurgitation mitrale.

D: MitraClip après fermeture et largage, avec correction de la fuite mitrale.

## Un petit clip vaut mieux qu'un grand choc

du laboratoire d'hémodynamique, une culture de la cardiologie interventionnelle. Le CHU fait aujourd'hui plus de 2000 angioplasties coronaires par année. C'est le premier centre national en volume d'activité. Nous nous sommes donc engagés dans la deuxième phase d'évaluation du « stent biodégradable » mis au point par la société américaine Abbott et testé dans un premier temps en Nouvelle Zélande, à Rotterdam et à Massy. Après huit mois d'observation, les premiers résultats sont encourageants en termes de faisabilité, de fiabilité et de sécurité. Nous constatons la restitution de la totalité du vaisseau touché, au niveau anatomique, comme au plan physiologique ».

La pose du « stent biodégradable » est identique à celle de ses prédécesseurs. Par précaution, les premières interventions se pratiquent sur les lésions les plus simples, non tortueuses, non calcifiées et pas trop longues. Le suivi ultérieur se fait selon une observation utilisant une technique d'imagerie endocoronaire (Optical Coherence Tomography). Elle permet de regarder à l'intérieur de l'artère et de vérifier la dégradation de l'endoprothèse. « Les patients sont très demandeurs, ajoute le P<sup>r</sup> Carrié. Mais les critères d'intervention actuels demeurent très stricts. Ils représentent moins de 10 % des lésions. Les interventions font partie de la recherche clinique. Elles sont contingentées et très encadrées au plan juridique ». Précisons que le coût du « stent biodégradable » est onéreux. Sa mise sur le marché est envisagée à l'horizon de cinq ans.

Un certain nombre de patients à haut risque ne peut subir d'opération de la valve mitrale en raison du risque de mortalité accru du fait de nombreuses comorbidités. Cette chirurgie qui reste le traitement de référence nécessite, en effet, d'arrêter le cœur du patient qui est relayé par un cœur artificiel.

Face au risque, le choix était fait du traitement par médicament. Une autre solution se dessine maintenant: le « MitraClip ». Elle a été initiée en 2003 aux USA, puis s'est généralisée en Allemagne et en Italie. Elle débute en France cette année. Elle est mise en œuvre à Rangueil depuis trois mois. C'est le quatrième centre hexagonal (avec Lyon, Bichat à Paris et l'Institut Jacques Cartier à Massy) à adopter cette technique.

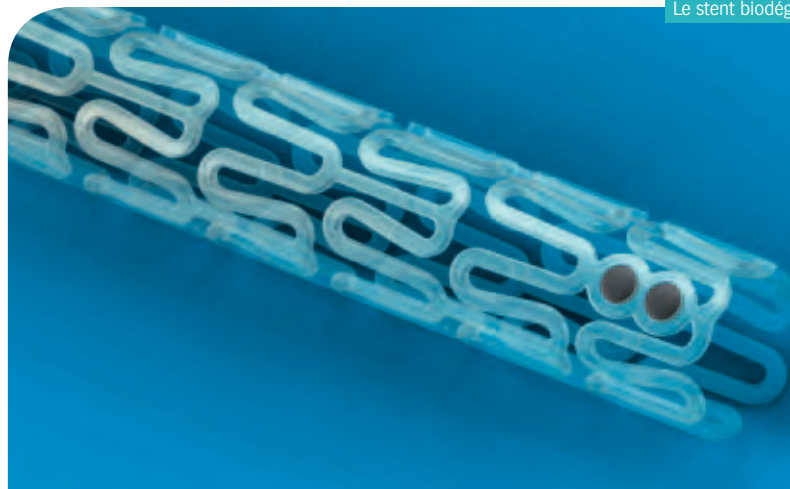
Le « MitraClip » fait appel à un clip en acier chirurgical. Celui-ci doit permettre de traiter une fuite au niveau de la valve mitrale en « clipant » les deux feuillets de celle-ci, ce qui empêche le reflux du sang vers l'oreillette gauche, puis le poumon.

Le clip qui va colmater la fuite au niveau de la valve mitrale a une dimension inférieure à un centimètre.

L'opération est évitée, car le clip est introduit par un cathéter qui rejoint le cœur via la veine fémorale. L'intervention se fait dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire qui associe cardiologues et échographistes, chirurgiens cardiaques et anesthésistes de chirurgie cardio-vasculaire.

L'opérateur progresse en se guidant avec les images fournies par l'échographie.

Le stent biodégradable.



## Médecine sociale et humanitaire

## La Halte-Santé à La Grave: un toit pour se soigner

Fin août dernier, la Halte-Santé a rejoint les murs de La Grave. L'occasion de présenter les missions de cette structure gérée par le CHU depuis cinq ans et son équipe de professionnels. L'établissement offre une prise en charge médico-sociale aux personnes en situation de précarité.

Jacky, Roger ou encore Patrick peuvent se rassurer, eux qui, à l'instar d'autres personnes dites « grands précaires », ont fait au moins un séjour à la Halte-Santé, structure pour laquelle ils vouent depuis une certaine affection. Depuis l'annonce d'un déménagement du 6 rue des Jumeaux, les trois comparses s'inquiétaient de l'avenir du centre d'accueil. Ce dernier a intégré le 15 août dernier les locaux de Sainte-Germaine à La Grave. Une position stratégique pour l'accompagnement médico-social de personnes majoritairement dépendantes.

À sa création en 1995, la Halte-Santé, installée quartier Bonnefoy, est gérée par l'association Soleil. Conformément

à la circulaire ministérielle relative à la création de structures « Lits Halte Soins Santé » (LHSS) de 2006, la Halte devient alors un établissement médico-social et prend une place officielle dans le paysage de l'offre sanitaire et sociale. Elle est depuis cette date gérée par le CHU de Toulouse, partenaire de l'association depuis le début. Sous la responsabilité du pôle Santé Société Réadaptation, elle assure un accueil temporaire des personnes sans résidence stable, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée. Le lieu est doté de quatorze lits et le séjour,

d'une quinzaine de jours en moyenne, reste adapté à la nature des soins nécessaires à chaque résident. L'équipe médico-sociale décide chaque semaine des admissions et de la durée du séjour. En intégrant la Halte, l'hébergé accepte le règlement de fonctionnement de l'établissement et son séjour fait l'objet d'un contrat thérapeutique. Lieu de soin et de repos, l'établissement met en avant le respect de soi et des autres ainsi que l'accompagnement vers l'autonomie. L'hygiène corporelle, la participation aux repas collectifs, aux entretiens médicaux et sociaux sont des conditions premières vers la réappropriation d'une bonne image de soi.

La Halte-Santé, lieu de soins et de repos.







La Halte-Santé offre une capacité d'hébergement de 14 lits.

## Un lieu intermédiaire entre la rue et l'hôpital

Jour et nuit, le personnel se relaie pour accompagner les résidents. Le suivi sanitaire est assuré par des infirmiers de la Halte-Santé et en roulement de l'Équipe Mobile Sociale et de Santé (EMSS) ainsi que par des médecins ayant une activité au CHU et en ville. Un assistant socio-éducatif aide les hébergés dans leurs démarches administratives et leur orientation. Une maîtresse de maison gère le quotidien de la structure et veille au respect des règles d'hygiène et des temps collectifs. Enfin, quatre veilleurs sont présents chaque nuit et week-end pour garantir la sécurité des pensionnaires, assurer le bon repos de chacun et animer le collectif. L'équipe, en lien avec les acteurs du réseau associatif, met tout

en œuvre pour respecter les principes éthiques initiaux régissant le soin des publics sans domicile. Le premier d'entre eux est la mise en confiance et l'ancrage dans un lieu repéré proche du lieu habituel de vie des grands précaires: le cœur de la cité. Les professionnels sanitaires et sociaux disent vouloir garantir une qualité de soin non-intrusive, adaptable, centrée sur la personne, respectant ses rythmes et pouvant intégrer le refus du soin. En rejoignant La Grave, la Halte-Santé incarne une dimension symbolique forte: celle du havre que représentait « l'Hôtel-Dieu » dans les siècles passés. Mais elle rappelle aussi l'implication du CHU et sa participation à la lutte contre les exclusions.

## Témoignage Trois questions au Dr Pascale Estecahandy, médecin coordinateur



Toute une équipe (médecins, infirmières, assistant socio-éducatif, maîtresse de maison et veilleurs) se relaie pour accompagner les résidents.

### Quels sont les avantages d'un déménagement de la Halte-Santé?

**P. Estecahandy:** « Même si la Halte-Santé est une structure médico-sociale, intégrer les locaux du CHU permet une cohérence dans l'action et des liens plus étroits avec son institution de rattachement. De plus, les conditions d'accueil et de sécurité des usagers ainsi que de travail du personnel n'étaient plus conformes à l'ancienne adresse. Enfin, un tel transfert nous permet d'accroître notre capacité d'hébergement. Aujourd'hui, on ne couvre pas tous les besoins: selon nos statistiques, sur 10 personnes refusées par mois, si 5 le sont pour des demandes inadéquates, 5 d'entre elles le sont par manque de place ».

### Ce déménagement concrétise l'arrivée de trois lits supplémentaires autorisés par l'A.P.S. et le ministère. Quelles sont les perspectives pour la suite?

**P. E.:** « Pour couvrir les besoins sur l'agglomération, le nombre de seize lits conviendrait. Les trois lits supplémentaires déjà accordés sont une avancée mais nous devons dans un avenir proche solliciter les tutelles pour ces deux lits manquants afin de répondre à l'ensemble des besoins recensés depuis de nombreuses années. La problématique se pose aussi pour les personnes sortant de la Halte-Santé et qui ne peuvent accéder à des établissements adaptés dans le champ du handicap par exemple. Pour leur éviter un retour à la rue, une piste serait de créer des lits d'accueil médicalisés sur Toulouse, dispositif actuellement en cours de validation par le ministère ».

### Le lien à l'autonomie des résidents sera-t-il maintenu dans les nouveaux locaux?

**P. E.:** « Le lien à l'autonomie peut même y être amélioré car les locaux sont plus vastes et propices à diverses activités. Le développement de l'autonomie à visée de citoyenneté est l'objectif n°1 de notre projet d'établissement. Notre mission est bien d'accompagner les gens en leur permettant de mobiliser leurs propres compétences ».

## Pharmacie/oncologie

## UPCO: un saut qualitatif, quantitatif et sécuritaire

Pour faire face à un doublement de la charge de travail et assurer une sécurité maximale pour les patients, comme pour le personnel, l'unité de reconstitution des médicaments anti-cancéreux a été regroupée à Purpan dans un nouveau bâtiment répondant aux normes les plus exigeantes.



L'équipe de l'UPCO, unité de pharmacie clinique oncologique.

Il n'y a plus désormais qu'une seule unité de reconstitution des médicaments anti-cancéreux. Elle fonctionne dans des locaux dédiés de près de 300 m<sup>2</sup>, construits allée Royer sur le site de Purpan. Ce changement est consécutif à la forte augmentation de la production qui a doublé en six ans et aux nécessités de sécuriser au maximum un travail méticuleux et délicat.

« Nous sommes passés, explique Jean-Marie Canonge, pharmacien responsable de l'unité fonctionnelle de préparation, d'un stade artisanal à un niveau semi-industriel. Il fallait être en mesure d'effectuer jusqu'à 330 préparations par jour et se mettre en conformité avec une réglementation imposant un environnement à atmosphère contrôlée. Nous mettons

en œuvre un process différent. Nous fournissons un produit sécurisé pour le patient en assurant des conditions de travail sécurisées pour le personnel ». Les préparations pour les chimiothérapies cancéreuses utilisent, en effet, des molécules toxiques. Ceux qui manipulent ces produits sont exposés à cette toxicité. En outre ces préparations doivent être d'une précision absolue, la moindre variation entraînant une dangerosité maximale pour le patient.

« Les demandes de produits, souligne Jean-Marie Canonge, se font via des prescriptions médicales protocolisées et validées en fonction du type de cancer et des paramètres biologiques du patient. La centralisation sur une seule unité favorise le contrôle ».

## Une chaîne d'approvisionnement

La centralisation a conduit naturellement à organiser une chaîne d'approvisionnement de l'ensemble des services demandeurs du CHU. Une navette part chaque heure de Purpan en direction des sites. Les préparations sont transportées dans des conteneurs dont la température est adaptée et contrôlée par un indicateur et enregistreur placé à l'intérieur de ceux-ci. Le nouveau bâtiment qui accueille l'unité a été conçu en privilégiant la rationalité et la sécurité. Ainsi au niveau de la porte principale, un lecteur de badge CHU permet l'entrée au seul personnel autorisé. Le bâtiment est sous alarme anti-intrusion.

Le bâtiment est composé de plusieurs secteurs:

- > Une zone de « décartonnage » pour la réception des colis et le déballage des produits, afin de limiter l'empoussièrément de la zone de stockage.
- > Une zone pour le stockage des matières premières. Elle est en surpression afin d'éviter la propagation de poussière. Sa température est inférieure à 25° C de manière à garantir la qualité des médicaments stockés notamment ceux destinés à la recherche clinique.
- > Une zone vestiaire équipée de douches et de sanitaires séparés hommes/femmes.

L'unité de reconstitution des médicaments anti-cancéreux produit **53 000 préparations par an.**

Elle emploie 10 préparateurs, 4 internes et 3 pharmaciens.





La salle de préparation sous atmosphère contrôlée.

- > Une salle de préparation sous atmosphère contrôlée ISO7 où le personnel travaille revêtu d'un habillage spécifique.
- > Des sas produits permettent l'entrée de ceux-ci, puis leur sortie vers le laboratoire de contrôle, suivant un circuit de marche en avant.
- > Une zone de déchets où est également entreposé le linge sale.
- > Une zone de dispensation où sont stockées les préparations avant leur acheminement.
- > Une zone tertiaire où travaillent les pharmaciens, les internes et les externes.

« Notre volonté, précise Jean-Marie Canonge, a été d'éviter de faire une méga salle de préparation qui aurait ressemblé à une usine. Il fallait humaniser les locaux le plus possible, le personnel travaillant toute la journée dans un lieu fermé ». Ajoutons que l'ensemble est sécurisé par le doublement du dispositif de préparation, ce qui permet d'assurer la continuité de la production en cas de panne. La nouvelle unité est appelée à poursuivre la croissance de son activité, avec pour objectif un regroupement de la préparation d'anticancéreux avec l'Institut Claudius Régaud à l'ouverture de l'Institut Universitaire du Cancer.

**Fonctionnaires,  
un prêt solidaire donne le feu  
vert à vos envies d'auto.**



**PRÊT  
CESAME  
AUTO**

**TÉL. 05 56 333 777**

[www.credit-municipal-bordeaux.fr](http://www.credit-municipal-bordeaux.fr)

Un crédit vous engage et doit être remboursé.  
Vérifiez vos capacités de remboursement  
avant de vous engager.

**CRÉDIT  MUNICIPAL**

**1 réponse rapide ?  
4 façons de nous contacter !**



**Par téléphone**

Une étude immédiate au :

**05 56 333 777**



**Sur Internet**

Une réponse 24h/24h :

[www.credit-municipal-bordeaux.fr](http://www.credit-municipal-bordeaux.fr)



**Par Courrier**

Adressez votre demande au :

29, rue du Mirail - 33074 Bordeaux cedex



**Dans nos agences**

**ou permanences**

Prenez rendez-vous avec un conseiller

au **05 56 333 777**

**RENTRÉE, ETUDE DES ENFANTS,  
AMÉNAGEMENT DE LA MAISON,  
VACANCES, etc.**

**Pour tous vos autres projets,  
le CRÉDIT MUNICIPAL  
vous propose également  
CÉSAME, le prêt tous projets,  
de 1 000 € à 30 000 €.**





## Psychiatrie : un plein d'humanité

Face à une activité en forte croissance, le pôle Psychiatrie du CHU met en place une approche qui accentue l'effort d'écoute et de disponibilité et intègre les incidences de la nouvelle loi sur l'admission en soins psychiatriques. Avec en perspective une amélioration importante de l'accueil et de l'hospitalisation grâce aux nouveaux locaux qui vont être construits à Purpan.



## Affronter de nouveaux enjeux

Placé sous la responsabilité du Pr Laurent Schmitt, le pôle Psychiatrie du CHU a la particularité d'œuvrer à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement par le biais des Centres Médicaux et Psychologiques (CMP). Il doit répondre à des missions diversifiées, ce qui en constitue la spécificité et la complexité.



Professeur Laurent Schmitt

En outre, ce pôle doit faire face aux effets de la croissance démographique de l'agglomération toulousaine. Ses services ont été dimensionnés pour une population qui représentait environ la moitié de celle d'aujourd'hui.

La prise en charge de la psychiatrie a également beaucoup évolué. Il y a donc une nécessaire adaptation pour affronter ces enjeux. Au premier rang de cette problématique se trouve la question des

locaux. L'actuel bâtiment de Casselardit, ouvert dans les années soixante-dix, n'offre plus de conditions de vie acceptables pour les patients.

« Nous avons encore, souligne le Pr Schmitt, des chambres de trois lits sans sanitaires. Ce lieu est devenu indigne des besoins de traitement d'êtres humains en détresse. Les conceptions sécuritaires de l'époque sont dépassées. Nous avons développé des thérapies nouvelles de

relaxation, de stimulation cérébrale et de gymnastique douce. Elles se pratiquent dans la salle de conférence qui sert de salle de sport! ».

Aucune rénovation n'a été entreprise depuis trente ans dans ces locaux de Casselardit. Ils sont désormais voués à la démolition. Un nouveau bâtiment va être édifié sur le site de Purpan. Le transfert est prévu pour 2014.



## Un nouveau bâtiment de 90 lits

Changement d'orientation géographique pour la psychiatrie. Elle va passer de l'avenue de Casselardit à l'avenue Jean Dausset, côté avenue de Grande Bretagne. Le bâtiment actuel va être, en effet, démolé dès que seront construits les nouveaux locaux qui seront positionnés sur le site de Purpan, entre les écoles et Paule de Viguier. Les unités actuelles seront transférées avec augmentation de capacité. Le futur bâtiment accueillera: 74 lits d'hospitalisation traditionnelle, 6 lits d'hospitalisation de nuit et 10 places pour l'hôpital de jour.

La nouvelle construction, conçue par le groupement d'architectes APC/Fontaine/Malvy, sera composée de deux parties. L'une à l'ouest donne sur un mail d'accueil du public et comprend un espace récréatif dédié aux activités collectives (ateliers, expositions, spectacles...). Côté est, l'autre est consacrée à l'hospitalisation. Elle donne sur un jardin privatif fermé. Il est prévu à l'arrière un accès pour la logistique et pour les malades couchés. Le cheminement se fera par une voie latérale existante côté Paule de Viguier. Un parking consultants est

prévu sur le devant du bâtiment. Il y aura également un jardin clos sécurisé pour les patients hospitalisés sans consentement, accueillis dans l'unité fermée.

Le nouvel édifice à quatre niveaux (R + 3) aura une surface utile de 4 600 m<sup>2</sup>. Il s'inscrit dans le plan d'alignement de Purpan. Détail original: le choix a été fait de situer les chambres à l'Est, car la lumière venant de ce côté aurait, selon les architectes, des vertus thérapeutiques.

## Enfants, adultes et sectorisation

Le pôle Psychiatrie du CHU comprend trois services.

**Le premier**, consacré aux enfants et adolescents et placé sous la responsabilité médicale du Pr Raynaud, comprend 16 unités réparties sur le territoire. Certaines ont une vocation régionale, comme l'unité d'évaluation de l'autisme, située à La Grave et intégrée au Centre Ressources Autisme de Midi-Pyrénées. D'autres ont une vocation départementale: hospitalisation temps plein et temps partiel à la Villa Ancely, liaison à l'hôpital des Enfants et dans les maternités, équipe CHU à la Maison des Adolescents de la Haute-Garonne, classes spécialisées pour enfants avec autisme (IME classes TED). D'autres, enfin limitent leur action à un territoire, le « secteur 31i01 »: Centres Médicaux et Psychologiques (CMP), Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour.

**Le second** service, dirigé par le Pr Birmes, concerne les adultes. Il a en charge le secteur géographique 31 G 07, l'un des huit du département de la Haute-Garonne. Son périmètre inclut le

centre de Toulouse, ainsi que Blagnac et Grenade sur Garonne. Ce service qui dispose de deux unités d'hospitalisation et d'un centre médical et psychologique reçoit tous les types de patients, que ce soit pour une simple consultation ou pour une hospitalisation par contrainte<sup>1</sup>. Le service comporte aussi une unité de soins ambulatoires sous la responsabilité du Dr M. Girard et une unité de recherche consacrée aux stress traumatiques qui surviennent après un accident ou une catastrophe industrielle.

Non sectorisé, donc sans obligations géographiques, le **troisième** service fonctionne comme n'importe quel service hospitalier. Il inclut deux unités d'hospitalisation et trois structures.

La première de celles-ci est le Centre Dide à La Grave. Cette structure est spécialisée dans les addictions et la toxicomanie. La deuxième est mobile et fonctionne en direction des personnes âgées dépressives. Elle intervient en gériatrie et en ambulatoire. La troisième structure est une unité de soins

ambulatoire orientée sur les urgences. Elle ne prend pas en charge les hospitalisations sous contrainte qui sont dirigées vers le service du Pr Birmes, vers l'hôpital Marchant ou vers la clinique de Beaupuy.

1. L'hospitalisation contre la volonté d'une personne s'effectue à la demande d'un tiers, en général un membre de la famille, et sur certificats médicaux notifiant la maladie et l'opposition aux soins. On recense plus de mille cas de ce type par an à Toulouse.

### En mémoire de Maurice Dide

Le Centre Dide de l'hôpital La Grave doit son appellation à un psychiatre du début du 20<sup>e</sup> siècle, Maurice Dide, qui fut directeur de l'hôpital de Braqueville (Marchant) et dont le père fut sénateur. Maurice Dide est connu pour avoir décrit des syndromes neurologiques et psychiatriques. Lors de la deuxième guerre mondiale, il fit le choix de la Résistance et intégra le réseau Backmaster. Il fut arrêté en 1943 à Toulouse et déporté à Büchenwald où il mourut en mars 1944 pour avoir voulu soigner un co-détenu.

## Une vision unitaire des urgences

Conséquence de l'explosion de l'usine AZF et de nouveaux textes de loi, le dispositif des urgences psychiatriques a changé. La catastrophe de septembre 2001 a provoqué la mise hors service temporaire de l'hôpital Marchant. Les nouvelles lois imposent une vision unitaire des urgences. Les urgences psychiatriques adultes du CHU accueillent donc beaucoup de monde: 11 000 patients par an dont 350 adolescents, puisque la limite d'âge avec les services pédiatriques est fixée à 15 ans et 3 mois.

Ce secteur hospitalier se décompose en quatre sous-secteurs:

- > La consultation d'urgence où la personne reçue est vue par un psychiatre ou un interne.
- > L'accueil médico-chirurgical où les patients arrivent couchés en raison de leur état (prise excessive de médicament, alcoolisme, agitation extrême...).

Ils font l'objet d'une double évaluation.

- > L'unité d'hospitalisation de courte durée d'une capacité de cinq lits. Les patients y séjournent entre 24 et 48 heures. L'objectif est ici d'essayer d'éviter une hospitalisation plus longue. Cela passe notamment par un entretien avec la famille du patient et l'aide d'une assistante sociale.
- > L'accueil des urgences psychiatriques, structure fermée de huit lits où sont reçus les patients en contrainte, en procédure et en refus de soins.

Il existe également un secteur d'urgences à Ranguell, mais de capacité réduite. Si la nécessité se manifeste, les patients qui s'y trouvent sont envoyés à Casselardit.

« Les urgences psychiatriques, explique le Pr Schmitt, apportent un plus par leur structure et leur organisation. Un gros effort d'individualisation optimise la prise en charge des patients ».





## La pédopsychiatrie en lien avec la vie familiale

En complément du service des urgences psychiatriques adultes, une équipe de liaison fonctionne à l'hôpital des Enfants. Elle fait partie du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) et intervient quotidiennement au sein du service des urgences enfants.

Dirigée par le Dr Michel Vignes, cette équipe est située à l'hôpital des Enfants. Elle s'adresse aux moins de 15 ans, mais assure aussi le suivi des jeunes atteints de maladies somatiques, qui ont dépassé ce seuil, mais présentent des signes de souffrance psychique demandant une continuité de la prise en charge. D'où l'appellation de psychiatrie de liaison.

Avec 450 enfants accueillis annuellement par cette équipe aux urgences, on est loin du flux de 11 000 constaté chez les adultes. Mais le nombre est suffisamment important pour avoir entraîné l'installation d'une équipe spécialisée dès 1999.

L'équipe de liaison reçoit les enfants depuis le plus jeune âge. Elle traite des problèmes cliniques variés: tentatives de suicide, ivresses aiguës, toxicologie, troubles du comportement ou de l'humeur, dépressions, auto-mutilations, deuils et traumatismes psychiques... Les psychiatres collaborent ici avec les pédiatres et bénéficient de l'aide d'assistantes sociales. L'équipe fonctionne en permanence, accueillant la moitié des enfants le soir après 18 h 30, le week-end et les jours fériés. Cet accueil du soir et du week-end est assuré par un interne de garde supervisé par un médecin d'astreinte.

La durée moyenne de séjour aux urgences pédiatriques n'est que de quelques heures, l'objectif étant d'orienter l'enfant le plus vite possible vers les soins adéquats. Seul un enfant sur trois reste hospitalisé au-delà de 2 jours.

Les durées de séjour varient alors en fonction de la gravité des situations. Cela peut aller jusqu'à 72 heures pour une intoxication alcoolique ou 5 jours pour une tentative de suicide. Le travail de liaison s'effectue notamment en association avec l'équipe du Pr Stéphane Decramer, puis avec le relais des médecins de ville, généralistes ou psychiatres. La relation avec la famille est un élément majeur de ce type d'interventions.

« La pathologie de l'enfant, indique le Dr Vignes, a toujours un lien avec la vie familiale. Cela nécessite des entretiens avec les parents. Il faut rencontrer tout le monde, proposer le cas échéant une thérapie familiale. L'équipe du CHU travaille également en guidance parentale pour le soutien et l'aide à l'adaptation ». Les urgences pédiatriques sont de plus en plus sollicitées: il y a dix ans, elles recevaient moins de deux cents enfants. Ce nombre a plus que doublé et la nature des cas a sensiblement changé du fait de l'évolution de la société avec plus de vitesse et de précarité.

### Une équipe et des partenaires

L'équipe mobile de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent proprement dite, comprend: un poste de médecin équivalent temps plein (partagé entre le Dr Michel Vignes et le Dr Anne Pinquier); un interne de spécialité; deux infirmières expérimentées à temps plein; une secrétaire. Un lien soutenu de collaboration a été mis en œuvre avec quatre équipes pédiatriques partenaires: néphrologie et médecine interne; douleur et soins palliatifs enfants; endocrinologie-maladies osseuses; gastro entérologie-hépatologie-métabolisme-diabétologie-nutrition.



### La réforme de la loi relative aux soins psychiatriques

Le conseil constitutionnel a décidé que la loi de 1990, qui organisait les soins sans consentement en psychiatrie, devait être réformée.

Les travaux menés en 2010 ont débouché sur le vote d'une nouvelle loi par le parlement le 22 juin 2011, applicable depuis le 1<sup>er</sup> août 2011.

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Retrouvez les informations en ligne sur le site Intranet du CHU.

## Enfants: des lieux de consultation et de soins de proximité

Partie intégrante du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), dirigé par le Pr Jean-Philippe Raynaud, les Centres Médicaux et Psychologiques (CMP) sont des lieux de consultation et de soins ambulatoires de proximité. Ils constituent la « porte d'entrée vers les soins pédopsychiatriques ».



L'inauguration du CMP Fronton au mois de juillet par Mme Champagnac, maire de Fronton, le Pr Jean-Philippe Raynaud et Jean-Jacques Romatet.

Les enfants et leurs parents y sont accueillis pour une écoute et si besoin une évaluation qui peut être suivie d'un travail d'équipe conduisant à l'élaboration d'un projet individuel de soins. Les jeunes et leurs parents peuvent être reçus plusieurs fois par semaine pour des séances de psychothérapies individuelles ou de groupes, de rééducation, une aide psycho-sociale, un travail éducatif, une guidance parentale... Avec l'accord des enfants et des parents, des intervenants extérieurs

peuvent collaborer au travail entrepris. Les CMP développent aussi des actions de prévention, en partenariat avec des professionnels libéraux, la protection maternelle et infantile, l'aide sociale à l'enfance, l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse, les municipalités, les associations... L'orientation vers un CMP se fait sur initiative familiale, sur conseil d'un professionnel de santé ou de tout autre professionnel intervenant auprès de l'enfant ou de sa famille.

La prise en charge préserve et soutient l'intégration scolaire et sociale du jeune. Six CMP ont été mis en place par le CHU au sein du SUPEA:

- > La Grave (Dr Véronique Gentil);
- > Blagnac (Dr Emmanuelle Teissier);
- > Colomiers (Dr Marie Tardy);
- > Cité des Mazades (Dr Nathalie Ronceux);
- > Ancely (Dr Geneviève Marchand-Hérissou);
- > Fronton (Dr Laure Pauly).

Complétant le dispositif d'accès aux soins sur le territoire, on notera que six antennes du Centre Médico-Pscho-Pédagogique (CMPP) Le Capitoul, rattaché à l'Association pour la Sauvegarde de l'Enfance Inadaptée (ASEI) sont également réparties sur le secteur.

Le SUPEA met également à la disposition du public deux Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTTP). Le premier est rattaché au CMP de Fronton (Dr Laure Pauly). Le second se trouve dans le quartier des Minimes à Toulouse (Dr Véronique Gentil). Il est spécialisé dans l'accueil des très jeunes enfants (avant 3 ans pour un début de soins)... Les CATTTP peuvent accueillir enfants et parents pour des séquences de plusieurs heures, une à plusieurs fois par semaine. Les interventions y sont plus intensives qu'en CMP.

### L'art-thérapie, une spécificité du pôle Psychiatrique



Dr François Granier

Le développement de l'art-thérapie au CHU de Toulouse, depuis plus de 30 ans, est une des spécificités de son pôle Psychiatrie.

L'art-thérapie a été utilisé d'abord pour les pathologies mentales lourdes. Ses indications se sont aujourd'hui diversifiées à d'autres disciplines.

Cette pratique permet d'établir des ponts entre l'approche cognitive des neurosciences et l'approche psychanalytique des psychothérapies.

Ses différentes expositions antérieures, la participation continue des patients – artistes amènent aujourd'hui à élaborer un projet d'Espace Muséal pour sa conservation et sa présentation, comme dans d'autres hôpitaux de nombreux pays voisins.





Christine Cuq

## Une démarche culturelle novatrice

Le pôle psychiatrie bénéficie de l'enthousiasme et de l'opiniâtreté de Christine CUQ, chargée du projet culturel du site de Purpan, qui accompagne les équipes médicales, soignantes et éducatives de psychiatrie dans une démarche culturelle novatrice et de qualité, sachant adapter des projets ouverts sur la cité et facteur de lien social, aux différents publics concernés :

- > la découverte des arts du cirque avec la Grainerie, des ateliers de mosaïque et des stages de fouille avec le Musée St Raymond, ou un projet de danse contemporaine avec des chorégraphes en collaboration avec le Centre de Développement Chorégraphique de Toulouse, pour les enfants et les adolescents de la Villa Ancely, soutenant leur imaginaire et leur créativité.
- > des conférences scientifiques régulières données par les chercheurs et universitaires de l'association « Les Étoiles Brillent pour Tous » ainsi que des conférences d'initiation à l'histoire de l'art du  $xx^e$  siècle, des ateliers concerts avec l'orgue portatif de Toulouse les Orgues dans une unité fermée, des partenariats avec le festival Toulouse d'Été ou le Conservatoire Régional de Toulouse pour les patients adultes.

## Adultes : des centres d'accueil, de prévention et de diagnostic

Créés pour proposer à tout résidant d'une zone géographique un lieu d'accueil, de prévention et de diagnostic en santé mentale, les centres médicaux et psychologiques pour adultes ont près d'un demi-siècle d'existence.

Ils sont au nombre de 15 centres urbains et ruraux en Haute-Garonne répartis sur 8 secteurs. L'un d'entre eux, celui de La Grave, est rattaché directement au pôle Psychiatrie du CHU.

Ce centre dont la responsable est le Dr Karine Faure, a des fonctions d'accueil, de diagnostic, de suivi, d'orientation et aussi de formation en direction des internes.

Le patient est d'abord reçu au centre par un infirmier qui détaille la demande et analyse le contexte. La consultation médicale a lieu ensuite pour établir le diagnostic et l'orientation. Selon les cas, la prise en charge s'effectue dans le service même ou en accompagnement avec maintien à domicile, avec l'aide si besoin d'une assistante sociale. Quand le patient est déjà hospitalisé dans un autre service, il est vu directement par le médecin. L'unité de La Grave ne fonctionne qu'en ambulatoire.

« Nous recevons, explique Karine Faure, essentiellement des patients ayant des pathologies sévères qui peuvent résister aux traitements médicamenteux. Le personnel est préparé, formé, à la spécificité

relationnelle requise pour ce type de service. Ainsi cela se passe globalement bien. Nous faisons un effort d'attention et de disponibilité. L'accueil est toujours possible, même sans rendez-vous ».

Cet effort est d'autant plus notable que l'unité de La Grave est très sollicitée en raison de sa position géographique centrale. Cette réactivité limite le problème des délais de rendez-vous souvent trop longs en Haute-Garonne et évite un certain nombre de recours aux urgences.

La nouvelle loi sur les soins psychiatriques pose cependant question : elle ouvre le service aux soins ambulatoires, alors qu'il n'était pas spécifiquement conçu en conséquence.

« Cela amène, ajoute le Dr Faure, à rechercher une organisation satisfaisante pour chacun. Mais nous nous heurtons à une trop grande méconnaissance du dispositif psychiatrique. Les patients viennent trop tardivement. Or un traitement rapide des troubles est toujours un avantage. Nous essayons de sensibiliser au mieux nos partenaires, notamment par la formation à l'université, à une plus grande réactivité ».



## Gestion par pôle : laissez-vous guider

Après plusieurs mois de gestation, le guide de gestion V2 est désormais opérationnel. Son élaboration a été pilotée par la direction générale en lien avec la coordination des pôles et avec une mobilisation exemplaire des exécutifs de pôles et des directions fonctionnelles.



Thérèse Cousseau-Bourdoncle, secrétaire générale et Daniel Durou ont piloté la gestation du nouveau guide de gestion et répondu aux questions de Trait d'union.

### Trait d'Union : un « guide de gestion » pour quoi faire ?

Le CHU est une entité complexe qui rassemble des activités et des métiers souvent très différents. Pourtant ils concourent tous au même objectif : assurer la qualité et la sécurité des soins aux personnes qui font confiance à notre institution. La gestion de ces activités qui peut parfois sembler animée par des logiques contradictoires implique d'avoir des règles claires, connues, accessibles et qui inscrivent le fonctionnement de chacun dans un ensemble cohérent et sont donc opposables à tous. C'est précisément le rôle du guide de gestion de présenter à la fois les principes généraux qui guident la gestion du CHU, l'organisation interne qui a été retenue pour optimiser ce fonctionnement et enfin la répartition des tâches entre les pôles (cliniques et medico-techniques) d'une part et les

directions fonctionnelles (DRH, Affaires médicales, Finances) et les pôles supports (EHL, PISTE, sites) d'autre part. Au-delà des aspects pratiques, le guide de gestion concrétise une volonté de transparence portée par la direction générale.

### TU : à qui s'adresse ce guide, quel vont en être les utilisateurs ?

Deux groupes de personnes sont concernées à des degrés divers. D'un côté, les équipes de pôles c'est-à-dire chefs de pôles et adjoints, cadres supérieurs de santé de pôles et cadres de santé, assistants de gestion et gestionnaires de pôles, directeurs délégués aux pôles (ce sont eux qui seront les garants de la bonne application des règles adoptées), et de l'autre, les équipes des directions fonctionnelles et pôles supports, c'est-à-dire directeurs, cadres et agents qui les composent.

### TU : un guide de gestion avait déjà été élaboré en 2004, pourquoi le réécrire ?

Lorsqu'en 2004 le CHU s'est organisé en pôles, il a souhaité accompagner ce changement par la mise en place d'une très forte délégation de gestion aux pôles. Le CHU de Toulouse est d'ailleurs connu en France pour être allé très loin dans ce mouvement de décentralisation. Le guide de gestion de 2004 définissait les règles de fonctionnement de cette délégation. En 2010, il était temps de tirer les enseignements de ce premier guide, de faire évoluer cet outil et de repenser la gouvernance à la lumière de la loi HPST du 21 juillet 2009 qui est venue modifier le cadre réglementaire de l'organisation et de la répartition des responsabilités au sein des hôpitaux.

### TU : quelle serait la principale leçon que l'on peut tirer de 5 ans de fonctionnement ?

Ce mouvement de décentralisation a été une réussite. Cette expérience a été très profitable car elle a créé une grande maturité des différents acteurs. Pour autant, en matière de changement, s'il n'y a pas d'accompagnement et de

### Dispositif d'explication et d'aide à la prise en main

Des rencontres organisées sur site avec les différents protagonistes et des interventions au sein des bureaux de pôles sont programmées de septembre à décembre 2011.



## Un guide en trois parties :

- > La première (23 pages) recense les principes généraux qui guident la gestion et la gouvernance du CHU.
- > La seconde partie (14 pages) présente l'organisation de la gouvernance du CHU (instances centrales, comités et coordinations de régulation) et précise les responsabilités des différents acteurs de la gestion par pôle du CHU.
- > La troisième partie (45 pages) décrit la répartition des attributions, domaine par domaine, entre les pôles et les directions fonctionnelles (DRH, Affaires médicales, Finances) et pôles supports (EHL, PISTE, sites).



Retrouvez le guide de gestion sur Intranet: rubrique pôles > guide de gestion par pôles.

Un sommaire détaillé permet de retrouver les sujets recherchés. Un accès à partir d'une liste de mots-clés est également envisagé.

réévaluation régulière, le risque est grand lorsqu'il y a doute ou incertitude, de voir chacun revenir à ses anciennes pratiques ou bien interpréter à sa manière les règles et les façons de faire. Aussi, à l'occasion de la mise en place de ce nouveau dispositif, la fonction d'administrateur du guide de gestion a été créée et confiée à Thérèse Cousseau-Bourdoncle et Dominique Mariage pour assurer le suivi de ce travail.

### TU: quel sera le rôle de l'administrateur?

Il devra faire respecter les règles adoptées, mais aussi faire vivre et actualiser le guide. Ainsi, une « foire aux questions » (FAQ) permet désormais de recueillir en temps réel les observations, critiques, et suggestions. Dans la messagerie « Outlook » du CHU figure une adresse intitulée « Guide de gestion ». Chacun peut l'utiliser pour faire remonter ses remarques. Les administrateurs traiteront les réponses et répondront via le site intranet du CHU (espace « guide de gestion »). Une fois par an, ils initieront un questionnaire et proposeront au directoire les éventuelles modifications qui s'avèreraient utiles.

### TU: comment et par qui le guide a-t-il été réactualisé?

Une très large concertation a été organisée durant plus d'un an. Plusieurs questionnaires ont été soumis aux principaux acteurs de la gestion. Ces questionnaires ont permis de centrer la réflexion de plusieurs groupes de travail thématiques (RH, Finances, Logistique). Ces groupes ont systématiquement associé des représentants des pôles (chefs de pôle, cadres supérieurs de santé, assistants de gestion et directeurs délégués) et des directions fonctionnelles concernées. Il faut remercier ici toutes les personnes qui ont accepté de travailler à cette production. Ce travail collectif a été validé lors d'un séminaire, le 24 mai 2011.

### TU: y-a-il une suite, des développements complémentaires et si oui, sous quelle forme vont-ils être présentés?

Avant toute chose, ce guide de gestion va être largement diffusé et commenté pour faciliter sa prise en main lors de réunions spécifiques et/ou d'interventions en bureaux de pôle.

Il est donc applicable, mais nous nous donnons quelques mois pour le tester et le mettre à l'épreuve du terrain et si nécessaire, procéder aux ajustements qui permettront d'avoir un guide finalisé dans lequel chacun se retrouve. D'autre part, un travail est en cours, avec les groupes thématiques et le concours de la direction de la qualité, pour décrire les principales interfaces (cartographie des processus) qui structurent chaque domaine fonctionnel. Ce travail débouche sur la rédaction de procédures très opérationnelles qui vont, pour chaque fonction, décrire qui fait quoi et quels sont les documents types à utiliser.

Un exemple:  
Domaine fonctionnel Ressources Humaines (gestion des interfaces entre DRH et pôles)  
**25 procédures validées:**  
recrutement d'un personnel, suivi des effectifs, évaluation notation.

À l'issue de ce travail, le CHU sera l'un des premiers établissements à documenter ainsi son fonctionnement managérial et administratif, gage de transparence accrue, de confort d'utilisation et d'efficacité dans la gestion au service de tous les acteurs. Souhaitons que cet important travail collectif porte ses fruits et facilite la gestion quotidienne des activités du CHU.



## SAPHORA : ce que vous devez savoir

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) généralise à partir de cette année, le recueil d'un indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en lançant une enquête annuelle auprès des 1 300 établissements de santé, publics et privés, ayant une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Le CHU de Toulouse s'engage dans la démarche cet automne pour mieux répondre aux attentes des personnes soignées et pour conduire des démarches d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

### Le questionnaire SAPHORA-MCO

C'est un questionnaire national de 36 questions fermées communes à l'ensemble des établissements de santé permettant ainsi de comparer des taux de satisfaction entre établissements. Ce questionnaire a été validé par 2 équipes scientifiques. Il porte sur les thématiques de l'accueil, de l'information du patient, de la communication avec les professionnels de santé, de la commodité de la chambre, de la douleur, de l'alimentation... Aucune donnée de santé ne sera demandée.

SAPHORA ne se substitue pas au questionnaire de sortie qui offre la possibilité à tous les usagers de faire part de leur avis sur leur hospitalisation.

### Le public cible de l'enquête

C'est le patient résidant en France, ayant été hospitalisé pour une durée minimale de 48 heures (2 nuits consécutives au moins) dans une unité de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), adulte ou pédiatrique au CHU de Toulouse entre le 1<sup>er</sup> et le 31 octobre 2011.

## Le déroulement de l'enquête

Il s'agit d'une enquête téléphonique. L'institut de sondage Qualitest a été retenu dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres. L'enquête sera conduite auprès de 120 patients pour obtenir l'indicateur institutionnel. De plus, notre établissement ayant fait le choix de produire cet indicateur par pôle, 80 patients complémentaires sur 12 pôles de médecine-chirurgie-obstétrique seront aussi interviewés soit au total 1 080 patients sur l'ensemble du CHU.

Information préalable de tous les patients hospitalisés

- > Affiches dans les différents sites hospitaliers du CHU.
- > Courrier remis par le personnel du bureau des entrées, les personnels d'accueil et les soignants dans les unités de soins avec le livret d'accueil.

Tirage au sort : 2 160 patients

- > Tirage au sort par le DIM du CHU et liste de patients transmise à l'institut de sondage : le nombre de patients tirés au sort doit être au moins le double (2 160) de celui des patients interrogés pour pallier le nombre de refus et de décès possibles entre la date de sortie et l'entretien téléphonique.

Information des patients tirés au sort

- > Envoi d'un courrier d'annonce de l'enquête.
- > Mise en place d'un numéro vert gratuit par l'institut de sondage réalisant les entretiens téléphoniques.

Enquête : du 7 au 14 novembre 2011

- > Entretiens téléphoniques conduits du lundi au samedi par des enquêteurs professionnels de la société Qualitest vers un poste fixe ou portable en France, dans le mois qui suit la sortie des patients.
- > Durée de l'entretien : 13 minutes en moyenne.

Traitement des données et publications des résultats

- > Traitement anonyme des données.
- > En 2011 : pas de diffusion publique des résultats du CHU.
- > En 2012 : publication nationale des résultats par établissement de santé et obligation pour le CHU d'afficher ses résultats.

La personne soignée peut exprimer son refus de participer à l'enquête au cours de son hospitalisation en utilisant le formulaire spécifique. Cette enquête fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

### La contribution du personnel des bureaux des entrées, des accueils et des soignants est essentielle :

- > Information des patients par la remise systématique du courrier d'information préalable avec le livret d'accueil.
- > Saisie exhaustive du numéro de téléphone fixe du patient ou du parent/responsable de l'enfant hospitalisé, car il est indispensable à la conduite de l'entretien téléphonique, et, le cas échéant, le numéro de portable.
- > Saisie exhaustive de l'adresse postale du patient car elle est nécessaire à l'envoi par l'institut de sondage d'une lettre d'information prévenant le patient du contact téléphonique.



## Dispositifs intra-vasculaires de longue durée

### Un référentiel de bonnes pratiques

Un groupe de travail, réunissant médecins et infirmières des principaux services utilisateurs de cathéters à chambre implantable et de cathéters tunnelisés à émergence cutanée (hématologie adulte et enfant, clinique des voies respiratoires, chirurgie générale et gynécologique, chirurgie digestive, blocs opératoires), ainsi que des représentants de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) et de la pharmacie, a travaillé durant l'année 2010 à la réalisation d'un référentiel de bonnes pratiques de pose, d'utilisation et de surveillance de ces dispositifs. Ce groupe de travail a été mis en place à la suite d'un audit de pratiques réalisé par l'EOHH fin 2009. Il mettait en évidence une grande disparité de pratiques.

Les objectifs de cet outil sont:

- > la prévention des complications liées à la mise en place et à la manipulation de ces dispositifs;

- > l'harmonisation des pratiques de gestion des accès veineux de longue durée;
- > la mise à disposition de supports adaptés d'information des patients, avec en lien un document adapté aux quatre situations identifiées (cathéter à chambre implantable ou cathéter vasculaire tunnelisé, avec une version adulte et une version pédiatrique);
- > la formalisation des circuits d'information précédant la pose, la traçabilité opératoire ;
- > le signalement d'événements indésirables (matériorvigilance, infectiovigilance);
- > la création d'outils de formation à l'intention des médecins, chirurgiens, anesthésistes et radiologues qui en assurent l'implantation;
- > un meilleur recours au matériel sécurisé;
- > une continuité hôpital-domicile dans les modalités de surveillance de ces accès vasculaires de longue durée.

Dans ce référentiel, sont précisés: les indications, ainsi que certaines applications à des cas particuliers; les matériels et matériaux disponibles; les critères de choix du type d'accès vasculaire; les précautions d'emploi; les complications; les précautions devant entourer l'implantation. Un audit est programmé pour le troisième trimestre 2011, afin d'évaluer l'impact de cet outil sur les pratiques, en bloc opératoire et en unité de soins.

Après validation en cellule d'approbation de la gestion des documents, ce référentiel est téléchargeable sur Intranet dans l'outil de gestion documentaire: base documentaire de référence, CLIN Hygiène, accès au logiciel Filenet, thématique Hygiène. Des liens ont été créés avec de nombreux documents de référence et avec des procédures.



nos mutuelles s'unissent et forment

# mutami

vosre nouvelle mutuelle  
**SANTÉ - PRÉVOYANCE**

Toulouse - Pont des Minimes  
70, Bd Matabiau - BP 7051  
31069 Toulouse Cedex 7

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

Poste n° 05 61 32 20 26

**Sébastien Suret 06 37 21 24 18**

Responsable Commercial Entreprises et Collectivités

0 810 13 11 11

[www.mutami.fr](http://www.mutami.fr)

## Formation

# Pédagogie et recherche

Un groupe de formateurs issus des écoles et instituts du CHU travaille à l'enrichissement des pratiques et prépare une première journée didactique pour le 7 décembre.

Patrick Viollet, directeur des soins, consultant en pédagogie et formation, explique la démarche.



Le groupe de formateurs issus des écoles et instituts du CHU.

Dire que la formation a le vent en poupe, ce qui est vrai, ne signifie pas qu'il en est de même pour la pédagogie. Trop souvent, le quotidien nous montre que l'on forme en voulant se passer d'elle; donc, sans efficacité. Pour emprunter une image au monde de l'économie, former sans pédagogie équivaut à faire un placement à haut risque: cela coûte cher (la formation professionnelle en particulier et l'éducation en général représentent des budgets colossaux) et repose sur des aléas tels que le formateur lui-même est souvent incapable de se fixer des objectifs en termes de résultats. De ce fait, il se cantonne aux processus, tout en sachant qu'ils n'entretiennent que de lointains rapports de proportionnalité avec ce que l'apprenant retient. À l'opposé, former avec pédagogie ou plutôt de façon didactique, est le placement le plus sûr qui soit.

Le CHU de Toulouse en a pris conscience au moment où il le fallait. Depuis 2004, un petit groupe de formateurs issus de ses écoles et instituts a eu l'opportunité de se constituer et de travailler sur la face oubliée de la médaille qui illustre si

bien le concept de formation professionnelle: celle des méthodes et stratégies utilisées pour faire passer ou émerger le contenu d'un enseignement qui, lui, en constitue l'avant: « lorsque je forme à un sujet, j'ai peu de chance d'en omettre le contenu ». Par contre, là où est le risque, c'est sur la façon, « l'art et la manière » de l'enseigner qui, pourtant, constitue l'essence même du métier de formateur.

En 2004, à la suite d'une formation commune aux directeurs des écoles, le CHU a misé sur la pédagogie. Progressivement, le groupe constitué s'est focalisé sur la didactique. En 2010, ses membres ont été officialisés sous le nom de référents pédagogiques. Parmi leurs missions, l'une concerne l'enrichissement des pratiques des formateurs. Cette année, s'y insère la publication d'un ouvrage reprenant l'ensemble des documents élaborés au cours de sept années de travail et l'organisation de la première journée de didactique des formations sanitaires et sociales. Missions, publication et organisation de cette journée sont décrites ci-après.

### Missions des référents pédagogiques

Avant même qu'on la nomme ainsi, l'expertise s'est développée dans les centres de formation. Longtemps limitée aux contenus d'enseignement (le message à transmettre), elle s'est aujourd'hui imposée dans le champ de la didactique (la façon de transmettre le message). C'est sur ce constat que la fonction de référent pédagogique a vu le jour dans les écoles et instituts du CHU, dont chacun est représenté dans le groupe par au moins un formateur, volontaire et agréé par son directeur, la fonction n'étant concevable qu'avec son accord et son soutien. Le référent est investi de cinq missions, progressivement précisées au cours de sa première année de fonctionnement:

- > le tutorat des nouveaux formateurs;
- > le conseil, la veille et la recherche en matière de pédagogie et didactique;
- > l'organisation d'actions de formation de formateurs en interne et, à partir de 2012, en direction des établissements extérieurs.

Les référents se réunissent une demi-journée par mois (et plus lorsque cela est nécessaire), autant pour bénéficier de la formation requise par ces missions que pour travailler sur les problématiques d'enseignement-apprentissage rencontrées dans les équipes et produire les documents de références mis à la disposition des formateurs.

### Fiches méthode et publication

La production de documents destinés aux formateurs a été très tôt au centre des préoccupations des groupes qui ont précédé celui des référents. Dès juin 2004 avait été diffusée la première fiche méthode, consacrée à celle des Ambassadeurs, qui, outre la présentation de la façon de l'utiliser, résumait le cadre théorique dans lequel elle s'inscrivait. Toutes celles qui ont suivi ont conservé cette même structure. 51 documents



ont été diffusés, souvent accompagnés d'annexe permettant de les illustrer, sur le site intranet de la DAPSF<sup>1</sup>. Cet ensemble, remis en forme et enrichi du développement du cadre théorique, a été remarqué par les éditions De Boeck-Estem. Il sera publié à l'automne 2012 sous le titre: « Méthodes pédagogiques pour développer la compétence/Manuel pratique à l'usage des formateurs ».

### Première journée de didactique

Sur sa lancée, le groupe a décidé d'aller au-delà. En lien avec la DAPSF et les directeurs des écoles et instituts, il organise le 7 décembre prochain la première journée de didactique des formations sanitaires et sociales du CHU de Toulouse. Pour cette première édition, deux conférenciers ont été invités: le Pr Michel Develay, docteur en didactique des disciplines, qui viendra entretenir le public des problématiques liées aux différentes étapes de la transformation des savoirs savants en savoir à enseigner, et Mme Demeester, directrice de l'école de maïeutique de l'université Aix-Marseille II, dont l'intervention sera

centrée sur l'apprentissage par les étudiants du raisonnement professionnel et clinique. En outre, les formateurs qui ont bénéficié cette année de la formation d'adaptation à l'emploi organisée à leur intention exposeront quatre expériences d'innovation pédagogique, dont certaines associent plusieurs instituts<sup>2</sup>.

### Pour l'avenir

L'organisation annuelle de cette formation et de modules d'approfondissement spécifiquement consacrés à des méthodes s'inscrivant dans la pédagogie du développement de la compétence, ainsi que le renouvellement des journées de didactique, sont deux des objectifs du groupe des référents pédagogiques pour l'année à venir. Sont recherchés: les liens entre écriture et recherche dans le cadre de la didactique appliquée aux professions sanitaires et sociales. Pour emprunter une métaphore chère à Léo Ferré, si la formation sans pédagogie perd une grande partie de son intérêt, la pédagogie sans formation est aussi inachevée que « la poésie destinée à n'être que lue et enfermée dans sa typographie », et qui ne prend son sens

« qu'avec la corde vocale, comme le violon prend le sien avec l'archet qui le touche »<sup>3</sup>.

1. Pour accéder aux fiches: site Intranet du CHU, Rubrique Formation, Espace formateurs.
2. Pour accéder au programme complet: actualités du CHU, Congrès, réunions, forums, 1<sup>er</sup> journée de didactique des formations sanitaires et sociales, afficher la suite et cliquer sur programme.
3. Ferré Léo, Préface, 1972.





# messages

IMPRIMERIE

## Votre imprimeur qualité



afaq  
ISO 9001  
Qualité  
AFNOR CERTIFICATION



afaq  
ISO 14001  
Environnement  
AFNOR CERTIFICATION



IMPRIM'VERT

IMPRESSION OFFSET • IMPRESSION NUMÉRIQUE • INFORMATIQUE • FAÇONNAGE • ROUTAGE • CD/DVD

111, rue Nicolas-Vauquelin – 31100 Toulouse – Tél. : 05 61 41 24 14 • Fax : 05 61 19 00 43  
Email : [imprimerie@messages.fr](mailto:imprimerie@messages.fr) – [www.messages.fr](http://www.messages.fr)

## Actualités sociales



### Le reclassement de la catégorie B

Le protocole d'accord du 2 février 2010, dit « Protocole BACHELOT », a défini un ensemble de mesures pour le personnel de catégorie B. Au journal officiel des 15 et 29 juin derniers, les pouvoirs publics ont procédé à la publication d'un ensemble de textes (décrets et arrêtés) pour les personnels administratifs, techniques, de rééducation et médico-techniques. Le décret n° 2011-661 du 14 juin 2011 portant dispositions statutaires à divers corps de fonctionnaires de la catégorie B fixe les règles communes applicables, à ce jour, au personnel administratif et technique. Elles énoncent, outre des dispositions générales et communes, les modalités de recrutement dans les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> grades, le classement lors de la nomination dans les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> grades, l'avancement aux grades supérieurs. Les statuts particuliers complètent ces dispositions.

#### A • les principales mesures arrêtées pour les personnels administratifs (cf. décret 2011-660 du 14.06.2011)

##### 1 • Assistants Médico-Administratifs (A.M.A.)

La dénomination du corps des secrétaires médicaux est remplacée par celle

des assistants médico-administratifs. Leur fonction est d'assurer le traitement et la coordination des opérations et des informations médico-administratives concernant les patients dans les domaines du secrétariat médical et de l'assistance de régulation médicale.

Les assistants médico-administratifs des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> grades ont vocation à occuper des emplois qui correspondent à un niveau d'expertise acquis par la formation initiale, l'expérience professionnelle ou par la formation tout au long de la vie. Ils peuvent également être investis de responsabilités particulières et exercer notamment les emplois de coordinateur de secrétariats médicaux ou de coordinateur en assistance de régulation médicale. L'intégration des permanenciers auxiliaires de régulation médicale dans le corps des assistants médico-administratifs s'effectuera après mise en place des concours sur titres, sur épreuves, par examen professionnel ou par inscription sur une liste d'aptitude (après publication de l'arrêté fixant les règles d'organisation des concours et de l'examen professionnel, la nature et le programme des épreuves, la durée et le contenu de l'entretien).

##### 2 • Adjoins des Cadres Hospitaliers (A.C.H.)

Ils assurent l'instruction des affaires qui leur sont confiées, exercent des missions de gestion et d'administration, peuvent également se voir attribuer l'animation d'une équipe ou la coordination d'une ou plusieurs unités administratives. Les adjoints des cadres hospitaliers de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> grades ont vocation à occuper des emplois qui correspondent à un niveau d'expertise acquis par la formation initiale, l'expérience professionnelle ou par la formation tout au long de la vie. Ils peuvent également être investis de responsabilités particulières et exercer notamment les fonctions d'assistant administratif de chef de pôle (assistant de gestion).

##### 3 • Dispositions communes

Les corps des ACH et des AMA comprennent 3 grades :

- > 1<sup>er</sup> grade : classe normale
- > 2<sup>e</sup> grade : classe supérieure
- > 3<sup>e</sup> grade : classe exceptionnelle.

Le recrutement au 1<sup>er</sup> grade de ces corps s'effectuera par la voie du concours externe (épreuve d'admissibilité sur titres et entretien avec un jury) et par concours interne (épreuves). L'accès direct au 2<sup>e</sup> grade sera ouvert pour ces deux corps :

- > en externe aux candidats en possession d'un titre ou d'un diplôme sanctionnant deux années de formation classée au moins au niveau III, ou d'une qualification reconnue comme équivalente ;
- > en interne aux fonctionnaires et agents des hôpitaux, de l'État, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, aux militaires.

L'accès à ces corps par inscription sur une liste d'aptitude est maintenu pour les adjoints administratifs et permanenciers selon deux modalités :

- > après avis de la CAP ;
- > après sélection par examen professionnel (attente publication de l'arrêté).

#### Avancement aux grades supérieurs

Pour le personnel administratif, les taux de ratios ont été majorés pour les années 2011 à 2013 à savoir :

- > pour la classe exceptionnelle des adjoints des cadres de 7 % à 15 % et pour les assistants médico-administratifs (ex-secrétaires médicaux) de 7 % à 10 % ;
- > pour la classe supérieure des adjoints des cadres de 6 % à 20 % et pour les assistants médico-administratifs (ex-secrétaires médicaux) de 6 % à 12 %.



#### 4 • Reclassement

Les personnels administratifs fonctionnaires seront reclassés, à compter du 16 juin 2011 avec effet rétroactif, conformément au nouvel espace statutaire (NES)\*.

#### B • les principales mesures arrêtées pour les personnels techniques (cf. décret 2011-744 du 27.06.2011)

Le corps des agents chefs, précédemment rangé dans le statut particulier des personnels ouvriers, a été supprimé. Il est remplacé par l'appartenance au corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers.

Les membres de ce corps accomplissent des missions ou des travaux à caractère technique dans les spécialités regroupées dans les domaines suivants :

bâtiment, génie civil – contrôle, gestion, installation et maintenance technique – hygiène et sécurité – logistique et activités hôtelières – reprographie, dessin, documentation.

#### 1 • Techniciens hospitaliers

Ils accomplissent leurs missions ou travaux dans les spécialités regroupées dans les domaines ci-dessus et dans les domaines suivants :

techniques biomédicales – techniques d'organisation – télécommunications, systèmes d'information et traitement de l'information médicale.

Les spécialités sont fixées par arrêté ministériel.

Les modalités de recrutement au 1<sup>er</sup> grade sont à l'identique de celles des personnels administratifs auquel il convient d'ajouter un 3<sup>e</sup> concours réservé sur épreuves ouvert aux candidats justifiant de l'exercice pendant quatre ans au moins d'une ou plusieurs des activités professionnelles ou d'un ou plusieurs mandats.

Les candidats au grade de technicien hospitalier doivent posséder le baccalauréat technologique ou un baccalauréat professionnel ou un diplôme homologué au niveau IV sanctionnant une formation technico-professionnelle ou une qualification reconnue comme équivalente.

#### 2 • Techniciens Supérieurs hospitaliers de 2<sup>e</sup> classe

Pour l'accès au 2<sup>e</sup> grade, les candidats au grade de technicien supérieur hospitalier de 2<sup>e</sup> classe doivent posséder un diplôme sanctionnant deux années de formation technico-professionnelle homologué au niveau III ou une qualification reconnue comme équivalente.

#### 3 • Dispositions communes

Pour ces deux filières, la validation de l'expérience professionnelle reste prise en compte lors de la nomination au stage, sur demande écrite de l'agent, dans la limite d'un délai de 6 mois à compter de la notification de la décision. Peuvent être pris en compte dans leur parcours professionnel :

> des services accomplis en tant qu'agent public non titulaire, ancien fonctionnaire civil (3/4 durée si de cat. B ou 1/2 si de cat. C),

> de l'exercice d'une ou plusieurs activités professionnelles accomplies sous un régime juridique autre que celui d'agent public (contrat de droit privé d'une administration par exemple) en qualité de salarié dans des fonctions d'un niveau au moins équivalent à celui de la catégorie B (1/2 durée limitée à 8 ans),

> des services accomplis en qualité de militaire (3/4 durée si officier ou s/officier sinon 1/2 durée),

> de services accomplis dans une administration ou un organisme d'un État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

Attention: ces services ne sont pas cumulables.

La durée effective du service national ou du temps effectif dans le service civique est prise en compte pour leur totalité.

L'avancement aux grades supérieurs est possible :

> pour l'accès aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> grades par examen professionnel ou au choix, après inscription sur un tableau d'avancement, après avis de la commission administrative paritaire,

> par application d'un ratio de promu/promouvables.

Pour le personnel technique, les taux de ratio ne sont pas encore connus.

#### 4 • Reclassement

Les personnels techniques fonctionnaires seront reclassés, avec effet rétroactif, à compter du 30 juin 2011, conformément au nouvel espace statutaire (NES)\*.

#### C • les principales mesures arrêtées pour les personnels de rééducation et medico-techniques

Les décrets du 27 juin 2011 (2011-746 et 748) portant statuts particuliers des divers corps de ces deux filières abrogent les dispositions en vigueur. Les principales modifications apportées sont :

> une classe normale dotée de 9 échelons (avant 8),

> une classe supérieure dotée de 7 échelons (avant 6),

> un classement dans le nouvel espace indiciaire (NES)\*

> la suppression de la bonification de 1 an pour les pédicures-podologues nommés fonctionnaires stagiaires,

> les conditions de nomination d'un agent de catégorie C par application d'un tableau de correspondance,

> à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, le nombre maximum de fonctionnaires pouvant être promus chaque année au grade supérieur sera déterminé par application d'un ratio de promu promouvables (attente de la publication de l'arrêté fixant les taux applicables),

> le classement indiciaire lors de la nomination au grade supérieur s'effectuera par application d'un tableau de correspondance.

Les membres des divers corps sont intégrés et reclassés dans les nouveaux corps par application de tableaux de correspondance. La mesure prend effet à compter du 30 juin 2011.

#### D • Autres dispositions

Les personnels contractuels de catégorie B bénéficieront, par avenant au contrat, de la revalorisation indiciaire du 1<sup>er</sup> échelon.

Une revalorisation indiciaire est d'ores et déjà programmée pour le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les indices seront respectivement portés aux indices bruts 646, (majoré 540) et 675 (majoré 562). Indices des :

> 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> échelons du 2<sup>e</sup> grade des filières administratives et techniques,

> 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> échelons du 2<sup>e</sup> grade des filières de rééducation et medico-techniques.

Des concours seront prochainement organisés par l'établissement dans ces corps (cf. notes de services internes pour le dépôt des candidatures).

Avec la prochaine publication des textes relatifs à la filière socio-éducative, l'ensemble des filières de la catégorie B aura été revalorisé.

En 2012, les modifications concerneront les personnels des différentes filières de la catégorie A.

\* Sur Intranet: rubrique « DRH et Vie professionnelle -> Carrière-Statut-Métiers -> Les grilles indiciaires »

## Délai d'utilisation des jours placés sur un compte épargne temps (CET)

Les dispositions applicables dans la fonction publique hospitalière.

L'article 7 du décret 2007-788 du 3 mai 2002 modifié prévoit que « Les droits à congés acquis au titre du compte épargne temps doivent être exercés avant l'expiration d'un délai de 10 ans courant à compter de la date à laquelle l'agent a accumulé 20 jours sur son compte. À l'expiration de ce délai, le compte doit être soldé ». Dans l'attente de la parution d'un décret, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a précisé, par courrier du 18 mai 2011, les modalités relatives à l'expiration du délai d'utilisation des jours et heures placés sur un CET. L'agent qui cumule 20 jours sur son CET doit exercer son droit à congés pour

la totalité de ces 20 jours dans un délai de 10 ans. S'il approvisionne ensuite son compte, chaque jour épargné devra être utilisé dans un délai de 10 ans à partir de la date à laquelle il a été épargné.

Les agents ayant placé plus de 20 jours au titre de l'année 2002 devront solder, au plus tard le 31 janvier 2013, les jours épargnés de cette année et non l'intégralité de leur CET. Un agent ayant déposé le maximum de jours possible à épargner par an sur son CET au titre de 2002, soit 22 jours, devra solder ces 22 jours avant le 31 janvier 2013. Les agents concernés doivent dès à présent commencer à les planifier en respectant le délai de prévenance correspondant au nombre de jours pris par période.

## Les conditions pour une retraite à taux plein à 65 ans

Les conditions de mise en œuvre du maintien de l'âge d'attribution d'une pension de retraite à taux plein à 65 ans (sans application d'une décote quelle que soit la durée d'assurance acquise) dans la fonction publique hospitalière sont fixées par le Décret n° 2011-620 du 31 mai 2011.

Ainsi, certains fonctionnaires conservent le bénéfice de l'annulation de la décote à 65 ans. Il s'agit de fonctionnaires :

- > qui bénéficient d'au moins 1 trimestre au titre de la majoration de durée d'assurance pour enfant handicapé ;
- > handicapés avec un taux d'incapacité permanente > à 50% et < à 80% ;
- > qui ont interrompu leur activité professionnelle pendant au moins 30 mois consécutifs en raison de leur qualité d'aidant familial ;
- > nés entre le 1<sup>er</sup> juillet 1951 et le 31 décembre 1955, sous réserve :
  - d'avoir eu ou élevé au moins 3 enfants pendant 9 ans avant leur 16<sup>e</sup> anniversaire ;
  - d'avoir interrompu ou réduit l'activité professionnelle pendant au moins 1 an suivant la naissance d'au moins un de ces enfants ;
  - de justifier au titre des 2 années précédant l'année d'interruption ou de réduction d'activité d'une durée d'assurance égale ou supérieure à 8 trimestres.



## Incidence de la maladie et de l'accident de travail sur les droits à RTT

La valorisation de la maladie et de l'accident de travail a été rajoutée dans GESTOR – progiciel de gestion du temps de travail – conformément aux dispositions de la loi de finances pour 2011 n°2010-1657 du 29 décembre 2010. L'article 115 de la loi pose le principe selon lequel le fonctionnaire ou l'agent

non titulaire qui bénéficie d'un congé pour raison de santé ne peut générer de temps de repos lié au dépassement de durée annuelle du travail ».

Ainsi, toute absence pour maladie ou accident de travail sera valorisée sur la base réglementaire de l'agent, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2011. L'ensemble

des autres absences continue à être comptabilisé selon la charte ORTT.

Ce dispositif n'est appliqué qu'aux seuls agents enregistrés en décompte horaire.



## La section théâtre dans la cour des grands

À l'occasion du spectacle « Notre besoin de consolation » de Julie Beres, le Théâtre Garonne recherchait des comédiens amateurs. L'atelier théâtre de l'Entente Sportive, dirigé par Sylvie Lagarde, a été sélectionné.

Dans ce spectacle, à travers différents tableaux, le metteur en scène évoque des questions éthiques soulevées par le progrès scientifique: biogénétique, clonage, manipulations ADN, mères porteuses, enfants nés sous X...

Trois représentations en trois jours ont comblé les comédiens amateurs.

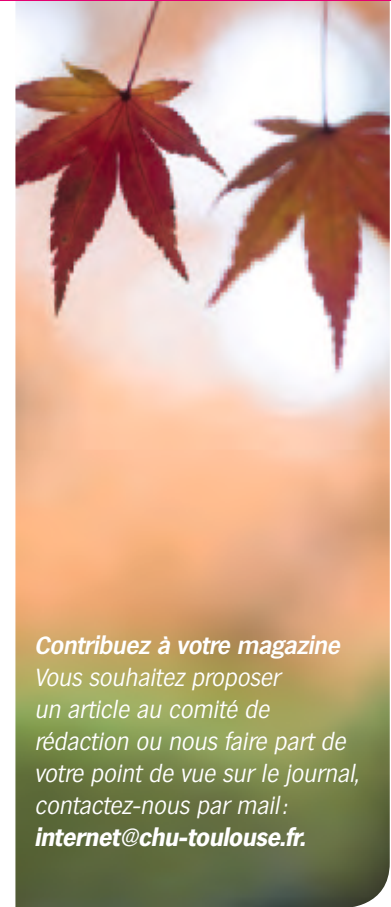
Le bureau de l'atelier théâtre est ainsi constitué pour 2011/2012: Jacques Masse, président; Yvette Sanmartin, vice-présidente; Daniel Zentellin, secrétaire; Anne-Marie Dumay, secrétaire-adjointe; Michel Agar, trésorier; Hélène Falc, trésorière-adjointe.

## Réservez pour le Cirque de Noël

Le Cirque de Noël accueillera les enfants (âgés de 3 à 12 ans) du personnel du CHU, accompagnés d'un seul adulte, pour deux séances. Elles auront lieu: le dimanche 20 décembre à 20 h et le jeudi 22 décembre à 14 h 30, sous chapiteau au parking du Zénith. Dès le lundi 7 novembre, muni de votre bulletin de salaire du mois d'octobre, vous pourrez venir retirer la carte d'entrée aux permanences suivantes:

- > Purpan, Entente Sportive, du lundi au vendredi de 12 à 16 h;
- > Hôtel-Dieu, accueil DRH, le lundi, le mardi, le jeudi et le vendredi de 13 à 14 h;
- > Rangueil, Entente Sportive, du lundi au vendredi de 12 à 16 h;
- > Hôpital des Enfants, hall jaune (près de la DRH), le mardi et le jeudi de 13 à 14 h;
- > Larrey, Entente Sportive, le lundi et le vendredi de 12 à 14 h.

\* Entente Sportive CHU Purpan: 05 61 77 24 62.



### 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](mailto:internet@chu-toulouse.fr)**



## Venez rejoindre les volleyeurs du CHU de Toulouse

Vainqueurs du championnat FSGT (Fédération Sportive et Gymnique du Travail), tournoi inter-entreprises, pour la deuxième fois consécutive avec 17 victoires sur 18 matches en Honneur B, ¼ de finaliste du championnat de France FSGT cette année, ½ finaliste en coupe l'an dernier, ¼ de finaliste en coupe cette année, l'équipe de volley-ball du CHU qui évolue en Honneur A vous ouvre ses portes.

Elle cherche pour la saison 2011/2012 un central, un passeur et un attaquant. Les séances d'entraînement et les matches ont lieu le mercredi à 20 h. Pour tout contact, appeler Medhi au 06 89 94 18 09.

Sur notre photo, on reconnaît de gauche à droite ligne du haut: Guillaume Decormeille, infirmier; Medhi Estevez, manipulateur radio; Yann Cretu, préparateur en pharmacie; Sébastien Coimet, infirmier; Mathieu Pesch, étudiant kiné; Collin Rind, étudiant kiné. Ligne du bas: Mathieu Alonso, radio pharmacien; Rémi Buttard, manipulateur radio; Jérémy Madonna, kiné; Éric Dugert, neuro radiologue. Absent sur la photo: Maxime Darde, infirmier anesthésiste.

## Voyage

# Pirates des Caraïbes

Derrière les conséquences tragiques du séisme survenu en Haïti, il y avait un trésor à découvrir : le regard brillant de petits Haïtiens guéris. Le D<sup>r</sup> Daniel Roux raconte...

Il a fallu que la terre gronde, que le sol se fissure, que les maisons s'écroulent, qu'il y ait plusieurs centaines de milliers de victimes pour que je découvre « l'île au trésor ».

Le 13 janvier 2010, vers 13 h, comme d'habitude, je prenais mon café quand le D<sup>r</sup> Ignacio Garrido m'a apostrophé en ces termes : « que fait la Chaîne de l'Espoir pour Haïti? ». J'étais pris en flagrant délit de « non-assistance à personne en danger ». Poussé par le désir de me racheter, j'ai appelé immédiatement Christine à la Chaîne de l'Espoir pour lui faire part de notre conversation. Le D<sup>r</sup> Garrido avait, à Port au Prince, une amie chirurgien dont la clinique, construite selon les normes antisismiques, était intacte. Nous pouvions nous y rendre immédiatement pour opérer.

Le gouvernement français affrétait un Airbus bourré de secouristes, de chiens, de matériel de désincarcération... Le D<sup>r</sup> Garrido allait être du voyage. Il fut le premier chirurgien de la Chaîne de l'Espoir à porter secours aux blessés.

Après lui, au rythme d'une tous les quinze jours, les missions se sont succédées jusqu'à ce qu'un médecin remarque, parmi les blessés, « des enfants bleus ».

« Il y a ici un trésor pour toi » m'annonçait-il par mail.

Il y avait effectivement un trésor, mais il était en péril. Beaucoup d'enfants souffraient de cardiopathies rhumatismales ou de malformations congénitales très évoluées. Dans le pays, pas de chirurgie cardiaque et seulement quatre cardiologues pratiquant l'échocardiographie pour plus de 10 millions d'habitants. Il fallait, sur le champ, lancer une offensive. Non de code de l'opération : « Pirates des Caraïbes ».

En effet, comme ces forcenés de l'océan, il fallait constituer un butin, ce serait du matériel de Circulation Extra-Corporelle, des équipements de réanimation, des instruments de chirurgie, des médicaments, etc.



D<sup>r</sup> Daniel Roux



L'équipage accosta pour la première fois le 15 février 2011. Il s'agissait d'anciens d'Irak ou d'Afghanistan habitués à la chirurgie cardiaque en terrain difficile.

Les conditions n'étaient pas optimales mais les dieux étaient avec nous. Les seize enfants opérés furent guéris. Dans les cœurs, pas de pièces d'or, pas de perles rares, pas de diamants non plus. Pourtant, ces petits haïtiens cachent un trésor, il brillait dans leurs yeux le jour de notre départ.

L'aventure ne faisait que commencer...



## Histoire/Sémantique

## Pourquoi des « cliniques » dans les hôpitaux ?

L'existence dans les hôpitaux de services ou de bâtiments appelés « cliniques », telles la clinique Dieulafoy à Purpan ou plus récemment la Clinique Pierre-Paul Riquet en construction suscite souvent des étonnements sémantiques ! En effet le terme de « clinique » désigne aujourd'hui pour le grand public un lieu de soins privés. Sa « présence » au sein de l'hôpital public est souvent incomprise. L'explication tient dans la définition originelle. Le mot clinique (du grec « klinos » : couché) désigne ce qui est en rapport avec le lit du malade : ainsi en est-il de la leçon clinique, enseignement médical au lit du malade. La même analogie désigne sous le terme de clinique, l'institution (puis le bâtiment) dans laquelle les étudiants apprennent l'art de guérir les malades (Littré). L'Histoire de l'évolution des structures médico-hospitalières au cours du XIX<sup>e</sup> siècle nous permet d'en comprendre toutes les subtilités.



La nouvelle école de médecine - Gravure Urbain Vitry

## Des chaires professorales aux « cliniques »...

La Révolution, ayant une prédilection immodérée pour les autodidactes et une haine farouche contre les institutions établies, supprima en 1792, au nom de la liberté d'exercice, les universités et les académies régionales et nationales. Les facultés de médecine, disparurent bien entendu dans cette tourmente égalitaire, laissant la place à un charlatanisme envahissant et au plus grand désordre hospitalier et médical. Heureusement à Toulouse, comme dans d'autres villes, des médecins créèrent une Société de Médecine et de Chirurgie. pour assurer,

dans des conditions correctes, la continuité des soins, de l'enseignement et même de la recherche. Devant la situation catastrophique de l'enseignement, Fourcroy fut chargé en 1803 par le futur Napoléon 1<sup>er</sup> de remettre de l'ordre dans le monde universitaire, et pour la médecine d'instituer trois écoles d'État, dites de Santé (Paris, Montpellier et Strasbourg). Ces écoles furent transformées en facultés en 1808, lors de la création de l'Université impériale. Le titre de professeur réapparut et avec lui la chaire. Toulouse ne fut hélas pas retenue dans cette première promotion. Un décret impérial du 1<sup>er</sup> mai 1806, autorisa seulement l'instauration d'une École

de Médecine et de Chirurgie donnant des cours gratuits destinés spécialement à l'instruction des officiers de santé. Le directeur et trésorier était alors Alexis Larrey, oncle du baron Dominique Larrey. Six professeurs furent nommés pour donner des cours portant sur l'anatomie et la physiologie, la pathologie chirurgicale, les opérations et accouchements, la thérapeutique et matière médicale, la clinique interne et la clinique externe.

Voilà donc le mot « clinique » introduit dans les hôpitaux pour désigner le service dont avaient la charge les professeurs titulaires des chaires de clinique interne ou externe à la Faculté. Cet enseignement au lit malade traduisait bien l'évolution de la médecine française qui devenait anatomo-clinique dans cette première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, utilisant pour le diagnostic l'examen clinique avec ses quatre temps : inspection, palpation, percussion, auscultation.

## Quand existaient deux catégories de services dans les hôpitaux publics

À cette époque, la gestion des hôpitaux (hospices civils) relevait entièrement de la ville. Il existait deux types de services. Les uns dits services administratifs, plus communément nommés services municipaux, étaient consacrés exclusivement aux soins et n'avaient aucune charge d'enseignement. La Faculté n'avait rien à voir dans leur fonctionnement car ils étaient dirigés par des médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux, nommés après un difficile concours hospitalier (le médicament ou le chirurgicat des hôpitaux) que devaient également passer les professeurs de la Faculté qui voulaient diriger un

service hospitalier. Ces chefs de service étaient assistés par des médecins adjoints, des internes des hôpitaux effectuant des stages de six mois, mais aucun autre étudiant n'était autorisé à fréquenter les services municipaux.

Les autres étaient les services universitaires dont les fameuses cliniques. Comme les précédents, ils bénéficiaient pour leur entretien courant de l'aide financière de la Ville mais aussi de crédits d'enseignement provenant de l'Éducation Nationale (salaire des enseignants et matériel d'enseignement). À leur tête se trouvaient des professeurs de la faculté de médecine (titulaires de chaire ou professeurs à titre personnel) qui avaient également passé le concours de médecins des hôpitaux. Ils assuraient leur fonction d'enseignement à la faculté et à l'hôpital, sélectionnant les malades pour l'enseignement des étudiants. Au début, dans les salles communes, une pancarte accrochée aux lits des malades et sur laquelle était écrit *Clinique* indiquait aux étudiants, les « cas » intéressants qu'ils devaient examiner! Les professeurs étaient secondés par des maîtres de conférences agrégés, des chefs de clinique à la faculté, nommés pour quatre ans, mais leur service comportait aussi pour son fonctionnement des internes et des externes.

À titre d'exemple il existait en 1891, date de la création de la Faculté de Médecine et de Pharmacie deux cliniques médicales, deux cliniques chirurgicales, une clinique des maladies cutanées et syphilitiques, une clinique ophtalmologique, une clinique infantile, une clinique obstétricale et une clinique des maladies mentales.

Les professeurs qui enseignaient les sciences fondamentales (physiologie, pharmacologie, anatomie, biochimie, histologie, embryologie, anatomie-pathologique, physique, pathologie expérimentale, etc.)



L'inauguration de la Faculté de Médecine et de Pharmacie en 1891 en présence de Jean Jaurès

étaient exclus de l'hôpital. Ils exerçaient uniquement leur enseignement dans le cadre de la Faculté (cours magistraux et travaux pratiques) et étaient aidés par des chefs de travaux et des assistants de la faculté.

### Puis vint la création des CHU... et de la Clinique Pierre-Paul Riquet (PPR)

En 1958 la création des centres hospitaliers universitaires introduisit deux révolutions importantes: la nécessité pour les médecins hospitaliers d'exercer à plein-temps à l'hôpital avec toutefois la possibilité de garder dans des conditions définies leur clientèle privée dans le service; la suppression du concours du médecin des hôpitaux.

Dès lors, les nouveaux maîtres de conférences agrégés devinrent systématiquement des médecins, chirurgiens, spécialistes ou biologistes des hôpitaux, chefs de service ou non. Il n'y eut donc plus deux concours obligatoires (le « professorat » et le « médocat »), mais un seul (hospitalo-universitaire) permettant d'exercer simultanément les deux fonctions. La création ultérieure du statut de praticien

hospitalier mono-appartenant entraîna le développement d'une nouvelle catégorie de médecins hospitaliers, théoriquement dégagés de toute fonction universitaire. Quant aux anciennes cliniques, elles devaient théoriquement disparaître avec la suppression des chaires, d'autant que tous les services avaient des fonctions d'enseignement mais l'attrait du terme et les rémanences de son ancienne respectabilité liée à la chaire (qui était la fierté du professeur titulaire) firent conserver très souvent l'emploi du mot.

Le terme de « clinique » est associé aujourd'hui à l'immense bâtiment PPR dont l'ouverture prochaine va bouleverser tout le fonctionnement de l'hôpital de Purpan et du CHU! Cette dénomination reflète ainsi les liens universitaires indissociables reliant les activités de soins, d'enseignement et de recherche à l'intérieur même du centre hospitalier. Mais ici, le terme de « clinique » est aussi plus que jamais adéquat car outre la qualité de l'accueil et de l'hospitalisation les activités hospitalo-universitaires qui se dérouleront dans la clinique seront facilitées par la présence d'un grand amphithéâtre d'enseignement de 300 places.

Pr Jacques Frexinos

La façade de la Faculté de Médecine, allées Jules Guesde



FAÇADE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1. Chaire. C'est le siège élevé d'où on parle. Ce terme est à la fois utilisé pour désigner la tribune à dais d'où le prêtre adresse sa parole aux assistants mais aussi la tribune ou le siège du professeur dans les écoles (Littre) et plus tard par extension, à la fonction qui lui était dévolue: chaire de littérature par exemple à la Faculté de Lettres ou de pathologie expérimentale à la Faculté de Médecine.
2. Il fallut attendre près de quatre-vingt-dix ans pour voir rétablir en 1891 la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie!
3. En 1823, pour seconder ou remplacer le professeur titulaire, furent institués des recrutements locaux de professeurs agrégés, de chefs de travaux pour les sciences fondamentales et de chefs de cliniques pour l'enseignement clinique. Une nouvelle main-d'œuvre médicale hospitalière fut également recrutée par des concours dont le jury comportait uniquement des médecins des hôpitaux (professeurs ou non). C'étaient l'Internat, sélection très élitiste dont le premier concours remonte à Toulouse en 1821, et l'Externat dont le statut officiel dans les hôpitaux de Toulouse date de 1837.



## Diététique

# Le champignon dans tous ses états

Le champignon, plutôt condiment que légume d'accompagnement, est riche en protéines et très goûteux.

### Le champignon... côté histoire

L'Homme consomme des champignons sauvages depuis toujours. La cueillette de ce végétal se faisait jadis au même titre que celle des baies. Les variétés sont connues depuis plus ou moins longtemps. Les cèpes, par exemple, ont été « découverts » au XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que le champignon de Paris, cultivé depuis le Moyen âge, était produit sous l'empire dans les carrières désaffectées du X<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

Outre l'utilisation du champignon comme comestible, il semblerait que le végétal fut utilisé dans l'histoire comme arme de crime pour empoisonner des puissants : le pape Clément VII ou encore l'empereur germanique Charles VI auraient succombé après avoir ingéré des champignons...

### Le champignon... côté nutrition

Le champignon est souvent réputé pour être riche en protéines. Certes, il l'est plus que certains autres légumes. Néanmoins, ce n'est pas pour cette propriété nutritionnelle que nous consommons des champignons. Quoi qu'en disent certains messages publicitaires (voir tableau comparatif des apports nutritionnels). Ce légume apporte essentiellement des minéraux. Le champignon est particulièrement riche en potassium, raison pour laquelle sa consommation est souvent limitée pour les personnes atteintes de pathologies rénales présentant une hyperkaliémie.

### Le champignon... côté assiette

Le champignon est utilisé en cuisine plutôt comme condiment que légume d'accompagnement, notamment parce que c'est un aliment goûteux et rare. Ainsi, certaines variétés sont réservées pour des apprêts de grande cuisine : la truffe ou les morilles par exemple.

La préparation des champignons est délicate. Il faut, pour les nettoyer, les frotter avec un chiffon ou un pinceau, couper les pieds terreux, éviter de les faire tremper ou de les laver à grandes eaux afin de préserver les arômes.

La garniture à base de hachis de champignon, très utilisée dans la cuisine française, s'appelle la « Duxelles ». Celle-ci peut accompagner par exemple un rôti ou des côtes de veau, des œufs pochés ou cocotte. La Duxelles peut également être utilisée comme farce de légumes verts, de pommes de terre ou encore de volaille.

### Le champignon... côté intoxication

Les champignons comestibles peuvent être facilement confondus avec des champignons toxiques. Ces confusions provoquent des intoxications qui peuvent être graves et dans certains cas mortelles. Le centre antipoison et de toxico-vigilance enregistre chaque année de nombreux appels pour traiter les victimes de ces erreurs. Les conditions météorologiques de l'été 2011 ont favorisé une poussée abondante de champignons et une augmentation de la fréquence des intoxications. L'institut de veille sanitaire a déclenché une alerte nationale avec recueil des cas par chaque centre et diffusion de messages de prévention.

Il est donc prudent de :

- > faire identifier la totalité de la cueillette par un pharmacien ou un mycologue avant de cuisiner et consommer des champignons ;
- > de contacter le centre antipoison dès l'apparition des premiers symptômes (vomissements, diarrhée, douleurs abdominales...)

Pour la région Midi-Pyrénées et le Limousin : Centre antipoison et de toxico-vigilance, Pavillon Louis Lareng - CHU Purpan, tél. : 05 61 77 74 47 (24h/24h)



### Recette de la Duxelles

250g de champignons de Paris frais • 1 oignon • 1 échalotte • Beurre • Sel • Poivre

Nettoyer les champignons, couper les pieds. Couper grossièrement les champignons, l'oignon et l'échalotte puis hacher le tout. Faire revenir le hachis à feu vif dans du beurre, saler poivrer. Une fois l'eau évaporée, ajouter une cuillère à soupe de crème fraîche. Selon votre goût, ajouter persil, ail, noix de muscade...



**-15%**

sur  
votre **assurance  
automobile**

**-10%**

sur  
votre **Multirisque  
habitation**

Avec la MACSF,  
**profitez d'offres**  
réservées aux hospitaliers  
**et bénéficiez de services**  
qui prennent soin de vous !

- **Mutuelle**
- **Assurances privées et professionnelles**
- **Epargne**
- **Financement**

Pour plus de renseignements :

**Vos agences** de Toulouse

- 256 avenue de Grande Bretagne - ☎ 05 67 92 25 31 ligne directe
- 1 rue Georges Pompidou - ☎ 05 40 13 02 31 ligne directe

Lors des permanences MACSF :

Hôpital de Rangueil  
maison du personnel - lundi et jeudi

☎ 05 61 32 33 67 - 23367

**macsfr**

**3233\*** ou 01 71 14 32 33

\*Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Avec l'aimable participation du CHU de Brest



MACSF assurances - SIREN n°775 665 631 - SAM - Entreprise régie par le code des assurances  
Siège social : 10 cours du Triangle de l'Arche - 92919 La Défense Cedex



**M. A. C. S. F**

Notre vocation, c'est **vous**

Mutuelle Assurance Epargne Financement



Inutile de prendre des risques  
pour découvrir la mutuelle santé  
des professionnels de la santé  
et du social !



La complémentaire santé conçue par et pour  
des professionnels de santé  
à tarifs accessibles, c'est la MNH !


À la MNH, les jeunes actifs peuvent ainsi se protéger  
à partir de 11,77€ par mois avec la garantie  
MNH Bonsai Primo. Et avec la garantie MNH Evolya  
vous offrez à votre famille une protection renforcée  
pour toutes ses dépenses de santé.

\* Cotisation 2011 pour une personne seule âgée de 18 à 24 ans.

À partir de  
**11,77**  
par mois\*

Vos correspondantes MNH :  
Bureau MNH Purpan, poste 72 323  
Rangueil, poste 22 531

[www.mnh.fr](http://www.mnh.fr)

Renseignements au  N°Cristal 09 69 32 45 00  
APPEL NON SURTAXÉ



PERFORMANTE CÔTÉ SANTÉ + SOLIDAIRE CÔTÉ SOCIAL