

hiver 2011

d'

numéro 131

# Trait Union

LE MAGAZINE  
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

Transplantation  
rénale ;  
le CHU leader



à la une  
**Au service  
de la tranquillité**

[www.chu-toulouse.fr](http://www.chu-toulouse.fr)



**Votre imprimeur qualité**



**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)



**MFA MGTS MIF-PA MPST**



nos mutuelles s'unissent et forment

 **mutami**

**votre 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)**



# sommaire



6

## Expresso

- 4 **La nouvelle CME**
- 6 **Le nouveau site Internet du CHU est en ligne**
- 6 **Inauguration du caisson hyperbare**
- 7 **Rangueil : l'inauguration du h3 Guy Lazorthes**
- 7 **Rentrée tarbaise pour des étudiants manipulateurs**



10



16

## Reportages

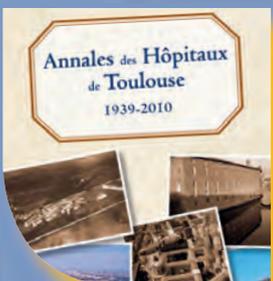
- 8 **Médical/Ophthalmologie :**  
une bonne façon d'y voir plus clair
- 10 **Transplantation rénale :**  
le CHU leader
- 12 **Médical/Épidémie :** rougeole,  
un retour très contagieux
- 13 **Intranet au service  
de la gestion par pôle**
- 14 **Relations internationales :**  
le CHU au-delà des frontières



28



30



36

## À la une

- 16 **Au service de la tranquillité**  
Prévention des sinistres et des vols, surveillance et vigilance, protection des personnels et des patients... les agents du service de sécurité et de sûreté sont présents à travers l'ensemble du CHU. Ils assurent des missions souvent délicates qui contribuent à maintenir au mieux calme et harmonie dans des sites où transite quotidiennement un nombre considérable de personnes.

## Enjeux

- 23 **Sécurité de l'information, l'affaire de tous**
- 26 **Développement durable :**  
la démarche est lancée
- 28 **La généralisation des indicateurs de qualité**

## Communauté hospitalière

- 30 **La recherche en soins du CHU à l'honneur**
- 31 **Le Bilan Social 2010**
- 32 **Actualités sociales**
- 34 **Cérémonie du souvenir à l'Hôtel-Dieu**

## Loisirs/Culture

- 36 **Histoire/Mémoire :** les Annales des Hôpitaux de Toulouse
- 38 **Diététique :**  
par ici la bonne soupe...

### Trait d'union n°131.

Directeur de la publication : Jean-Jacques Romatet.

Rédacteur en chef : Dominique Soulié.

Photographies : Igor Bertrand, Benoît Capoen, Christine Cuq, Nicolas Fleuré, Max Schilling, Odile Viguié.

Illustrations : Patrick Goulesque.

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

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

Assistance rédactionnelle : Hugues Beilin.

Ont contribué à ce numéro : Céline Perrier, Stéphanie Pietrzak et Maud Réveillé (p. 13) ; Pauline Bordron (p. 14 et 15) ; Henry Juchet et Thierry Veauvy (p. 23, 24 et 25) ; les membres de la commission développement durable énergies, eau, air, transports (p. 26 et 27).

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 : décembre 2011.*



### Pierre COHEN

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

Toulouse se place au premier rang des grandes métropoles françaises en matière de croissance démographique.

Pour répondre aux défis des prochaines décennies et maintenir une offre de soins de qualité, le CHU a décidé des investissements lourds. Une mutation engagée voilà plusieurs années pour la somme considérable de 650 millions d'euros.

Ces multiples chantiers ont initié une réflexion globale sur le fonctionnement de l'hôpital en réorganisant les services et en misant sur la compétence et l'engagement des personnels hospitaliers. Savoir se réinventer pour être le garant de la permanence des soins et de l'accueil de tous les patients est bien l'enjeu du service public de santé.

Après la mise en service de l'hôpital Garonne à Ancely et du bâtiment h3-Guy Lazorthes à Rangueil, ce sont trois nouvelles opérations qui vont compléter l'offre de soins à Toulouse d'ici 2013/2014 : la clinique Pierre-Paul Riquet ; le bâtiment urgences, réanimations, médecines à Purpan ; le futur institut universitaire du cancer à l'Oncopole.

Ces chantiers modifient profondément l'offre de soins en Midi-Pyrénées.

En cette période de crise et d'austérité, nous devons plus que jamais être vigilants face aux atteintes faites à notre système de sécurité sociale. Le Projet de loi de finance pour la sécurité sociale 2012 prévoit, en effet, de durcir encore plus le système, ce qui aura pour effet d'accentuer les inégalités. J'en veux pour preuve la proposition du gouvernement de diminuer les indemnités journalières au-delà d'un certain revenu. Une telle mesure serait une atteinte préoccupante au principe même de couverture universelle instaurée par l'ordonnance de 1945.

Il est légitime de vouloir résorber le déficit de la sécurité sociale et de lutter contre la fraude, mais il est injuste et incohérent de viser l'ensemble des usagers du service public de santé.

J'attends de l'année 2012 qu'elle nous offre des perspectives meilleures et je vous adresse mes vœux les plus sincères.

## Expresso

### La nouvelle CME



P. Bernard Pradère



Dr Marie-Christine Turnin

Les élections pour le renouvellement général de la Commission Médicale d'Établissement (CME) ont été organisées les 3 octobre (1<sup>er</sup> tour de scrutin) et 4 novembre (2<sup>e</sup> tour de scrutin). Vous pouvez retrouver la composition définitive de la nouvelle CME sur le site Intranet du CHU (rubrique : Instances du CHU)

Une séance exceptionnelle, organisée le 1<sup>er</sup> décembre a permis d'élire les nouveaux président et vice-président de cette commission. Jean-Jacques Romatet, directeur général et toute la communauté hospitalière félicitent le Professeur Bernard Pradère de sa réélection à la Présidence de la CME et le Docteur Marie-Christine Turnin nouvelle vice-présidente de cette commission.

La réélection de Bernard Pradère témoigne à nouveau de l'esprit de Toulouse qui par une qualité de dialogue entre les communautés médicale et administrative, garantit depuis plusieurs années la conduite d'une stratégie ambitieuse au service d'un projet médical et de soins engageant tout l'établissement et mené en lien étroit avec l'université.

Jean-Jacques ROMATET  
 Directeur général  
 du CHU de Toulouse



© Objectif News / Rémi Benoit

## Notre performance collective contre la crise

Faire des vœux pour quelqu'un est une belle tradition dans laquelle nous mettons généralement notre sincérité et souvent notre cœur.

Mais faire des vœux sincères pour notre CHU et chacun d'entre vous en cette fin d'année pourrait relever de la routine ou du manque de sincérité si nous ne bâtissons pas ces vœux sur une réflexion approfondie et volontariste, et un ensemble de décisions partagées susceptibles de préparer et de construire un avenir rassurant.

Sous l'impulsion des membres du directoire, le CHU va mettre en place un dispositif d'ensemble dont l'objectif est pour les décisions qui sont de notre ressort, de les anticiper - même, et surtout, si elles relèvent d'un grand effort collectif - afin d'améliorer en profondeur encore notre niveau de performance tant dans le domaine de la qualité des soins et de l'efficacité économique que de la réponse aux besoins de nos concitoyens. Nous devons faire tout ce qui est à notre portée pour repousser l'entrée de la crise dans notre CHU, pour éviter qu'elle nous prenne par revers, qu'elle nous amène, faute d'avoir su prévenir, à faire un plan d'économie drastique et/ou un plan social douloureux. Je m'y engage personnellement avec toute mon énergie.

Notre effort n'aura d'efficacité que s'il est partagé, que si chacun, médecin, cadre, professionnel de toute catégorie, responsable syndical se comporte dans son rôle de tous les jours avec honnêteté et sincérité, esprit collectif et loyauté institutionnelle.

Le CHU sera ce que chacun d'entre nous en fera, la qualité de nos soins et notre qualité de vie au travail en dépendent.

Notre effort n'aura de légitimité que si chaque décision prise a du sens et quel autre sens peut-il y avoir dans notre CHU que l'intérêt du malade, l'intérêt de tous nos malades ? Dépenser inutilement pour un malade, c'est priver un autre des soins nécessaires. Maintenir des organisations obsolètes et ne pas préparer le futur par l'investissement au service de bons parcours de nos malades, c'est hypothéquer notre

avenir. Nous veillerons à mettre la qualité de la décision médicale au cœur de toute notre stratégie. Si beaucoup œuvrent déjà depuis des années pour que nos actes soient adaptés, justes et sobres, nous devons aller beaucoup plus loin, dans une vaste démarche partagée de pertinence de nos soins.

Notre effort ne sera compris que s'il est juste. Cette année qui se termine a vu nos effectifs croître encore de 120 professionnels supplémentaires malgré les difficultés et les tensions vécues dans plusieurs points de notre CHU. Je prends l'engagement de maintenir au moins nos effectifs et de les répartir avec un peu plus d'équité, en poursuivant notre action d'amélioration de l'organisation administrative et logistique au bénéfice des soins, en regardant de près les effectifs de chaque unité pour répondre à la charge des soins dûment mesurée. Ce travail entamé depuis une année sera expliqué partout où cela sera nécessaire.

Notre effort ne sera efficace que s'il est animé au cœur de chaque pôle. Nous aiderons au mieux les chefs de pôle et leurs équipes à mener les projets qu'ils souhaitent voir réussir, car ils connaissent les besoins du terrain, et qui auront été validés institutionnellement. Ils ont ma confiance et mon appui.

Après avoir rencontré chaque organisation syndicale, notre plan Performance sera présenté en détail à la CME, au CTE pour recueillir tous les avis et les conseils nécessaires et au cours du premier trimestre, j'irai avec le P<sup>r</sup> Bernard Pradère, renouvelé dans ses fonctions de président de CME dans chaque pôle réuni en assemblée générale pour écouter vos attentes, parfois vos incompréhensions et pour expliquer le sens de notre action pour éviter que la crise nous affecte dans notre présent et obère notre avenir.

À ce prix, en vous redisant ma gratitude pour le travail effectué et celui à venir, je peux en toute sincérité souhaiter à chacun d'entre vous une année 2012 porteuse d'avenir et la plus heureuse possible auprès de ceux que vous aimez.

## Purpan : inauguration du caisson hyperbare



Michèle Genestal, Jean-Jacques Romatet, Monique Durrieu et Louis Lareng coupent le ruban symbolique.

Un caisson hyperbare de troisième génération a été inauguré à l'hôpital Purpan le 19 Octobre dernier. Il a été conçu pour le confort des patients, la qualité et la sécurité des soins.

Il est composé de deux modules ou chambres et d'un sas qui se rejoignent en formant un angle droit. La capacité d'accueil permet de traiter simultanément vingt-deux patients assis ou huit allongés. Le caisson en « L » reçoit d'un côté les cas aigus et de l'autre les chroniques.

Les nouvelles indications de la médecine hyperbare à la fois préventives et curatives développent des approches et des collaborations avec d'autres filières de soins.

L'oxygénothérapie hyperbare est une thérapeutique en plein développement, encadrée au niveau international par la recherche clinique et fondamentale.

## Le nouveau site Internet du CHU est en ligne



Le lundi 26 septembre, la délégation à la communication, en collaboration avec la DSIO, a procédé au lancement du nouveau site Internet du CHU. Celui-ci se différencie du précédent (qui existait depuis avril 2005) sur les points suivants :

- > l'ergonomie des pages a été repensée et la charte graphique modernisée,
- > la page d'accueil offre une place plus importante aux informations institutionnelles,
- > certaines fonctionnalités ont été améliorées, comme les moteurs de recherche du site et de l'annuaire, des flux RSS sont mis à disposition des internautes et certains documents sont consultables sous forme de magazine interactif.

Le lancement de ce nouveau site Internet est la première étape d'un projet ambitieux dont l'objectif à terme est une évolution majeure des deux sites web institutionnels, selon les axes suivants :

- > site Intranet : évolution vers le concept de portail d'entreprise (information personnalisée, accès à des outils collaboratifs, point d'entrée unique vers les applications métiers du SI...);
- > site Internet : évolution vers le concept de site web transactionnel (site d'information grand public proposant également des services en ligne aux internautes).

## Une belle année 2012, pleine de bienveillance

Pierre Cohen, président du conseil de surveillance, Jean-Jacques Romatet, directeur général et Bernard Pradère, président de la commission médicale d'établissement vous présentent leurs meilleurs vœux pour l'année 2012.



Un univers féérique : la magie de Noël s'est installée dans les halls d'accueil de l'hôpital des Enfants et de l'hôpital Paule de Viguier pour le plus grand bonheur des petits garçons et filles et de leurs familles ! Ces décors ont été réalisés par des personnels hospitaliers aussi créatifs que talentueux, grâce au soutien de l'association « Hôpital Sourire ».

## Rangueil : le h3-Guy Lazorthes inauguré par le doyen lui-même

C'est en présence du doyen Guy Lazorthes, 102 ans, que le bâtiment h3 de Rangueil, qui porte désormais son nom, a été inauguré le 14 novembre dernier.

La cérémonie a eu lieu au quatrième étage, dans les futurs locaux de la réanimation polyvalente qui prendra possession de son nouvel espace en mars 2012. Les 130 personnes qui ont participé à ce moment de convivialité ont pu ainsi découvrir la modernité du lieu et la haute technicité des matériels.

Les invités retiendront sans nul doute la vivacité d'esprit de Guy Lazorthes qui a impressionné l'assistance en faisant un discours plein d'humour et sans note !



Le doyen Guy Lazorthes, Jean-Jacques Romatet et Pierre Cohen



## Rentrée tarbaise pour quinze étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale

Illustration concrète du partenariat noué entre la Région Midi-Pyrénées, le CHU de Toulouse, le centre hospitalier de Tarbes et les établissements de santé du secteur, quinze étudiants manipulateurs ont fait leur rentrée au pied des Pyrénées, au sein de l'antenne de l'Institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale du CHU.

Les difficultés de recrutement dans cette zone géographique, mises à jour par les diagnostics territoriaux menés par le Conseil régional, sont à l'origine de ce projet. Le centre hospitalier de Bigorre a pris l'engagement de répondre à ces besoins en professionnels de l'imagerie par l'investissement dans ce projet de son institut en soins infirmiers et de ses services de soins et d'imagerie. Le premier accueille les étudiants dans ses murs, les seconds encadrent les futurs stagiaires. Le CHU de Toulouse, soucieux d'apporter son expertise dans tous les projets liés aux formations sanitaires et sociales, a accepté de relever ce défi avec toute l'équipe de son IFMEM. Éloignés, mais totalement « branchés », ces étudiants vont bénéficier des moyens les plus modernes de l'e-formation, comme la visio-conférence.



© Photo DDM, Joël Boyé

Médical/Ophthalmologie

## Une bonne façon d'y voir plus clair

Exemple réussi de lien entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée : l'utilisation d'une découverte en gynécologie profite à la lutte contre le cancer et la perte de vision.



François Malecaze

« C'est cette logique de vaisseaux anormaux qui a poussé au rapprochement le chercheur et le professeur »

Proximité géographique et proximité humaine sont à l'origine d'une découverte qui a fait sensation. Se côtoyant, en effet, depuis longtemps dans l'enceinte du CHU Purpan, Philippe Le Bouteiller, directeur de recherche au Centre de physiopathologie de Toulouse-Purpan INSERM-CNRS, et François Malecaze, professeur d'ophtalmologie, ont l'habitude d'échanger depuis longtemps sur leurs activités. C'est ainsi qu'est venue l'idée d'étudier les résultats de la découverte de Philippe Le Bouteiller, consécutive à des travaux menés sur le placenta, au regard des problèmes liés à la perte de vision.

« La cornée, explique le Pr Malecaze, est une membrane transparente à la partie antérieure de l'œil. Dans certaines situations, on peut observer une perte de transparence de la cornée, ce qui peut conduire dans les cas extrêmes à une cécité. Les causes de l'opacification de la cornée sont infectieuses, avec l'herpès par exemple, ou traumatiques, consécutives à des accidents ou des brûlures.

Chez certains patients l'opacité reste limitée, mais chez d'autres, elle peut être aggravée par la formation de vaisseaux anormaux.

La molécule identifiée par Philippe Le Bouteiller n'est exprimée que dans certains vaisseaux anormaux. C'est cette logique de vaisseaux anormaux qui a poussé au rapprochement, le chercheur et le professeur œuvrant tous les deux dans ce domaine.

À l'étape suivante, François Malecaze a eu confirmation de ce constat démontrant que la molécule identifiée n'agissait pas dans les vaisseaux normaux, mais uniquement dans les vaisseaux anormaux de la cornée. L'équipe de Philippe Le Bouteiller a procédé à la synthèse de la bio-molécule, obtenant un anticorps qui reconnaît la molécule, ce qui l'active et entraîne la mort des cellules vasculaires qui tapissent les vaisseaux anormaux et par voie de conséquence les font régresser.

« Les résultats prometteurs actuels obtenus au stade expérimental<sup>1</sup>,

souligne le Pr Maleceze, ont clairement montré que cet anticorps ciblait de façon spécifique les vaisseaux anormaux de la cornée, tout en respectant les structures normales de celle-ci et sans créer d'effets secondaires néfastes.

### Une autre application

Cela laisse espérer une mise sur le marché de ce nouveau traitement dans les années à venir. Une autre application

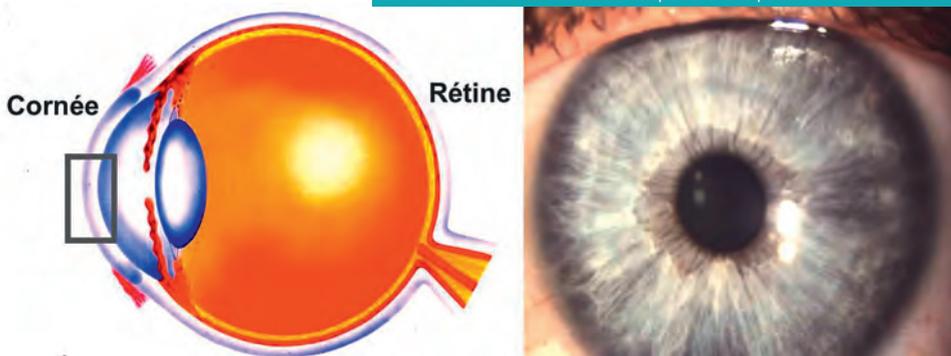
à l'ophtalmologie pourrait être envisagée concernant la dégénérescence maculaire liée à l'âge, puisque nous pourrions combattre la formation de vaisseaux rétiens anormaux lors du vieillissement. Avec l'augmentation de la durée de vie, cette maladie est la principale cause de la perte de vision chez les sujets âgés dans les pays industrialisés ».

Il reste maintenant à tester et évaluer de façon plus précise la biotolérance de

cette thérapie. Cette phase devrait s'effectuer en association avec des sociétés de biotechnologies qui pourraient cofinancer des études pré-cliniques.

1. Les travaux sont menés en liaison avec la Direction à la Recherche Clinique Interrégionale (DRCI), dirigée par Hélène Hanair, commission qui évalue les projets de recherche gérés par l'hôpital. L'étude clinique future sera coordonnée par la DRCI. Les résultats des recherches réalisées par Philippe Le Bouteiller et son équipe et appliquées à la cornée par François Maleceze ont été publiés dans l'édition du 12 mai 2011 du « Journal of Experimental Medicine ».

La cornée est une membrane transparente à la partie antérieure de l'œil.



### Une thérapie originale

« Cette nouvelle thérapie est originale, car elle induit directement la mort des cellules endothéliales en prolifération. Elle diffère des traitements anti-angiogéniques actuellement utilisés en clinique et qui ciblent principalement le facteur pro-angiogénique VEGF » indique Philippe Le Bouteiller.

Philippe Le Bouteiller et son équipe de l'INSERM



## Médical/Réussite

## Transplantation rénale : le CHU leader

Grâce à l'excellente maîtrise de l'interface donneurs/receveurs et à l'entente exceptionnelle régnant entre les équipes médicales et chirurgicales, le CHU affirme une position de premier plan au niveau national en matière de transplantation rénale.



Pascal Rischmann

Le CHU de Toulouse n'aurait pas pu être leader dans le domaine de l'activité de transplantation rénale sans la collaboration et la volonté des médecins et chirurgiens des équipes de néphrologie-transplantation (P<sup>r</sup> Lionel Rostaing), d'urologie, d'immunologie, d'anesthésie et de virologie, l'équipe de coordination des prélèvements, sans oublier les personnels paramédicaux de l'unité de transplantation.

Que toutes et tous soient ici remerciés pour cette très belle réussite qui reflète l'investissement de chacun(e) au service des malades.

Dans le domaine de la transplantation rénale, le CHU de Toulouse est en passe de devenir le n°1 national. En 2010, il a été réalisé 141 opérations de cette nature. Cette année, le nombre d'opérations a dépassé les 150 en octobre. On s'achemine donc vers les 180 transplantations rénales annuelles, un résultat remarquable au plan quantitatif qui résulte d'un effort qualitatif et d'une entente solide entre les équipes de médecins néphrologues et de chirurgiens urologues.

L'augmentation quantitative résulte d'un environnement que ces équipes ont su intégrer et maîtriser très tôt. Il y a notamment les données démographiques : les maladies rénales sont liées en grande partie à l'âge. L'allongement de la durée de vie les rend beaucoup plus fréquentes. On greffe de plus en plus tard, des gens de plus en plus âgés. Mais un même patient peut aussi, ce qui arrive régulièrement, être greffé et regreffé. Quand la nécessité de la transplantation rénale se fait sentir dès l'âge de vingt ans, il faut renouveler l'opération tous les quinze ans environ, durée d'espérance de vie d'un rein greffé. Un même individu peut en théorie être greffé trois à quatre fois.

Tout ceci pose cependant des problèmes techniques particuliers : l'état des vaisseaux n'est pas le même chez un sujet âgé ou chez un jeune. Se posent aussi des questions liées à l'état de la vessie et à l'état général des patients. C'est là qu'intervient le poids appréciable de l'expérience des chirurgiens, des médecins et de tout le personnel soignant. C'est l'aspect qualitatif qui est mis en évidence. « Plus on greffe, explique le P<sup>r</sup> Pascal Rischmann, chef du service urologie transplantation rénale andrologie, plus une organisation rigoureuse est nécessaire. Nous travaillons dans l'urgence, ce qui demande une forte disponibilité et une grande maîtrise acquise par la pratique de centaines de greffes déjà effectuées. »

### Une solide expérience

Le CHU de Toulouse est également en voie de devenir leader national en terme de transplantation à partir de donneur

vivant. Ceci est le fruit de dix ans d'expérience en matière de laparoscopie. C'est une technique qui consiste à opérer à l'aide de trocarts qui évitent de faire une large incision. L'intervention est ainsi moins douloureuse, moins marquante au plan esthétique et permet une récupération plus rapide, ce qui réduit la durée du séjour à l'hôpital. Le fait de subir moins de préjudice et de traumatisme est apprécié des patients donneurs qui s'engagent ainsi avec davantage de confiance dans le don d'organe, geste fort de solidarité envers un proche.

La transplantation rénale est un acte chirurgical des plus délicats : d'énormes précautions sont prises, par exemple, dans la gestion des vaisseaux qui doivent resservir et dans l'évitement des risques de thrombose. D'où un suivi rigoureux.

Au sein du CHU de Toulouse, l'ensemble de la démarche de transplantation rénale

Nassim Kamar



doit une part importante de son efficacité à l'organisation originale créée autour de l'Unité de Transplantation d'Organes (UTO). Elle a permis de créer « une entente parfaite entre néphrologues et urologues » comme le souligne le Pr Rischmann qui précise : « Quand on a un problème, on se dit tout, ce qui permet de nous adapter aux évolutions multiples et de garantir une bonne entente entre les membres des équipes. »

### Des résultats très encourageants

Résultat des acquis de l'expérience, la réussite des équipes de transplantation rénale du CHU a été accrue par la réactivité aux changements législatifs survenus en 2009. Ils ont conduit à élargir le choix des donneurs vivants à ceux n'ayant pas le même groupe sanguin que le receveur (ABO incompatible), en se fondant sur les nombreuses interventions effectuées dans ce cadre avec succès, au Japon et dans les pays nordiques.

« Nous avons été, relate le Pr Nassim Kamar, responsable de l'unité de transplantation, parmi les premiers en France à nous lancer dans cette voie qui nécessite une préparation immunologique spécifique en ayant recours à une technique d'épuration du sang. Les résultats sont très bons, puisque nous avons jusqu'à présent 100 % de réussite. Le risque est mesuré et bien maîtrisé. Par ailleurs, nous disposons actuellement d'une technique permettant de greffer des patients qui ont beaucoup d'anti-corps dans le sang, pour lesquels on ne trouve pas de greffon compatible. Ils sont traités par un procédé d'épuration du sang associé à des médicaments anti-rejet qui bloquent la fabrication des anti-corps. Mais ce n'est faisable qu'avec des donneurs vivants et cela demande un mois de préparation. »

Cela démontre la complémentarité et l'efficacité du travail mené par les médecins et les chirurgiens spécialisés. Ceci est rendu possible parce que des infirmières du CHU ont en charge la coordination des greffes.

Quant à la progression du nombre de donneurs vivants, en général apparentés aux futurs greffés, elle augmente les chances de succès : le rein, dans ces conditions, fonctionne mieux et plus longtemps. En outre, cela réduit sensiblement les durées d'attente, ce qui peut éviter les dialyses. C'est également un gage de mieux-être pour les patients.

## Une forte progression des donneurs vivants

Alors qu'aux USA on dénombre pour les transplantations rénales 50 % de donneurs vivants, ils ne sont en France que 10 %

À Toulouse, on recense 20 % de donneurs vivants, ce qui participe à la progression des résultats des équipes médicales et chirurgicales spécialisées du CHU. Alors que l'on totalisait onze greffes à partir de donneurs vivants en 2010, on devrait en compter trois fois plus cette année.

Cette augmentation résulte notamment du travail effectué auprès des néphrologues de la région via l'Association des néphrologues de Midi-Pyrénées, présidée par Nassim Kamar.

La sensibilisation des donneurs obtient depuis deux ans un meilleur succès grâce à la possibilité offerte par la loi d'élargir la palette des donneurs, non seulement aux groupes sanguins A, B et O, mais aussi aux concubins ou personnes avec qui un lien affectif a été établi depuis plus de deux ans.

En Midi-Pyrénées, le nombre de donneurs cadavériques (décédés) qui était relativement faible est aussi en progression depuis un an, grâce à la désignation d'un chargé de la coordination des prélèvements, le Dr Gilles Georget. Ce dernier travaille en liaison avec les professeurs Rischmann et Kamar, le Dr Sallusto assurant la coordination chirurgicale des greffes, le Dr Gamé et le Dr Doumerc les prélèvements de donneurs vivants sous laparoscopie.

**85 % des reins proviennent des donneurs décédés.**

Le transfert d'un greffon



## Médical/Maladies Infectieuses

# Un retour très contagieux

La rougeole n'a pas disparu. Elle est revenue en force avec des risques de contamination élevés. Prévention et précautions sont indispensables.

On la croyait disparue. Elle est revenue en force. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, plus de 20 000 cas de rougeole ont été déclarés en France. En 2010, 5 071 cas ont été notifiés dont 287 pneumopathies graves, 8 complications neurologiques et 2 décès. Pour le premier semestre 2011, plus de 14 000 cas ont été recensés dont 615 pneumopathies, 15 complications et 6 décès.

« La rougeole est une maladie extrêmement contagieuse, rappelle le Pr Bruno Marchou, chef du service des maladies infectieuses et tropicales à l'hôpital Purpan. Un sujet contagieux dissémine le virus à 15 ou 20 personnes autour de lui. Cela représente dix fois plus que la grippe. La période de contagion commence 24 heures avant l'apparition des signes cliniques et 5 jours avant le début de l'éruption. On ne voit rien avant, ce qui explique le risque très élevé de contamination à partir d'un sujet en phase de début de rougeole ».

Pour ne pas être contaminé, il n'y a en fait que deux possibilités : avoir eu la maladie étant enfant, ce qui est le cas pour les générations les plus âgées ; avoir reçu une double vaccination. La vaccination contre la rougeole n'ayant été instaurée qu'en 1980 et la deuxième dose n'étant recommandée que depuis 2005, il existe aujourd'hui deux tranches de populations à risques : les sujets nés après 1980 n'ayant reçu qu'une seule dose de vaccin et les nourrissons (moins d'un an) qui sont dans le même cas, la seconde dose étant administrée vers l'âge de 9 à 12 mois.

Trois dates sont à retenir dans la mise en œuvre du dispositif d'immunisation :

**1980** début de la vaccination

**1996** recommandation de la vaccination vers l'âge de un an

**2005** sensibilisation à l'injection d'une deuxième dose.



Bruno Marchou (au centre) et ses collaboratrices : à gauche sur la photo Gabrielle Hengy, interne, à droite Muriel Alavrez, praticien hospitalier.

« Avant l'ère vaccinale, ajoute le Pr. Marchou, on constatait 500 000 cas de rougeole par an en France. Les complications respiratoires étaient traitées avec les antibiotiques. On dénombrait 10 à 30 cas d'encéphalites par an. Il faut rappeler que le virus de la rougeole est très agressif. Il a ressurgi parce que l'immunité collective acquise avec le vaccin était insuffisante. On ne compte que 80 % de vaccinés dans certains départements, alors qu'il faudrait être à 95 % pour que la couverture vaccinale soit protectrice. Le virus continue à circuler en France et dans le monde. La multiplication des voyages accroît le risque et rend l'immunisation indispensable ».

Le risque d'introduction du virus de la rougeole a mis nombre de pays en alerte. Certains d'entre eux exigent que le voyageur qui souhaite y entrer apporte la preuve de son immunité contre la rougeole, afin d'éviter qu'il ne soit introducteur du virus.

Les risques de transmission du virus en milieu de soins sont bien entendu élevés. Les professionnels de santé non immunisés sont exposés et mettent en danger aussi les populations à risques : patients immunodéprimés, nourrissons, femmes enceintes non immunisées... Des mesures visant à prévenir la

### En cas d'urgence...

En cas de contact entre un sujet non immunisé et un cas de rougeole, la vaccination Rougeole/Oreillons/Rubéole dans les 72 heures peut éviter la maladie.

Services ressources à contacter si nécessaire :

Maladies infectieuses et tropicales,  
Bip médecin de garde 46395

Santé au travail, à Rangueil 22118 ou 22346 ou 23368, à Purpan 72152.

Équipe opérationnelle en hygiène hospitalière, pour Purpan poste 7762, pour Rangueil-Larrey-La Grave poste 22844.

propagation du virus doivent être mises en œuvre : outre la pratique habituelle d'isolement des patients atteints d'une maladie transmissible par voie aérienne, il est indispensable que toute prise en charge d'un patient rougeoleux soit réalisée par un personnel immunisé contre la rougeole. Tout sujet n'ayant pas eu de façon certaine la rougeole ou n'ayant reçu qu'une dose de vaccin doit recevoir une dose de vaccin rougeole-oreillons-rubéole.

## Coordination et méthode

## Intranet au service de la gestion par pôle

Les premières procédures relatives à l'interface entre la direction des ressources humaines et les pôles sont en ligne.

De gauche à droite : M. Rastouil, Mme Godériaux, M. Panisi, M. Albert, M. Lacchini, M. Delor, M. Ribes, Mme Bardou et Mme Pietrzak.



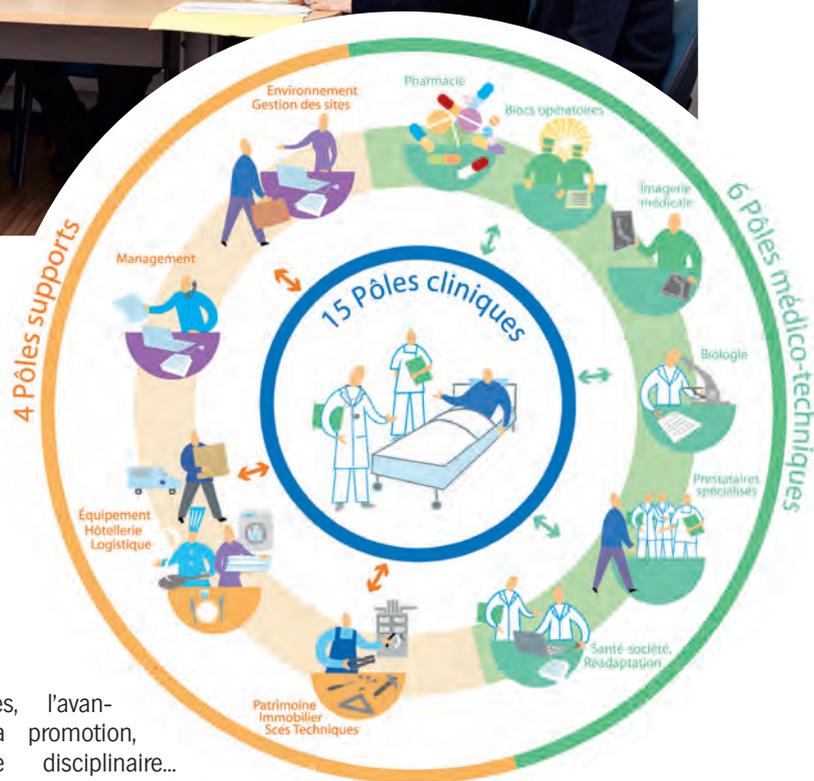
Faisant suite à la diffusion du « Guide de gestion », un chantier de description des relations entre les directions fonctionnelles et les pôles a été engagé, avec la coordination et le soutien méthodologique de la direction générale et de la direction de la qualité.

L'objectif est de mettre à plat le rôle des directions et des pôles dans des procédures claires, concrètes et opérationnelles pour tous les acteurs. Elles décriront qui fait quoi, quand, comment et quels sont les documents types à utiliser pour faciliter le travail de chacun. La vérification est assurée par des groupes de travail qui comprennent des cadres administratifs, des cadres supérieurs de santé, des chefs de pôle et des directeurs délégués. Cette démarche touche tous les domaines administratifs (directions fonctionnelles), logistiques (EHL) et techniques (PISTE).

La direction des ressources humaines a été pilote de ce projet grâce à un effort important de ses agents et à l'implication du groupe de travail relations humaines. Les trente procédures élaborées sont accessibles à tous. Elles concernent notamment les effectifs, la cessation d'activité, la paye, les absences, la carrière, les relations sociales et juridiques. On y retrouve, par exemple, le recrutement d'un agent, le recours à l'intérim, la gestion d'un aménagement de poste, le paiement des heures

supplémentaires, l'avancement et la promotion, la procédure disciplinaire...

Les procédures ont vocation à être mises en œuvre par les exécutifs de pôle et de la direction des ressources humaines. Elles pourront aussi être utilisées par toute personne qui le souhaiterait. Un agent peut, par exemple, y retourner la marche à suivre pour demander un congé parental ou la description de la procédure de notation. Ces procédures devront être révisées régulièrement. Leur bonne application fera l'objet d'une évaluation au moins une fois par an. Olivier Rastouil, directeur des ressources humaines, a désigné Stéphanie Pietrzak, attachée d'administration hospitalière à la direction des ressources humaines, comme référente sur ce dossier.



### Pour accéder à ces procédures

Rendez-vous sur Gestion Électronique des Documents via l'Intranet :

- soit colonne de droite, Base documentaire de référence
- > Guide de gestion
- soit colonne de gauche, le CHU
- > Pôles et Guide de gestion
- > Guide de gestion

## Relations internationales

# Le CHU au-delà des frontières

Depuis 1991, la loi prévoit que les activités hospitalières peuvent s'exercer à l'international. Vingt ans plus tard, l'expertise médicale et le savoir-faire français portés par les CHU sont reconnus sur les cinq continents.



Mélanie Tamagnan, puéricultrice Réanimation Infantile, lors de la deuxième mission à Bukavu, République Démocratique du Congo, dans le cadre du partenariat avec l'Hôpital Général de Référence de Panzi.

La coopération hospitalière au niveau international a pu se développer grâce à l'implication d'un certain nombre d'institutions nationales. Le ministère des affaires étrangères et européennes définit les priorités de la coopération internationale française qui sont pour la santé : la sécurité sanitaire, le financement des systèmes de santé – couverture maladie, la formation et les médicaments.

En matière de coopération hospitalière, l'outil principal du ministère était le Fonds des partenariats hospitaliers. Créé en 1996, il a financé 70 projets. En 2009, le financement et l'instruction de ce Fonds ont été transférés à l'Agence française de développement. Devenu « Projet réseaux et partenariats hospitaliers », il fait l'objet d'un appel à projets annuel (voir encadré).

L'Agence française de développement finance par ailleurs des projets en matière de santé et mobilise les expertises par le moyen d'appels à projets. Le ministère

de la santé, par le canal de la mission relations internationales de la direction générale de l'offre de soins, subventionne des projets de coopération internationale à partir d'un appel à projets portant sur les thèmes développés par la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 (voir également encadré).

### Une solidarité thérapeutique

Le groupement d'intérêt public « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau », organisme public de lutte contre le VIH/sida, au moyen de jumelages hospitaliers, finance des actions de formation, l'achat de matériel et des actions de soutien communautaire (voir encadré).

Le pôle international de la Fédération hospitalière de France facilite la circulation d'information entre les partenaires, tout comme la commission relations internationales de la conférence des

directeurs généraux de CHU qui est un espace d'échange de bonnes pratiques et de coopération entre les établissements. Jean-Jacques Romatet préside cet organisme depuis cette année.

### La formation et l'expertise

La formation est l'élément essentiel de la coopération. Elle concerne tous les secteurs d'activités de l'hôpital (médical, paramédical, technique, administratif...). Elle peut avoir lieu au sein du CHU ou dans les établissements partenaires et concerne tous les personnels hospitaliers. Il s'agit le plus souvent de faire un diagnostic de situation et de soutenir la mise en place ou le développement de certains services médicaux ou administratifs.

Ces activités constituent l'essentiel des activités internationales. Elles s'inscrivent sur le long terme, dans un cadre conventionnel et poursuivent un objectif précis. Elles sont complémentaires et se retrouvent dans tous les projets.

Les actions humanitaires sont ponctuelles. Elles visent à répondre à des situations d'urgence sans volonté de partenariat (envoi de personnels, accueil de patients étrangers ou don de matériel réformé).

### L'activité internationale du CHU

Malgré la qualité de sa médecine et l'engagement fort de certains de ses personnels, le CHU n'a pas une tradition de relations internationales. Depuis quelques années, une démarche de structuration et de développement de ce secteur a été engagée.

La priorité a été d'organiser les relations avec l'Université Toulouse III – Paul Sabatier, partenaire naturel du CHU,

avec l'objectif de définir une stratégie commune et de réaliser des actions ensemble, en matière de formation et de recherche.

Aujourd'hui, les actions sont menées en étroite coopération avec l'université et les facultés. Cela se traduit par la signature commune de conventions internationales hospitalo-universitaires.

La structuration de la coopération internationale passe également par des relations intensifiées avec les institutions locales et les autres CHU, ainsi que par la recherche de financements extérieurs. En matière de coopération internationale, la stratégie du CHU repose sur quatre orientations :

> la conception des projets en étroite coopération avec les partenaires étrangers et avec les autorités étrangères et françaises concernées,

> la pérennité des partenariats,  
> l'information et la collaboration réciproques entre la direction générale et les pôles et services,  
> la cohérence des actions avec celles des autres institutions, notamment l'université.

« La formation est l'élément essentiel de la coopération, elle concerne tous les secteurs d'activité de l'hôpital »



Accueil de la délégation du CHU de Toulouse (Sandra Adam, Cadre de santé Urgences psychiatriques Purpan, Caroline Périssé, IDE Urgences psychiatriques Rangueil, D<sup>r</sup> Nathalie Vinnemann, Urgences adultes) par l'ensemble du personnel du Centre hospitalier de Nosy-Be, Madagascar, lors de la mission exploratoire en mars 2011.



## En Afrique et en Asie, le CHU sur le terrain

Trois exemples d'actions menées en Afrique et en Asie illustrent l'implication du CHU de Toulouse sur le terrain hospitalier dans le cadre de la coopération engagée au niveau international.

**1. Le renforcement des ressources humaines de santé en pédiatrie à l'hôpital général de référence de Panzi, à Bukavu, en République Démocratique du Congo.**

Dans le cadre de « PRPH 2010 », le CHU a obtenu un financement de 49 900 € pour la réalisation de ce projet qui se décline en deux volets :

> la formation locale et durable des médecins et des personnels paramédicaux en pédiatrie,  
> la structuration de l'accueil et de la prise en charge globale des enfants hospitalisés.

**2. La formation à la gestion hospitalière à l'hôpital Calmette de Phnom Penh au Cambodge.**

Dans le cadre de « Coopération hospitalière internationale » de la DGOS, le CHU a obtenu un financement pour la réalisation de ce projet qui comprendra la formation des personnels de direction et la formation des cadres de santé. Ce projet est complémentaire de la formation médicale menée conjointement par l'Université Toulouse III-Paul Sabatier et l'Université des sciences de la santé de Phnom Penh.

**3. Accompagnement des acteurs à la prise en charge des personnes infectées par le VIH au Vietnam.**

Le jumelage du CHU avec l'hôpital Viet-Tiep d'Haiphong, financé par le GIP Esther, poursuit des objectifs qui visent à améliorer : la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale du VIH/sida ; la prise en charge de la coïnfection VIH/tuberculose ; le suivi virologique des patients ; la prise en charge des usagers de drogues à Haiphong.



## Au service de la tranquillité

Prévention des sinistres et des vols, surveillance et vigilance, protection des personnels et des patients... les agents du service de sécurité et de sûreté sont présents à travers l'ensemble du CHU. Ils assurent des missions souvent délicates qui contribuent à maintenir au mieux calme et harmonie dans des sites où transite quotidiennement un nombre considérable de personnes. Ils exercent des métiers dont la professionnalisation est accrue pour faire face à de nouvelles charges plus complexes et aussi plus valorisantes.

Sécurité et sûreté sont deux domaines dont la visibilité est a priori relative au sein du CHU. Ce sont pourtant des missions d'importance sans l'exercice desquelles les différents sites de l'hôpital rencontreraient des difficultés qui nuiraient à leur bon fonctionnement. Ces missions sont assurées par près de 150 personnes intégrées au pôle PISTE (Pôle Immobilier et Services Techniques), placées sous la responsabilité de Djamil Abdelaziz. Il est assisté de Nathalie Fages pour le secteur rive droite (Rangueil - Larrey - Le Chapitre - Logipharma - Salies) et d'Olivier Barrau pour le secteur rive gauche (Purpan - Casselardit - Hôtel-Dieu - La Grave). Sécurité incendie et sûreté des personnes et des biens sont des secteurs distincts, mais ils sont à la fois dépendants et interdépendants. Ce sont des dispositions légales issues de la réglementation s'appliquant aux établissements qui reçoivent du public qui ont conduit à la mise en œuvre d'un service de sécurité incendie. Ces équipes sont importantes en nombre, en compensation des défauts constructifs des anciens bâtiments, au regard de cette réglementation. Avec la modernisation des constructions récentes et l'évolution de l'activité, comme par exemple à La Grave, ces organisations sont appelées à évoluer dans le cadre d'un des projets de restructuration piloté par la direction générale et la mission d'accompagnement des projets structurants.

Les équipes interviennent en prévention, notamment pour l'entretien de dizaines de milliers d'équipements divers, forment le personnel des services de soins, surveillent les installations techniques et les locaux.

« La formation, explique Djamil Abdelaziz, est un élément fort de la prévention. Elle permet de préparer les agents hospitaliers à être acteurs de la sécurité incendie, parce qu'ils peuvent être



Djamil Abdelaziz et Nathalie Fages (absent sur la photo : Olivier Barrau).

eux-mêmes en situation de maîtriser un éventuel début de sinistre ».

Le lien peut ainsi se faire avec le chef de poste sécurité incendie qui lui-même organise l'interface avec les pompiers en cas de feu. Il est leur interlocuteur lorsqu'ils arrivent sur les lieux du sinistre. Un événement récent a provoqué la mise en œuvre du dispositif en situation réelle. C'était lors du feu survenu au bâtiment boh2 désaffecté de Rangueil, une nuit au mois de juillet. Dès la détection de l'incendie, en relation avec le cadre de santé de garde, les agents de sécurité ont alerté les services environnants, confiné les lieux, sécurisé la zone, puis ont aidé au transfert horizontal du service de traumatologie. Ils ont traité l'incendie et accompagné les pompiers jusqu'à la sécurisation complète de la zone.

La gestion d'un sinistre en milieu hospitalier est complexe, comme le souligne Djamil Abdelaziz : « Nous avons, dit-il un public difficile à évacuer, une infrastructure complexe, d'où la nécessité de renforcer la prévention et la maintenance. Un plan d'intervention a été bâti sur chaque site, en lien avec les pompiers. Les circulations internes aux bâtiments, les accès pour les échelles ont été identifiés par les pompiers. »

## L'effort de formation

Élément clé de la prévention, la formation à la sécurité incendie fait l'objet d'un effort soutenu au niveau du CHU. En 2010, 192 sessions ont été organisées. 2 436 agents ont suivi ces séances de sensibilisation, soit une moyenne de 13 par session. 2 458 agents avaient été formés en 2009 et 1 764 en 2008.

Le CHU est dans la catégorie des établissements répertoriés. Il fait donc l'objet de visites des commissions spécialisées en matière d'incendie et de secours, en préalable aux autorisations d'ouverture après travaux. La commission sécurité incendie passe à intervalles réguliers, en moyenne tous les deux ans, pour vérifier le niveau de conformité des bâtiments.

## Des questions stratégiques

Ces questions sont stratégiques, puisque la sécurité incendie est l'un des critères de la certification et qu'au niveau du patrimoine cela oriente les choix de conserver ou non certains bâtiments. Les effectifs dans ce domaine sont imposés par l'autorité de tutelle en fonction de l'état général des bâtiments. Les hommes du feu de l'hôpital, repérables à leur tenue vestimentaire spécifique, sont donc postés en permanence en fonction de ces obligations.

Le second domaine d'intervention de ces équipes porte sur la sûreté des personnes et des biens : contrôles d'accès aux parkings et bâtiments, respect des règles de circulation, vidéo-surveillance, rondes, interventions en appui des services de soins en cas d'agressions, vols, dégradations...

La sécurité, c'est aussi la circulation et le stationnement



Cette fonction ne relève pas d'une obligation réglementaire. Elle est issue du choix, interne au CHU, de se doter des ressources face à ces besoins de prévention et de surveillance. Les agents peuvent avoir ou non une double casquette, sécurité et sûreté. Par exemple, deux postes sont affectés à la sûreté en permanence à Purpan qui reçoit 75 % des urgences, ce qui crée un important besoin de médiation.

« Nos agents, indique Djamil Abdelaziz, doivent être réactifs face à des situations de stress que connaissent nombre de patients ou parfois leurs proches. Ils doivent gérer une violence éventuelle et protéger le personnel. Ils font cela avec leur intelligence. Ils ne sont pas armés, ils n'ont que leur présence physique et sont capables de faire revenir le calme lorsque surgissent des situations inextricables. »

## En chiffres

En ce qui concerne le bilan des interventions au CHU en 2010, on relève :

> **75 dégâts des eaux** provoqués par des facteurs techniques ou l'inattention (robinets laissés ouverts) dont 49 à Rangueil-Larrey et 26 à Purpan.

> **15 feux**, 2/3 d'origine humaine, 1/3 d'origine technique, tous traités par les équipes internes à l'exception d'un feu de voiture qui a nécessité l'intervention des pompiers.

> **3 624 interventions** sur personnes dont 83 % sur des individus agités (patients ou public) et 17 % de fugues.

> **176 agressions** physiques sur agents de sécurité, 106 sur les autres personnels hospitaliers et 263 agressions verbales.

> **85 actes de malveillance** (56 % de vols sur effets personnels, 29 % de vols de matériel, 14 % de dégradations de véhicules, 1 % de vols de véhicules).

## Une coopération avec la police et la gendarmerie

Les agents du CHU n'ont aucun pouvoir de police. C'est pourquoi des liens ont été tissés avec la police municipale, la police nationale et la gendarmerie, afin qu'ils interviennent en cas de difficultés et procèdent à des interpellations. Les agents sont titulaires d'un diplôme de qualification spécialisé. Leur recrutement

se fait en interne comme en externe, après entretien. À l'issue de la sélection est prodiguée une formation à la sûreté conçue selon la problématique existant au CHU. Sont étudiés par exemple : les gestes à faire, la maîtrise de la personne, la médiation...

Les questions relatives à la sûreté sont plus exacerbées en milieu hospitalier où l'activité est dense, du fait de la réduction de la durée des séjours, et des patients stressés : « Ils ont tendance à penser, remarque Djamil Abdelaziz, que l'on n'en fait pas assez ».

Il est vrai qu'à Rangueil, où il n'y a en permanence que deux agents qui assurent une surveillance mobile, cette impression peut être ressentie. Avec des centaines de milliers d'entrées et de sorties chaque année, le turn-over est impressionnant. Ces mouvements augmentent certains risques, au niveau des vols notamment.

Mais l'une des préoccupations actuelles du service réside dans les vols de matériels. Il y a en ce moment beaucoup de chantiers au sein du CHU. La valeur croissante des matières premières entraîne une recrudescence des disparitions de câbles, de tuyaux... Le cuivre est très « recherché ». Et au-delà des vols, le service de sécurité et de sûreté doit faire

régner l'ordre dans les circonstances les plus diverses : un ouvrier qui soude près d'un lieu où sont entreposés des produits chimiques ; un véhicule qui stationne d'une manière inopinée ; le non-respect des règles de circulation par les automobilistes qui transitent (de plus en plus) par la voirie du CHU à Purpan... Le service sécurité et sûreté est appelé à évoluer en profondeur pour faire face aux nouvelles charges et obligations liées aux transformations de l'hôpital. Plusieurs pistes sont à l'étude : s'adapter aux évolutions d'activité à l'Hôtel-Dieu et La Grave, puis à la rénovation du site de Purpan ; réinternaliser des fonctions assurées jusqu'alors par une société extérieure sur les sites du Chapitre et de Logipharma ; mettre en place un système de vidéo-surveillance ; développer les partenariats avec les services de police (municipale et nationale) et de gendarmerie ; intensifier l'information.

Comme pour tous les projets restructurants, une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences sera étudiée et mise en place. Elle accompagnera l'évolution des exigences du CHU et du public envers ces activités « qui ne sont plus celles du garde-barrière d'autrefois », mais qui restent méconnues et souffrent d'un déficit d'image.



# Sécurité incendie

Notre vigilance et notre implication sont essentielles

## Incendie :

Soyons garants de la sécurité des personnes accueillies



Les établissements de soins sont des structures soumises à des règles de sécurité strictes en matière d'incendie.

Le CHU de Toulouse œuvre depuis de nombreuses années pour assurer une sécurité optimale aux personnes accueillies :

- vaste programme de mise en conformité de ses bâtiments permettant en cas de sinistre de contenir le développement de l'incendie et de faciliter l'intervention des secours ;
- politique de formation active afin de rendre chacun d'entre nous acteur de la prévention et de l'action face à un feu.

La certification dont nous allons vivre la visite en 2012, nous rappelle (référence 6) l'ensemble de ces obligations.

Nous sommes donc tous responsables pour répondre aux exigences de la sécurité incendie.

Ce guide pratique de la sécurité incendie au CHU de Toulouse nous présente en 4 pages les éléments clés pour être efficace face au feu et garantir ainsi la sécurité aux personnes que nous accueillons.

## L'hôpital, un lieu très exposé au risque incendie

La sécurité incendie en quelques chiffres au CHU de Toulouse

- 800 déclenchements d'alarmes en 2010  
16000 points de détection incendie
- 15 départs de feu en 2010 (aucune intervention des services de secours extérieurs)
- 1 feu important en 2011 ayant mobilisé tous les acteurs internes (sécurité, technique, paramédical et médical, directeurs) et externes (pompiers, EDF, GDF, police) et entraîné la mise en sécurité de 18 patients
- 80% des départs de feu sont liés au facteur humain.



La sécurité incendie nous concerne tous car l'hôpital dans lequel nous travaillons n'est pas un lieu comme les autres.

### ◦ Les situations à risques sont nombreuses :



Des activités présentant des risques d'incendie :

- Blocs opératoires
- Laboratoires
- Cuisines
- Pharmacie
- Radiologie
- Travaux par point chaud



Des locaux sensibles par la quantité de matière ou le type de produits stockés :

- Réserve de soins
- Réserve de linges
- Local d'archives
- Local électrique
- Réseau de fluides



### ◦ Les conséquences peuvent être dramatiques :

Nous prenons en charge des patients alités, à mobilité réduite, reliés à des appareils.

Nous accueillons de nombreux visiteurs qui ne connaissent pas les lieux.

## Soyons acteurs de la prévention incendie au quotidien



### Respectons et faisons respecter l'interdiction de fumer

70% des départs de feu sont occasionnés par des fumeurs.

Soyons vigilants envers les malades dont le comportement peut être à l'origine d'un incendie.

### Respectons les consignes de sécurité au niveau des installations électriques

Respectons les consignes de sécurité au niveau des installations électriques :

- Éteindre les appareils électriques après utilisation ou en quittant le lieu de travail : cafetières, photocopieurs, ordinateurs, radiateurs d'appoints...
- Ne pas utiliser les plaques électriques mais une bouilloire ou un four micro-ondes.
- Remplacer les multiprises qui sont interdites par des blocs prises.



### Assurons-nous de la liberté d'accès aux équipements et aux issues de secours



- Ne pas caler les portes coupe feu
- Extincteurs, RIA, colonnes sèches, déclencheurs manuels visibles et accessibles.
- Bouches de désenfumages
- Couloirs, halls, escaliers et issues de secours libres de tout encombrement.

### Limitons le stockage dans les salles de soins et réserves « non traitées coupe feu »

- Liquides inflammables limités à 3 litres dans les services de soins et à 10 litres dans les laboratoires
- Stockage limité à 5 m<sup>3</sup>
- Obus de gaz médicaux fixés sur les chariots ou au mur à l'aide de chaînette.



### Chacun de nous peut par son comportement au quotidien :

- Réduire les risques d'incendie dans son service
- Limiter les effets du feu et des fumées
- Faciliter l'évacuation des patients
- Faciliter l'intervention des secours en cas de sinistre.

Pour toutes informations, contacter le service de sécurité

- Urgences incendie : 18
- Purpan : 79607
- Rangueil : 42585
- Larrey, Le Chapitre, Logipôle : 78018
- Hôtel-Dieu, La Grave : 78018

# Face au feu, nous sommes les premiers intervenants



## En cas départ de feu nous devons alerter le service sécurité incendie :

En composant en priorité le **18** sur un poste téléphonique de l'hôpital et en donnant les informations utiles et essentielles :

- Nom et fonction de l'appelant
  - Lieu du sinistre : bâtiment, étage, service, unité, numéro de chambre ou de pièce, numéro de poste
  - Indications sur la nature de l'incendie
- Ou à défaut, en utilisant un déclencheur manuel présent dans les locaux.

Protégeons les personnes directement exposées en les éloignant du feu et des fumées.



## Attaquons le feu s'il est peu important

- Agissons le plus rapidement possible
- Utilisons les extincteurs et RIA à notre disposition.

## Mettons les occupants en sécurité

- Pour les personnes valides : les diriger vers le point de rassemblement.
- Pour les personnes ne pouvant être évacuées : les transférer horizontalement vers une zone de sécurité.



Face à un incendie, la bonne conduite ne s'improvise pas, participons aux formations.

Repérons dans nos secteurs, les équipements d'alerte et de lutte contre l'incendie



**Car n'oublions pas... un incendie, ça n'arrive pas qu'aux autres.**

Chaque année, des patients perdent la vie, sont gravement brûlés ou intoxiqués lors de sinistres survenant dans des établissements de soins.

# Pour en savoir plus et agir efficacement, apprivoisons le feu

QUELQUES  
CONNAISSANCES  
THÉORIQUES

## Le triangle du feu

Le feu est la combinaison de trois éléments. Ces trois éléments doivent être présents dans des proportions optimales pour que le feu puisse se produire.

Oxygène pour alimenter la combustion (généralement apporté par l'air qui contient 21% d'oxygène)



Matériau capable de brûler

Température suffisante pour amorcer la combustion (allumette, corps chaud, étincelle...)

Pour éviter les départs de feu et ne pouvant pas supprimer l'oxygène, il suffit donc de ne pas mettre en contact un combustible et une énergie.

◦ Le combustible détermine la classe de feu et donc le type d'extincteurs à utiliser



**A** Feux secs : bois, papiers, tissus...



**B** Feux gras : essence, gasoil, huiles, hydrocarbures, solvants, alcools...



**C** Feux de gaz : Butane, Propane, gaz de ville.

TYPE D'EXTINCTEURS	Eau avec additif	CO2	Poudre
CLASSE DE FEU	A et B	B	A, B et C
LOCALISATION	Toutes les circulations	À proximité des zones à risques particuliers : local électrique	Certains locaux techniques, parcs de véhicules et dans tous les véhicules
			

◦ Sachons reconnaître les équipements de sécurité

À l'intérieur des bâtiments :

DÉTECTION INCENDIE	
Détecteur de fumée	
Indicateur d'action	
Déclencheur manuel	
Report d'alarme	

MISE EN SÉCURITÉ AUTOMATIQUE

Désenfumage



Porte coupe feu

INTERVENTION HUMAINE

Robinet d'incendie armé (RIA)



Extincteurs

À l'extérieur des bâtiments :



- Voies pompiers
- Poteaux incendie
- Prises colonnes sèches

Ils permettent l'accès et l'intervention des services de secours sur le bâtiment. Ils doivent rester accessibles à tout moment. L'évacuation des véhicules gênants par la fourrière est immédiate en cas de non respect de ces consignes.

## Sécurité de l'information : l'affaire de tous

Protéger le patrimoine informationnel du CHU permet de garantir la sécurité des soins et des données associées confiées par les patients.

C'est un enjeu stratégique de première importance.



Henry Juchet et Thierry Veauvy

« La sécurité de l'information doit être mise en œuvre avec et pour les métiers, au bénéfice du patient »

« La sécurité de l'information est devenue une préoccupation majeure à l'heure où l'hôpital dématérialise de plus en plus ses flux d'information. Si les fonctions administratives ont été les premières à s'informatiser massivement, les évolutions métiers actuelles nous amènent à généraliser l'usage de l'informatique dans l'ensemble des fonctions médicales.

« Ces transformations s'accompagnent d'un enjeu fort : la sécurité de l'information, un incident informatique pouvant directement impacter la continuité de l'activité de soins. »

Yann Morvezen, directeur système d'information du CHU, tient ainsi à souligner l'importance prise désormais par l'omniprésence des technologies de communication devenues en tout point indispensables au bon fonctionnement quotidien des services.

Le recrutement il y a un an, d'un responsable sécurité du système d'information (RSSI), qualifié et disposant d'une expérience significative dans le domaine de la santé, Thierry Veauvy, s'inscrit dans la démarche générale de sécurisation du système d'information.

Le Dr Henry Juchet, président de la commission du système d'information médical, et Thierry Veauvy ont élaboré un mémento qui facilite la compréhension des enjeux stratégiques liés à la mise en œuvre de ces dispositifs.

> **Question : Comment définir la sécurité de l'information et quels en sont les objectifs ?**

**Réponse :** La sécurité de l'information est un processus. La sécurité absolue n'existant pas, ce processus permet d'atteindre un niveau de sécurité. L'objectif est de protéger le patrimoine informationnel de l'établissement afin de garantir la sécurité des soins et les données associées confiées par les patients. Le principal enjeu est de fournir l'assurance raisonnable (et raisonnée) de la réduction des risques à un niveau acceptable pour l'établissement et ses patients. Pour illustrer, on peut faire un parallèle avec l'avion : mettre la documentation d'un avion sur une tablette bien connue allège le cartable du pilote/mécanicien, mais il faut lui garantir (ainsi



qu'aux passagers et à l'équipage...) qu'il pourra consulter cette documentation le moment venu.

**> Q : Le contexte doit jouer un rôle primordial, qu'en est-il dans un établissement de santé ?**

**R :** Le contexte est déterminant. L'évolution des systèmes d'information au cours de ces dernières années a profondément bouleversé les pratiques et les usages autour de l'information. Les frontières entre le public, le privé et le professionnel s'estompent avec la mobilité, les terminaux personnels, les réseaux sociaux. On assiste avec l'essor des réseaux performants à l'avènement de nouveaux services et notamment du « connecté à tout, tout le temps, partout ». Ces éléments engendrent de nouveaux risques qu'il faut gérer en conservant une simplicité que l'utilisateur considère comme acquise. Mais, surtout à l'hôpital, il faut conserver la confiance des patients et des professionnels de santé.

**> Q : Pourquoi lier patients et professionnels de santé ?**

**R :** La sécurité est l'affaire de tous. Ce n'est pas le responsable sécurité

qui fait la sécurité de l'information. Ce sont les utilisateurs de l'information. L'époque de la sécurité pour la sécurité est révolue et n'a donné d'ailleurs que de piètres résultats. Aujourd'hui, la sécurité de l'information doit être mise en œuvre avec et pour les métiers, au bénéfice du patient. Dans tout projet, il est important de se placer à l'autre bout de la chaîne et de se poser les questions d'un patient ou d'un citoyen en regard de l'hôpital : quelles garanties pour les données personnelles et les données médicales ? Quelle fiabilité et quelle confiance vis-à-vis des usages des technologies de l'information ? Quelles conséquences en cas d'erreur ?

**> Q : Comment cela est-il mis en place au CHU ?**

**R :** La sécurité est un domaine transverse, tout comme la qualité. De plus, la taille de l'établissement avec ses 12 000 agents et ses enjeux « métiers » imposent des contraintes fortes, au-delà d'un simple système domestique: d'où souvent l'incompréhension de l'utilisateur de ne pas retrouver des fonctions simples dont il dispose à la maison. On est ici dans un monde professionnel !

**> Q : Quel est le rôle d'un responsable sécurité du système d'information ?**

**R :** Il doit s'adapter aux enjeux et à la maturité de l'organisme dans lequel il évolue. Le CHU est au début de sa période de développement en termes de sécurité. Dans ce cadre, son rôle essentiel est de diffuser la culture sécurité dans l'établissement. Il conseille les métiers et les décideurs, identifie et analyse avec eux les risques liés aux systèmes d'information. Il doit participer au suivi des évolutions réglementaires avec les juristes de l'établissement, planifier et suivre les actions de développement de la sécurité du système d'information.

**> Q : A l'heure du dossier patient informatisé, de la prescription médicale connectée et du Dossier Médical Personnel (DMP\*), quels sont les enjeux majeurs ?**

**R :** Le système d'information est au cœur du métier de l'hôpital. Ici et encore plus qu'ailleurs, l'intégrité et la disponibilité

Le Dr Henry Juchet est praticien hospitalier au service des urgences du CHU de Ranguel. Il est depuis de nombreuses années référent médecin au CHU sur le dossier patient. À ce titre, il est président de la commission des systèmes d'information et du dossier patient qui est une sous-commission de la CME. Elle a pour rôle l'accompagnement du CHU dans la modernisation de son système d'information, les choix stratégiques en ce qui concerne l'informatique médicale, le dossier patient informatisé, sa cohérence et sa mise en œuvre dans l'établissement.

Avec plus de vingt années d'expérience des systèmes d'information, Thierry Veauvy se consacre exclusivement à la sécurité des systèmes d'information depuis le début des années 2000 et l'essor d'Internet.

Consultant en système d'information, il a conduit de nombreuses missions d'assistance auprès de responsables de sécurité des systèmes d'information de différents organismes : établissements de santé, grands comptes de l'industrie, de l'aéronautique et du spatial. Dans le monde de la santé, il a notamment accompagné le premier établissement public de santé en France dans sa démarche d'agrément « hébergeur de données de santé ».

À travers ces horizons métiers très différents, il a conduit la mise en œuvre de systèmes de management de la sécurité de l'information, pratiqué l'analyse et la gestion de risques des systèmes d'information, accompagné la mise en œuvre de plans de continuité métier.

des données sont au centre des préoccupations. Qui doit accéder à quoi, quand et pour faire quoi ? À l'heure où les outils se multiplient, où l'hôpital s'ouvre vers l'extérieur (partenaires fournisseurs, télémédecine, DMP\*), il est nécessaire au préalable d'identifier les données et les systèmes critiques. Leur classification permettra de mettre en œuvre des politiques de sécurité en relation avec ces enjeux. Plusieurs challenges sont importants, notamment la protection des systèmes « opérationnels » portant un lien direct avec la santé et les données médicales des patients.

des métiers. L'objectif commun est au service des patients pour autoriser l'accessibilité et qualité des soins, confidentialité des données. Pour les métiers, l'information doit être disponible quand un utilisateur en a besoin et au moment où il en a besoin. Elle doit être fiable. Il faut instaurer la confiance, en acceptant des contraintes liées à la réduction des nouveaux risques. Un équilibre est donc à trouver entre les coûts, la réduction des risques, l'acceptation fonctionnelle et les bénéfices. Il s'agit, pour les professionnels de santé, d'acquiescer la culture

de la sécurité et de la transformer en réflexes. On peut être confiant sur ce point, en prenant pour preuve la place accordée à la sécurité lors des entretiens métiers pour l'élaboration du prochain schéma directeur informatique. Cela témoigne de l'avancée du dialogue et de la responsabilisation.

\* DMP : Dossier Médical Personnel : <http://www.dmp.gouv.fr/web/dmp/>

\*\* Rubrique : Systèmes d'information, Finances (...) > Sécurité de l'information

> **Q : Quel est l'objectif et le contenu du volet sécurité de l'information sur Intranet ?**

R : Il s'agit d'un espace\*\* où chacun pourra retrouver des éléments concrets : les politiques internes, des guides, les procédures, des conseils pratiques et une lettre d'information.

> **Q : Quel message est-il important de souligner ?**

R : Les métiers ont à apprendre de la sécurité mais la sécurité a aussi à apprendre



## Réseaux sociaux : réduisant, mais dangereux

Les nouveaux moyens numériques ouvrent la voie à des transformations de société et de comportement, surtout pour les nouvelles générations. Techniquement parlant, il s'agit d'un outil collaboratif à l'échelle mondiale, même s'il on a l'impression de n'appartenir qu'à une communauté.

La question majeure est de déterminer la nature des informations à partager et surtout leur maîtrise. Les utilisateurs n'ont pas conscience des usages et des traitements réalisés sur leurs données (voir l'article dans le dernier InfoSSI\*\*\* sur l'Intranet). Les fournisseurs sont administrateurs de gigantesques bases de données, données qu'ils peuvent à loisir traiter, compiler, revendre. Les outils,

perçus comme de nouvelles facilités pour l'utilisateur, ne cessent d'évoluer. Ces évolutions cachent des outils encore plus ciblés pour mieux collecter. Il s'agit donc d'un choix personnel pour ses propres données : il est très important de réfléchir à la nature des données partagées, à leur réutilisation, à leur pertinence dans le temps. L'actualité est pleine d'exemples qui doivent inciter à la prudence, y compris pour des personnes n'utilisant pas ce type de services : usurpation d'identité, atteinte à la réputation...

Pour un organisme, ces aspects sont critiques. Un établissement de santé doit être le garant des données qui lui sont confiées : les données médicales

à caractère personnel, les données critiques des métiers n'ont rien à faire sur un réseau social dans le contexte décrit précédemment. Si le besoin de partage et de collaboration existe, d'autres solutions maîtrisées et sécurisées sont possibles. Il faut responsabiliser les détenteurs d'information. Nous avons la chance en France de disposer d'une sentinelle avec la CNIL\*\*\*\* et la loi Informatique et Libertés. Il n'en est pas de même partout. La sensibilisation des utilisateurs est un axe majeur de la sécurité permettant une prise de conscience.

\*\*\* Rubrique : Systèmes d'information, Finances (...) > Sécurité de l'information > Kiosque

\*\*\*\* CNIL Commission Nationale Informatique et Liberté : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

## Développement durable : la démarche est lancée

Des membres de toutes les composantes du CHU ont été volontaires pour s'associer à la réflexion engagée pour optimiser la gestion environnementale de l'établissement.

La direction générale du CHU de Toulouse a décidé de lancer une démarche de développement durable. Elle a débuté au printemps et vient de délivrer un diagnostic des forces, faiblesses et marges de progression de l'établissement. Cinq Commissions thématiques ont travaillé sur les achats « éco et socio responsables », sur les filières déchets, sur les consommations énergétiques, sur les aspects sociaux et sociétaux du développement durable à l'hôpital.

Cinquante agents avaient répondu dès le démarrage à l'appel à participation. On compte aujourd'hui soixante volontaires. Tout le monde peut apporter sa collaboration, quels que soient la fonction et le grade. Voici les premiers résultats de cette dynamique participative.

La commission « Énergies, eau, air, transports » a avancé en suivant la méthode et le calendrier de l'Agence régionale pour l'environnement pour réaliser un

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

DÉVELOPPEMENT DURABLE  
Commission eau, énergie, air, transport



bilan de l'existant. Celui-ci a été validé par le comité de pilotage développement durable du CHU en octobre. L'objectif est de proposer pour début 2012 un plan d'actions pluriannuel. Le travail a été réparti entre les neuf membres de la commission qui réunit des professionnels, techniciens et ingénieurs des services techniques, mais aussi des soignants, des médecins, des personnels administratifs. Le principe « d'abord, ne pas nuire » du serment d'Hippocrate est le fil conducteur de la démarche. Celle-ci a débuté par des vérifications relatives à

la réglementation, notamment celle des installations susceptibles d'être dangereuses pour l'écosystème : installations classées pour l'environnement. Cela concerne des équipements très techniques comme les compresseurs d'eau, les groupes électrogènes ou des zones sensibles comme les locaux de stockage de gaz médicaux.

### Qui consomme quoi ?

La commission a ensuite cherché à connaître précisément les consommations énergétiques du CHU, eau, électricité, chauffage, et à savoir qui consomme quoi et pour quoi faire. La commission a dégagé de grandes tendances, assez significatives pour étayer un plan d'actions.

Des points forts sont à mettre au crédit du CHU :

- > Il est en conformité par rapport à la réglementation sur les installations classées pour la protection de l'environnement.
- > Il a mis en place un suivi précis de ses consommations énergétiques en volume et en valeur par points de comptages fournisseurs.
- > Il a fait réaliser un diagnostic de performance énergétique pour l'ensemble des établissements du site de Purpan.
- > Il a mis en place un plan de déplacements hospitaliers et il participe au plan climat territorial du Grand Toulouse.
- > Il veille à ce que les critères d'éco construction soient intégrés dans les projets de bâtiments en cours et

La commission développement durable « Énergies, eau, air, transports » est composée de :  
Abdellah Aznay, Alain Bec, Marie-Hélène Borie, Philippe Czapla, Safouane Hamdi,  
Claude Massoutier, Nathalie Micas, Françoise Soulier, Elisabeth Toutut.





à venir, en recourant dans la mesure du possible à l'application des critères de haute qualité environnementale et basse consommation énergétique.

- > Il réfléchit activement à l'utilisation des énergies de substitution et plus particulièrement à celle de la biomasse, c'est-à-dire à l'énergie liée à la combustion de résidus de bois.

## Des améliorations

La commission a relevé que le CHU devait s'améliorer sur plusieurs points. Il doit et devra :

- > consolider la gestion des produits chimiques utilisés au sein de l'établissement ;
- > travailler sur des procédés techniques pour limiter la présence de substances médicamenteuse dans les effluents liquides ;
- > compléter ses outils de gestion, notamment avec des sous-compteurs placés par bâtiments qui permettront d'identifier les dépenses d'eau et d'électricité par services consommateurs ;
- > rationaliser les déplacements inter et intrasites pour réduire ses émissions de CO<sub>2</sub>.

Cette démarche est d'autant plus nécessaire que le CHU va devoir répondre à l'obligation réglementaire de réaliser le bilan carbone de ses activités.

Les personnels intéressés peuvent participer aux réunions de travail des commissions. Elles se réunissent en moyenne une fois par mois.

Il n'est pas forcément besoin de se déplacer pour être un acteur efficace de cette démarche. Il s'agit simplement de respecter quelques consignes simples qui relèvent en grande partie du bon sens. Ce même bon sens appliqué chez vous pour limiter vos factures d'eau, d'électricité et de chauffage.

## Constats et suggestions

Le CHU dépense chaque année plus de 13 millions d'euros en eau, électricité et chauffage. Il est possible d'imaginer les économies à réaliser avec un peu d'attention et leur conversion en équivalent effectifs. Voici quelques constats et suggestions.

Le chauffage et la climatisation représentent 65 % des consommations énergétiques de l'hôpital



En été, évitons de recourir au climatiseur d'appoint.  
En hiver évitons de surchauffer.

L'éclairage représente 10 % des consommations énergétiques



Éteignons la lumière à chaque fois que nous sortons d'une pièce, car :

- 10 mn d'éclairage inutile 3 fois par jour, c'est 5 jours d'éclairage en continu au bout d'un an.

Éteignons la lumière dans les toilettes individuelles, dans l'espace lavabo commun et dans les couloirs quand il n'y a personne.



L'eau chaude sanitaire représente 11 % des consommations énergétiques

Veillons à ce qu'il n'y ait pas de fuite aux chasses d'eau ou aux robinets (message Kimweb aux services techniques) :

- une chasse d'eau qui coule, c'est 750 €/an,
- une fuite légère sur une chasse d'eau, c'est 90 €/an,
- un robinet qui goutte, c'est 45 €/an.

Ne laissons pas l'eau couler inutilement.



Les autres usages représentent 9 % des consommations énergétiques

Éteignons notre matériel bureautique dès que nous nous absentons (réunion, repas, fin de journée) :

- un PC jamais éteint, c'est 73 €/an.

## La généralisation des indicateurs de qualité

La qualité des soins est la première attente des usagers.

Il est fondamental de l'évaluer et, si nécessaire, de l'améliorer.

Ainsi, en complément de la certification, des indicateurs de qualité des soins sont recueillis ou expérimentés sous l'égide du ministère chargé de la santé et de la Haute Autorité de Santé (HAS).



Ces indicateurs permettent un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements. Ils ont été testés par des équipes de recherche. Les établissements de santé saisissent les données sur une plate-forme de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH : [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)).

Cette dernière calcule les résultats qui sont ensuite diffusés. Depuis 2011, les résultats font l'objet de procédures de contrôles. Sous l'égide de la DGOS et de la HAS, un comité de pilotage « Généralisation des indicateurs de qualité des soins », mis en place en 2007, contribue à cette politique.

Les résultats de ces indicateurs doivent servir à :

- > Répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers. Les résultats sont diffusés sur Internet ([www.platines.sante.gouv.fr](http://www.platines.sante.gouv.fr)). L'établissement doit les mettre à disposition du public (affichage, livret d'accueil, Internet...). Ces résultats sont exprimés en 4 classes, A et B étant les meilleurs.
- > Fournir aux établissements de nouveaux outils et méthodes de pilotage et de gestion de la qualité.

- > Aider à la décision et au pilotage des politiques régionales et nationales. Ces indicateurs sont intégrés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et pourraient, selon une expérimentation en cours, être utilisés pour moduler les tarifs.
- > Simplifier et améliorer la procédure de certification.

### Les indicateurs généralisés en 2011

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (résultats 2010 disponibles) :

- > ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre ; 92% des établissements de santé sont situés en classe A ou B.
- > ICSHA (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques) reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique ; 75% des établissements sont situés en classe A ou B.
- > SURVISO concerne la réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire. 99 % des établissements ayant une activité chirurgicale ou obstétricale ont mis en place une telle surveillance.
- > ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) prend en considération des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes). 80 % des établissements sont situés en classe A ou B.

Un « score agrégé » synthétise les quatre indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. 87,3 % des établissements sont situés en classe A ou B.

Enfin l'indice SARM (taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline) vise à refléter l'écologie microbienne de l'établissement et sa capacité à la maîtriser. C'est le premier indicateur de résultats utilisé. 35 % des établissements sont situés en classe A ou B. À compter de 2011, les résultats expriment la tendance d'évolution sur trois ans.

### Les indicateurs issus du dossier du patient hospitalisé dit « QUALHAS » ou IPAQSS (résultat 2010)

L'indicateur « Tenue du dossier patient », appliqué aux secteurs de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) et Soins de Suite et Réadaptation (SSR), évalue le contenu du dossier médical des patients hospitalisés. 17 % des établissements de santé MCO et 25 % des établissements de santé SSR sont situés en classe A.

L'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » évalue le contenu du courrier et son délai d'envoi. Réglementairement, ce courrier doit être envoyé dans un délai de huit jours. 4 % des établissements MCO sont en classe A (SSR 32 %).

L'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des deux premiers jours du séjour chez le patient adulte. 44 % des établissements MCO sont en classe A (SSR 27 %).

Pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur », 27% des établissements MCO sont en classe A (SSR 25 %).

L'indicateur « Tenue du dossier anesthésique » évalue le contenu du dossier anesthésique. 41 % des établissements sont situés en classe A. L'indicateur « Prescriptions médicamenteuses dans l'infarctus du myocarde » évalue si tous les traitements recommandés à la sortie sont effectivement prescrits. 33 % des établissements sont situés en classe A.

## Les indicateurs en phase de généralisation

Ces indicateurs deviendront opposables et devront être communiqués en 2012 ou 2013. Il s'agit d'une part d'une extension du champ d'application des indicateurs déjà généralisés aux activités de HAD et de santé mentale et d'autre part de nouveaux indicateurs ou de versions révisées des indicateurs existants. Ces derniers portent sur : la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ; la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ; la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral ; la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre ; la prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post partum.

Il convient d'ajouter également ici les versions révisées de ICALIN, ICSHA, ICATB et introduction de deux nouveaux indicateurs relatifs aux bactéries multirésistantes et aux infections du site opératoire et la généralisation de l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés « SAPHORA ».

## Les indicateurs en expérimentation

Le ministère chargé de la santé et la HAS financent les projets de deux équipes de recherche sélectionnées par appel d'offre :

- > Le groupe COMPAQ-hpst (Coordination pour la mesure de la Performance et l'Amélioration de la qualité Hospitalière) dont l'opérateur est l'INSERM. Il est notamment en charge de travaux sur le financement de la qualité.
- > Le groupe CLARTE (Consortium Loire-Atlantique, Aquitaine-Rhône-Alpes), pour la production d'indicateurs de santé), dont les opérateurs sont les Hospices Civils de Lyon, le CCECQA et le CHU de Nantes, est chargé de développer des indicateurs relatifs aux ressources humaines (qualité de vie au travail, absentéisme, turn over) et à la sécurité des patients (culture de sécurité, identification de certaines complications associées aux soins à partir du PMSI).

Ces indicateurs sont expérimentés auprès d'un panel d'établissements de santé auquel participe le CHU de Toulouse.

## Les résultats du CHU de Toulouse (année 2010)

### Lutte contre les infections nosocomiales

Mots clés	Intitulés	Résultat de l'établissement	Classe
Reflet global de la lutte contre les infections nosocomiales	Score agrégé	99/100	Classe A ou B : Des Meilleurs... (★★★★)
Organisation, Moyens, Actions, de lutte contre les infections nosocomiales	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales	100/100	Classe C : ...aux... (★★★★☆)
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro Alcooliques	130/100	Classe D ou E : ...Moins bons (★★★☆☆)
Surveillance des patients opérés	Surveillance des infections du site opératoire		Classe F : Les non répondants (☆☆☆☆☆)
Bon usage des antibiotiques	Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques	95/100	Classe A ou B : Des Meilleurs... (★★★★)
Staphylocoque doré	Indice triennal de SARM - Taux triennal 2008-2010/1000 journées - Niveau de risque  - Effort de l'établissement : Tendence évolutive annuelle de 2005 à 2010	0,62	Classe C : ...aux... (★★★★☆)

### Qualité de la prise en charge (MCO)

Mots clés	Intitulés	Résultat de l'établissement	Classe
Partage d'informations au cours d'une hospitalisation	Tenue du dossier patient	72/100	Classe A : Des meilleurs... (★★★★)
Communication avec le médecin traitant	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	55/100	Classe B : ...aux... (★★★★☆)
Mesure de la douleur	Évaluation de la douleur	64/100	Classe C : ...Moins bons (★★★☆☆)
Suivi du poids	Dépistage des troubles nutritionnels	74/100	Classe D : Les non répondants (☆☆☆☆☆)
Partage d'informations dans le cadre d'une anesthésie	Tenue du dossier anesthésique	72/100	Classe A : Des meilleurs... (★★★★)
Médicaments et infarctus	Prescription médicamenteuse dans l'infarctus du myocarde (BAS)	78/100	Classe B : ...aux... (★★★★☆)

### Qualité de la prise en charge (SSR)

Mots clés	Intitulés	Résultat de l'établissement	Classe
Partage d'informations au cours d'une hospitalisation	Tenue du dossier patient	70/100	Classe A : Des Meilleurs... (★★★★)
Communication avec le médecin traitant	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	97/100	Classe B : ...aux... (★★★★☆)
Mesure de la douleur	Évaluation de la douleur	46/100	Classe C : ...Moins bons (★★★☆☆)
Suivi du poids	Dépistage des troubles nutritionnels	53/100	Classe D : Les non répondants (☆☆☆☆☆)

Au terme de plusieurs années d'efforts, le CHU de Toulouse se situe parmi les meilleurs en ce qui concerne les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Un plan d'amélioration engageant notamment chacun des pôles cliniques doit être mis en place dès 2012 pour améliorer les résultats sur les indicateurs issus du dossier patient. Les enjeux croissants de ces indicateurs et le délai important entre le recueil des données et le calcul des indicateurs conduit, en effet, à agir sans délai.

## La recherche en soins du CHU à l'honneur

Huit équipes de soins du CHU ont été primées en 2010 et 2011. Leur travail conforte la place de plus en plus importante de la recherche en soins adossée à la recherche médicale.



Jean-Jacques Romatet et Christine Ceaux

Huit équipes de professionnels de santé du CHU ont présenté en 2010 et 2011 des travaux de recherche et ont été primées à des titres divers. Le directeur général du CHU, Jean-Jacques Romatet et la coordinatrice générale des soins, Christine Ceaux, ont honoré ces professionnels le mardi 18 Octobre dernier. La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont inscrites dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire. Le lancement en 2009 d'un appel à projets relatif au programme hospitalier de recherche infirmière, dédié aux infirmières, puis en 2010 à l'ensemble des paramédicaux, contribue à la reconnaissance des travaux de recherche menés par les équipes soignantes. Nous présentons ci-après la liste des équipes lauréates.

### Équipes primées

- > **4<sup>e</sup> CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE, juin 2010 : Prix U d'argent.**  
Claire MARCHAND-TONEL, puéricultrice cadre de santé urgences pédiatriques, Nathalie MICAS, puéricultrice cadre de santé urgences pédiatriques, Martine GILLES, infirmière, Dr Isabelle CLAUDET : « Urgences vitales de l'enfant, capacités des infirmières et puéricultrices des urgences pédiatriques à mettre en œuvre les gestes d'urgence ».
- > **Finalistes du PRIX ALTRAN, septembre 2010 : « Innovation et qualité des soins » :**  
Ghyslaine LOPEZ IADE, cadre de santé, Sébastien COUARRAZE, IADE, blocs opératoires, HE, Karine VIDAL, IADE, blocs opératoires HE, Nelly ESCAFFRE, bloc, de CCV, RG, Christine MILLAUD, bloc de CCV, RG, Waldy LECSZINSKI, BOH3, RG, Xavier PUJOLI : « Le simulateur d'anesthésie, un outil pédagogique au service de la Performance, évaluation du stress induit par la simulation des situations critiques ».
- > **TROPHÉE INFIRMIER, octobre 2010 :**  
Véronique HERMET, infirmière : « Rendre acteur de sa santé par l'éducation thérapeutique le patient atteint de SLA ».
- > **X<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL INFIRMIER DES SOINS A LA PERSONNE ÂGÉE, mars 2011 : 1<sup>er</sup> prix du Poster scientifique**  
Marie-Christine RIVIERE, Isabelle QUIOT, Michèle CAPERAN, infirmières de l'UMG, UCC Casselardit : « Rôle de l'infirmière de l'unité mobile de gériatrie (UMG) aux urgences du CHU de Toulouse ».
- > **PHRIP, juin 2011 (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale) :**  
Cécile DARLES puéricultrice cadre de santé, Virginie VAN VOOREN, infirmière puéricultrice, service de néonatalogie, hôpital des Enfants : « Modifications comportementales chez l'enfant prématuré lors de l'alimentation par sonde naso-gastrique, étude comparative d'une administration manuelle par les parents versus mécanique par pousse seringue électrique, (sélectionné par la DGOS et le ministère de la santé) ».
- > **BOURSE NICOLAS (Association Laurette Fugain), juin 2011 :**  
Enora PIROU, infirmière en hématologie (unité Ehrlich) : « L'amélioration de la prise en charge des jeunes adultes et/ou adolescents au sein de l'oncopôle ». Enora PIROU a également obtenu le Prix Onco-Nurse de 2011 de l'AFITC (Association Française des Infirmier(els) de Thérapie Cellulaire Hématologie Oncologie Radiothérapie).
- > **TROPHÉE INFIRMIER, octobre 2011, catégorie IDE hospitalière 2011**  
Martine QUINTARD, IADE : « L'hypnose associée à la kinésithérapie, une nouvelle voie thérapeutique dans le syndrome douloureux régional complexe de type I ou II (Algodystrophie, causalgie) ».
- > **TROPHÉE INFIRMIER, octobre 2011, catégorie IDE santé au travail 2011**  
Marthe DESCOUENS, cadre de santé, et l'équipe d'infirmières de santé au travail : « Évaluation des risques professionnels et document unique, première étape pour la mise en œuvre de la politique de prévention pour la santé et la sécurité des salariés ».



## Le Bilan Social de l'année 2010

Le Bilan Social du CHU est d'abord un document annuel et statistique destiné à informer et aussi à interroger sur la politique de ressources humaines menée au sein de l'établissement. Il suggère des pistes d'analyse et d'action, qu'il s'agit ensuite de retraduire, autant que possible, dans la gestion de l'hôpital. Il apparaît ainsi, à un deuxième niveau, comme un élément important pour le dialogue en interne. Enfin et surtout, il offre, dans une forme condensée, un panorama de l'ensemble de la structure hospitalière dans son organisation, mais aussi dans sa pluralité et sa richesse humaine.



### Les effectifs

**14 820 personnes**, représentant le personnel médical et le personnel hospitalier étaient en poste au CHU de Toulouse au 31 Décembre 2010.

### Répartition fonctionnelle

#### PERSONNEL HOSPITALIER

**1 171** Administratifs  
**7 277** Soignants Éducatifs  
**1 387** Techniques  
**694** Médico-techniques  
**10 529 titulaires, stagiaires, CDD (statut 20 et 21) et CDI**  
**550** CDD temporaires  
**241** CAE  
**791 personnes**  
**Au total : 11 320 membres du personnel hospitalier**

#### PERSONNEL MÉDICAL

**456** PHU  
**1 090** PH titulaires et temporaires  
**766** Internes  
**1 188** Étudiants hospitaliers  
**3 500 membres du personnel médical dont 751 titulaires**

### Pyramide des âges

#### PERSONNEL HOSPITALIER

**L'âge moyen est de 42 ans**  
**79 %** de femmes  
 > 77 % des agents de sexe féminin travaillent dans les services de soins  
 > 39 % des agents de sexe féminin ont entre 25 et 39 ans  
**52 %** du personnel masculin travaille dans les services techniques et médico-techniques

#### PERSONNEL MÉDICAL TITULAIRE

L'âge moyen est de :  
 PHU : **51 ans**  
 > 70 % sont des hommes  
 PH : **48 ans**  
 > 58 % sont des femmes

### Le temps de travail

#### PERSONNEL HOSPITALIER

**Un agent sur 7 travaille à temps partiel**  
 Le temps partiel : **1 518** agents à temps partiel  
 La présence au travail : **173** jours en moyenne par agent  
 L'absence au travail :  
 > **18 jours** en moyenne pour maladie, maternité

- > **1,6 jour** en moyenne pour accidents du travail/trajet
- > **7,1 jours** en moyenne pour événements familiaux, formation et activité syndicale.

**Absentéisme moyen/agent : 26,4 jours**

### L'évolution des carrières

#### PERSONNEL HOSPITALIER

**39,3 %** des agents ont au moins 15 ans d'ancienneté

**516** contractuels ont été nommés sur un emploi permanent

**467** titulaires ont été promus à un grade supérieur

### La mobilité

#### PERSONNEL HOSPITALIER

**2 909** mouvements dans l'année, dont :

- > 198 entrées
- > 1 867 changements d'affectations
- > 844 départs

À noter : **99** agents sont en congé parental et **626** en disponibilité

### Formation

#### PERSONNEL HOSPITALIER

**11 192** départs en formation, dans le cadre du plan de formation

**204** agents en promotion professionnelle  
**40** agents ont obtenu un congé de formation professionnelle par l'ANFH

**25** agents ont bénéficié d'un bilan de compétences.

#### PLAN DE FORMATION (TITRES ACD)

frais pédagogiques, déplacements et remboursement des salaires des agents partis en formation : **2 618 157 euros**

#### PROMOTION PROFESSIONNELLE

Frais pédagogiques et déplacements : **751 656 euros**

Salaires versés aux agents en formation : **2 826 971 euros**

Salaires de remplacement des agents partis en promotion professionnelle : **2 826 971 euros**

#### CONGÉ FORMATION PROFESSIONNELLE

L'ANFH gère l'enveloppe régionale constituée par la cotisation obligatoire faite à chaque employeur (0,20 % de la masse salariale) et rembourse le salaire au CHU.

#### PERSONNEL MÉDICAL

**440** Médecins ont bénéficié d'une action de formation.

Dépenses de formation (frais pédagogiques et déplacements) : **190 407 euros**

#### DROITS À FORMATION

**42** jours pour les universitaires

**15** jours pour les PH

### Rémunération et charges du personnel

Budget du personnel hospitalier :

**455 201 219 euros**

Budget du personnel médical :

**129 859 253 euros**

Le coût total du personnel représente **62,11 %** du budget de fonctionnement

**BUDGET GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT : 942 028 228 euros**

## Actualités sociales

### Revalorisation du SMIC

Le salaire minimum de croissance sera revalorisé de 2,1 % au 1er décembre 2011. Son montant est porté à 9,19 € brut l'heure, soit 1 393,82 € brut par mois sur la base de la durée légale du travail de 35 heures hebdomadaires.

### Relèvement progressif des bornes d'âge de la retraite dans la Fonction Publique

Un décret du 28 juin 2011 précise les conditions de relèvement progressif de deux ans des bornes d'âge de la retraite des fonctionnaires et des durées minimales de services actifs requises, en application de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Ces dispositions entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011 pour les pensions liquidées à compter de cette date.

### Durée minimale de services effectifs relevée de deux ans

La durée minimale de services effectifs exigée pour la liquidation anticipée des pensions des agents des catégories actives est progressivement relevée de deux ans. À compter de 2016, la durée exigée pour la catégorie active de la F.P.H., actuellement de 15 ans, sera portée à 17 ans.

### La durée exigée pour le taux plein est fixée chaque année.

En application des lois de réforme des retraites du 21 août 2003 et du 9 novembre 2010, le principe de l'allongement de la durée d'assurance pour obtenir une retraite à taux plein en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie à 60 ans a été posé.

Afin de réduire le déficit des régimes d'assurance vieillesse, le gouvernement propose d'avancer le passage de l'âge légal à 62 ans en 2017, au lieu de 2018.

Concrètement, l'âge d'ouverture des droits serait porté à 60 ans et 9 mois (au lieu de 60 ans et 8 mois) pour les assurés nés en 1952, à 61 ans et 2 mois (au lieu de 61 ans) pour ceux nés en 1953, à 61 ans et 7 mois (au lieu de 61 ans et 4 mois) pour ceux nés en 1954 et à 62 ans (au lieu de 61 ans et 8 mois) pour ceux nés en 1955. Cette mesure, qui ne reviendrait pas sur les paramètres arrêtés dans la loi de 2010, serait inscrite dans un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2012.

Ces dispositions pourraient avoir un impact sur l'âge légal de départ de la catégorie active, ainsi que sur les limites d'âge des catégories actives et sédentaires. Une information sera publiée dès la parution des textes.

Pour la génération 1955, la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein a été portée à 166 trimestres.

#### Impact sur les mesures

##### « carrière longue » et « handicap »

En augmentant la durée d'assurance d'un trimestre pour les assurés nés en 1955, les durées d'assurance validées et cotisées requises pour un départ anticipé à la retraite pour « carrière longue » ou pour « handicap » augmentent d'autant.

*Décret n° 2011-754 du 28 juin 2011 - JO du 29 juin 2011*

#### Suppression du traitement continué dans les régimes de pension des fonctionnaires

Un décret du 30 juin 2011 supprime le traitement continué dans les régimes de pension des ressortissants de la fonction publique hospitalière affiliés à la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL).

Cette mesure entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011 pour les pensions liquidées à compter de cette date.

La pension est payée mensuellement et à terme échu. Elle est due à compter du premier jour du mois qui suit la cessation d'activité. Lorsque la liquidation de la pension intervient pour limite d'âge ou pour invalidité, elle est due à compter du jour de la cessation d'activité et la rémunération est interrompue.

#### Maintien du demi-traitement à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée

Le décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011 étend désormais le maintien du demi-traitement à tous les fonctionnaires en attente d'une décision du comité médical et/ou de la commission de réforme (décision de reprise de service, de reclassement ou de mise en disponibilité).

#### Conditions de ressources pour prestations familiales

Le Décret n° 2011-1278 du 11 octobre 2011 redéfinit les conditions de ressources opposables aux demandeurs de certaines prestations familiales.

> Indemnités journalières Accidents du travail/Maladies professionnelles retenues dans la base ressources. Les caisses d'allocations familiales doivent désormais inclure les indemnités

## Prestation « garde d'enfant », mode d'emploi

Cette prestation participe aux frais de garde des enfants de moins de 7 ans placés en crèche, chez une assistante maternelle agréée ou en garderie périscolaire.

Versée sous conditions de ressources et sur justificatifs, cette prestation est limitée à 220 jours par an et par enfant et couvre jusqu'à 80 % des frais engagés, déduction faite des aides de la CAF.

Pour la garderie périscolaire, cette prestation est limitée à 150 jours par an et par enfant.

L'imprimé de demande de prestation « garde d'enfants » relatif au 2<sup>e</sup> semestre 2011, est à retirer à partir du mois de décembre et jusqu'au 15 février auprès du correspondant CGOS. Seuls sont concernés les agents qui ont fait la demande pour le 1<sup>er</sup> semestre 2011.

Pour les enfants nés en 2011, placés en crèche ou chez une assistante maternelle agréée au cours du 2<sup>e</sup> semestre, la demande de prestation « garde d'enfants » est à retirer auprès du correspondant CGOS à partir du mois de décembre et jusqu'au 15 février. Cette prestation est versée en fonction du quotient familial.

Chaque agent ayant constitué un dossier C.G.O.S en 2010 ou 2011 va recevoir, à partir de la semaine du 14 novembre, le dossier 2012 directement à son domicile, accompagné d'un mode d'emploi et d'une enveloppe retour (les couples d'agents reçoivent un seul dossier).

journalières dans l'assiette des revenus professionnels pour l'ouverture du droit à certaines prestations familiales : complément familial, prime de naissance ou d'adoption, allocation de base de la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant). À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, les indemnités journalières d'AT/MP seront intégrées dans l'assiette des revenus professionnels.

> Plafond de ressources pour les bi-actifs. Lorsque les deux membres du couple parental ont une activité professionnelle, les plafonds de ressources qui leur sont opposables sont majorés. Pour le complément familial, la prime de naissance ou d'adoption et l'allocation de base de la PAJE, la notion de plafond de revenus est définie par référence au plafond de la sécurité sociale.

#### Modalités d'affiliation à l'AVPF des aidants de personnes handicapées à temps partiel

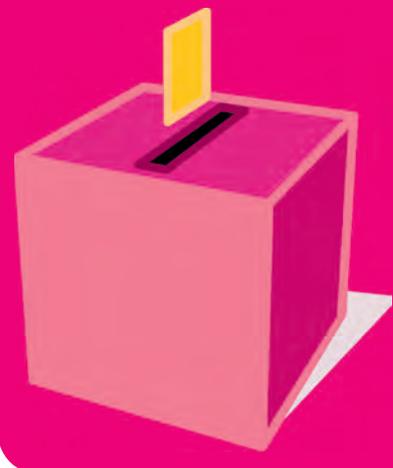
Le décret n° 1278-2011 du 11 octobre 2011 précise les modalités d'affiliation à l'Assurance Vieillesse du Parent au Foyer (AVPF) des aidants de personnes handicapées travaillant à temps partiel. Les revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation doivent être inférieurs à 63 % du PASS en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée.

## Bon à savoir

### Élections 2011 CTE/CAF

Les élections des représentants au Comité Technique d'Établissement et aux Commissions Administratives Paritaires Locales et Départementales ont eu lieu le 20 octobre 2011.

Les résultats sont publiés sur l'intranet du CHU, rubrique « DRH et vie professionnelle » > Protocole syndical et élections professionnelles > Élections professionnelles > Résultats des élections ».



## Cérémonie du souvenir à l'Hôtel-Dieu

Comme tous les ans, la communauté hospitalière a honoré la mémoire des médecins et personnels décédés en activité ou lors des dernières guerres.



Gisèle Verniol et Monique Durrieu, adjointes au maire représentant Pierre Cohen maire de Toulouse et président du conseil de surveillance du CHU, Jean-Jacques Romatet, directeur général, Bernard Pradère, président de la commission médicale d'établissement, les représentants des instances, des cultes et des familles ont évoqué en présence des familles endeuillées la mémoire des disparus au cours de cette année 2011.

D<sup>r</sup> Claudine ORTET épouse CARANOBE

P<sup>r</sup> François MANAS

P<sup>r</sup> Hubert BOUISSOU

P<sup>r</sup> Jean BECUE

D<sup>r</sup> Fabienne RANCE

P<sup>r</sup> Pierre MORON

Alain MATHIEU

Catherine MAILHAC épouse DAURES

Odette BONNICART épouse ROUCH

Gisèle PULO épouse SENAT

Daniel CLOUMAT

Sylvie COURQUIN épouse DUSSEUX

Serge BRUZZICHESSI

Robert LEBERON

Stéphane DE BOCK

Francis SARRUT

Jean-Claude TERUEL

Trait d'union présente aux familles endeuillées ses sentiments de profonde sympathie.

Le 19 février après-midi prochain, les personnels du CHU sont invités à la Halle aux Grains à l'occasion d'un concert organisé par le CHU et rendu possible grâce d'une part, au maire de Toulouse, président du conseil de surveillance qui met à disposition cette magnifique salle de concerts et d'autre part, aux artistes qui ont accepté d'y participer bénévolement. Dès début janvier, les inscriptions seront organisées au sein de chaque pôle afin que les 1 900 places soient attribuées à l'ensemble des personnels selon des règles d'équité. Cette après-midi festive a été imaginée afin de remercier les personnels du CHU pour la qualité du travail effectué et reconnue au plan national depuis de longues années.

Une fête de famille

### 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).

### Amicale des retraités

#### FUTURS RETRAITÉS

Vous allez bientôt partir à la retraite, l'Amicale des retraités du CHU vous invite à la rejoindre. **Contact : 05 61 77 78 98**

Si, retraité, vous souhaitez recevoir Trait d'union à domicile, signalez-le à la Délégation à la communication **Poste : 05 61 77 82 61**

## Carnet

## Mariages

**28.05.2011**

Aïcha Benbeghdad  
avec Ghaouti Chellaoua  
Jolimont Le Capitole  
- Garonne

**09.07.2011**

Malika Azahaf  
avec Amir Hayani  
Traumatologie A - Purpan

**30.07.2011**

Françoise Graves  
avec Cédric Boyer  
Échographie diagnostic -  
Paule de Viguier

**20.08.2011**

Bénédicte Lacaze  
avec Emmanuel Rouzade  
Médecine interne Le Tallec  
- Purpan

**27.08.2011**

Marie Rimbart  
avec Thomas Seigneuric  
Surv. méd. continu -  
Hôpital des enfants

**27.08.2011**

Elodie Cambou  
Biochimie Hormonale - IFB  
avec Cédric Garcia  
Génétique des Hémothésies  
- IFB

**03.09.2011**

Karla Boussari-Mamadou  
avec Fabien Torquet  
Transport pédestre imagerie  
- Purpan

**10.09.2011**

Audrey Heitz  
avec Jérémy Guardiole  
Hémato - oncologie -  
Hôpital des enfants

**17.09.2011**

Sébastien Gomis  
avec Magalie Gaussens  
Services Techniques - Purpan

**17.09.2011**

Lucile Sansoulet  
Service social malades -  
Purpan  
avec Carl Giraud  
GBM Rive gauche - Purpan

**17.09.2011**

Christian Pelfort  
avec Géraldine Bertrand  
Bloc opératoire -  
Hôpital des enfants

**24.09.2011**

Stéphanie Barrailh  
avec Julien Chardonnet  
HJ rhumatologie - Purpan

**01.10.2011**

Pierre-Jean Cognat  
avec Charlene Veyre  
DSIO - Hôtel-Dieu

**08.10.2011**

Michaël Maltese  
avec Carole Castelle  
Transport pédestre - Purpan

**08.10.2011**

Samira Boukari  
avec Jonathan Icher  
Labo Anapath - Purpan

**08.10.2011**

Martine Rami  
avec Alexandre Bertin  
Direction formation  
- Hôtel-Dieu

**29.10.2011**

Serge Gasquet avec Maria-  
Lourdes Gonzalez-Mencia  
Transport inter-sites - Purpan

## Naisances

**23.02.2011**

Juliette,  
fille de Virginie Cordon  
Cardio-neuro-néphro -  
Hôpital des enfants

**16.03.2011**

Nina,  
fille de Céline Pène  
St. Clinique. VO - Larrey

**22.03.2011**

Faustine,  
fille de Olivia Lévrier-Cortot  
Direction pôles Céphalique,  
ILM, neurosciences - Purpan  
et de Jean-Gabriel Lévrier  
Direction pôles EHL,  
odontologie, pharmacie  
- Hôtel-Dieu

**10.04.2011**

Martin,  
fils de Magali Fournier  
Secteur naissance -  
Paule de Viguier

**03.06.2011**

Noémie,  
fille de Coralie Moreau  
Cardio.13 - Rangueil

**14.06.2011**

Alexis,  
fils de Séverine Béziade  
Formation continue - Purpan  
et de Louison GARRY  
S.A.U - Rangueil

**30.06.2011**

Emma,  
fille d'Alexa Turzi  
Hosp. semaine soins  
B - Casselardit

**02.07.2011**

Léna,  
fille de Sophie Dhesdin  
h3-Rangueil

**07.09.2011**

Clara,  
fille de Marina Amiel  
Cardio.61-Rangueil

**12.07.2011**

Alicia,  
fille de Sandra Mazmanian  
Uro33-Rangueil

**13.07.2011**

Mathis,  
fils de Charlotte Manceau  
Pneumo.2b-Larrey

**29.07.2011**

Antonin,  
fils de Rodolphe Cassan  
DSIO - Hôtel-Dieu

**29.07.2011**

Amandine,  
fille de Laurence Ezerzere  
Traumato. A - Purpan

**31.07.2011**

Elijah Dorilas-  
Rosine, fille de Prisca Dorilas  
Jolimont Le Capitole - Hôpital  
Garonne

**11.08.2011**

Lola, fille d'Aurélié  
FioI DAF - Hôtel-Dieu

**13.08.2011**

Geoffrey,  
fils de Fatimata Zouon  
Pôle urologie néphrologie  
- Rangueil

**20.08.2011**

Marco,  
fils de Séverine Ginestet  
Pôle digestif - Purpan

**31.08.2011**

Zoé,  
fille de Richard Barthès  
Direction de la Formation  
- Hôtel-Dieu

**03.09.2011**

Marlon,  
fils de Julie Trantoul  
Centre dressage plateaux  
- Rangueil

**08.09.2011**

Joris,  
fils de Stéphane Lalanne  
Equipe polyvalente - Purpan

**08.09.2011**

Hugo,  
fils de Vanessa Wuck  
Pharmacie - Logipharma

**08.09.2011**

Sacha,  
fille de Sandrine Dazet  
Ophtalmo - Paule de Viguier

**11.09.2011**

Samuel,  
fils de Anne-Catherine Duprat  
Réanimation - Rangueil

**12.09.2011**

Noé,  
fils de Gaëlle Sablier  
Maison d'arrêt Seysses - Rangueil

**14.09.2011**

Julia,  
fille de Sonia Gallo  
Bloc centre - Purpan

**15.09.2011**

Basile,  
fils de Christelle Signu  
Hospit. de jour psych. -  
La Grave

**21.09.2011**

Téa,  
fille de Florence Morlot  
Diabétologie - Rangueil

**27.09.2011**

Elliott,  
fils de Noëlle Trescarte  
Hématologie Hayem  
- Purpan

**28.09.2011**

Tessa,  
fille d'Essia Bennaceur  
Pédiatrie générale -  
hôpital des Enfants

**28.09.2011**

Nolan,  
fils de Jessica Barbe  
Soins D - Casselardit

**03.10.2011**

Corentin,  
fils de Lucie Maury  
Réanimation - Rangueil

**03.10.2011**

Tony,  
fils de Aurélie Blasini  
Réa.U. Transplant. - Rangueil

**08.10.2011**

Kelvin,  
fils de Jean-Claude Laurens  
Direction de la qualité  
- Hôtel-Dieu

**10.10.2011**

Ethan,  
fils de Thomas Cristobal  
Pôle médecine d'urgence  
- Purpan

**13.10.2011**

Mathilde,  
fille de Vincent Martet  
Centre d'accueil Ther  
- La Grave

**14.10.2011**

Clément,  
fils de Florence Vissiere  
Dialyses. Périod-Larrey

**15.10.2011**

Lou-Andréa,  
fille de Anne Gautier  
Néphro.73-Rangueil

**17.10.2011**

Capucine,  
fille de Pierre-Jean Cognat  
DSIO - Hôtel-Dieu

**21.10.2011**

Eva,  
fille de Fabien Buccellato  
Sécurité - Rangueil

**22.10.2011**

Mathéo,  
fils de Vincent Arjona  
Cuisine centrale Purpan  
sud - Purpan

**27.10.2011**

Mélodie,  
fille de Sébastien Daydou  
Anesthésie bloc pédiatrique -  
hôpital des Enfants

**27.10.2011**

David,  
fils d'Emmanuelle Gardies  
Réseau oncologie  
Midi-Pyrénées - Hôtel-Dieu

**27.10.2011**

Ambre,  
fille de Julie Pasco  
Déchocage St-Rangueil

**31.10.2011**

Aymen,  
fils de Magid Smidi  
Anatomie cytologie  
pathologique - Purpan

**03.11.2011**

Charlie,  
fille de Armella Rougé  
Accueil médico-chirurgical  
- Purpan

**04.11.2011**

Amandine,  
fille de Sébastien Barré  
Communication - Hôtel-Dieu

**05.11.2011**

Mattéo,  
fils d'Emilie Amador  
SMIT - Purpan  
et de Cédric Bergougniou  
Traumatologie B - Purpan

**06.11.2011**

Léa,  
fille de Séverine Houles  
Chirurgie vasculaire 42 - Rangueil  
et de Bertrand Jonquères  
Sit génie climatique - Purpan

**19.11.2011**

Elsa,  
fille de Christophe Pellegrino  
Psychiatrie UF 3 - Casselardit

**21.11.2011**

Susie,  
fille de Nicolas Packer  
Radio Pharmacie - Purpan

## Retraits

**01.10.2011**

Aurelia Baby,  
Emilie Baletan, Benjamin  
Becker, Caroline Begue,  
Allette Canonge, Isabel  
Casas-Parramon, Fanny  
Cassol, Géraldine Castera,  
Aurélié Cazal, Angélique  
Collavoli, Catherine Correia,  
Laure Dourel, Daniel Drouot,  
Marie-Louise Fabre, Anne  
Fonds, Céline Foucou, Simon  
Fournie, Christian Frayssignes,  
Audrey Furet, Céline Heraud-  
Drochon, Lysiane Hubert,  
Bettina Hudebine Schlesinger,  
Monique Journon, Christian  
Larrieu, Marylène Lefevre,  
Chantal Lemozit, Hélène  
Mardikian, Michèle Mandel,  
Nadine Ougier, Nicole  
Pasquet, Karine Sotum

**03.10.2011**

Jacqueline  
Evrard, Caroline Lagrange

**05.10.2011**

Emeline Barbie,  
Ophélie Rose.

**08.10.2011**

Laetitia Certain,  
Ali Meriem El Hadj.

**10.10.2011**

Annick Berrebi

**12.10.2011**

Ahmed Arslane,  
Nadège De Biasi, Christelle  
Helleringer, Viet-Van Phan,  
Vanessa Richeton, Maryline  
Scheffel.

**13.10.2011**

Audrey Pastraud

**17.10.2011**

Julie  
Bouche-Valle, Cécile Marty,  
Carine Vildary-Castelli.

**19.10.2011**

Geneviève  
Castagnon, Régine Petitpas.

**20.10.2011**

Alicia  
Bertocchini, Aurore Caujolle.

**21.10.2011**

Fanny Lherm

**22.10.2011**

Fatimata Zouon

**24.10.2011**

Sandrine  
Chavastelon, Louis Copin,  
Sandra Lefrançois.

**25.10.2011**

Joëlle Augias,  
Catherine Sauves.

**26.10.2011**

Myriam Régis

**27.10.2011**

Clara Rojas

**28.10.2011**

Audrey Berthelon

**29.10.2011**

Emilie Parent

**30.09.2011**

Sanae Rezzouk

**31.10.2011**

Anne-Marie Daniel

**01.11.2011**

Géraldine  
Bardoul, Axelle Beluet,  
Martine Benadives, Didier  
Bergé, Jean-Baptiste  
Bompard, Laurence Bonnet,  
Aline Bosq, Hermine  
Carsalade, Maryse Cestreries,  
Béatrice Danon, Thi Tinh Dao,  
Marie Darbus, Marie-Christine  
Doumergue, Sabine Dufrenne,  
Audrey Dussourt, Christian  
Esteras, Pierre-Louis  
Etchegoin, Martine Faro, Nelly  
Fernandez, Jennifer Gouvaze,  
Sylvie Jean, Nathalie Lesieux,  
Katia Lung, Jean-Stéphane  
Marboutin, Pierre Millas,  
Kristell Pedrono, Alexia  
Roques, Pauline Saissac,  
Josiane Silvestre, Serge  
Tonon.

**05.11.2011**

Nunez Chloe

**07.11.2011**

Marie-Noëlle  
Damy, Virginie Seene.

**08.11.2011**

Jennifer Brunet

**09.11.2011**

Sophie Dhesdin,  
Kristell Garcia.

**10.11.2011**

Fatiha Megharbi

**11.11.2011**

Julien Da Silva,  
Claire Durand.

**15.11.2011**

Céline Allios

**16.11.2011**

Isabelle Biou

**18.11.2011**

Jacqueline  
Zordan

**19.11.2011**

Richard Cros,  
Marie Eline Serres.

**20.11.2011**

Hélène Lebouvier

**24.11.2011**

Lucette Nemorin

**28.11.2011**

Florianne  
Le Dorze, Lucie Rocher.

**30.11.2011**

Christiane  
Bernard

## Décès

**09.2011**

Robert Leberon  
Bruzichessi

**17.09.2011**

Stéphane de Bock

**18.09.2011**

Francis Sarrut

**11.2011**

P Pierre Moron

**11.2011**

Anne-Marie Maillot

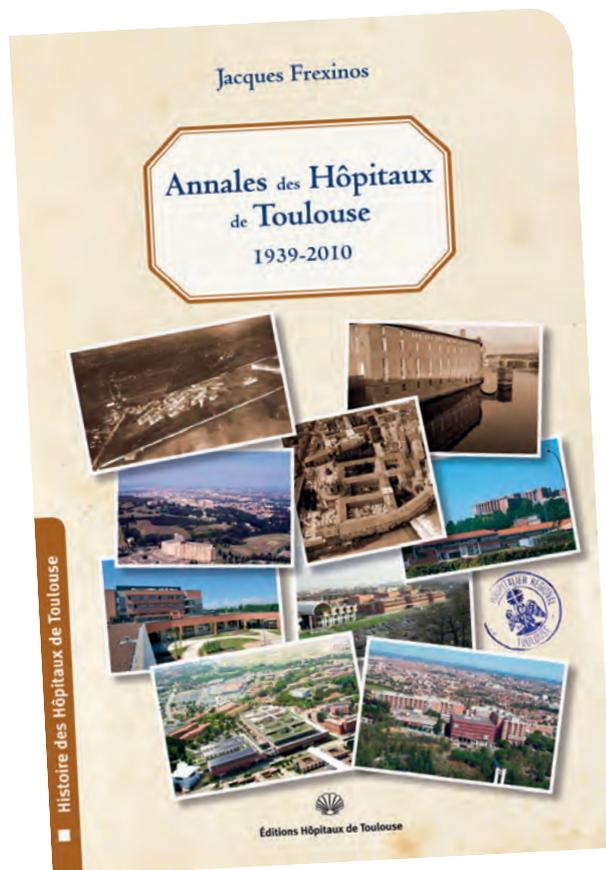
## Histoire/Mémoire

# Annales des Hôpitaux de Toulouse 1939-2010

## Quelques aspects de la vie hospitalo-universitaire

La parution de ces Annales apporte une nouvelle contribution à l'histoire de la vie hospitalière toulousaine et sauve vraisemblablement de l'oubli bon nombre d'événements qui furent tantôt des étapes essentielles, tantôt des faits divers plus mineurs (mais combien humains) dans l'évolution de nos hôpitaux.

Ces Annales, essentiellement mais non exclusivement destinées au personnel hospitalo-universitaire, décrivent les transformations (médicales, architecturales, démographiques, sociologiques, budgétaires...), de nos hôpitaux et facultés et les extraordinaires mutations qu'ils ont subies au cours de ces soixante-dix dernières années.



### La richesse de l'Histoire hospitalière toulousaine

Les *Annales des Hôpitaux de Toulouse (1939-2010)* s'inscrivent dans la droite ligne des recherches historiques entreprises dès leur création en 1984 par les Amis de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques et de Saint-Joseph de La Grave qui, motivés par Yvon Lemarié, alors directeur général (1980-1991) et présidés par le P<sup>r</sup> Lise Enjalbert, souhaitent ardemment conserver la mémoire de nos hôpitaux et préserver les richesses patrimoniales de l'Hôtel-Dieu et de La Grave, en pleine mutation d'activité.

Jusqu'à là très pauvre et très fragmentaire, l'histoire des hôpitaux de Toulouse allait alors s'enrichir avec la publication en 1989 du premier livre portant sur l'histoire complète de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques (réédité en 2006) et en 1994 du second volume consacré à Saint-Joseph de La Grave. Plus tard, en 1999, *Les hôpitaux de Toulouse. Mille ans d'histoires*, apportaient un vaste panorama de l'histoire hospitalière toulousaine depuis les temps médiévaux jusqu'à leur entrée dans le XXI<sup>e</sup> siècle.

Ces *Annales* sont donc aujourd'hui la prolongation très logique de ces trois publications antérieures et offrent aux lecteurs la découverte ou les « retrouvailles » de plus de soixante-dix dernières années de « notre » vie hospitalière condensées en 36 pages, enrichies d'une trentaine d'illustrations et d'une postface de Jean-Jacques Romatet décrivant les futurs hôpitaux universitaires de Toulouse.

### Pourquoi commencer en 1939?

Cette année, qui marque la déclaration de la seconde guerre mondiale, est aussi celle d'un grand tournant dans l'histoire hospitalière toulousaine avec la réquisition de l'hôpital de Purpan (presque fini, 44 ans après l'idée première!) par les autorités militaires qui ne le rendront à l'administration civile qu'en 1946, après avoir cohabité quelque temps (1941-1943) avec les services de santé de l'armée allemande.

La période qui suit, est certainement la plus féconde de notre histoire hospitalière à la fois par les apports techniques

dont elle a bénéficié et par le développement considérable de nos hôpitaux. Le passage des salles communes des Hospices Civils de Toulouse (1939) au CHU actuel paraît s'être fait insensiblement et très lentement. En réalité les changements ont été parfois « rudes » sinon difficiles. Mais l'inexorable usure du temps, favorisée par l'amoncellement des réformes législatives successives, en a souvent estompé le souvenir précis. La résurgence de faits, la datation des grands et des petits moments hospitalo-universitaires, permettent de prendre conscience des incroyables mutations qui ont littéralement métamorphosé l'architecture et la vie hospitalière!

### Des faits divers aux grands moments hospitaliers

À titre d'exemple voici quelques événements que le lecteur pourra retrouver parmi le millier de faits cités au fil des pages.

> Le 20 juin 1940, des coffres plombés contenant des aiguilles de radium provenant du CRAC de Toulouse et de Lille sont cachés par le P<sup>r</sup> Joseph

Ducuing, le Pr Driessens (de Lille), l'économiste des Hôpitaux (M. Touraton) et un maçon (M. Arqué) dans la crypte de la chapelle de La Grave et scellés dans un mur. Ces aiguilles, échapperont ainsi aux recherches des occupants allemands et seront récupérées en 1944.

- > En 1967, l'état du dôme de la chapelle de La Grave nécessitant une réfection complète de la charpente, il est envisagé de le détruire et de le remplacer par un toit à versant plan et en ardoises. Le projet a un avantage majeur : celui de permettre de substantielles économies de travaux, car la réfection du dôme dans sa forme originale coûterait le double ! La même année voit l'ouverture de la Faculté de Médecine de Rangueil, première étape du complexe hospitalo-universitaire de Rangueil, imaginé et porté par le Pr Guy Lazorthes depuis 1959, soutenu par le directeur général Roger Méau. Le 6 janvier dans l'émission *Cinq colonnes à la Une*, les téléspectateurs découvrent l'équipe du Pr Louis Lareng et les premières sorties (presque officielles) du SAMU avec le fameux « *Sacrum 21 appelle Clavier 12* » !
- > En 1978, dans le cadre du transfert et du regroupement de toutes les directions au Grand-Hôtel, rue de Metz, le bâtiment est acheté en janvier pour huit millions de francs. Il est revendu en septembre au Conseil général pour la même somme, les finances manquant pour les travaux de restauration et d'adaptation après le dédit inattendu du plus gros des prêteurs.

### Des lois hospitalières de plus en plus nombreuses

De grands moments législatifs et de grandes lois marquent l'histoire hospitalière nationale et donc toulousaine. La loi du 21 décembre 1941 en est la première et symbolise le début de la modernisation administrative des hôpitaux publics. Complétée par le règlement d'administration publique du 17 avril 1943, elle ouvre les hôpitaux publics à toutes les classes sociales et crée la fonction de directeur général. Le premier sera Jean Delbert qui occupera ce poste pendant 24 ans ! La loi crée aussi la Commission Médicale Consultative permettant ainsi aux médecins de participer aux projets hospitaliers. Le deuxième temps sera encore plus révolutionnaire avec la loi Debré en

1958 instituant les Centres Hospitaliers Universitaires avec le temps plein médical et la triple mission d'enseignement, de soins et de recherche.

Des préoccupations économiques sérieuses apparaîtront avec la loi de rationalisation hospitalière en 1970 (Robert Boulin). La loi du 19 janvier 1983 (Jack Ralite), avec la dotation globale, le forfait hospitalier, le PMSI, la tentative de suppression des services etc., marque aussi un autre grand tournant dans la gestion hospitalière.

Ensuite viendront la loi Evin (juillet 1991) avec le SROS, le CSSI, le projet médical, puis les ordonnances d'avril 1996 (gouvernement Juppé II) avec l'ANAES, l'ARH et la réduction accrue des lits.

La nouvelle gouvernance (Xavier Bertrand 2005), à peine installée, sera suivie par la loi HPST (2009). Cette liste est bien sûr non exhaustive !

Et pendant ce temps-là, les hôpitaux toulousains auront vu apparaître en 1995 le temps des « indicateurs » (PMSI, RSS, GHM, points ISA, etc.), l'application des 35 heures en 2002, la T2A en 2003 et la création des pôles en 2004, tandis que les malades passeront du statut

de « patients », à celui de « clients », puis d'« usagers » !

### En quelques décennies, des bouleversements considérables

Que de changements incroyables en quelques décennies, que de bouleversements dans les conditions de travail, mais aussi que de progrès techniques et d'améliorations dans la qualité des soins donnés ! Cette remarquable évolution explique certainement l'excellent classement du CHU de Toulouse, en tête des palmarès qui paraissent régulièrement dans les hebdomadaires nationaux. Notre CHU a, en effet, été classé neuf fois premier et six fois deuxième sur les quinze dernières années. Voilà incontestablement la preuve d'une belle reconnaissance pour tous les efforts entrepris et renouvelés en permanence !

Ces Annales souhaitent, par la sauvegarde des souvenirs évoqués et retrouvés, rendre un profond hommage à tous ceux qui ont participé hier et qui concourent aujourd'hui au développement de nos hôpitaux universitaires et au maintien de leur excellence.

Pr Jacques Frexinos

#### Directeurs généraux



Jean Delbert  
(1942-1966)



Roger Méau  
(1966-1978)



Jean Bergougnan  
(1978-1979)



Yvon Lemarié  
(1980-1991)



René Rettig  
(1991-1998)



Daniel Moinard  
(1998-2007)



Jean-Jacques Romatet  
(Depuis 2007)



## Diététique

## Par ici la bonne soupe...

Base de l'alimentation humaine depuis la nuit des temps, la soupe est universelle et présente des bienfaits thérapeutiques.



## La soupe et l'alimentation des malades

Depuis le Moyen Âge, la soupe est reconnue pour ses bienfaits thérapeutiques : au vin, bouillon de poule, avec des jarrets de veau pour Ambroise Paré, au fil du temps, ce mets a souvent été la base de l'alimentation des malades.

## La soupe aujourd'hui

Les enquêtes de consommation alimentaire des Français estiment que 9 millions de personnes dans le pays mangent de la soupe chaque soir, mets préféré des plus de 55 ans et des femmes.

Sur le plan nutritionnel, les avantages du potage ou de la soupe sont :

- > un apport hydrique,
- > des vitamines et minéraux,
- > pauvre, voire dépourvue de graisses,
- > un effet satiétogène qui peut être intéressant chez les personnes qui ont besoin de volume.

## Tour du monde des soupes

La soupe ou le potage sont présents dans toutes les cuisines du monde.

*Ajo Blanco* : soupe espagnole à base d'amande, d'ail et de pain. Se consomme froide.

*Borchotch* : soupe russe, bouillon de pot-au-feu, légumes et betteraves, servi avec de la crème aigre-douce et des pâtés à la viande.

*Bouillabaisse* : préparée au retour de la pêche méditerranéenne, avec des poissons de roche bouillis. Servie avec des croûtons aillés et de la rouille.

*Frijoles de Olla* : soupe mexicaine à base de haricots noirs.

*Hochepot* : soupe flamande composée de viande, lard, chipolata et chou.

*Harira* : soupe marocaine à base de lentilles et pois chiches.

*Minestrone* : l'italienne, aux légumes, enrichie de pâtes au sud et de riz au nord du pays.

*Waterzoi* : véritable plat complet belge composé de poulet et de légumes.

Dès que l'Homme a su maîtriser le feu, il a fait de la soupe, en faisant bouillir végétaux et racines dans de l'eau. Au <sup>xii</sup><sup>e</sup> siècle, la soupe était une tranche de pain sur laquelle était versé du bouillon, soit le jus de cuisson de viande ou de légumes resté dans le pot. Ce mets constitua pendant longtemps l'unique plat du dîner.

L'aristocratie du <sup>xvii</sup><sup>e</sup> siècle jugeant le mot « soupe » trop vulgaire, préfère parler de potage, qui sous le règne de Louis XV prend également les noms de velouté, consommé ou crème. Les légumes rentrent alors largement dans la composition de ces mets.



## Soupe corse pour huit personnes

250 g de haricots rouges • 250 g de pancetta  
2 pommes de terre • 2 tiges de blette  
2 tomates • 1 blanc de poireau • 1/4 de chou blanc  
1 oignon • 1 gousse d'ail

- Faire tremper les haricots pendant 10 heures.
- Couper les légumes en gros dés.
- Faire revenir la pancetta avec l'oignon émincé.
- Ajouter les légumes coupés et les haricots.
- Saler, poivrer.
- Mouiller et cuire 2 à 3 heures.

# Grâce au partenariat entre l'ENTENTE et le CRÉDIT MUTUEL

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 1er décembre 2011.

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



## BÉNÉFICIEZ D'UN PRÊT PERSONNEL À TAUX PRÉFÉRENTIEL. FINANCEZ TOUS VOS PROJETS JUSQU'À 21 500 EUROS. <sup>(1)</sup>

**Sans justificatif d'achat - Sans frais de dossier - Réponse immédiate**

Exemples pour  
1000€ 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 €

## REJOIGNEZ UNE BANQUE DIFFÉRENTE

**PROFITEZ D'UNE OFFRE DE BIENVENUE RÉSERVÉE AUX ADHÉRENTS DE L'ENTENTE <sup>(2)</sup>**

- Les services bancaires **OFFERTS pendant 3 mois** <sup>(3)</sup>
- Votre épargne rémunérée à **4 % garantis 6 mois** <sup>(4)</sup> disponible et sans frais
- Téléphonie mobile : 1 mois **OFFERT** par forfait <sup>(5)</sup>
- Assurances : jusqu'à 2 mois **OFFERTS** <sup>(6)</sup> et des avantages supplémentaires
- Prêts immobiliers : frais de dossier **OFFERTS** <sup>(7)</sup>

(1) Offre réservée aux particuliers, bénéficiaires de l'Entente, sous réserve d'étude et d'acceptation définitive du dossier par le prêteur. (2) Offres soumises à conditions, réservées aux personnes physiques majeures pour toute première entrée en relation avec le Crédit Mutuel, dans les Caisses de Crédit Mutuel participant à l'opération. L'entrée en relation est soumise à l'accord préalable de la Caisse de Crédit Mutuel. (3) Offre valable jusqu'au 31 décembre 2011 sur les Eurocomptes, tarif de base hors option. (4) Conditions au 1er décembre 2011 susceptible de modification. Le taux d'épargne est garanti pendant les 6 mois qui suivent l'ouverture du livret Bienvenue dans la limite de 50.000 euros, au-delà de ce montant et après la période de 6 mois, le Livret Bienvenue est rémunéré au taux du Livret Ordinaire du Crédit Mutuel. Les intérêts sont versés en brut, option possible pour le prélèvement libératoire. Offre limitée à un seul Livret Bienvenue par personne physique majeure. (5) Offre non cumulable avec d'autres offres en cours et promotions. Réservée aux nouveaux clients Crédit Mutuel depuis moins de 30 jours ayant souscrit une offre C le Mobile ou NRJ Mobile avec engagement 24 mois. Hors options et hors communications au-delà du forfait. Notices disponibles en point de vente ou sur [www.clemobile.fr](http://www.clemobile.fr) ou sur [www.nrjmobile.fr](http://www.nrjmobile.fr). C le Mobile et NRJ Mobile sont des services de l'opérateur NRJ Mobile - SAS 421 713 892 RCS Paris : 12 rue Gaillon 75107 Paris Cedex 02, proposés par les Caisses affiliées à la Caisse Fédérale de Crédit Mutuel. Offre valable jusqu'au 31 décembre 2011. (6) Un mois d'assurance offert pour toute souscription d'un contrat assurance Auto, Habitation, Santé, XL Prévoyance, Assurance des Accidents de la Vie, Réflexe Prévention Santé, doublé en cas d'adhésion simultanée d'au moins 3 contrats. Offre valable jusqu'au 31 décembre 2011. Contrats des Assurances du Crédit Mutuel gérés par : • ACM IARD - S.A. au capital de 166 819 520 euros - RCS Strasbourg 352 406 748 • ACM Vie - S.A. au capital de 561 164 672 euros - RCS Strasbourg 332 377 597. Siège social : 34, rue du Wacken - 67000 Strasbourg. Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 Tassin cedex. Entreprises régies par le Code des Assurances. (7) Sous réserve d'acceptation de votre dossier par votre Caisse de Crédit Mutuel. L'emprunteur dispose d'un délai de réflexion de 10 jours. La vente est subordonnée à l'obtention du prêt. Si celui-ci n'est pas obtenu, le vendeur doit rembourser les sommes versées.

## CONTACTEZ LA CAISSE DE CRÉDIT MUTUEL DE VOTRE CHOIX

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

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

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

CM SAINT CYPRIEN - 3, AV. ETIENNE BILLIÈRES - 05.34.42.60.10 - 02204@creditmutuel.fr

CM PROFESSIONS DE SANTE - 6, RUE DE LA TUILERIE - 31130 BALMA - 05.34.42.64.90 - 02291@creditmutuel.fr

# Assurance Auto

Si vous trouvez  
moins cher ailleurs,  
la MACSF fait don  
de la différence  
à l'association  
Prévention Routière\*.



## Tous les PLUS d'une assurance performante et mutualiste :

- plusieurs formules et options au choix, en réponse à vos attentes
- un conseiller à vos côtés pour vous accompagner
- un financement à taux préférentiel (véhicule neuf ou d'occasion)
- un soutien aux actions d'éducation routière de



Rendez-vous dans vos agences de Toulouse :

**256 av. de Grande Bretagne**  
☎ 05 67 92 25 31 ligne directe

**1 avenue Georges Pompidou**  
☎ 05 40 13 02 31 ligne directe

Permanence :

**Hôpital Rangueil Maison du Personnel**  
Lundi et jeudi  
☎ 05 61 32 33 67  
23367 numéro interne

macsf.fr

☎ 3233\*\* ou 01 71 14 32 33

\* Offre réservée aux professionnels de la santé. Pour les nouveaux contrats auto dont le 1<sup>er</sup> devis a été réalisé entre le 03/11/2011 et le 31/03/2012 et dont les garanties ont démarré à la MACSF sur cette même période.

Pour bénéficier de l'offre, vous devez présenter un devis moins cher issu de la concurrence datant de moins de 2 mois et réalisé dans le mois qui suit le devis fourni par la MACSF. Pour être recevable à l'offre, ce devis doit avoir été établi pour des garanties, franchises et risques comparables, et pour un kilométrage illimité. La cotisation d'assurance doit être calculée hors promotion et le projet de contrat ne doit être ni conditionné ni relié à l'achat d'une autre assurance ou d'un produit ou service quel qu'il soit. Le montant maximum offert par la MACSF à l'association sera de 50 € par contrat souscrit. Non cumulable avec d'autres offres.

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



Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement