

printemps 2012

d'

numéro 132

Trait Union

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

lundi
8:00

à la une
Chirurgie
ambulatoire

lundi
17:00

Unité de
CHIRURGIE
AMBULATOIRE

DON DU SANG : L'EFS COMPTE SUR VOTRE SOLIDARITE !

Vous devez penser, comme 98% des Français, que le don de sang permet de sauver des vies. Et vous, votre dernier don de sang, c'était quand ?



GRÂCE À LUI
JE REVIS

Faites un cadeau rare et précieux

la vie
BY VINCENT,
32 ANS

Donner son sang, c'est offrir la vie.
www.donusang.net

Don du Sang

Comme vous le savez, la transfusion de globules rouges, de plaquettes et de plasma est indispensable dans le traitement de nombreuses pathologies et aucun produit n'est capable de se substituer au sang humain.

Depuis 2003, les besoins ne cessent d'augmenter et les périodes de tension sont de plus en plus fréquentes.

Ainsi, plus de **2,5 millions de dons sont nécessaires chaque année pour soigner un million de malades.**

Par exemple :

- › les **globules rouges** sont utilisés en cas d'hémorragie importante consécutive à un accident ou à une opération,
- › les **plaquettes** sont indispensables dans le traitement de nombreux cancers et leucémies, en cas d'aplasie,
- › le **plasma** est utilisé pour le traitement des grands brûlés et des accidentés mais également pour la fabrication des médicaments

Vous pouvez vous mobiliser en donnant votre sang sur les sites du CHU de Toulouse. N'hésitez pas à encourager également votre entourage à venir effectuer un don !

■ Site de Rangueil

Maison du personnel

- Le 1^{er} mardi du mois, de 9h à 16h

■ Site de Purpan

A l'Établissement Français du Sang, derrière l'Institut de Biologie

- Du lundi au vendredi de 8h à 17h30

- Le samedi de 8h à 12h

RAPPEL, pour donner, il faut : ■ être âgé de 18 à 70 ans ■ peser plus de 50kg

Il ne faut pas se présenter à jeun : il faut manger et bien s'hydrater avant de donner son sang.

Pour un premier don, il est nécessaire de se munir d'une pièce d'identité.

La démarche vous prendra environ 1h (dont 10 minutes pour le prélèvement).

sommaire



4

Expresso

- 4 **Une nouvelle convention Université/Hôpital**
- 5 **La secrétaire d'État au Gérotopôle**
- 6 **« Histoire d'en parler », pour aider les enfants à surmonter le deuil**
- 6 **Un lien toujours plus étroit avec les associations partenaires**
- 7 **Les formations sanitaires et sociales du CHU**



10



14

Reportages

- 8 Médecine de la reproduction
Offrir le bonheur d'être parent
- 10 Imagerie/Innovation
EOS, la boîte à images 3D
- 11 Neurologie/Recherche
Des causes mieux identifiées de l'AVC du jeune
- 12 Médical/Nutrition
Le bon poids du patient
- 13 Formalités administratives
TIPI, les Titres Payables par Internet



22



30

Trait d'union n°132.
Directeur de la publication : Jean-Jacques Romatet.
Rédacteur en chef : Dominique Soulié.
Photographies : Igor Bertrand, Benoît Capoen, Nicolas Fleuré, Odile Vigié.

Illustrations : Patrick Goulesque.
Comité de rédaction : Sylvie Dermoune, P. Jacques Frexinos, Sylvie Goutnikoff, Caroline Martineau, Marie-Christine Monnin, Dr Jean Petit, Alain Rattier, Odile Vigié.

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

Assistance rédactionnelle : Hugues Beilin.

Réalisation : Délégation à la Communication et Studio Pastre.

Impression : Messages.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous excuser d'éventuelles erreurs ou omissions. Nous leur demandons de bien vouloir adresser leurs suggestions au secrétariat de Trait d'union Délégation à la Communication, Hôtel-Dieu Saint-Jacques, Tél. : 05 61 77 83 48. ISSN 0220-5386. Dépôt légal : avril 2012. Imprimé sur papier PEFC



36

À la une

- 14 **Ambulatoire : l'hôpital en mouvement**
De plus en plus d'interventions chirurgicales sont possibles en réduisant à la journée la durée de passage des patients au CHU. Arrivée le matin, départ en fin d'après-midi, cette organisation est désormais appliquée dans plusieurs disciplines : ORL, ophtalmologie, orthopédie, gynécologie, urologie, digestif, chirurgie plastique...L'ambulatoire représente 20% des opérations. L'objectif est d'atteindre 50% à l'horizon 2016.

Enjeux

- 22 **De haut en bas : Purpan grandit en descendant**
- 25 **A six mois de la visite de certification par la HAS**

Communauté hospitalière

- 29 **La fête des personnels en images**
- 30 **Les infirmiers perfusionnistes, soignants et techniciens**
- 32 **Handicap et travail au CHU : témoignages**
- 33 **Actualités sociales**

Loirs/Culture

- 36 **Histoire/Mémoire : Mieux connaître Pierre-Paul Riquet**
- 38 **Diététique : Pâques, des œufs et de l'agneau**



Pierre COHEN

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

Notre système de santé publique, dont les principes solidaires ont été instaurés aux lendemains de la seconde guerre mondiale, reste d'excellente qualité. Les efforts des personnels soignants, techniques et administratifs des hôpitaux publics y sont pour beaucoup.

Pour autant, la multiplication des remboursements, la généralisation des dépassements d'honoraires, l'instauration de franchises, l'agrandissement des « déserts médicaux », entraînent disparités, injustices, inégalités entre les patients. Parallèlement, les déficits des comptes sociaux restent à un niveau élevé.

S'il est légitime de vouloir résorber le déficit de la sécurité sociale, on ne peut pas considérer la santé uniquement sous l'angle d'un coût qu'il convient de diminuer. Car la santé est un facteur de cohésion, de dynamisme et de rayonnement.

L'hôpital public n'est pas une entreprise. Il conjugue l'excellence et l'urgence, la solidarité et l'exemplarité. Toutes les pathologies y sont prises en charge, y compris celles qui ne sont pas « rentables », quels que soient le statut social, le niveau de revenu, le lieu d'habitation des patients. Il est à la fois un lieu de recours et un lieu de proximité.

Voir l'hôpital public dans une logique uniquement comptable, c'est compromettre l'accès aux soins pour tous, qui est l'un des piliers de notre pacte républicain. Mais c'est aussi remettre en cause l'avenir même de la santé car c'est là que sont formés les professionnels de demain.

Ce sont les laboratoires intégrés au plus près des structures de soin des CHU qui permettent que la recherche sur les sciences de la vie progresse, que de nouveaux traitements soient trouvés. C'est dans les CHU que ces innovations sont engagées.

Il ne faut donc pas oublier que la santé est aussi un investissement d'avenir. Nous l'avons bien compris à Toulouse. Le CHU participe ainsi à de nombreux programmes de recherche, comme la lutte contre le cancer autour de l'Oncopole ou sur le vieillissement autour du Gérontopole. Les échanges autour de ces programmes, les innovations technologiques qui en sortent, les investissements et les emplois qui en découlent, montrent bien que la santé est aussi un levier de croissance pour l'économie de la métropole toulousaine.

Expresso

Une nouvelle convention Université/Hôpital



Sur notre photo, on reconnaît de gauche à droite: Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHU; Michel Sixou, doyen de la faculté de chirurgie dentaire; Michel Attal, directeur général de l'Institut Claudius Regaud; Christophe Pasquier, doyen de la faculté des sciences pharmaceutiques; Gilles Fourtanier, président de l'Université Paul-Sabatier; Daniel Rougé, doyen de la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil; Jean-Pierre Vinel, doyen de la faculté de médecine de Toulouse-Purpan.

L'Université Toulouse III Paul Sabatier et ses Facultés de Santé, le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et l'Institut Claudius Regaud, ont décidé d'harmoniser leurs stratégies en signant le lundi 5 mars 2012 une nouvelle convention hospitalo-universitaire, pour une durée de cinq ans.

La convention définit la coordination des politiques de développement autour de quatre domaines d'activité: la formation initiale et continue; la recherche scientifique et technologique; l'attractivité, l'évaluation et la visibilité externe; les relations internationales.

La mise en place de cette convention sera assurée par une gouvernance renforcée avec un comité de coordination et quatre comités thématiques qui auront pour mission de coordonner l'action des différentes structures et commissions liées aux grands domaines: enseignement-formation, recherche-innovation, relations internationales, patrimoine et moyens

JEAN-JACQUES ROMATETDirecteur général
du CHU de Toulouse

Changement et travail de fond du service public hospitalier

En cette période électorale, les programmes des candidats à l'élection présidentielle sont présentés. Chacun effectuera son choix le moment venu en toute conscience.

Quels que soient les résultats des élections, quels que soient les changements qui seront décidés par ceux qui nous gouverneront, plusieurs impératifs s'imposeront demain à tous :

- les moyens consacrés à la santé devront être correctement gérés, au sein de nos établissements, dans une coopération très largement perfectible avec les autres acteurs de santé ;
- les exigences de qualité des soins seront à concilier avec les moyens que le pays nous donnera et l'attente des malades et de leurs représentants continuera à progresser ;
- le travail de prévention et d'éducation thérapeutique est une voie qui aide le malade à améliorer son autonomie et son état de santé ;
- notre engagement dans la recherche et les innovations d'aujourd'hui garantira notre place dans le système de santé futur ;
- le service public est et restera lié à l'évolution des demandes et des besoins du public et nous devons nous adapter à cette demande et à ces besoins.

Voilà pourquoi, le CHU de Toulouse s'est engagé dans un travail de fond qui sera nécessaire demain, comme il l'est aujourd'hui.

Les principes sur lesquels est construit notre projet performance sont clairs et il n'est pas nécessaire de les caricaturer et de les dénaturer, même dans cette période où les passions s'exercent.

Demain comme aujourd'hui les orientations suivantes seront nécessaires :

1. Les soins que nous donnons doivent être pertinents, c'est-à-dire adaptés aux besoins du malade selon l'état de la

connaissance médicale du moment, ni moins, ni plus. C'est sur ce principe que travaille un groupe de responsables de l'institution, incontestables dans leur rigueur scientifique et leur probité morale, à la fois sous l'égide des responsables du CHU comme de ceux de nos facultés de médecine. Ce travail est concret, parfois de portée rapide, parfois à moyen ou long terme car il nous amène tous à réfléchir à nos pratiques.

2. Pour donner satisfaction aux malades comme aux personnels qui les donnent, les soins doivent être parfaitement organisés. De nombreux chantiers sont ouverts, sûrement trop pour pouvoir être menés dans les meilleures conditions, mais ils n'ont pas d'autre but que d'améliorer conditions de soins et qualité du travail. S'il faut les rendre encore plus participatifs et encore mieux partagés, nous nous y attacherons.

3. Les investissements que nous faisons, quels qu'ils soient, grands chantiers, équipements, informatique, doivent permettre un retour d'investissement, tant du point de vue des moyens utilisés que du point de vue de la qualité. On n'investit pas si ce n'est pas pour faire mieux demain. Nous avons beaucoup investi pour mieux répondre aux besoins d'une population en croissance pendant les vingt années à venir.

Dès lors, le CHU de Toulouse vivra toute modification que souhaiteraient nos dirigeants de demain avec sérénité, mais surtout de façon pro-active, en n'attendant pas que d'autres résolvent à l'avenir toutes les questions et les problèmes à notre place, dans l'esprit d'un service public responsable, fier de son travail, solidaire, ouvert aux autres, exigeant avec lui-même. Il sera soucieux de promouvoir le travail bien fait et en bonne coopération avec tout le reste du système de santé et notamment les hôpitaux publics de la région en particulier lorsqu'ils sont en difficulté.

Expresso

La secrétaire d'État au Gérontopôle



En visite le 6 janvier au Gérontopôle de Toulouse, pionnier en matière de prévention et de traitement de la fragilité, Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé a

rappelé que « la prévention se doit d'être au cœur de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées ».

Elle a confié une mission au Pr. Bruno Vellas chef du pôle de gériatrie, sur la notion de fragilité des personnes âgées afin de capitaliser sur les expériences menées en Midi-Pyrénées dans ce domaine. Il s'agit de proposer les modalités de prise en compte, à l'échelle nationale, d'outils de dépistage, de diagnostic et de traitement des situations de fragilité avec tous les acteurs concernés par la prévention de la perte d'autonomie : médecine de ville, hôpital, professionnels des soins et de l'aide à domicile, associations de solidarité...

« Histoire d'en parler » : pour aider les enfants à surmonter le deuil

En France, les nouvelles pratiques permettant d'atténuer la douleur des jeunes de familles endeuillées sont rarement abordées. Pourtant, il existe des avancées significatives permettant d'accompagner les enfants dans ces moments difficiles.

À ce titre, le travail de l'équipe du Dr Agnès SUC, au sein de l'hôpital des Enfants de Toulouse, avec le Pr. Raynaud, respon-



« Histoire d'en parler » a été présenté à la presse le 24 janvier dernier à la bibliothèque de La Grave.

sable du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, et le Dr Vignes et son équipe de liaison pédo-psychiatrique, est une expérience exemplaire et remarquable.

« HISTOIRE D'EN PARLER » propose aux jeunes ayant perdu un frère, une sœur, ou l'un de leurs parents, d'insérer des groupes de paroles d'enfants dans la même situation de deuil.

Ces « groupes de paroles médiatisées » permettent d'organiser des rencontres entre enfants ayant été amenés à vivre des situations comparables. Ils sont réunis autour d'ateliers de dessins, peintures, collage, travail de la terre... Ces ateliers deviennent un lieu où les enfants peuvent échanger entre eux, et mettre des mots sur la douleur psychique qu'ils partageaient jusqu'alors en silence. Ce travail des équipes est un soutien considérable au processus de deuil.

Cette initiative de l'équipe toulousaine a reçu le soutien de la fondation APICIL contre la douleur et de la fondation d'entreprise OCIRP pour les orphelins. ■

www.histoiredenparler.fr

CHU et associations partenaires : un lien toujours plus étroit

La quatrième rencontre avec les associations de soutien aux malades et aux familles a eu lieu le 20 mars 2012 à l'Hôtel-Dieu.

L'objectif de cette rencontre annuelle, de plus en plus prisée par les 191 associations qui travaillent en lien avec le CHU de Toulouse, a résidé en un seul mot: partage.

En effet, une partie de la manifestation a été consacrée à la présentation de sujets institutionnels pratiques (comprendre la certification et les indicateurs qualité, la lutte contre les infections nosocomiales, les techniques de bio-nettoyage), afin d'ap-

porter l'information la plus juste possible sur les pratiques du CHU.

La deuxième partie a été centrée sur le partage d'expériences. C'est ainsi qu'ont été présentés le premier bilan d'activité de la Maison des usagers, mais aussi le nouvel Espace régional d'éthique Midi-Pyrénées et surtout la relation de l'association Trans-Hépatite avec le service de transplantation, en présence du président de l'association, Jean-Paul Martin et du Pr. Nassim Karmar du service de transplantation.

Au fil des ans et des rencontres, des liens de plus en plus étroits se tissent entre



Le Pr. Kamar et Mr Martin ont témoigné de la richesse des relations et du travail accompli par les associations en lien avec les équipes de soins.

le CHU de Toulouse et les associations partenaires. Pour le plus grand bénéfice des patients. ■

Clic Étoile, des outils multimédia pour les enfants hospitalisés



Un titre qui claque comme le clic de la souris d'ordi-



nateur. Un projet qui s'est réalisé en un clic avec des partenaires formidables qui ont très vite compris l'attente des enfants malades : communiquer, s'évader, rêver, jouer, en bref continuer une vie d'échanges et de créativité alors que la maladie les tient cloués dans un lit d'hôpital.

L'hôpital des Enfants a ainsi pu initier et coordonner avec l'implication toute particulière de l'association Hôpital Sourire, le projet « Clic Étoile » destiné à l'ensemble

des enfants hospitalisés, grâce à la synergie et à la volonté commune de tous ses partenaires qui ont mobilisé leurs compétences respectives :

- la CPAM de la Haute-Garonne,
- l'association Junior Solidarité,
- Hôpital Sourire
- les étudiants de l'ICAM, école d'ingénieurs de Toulouse
- l'association AMIHT, (AMIs informatique des Hôpitaux de Toulouse). ■

Savoirs, méthodes, compétences... et franc succès



La première journée de didactique des formations sanitaires et sociales du CHU, organisée par la direction de l'accompagnement des projets structurants et de la formation⁽¹⁾ a réuni 235 participants le 7 décembre dernier à l'Institut de formation en soins infirmiers de Rangueil.

En ouverture, Jean-Jacques Romatet, directeur général, a souligné la dimension hors du temps que doit préserver toute structure, comme le CHU et les instituts de formation qui y sont rattachés, détentrice d'une mission de recherche. Ce message a été relayé notamment par M. Barthès qui a montré la nécessité d'inscrire la démarche dans le long terme.

Le Pr. Develay a consacré la première conférence de la journée à la question de la transposition didactique, que la réingénierie des formations a remis sur le devant de la scène et Mme Demeester, directrice de l'école universitaire de maïeutique Marseille-Méditerranée, par la pertinence et la clarté de son intervention, a permis à ses auditeurs de se repérer dans les mécanismes complexes de l'analyse professionnelle et de son enseignement.

Quant aux présentations des formateurs ayant suivi la formation d'adaptation à l'emploi 2011, elles ont abordé des domaines complémentaires, donnant

corps à la transdisciplinarité et démontré que la didactique est affaire de méthodes.

Réintervenant en qualité de grand témoin, le Pr. Develay a conclu la journée devant un auditoire qui a maintenu jusqu'au terme de cette rencontre une attention soutenue.

L'organisation matérielle a été parfaite et chaque instant a été constructif: même les temps de pause sont venus alimenter, au sens propre comme au sens figuré, les échanges entre formateurs. ■

(1) La cheville ouvrière de cette journée a été Patrick Viollet, directeur des soins, consultant en pédagogie et formation.

Interface, le lien avec les partenaires du CHU

C'est la nouvelle lettre électronique diffusée par le CHU de Toulouse pour tisser le lien avec les professionnels de santé, partenaires de l'institution. L'objectif de ce nouvel outil de communication est de donner des repères dans notre structure en évolution continue en améliorant la recherche d'interlocuteurs et la connaissance des organisations. Quatre numéros par an seront diffusés par voie électronique aux abonnés. ■

Pour recevoir la lettre Interface, abonnez-vous en envoyant votre mail à interface@chu-toulouse.fr



Médecine de la reproduction

Offrir le bonheur d'être parent

Le CHU accueille et prend en charge les dons de gamètes depuis plus de trente ans. Il s'associe à la campagne nationale de sensibilisation destinée à pallier l'insuffisance de donneurs et de donneuses.



Une partie de l'équipe de médecine de la reproduction.

« L'essentiel de la réussite tient dans le cheminement psychologique que va avoir le couple aidé par l'équipe de médecins et de psychologues »

Comment aider les couples stériles à connaître le bonheur d'être parent? Telle est la question que pose le Pr. Louis Bujan, chef du pôle Femme/Mère/Couple du CHU. L'enjeu est de sensibiliser au don de gamètes, un geste de solidarité que peuvent accomplir des personnes qui ont eu des enfants à l'égard de ceux qui souffrent de stérilité. Des études ont montré qu'au niveau national on dénombrait des difficultés de procréer chez 15 % des couples, que 7 % des couples parvenaient à devenir parents à l'aide d'assistance médicale et que seulement 3 % étaient dans l'impossibilité d'avoir un enfant.

« Faire l'annonce d'un constat de stérilité est relativement terrible pour un couple, explique le Pr. Bujan. C'est la remise en cause du projet parental. Pour aider à dépasser cet état fréquent de sidération, nous soutenons le couple dans un travail d'élaboration. Différentes voies sont envisagées: soit renoncer à avoir un enfant, soit adopter, soit choisir l'insémination avec l'aide d'ovocytes ou

de spermatozoïdes de donneurs (es). L'essentiel de la réussite tient dans le cheminement psychologique que va avoir le couple aidé par l'équipe de médecins et de psychologues. C'est un parcours difficile. Il prend du temps. Cela équivaut à un deuil, car c'est la perte de quelque chose. Une fois ce stade franchi, on peut se projeter dans l'avenir. Commence alors le processus de procréation. »

Se pose à ce moment la question du donneur ou de la donneuse. Les procédures en la matière sont définies avec précision. Donneur et donneuse ont une consultation médicale en vue de la recherche de contre indication possible au don, par exemple une affection génétique. Une prise de sang sera également réalisée pour dépister les maladies infectieuses. Ensuite, le donneur fera, en deux à trois mois, deux à cinq prélèvements de sperme qui seront congelés.

Le donneur est recontacté six mois après, afin d'effectuer un nouveau dépistage des maladies infectieuses. La donneuse aura aussi une consultation

médicale et une prise de sang. Les contre indications à l'acte technique du don seront recherchées. Le don d'ovocytes nécessite une stimulation de l'ovulation, puis une ponction des ovaires sous anesthésie locale, lors d'une hospitalisation de quelques heures.

Pas de caractère discriminant

Le donneur (moins de 45 ans) ou la donneuse (moins de 37 ans) doivent avoir un enfant. Ils doivent également attester de l'accord de leur conjoint éventuel.

«L'anonymat est total, souligne le Pr. Bujan. Ni le donneur, ni la donneuse ne peuvent savoir ce qu'il advient du don. Il en est de même pour les futurs enfants.»

L'appariement donneur/couple receveur se fait avec l'idée de ne pas introduire de caractère discriminant dans la famille.

Quant au risque médical, il est de 2 à 3%, identique à celui de la procréation naturelle. Le recours aux gamètes semblerait même le diminuer, du fait des précautions prises.

Le caractère plus contraignant du don

d'ovocytes est un facteur contribuant à expliquer l'insuffisance du nombre de donneuses, mais le manque d'information est aussi un critère important.

Les campagnes de sensibilisation sont donc indispensables pour combler ce manque: «Si l'on menait la même politique en France pour le don du sang que pour le don de gamètes, il n'y aurait pas de don du sang» remarque le Pr. Bujan.

Les donneurs sont dans leur majorité des personnes qui donnent déjà leur sang ou leur moelle. D'autres font le geste parce qu'ils ont dans leur entourage des gens qui ont souffert de la stérilité. Le geste de don est un geste de solidarité.

On enregistre en France 1 500 naissances annuelles par don de gamètes. On recense annuellement au CHU de Toulouse:

- > 100 à 120 couples souffrant d'une stérilité définitive (d'origine masculine ou féminine);
- > 200 à 250 actes d'assistance médicale à la procréation avec gamètes de donneur;
- > 10 à 15 donneurs de spermatozoïdes;
- > 4 donneuses d'ovocytes. ■

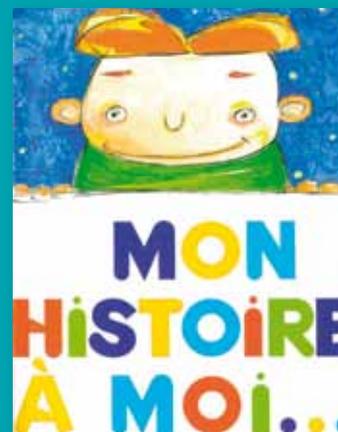


Mon histoire à moi

Si le don de gamètes permet d'apporter à des couples le bonheur d'être parent, il nécessite une approche particulière pour élaborer ce mode de conception particulier. Il convient d'expliquer aux futurs parents que si le gamète vient d'un (e) donneur (se), ce sont toutefois eux qui vont concevoir, construire l'histoire de l'enfant et l'aimer.

La majorité des couples fait le choix de dire à l'enfant les modalités de la conception. Afin de faciliter cette explication, un petit livre a été conçu pour les plus petits: «Mon histoire à moi».

* À noter: la loi de 2011 permet aux personnes n'ayant pas procréé de donner leurs gamètes. Cependant en absence de parution des arrêtés d'application, les donneurs doivent toujours avoir un enfant.



«Mon histoire à moi», un livre d'images pour les très jeunes enfants raconte leur histoire et aide les parents à leur parler très tôt de leur mode de conception.

Pour tout renseignement:
CECOS Midi-Pyrénées, et centre d'AMP,
hôpital Paule de Viguier.
Tél. 05 67 77 10 48
ou cecos.sec@chu-toulouse.fr

Imagerie/Innovation

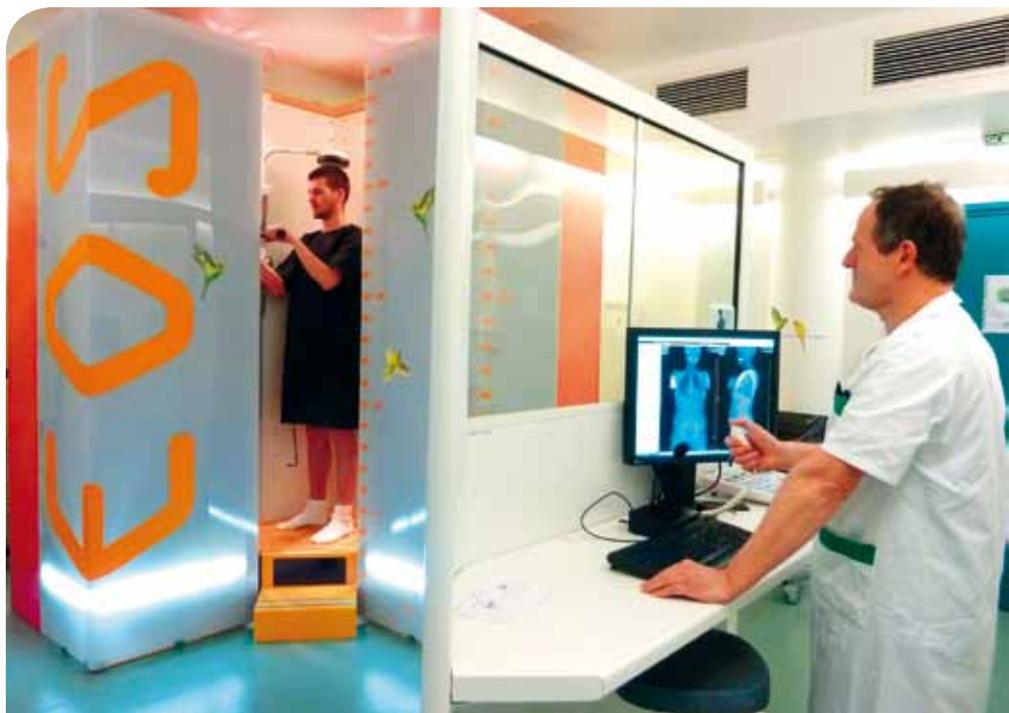
La boîte à images 3D

Acquis en partenariat avec plusieurs établissements de santé de l'agglomération toulousaine, le système EOS permet un grand saut qualitatif et quantitatif en matière de radiologie.

Une image en 3D et une prise de vue 100 fois moins irradiante, telles sont les deux qualités du système EOS. Cette innovation en radiologie vient d'être mise en œuvre au CHU, grâce à un équipement, installé à l'hôpital des Enfants, acquis en partenariat avec six autres établissements de santé de Toulouse.

Le procédé EOS utilise les rayons X comme la radiographie classique, mais il nécessite une dose près de cent fois moindre par rapport à l'appareillage traditionnel. De ce fait, il est particulièrement approprié aux personnes fragiles : enfants, adolescents, personnes âgées...

EOS permet également une étude du corps entier en trois dimensions : debout, de face et de profil. Cette technique est donc performante pour le diagnostic et le suivi des anomalies de la statique rachidienne (scoliose), plus particulièrement chez les jeunes. Elle permet, en effet, par une exposition minimale, des mesures automatisées avec une reproductibilité et une qualité d'images inégalées.



En haut de gauche à droite :
Sylvia Dupont, cadre de santé radiologie pédiatrique
et Dr Christiane Baunin.
En bas de gauche à droite : Dr Julie Vial, Dr David
Labarre, M. Claire Gonzales et J. Luc Agostini,
manipulateurs en électroradiologie.



L'étude des membres inférieurs dans leur ensemble, certaines radiographies segmentaires, l'étude de la statique du bassin sont les principales indications concernées par cette technique innovante. L'intégration de la statique du rachis à celle du corps entier constitue un avantage majeur pour les personnes plus âgées.

Le système EOS est une invention française qui combine l'utilisation de détecteurs ultrasensibles et des logiciels extrêmement sophistiqués. Il est issu des travaux qui ont valu le Prix Nobel de

physique 1992 au Pr. Georges Charpak. Large de 4 m, longue de 5,4 m, haute de 2,75 m, la boîte dite de Charpak a l'apparence d'une cabine de douche, très améliorée et très design. Elle reçoit actuellement 10 à 15 patients par jour.

Ce nouvel outil est très prometteur. Son utilisation doit être optimisée. C'est pourquoi le Dr Nicolas Sans, chef du pôle imagerie, l'a présenté à ses homologues chefs de pôles du CHU, ainsi qu'aux pédiatres libéraux.

L'acquisition d'EOS a nécessité un investissement de 500 000 €, payé au prorata par les partenaires du Groupement de coopération sanitaire qui réunit, outre le CHU, les cliniques suivantes : Pasteur, les Cèdres, Sarrus, le Parc, L'Union et Saint-Jean du Languedoc. ■

« EOS est particulièrement approprié aux personnes fragiles : enfants, adolescents, personnes âgées... »

Neurologie/Recherche

AVC du jeune : des causes mieux identifiées

L'équipe médicale de neurologie vasculaire de l'hôpital Rangueil vient de réaliser deux études qui constituent des avancées dans la connaissance des causes et facteurs favorisants de l'accident vasculaire cérébral chez les jeunes.

Souvent non élucidées après réalisation d'un bilan complet, les causes de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) du jeune (personnes âgées de moins de 55 ans) sont plus accessibles, grâce aux résultats de deux études qui ont été effectuées par l'équipe médicale de neurologie vasculaire de l'hôpital Rangueil: Pr. Vincent Larrue, Dr Nathalie Nasr, Dr Lionel Calviere et Dr Alain Viguier. Ces travaux viennent d'être publiés dans deux revues scientifiques de référence internationale.

La démarche de recherche part d'un constat: l'accident vasculaire cérébral ischémique du sujet jeune présente une problématique particulière, car les causes habituelles des AVC que sont l'athérosclérose des petites et des grosses artères et la fibrillation auriculaire (cause cardio-embolique classique) sont peu fréquentes à cet âge.

Par ailleurs, l'AVC ischémique du sujet jeune reste souvent d'origine indéterminée après un bilan complet, d'où

la nécessité de travaux pour éclaircir les causes et les mécanismes de cette pathologie en vue de mettre en place une prévention adaptée et efficace. La première étude (Nasr et al. Stroke 2011) a permis d'identifier une relation entre le taux de lipoprotéine-a et les plaques d'athérome qui obstruent la carotide chez les patients jeunes victimes d'un AVC ischémique. La lipoprotéine-a est un facteur lipidique encore peu souvent dosé en pratique courante et dont le taux est déterminé génétiquement. La structure de cette molécule ressemble à celle du LDL cholestérol (connu sous le nom de «mauvais» cholestérol), mais le traitement est différent de celui du LDL cholestérol et repose sur une vitamine, l'acide nicotinique.

Des causes identifiées et classifiées

Dans la deuxième étude (Larrue et al. Neurology 2011), ont été identifiées et notées les causes certaines et incertaines des AVC ischémiques du sujet jeune, selon une nouvelle classification, ASCO (Atherosclerosis, Small vessel disease, Cardiac source, Other source), tenant compte du niveau de probabilité de chaque cause. Dans le groupe de patients âgés de 16 à 44 ans, l'anomalie cardiaque congénitale FOP-ASIA (défaut d'accrolement des feuillets séparant l'oreillette gauche et l'oreillette droite du cœur associée à un Anévrisme du Septum Inter-Auriculaire) était la première des causes certaines et incertaines (15,3%) devant la dissection ou déchirure d'une artère cervicale ou cérébrale (14,5%). Dans le groupe des patients âgés de 45 à 54 ans, l'athérosclérose des gros troncs artériels était la première des causes certaines et incertaines (19,8%), le FOP-ASIA étant la deuxième cause (12,3%). Les résultats de



Dr Nathalie Nasr

cette étude soulignent le rôle potentiel de l'anomalie cardiaque congénitale FOP-ASIA dans la survenue des AVC ischémiques du sujet jeune. La mise en évidence de cette anomalie cardiaque congénitale pourrait faire l'objet de prescription d'un traitement anticoagulant, afin de fluidifier le sang.

Rationaliser la conduite des examens

Ce travail de recherche a conduit à proposer un algorithme diagnostic progressif qui permet de rationaliser la conduite des examens visant au diagnostic causal des AVC ischémiques avant 55 ans. Ce diagnostic est souvent complexe, compte tenu de la diversité des causes possibles. L'algorithme proposé permettrait de rationaliser la conduite à tenir et de réduire les coûts souvent importants générés par la recherche de la cause des AVC du sujet jeune. Précisons que ces travaux novateurs confirment la qualité de la recherche qui est une longue tradition dans ce service de l'hôpital Rangueil. ■

Une recherche nécessaire pour éclaircir les causes de cette pathologie



Médical/Nutrition

Le bon poids du patient

Les troubles nutritionnels doivent faire l'objet d'une identification rapide. L'unité transversale spécialisée a mis en place procédures et outils pour répondre à ce problème.

Créée en 2008, l'Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC) a pour fonction de répondre à deux questions : comment aider à reconnaître un patient qui souffre de troubles nutritionnels ? Comment l'alimenter et le soigner ?

Autour du Pr. Patrick Ritz, l'UTNC est composée de deux médecins : les docteurs Monelle Bertrand et Anne Ghisolfi, d'une infirmière Magali Podevin et d'une diététicienne Sophie Frazao. L'UTNC exerce trois missions : elle forme les équipes à dépister les troubles nutritionnels dès le début de l'hospitalisation ; elle contribue à rendre ces équipes autonomes dans les cas de dénutrition modérée ; elle apporte un soutien direct dans les cas les plus sévères.

Afin de situer l'importance de la fonction dévolue à l'UTNC, Patrick Ritz indique que « la prise en charge des troubles nutritionnels est l'un des objectifs majeurs de la politique de qualité du CHU ». Elle fera donc l'objet d'une évaluation lors de la visite de certification.

Pour accomplir sa mission, l'UTNC a élaboré des procédures et confectionné des outils qui sont mis à disposition des services.

L'évaluation de l'état de dénutrition

Voici deux exemples d'approche du problème de dénutrition.

Indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 17 (21 si le patient a plus de 70 ans) et/ou perte de poids de 5% en un mois et de 10% en six mois = dénutrition simple ou modérée dont la gestion est assumée par l'équipe soignante.

IMC inférieur à 18 pour un plus de 70 ans et/ou perte de poids de 10% en un mois et de 15% en six mois, quelque soit l'âge, = dénutrition sévère avec intervention directe de l'UTNC.



Au 1^{er} plan, de gauche à droite : Dr Anne Ghisolfi, Sophie Frazao (diététicienne), Dr Monelle Bertrand
Au 2^e plan : Magali Podevin (infirmière), Pr Patrick Ritz

Un tableau a ainsi été conçu pour étudier les variations de poids chez un patient (voir ci-contre). Il comporte trois colonnes : la première indique le poids constaté au moment de la pesée, la deuxième le poids un mois avant et la troisième le poids six mois auparavant. Si le poids actuel est inférieur à la valeur figurant dans la deuxième colonne ou dans la troisième colonne, il y a dénutrition. Par exemple, un patient qui pèse 51 kg, qui pesait un mois avant 54 kg ou plus et six mois avant 56 kg ou plus est dénutri.

Pour faciliter cette évaluation, l'UTNC, en liaison avec le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) et le pôle EHC, a obtenu que toutes les unités soient dotées d'un matériel de pesée adapté. Dans le but de favoriser le travail des services, les procédures ont été mises en ligne sur le site Intranet du CHU. On peut y accéder via l'onglet CLAN, rubrique Nutrition. Très prochainement un autre accès sera possible par le portail « filenet » qui rassemble les procédures transversales du CHU. ■

Pour tout contact :
Magali Podevin 05 61 32 37 62
et Sophie Frazao 05 61 32 37 35

Par rapport au poids actuel, si le poids il y a 1 mois ou 6 mois était supérieur à la valeur dans la colonne, il y a dénutrition

Poids actuel	Poids il y a 1 mois	Poids il y a 6 mois
45	47	50
47	49	52
49	51	54
51	54	56
53	56	58
55	58	61
57	60	63
59	62	65
61	64	67
63	66	69
65	68	72
67	70	74
69	72	76
71	75	78
73	77	80
75	79	83
77	81	85
79	83	87
81	85	89
83	87	91
85	89	94
87	91	96
89	93	98

Formalités administratives

Au Titre de la modernité



Afin de simplifier et d'accélérer les procédures de règlement par les patients, le CHU lance à l'hôpital des Enfants une expérimentation sur le paiement en ligne par Internet.

Modernisation et simplification sont deux objectifs qui peuvent très bien se conjuguer ensemble. C'est ce que démontre TIPI, une expérimentation qui vient de démarrer au CHU.

TIPI, cela signifie Titres Payables par Internet. C'est un système de paiement disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Il est simple et direct. Il évite toute la chaîne traditionnelle de règlement, lourde et lente : confection des avis de sommes à payer, traitement des espèces et des chèques, gestion des encaissements... et bien sûr files d'attente de patients.

«Ce système, explique Jonathan Belcastro, directeur-adjoint des finances du CHU, a pour objectif de réaliser un meilleur recouvrement en phase amiable, en particulier pour les plus petites sommes. Il présente de nombreux avantages : accélération des paiements, rentrées d'argent plus rapides limitant le recours à la ligne de trésorerie ; automatisation et sécurisation des encaissements, simplification pour le patient, limitation des coûts de traitement.»

L'expérimentation concerne pour l'essentiel le règlement des sommes dues par les consultants de l'hôpital des Enfants, sans mutuelle, pour la partie non remboursée par l'assurance maladie. Jusqu'à présent, le patient recevait dans les vingt jours suivant la consultation un avis du Trésor Public l'enjoignant de payer le montant restant à sa charge par chèque, titre de paiement, virement ou espèces. TIPI ajoute un outil supplémentaire de paiement.

Via le portail du CHU

Le patient reçoit une note de frais envoyée par le CHU cinq jours après sa venue à l'hôpital. Il est invité à régler le montant par voie électronique dans un délai de quinze jours. Pour cela, il doit se connecter sur le portail du CHU (www.chu-toulouse.fr) et accéder via un clic sur un onglet à la rubrique « Paiement en ligne ». Il saisit alors ses numéros de dossier et de référence de paiement qui figurent sur la note de frais.



Le règlement en ligne est possible via le portail du CHU.

Après saisie de son adresse de messagerie, le patient est automatiquement redirigé vers le serveur de paiement sécurisé de la Direction Générale des Finances Publiques sur lequel il peut finaliser son paiement, muni de sa carte bancaire. Dès la formalité accomplie, un courriel de confirmation de la transaction, ainsi qu'un justificatif sont envoyés.

Un dispositif pratique

«Pour le patient, ajoute Jonathan Belcastro, ce dispositif évite soit les frais d'envoi, soit la venue et la file d'attente aux guichets. Désormais les patients effectuent l'opération de paiement au moment où ils le souhaitent. Il faut préciser que si le patient ne veut pas ou ne peut pas payer par Internet, il revient au schéma classique de paiement par voie postale ou à la régie de l'hôpital.»

Le CHU de Toulouse est le deuxième établissement hospitalier de France à offrir ce nouveau service. Le premier a été celui de Bourg-en-Bresse dans l'Ain. Le choix de Toulouse s'explique par deux raisons. La première tient à sa grande dimension et au fait qu'il rayonne sur une

zone d'influence où le taux de couverture par les réseaux à haut débit est élevé. La seconde réside dans la spécificité de l'hôpital des Enfants, concerné par l'expérimentation. Pour des raisons évidentes et naturelles, cet établissement accueille des générations relativement jeunes, familiarisées avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

«Le secteur public hospitalier, ajoute Jonathan Belcastro, ne pouvait rester à l'écart de la modernisation et de la simplification administrative engagée par les pouvoirs publics. C'est pourquoi ce projet a mis en synergie autour du CHU et de ses bureaux des entrées, la Direction générale de la modernisation de l'État, la Direction générale des finances publiques et le MIPIH, éditeur de logiciels.»

Avec 90 000 consultations annuelles (sur un total de 720 000 pour l'ensemble du CHU), l'hôpital des Enfants permet un essai significatif. La réussite puis la généralisation de cette pratique de paiement en ligne amèneront à terme une évolution du métier de régisseur, la quittance et le papier carbone deviendront alors des objets du passé. ■

Chirurgie ambulatoire : l'hôpital en mouvement

De plus en plus d'interventions chirurgicales sont possibles en « chirurgie d'un jour ». Arrivée le matin, sortie en fin d'après-midi, cette organisation est désormais appliquée dans plusieurs disciplines au CHU : ophtalmologie, ORL, orthopédie, gynécologie, urologie, chirurgie plastique, vasculaire, digestive, chirurgie pédiatrique... L'ambulatoire représente actuellement 20 % des interventions au CHU.

Se basant sur les expériences nord-américaines et d'Europe du nord, l'objectif du ministère de la santé est que la France atteigne 50 % à l'horizon 2016.

Pratique relativement récente dans notre pays, la chirurgie ambulatoire est appelée à un développement important, tant au plan national, qu'au niveau local. Pour le CHU de Toulouse, c'est un volet majeur du futur projet médical, piloté par le Pr. Elie Serrano (chef du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale à l'hôpital Larrey), et le Dr Martine Servat (chef de projet médical).

Les enjeux sont pluriels: médicaux, organisationnels, économiques, immobiliers de formation.

L'intérêt médical est démontré. Les sociétés savantes, l'association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), communiquent régulièrement sur l'élargissement du champ de la chirurgie ambulatoire. Avec la mise au point de techniques chirurgicales mini-invasives, l'utilisation de nouveaux protocoles anesthésiques, et de lutte contre la douleur, l'hospitalisation ambulatoire n'est plus réservée aux actes de chirurgie mineurs, mais concerne maintenant une chirurgie plus « lourde ».

Les patients sont demandeurs de cette modalité, qui perturbe moins leur organisation de vie. Il est nécessaire d'intégrer cette attente de la population.

Le mode de financement T2A (tarification à l'activité) incite fortement à accueillir les patients en ambulatoire. En effet, les tarifs de plusieurs séjours sont identiques ou très voisins, que le patient soit accueilli en ambulatoire ou passe une, deux ou trois nuits en hospitalisation.

De plus, la mission d'hôpital universitaire impose de former les jeunes praticiens et professionnels de soins à ce mode d'organisation, présent dans les établissements de santé privés.

Au CHU, la chirurgie ambulatoire est pratiquée sur quatre sites: Purpan haut, hôpital des Enfants, Paule de Viguier (ouverture en mai 2011) et Rangueil (voir tableau ci-dessous). Chaque unité dispose de dix places. Les pôles les plus en pointe pour la chirurgie ambulatoire sont actuellement: le pôle céphalique (ORL, ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale), l'orthopédie, l'hôpital des Enfants. D'autres disciplines sont également dans une dynamique de développement.

Il appartient maintenant au CHU d'optimiser les organisations dans les unités ambulatoires existantes et de prévoir de nouvelles places pour permettre de réaliser le projet ambitieux élaboré avec les équipes.

« Il faudrait considérer, explique le Pr. Elie Serrano, chef du service ORL et de chirurgie cervico-faciale à l'hôpital Larrey, que ce n'est pas la chirurgie qui est ambulatoire, mais le patient, puisque avec l'intervention du médecin traitant, de l'infirmière et des autres professionnels, il peut rentrer chez lui précocement. »

Le Pr. Serrano défend la faisabilité d'un changement grâce à la volonté d'adaptation du praticien. Il existe à ce niveau une différence générationnelle.

7477

hospitalisations en ambulatoire en 2011



Rendez-vous le 26 avril pour un séminaire dédié

Pour contribuer à la mobilisation de tous sur cet objectif institutionnel et créer un espace d'échange, un séminaire interne est organisé le 26 avril pour les professionnels du CHU. Seront invités des intervenants extérieurs venant témoigner d'expériences pilotes de chirurgie ambulatoire.

Activité de Chirurgie Ambulatoire du CHU de Toulouse en 2011 (en nombre d'hospitalisations)

	PEDIATRIE	PURPAN	PAULE DE VIGUIER	RANGUEIL
Patients hospitalisés	Enfants	Adultes et Enfants	Adultes	Adultes
nombre de passages/an	1727	3086	558	2106
Spécialités chirurgicales	Chirurgie viscérale Chirurgie orthopédique IRM/TDM Endoscopie digestive	Ophtalmologie ORL Chirurgie Maxillo Faciale Orthopédie Neuroradiologie Radiologie interventionnelle	Gynécologie Ophtalmologie Urgences Gynécologie	Orthopédie Urologie Vasculaire Urgences Traumatologie Plastique Gynécologie Chirurgie Digestive Radiologie interventionnelle



Pr. Stéphane Oustric

« Un partenariat solide avec les médecins libéraux »

Médecin généraliste, professeur des universités, Stéphane Oustric observe le développement de la chirurgie ambulatoire selon le regard des praticiens libéraux qui sont conduits par la nature même de ce projet à en être des acteurs stratégiques. Il situe cette problématique autour de trois grands thèmes.

Le premier concerne la procédure: «Le médecin traitant, rappelle le Pr. Oustric, engage de par la loi sa responsabilité dans le suivi et la coordination de la prise en charge d'un patient par tous les acteurs de soins. Les procédures à mettre en œuvre doivent donc toutes être connues, comprises et admises des praticiens, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.»

Deuxième point: la prise en charge. Pour le Pr. Oustric, il faut garantir au patient la meilleure qualité possible, lui démontrer que sa santé en sera améliorée.

Ce qui conduit au troisième thème qui est celui de la sécurité du patient. Cela passe par l'intégration de questions pratiques qui peuvent paraître évidentes au premier abord, mais ne doivent pas être négligées. «Si un patient sort à 18h30 le vendredi soir avec une ordonnance que l'on vient de lui prescrire, comment va-t-il faire pour aller à la pharmacie avant la fermeture?» Le Pr. Oustric évoque cet exemple pour montrer combien il est nécessaire d'anticiper, afin d'éliminer tout ce qui pourrait être cause de blocage ou d'incompréhension.

Pour lui «l'organisation interne de l'hôpital doit prendre en compte les éléments de contrainte de l'activité libérale». Et il considère bien sûr qu'en échange les libéraux doivent aussi assurer un retour d'information.

Le Pr. Oustric estime qu'il y a un travail collaboratif à mener à ce sujet avec le CHU. Il serait prêt à imaginer une structure de coordination ville-hôpital sur le thème de la chirurgie ambulatoire.

Les chirurgiens les plus anciens ont moins la culture de l'ambulatoire, concept récent qui rencontre naturellement peu de réticences chez les jeunes.

L'activité ambulatoire modifie sensiblement les habitudes. Elle nécessite une organisation très minutée du parcours de soins, une programmation anticipée très rigoureuse et au préalable un travail d'information du patient.

«Tout cela doit être formalisé, construit, abouti, ajoute le Pr. Serrano. Le patient ne subit plus, il participe à sa propre préparation, à l'intervention et à sa prise en charge.»

Le chirurgien en ambulatoire accomplit les mêmes gestes opératoires, il convient donc d'insister sur le fait que ce qui change, ce sont essentiellement la durée de l'hospitalisation et l'organisation. Cette dernière repose sur la volonté, les compétences des professionnels et les moyens mis à disposition par l'institution.

Le CHU a décidé de placer le projet de chirurgie ambulatoire au cœur de son ambition d'excellence. Des groupes de travail ont été mis en place, sur le parcours du patient, avec la volonté de

modéliser ce parcours, sur les règles de tarification interne afin qu'elles soient le plus justes possibles.

D'ores et déjà, le Dr Servat et le Pr. Serrano ont entrepris de rencontrer les pôles, afin de concrétiser les objectifs de développement. Des rencontres seront également organisées avec les professionnels libéraux.

La chirurgie ambulatoire a aussi une dimension recherche, en lien avec l'université qui délivre des diplômes spécialisés créés depuis peu. La recherche devrait permettre de valider de nouvelles indications chirurgicales dans ce domaine, et d'évaluer les innovations organisationnelles.

L'expansion de l'ambulatoire ne présente pas d'obstacle réel si l'on se fie à l'exemple des pays d'Europe du Nord ou d'Amérique du Nord où cette pratique est très répandue et donne satisfaction.

Avec son œil neuf et sa volonté d'avancer dans son propre service, le Pr. Elie Serrano porte un regard positif sur le projet, affirmant: «J'ai la certitude que la chirurgie ambulatoire présente de réelles possibilités de développement dans notre CHU!» ■



Satisfaction des patients et enjeux organisationnels



L'ambulatoire implique une planification rigoureuse du fonctionnement du bloc

Directeur délégué au pôle anesthésie-réanimation (pôle de rattachement des différentes unités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire du CHU), Sébastien Massip rappelle que l'objectif principal du développement de cette hospitalisation est un enjeu relatif à la qualité et à la sécurité des soins: la grande majorité des patients qui ont déjà bénéficié d'interventions en ambulatoire se déclarent satisfaits de cette prise en charge et soulignent la qualité du service rendu.

Par son implication directe sur l'organisation des soins, la chirurgie ambulatoire répond aux attentes des personnels

en matière d'organisation du temps de travail (12 heures par jour; pas de nuit; pas de week-end) et permet de mieux valoriser le rôle des personnels de consultation.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire a des impacts organisationnels importants pour l'établissement: pour permettre au patient de repartir le jour même de son intervention, l'ambulatoire implique une planification rigoureuse du fonctionnement du bloc (programmation sous forme de vacations dédiées), une réelle optimisation dans l'utilisation des vacations opératoires et

une organisation spécifique: structure dédiée et circuit court entre bloc et unité d'hébergement. L'organisation de la future unité de chirurgie ambulatoire de la clinique Pierre-Paul Riquet repose sur ces principes.

Enfin, l'essor de la chirurgie ambulatoire doit être perçu par les équipes chirurgicales comme une réelle opportunité stratégique, à la fois par l'augmentation de l'activité de chirurgie d'un jour et par une progression de l'activité traditionnelle, rendue possible par la libération des lits d'hospitalisation complète. ■

Paroles de personnes soignées

«La chirurgie ambulatoire c'est le parcours de soins le plus court, on arrive le matin et on ressort le soir. Je ne vois que des avantages. L'emploi du temps n'est pas perturbé...»

«L'organisation est un peu contraignante: on doit arriver tôt et on n'a l'horaire que la veille, on doit être accompagné la nuit quand on vit seul, ce n'est pas facile.»

«L'appel de la veille cela permet de faire un point. C'est un palier précieux qui permet de programmer la journée dans sa tête.»

«Le personnel a été formidable, très prévenant et très à l'écoute.»

«Le chirurgien est passé, il m'a bien expliqué.»

«Je suis sorti du service de chirurgie ambulatoire avec une lettre pour le médecin traitant. C'est important qu'il sache ce que les autres ont fait.»

«Le chirurgien m'a dit que ça allait durer 15 min, je ne comprends pas pourquoi je dois bloquer la journée.»

«Le coût pour moi ça a de l'importance... chacun doit contribuer à diminuer le coût de la santé dans la mesure du possible.»

Table ronde à Purpan : une vision positive de cette nouvelle forme d'organisation

Certaines unités du CHU ont déjà acquis une bonne expérience de la chirurgie ambulatoire. Ce vécu professionnel permet d'asseoir le développement de cette pratique et de l'enrichir par les témoignages, idées et suggestions apportés par des membres du personnel du CHU, médecins, para-médicaux, administratifs...

Trait d'union a recueilli les propos de plusieurs d'entre eux qui œuvrent au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de Purpan, la plus ancienne du CHU. Elle a été créée en septembre 2001. Elle est plus particulièrement orientée vers la chirurgie du pôle céphalique (ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale et ORL), ainsi que la chirurgie orthopédique.

Dr Bernard Coustets, responsable chirurgie ambulatoire du pôle anesthésie-réanimation au plan médical: «L'organisation de la chirurgie ambulatoire est centrée autour du patient. Il bénéficie de la personne responsable (l'accompagnant) qui le suit jusqu'au lieu de résidence post-interventionnel. Pour réussir le virage vers une culture ambulatoire, il faut que tous les acteurs de soins participent, autour d'un circuit le plus court possible. Le patient apprécie ce type d'hospitalisation, parce qu'il est acteur de son parcours de soin et du traitement de sa pathologie.»

Laurence Zamith, cadre de santé, unité de chirurgie ambulatoire de Purpan: «L'équipe para-médicale travaille avec une amplitude horaire de douze heures, du lundi au vendredi. Le travail se fait également en amont avec les services de consultation pour la programmation d'hospitalisation, la sélection des



Une table ronde pour une large expression

patients et la constitution du dossier patient ambulatoire. L'appel de la veille confirmera l'hospitalisation. Un patient qui arrive bien informé participe plus aisément à sa prise en charge...»

Katia Moureu, infirmière, unité de chirurgie ambulatoire de Purpan: «Nous appelons le patient la veille de son hospitalisation vers 15/16 heures quand nous connaissons les horaires du bloc. Nous définissons le moment de l'arrivée soit deux heures avant l'intervention. Nous lui rappelons les règles d'hygiène corporelle (douche, pas de bijoux, pas de maquillage) le fait d'être à jeun (ne pas boire, ni manger...). Nous vérifions si le patient a eu un souci de santé depuis sa dernière consultation avec l'anesthésiste et nous insistons sur le fait qu'il ne doit pas oublier son carnet ambulatoire qui lui permettra d'accéder sans difficulté dans l'enceinte de l'hôpital et de se garer à proximité. Nous nous assurons également que le patient ne sera pas seul le soir lorsqu'il retournera chez lui.»



La surveillance post-opératoire



L'autorisation de sortie doit avoir une double signature dont celle de l'anesthésiste.

Marlène Mikalef, secrétaire agent d'accueil : « Le secrétariat ouvre à 7 heures pour recevoir les premiers patients. Nous vérifions la partie administrative du dossier : Carte Vitale, mutuelle, arrêt de travail... Après avoir obtenu toutes les réponses nécessaires, nous orientons le patient vers la salle d'attente où l'infirmière viendra le chercher et assurera le relais. »

Katia Moureu, infirmière : « Quand nous prenons le patient en charge, nous commençons par l'informer du déroulement de la journée afin de le sécuriser, le détendre, et nous entamons la préparation pré-opératoire : pouls, tension, température... Nous veillons à ce que les horaires de départ au bloc soient respectés. Si la prise en charge du

patient en post-opératoire devient trop tardive (après 17h) ou si complication le patient sera redirigé vers un service d'hébergement. »

Sébastien Massip : « Lorsqu'un patient pris en charge en ambulatoire réside loin, il peut bénéficier d'un hébergement à proximité de l'hôpital, grâce à un accord obtenu par le CHU auprès de l'ARS et de la CPAM. Les établissements d'accueil sont « Le laurier rose » à Purpan et « Le vallon » à Rangueil. Cet hébergement est neutre financièrement pour le patient, car il est payé par l'assurance maladie et la mutuelle. »

Brigitte Cathala, aide-soignante : « Le travail se fait en binôme avec l'infirmière que nous secondons. Nous aidons à la préparation pré-opératoire, à l'accompa-

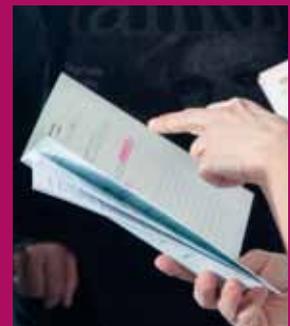
gnement du patient pour le rassurer. Nous participons également à la dynamisation du patient pour lui faciliter sa sortie. »

D^r Françoise Fedacou, anesthésiste, unité de chirurgie ambulatoire de Purpan : « Le médecin accomplit une visite pré-opératoire à partir de 7 heures du matin. Elle a pour but de faire le point et de prévoir le cas échéant une annulation. Par exemple, en pédiatrie, si un enfant est enrhumé, nous pouvons récuser et reporter l'opération. Pour un adulte, la décision est prise avec le médecin référent. Le soir, l'autorisation de sortie doit avoir une double signature : celle du chirurgien et celle de l'anesthésiste, avec en plus l'avis du médecin référent si un problème est constaté. » ■

Le carnet de soins

L'ambulatoire fait l'objet d'une préparation et d'un suivi particulièrement méticuleux. Tout ce qui est à faire ou à ne pas faire est consigné dans un carnet de soins dédié.

Ce document relate les formalités administratives, les recommandations à observer durant les jours qui précèdent l'intervention, les gestes à accomplir la veille de l'opération, le jour-même et lors du retour à domicile. Le déroulement du séjour est également détaillé. Il est présenté aussi dans le carnet les consignes particulières à observer pour les enfants, par exemple : apporter ses biberons préparés et les couches ; venir avec son jouet préféré ou son nounours ; rester (le père ou la mère) le plus près possible de lui ; respecter les règles de jeûne prescrites par le médecin anesthésiste...



Épaule : un exemple réussi de chirurgie ambulatoire



Le Dr Nicolas Bonneville lors d'une chirurgie de l'épaule.

La chirurgie de l'épaule a beaucoup évolué. Auparavant, il fallait avoir recours à des incisions cutanées larges et les abords chirurgicaux étaient importants. La chirurgie mini-invasive permet aujourd'hui de réaliser des petites incisions, le geste opératoire étant réalisé grâce au contrôle vidéo.

La mise au point de cette nouvelle technique a été longue. Elle est maintenant parfaitement maîtrisée, ce qui permet d'opérer en ambulatoire, comme le démontre le Dr Nicolas Bonneville, chirurgien orthopédiste à Purpan.

«Il est possible désormais, dit-il, d'opérer à 11 h et de faire sortir le patient à 17 h. celui-ci ne reste que quelques heures à l'hôpital, avant de regagner son domicile. Une année a été nécessaire pour initier cette procédure et la mettre au point avec l'équipe d'anesthésie. Le problème est, en effet, la gêne et la douleur post-opératoire. Le patient doit rentrer chez lui et la douleur doit être maîtrisée. La chirurgie mini-invasive réduit les risques liés au pansement. L'anesthésie se prolonge durant les 48 heures qui suivent l'intervention, ce qui évite la douleur pendant la période délicate.»

Ayant découvert cette technique opératoire au CHU de Nice où il exerçait

sa mobilité, le Dr Nicolas Bonneville a commencé fin 2011 à la mettre en œuvre à Toulouse, avec une intervention de ce type par semaine dans un premier temps. Ce rythme est cependant appelé à croître rapidement. En fonction des souhaits des patients : «Si les personnes âgées, précise le Dr Bonneville, expriment davantage d'inquiétude et souhaitent parfois rester plus longtemps à l'hôpital, les jeunes eux accueillent avec soulagement la brièveté de l'hospitalisation.»

Anesthésiste en chirurgie orthopédique, le Dr Marie Dao apporte des précisions sur ce qui contribue à réussir le passage à l'ambulatoire.

«La grande nouveauté, remarque-t-elle, réside dans l'utilisation de produits actifs sur une plus longue durée et le recours à l'arthroscopie qui est beaucoup moins douloureuse. Cela permet d'effectuer une anesthésie régionale, tout en garantissant une prise en charge satisfaisante de la douleur. La réduction du temps d'intervention peut amener à supprimer l'anesthésie générale.»

L'expérience réussie menée au niveau de la chirurgie de l'épaule devrait favoriser le développement de l'ambulatoire dans d'autres spécialités. ■

« L'appel de la veille et du lendemain »



La préparation de l'hospitalisation en ambulatoire comprend un moment clé qui se situe la veille de l'intervention. Il s'agit de l'appel téléphonique passé par l'infirmière au patient. Cela représente une quinzaine de contacts téléphoniques quotidiens. Ils prennent au total deux heures, leur durée pouvant varier de trois à trente minutes. Cette démarche d'appel de la veille, validée par le Dr Coustets, fait l'objet d'une procédure très précise.

Elle débute par un rappel des dates et heures d'intervention, puis une vérification de divers points médicaux et matériels et enfin la communication d'une liste de recommandations pratiques relatives à l'ambulatoire.

En voici un extrait :

- être à jeun à partir de minuit
- prendre la douche + shampoing la veille et le jour de l'intervention avec le savon antiseptique prescrit
- pas de maquillage, pas de vernis, pas de bijoux
- être accompagné le matin et le soir, de deux personnes pour un enfant
- vérification chez les enfants de l'hygiène de la chevelure pour les parasites
- prévoir l'ambulance la veille si nécessaire pour le transport
- prévoir le siège bébé
- ne prévoir aucun rendez-vous pour le patient ou sa famille le jour de l'intervention

Il peut être complété en fonction des besoins par un appel téléphonique du lendemain qui vient sécuriser le parcours patient au-delà de l'hospitalisation, permettant ainsi une amélioration simple et concrète de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire.



MFA MGTS MIF-PA MPST



nos mutuelles s'unissent et forment

 **mutami**



**vosre nouvelle mutuelle
SANTÉ - PRÉVOYANCE**

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

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

Poste n° 05 61 32 20 26
Jean-Pierre Antoine 06 24 40 36 52
Responsable Commercial Entreprises et Collectivités

0 810 13 11 11 www.mutami.fr



 **messages**
IMPRIMERIE

Votre imprimeur qualité

Impression offset - Impression numérique - Informatique - Façonnage - Routage - CD/DVD
111, rue Nicolas Vauquelin - 31 100 Toulouse - Tél. : 05 61 41 24 14 - Fax : 05 61 19 00 43
Email : imprimerie@messages.fr - www.messages.fr



CERTIFICATS
equiLIBRE

 **IMPRIM'VERT®**

 **PEFC**

 **afaq**
ISO 14001
Environnement
AFNOR CERTIFICATION

 **afaq**
ISO 9001
Qualité
AFNOR CERTIFICATION

De haut en bas

Purpan grandit en descendant. La reconstruction et la restructuration de l'hôpital se font de part et d'autre de la nouvelle ligne de tramway. Avec un bâtiment d'envergure qui ouvrira l'an prochain : la Clinique Pierre-Paul Riquet.



○ L'opération Urgences Réanimation Médecines

○ L'opération Pierre-Paul Riquet

Du neuf en questions :

Connaissez-vous la Clinique Pierre-Paul Riquet ?

1. Qui était Pierre-Paul Riquet ?

- a. Un fermier général
- b. Un maître pastellier du Lauragais
- c. Un capitoul
- d. Un archevêque de Toulouse

2. Quelle est l'œuvre essentielle de Pierre-Paul Riquet ?

- a. La construction du Capitole
- b. La construction d'une clinique
- c. Le percement du Canal de Suez
- d. La réalisation du Canal du Midi

3. Quels sont les trois pôles qui prendront place dans la Clinique Pierre-Paul Riquet ?

- a. Institut Locomoteur
- b. Céphalique
- c. Urgences
- d. Digestif
- e. Spécialités médicales
- f. Neurosciences

4. Quelle est la capacité en lits de la Clinique Pierre-Paul Riquet ?

- a. 300
- b. 600
- c. 800
- d. 900

5. Quels sont les architectes lauréats pour la conception de la Clinique Pierre-Paul Riquet ?

- a. Atelier Jean Nouvel
- b. Aymeric Zublena et SCAU architectes
- c. Norman Foster + Partners
- d. Santiago Calatrava

6. Quelle est la superficie de la Clinique Pierre-Paul Riquet ?

- a. 70.000 m²
- b. 75.000 m²
- c. 85.000 m²
- d. 95.000 m²



En chiffres

Celui qui aurait quitté Toulouse au milieu des années quatre-vingt dix et reviendrait vingt ans après à Purpan pourrait avoir la sensation de s'être trompé de quartier et d'hôpital. Débarquant du tramway, il se retrouverait au cœur d'une véritable ville nouvelle dont l'architecture et la fonctionnalité le désorienteraient totalement par rapport au passé.

Ce n'est pas du «CHU fiction», mais une réalité qui devient de plus en plus visible et qui transforme un site devenu vétuste et mal commode en un établissement ultra-moderne, pratique et accessible.

Avec «Purpan Bas» qui prend le relais de «Purpan Haut», l'hôpital de demain, c'est déjà aujourd'hui. Après l'ouverture de l'hôpital des Enfants en 1998, de Paule de Viguier en 2003, c'est maintenant la Clinique Pierre-Paul Riquet, du nom du fermier général concepteur du Canal du Midi, qui est sortie de terre, précédant le nouveau bâtiment de psychiatrie et celui des urgences, de la réanimation et des médecines (URM) qui sera relié directement à sa grande voisine «PPR». La rénovation et la restructuration de Purpan s'inscrivent dans un programme ambitieux d'investissement du CHU.



Volume de terrassement:

250 000 m³
de terre excavée



Volume de béton:

45 000 m³
(la moitié du viaduc de Millau)

Débit d'air traité
par 76 centrales:

720 000 m³/h



Puissance
du chauffage:

10 MW



Puissance
du froid:

6,7 MW

7 000 portes de locaux

Poids d'armatures:

3 500 tonnes
(la moitié de la Tour Eiffel)

Linéaire de gaines:

46 000 mètres
(140 fois la hauteur de la Tour Eiffel)



Montant de l'investissement:

300 M€

pour le bâtiment,

45 M€

pour les équipements



7. Où sera située l'entrée principale de la Clinique Pierre-Paul Riquet ?

- a. Avenue Guy Espagno
- b. Place du D^r Baylac
- c. Avenue de Casselardit
- d. Avenue Jean Dausset

8. La Clinique Pierre-Paul Riquet sera reliée directement à un autre bâtiment : lequel ?

- a. Hôpital des Enfants
- b. Institut Fédératif de Biologie
- c. URM
- d. Hôpital Paule de Viguier

9. Quel est le nombre de centrales de traitement d'air de la Clinique Pierre-Paul Riquet ?

- a. 56
- b. 66
- c. 76
- d. 86

10. La Clinique Pierre-Paul Riquet abritera un centre d'enseignement et de congrès : quelle sera sa capacité d'accueil ?

- a. 345 places
- b. 435 places
- c. 534 places
- d. 543 places

11. Que signifie le sigle URM ?

- a. Urgences-Réanimation-Médecines
- b. Urologie-Reproduction-Maternité
- c. Urticaire-Rougeole-Migraine
- d. Urgence-Radiologie-Médecine

Réponses en rubrique
Communauté Hospitalière [Page 31]



L'accès principal à l'hôpital devient la station de tramway de la ligne T1 (Arènes/Aéroconstellation), au cœur de « Purpan Bas ». L'entrée de la Clinique Pierre-Paul Riquet se fera par l'avenue Jean Dausset.

Le calendrier

Lauréat du concours sur esquisse :

- décembre 2005

Permis de construire :

- juin 2006

Chantiers préparatoires et déviations de réseaux, bâtiment et tramway :

- 2007/2008

Démarrage du chantier de construction :

- mars 2008

Mise en service du tramway :

- décembre 2010

Fin de l'aménagement de « PPR » :

- hiver 2012/2013

Ouverture :

- courant 2013

Celui-ci est centré autour de plusieurs objectifs :

- réaliser un projet médical construit à partir des complémentarités entre Purpan et Rangueil ;
- proposer une offre de soins moderne, intégrant qualité et sécurité pour les personnes soignées et les personnels ;
- renforcer les axes de recherche et d'innovation par la présence sur les sites des équipes de recherche et de soins.

La Clinique Pierre-Paul Riquet dont le gros œuvre est achevé a été conçue par les architectes Aymeric Zublena, Cardette, Huet et SCAU. Elle ouvrira en

2013. Elle représente l'un des plus importants chantiers hospitaliers de France. Ce vaste ensemble d'une superficie de 85 000 m² et de près de 600 lits et places abritera les activités de soins des pôles cliniques suivants :

- ILM (Institut Locomoteur) avec rhumatologie, orthopédie et traumatologie, d'une capacité d'accueil de 226 lits ;
 - céphalique, avec ORL, ophtalmologie et chirurgie maxillo-faciale, d'une capacité de 89 lits ;
 - neurosciences avec neurologie et neurologie pour une capacité de 239 lits.
- Il y aura également dans le bâtiment un plateau technique à la pointe de la modernité avec :

- un plateau mutualisé d'anesthésie (57 lits de soins critiques pour l'ensemble des trois pôles) et une unité de chirurgie ambulatoire de 28 places ;
- 26 salles d'opération ;
- 52 places de surveillance post-interventionnelle (ou salle de réveil) ;
- un vaste plateau d'imagerie avec 3 IRM, 3 scanners et 2 gamma caméras.

Une des particularités de ce bâtiment sera de permettre aussi des activités d'enseignement et de recherche. Il abritera un centre d'enseignement et de congrès de 345 places, ainsi que des salles de cours destinées à la formation des médecins, en lien avec l'Université Paul Sabatier. ■

Certification par la HAS : à six mois de la visite, les démarches qualité avancent à un rythme soutenu



Généralisation des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Le recensement des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisé, depuis le mois de novembre 2011, par la direction de la qualité et de la sécurité des pratiques démontre la grande richesse et la diversité des actions mises en œuvre par les secteurs cliniques et médico-techniques. Les démarches obligatoires pour certaines spécialités, telles que les revues de morbi-mortalité (RMM) pour la chirurgie, la cancérologie, et l'anesthésie-réanimation et les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour toutes les activités de cancérologie, les équipes soignantes, médicales et médico-techniques ont été mises en œuvre. Les autres outils de l'EPP (notamment chemins cliniques, indicateurs, RCP hors cancérologie, analyse de pertinence, staff-EPP, simulation) ont été déclinés dans les différents services et leurs professionnels les ont intégrés dans leur pratique de manière à optimiser la prise en charge des patients.

Sous la présidence du Pr. Alain Grand, le Comité Technique «Évaluation et d'Amélioration de la Qualité et des Pratiques Professionnelles» (COTEPP) coordonne la politique de déploiement de ces démarches, la formation des professionnels et l'assistance méthodologique éventuellement nécessaire. Une application informatique sera disponible dès les prochains mois pour faciliter le suivi des démarches par les équipes elles-mêmes. Tous ces programmes seront valorisés dans le cadre de la visite de certification de l'établissement en septembre 2012. ■

Bientôt un outil moderne de signalement des événements indésirables en vue de leur exploitation

Dans tout établissement de santé, la politique de sécurité se décline classiquement en deux domaines complémentaires.

Le premier concerne la gestion des risques *a priori*: il comporte notamment la réalisation progressive d'une cartogra-

phie des risques, la prise en compte des exigences réglementaires, et l'identification des risques perçus par les professionnels. Des actions de prévention sont engagées en conséquence.

Le second (gestion des risques *a posteriori*) repose sur le signalement, l'analyse et l'exploitation des événements indésirables (au-delà de leurs nécessaires atténuation et récupération). Un nouveau logiciel permettant de gérer dans le détail les circuits de signalement sera déployé avant l'été 2012. Parallèlement, le CHU de Toulouse participe à l'expérimentation nationale d'un questionnaire sur la culture de sécurité : engagement du management, confiance des professionnels, protection des signalants, exploitation des erreurs à des fins de prévention plutôt que stigmatisation des fautes...

Le comité technique «Évaluation des Risques et suivi des événements indésirables» (CERISE) coprésidé par les docteurs Jean Petit et Dominique Thiveaud coordonne ces démarches et veille au bon fonctionnement des activités des vigilances sanitaires réglementées. ■



Les indicateurs généralisés IPAQSS : une irrésistible montée en charge, et des résultats encore perfectibles

Les exigences nationales en matière de recueil et de suivi des indicateurs dits généralisés tendent à s'accroître. Ainsi, en 2012 pour la prise en charge en médecine, chirurgie et obstétrique, quatre nouveaux indicateurs généralisés élargissent les domaines évalués :

- prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde, intégrant des indicateurs de la phase aiguë et ceux à la sortie recueillis depuis 2008 ;
- qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ;
- prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral ;
- prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum.

Enfin, dans le cadre du programme « CLARTE », les premiers recueils d'indicateurs basés sur les données du PMSI ont été partiellement restitués aux établissements participant. Le recueil des indicateurs sur les ressources humaines (qualité de vie au travail, turn-over, absentéisme) est en voie d'achèvement.

Les résultats du programme « indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins » (IPAQSS) publiés en 2012 (dossiers du 1^{er} semestre 2011)

montrent (Tableau) une évolution limitée entre 2010 et 2011. Plusieurs indicateurs font l'objet d'une amélioration, mais n'atteignent pas le seuil exigé de 80%. Ces résultats ont un impact sur les résultats de la procédure de certification par la HAS. (voir tableau)

Compte tenu de la montée en charge des indicateurs généralisés et de leurs enjeux croissants, un comité technique

Indicateur a été installé. Co-présidé par le Pr. Laurent Molinier et Marie-Christine Chassaingne, il a pour mission : de coordonner l'organisation du recueil des données, de vérifier la cohérence des résultats, d'identifier les plans d'amélioration prioritaires en vue de l'atteinte des objectifs nationaux, et notamment de définir les orientations de la politique à déployer dans les pôles et leurs secteurs d'activité pour mobiliser les équipes. ■



INDICATEUR IPAQSS	MCO		SSR	
	2010	2011	2010	2011
Tenue du dossier patient	72%	74%	70%	80%
Délai envoi courrier en hospitalisation	55%	64%	97%	96%
Traçabilité évaluation de la douleur	64%	78%	46%	65%
Dépistage troubles nutritionnels niveau 1 (évaluation du poids)	74%	84%	53%	66%
Dépistage troubles nutritionnels niveau 2 (poids et IMC ou poids et évolution du poids)	51%	60%	49%	45%
Dépistage troubles nutritionnels niveau 3 (poids, IMC et évolution du poids)	18%	36%	33%	25%
Escarre	-	16%	29%	48%



La gestion informatisée des protocoles cliniques sur les rails

Le CHU s'est doté depuis plus de deux ans d'un logiciel de gestion documentaire (Filenet). Parmi ses fonctions, cet outil permet de mettre à la disposition des professionnels, sous forme numérique, des documents qualité de référence dans un espace dédié unique. Cet espace qualité est structuré selon un plan de classement qui distingue les documents de portée générale dits institutionnels, de ceux concernant plus spécifiquement les pôles et services.

Une nouvelle catégorie de documents, les « protocoles cliniques », vont ainsi pouvoir intégrer les documents qualité de référence du CHU à côté des procédures, modes opératoires, manuels qualité, chartes, guides de bonnes pratiques.

Documents de référence, les « protocoles cliniques » doivent respecter les règles de gestion documentaire, tant sur le contenu que sur la forme. Des modèles types ont été créés. Des phases successives de vérification et approbation sont nécessaires avant la publication. Ultérieurement, l'outil peut garantir le cycle de vie des documents et notamment conserver les versions successives.

Si l'accès au logiciel Filenet en tant que contributeur nécessite un identifiant et un mot de passe, la consultation des données est libre d'accès à travers le portail intranet des Hôpitaux de Toulouse (Rubrique

Base Documentaire de Référence/ Espace Qualité/Module de recherche). L'atteinte des documents est simplifiée par la possibilité d'une recherche plein texte performante.

Il est dès à présent possible d'alimenter la base documentaire qualité de référence du CHU avec des protocoles cliniques ou d'autres documents qualité. Il convient de prendre contact avec la direction de la qualité et de la sécurité des pratiques qui assurera l'accompagnement nécessaire avec l'appui de la direction du système d'information et d'organisation. ■

CHIFFRES CLEFS Espace documentaire Qualité

À ce jour 201 documents sont disponibles dans la base dont :

- Les 99 procédures et modes opératoires du CLIN
- Les 17 procédures d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle
- Les 11 procédures et modes opératoires de la matériovigilance

A venir prochainement :

- Les procédures et modes opératoires de la Direction des soins
- Les protocoles cliniques du pôle Médecine d'Urgences...

Vers la visite de certification : quelques repères

Début janvier 2012 :

- fin de la contribution des pôles aux travaux d'autoévaluation

Janvier et février 2012 :

- synthèses et rédaction finale des constats de l'autoévaluation (comités et groupes de travail, direction de la qualité et de la sécurité des pratiques)
- formation des référents qualité des pôles : principes de la visite de certification

Mars 2012 :

- validation des cotations et propositions d'amélioration par le Comité de Pilotage Qualité & Certification
- formation des référents qualité des pôles : évaluation des pratiques professionnelles

Début avril 2012 :

- Envoi de l'autoévaluation à la Haute Autorité de Santé

Avril à juin 2012 :

- Rédaction du « Programme d'amélioration de la Qualité et de la Sécurité » 2012
- Journées de visites « à blanc » dans les pôles cliniques et médico-techniques
- Formation des référents qualité des pôles : gestion des risques
- Constitution de la base des documents de preuve à l'appui de l'autoévaluation
- Déploiement des logiciels sur les événements indésirables et les EPP

Juillet à août 2012

- Finalisation du plan de visite par le coordonateur des experts visiteurs
- Transmission par la HAS des critères cotés A et B soumis à évaluation

Première quinzaine de septembre 2012

- Intensification de la mobilisation
- Affichage des éléments de communication sur les démarches d'EPP

Deuxième quinzaine de septembre

- 2012 (dates encore à préciser)
- Visite



VOUS PROPOSE
DES OFFRES SPÉCIALES C.E
TOUTE L'ANNÉE

en **ÉLECTROMÉNAGER • IMAGE
SON • MULTIMÉDIA**

18 rue Jean Perrin - 31100 Toulouse

Tél. : 05.61.76.53.30 - toulouse@pixhall.eu

LES
AVANTAGES
PIX'HALL

PRIX

STOCK

SAV

LIVRAISON

GARANTIE DE
2 À 5 ANS*

FACILITÉS DE
PAIEMENT**

* Voir conditions en magasin.

** Voir conditions en magasin, sous réserve d'acceptation
du dossier.

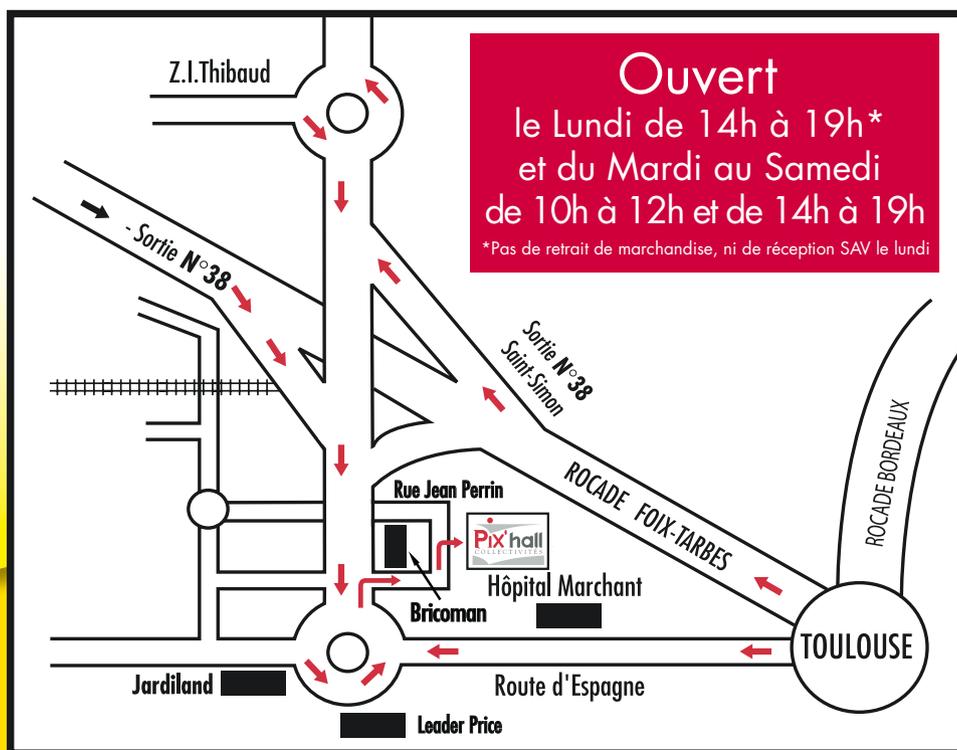


OUVERTURE
DE VOTRE NOUVEAU MAGASIN
LE 28 MARS

**AVEC DES PRIX
FRACASSÉS**

Un site à votre disposition **www.pixhall.fr**

**Facilités de paiement
et prix C.E uniquement en magasin**



Fête des personnels : l'album souvenir

Vous avez aimé la fête des personnels et vous avez été nombreux à le dire.

Morceaux choisis.

«Félicitations pour ce magnifique concert! Merci à M. Romatet pour son message très positif envers les personnels.»

«Je vous adresse ce message pour vous dire combien le spectacle a été apprécié par le personnel du pôle gériatrie. Nous vous remercions infiniment et espérons que cette expérience se renouvellera.»

«C'était vraiment une belle après-midi. Le programme était bien équilibré dans une belle sélection de morceaux choisis... le public enthousiaste! On en sort nourri.»

«Je tiens à vous remercier d'avoir organisé la Fête du personnel qui nous a réunis à la Halle aux Grains. Votre travail, avec votre équipe, a été une vraie réussite.»

«Merci pour le concert, c'était formidable. Outre la musique classique que j'apprécie beaucoup, j'ai découvert Vicente Pradal que je ne connaissais pas. J'espère que cette initiative se renouvellera dans le futur...»

«Merci! Merci au CHU pour cette après-midi de bonheur! Ce fut riche en émotion, j'ai passé la majeure partie du spectacle les larmes aux yeux... Je me suis régalée. Les thèmes abordés étaient très forts, émouvants, le choix très judicieux, abordable... Que du bonheur!»

«Plus qu'un concert, je l'ai ressenti comme un moment privilégié, un instant d'échange, le respect de ma mission professionnelle... Mener un tel projet de qualité à terme a dû en demander des volontés, de l'énergie. C'est pourquoi, je suis heureuse de pouvoir à mon tour dire merci à tous ceux qui y ont pris part, à quelque niveau que ce soit, des plus importants aux plus modestes... Merci d'avoir su nous remercier d'une façon autre que marchande ou matérielle; comme ce que nous essayons de faire pour nos patients, qui n'est pas mesurable, cette manière de nous remercier s'adressait à la meilleure part de nous-même, touchant nos émotions les plus nobles, nous élevant en quelque sorte...»

Merci de nous avoir permis de nous retrouver (presque tous) ensemble dans ce magnifique décor de la Halle aux Grains et d'y rencontrer d'anciens collègues!

Merci de la fierté ressentie à l'idée d'appartenir à cette grande famille et de la partager avec nos proches.

Le choix du programme m'a paru parfaitement équilibré, s'adressant aux plus avertis comme à un plus large public. Que de talent et de virtuosité; tous ces musiciens, amateurs d'art de culture et de beauté, sont admirables et nous ont fait vibrer grâce à ce qu'ils ont donné.

Enfin, pour nous toulousains, si proches de l'Espagne (Nougaro dit cela si bien) merci à M. Vicente PRADAL d'être venu!

Et tout est dit! Merci. »



Soignants et techniciens

L'équipe d'infirmiers perfusionnistes de bloc opératoire détient un savoir-faire qu'il convient de perpétuer.



Il est des métiers qui peuvent être d'une grande importance stratégique et technique et qui pourtant n'ont pas d'existence légale. C'est le cas des infirmiers perfusionnistes de bloc opératoire dont la spécialité n'est pas reconnue officiellement.

Au CHU de Toulouse, plusieurs de ces spécialistes vont bientôt partir à la retraite et il ne peut y avoir de vide en la matière. C'est pourquoi un accompagnement a été conduit en 2011 sous l'égide de la direction de la formation et de l'accompagnement des projets structurants, dans le cadre de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

La première cartographie a permis de mettre en évidence un risque démographique pour le métier d'infirmier de bloc opératoire, pour lequel on constate un vieillissement important. Il est apparu un seuil critique où se poserait la question du maintien de l'activité dans des conditions normales. Il concerne les perfusionnistes dont l'effectif est peu conséquent et la compétence nécessite d'être sécurisée. Il existe un risque réel de perte de savoir-faire.



À partir de ce constat, un groupe de travail a été constitué pour élaborer des échelles de savoir-faire, véritable outil de gestion des compétences mis en œuvre dès 2011.

Une reconnaissance et une mise en valeur

Les perfusionnistes ont pleinement adhéré à cette démarche dans laquelle ils ont vu à la fois une reconnaissance et une mise en valeur de leur métier. Le groupe de travail a fonctionné avec l'appui de l'encadrement de pôle et de Corinne Roux, cadre Ibo. Il a réuni notamment les cinq perfusionnistes spécialisés de chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique de Ranguell et leurs deux collègues qui sont pour une part infirmière anesthésiste et pour l'autre perfusionniste ⁽¹⁾.

Ils témoignent aujourd'hui de l'intérêt de cette initiative en soulignant l'importance de leur tâche. Ils interviennent, en effet, dans les phases les plus délicates d'une intervention: le perfusionniste va, grâce à la mise en place de la circulation extracorporelle (CEC) par le chirurgien cardiaque, assurer la suppléance des fonctions respiratoire et hémodynamique du patient durant l'intervention chirurgicale. La CEC permet la dérivation sanguine du patient vers un oxygénateur où le sang sera décarboxylé, oxygéné puis réinjecté, permettant d'assurer les besoins et la préservation des fonctions physiologiques de l'opéré.



Trois minutes pour agir

Bien que non reconnue, ce métier de perfusionniste existe depuis plus de cinquante ans. Il est né avec les premières opérations cardiaques. Les infirmiers qui s'engagent dans cette voie ont une longue expérience de bloc opératoire. Leur formation est complétée par un diplôme universitaire (à Bordeaux ou à Paris). Ils participent également à des sessions régulières de formation continue.

«Le choix de se diriger vers cette spécialité, disent les perfusionnistes, repose sur un solide volontariat, car il y a beaucoup de responsabilité et il faut une grande disponibilité, du fait des astreintes de nuit ou de week-end.»

En outre, le perfusionniste est à la fois soignant et technicien, car il doit assurer non seulement l'hémostase et les fonctions cardiaques au décours de la chirurgie ou dans le cadre des assistances, mais aussi parfaitement maîtriser la gestion informatique du matériel utilisé quotidiennement. En cas de panne, il a trois minutes pour identifier le problème, trouver la solution et la mettre en œuvre!

Ce qui fait la force de l'équipe chirurgicale et sa réussite, c'est qu'une relation de confiance est tissée entre tous: chirurgiens, anesthésistes, infirmiers. Les perfusionnistes tiennent à le souligner. ■

1 L'équipe de perfusionnistes est composée de: Ghyslain Faur, Geneviève Grimal, Pascal Héron, Any Pierrot, Michel Rivière, Catherine Lamblin et Sophie Mazet.

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



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.

Clinique Pierre-Paul Riquet: les bonnes réponses

1a ; 2d ; 3a, b et f ; 4. b ; 5. b ; 6. c ; 7. d ; 8. c ; 9. c ; 10. a ; 11a

Handicap et travail au CHU : témoignages

L'engagement du CHU en matière de handicap s'est traduit, depuis la signature d'une convention avec le FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique) fin 2009, par un accompagnement des personnels handicapés qui l'ont souhaité.

Une procédure a été mise en place notamment pour le recrutement d'une personne handicapée afin de réussir son intégration dans un collectif de travail. Elle comprend un entretien d'embauche avec un cadre recruteur qui, lorsque celui-ci est favorable, est suivi d'un examen psychologique auprès de la psychologue du travail, d'une visite médicale auprès d'un médecin du travail et d'un entretien de synthèse auprès de la chargée de mission dédié au maintien dans l'emploi, qui fait le lien avec l'ensemble des acteurs intervenus sur le recrutement. Cette procédure permet des aménagements de poste si nécessaire.

Les aides financées par le FIPHFP ont porté essentiellement sur des formations, une prestation de transport domicile/travail, des achats de matériels adaptés : fauteuils ergonomiques, souris informatiques, prothèses auditives, écrans avec agrandissement de caractères, repose poignets et pieds, appareil de tractage de matériels lourds... Certains services ont bénéficié d'un financement comme en témoignent, ci-dessous, une aide-soignante affectée dans un secrétariat médical de gériatrie et son cadre.



Témoignage de Gisèle VEDRENNE, 50 ans, aide-soignante, affectée au secrétariat médical de gériatrie, pôle 21

Je suis malentendante depuis 1998. Je souffre d'acouphènes, d'hyperacousie, de vertiges dans le cadre de la maladie de Menière.

Arrivée au CHU de Toulouse en 1983, j'occupais la fonction d'aide-soignante en réanimation quand mes difficultés de compréhension, de communication avec les patients et l'équipe pluridisciplinaire sont apparues.

Bien qu'ayant obtenu un poste aménagé en Hémato, puis aux archives, mes problèmes ont continué de s'aggraver. Les postes n'étaient pas adaptés à mes difficultés.

Après une très longue réflexion avec la médecine du travail, j'ai enfin accepté de me faire reconnaître travailleur handicapé. J'ai décidé de porter un appareillage auditif bilatéral.

J'ai été accompagnée dans ma démarche par les personnes ressources Handicap, qui m'ont rassurée, encouragée et persuadée au fil du temps, de procéder à une reconversion professionnelle.

J'assure maintenant depuis 5 ans les fonctions d'aide secrétaire sur Purpan et Casselardit grâce à de nombreuses formations internes.

J'ai obtenu un téléphone conforme à mes besoins et je suis avec une adorable collègue dans un bureau où je ne suis pas agressée par le bruit.

Je suis épanouie dans mon travail, il est adapté à mes difficultés.

Je souhaite que les personnels, agents ou cadres, changent le regard sur le handicap et facilitent le maintien dans l'emploi de personnes en difficulté.

Témoignage de Josiane PUCHAES, 57 ans, coordinatrice de secrétariats médicaux sur Purpan, pôle prestataires spécialisés

Gisèle travaille dans mon équipe. J'ai préparé son arrivée dans le service et je pense que, si cela est nécessaire pour un agent lambda, cette préparation l'est encore plus pour un agent reconnu travailleur handicapé.

J'ai donc rédigé un profil de poste :

- correspondant aux attentes de l'équipe ;
- compatible avec le handicap de l'agent.

J'ai annoncé à l'équipe ce que Gisèle pouvait leur apporter :

- aide à la gestion du dossier médical ;
- traçabilité du dossier médical dans le cadre de la certification ;
- dynamisme nouveau dans une équipe qui fonctionnait ensemble depuis plusieurs années.

Je n'ai eu aucune difficulté à intégrer Gisèle : sa personnalité, l'acquisition rapide de compétences sur le poste, sa bonne volonté, ont été des éléments facilitant.

C'est vrai que des aménagements de poste ont été nécessaires pour améliorer ses conditions de travail. J'ai fait installer une porte capitonnée pour diminuer le bruit et acheté un téléphone adapté. L'expérience a montré que contrairement à cette idée reçue, les travailleurs handicapés ne posent pas de problème particulier, dès lors que leur profil de poste est adapté à leur handicap. Ils n'ont pas d'absentéisme supérieur à leur collègue, je dirai même le contraire. Je pense que la démarche engagée aujourd'hui par le CHU en faveur des travailleurs handicapés est une démarche positive. Elle doit le rester en favorisant d'une part le recrutement de travailleurs handicapés et en laissant le choix du recrutement aux cadres, afin que le travailleur handicapé :

- corresponde bien au profil attendu
- soit bien intégré dans l'équipe
- ne se trouve pas en difficulté sur un poste non adapté à son handicap. ■

Par ces témoignages, l'équipe chargée du handicap espère accompagner de plus en plus d'agents qui se seront fait connaître en tant que travailleur handicapé, afin de faciliter leur vie au travail. **Contact: Pascale BARDOU – Réfèrent handicap – poste 78698.**

Actualités sociales

Minimum de traitement de la Fonction Publique

Le salaire minimum de croissance a été revalorisé de 2,1% en décembre 2011 et de 0,3% au 1^{er} janvier 2012. Son montant est de 9,22 € bruts l'heure, soit un traitement mensuel brut de 1398,37 €.

Cette revalorisation a entraîné la modification du minimum de traitement de la Fonction Publique dont l'indice majoré plancher est désormais fixé à 302. Il est également attribué des points d'indice majoré différenciés de l'indice brut 213 à l'indice brut 320. *(Décret du 11 janvier 2012)*

Accès aux grilles indiciaires sur l'intranet, rubrique «DRH et vie professionnelle > Carrière-Statut-Métiers > Les grilles indiciaires».

Relèvement des bornes d'âge de la retraite des fonctionnaires

Dans la fonction publique, les différents âges d'ouverture du droit sont progressivement relevés de deux ans, par palier de **quatre mois**, pour les fonctionnaires atteignant avant le 1^{er} janvier 2012 l'âge d'ouverture du droit applicable antérieurement à la loi, et à raison de **cinq mois** par génération pour les fonctionnaires atteignant l'âge d'ouverture du droit entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014.

Âge légal de départ à la retraite

L'âge légal de départ à la retraite (catégorie sédentaire) est fixé à :

- **60 ans et 4 mois** pour les fonctionnaires nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951 (sans changement),
- **60 ans et 9 mois** pour les fonctionnaires nés en 1952 (au lieu de 60 ans et 8 mois),
- **61 ans et 2 mois** pour les fonctionnaires nés en 1953 (au lieu de 61 ans),
- **61 ans et 7 mois** pour les fonctionnaires nés en 1954 (au lieu de 61 ans et 4 mois),
- **62 ans** pour les fonctionnaires nés à compter de 1955 (au lieu de 61 ans et 8 mois).

Pour la catégorie active cet âge est fixé à :

- **55 ans et 4 mois** pour les fonctionnaires nés entre le 1^{er} juillet 1956 et le 31 décembre 1956 (sans changement),

- **55 ans et 9 mois** pour les fonctionnaires nés en 1957 (au lieu de 55 ans et 8 mois),
- **56 ans et 2 mois** pour les fonctionnaires nés en 1958 (au lieu de 56 ans),
- **56 ans et 7 mois** pour les fonctionnaires nés en 1959 (au lieu de 56 ans et 4 mois),
- **57 ans** pour les fonctionnaires nés à compter de 1960 (au lieu de 56 ans et 8 mois).

Les dispositifs de **retraite anticipée** liés à la carrière longue ou au handicap ne sont pas affectés par cette mesure.

Annulation de la décote

L'âge d'annulation de la décote suit l'âge d'ouverture des droits. Bénéficieraient ainsi du **taux plein**, les fonctionnaires qui atteignent l'**âge légal majoré de cinq ans (limite d'âge)**, soit pour la catégorie sédentaire :

- **65 ans et 4 mois** pour les fonctionnaires nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951
- **65 ans et 9 mois** pour les fonctionnaires nés en 1952
- **66 ans et 2 mois** pour les fonctionnaires nés en 1953
- **66 ans et 7 mois** pour les fonctionnaires nés en 1954
- **67 ans** pour les fonctionnaires nés à compter de 1955

Pour la catégorie active cet âge est fixé à :

- **60 ans et 4 mois** pour les fonctionnaires nés entre le 1^{er} juillet 1956 et le 31 décembre 1956
- **60 ans et 9 mois** pour les fonctionnaires nés en 1957
- **61 ans et 2 mois** pour les fonctionnaires nés en 1958
- **61 ans et 7 mois** pour les fonctionnaires nés en 1959
- **62 ans** pour les fonctionnaires nés à compter de 1960

Dispositifs dérogatoires

Des dispositifs dérogatoires au report de l'âge du taux plein sont applicables pour les fonctionnaires nés à compter du 1^{er} juillet 1951. La possibilité de bénéficier d'une retraite à taux plein à 65 ans est maintenue pour les aidant familiaux, les assurés handicapés, ceux qui bénéficient d'au moins un trimestre au titre de la majoration de durée d'assurance pour

enfant handicapé, ceux qui ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap et certains fonctionnaires parents de trois enfants et plus.

Bonification pour enfant né avant l'entrée dans la fonction publique

L'article R173-15 du code de la Sécurité sociale précise que les régimes spéciaux sont prioritaires sur le régime général pour attribuer la bonification pour enfants (appelée majoration de durée d'assurance au régime général). La CNRACL applique ces dispositions pour les dossiers traités à partir du 1^{er} janvier 2012 (pour une radiation des cadres à compter du 1^{er} janvier 2011).

Conditions réglementaires

Fonctionnaires concernés: agents féminins et masculins.

Enfants nés avant l'entrée de l'agent dans la fonction publique et agents radiés des cadres à compter du 1^{er} janvier 2011.

Enfants ouvrant droit à la bonification :

- enfants légitimes, naturels ou adoptifs nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2004,
- enfants du conjoint, enfants ayant fait l'objet d'une délégation de l'autorité parentale, enfants placés sous tutelle, enfants recueillis au foyer à condition: d'avoir été élevés pendant 9 ans au moins avant 21 ans et d'avoir été pris en charge avant le 1^{er} janvier 2004.

Conditions liées à l'activité

Pour bénéficier de la bonification pour enfant, le fonctionnaire doit justifier d'une interruption d'activité continue de 2 mois pour chacun des enfants. Il n'est pas indispensable d'être fonctionnaire au moment de cette interruption.

Pour attribuer la bonification d'un an au titre de chaque enfant né avant la carrière de fonctionnaire, la CNRACL effectue des vérifications sur la nature et la durée des interruptions et selon le cas peut demander des justificatifs. ■

Carnet

Mariages

12.11.2011

Myriam MAURY
avec François MEIRELES
Neuro chirurgie A – Purpan

31.12.2011

Cristina NEBOT
Entretien hygiène IFB – Purpan
avec Alain Gély
Bactériologie – Purpan

18.02.2012

Valérie SUBSOL
avec Jean-Luc LLADOS
Cuisine Internat Médecine-Rangueil

Naissances

15.06.2011

Lennie,
fille de Corinne JOVIAL
Chirurgie générale Pyrénées – Purpan

07.08.2011

Mathilde,
fille de Marie-Hélène MIFSUD
secrétariat Pr. Rischmann, urologie Rangueil

10.08.2011

Achille,
fils de Estelle LABOUYRIE
Médecine – Hôpital des Enfants

18.08.2011

Ambre,
fille de Christelle NOUAL
Diététique – Purpan

18.08.2011

Lylou,
fille de Nathalie NEVEU
Accueil urgences Purpan

26.08.2011

Matys,
fils de Francisca RAVELONANOSY
Immunologie – Rangueil

27.10.2011

Jayson,
fils de Caroline DURAND
SI neuro-vasculaire – Purpan

01.11.2011

Mael,
fils de Sandrine LAUSEIG
Bloc traumatolo-orthopédique – Purpan

03.11.2011

Emilie,
fille de Estelle CHADIRAT
CCV51 - Rangueil

14.11.2011

Camille,
fils de Charène BONZOM
Anatomo-Cyto-Pathologie – Rangueil

18.11.2011

Alice,
fille de Gaëlle JULIA
Grossesses pathologiques – Paule de Viguier
et de Bruno JULIA
Obstétrique Guilhem – Paule de Viguier

20.11.2011

Clara,
fille de Carole CERTE
Anesthésie - Purpan

01.12.2011

Célia,
fille d'Agnès TOME
Bio-nettoyage rive gauche – Purpan

01.12.2011

Tom,
fils de Mélanie MAROT
Direction des affaires juridiques - Hôtel-Dieu

01.12.2011

Valentine,
fille de Marine BUESTEL
Rééducation Post-Réanimation - Rangueil

06.12.2011

Loane,
fille de Alexia FARGUETTE
Bionnettoyage – Hôpital des Enfants

07.12.2011

Arthur,
fils de Stéphanie PIGNOL
Bactériologie – Purpan

12.12.2011

Emma,
fille de Delphine GUTIERREZ
Rééducation Post-Réanimation - Rangueil

23.12.2011

Lucas,
fils de Magali THOREL
La Roseraie – Hôpital Garonne

23.12.2011

Maya,
fille de Nathalie TARASUIK
Gestion Malades - Rangueil

29.12.2011

Maël,
fils de Laetitia BOUE
CCV51-Rangueil

07.01.2012

Mathys,
fille de Céline SIEURAC
Approvisionnement – Purpan Bas

10.01.2012

Lauralie,
fille de Arnaud BROS
Biochimie hormonale - Purpan

21.01.2012

Lola,
fille de Laurence BARRIVIERA
Bionnettoyage - Rangueil

23.01.2012

Lucas,
fils de Céline PECHO
Chirurgie vasculaire – Rangueil
et de Jean-Baptiste LE TOUZE
Urgences – Purpan

30.01.2012

Alexandra,
fille de Aurélie DONADEI
Psychiatrie UF4 - Casselardit
et de Laurent NECTOUX
Psychiatrie UF4 - Casselardit

31.01.2012

Lancelot,
fils de Julie MORIN
Chirurgie – Hôpital des Enfants

02.02.2012

Raphaël,
fils de Véronique AUBERT
Secteur naissance – Paule de Viguier

04.02.2012

Clément,
fils de Pauline LEMAITRE
Soins Intensifs Chirurgie digestive

10.02.2012

Timoté,
fils de Jonathan BOMBAIL
Voix données images RG - Purpan

13.02.2012

Carla,
fille de Laetitia LACOINTA
Rééducation fonctionnelle Rangueil

14.02.2012

Yanis,
fils de Moussif BARRAD
Central course rive gauche- Purpan

21.02.2012

Lilie,
fille d'Emmanuelle DEBLADIS
Chirurgie générale et gynécologique - Rangueil

Retraités

01.01.2012

Michèle ANEL, Marie-Françoise AUGUSSEAU,
Jean-Louis BACH, Marie-Christine BARRAUD,
Christiane BERTEL, Roselyne BESSE, Colette
BORIE, Pierre BOUYSSOU, Marie-Françoise
CASSASSOLLES-DEDIEU, Catherine CAZES,
Raymond CORDENOS, Colette CRISTOBAL, Josiane
DARENGOSSE, Maguy DEBROSSE, Odette DULOM,
Monique DURRIEU, Nicole FABE, Jean-Philippe
FAURIE, Jean-Pierre GAMALLO, René GARAUDET,
Camille GARDIN, Françoise GAYSSOT, Monique
GENDRONNEAU-ANTOINE, Micheline JORDY, Isabelle
LACARCE, Anna LAGARRIGUE, Nicole LAFFORGUE,
Rolande LANNELONGUE, Bénédicte LOPEZ, Francine
MARTY, Nadine MILLOCCO, Chantal MONDIN, Berthe
NARDONE, Norbert NARDONE, Christine ORBISO,
Denise PLACE, Françoise PISTRE, M Paulette PONSY,
Annie PRADEL, Nicole PRAT, Monique POUYFOURCAT,
Guy QUERCY, Martine RIVES, Isabelle ROYO ANTOINE,
Danielle STRUXIANO, Gérard TUR, Josiane ULLMANN

02.01.2012

Henriette BREMBILLA

16.01.2012

Béatrice VIEULET

31.01.2012

Françoise BOUDET, Nicole BROCH, Gilda COSTE,
Françoise DELAVEAU, André GETTO, Dominique
MITRY, Maryvonne PORTAY

01.02.2012

Martine ABELLA, Jean-Louis BAUX, Marie-Thérèse
BERGES, Martine BRO, Michel CARPUAT, Anny
DELAGNES, Jeanine DELGADO, Suzanne DELORD,
Nicole FINI, Marie-Antoinette GALY, Philippe GARRA,
Marie-Claude LAPORTE, Jean-Louis LATRILLE,
Marie-France LAYNAT, Marie-Christine MALAVIALLE,
Martine MARFAING, Viviane MEXES, Marie-Paule
PAUTHIER, Bernard PONS, Jean RIGAUD, Gabriel
RIVIERE, Blanca RODRIGUEZ, Martine SAMMITO,

07.02.2012

Eliane BUJOT

09.02.2012

Gérard MEILLEURAT,
Françoise ROBRES

14.02.2012

Catherine POMIAN,
Danielle REBOUX

28.02.2012

Gina GARCIA

29.02.2012

Josette DAUNES,
Christiane LYNESS

01.03.2012

Annie AVEDILLO, Françoise BOUDIERES, M Christine
CABRE, Monique CARRERE, Roselyne COMINGES,
Josette DELTRUJEL, Brigitte DUMAS, Nadine
GENDREU, Renée GILLET, Christine LAGARDE,
Geneviève LAPEYRE, Françoise MULA, Bernard
PEYROUS, Danièle ROTH, Thérèse SOR

05.03.2012

Monique FOUILLOU

10.03.2012

Gisèle TRENTO

15.03.2012

Alain ROMERA

29.03.2012

Francis ESCAFFRE

Décès

25.12.2011

D^r Brigitte RIVES

09.01.2012

Michel PAULY

02.2012

Pr. Louis DOUSTE-BLAZY

12.02.2012

Patrice Bosc

02.2012

Pr. André GEDEON

03.2012

Pr. Serge JUSKIEWENSKI

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 mars 2012.

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. ⁽¹⁾

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	5,00%	4,89 %	18,82 €	1 129,25 €
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 ⁽²⁾

- Les services bancaires **OFFERTS pendant 3 mois** ⁽³⁾
- Votre épargne rémunérée à **4 % garantis 6 mois** ⁽⁴⁾ disponible et sans frais
- Téléphonie mobile : 1 mois **OFFERT** par forfait ⁽⁵⁾
- Prêts immobiliers : frais de dossier **OFFERTS** ⁽⁶⁾

(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 30 juin 2012 sur les Eurocomptes, tarif de base hors option. (4) Conditions au 1er mars 2012 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 ou sur 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 30 Juin 2012. (6) 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

Histoire/Mémoire

Mieux connaître Pierre-Paul Riquet (1609-1680) « Avant le canal »

Croire que Pierre-Paul Riquet consacra la plus grande partie de sa vie professionnelle à construire le Canal Royal des Deux-Mers est certainement faux. Ce n'est qu'en novembre 1662 qu'il se lança, âgé de 53 ans, dans cette grande entreprise dont le premier acte officiel fut une lettre adressée à son « ministre de tutelle » Colbert pour lui proposer la construction d'un canal de navigation entre la Garonne et l'Aude. Avant ce grand projet Riquet était sous-fermier des gabelles... et bien avant lui des précurseurs avaient déjà songé à la construction d'un tel canal ! Voici la première partie de cette page d'histoire : « Avant le canal ».

Des salins du midi à la ferme des gabelles

À cette époque-là, l'administration des gabelles était un corps très structuré car le commerce du sel faisait l'objet, depuis le XIV^e siècle, d'un monopole royal qui en tirait des taxes importantes, portant sur le prix de vente au consommateur qui pouvait aller jusqu'au triple du coût de revient. Toute comparaison avec la vente actuelle des carburants et les taxes qui s'y rapportent serait malencontreuse.

Pour notre région, le sel était produit par les salins du Languedoc qui s'étendaient sur une zone allant d'Aigues-Mortes à Sigean. La production ainsi que le transport du sel étaient régis par des règlements précis et contraignants et soumis à une surveillance rigoureuse. Le sel était stocké ensuite dans les greniers à sel royaux dont les principaux étaient situés à Toulouse, Albi, Castres, Carcassonne, Mirepoix, Castres... avec des succursales dans les villes de moindre importance. La vente au détail dans les boutiques était faite par de simples marchands, les regrattiers. La gestion des greniers à sel était faite par des officiers royaux qui achetaient leur charge et touchaient des gages en retour. Pour donner une idée schématique de cette organisation à Mirepoix en 1622, de bas en haut de la hiérarchie on distinguait

d'abord les gardes qui gagnaient 10 livres, puis les commis (25 livres), ensuite le grenetier qui s'occupait de la gestion matérielle du grenier et de la police pour lutter contre les trafiquants et contrebandier (150 livres). Au-dessus se trouvait le contrôleur qui tenait les registres de la réception et des ventes, délivrant les quittances (200 livres) et enfin le receveur (300 livres) qui encaissait le produit des ventes et le reversait au fermier général des gabelles dont il dépendait. Ainsi, tout en haut de cette hiérarchie se trouvait un financier privé, qui n'était pas un officier royal, mais dont la fonction lui avait été adjugée par le Roi qui en quelque sorte lui sous-traitait pour dix ans la gestion totale et le recouvrement de cet impôt.

Cette ferme des gabelles était en somme une énorme entreprise industrielle et financière qui, après avoir versé par avance le montant de la gabelle au trésor royal, devait aussi s'occuper de l'approvisionnement des greniers et du transport du sel et aussi payer les gages des officiers et employés des greniers royaux. Le fermier général se remboursait ensuite en récupérant auprès des receveurs et des regrattiers les taxes tirées de la vente du sel, avec le risque de se trouver en déficit ou même en faillite si ces dernières avaient été surestimées, ce qui devait arriver très exceptionnellement ! Devant l'importance et le nombre de ces



différentes missions, le fermier général avait la possibilité de sous-traiter des parties de sa ferme à des sous-fermiers qui lui achetaient, probablement très cher, cette fonction qu'ils géraient ensuite de façon complètement autonome. C'est dans cette dernière position que nous trouvons Riquet en 1646.

Comment Riquet, sous-fermier des gabelles, s'intéressa-t-il au canal ?

Riquet serait entré dans l'administration des gabelles à Mirepoix en 1632 pour exercer d'abord la fonction de grenetier puis de receveur en 1645. Ensuite en 1646, il devint sous-fermier des gabelles de Mirepoix et de Castres avec le titre de sous-fermier des gabelles du Haut-Languedoc et vint alors habiter Revel en 1648. Ce lieu de résidence géographiquement bien situé entre les différents greniers dont il avait la charge, lui permettait de gérer au mieux ses affaires, en étant aussi proche de Toulouse où se trouvaient ses supérieurs immédiats. La richesse de Riquet s'explique aussi par des activités « associées » fort lucratives

que lui permettait sa charge à la ferme des gabelles, qui ne l'occupait selon le règlement en vigueur qu'un an sur trois! Il avait aussi une autre source importante de revenus par la fourniture des armées du Roi en Roussillon et Cerdagne et il était également « entrepreneur des tirages et voitures de sels » (entreprise de transport du sel) des salins méditerranéens aux greniers à sel de Mirepoix puis à plusieurs autres greniers dans le Haut-Languedoc. Ainsi connaissait-il fort bien les difficultés, la longueur et le coût du transport par la « route » entre Toulouse et les salins méditerranéens.

Ces difficultés n'intéressaient pas seulement le transport du sel mais aussi de multiples denrées alimentaires. Les échanges commerciaux entre la mer Océane et la Méditerranée, entre les deux ports de Bordeaux (Burdigala) et de Narbonne étaient déjà importants sous les Romains. Les amphores de vin italien croisaient à Toulouse les amphores remplies de blé des vastes plaines céréalières lauragaises qui, amenées par charrois jusqu'à Narbonne, étaient ensuite embarquées vers Ostie. L'huile d'olive du sud-est de la France était convoyée jusqu'à Bordeaux qui renvoyait vers le sud les poissons salés ou séchés de la Bretagne ou des Flandres. Au XVII^e siècle, l'ouverture du port de Bordeaux au commerce des Antilles amenait des transports d'épices, de rhum, de sucre et de tabac et toujours les échanges de sel. L'importance pérenne de cette route commerciale fut certainement un déterminant important dans le projet d'utiliser un canal de navigation permettant de faciliter et de rendre moins onéreux ce transport. Mais Riquet, était-il le premier à imaginer un tel projet?

Des travaux précurseurs probablement très importants...

Deux pièces exceptionnelles déposées aux Archives du Canal du Midi ont pu, et certainement dû, intéresser Riquet dans sa recherche d'idées sur la conception et la construction du canal.

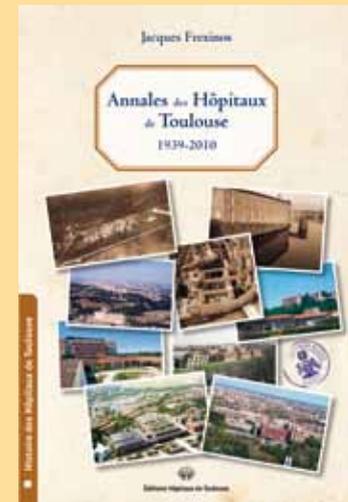
Le document le plus ancien est une étude réalisée en 1598 par un géomètre provençal, Pierre Reneau, pour le roi Henri IV à la demande du cardinal de Joyeuse. Dans ce manuscrit le seuil de Naurouze est désigné comme un point de partage des eaux, l'alimentation du canal devant être prise... dans l'Ariège.

Trente-cinq ans après, en 1633, alors

que le jeune Riquet âgé de 23 ans, travaillait depuis trois ans aux gabelles, un autre projet de canal était présenté à Richelieu par deux ingénieurs, MM. Richot et Baudan : *pour la conjonction de la mer Océane à la Méditerranée afin de développer le commerce et assurer la prospérité de l'État. Les auteurs insistaient surtout sur le fait que les sels qu'on prend dans les salines de Narbonne, pour la provision de Carcassonne, Toulouse, Castres et le pays de Lauragais, Albigeois, Foix et autres circonvoisins qu'on ne peut transporter que par charrois et à grands frais, seront aisément transportés des dits lieux à peu de frais.*

L'idée était donc déjà bien précisée et les arguments économiques parfaitement démontrés; par contre la réalisation et tous les problèmes techniques associés restaient à planifier...

Riquet dans ses recherches documentaires a certainement pris connaissance de cet opuscule qui soulignait aussi, sans le résoudre parfaitement, le problème majeur posé par l'alimentation du futur canal en eau. Sans vouloir enlever à Pierre-Paul Riquet l'immense mérite d'avoir créé, après des travaux pharaoniques pour l'époque ce « monument » qu'est le Canal Royal des deux Mers, il ne faut pas oublier ces deux travaux précurseurs qui ont certainement contribué à cette réalisation gigantesque.



Annales des Hôpitaux de Toulouse 1939-2010, Pr. Jacques Frexinos. En vente à la direction de la communication (Tél.: 05 61 77 82 72) Prix: 15€.

Crevon G., *De Mirepoix à Revel: Riquet aux gabelles*. L'AUTA, février 2012 n° 32, 66-70.

Crevon G., *Trois inspireurs de Riquet*. L'AUTA septembre 2011 n° 27, 264-268.

Maistre A., *Le canal des Deux-Mers*. Éditions Privat. Toulouse. 1998.

Roaldès H (de), *Le commerce entre les deux mers avant Riquet*. L'AUTA Décembre 2011. n°30, 77-379.



© Conseil Régional Grands Sites Midi-Pyrénées

Diététique

Des œufs et de l'agneau

La période pascale est associée à de fortes traditions à la fois symboliques et culinaires. En voici un aperçu.

Les œufs, cloches et lapins

La tradition des œufs de Pâques remonte en France au XV^e siècle. La coutume était de conserver les œufs pondus pendant la période de carême, de les cuire et de les décorer pour les offrir le dimanche pascal, jour de rupture du jeûne.

Dans les cours royales, il était de coutume de s'offrir des œufs recouverts de feuilles d'or. C'est au XVIII^e siècle que naît l'idée de vider les œufs pour les remplir de chocolat, puis de les cacher dans les jardins afin que les enfants s'amuse à les chercher. Dans les pays catholiques du Sud de l'Europe, la légende veut que les cloches distribuent les œufs, alors que dans les pays germaniques, ce sont les lièvres ou les lapins qui sont chargés de les déposer dans les jardins.

**L'agneau**

Outre la symbolique religieuse, l'agneau représente la pureté, l'obéissance et l'innocence. C'est pourquoi il constitue le plat traditionnel de viande à Pâques.

L'agneau, comme toute viande jeune, est assez grasse. Néanmoins, certains morceaux le sont moins que d'autres, comme le gigot ou les côtes filet.

Par ailleurs, l'agneau est comme tout produit carné, une excellente source de protéines, mais aussi de fer et de vitamines du groupe B.

**Osterlammala : agneau pascal**

Pour Pâques, les Alsaciens mangent traditionnellement ce gâteau, cuit dans un moule en forme d'agneau.

150 g de farine
150 g de sucre
5 œufs
Sucre glace

Mélanger les jaunes d'œufs avec le sucre jusqu'à obtention d'une pâte homogène.

Rajouter au fur et à mesure la farine tamisée.

Battre les blancs d'œufs très fermes et les incorporer délicatement à la pâte.

Beurrer et fariner un moule en forme d'agneau et mettre au four à 150 °C (th.5) pendant 35 à 40 minutes. Saupoudrer de sucre glace.

Œuf cocotte à l'asperge et à l'oseille

(pour 1 personne)

1 œuf
4 asperges vertes
Quelques feuilles d'oseille et de basilic
1 cuillère à soupe de crème fraîche
1 cuillère à café de parmesan

Peler les asperges, les tailler en petits tronçons d'1 cm et les faire blanchir à l'eau bouillante salée.

Faire suer l'oseille et le basilic dans le beurre.

Dans un ramequin, mettre les asperges, l'oseille, le basilic et l'œuf en prenant soin de ne pas casser le jaune. Ajouter la crème fraîche et saupoudrer de parmesan.

Cuire les œufs au bain-marie environ 10 minutes.



Et les professionnels de la santé, qui les protège ?

MACSF vous accueille dans ses agences de Toulouse

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

Permanence à l'Hôpital Rangueil - Maison du Personnel

- Lundi et jeudi ☎ 05 61 32 33 67 • Numéro interne : 23367

Notre engagement, c'est vous.



3233* ou
macsf.fr

RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE - PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE
PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX

DEPUIS LE
1^{ER} FÉVRIER,
**MIEUX
REMBOURSÉS !**
sans augmentation des cotisations

**lunettes
+60€***

dentaire

- prothèses
+ 10 points /garantie**
- implants
nouvelle
indemnisation

**audio-
prothèse
jusqu'à 750 €
par prothèses**

www.mnh.fr

Renseignements au

N°Cristal 09 69 32 45 00
APPEL NON SURTAXE



PERFORMANTE CÔTÉ **SANTÉ** + SOLIDAIRE CÔTÉ **SOCIAL**.



* sauf Bonsai et MNH Bonsai : le forfait pour les lunettes et les lentilles est augmenté de 20 €. ** Ajourés à la base de remboursement MNH complémentaire à celle de la Sécurité sociale. Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social - La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculées au répertoire SIRENE sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance - Crédit photo : Markus Mueller - Mars 2012.

Vos correspondants MNH :
Jean-Marc Peres, site de Ranguel Larrey, poste 22 531,
Elie Terrasse, site de Purpan, poste 72 323