

été 2011

d'

numéro 129

Trait Union

LE MAGAZINE
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

Développement
durable



à la une

Objectif qualité

www.chu-toulouse.fr

sommaire



4

Expresso

- 4 **Palmarès du Point :**
le CHU toujours premier
- 5 **Hervé Léon**, nouveau
Directeur Général Adjoint
- 6 **Hommage à Fabienne Rancé**
- 6 **Les nouveaux chefs de pôle**
- 6 **Alimentation et cancer :**
des ateliers pédagogiques
pour en parler
- 7 **Marc Lavoine** à l'hôpital
des Enfants
- 7 **Du soleil pour les aînés**
- 7 **Au pays des enfants**
- 7 **Les clowns apportent le sourire**



8



16



22



26

À la une

- 16 **Objectif qualité**
La visite de certification V2010
du CHU est prévue en septembre
2012. Cette nouvelle procédure
revêt une grande exigence. Il reste
un an de travail pour réussir cet
examen de première importance.

Enjeux

- 22 **Environnement : le CHU
s'engage dans la durée**
Le CHU met en œuvre un projet de
développement durable qui intègre
aussi les dimensions sociales
et sociétales de la démarche

Reportages

- 8 **Urgences :**
un ressort pour la vie
- 9 **Recherche :**
I2MC : un nouveau centre
de recherche sur les maladies
métaboliques et cardiovasculaires
- 10 **Pédiatrie :**
la pluridisciplinarité au service
des troubles de l'oralité
- 11 **Partenariat :**
ASEI et CHU, un savoir-faire
partagé
- 12 **Médecine légale :**
pour mieux franchir l'obstacle
- 13 **France Parkinson 31**
au plus près des patients
- 14 **Systèmes d'information :**
le nouveau schéma directeur

Communauté hospitalière

- 25 **Paroles de soignants :**
un premier prix pour
les infirmières de l'UMG
- 26 **Coopération et
pratiques avancées**
- 28 **Le reclassement
des infirmiers**
- 29 **Elections professionnelles**
- 30 **L'Entente Sportive
est de retour**

Loisirs/Culture

- 32 **Histoire :**
la salle d'opération
à coupole de l'Hôtel-Dieu
- 34 **Diététique :**
l'été de tous les plaisirs gustatifs



34

Trait d'union n°129. Directeur de la publication : Jean-Jacques Romatet. Rédacteur en chef : Dominique Soullé.
Photographies : Igor Bertrand, Nicolas Fleuré, Odile Viguié. Illustrations : Patrick Goulesque. Comité de rédaction : Sylvie Dermoune,
P. Jacques Frexinos, Sylvie Goutnikoff, Caroline Martineau, Marie-Christine Monnin, D. Jean Petit, Alain Rattier, Odile Viguié.
Secrétariat de Rédaction : Délégation à la Communication, AMI-Communication. Assistance rédactionnelle : Hugues Bellin.
Réalisation : Délégation à la Communication et Ogham. Impression : Messages.
Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous excuser d'éventuelles erreurs ou omissions. Nous leur demandons de bien vouloir adresser
leurs suggestions au secrétariat de Trait d'union Délégation à la Communication, Hôtel-Dieu Saint-Jacques, Tél. : 05 61 77 83 48.
ISSN 0220-5386. Dépôt légal : juillet 2011.



Pierre COHEN

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

Selon la définition de l’OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmiété ».

Les éléments qui déterminent l’état de santé sont en effet multiples et ne se limitent pas au système de soins. Ils incluent les conditions de vie, de travail, de logement, les relations sociales, la vie culturelle. Or, force est de constater que si la santé des Français s’améliore globalement, les inégalités de santé ne cessent de se creuser et que cet « état complet de bien-être » est loin d’être atteint pour nombre de nos concitoyens, et notamment les plus démunis. Ces inégalités débutent dès l’enfance et assombrissent très tôt l’avenir. Ainsi, l’obésité est dix fois plus fréquente chez les enfants d’ouvriers (6%) que chez les enfants de cadres (0,6%). Et un cadre supérieur à une espérance de vie supérieure de sept ans à celle d’un ouvrier !

En ce qui concerne les soins, la généralisation des dépassements d’honoraires, l’augmentation du coût des couvertures complémentaires, la diminution des remboursements tendent à créer des barrières financières insurmontables. La proportion de population déclarant avoir renoncé au moins une fois à des soins pour des raisons financières croît dangereusement.

Face à cette situation, la promotion de l’égalité face à la santé doit demeurer une grande priorité. Elle est inscrite parmi les missions des Agences régionales de santé. Reste à savoir de quel budget elles disposeront pour agir.

Par ailleurs, je me réjouis que le programme ambitieux « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé (AAPRISS) » ait été retenu par le comité d’évaluation scientifique de l’INCA. Ce projet collectif, fruit de l’engagement de la Ville de Toulouse, de la communauté urbaine, du CHU, de l’association Oncopole de Toulouse, de l’Institut Claudius Regaud, de l’Oncomip, de l’IREPS et de chercheurs de l’IFERISS, évaluera l’efficacité des actions de prévention, d’éducation ou de promotion de la santé pour réduire les inégalités.

Ce projet contribuera à faire de la santé publique un levier de solidarité.

Cette année encore, le CHU de Toulouse se classe en tête du palmarès du Point des meilleurs hôpitaux publics de France. Ce classement témoigne, dans un contexte difficile, de l’excellence des équipes médicales, soignantes, techniques et administratives du CHU. Je tiens à les en féliciter chaleureusement.

Expresso

Le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse arrive une nouvelle fois en tête du palmarès 2011 du magazine « Le Point », paru le 16 juin 2011

Pour établir ce classement, 63 activités dans les disciplines médicales et chirurgicales ont été analysées dans 1 400 établissements.

Ce résultat rend hommage à la qualité du travail de l’ensemble des professionnels du CHU. Le contexte parfois difficile que nous connaissons met encore mieux en lumière la qualité de cette performance.

Retrouvez le classement du CHU de Toulouse par activités sur le site Internet : www.chu-toulouse.fr



Jean-Jacques ROMATET

Directeur général
du CHU de Toulouse



© Objectif News/Rémi Benoit

Excellence et réalités

Pour la énième fois, le CHU de Toulouse figure sur les affiches des maisons de la presse comme étant encore le numéro 1 des hôpitaux français. On en vient à banaliser l'exploit. Notre grand quotidien régional n'a consacré que deux ou trois lignes à cette information si importante pour tant de gens. Ce nouveau classement distingue et honore tout à la fois notre CHU dans ses composantes institutionnelles, mais aussi chacun d'entre vous qui contribuez à cette place que beaucoup nous envient.

Ce classement n'est pas autre chose qu'une belle reconnaissance. Une reconnaissance de l'information donnée à chaque famille et chaque malade potentiel qui veut savoir, qui cherche à qui faire confiance pour confier sa santé, son corps, sa vie parfois.

Nous savons tous que ce classement n'est pas notre but, pas plus que la certification lorsque le temps est venu. Mais cela signifie que malgré les difficultés qui s'accumulent, malgré les contraintes de réduction des coûts et d'exigence d'augmentation de notre performance qui nous sont demandés chaque jour davantage, nous sommes parvenus à faire mieux que tous les autres en France.

Il serait dérisoire de nier toutes les difficultés qu'il aura fallu surmonter, les modifications d'organisation qu'il

aura fallu mettre en œuvre, les efforts de beaucoup pour faire face au quotidien, pour assurer la continuité quand l'absentéisme se faisait trop fort, quand les moyens que nous pouvons consacrer aux soins s'avéraient trop limités. L'an dernier, j'avais indiqué que l'effort de l'institution se porterait sur l'aide aux remplacements. Nous l'avons fait, comme nous avons cherché à atteindre les effectifs normés partout où la réglementation l'impose. Cela s'est traduit par près de deux cents postes supplémentaires. Mais nous mesurons maintenant en période d'été que la marche à franchir était encore un peu plus haute, car plusieurs services se trouvent en difficulté au point de menacer parfois leur continuité. Nous aurons donc à poursuivre nos efforts de meilleure organisation, de recrutement grâce aux recettes liées à notre activité. Nous avons à rechercher l'équité dans la répartition des richesses.

Nous aurons aussi à préparer d'arrache-pied la certification 2012 partout où les petits relâchements apparaissent dans les audits intermédiaires. Nos indicateurs sont parfois moins bons. C'est au prix de la poursuite de l'investissement de chacun que nous parviendrons à concilier qualité de service et amélioration de la qualité des conditions de travail qui sont intimement liées.

Expresso



Hervé Léon, nouveau Directeur général adjoint, prendra ses fonctions à la rentrée de septembre

Directeur d'hôpital depuis plus de 20 ans, il a occupé différents postes avant de rejoindre notre CHU. Directeur adjoint en charge des services économiques du centre médical départemental François et Marie Mercier à Tronget (Allier) de 1989 à 1991, il en a assumé ensuite la direction durant 5 ans. Secrétaire Général du syndicat interhospitalier du Bourbonnais de 1996 à 1999, il a ensuite rejoint le CHU de Limoges où il a occupé durant 5 ans la double fonction de directeur du système d'information et d'adjoint au Directeur des ressources humaines ; il a ensuite été Directeur des ressources humaines entre 2004 et 2009. Depuis le printemps 2009, il était détaché auprès de la ville de Toulouse et de la Communauté Urbaine du Grand Toulouse où il avait la charge des ressources humaines. Engagé dans la vie hospitalière, il a présidé l'ANFH Limousin en 2007 et 2009 et présidé le CGOS Limousin/Poitou-Charentes en 2007 et 2008.

L'ensemble de la communauté hospitalière du CHU de Toulouse lui souhaite la bienvenue.

Nomination des chefs de pôle

Le mandat des chefs de pôle du CHU de Toulouse arrivant à échéance, le directeur général a nommé le 1^{er} juillet 2011, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME conjointement avec les doyens des facultés, les praticiens hospitaliers suivants :

PÔLES	CHEFS DE PÔLE	CHEFS ADJOINTS DE PÔLE
Anesthésie Réanimation	P ^r Olivier FOURCADE D ^r Bernard GEORGES	
Biologie	P ^r Jacques IZOPET	P ^r M. Bernadette DELISLE P ^r Bertrand PERRET
Blocs opératoires	P ^r Vincent MINVILLE (Anesthésie) P ^r Jean-Pierre BOSSAVY (Chirurgie)	D ^r Michel OLIVIER (Anesthésie) P ^r Franck BOUTAULT (Chirurgie)
Céphalique	P ^r Bernard FRAYSSE	D ^r Véronique PAGOT-MATHIS
CVM	P ^r Hélène HANAIRE	D ^r Alexandre DUPARC
Digestif	P ^r Louis BUSCAIL	D ^r Charles-Henri JULIO
Enfants	D ^r Hervé RUBIE	P ^r Jérôme SALES DE GAUZY
Femme Mère Couple	P ^r Louis BUJAN	D ^r Laure CONNAN
Gériatrie	P ^r Bruno VELLAS	D ^r Bernard FONTAN D ^r Christine LAFONT
ILM	P ^r Paul BONNEVIALLE	P ^r Alain CANTAGREL
Imagerie Médicale	P ^r Nicolas SANS	P ^r Hervé ROUSSEAU D ^r Annick SEVELY
Médecine d'Urgences	P ^r Dominique LAUQUE	D ^r Jean-Louis DUCASSE
Neurosciences	P ^r Michel CLANET	D ^r Sylvain FOWO
Odontologie	P ^r Damien DURAN*	D ^r Pierre BARTHET*
Pharmacie	Jean-Jacques TIRAVY	Philippe CESTAC
Psychiatrie	P ^r Laurent SCHMITT	D ^r Michel VIGNES
Santé Société Réadaptation	P ^r Jean-Marc SOULAT	P ^r Norbert TELMON P ^r Philippe MARQUE
Spécialités médicales	P ^r Patrice MASSIP	D ^r Marie-Françoise THIERCÉLIN
Uro-Néphrologie	P ^r Jean-Louis GROLLEAU	P ^r Nassim KAMAR D ^r Xavier GAME
Clinique Voies Respiratoires	P ^r Alain DIDIER	D ^r Virginie WOISARD D ^r Jean BERJAUD

* Prolongation à titre intérimaire pour une période de trois mois

Hommage au professeur Fabienne Rancé



Fabienne Rancé est décédée le 26 juin 2011. Elle a travaillé jusqu'au tout dernier jour avec une énergie et un courage immenses.

Ce combat contre la maladie qui l'a emportée est à l'image de son enthousiasme et de l'ardeur au travail qu'elle a montrés pendant toute sa carrière professionnelle.

Elle n'était pas au départ destinée à une carrière hospitalo-universitaire toute tracée. C'est par son travail, sa volonté et son énergie qu'elle est parvenue à être reconnue comme une des plus grandes expertes de l'allergologie pédiatrique au niveau national et international.

Elle venait tout récemment d'intégrer la communauté universitaire en étant brillamment élue professeur associé de pédiatrie. Cette reconnaissance tardive ne saurait consoler la peine de tous les soignants de l'hôpital des Enfants et du CHU.

Sa fine silhouette, sa distinction, son sourire et sa grande disponibilité vont nous manquer.

Nous adressons à son mari, ses enfants et sa famille nos condoléances les plus attristées.

P^r Jean-Pierre Olives



Alimentation et Cancer : des ateliers pédagogiques pour en parler

C'est à l'initiative de l'Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC) du CHU de Toulouse (P^r Patrick Ritz) et de l'Association Oncopôle de Toulouse, que le « village nutrition » a planté ses tentes Place St Georges, le 15 juin, pour informer le grand public sur la meilleure alimentation possible en cas de cancer. Quels sont les aliments protecteurs et les aliments à risques ? Comment composer un repas équilibré lorsque l'on est atteint par cette maladie ? Comment prévenir la dénutrition ? Autant de sujets abordés grâce à des ateliers pédagogiques qui ont intéressé un large public qui s'est pressé nombreux à ce rendez-vous.

Plus de soleil pour nos aînés

L'association Hôpital Sourire a créé l'antenne « Plus de soleil pour nos aînés » en 2010, afin de financer les projets de vie et les activités culturelles en faveur des personnes âgées hospitalisées au CHU de Toulouse et leur permettre ainsi de mieux vivre leur hospitalisation.

Fort de son expérience en milieu hospitalier, l'association Hôpital Sourire a constitué une nouvelle équipe de bénévoles, qui grâce à la récolte de fonds, concrétise les projets de vie soutenus par les personnels soignants de gériatrie et du Gérontopôle. Sous la houlette d'Anne Lelièvre responsable de la commission culturelle du pôle gériatrie, de nombreuses activités culturelles de grande qualité sont mises en œuvre par des artistes professionnels, en collaboration avec des structures régionales. Les projets sont réalisés dans chaque unité de soins, au chevet des patients ou en salle d'animation.

Chaque patient et résidant peut ainsi bénéficier et participer à des activités festives et culturelles, afin de garder le lien social indispensable à chacun et rompre ainsi l'isolement. Tout est mis en œuvre également pour améliorer le cadre de vie hospitalier (décoration, aménagement de l'espace d'animation) et stimuler la créativité de tous, grâce à des ateliers adaptés au goût de chacun. L'équipe de « Plus de soleil pour nos aînés », soutient ces magnifiques projets, en recherchant les financements nécessaires à leur concrétisation.

Des projets concrets

Grâce à « Plus de soleil pour nos aînés » et le soutien de ses partenaires, de nombreux projets sont réalisés en faveur des patients et résidents :

- > activités artistiques autour du clown d'accompagnement
- > ateliers et spectacles de danse, chant, théâtre, marionnettes, musique, cirque, arts plastiques...
- > concerts: jazz, gospel, opéra, orgue, cornemuse...
- > aménagements de l'espace: architecture, design, décoration, ameublement, expositions...
- > événements : festival, conférences, festivités (fête de la musique, Noël, jour de l'an...)
- > sorties culturelles

Contact: Hôpital Sourire
« Plus de soleil pour nos aînés »
33/43, Avenue Georges Pompidou
31135 BALMA Cedex
Tél. : 05 61 61 44 83
mail : plusdesoleil31@gmail.com

Une « Cavale » de toutes les couleurs au pays des enfants

Avec le soutien de l'association « Les 111 des Arts », le théâtre de marionnettes « La Cavale » raconte de belles histoires aux enfants hospitalisés.

Deux jours par mois, ces artistes narrent l'amitié entre Adèle et une petite fille modèle, les aventures de Clément, un crapaud très élégant, etc. Les marionnettistes de « La Cavale » présentent leur nouvelle création en couleurs. Après le Jaune où les enfants anticipent l'évolution du dessin sur une vitre, le Rouge est venu en fin d'année passée sur des airs de comédie musicale à travers un drôle de récit où un sapin refuse de fêter Noël. Bientôt les enfants découvriront de nouvelles aventures avec des jardins secrets sur les thèmes du Vert et du Bleu...



Ranguel: les clowns apportent le sourire

Ils font toujours rire les petits et les grands qui ont gardé une âme d'enfant. La maladie est une fatalité, l'hôpital un lieu de souffrance, mais lorsque l'on croise un clown au détour d'un couloir, c'est forcément le sourire qui s'affiche sur les visages, même chez les adultes hospitaliers. C'est un début de thérapie que les clowns « Les Envolées » de la compagnie « La Volière » ont ainsi apporté aux personnes hospitalisées à Ranguel.



Marc Lavoine en visite à l'hôpital des Enfants

Le chanteur Marc Lavoine est venu le 12 mai à l'hôpital des Enfants. Il a modifié sa tournée afin de se rendre spontanément près des jeunes hospitalisés. Il a réuni plusieurs d'entre eux à la ludothèque pour une rencontre amicale. Il a aussi souhaité se rendre auprès des enfants immobilisés dans leurs chambres. Chacun a apprécié sa disponibilité, son écoute et son bonheur réel de se retrouver au milieu des enfants. Il a ainsi exprimé son attachement à cet établissement avec lequel il est lié via son parrainage avec Télé Tam Tam.



Médical/Urgences

Un ressort pour la vie

« Stent for life » est une opération menée par les SAMU dans le but de sensibiliser les personnes qui manifestent les premiers symptômes d'un infarctus à appeler le 15 au plus vite. Le résultat de l'intervention dépend de la rapidité de l'alerte. C'est une course pour la vie.



Pr Didier Carrié

En lançant l'opération « Stent for life », c'est une véritable course pour la vie dans laquelle le SAMU s'est engagé. Cette épreuve a pris la forme d'une étude qui s'est déroulée durant un mois et a porté sur deux cents cas dans cinq départements dont trente-neuf en Haute-Garonne. L'objectif était de mieux connaître le cheminement accompli depuis le début de la manifestation des signes chez un patient qui fait un infarctus du myocarde.

« Nous étions persuadés qu'en France comme en Haute-Garonne, explique le Dr Jean-Louis Ducassé, directeur du SAMU, que les gens appelaient naturellement le SAMU. Nous avons constaté que ceci n'émanait en fait que d'une personne sur deux. C'est à partir de



Dr Jean-Louis Ducassé

là qu'il a été décidé de concevoir une campagne médiatique destinée à sensibiliser le public à la nécessité d'appeler plus souvent le 15. En effet, quand le patient est pris en charge par le SAMU, tous les délais d'intervention sont réduits et une orientation directe et efficace est effectuée. »

L'appel au 15 permet déjà dans un premier temps de bien identifier le problème, car toute douleur ne signifie pas forcément qu'un infarctus se prépare. Puis l'ambulance du SAMU permet d'accomplir les premiers gestes d'urgence.

« L'appel au 15, confirme Didier Carrié, chef du service cardiologie de Rangueil, responsable de l'unité hémodynamique et cardiologie interventionnelle, évite de passer par un circuit long : généraliste, cardiologue, etc. Le 15 envoie directement le malade en cardiologie et hémodynamique. Or, plus vite on débouche l'artère et meilleur sera le pronostic. Et, bien sûr, plus on attend, plus les dégâts au niveau du muscle cardiaque sont irréversibles. Après trois heures, le pronostic est beaucoup plus péjoratif. La cellule ne récupère plus, une partie du cœur meurt et le malade fait de sérieuses complications. »

L'intervention d'urgence conduit à déboucher les artères par angioplastie, à l'aide d'un petit ballonnet, puis à mettre en place un stent, un petit tuteur qui évite à l'artère de se reboucher, d'où le choix du thème « Stent for life ».

« Dans 60 à 70 % des cas, ajoute Didier Carrié, l'étude montre que l'on peut faire une angioplastie. Lorsqu'on est loin d'un centre d'intervention, on réalise une



Mieux connaître les facteurs de risque

L'étude menée auprès de 200 patients a montré que dans 80 % des cas, les malades ne connaissaient pas les facteurs de risque. Les 20 % de malades davantage sensibilisés étaient ceux ayant déjà connu une alerte. Les facteurs de risque ont été quantifiés ainsi : 43% sont liés à l'hypertension ; 21% au diabète ; 45% au tabagisme ; 20% à l'obésité.

fibrinolyse par voie intraveineuse. Cela est fait par le médecin urgentiste pendant la prise en charge pré-hospitalière. C'est un peu moins efficace que l'angioplastie, mais cela laisse le temps d'effectuer le transfert du malade vers un centre interventionnel. »

L'étude a révélé qu'entre l'appel par le malade constatant les premiers symptômes et le premier contact médical direct, il s'écoulait un peu plus d'une heure. Il est indispensable de réduire ce délai, d'inciter le malade à appeler au plus vite, à vaincre la crainte de déranger. Une douleur à la poitrine qui serre fort, associée à de l'angoisse, des sueurs, des nausées et une sensation d'étouffement constituent des signes qui doivent vaincre toute hésitation.

Pour le Pr Carrié et le Dr Ducassé, il fallait donc « une co-mobilisation médicale afin d'améliorer tout le circuit ». Une réflexion en interne a été entreprise

à ce propos, associant les cardiologues aux urgentistes du SAMU 31. Le premier objectif fixé est de placer le patient qui appelle au centre d'une prise en charge optimisée qui réduit tous les délais et permet la réalisation la plus précoce possible d'une angioplastie coronarienne.



Une salle d'hémodynamique

Recherche/Cardiologie

I2MC : un nouveau centre de recherche sur les maladies métaboliques et cardiovasculaires

Forte de plusieurs découvertes impactant la santé humaine, la recherche toulousaine dans les domaines des maladies métaboliques et cardiovasculaires s'est progressivement développée et structurée pour constituer un véritable pôle. Pierre angulaire de cette nouvelle structuration, le centre de recherche I2MC (Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires) a été inauguré le 19 avril dernier.

Unique en France, cet institut regroupe des équipes travaillant sur un vaste champ de maladies cardiovasculaires, comme l'obésité, le diabète, les dyslipidémies, la thrombose, l'athérosclérose, l'angiogénèse ou l'insuffisance rénale et cardiaque.

Afin de s'assurer de pouvoir porter ses découvertes et innovations dans le domaine médical, l'I2MC s'est adossé sur le même site au Centre d'Investigation Clinique (CIC 9302), structure permettant de réaliser les essais cliniques, dernière étape avant la mise sur le marché d'un traitement.

L'I2MC est également caractérisé par une grande ouverture à la fois vers les collaborations académiques et industrielles. Il a ainsi obtenu des financements ANR ou européens et engagé des partenariats avec des groupes industriels (Urosphere, Physiogenex, Ambiotis...) dont certains ont été créés par des chercheurs intégrés au laboratoire.



De gauche à droite : Gilles Fourtanier (président UPS), Jean-Jacques Romatet (directeur général CHU), Angelo Parini (Directeur de recherche Inserm, directeur I2MC), Jean Tkaczuk (conseiller régional), Dominique Languin (PuPh, coordination scientifique), Mireille Blanc (Déléguée Régionale de l'Inserm)

Médical/Pédiatrie

La pluridisciplinarité au service des troubles de l'oralité

La réorganisation de la consultation sur les troubles de la déglutition organisée à l'hôpital des Enfants optimise les traitements et accompagne les parents.



D^r Pascale Fichaux-Bourin

Améliorer la prise en charge des troubles de l'oralité, tel est l'objectif de la réorganisation de la consultation spécialisée qui se déroule dans le cadre de l'hôpital des Enfants. Il n'existait qu'une consultation mensuelle pour les enfants ayant des troubles de déglutition. Il s'est avéré que celle-ci n'était pas suffisante et qu'il convenait de s'orienter plutôt vers un rythme hebdomadaire et une organisation pluridisciplinaire.

Pascale Fichaux-Bourin, médecin phoniatre, travaille dans l'unité placée sous la responsabilité du D^r Woisard au sein du département voix et déglutition du P^r Serrano. Elle anime cette nouvelle activité réunissant médecin, orthophoniste et diététicienne. Une hospitalisation de jour dédiée permet d'accueillir les enfants à partir de 11 heures. Vers midi un repas leur est servi, ce qui permet d'engager un travail d'observation en situation d'oralité alimentaire. Vers 14 heures, un examen radioscopique de la déglutition est effectué. Ensuite, la diététicienne réalise

un bilan nutritionnel et l'orthophoniste évalue les acquisitions relatives à l'oralité alimentaire et verbale. Sont étudiés notamment : la parole, le langage et les fonctions oro-myo-faciales. À l'issue de ces observations, une synthèse est élaborée. Elle conduit à objectiviser le trouble de déglutition, affiner le diagnostic étiologique et indiquer une démarche thérapeutique (rééducation et adaptations). Un suivi évolutif est proposé selon le degré de sévérité du trouble et de la pathologie initiale.

Cette activité hebdomadaire, inaugurée en mars, permet de recevoir trois enfants en hospitalisation de jour dédiée. S'y ajoutent trois autres jeunes hospitalisés dans les différents services de l'hôpital des Enfants. Les plus forts pourvoyeurs sont les services de neurologie, gastro-entérologie et pneumologie.

« Cette nouvelle formule d'exploration, remarque le D^r Pascale Fichaux-Bourin, permet de voir les enfants plus précocement, ce qui évite le développement



Cette nouvelle activité réunit médecin, orthophoniste et diététicienne

ultérieur des troubles de l'alimentation. Les bébés hospitalisés en néonatalogie qui ont des difficultés de succion et de déglutition sont eux aussi suivis. Souvent alimenté par des sondes nasogastriques, l'accompagnement précoce vise à rétablir rapidement une alimentation orale et prévenir les conséquences sur le développement de l'oralité. »

La pluridisciplinarité permet de concentrer en un même lieu et un même temps trois visions différentes. En outre, les parents sont associés à l'évaluation et à la synthèse qui est présentée à l'issue de cette consultation. Elle est transmise au médecin de ville, acteur important dans le suivi des préconisations indiquées.

« Voir un enfant qui mange mal et risque de s'étouffer, c'est très angoissant, ajoute Pascale Fichaux-Bourin. Connaître les causes de ce trouble, puis les solutions préconisées, cela rassure les parents. » Cette démarche innovante est encore insuffisamment connue. C'est pourquoi un effort de sensibilisation est envisagé à l'intention des pédiatres.

Médical/Partenariat

Expertise et savoir-faire partagés

Le CHU et l'ASEI, réunis par des valeurs communes, renforcent leur partenariat afin d'améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap.

Depuis 1997 fonctionne un partenariat entre le CHU et le Centre Paul Dottin à Ramonville, géré par l'association Agir, Soigner, Éduquer, Insérer (ASEI). Ce partenariat concerne les enfants souffrant notamment de pathologies motrices et neuromotrices et assure la coordination de leur prise en charge entre les services spécialisés de l'hôpital des Enfants et les services de soins de suite et de rééducation du Centre Paul Dottin.

La convention cadre qui unissait depuis le 1^{er} juillet 1997 le CHU et l'ASEI vient d'être confortée par la signature d'un nouvel accord dont l'objectif est d'améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap.

Ce partenariat renforcé s'inscrit dans l'esprit des orientations préconisées par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui favorise l'organisation de filières complètes de soins entre les institutions sanitaires et médico-sociales, de manière à ce que chacun apporte expertise et savoir-faire. La filière organisée entre les deux structures fonctionne ainsi : le CHU assure la phase de diagnostic initial de soins médicaux ou chirurgicaux de court séjour, d'éducation et de prévention ; l'ASEI assure les soins de suite et de rééducation dans le cadre d'une prise

en charge globale à la fois rééducative, scolaire et éducative.

Quatre grands domaines médicaux font l'objet de la coopération.

La néonatalogie et le centre d'action médico-sociale précoce, sous la conduite du Dr Jean-Yves Letaliec, neuro-pédiatre, s'adressent aux enfants de 0 à 6 ans présentant des pathologies motrices ou neuro-motrices. Le Centre Paul Dottin prend en charge les diagnostics et traitements précoces.

La chirurgie orthopédique et traumatologique infantile, sous la responsabilité du Dr Monica Ursei, chirurgien orthopédiste pédiatrique, concerne les enfants atteints de pathologies motrices ou neuro-motrices. Le Centre Paul Dottin réalise des consultations, des bilans et la rééducation fonctionnelle post-opératoire des enfants en provenance du CHU. L'endocrinologie pédiatrique, sous la responsabilité du Pr Tauber et du Dr Jouret, intéresse les enfants ayant des pathologies liées à l'obésité et aux troubles de la nutrition. La consultation des enfants handicapés de l'ASEI est assurée par les médecins du CHU et l'ASEI prend en charge au Centre Paul Dottin, dans le cadre du réseau REPOP, l'éducation thérapeutique. La prise en charge

L'association Agir, Soigner, Éduquer, Insérer (ASEI) a pour objet la prise en charge globale, l'accompagnement, l'éducation et l'insertion des personnes handicapées et des personnes dépendantes et fragilisées dans le cadre des valeurs qui ont toujours présidé à son action : la laïcité, le refus des discriminations, le respect de la personne et la solidarité.

L'ASEI gère 47 centres regroupant 88 établissements et services sanitaires et médico-sociaux.

rééducative en nutrition s'effectue au Centre James Bouron dans les Hautes-Pyrénées.

La consultation d'audiophonologie, conduite par le Dr Anne Honegger, se fait au Centre Lestrade CIVAL où sont reçus, en partenariat avec le centre de référence du CHU, des enfants de 0 à 16 ans déficients auditifs ou présentant des troubles du langage.

Au Centre Paul Dottin, la coordination de la médecine physique et de réadaptation est assurée par le Dr Véronique Bourg.

Le partenariat concerne également le nouvel établissement ASEI, le centre André Mathis de Saint-Gaudens, spécialisé dans la déficience visuelle. À l'occasion de la signature de cette nouvelle convention, Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHU, a souligné « les valeurs communes et complémentaires d'égalité, d'adaptabilité et de neutralité qui unissent les deux établissements ». Philippe Jourdy a rappelé la coopération de qualité développée entre les deux institutions pour assurer une prise en charge plus efficace et mieux adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap. Pour Jean-Jacques Romatet, les deux équipes « se relaient dans une remarquable continuité qui se déroule dans un grand esprit de confiance ». Pour Jean Bousquet, président de l'ASEI, « la loi HPST renforce le sentiment d'avoir bien fait en étant précurseur d'une démarche partenariale dans laquelle sont déclinées des valeurs qui donnent un sens à l'action menée en commun, ce qui illustre une pratique de la solidarité et de la laïcité qui nous permet de vivre ensemble ».



La signature de la convention par Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHU et Jean Bousquet, président de l'ASEI, au côté de Philippe Jourdy, directeur général de l'ASEI et en présence notamment, des médecins qui agissent dans le cadre de ce partenariat.

Médecine légale

Pour mieux franchir l'obstacle...

Le CHU a initié une rencontre police/justice/hôpital afin de confronter plusieurs logiques dans l'approche de l'Obstacle Médico Légal lors des interventions d'urgence.



De gauche à droite : le procureur Michel Valet, le Pr Norbert Telmon, Claude Fonquernie et le Dr Jean Louis Ducassé

Le SAMU 31, en partenariat avec l'unité médico judiciaire et la direction des affaires juridiques du CHU, a initié une rencontre entre médecins urgentistes, médecins légistes, officiers de police judiciaire, directeurs hospitaliers et magistrats du parquet. Le Dr Jean-Louis Ducassé, directeur du SAMU 31, le Pr Norbert Telmon de l'unité de médecine légale et unité médico judiciaire et thanatologie, Claude Fonquernie, directeur des affaires juridiques, ainsi que Michel Valet, procureur de la République de Toulouse ont animé une réunion de travail sur le thème de l'Obstacle Médico-Légal en Médecine d'Urgence (OML).

La démarche qui a conduit les organisateurs à proposer cette rencontre était un constat, partagé par les acteurs de santé et les officiers de police judiciaire (ORJ), de la sous utilisation de l'OML et/ou de son utilisation inappropriée. Cette incompréhension entre les pratiques médicales et les non-médecins rassemblés sur un même lieu d'intervention pouvait aussi à terme troubler les familles concernées par la situation et accroître le poids de leur souffrance.

La référence légale

Jean-Louis Ducassé a présenté les différents textes de lois à disposition, (cf. Article 81 du code civil) : « Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui

donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée » et en particulier l'Article 74 du Code de procédure pénale qui reste pour chacune des parties la seule référence légale.

« En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte

sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations. Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut, toutefois, déléguer aux mêmes fins, un officier de police judiciaire de son choix (...) Sur instructions du procureur de la République, une enquête aux fins de recherche des causes de la mort est ouverte (...). À l'issue d'un délai de huit jours à compter des instructions du magistrat, ces investigations peuvent se poursuivre dans les formes de l'enquête préliminaire. Le procureur de la République peut aussi requérir information pour recherche des causes de la mort. » L'interrogation qui se pose lors de l'établissement du certificat de décès porte sur le poids de la décision de cocher ou pas l'obstacle médico légal.

D'autres textes (cf. rapport IGAS « La mort à l'hôpital », les Annales françaises d'Anesthésie Réanimation) existent et peuvent être consultés. Le dernier congrès d'Urgences de juin 2011 a repris dans ses débats cette problématique qui semble être de plus en plus un motif d'interrogation pour l'ensemble des urgentistes. Dans un rapport du SAMU de Garches, la problématique était d'essayer de repérer le nombre d'OML : sur 132 certificats de décès établis, seuls 13% avaient coché l'obstacle médico légal. Devant l'absence de définition claire de l'OML, le Pr Telmon a présenté trois

DÉPARTEMENT : _____ **CERTIFICAT DE DÉCÈS**
conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996

A remplir par le Médecin

COMMUNE DE DÉCÈS : _____	Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et constatée (voir 1 au verso).
Code Postal : _____	Obstacle médico-légal (voir 2 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM : _____	Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prénoms : _____	- dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date de naissance : _____	- dans un cercueil simple (voir 5 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sexe : _____	Obstacle au don du corps (voir 6 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Domicile : _____	Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir 8 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

A conserver dans la mairie de lieu d'implantation de la chambre funéraire

La décision de cocher ou pas l'obstacle médico-légal lors de l'établissement du certificat de décès

définitions simples au regard d'un médecin :

- > Mort naturelle qui est l'évolution d'un état pathologique ou vieillissement.
- > Mort violente consécutive à une intervention extérieure volontaire (homicide, suicide) ou involontaire (accident).
- > Mort suspecte. Dans ce dernier cas, les circonstances suggèrent l'intervention d'un tiers. La cause est inconnue (pour les médecins) . La mort est-elle suspecte ? Le procureur Valet a souligné l'importance de deux logiques qui vont alors s'affronter sur le lieu de l'intervention. Le médecin va chercher la cause du décès. Le magistrat du parquet va lui chercher l'infraction pénale.

L'évaluation des situations

À travers la présentation de quatre cas cliniques présentés grâce à une méthode interactive et participative originale générant une discussion animée et riche

entre les participants, il sera nécessaire d'évaluer pour chacune des situations présentées s'il semble opportun ou pas de poser un OML.

En synthèse de cette rencontre, M. le procureur Valet a insisté sur le fait que pour les membres de la justice et de la police l'obsession est de ne pas passer à côté d'une situation qui pourrait relever de la justice, d'un problème de droit pénal, crime, délit... Il lui a semblé important de rappeler le principe de réalité dans la répartition des rôles de chacun. Il a tenu à souligner combien le parquet était très respectueux d'une décision médicale par rapport à une situation donnée. Dans ces métiers lourds de conséquences humaines, il n'y a pas de modes d'emplois, il n'y a qu'une intelligence de situation et d'appréciation personnelle. L'importance d'un dialogue commun dans des logiques individuelles est essentielle dans une appréciation au cas par cas qui facilite grandement le travail collectif.

Le Dr Ducassé a préconisé l'élaboration d'un petit livre pratique de référence OML. Au-delà de l'OML, il est indispensable de tisser des liens très étroits entre la médecine pré-hospitalière (SAMU et PDS) et les autres acteurs (justice, police). Une fiche de liaison commune pourrait être élaborée en collaboration avec le SAMU, les médecins Urgentistes, les médecins Légistes et les forces de l'ordre.

Claude Fonquernie, en conclusion, s'est réjoui de ce « moment professionnel exceptionnel » dans la recherche de circonstances, mais aussi dans l'approche humaine. Il a souhaité, avec l'appui du CHU de Toulouse et de l'ensemble des acteurs concernés, lancer un projet fort dans le cadre d'un groupe de travail restreint pour élaborer un certain nombre de protocoles police/justice/hôpital, dans le respect des compétences de chacun.

Associations

France Parkinson 31 : au plus près des patients



Marie-Claire Tortet,
déléguée régionale
de France Parkinson 31

L'Association France Parkinson, reconnue d'utilité publique, a été créée en 1984. Elle est structurée en délégations départementales et régionales animées par des responsables bénévoles chargés d'organiser des réseaux de soutien aux personnes atteintes de cette maladie.

La vocation principale est de venir en aide aux parkinsoniens et à leur entourage, les aider et surtout les encourager à rejoindre l'association pour rompre leur isolement et trouver du réconfort.

Des états généraux de la maladie de Parkinson ont été organisés pour sensibiliser les pouvoirs publics. Cette démarche, avec une bonne contribution des patients et de leur entourage, a pris la forme en avril 2010 d'un « Livre Blanc » présenté à Paris sous le parrainage du ministère de la Santé. Ce livre est le recueil du vécu, du ressenti et des attentes des parkinsoniens.

La deuxième étape, pour laquelle France Parkinson se mobilise, a pour objectif la mise en place d'un « Plan Parkinson ». Ce plan permettrait une plus grande connaissance et reconnaissance des problèmes rencontrés et rendrait plus lisible les caractéristiques de cette maladie neurologique très invalidante.

Le comité France Parkinson 31, réunit le deuxième jeudi du mois, responsables départementaux de l'association mais

aussi neurologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, pour informer sur les droits et aides auxquels peuvent prétendre les personnes atteintes de la maladie.

France Parkinson 31 est un comité très actif qui allie le sérieux de ses missions à la convivialité de rencontres entre patients pour leur permettre de mieux vivre cette maladie, de rester dynamique et surtout d'éviter l'isolement :

- > ouverture d'une antenne à Saint-Gaudens ;
- > accueil chez un patient, à Castelnau d'Estretfonds, qui souhaite mettre à disposition le parc de sa demeure pour des pique-niques conviviaux mais aussi la création d'un atelier de musicothérapie et d'expression corporelle ;
- > ouverture d'une antenne « Jeunes Parkinsoniens » qui propose la création d'un groupe de marche nordique autour du lac de La Ramée, sorties, pique-niques...
- > projet de voyage au Pays Basque.

Enfin, depuis quelques semaines, l'association tient une permanence à la Maison des Usagers de l'Hôpital Rangueil une fois par mois.

Projet d'établissement

Systèmes d'information : le nouveau schéma directeur se met en ligne



De gauche à droite : Pauline Albouy-Pomponne, Gaudérique Garrigue, Thérèse Cousseau-Bourdoncle, Yann Morvezzen, Olivier Baretts, Max Schilling, Beatrix Salvagnac, Henry Juchet et Sylvie Salvin

Dans le cadre du projet d'établissement 2012/2016 du CHU, la direction générale a engagé l'élaboration d'un Schéma Directeur des Systèmes d'Information (SDSI) avec pour objectif de soutenir les activités et les projets du CHU pour les années à venir et de répondre aux nouveaux enjeux de l'établissement. L'évaluation et l'adaptation du système d'information hospitalier concernent tous les domaines d'activité, donc l'ensemble des acteurs du CHU.

Le système d'information hospitalier doit couvrir tous les domaines fonctionnels, médico-soignants, administratifs et logistiques. Il doit également sécuriser les activités et les données tout en favorisant l'échange et le partage d'informations. Les outils et organisations doivent être rationalisés afin d'éviter les redondances et obtenir le meilleur service au meilleur coût. Le SDSI prendra également en compte les objectifs et plans d'action des projets en cours sur le pilotage du CHU et des pôles : projets de Système d'Information Décisionnel

et Gestion Documentaire et Pilotage des pôles. La mise en œuvre du projet s'effectue de février à octobre 2011. De février à avril, cinquante-deux entretiens ont été réalisés auprès des décideurs et responsables opérationnels de l'établissement, de techniciens de la DSIO, mais aussi de partenaires du domaine de la santé. Il est important que tous les acteurs soient associés à cette réflexion, afin de recueillir leurs points de vue, leurs besoins et les enjeux majeurs qu'ils identifient dans leurs secteurs respectifs au niveau des systèmes d'information.

De premiers enseignements ont pu être dégagés à l'issue d'entretiens. La démarche est appréciée, les professionnels s'impliquent et participent activement, l'attente est forte.

Mai et juin 2011 ont été consacrés aux ateliers thématiques. Des personnels du CHU ont contribué dans ce cadre à définir, hiérarchiser et prioriser les besoins.

Les thématiques retenues sont les suivantes :

- > les briques et l'organisation globale du dossier patient informatisé ;
- > place de l'image médicale dans la prise en charge ;
- > recherche, vue clinique et vue administrative ;
- > enseignement et formation ;
- > ouverture du système d'information sur l'extérieur ;
- > portails Internet et Intranet ;
- > système d'information logistique et technique ;
- > sécurité pour les métiers, la réglementation, les données du malade ;
- > travail et communication en équipe ;
- > pertinence et justification des actes ;
- > gouvernance du système d'information.

Les résultats des travaux menés seront ensuite exploités pour construire le plan d'évolution du système d'information du CHU. Ce plan sera présenté en fin d'année.

Les axes stratégiques du schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) 2012-2016

- Couvrir toutes les fonctions de « routine », et notamment la prescription
- Soutenir le pilotage et la gestion décentralisée des pôles
- Renforcer les vigilances et la gestion des risques

Consolider les fondamentaux à l'intérieur du CHU

Investir pour assurer la qualité et réduire les coûts de fonctionnement

- Travailler sur la pertinence des soins et la sobriété de la prescription
- Accompagner les projets d'optimisation

Positionner le CHU comme un acteur engagé de la transformation et de la performance des missions sanitaires et universitaires

Valoriser des domaines d'excellence en soins, recherche et enseignement

- S'intégrer dans son environnement plus ou moins proche, notamment :
 - > Au niveau universitaire (PRES, Université Paul Sabatier)
 - > Au niveau de la recherche (Inserm, autres)
- Traiter des volumes de données très importants

Créer les conditions de l'implication des patients

- Rendre le patient acteur de sa prise en charge
- Animer des communautés de patients
- Donner une véritable place aux associations de patients

Participer à la qualité du continuum soins à l'extérieur du CHU

- Contribuer à la collaboration territoriale
- Développer la télésanté
- Participer à l'hospitalisation à domicile (HAD)
- Coopérer avec la médecine libérale
- Participer à l'Institut Universitaire du Cancer

Haute disponibilité

Dans le cadre de son projet de sécurisation des applications informatiques, la DSIO a conduit deux opérations majeures successives. La première a été la mise en œuvre d'un plan de reprise d'activités (dispositif de sécurité en cas de crise majeure) sur le site associé d'Amiens, le week-end des 16 et 17 octobre 2010. Neuf applications critiques ont été concernées. Elles avaient nécessité onze mois de préparation. L'opération de basculement d'un site à l'autre a demandé six heures.

Il y a eu ensuite les 8 et 9 février 2011 le déménagement du centre de traitement informatique sur le site toulousain de Basso Cambo. 580 serveurs ont été concernés. Ce travail a nécessité six mois de préparation. Il a représenté 123 opérations distinctes représentant 1067 tâches. Il a mobilisé 12 camions de 7,5 tonnes.

L'installation s'est effectuée dans un bâtiment neuf inauguré en septembre 2010. Il est situé dans les locaux du Groupement d'Intérêt Public Midi-Picardie Informatique Hospitalière. Ce bâtiment est classé Tier III+, norme technique équivalant à un taux de disponibilité supérieur à 99,98%.



La bâtiment neuf à Basso Combo dans les locaux du GIP MIPIH



Objectif qualité

La troisième visite de certification du CHU est prévue en septembre 2012. Cette nouvelle procédure revêt une grande exigence. Il reste un an de travail pour réussir cet examen de première importance.

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la procédure de certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement. La troisième procédure dite V2010 représente une importante évolution du dispositif de certification. Par ailleurs l'établissement vient de formaliser pour la première fois son Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins (PAQS), véritable outil de management de la qualité au sein de l'institution.

L'évolution des démarches

Si la première certification avait vocation à initier le mouvement, si la V2 avait privilégié une médicalisation de la démarche, le nouveau dispositif a été pensé et développé par la HAS (Haute Autorité de Santé) pour mettre en œuvre une certification à la fois plus continue et efficiente.

Quatre objectifs généraux ont guidé plus particulièrement les travaux de développement de la V2010 :

- > Renforcer l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- > Simplifier la certification pour les équipes en réduisant la charge de travail induite et les contraintes formelles.
- > Accroître la garantie fournie aux usagers.
- > Inscrire la certification dans la régulation hospitalière par la qualité.

Les pratiques exigibles prioritaires (PEP)

Afin de renforcer l'effet de levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des pratiques exigibles prioritaires sont introduites dans le manuel de certification. Ces pratiques sont des critères pour lesquels des attentes renforcées sont exprimées. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences sera systématique.

La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux, ainsi que sur la capacité de la certification à générer des changements sur ces sujets. La non-atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduira systématiquement à une décision de certification péjorative, voire à une non-certification.

Exemple : la prise en charge de la douleur (Chapitre 2 Critère 12.a du manuel de certification).



Chapitre 2 Critère 16.a [réf. du manuel de certification]: dispositif d'accueil du patient

Le nouveau manuel de certification

Le Manuel de certification V 2010 révisé en Avril 2011 comporte 28 références déclinées en critères et éléments d'appréciation. Des « pratiques exigibles prioritaires » (PEP) ont été introduites principalement dans les domaines de la gestion des risques associés aux soins et des droits des patients.

Deux grands chapitres sont à traiter : d'une part la qualité du management, et les aspects institutionnels et transversaux de la qualité et de la sécurité ; d'autre part, les aspects relatifs à la prise en

charge du patient, dont la majorité doit être, dans la rédaction finale, déclinée pour les cinq types de prise en charge (MCO, SSR, SLD, Santé Mentale et HAD).

Il n'est plus préconisé de « groupes d'auto-évaluation » constitués spécialement pour la procédure et l'établissement peut mobiliser les groupes de travail dont il dispose déjà (ex : CLUD, CLIN et EOH, Groupe dossier patient, COPS, ...). À l'opposé des autres critères, l'autoévaluation des PEP doit comporter une rédaction détaillée ; il en va de même pour les points ayant fait l'objet de recommandations au décours de la visite précédente.



Chapitre 2 Critère 28.a: Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Les 4 thématiques qui ont fait l'objet d'un rapport de suivi en 2009 et sur lesquelles le CHU est attendu



Chapitre 1 Critère 8.g
Maîtrise des risques infectieux



Chapitre 1 Critère 6.a
Sécurité des biens et des personnes



Chapitre 1 Critère 7e
Gestion des déchets



Chapitre 2 Critère 20.a bis
Prise en charge médicamenteuse du patient

Les décisions de la HAS

Pour améliorer la lisibilité du manuel et structurer le dispositif de cotation, chaque élément d'appréciation est classé en V2010 dans trois colonnes : E1 ; E2 et E3.

Elles correspondent aux étapes classiquement rencontrées dans une démarche d'amélioration : prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer :

- > les éléments d'appréciation de type E1 ou « Prévoir », qui explorent la politique sur un sujet donné ;
- > les éléments d'appréciation de type E2 ou « Mettre en œuvre », qui explorent le déploiement de cette politique ;

> les éléments d'appréciation de type E3 ou « Évaluer et améliorer », qui explorent les résultats de cette mise en œuvre.

Cette nouvelle structuration des exigences de la certification contribue ainsi à la généralisation souhaitée des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques (EPP). Chaque critère doit être assorti d'une ou plusieurs EPP, abouties ou émergentes. Les démarches correspondantes existent le plus souvent déjà en CHU, mais doivent être mieux formalisées.

La Haute Autorité de Santé a durci son dispositif de décision. Un barème de cinq niveaux a été retenu.

- > **Certification la plus favorable** (aucune décision), valable pour 4 ans.
- > **Certification avec recommandation(s)** (lorsqu'au moins une recommandation a été identifiée) valable pour 4 ans avec un suivi par un *rapport de suivi* ou production d'un *plan d'actions* à échéance déterminée.
- > **Certification avec réserve(s)** (lorsqu'au moins une réserve a été identifiée) valable pour 4 ans avec exigence de suivi par un *rapport de suivi* à échéance déterminée.

La nouvelle structuration du manuel : prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 1

Management stratégique

Référence 1

La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

E1 | Prévoir

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

E2 | Mettre en œuvre

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).

Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.

E3 | Evaluer et améliorer

Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.

- > Lorsqu'au moins une réserve majeure a été identifiée dans l'établissement, la Haute Autorité de Santé décide de *surseoir à la certification*. Cette décision concerne actuellement 11 % des établissements ayant achevé la procédure. L'établissement ne sera certifié que s'il améliore significativement dans un délai fixé par la Haute Autorité Santé, les points ayant donné lieu à des réserves majeures. Le suivi est assuré par une *visite de suivi*. Cette décision de surseoir peut également être prononcée en cas d'avis défavorable d'exploitation des locaux de l'établissement. Celle-ci pourra être levée si les autorités compétentes en matière de sécurité incendie émettent un avis favorable.
- > **Non-certification**, en première intention ou à la suite d'une réserve majeure non suivie d'amélioration.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQS)

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins d'un établissement de santé est un véritable outil de management. Il constitue un critère clé au sein du manuel de certification car il traduit la volonté, le dynamisme et la capacité d'un établissement à améliorer sa politique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Désormais, les établissements de santé ont un seul programme d'actions sur la qualité et la sécurité des soins.

L'élaboration, la mise en place et le suivi de ce programme impliquent de nombreuses instances (CME, CSIRMT, CRUQPC...), les partenaires sociaux et les personnels de l'établissement. Par l'appropriation de ce programme par le plus grand nombre, l'établissement développe sa culture de qualité et de sécurité.

La préparation de la certification au CHU

Un Comité de Pilotage « Certification 2012 » a été installé par le Directeur Général en avril 2010. Pluriprofessionnel, il est en charge :

- > de la coordination et du suivi des orientations méthodologiques définies par la HAS ;
- > de la définition des orientations stratégiques et des modalités de mise en œuvre du PAQS ;
- > de la mise en place des conditions et des ressources nécessaires à la déclinaison dans les pôles et leurs secteurs d'activité des orientations du PAQS et en particulier des exigences de la V2010 ;
- > de la validation du calendrier de travail et du suivi des échéances ;
- > de la définition et du suivi des actions prioritaires au regard des données de l'autoévaluation et du bilan de sécurité sanitaire ;
- > de la validation de la version finale de l'autoévaluation ;
- > de la proposition du calendrier de visite et de la mobilisation des pôles et de leurs secteurs d'activité ;
- > de la participation au suivi quotidien de la visite de certification ;
- > du suivi des décisions formulées par la HAS dans le rapport de certification et de leur intégration dans les PAQS suivants.



Chapitre 1 Critère 6.b : gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)



Chapitre 2 Critère 22.b : démarche qualité en service d'imagerie médicale

Certification : la mobilisation de tous

La procédure de certification est aujourd'hui normée. La manière de satisfaire à chacune de ses exigences est explicitée dans le détail par la HAS. Le déroulement est fixé avec précision.



Chapitre 2 Critère 26.a
L'organisation des bloc opératoire est une PEP

L'autoévaluation de la prise en charge des patients (chapitre 2)

La phase préliminaire, initiée fin 2010 et qui sera achevée mi-septembre 2011, repose sur la mobilisation des comités de la CME et des groupes de travail sur les exigences devant faire l'objet d'une stratégie institutionnelle.

Dans la certification V 2010, les établissements de santé sont libres de s'organiser comme ils le souhaitent pour conduire leur autoévaluation. Les principales contraintes restantes concernent la nécessité d'une approche multiprofessionnelle et l'association des usagers.

Sur de nombreux sujets (par exemple hygiène et lutte contre les infections nosocomiales, dossier patient, prise en charge de la douleur...), le CHU de Toulouse dispose de structures qui déterminent la stratégie institutionnelle et en assurent le suivi. Dans ces domaines, la

mobilisation de ces structures est un préalable à la poursuite de l'autoévaluation. Celle-ci devra, dans un second temps, porter sur le caractère effectif de la mise en œuvre de cette stratégie au sein des pôles cliniques et médico-techniques et de leurs secteurs constitutifs.

Au plan opérationnel, durant l'automne 2011, le travail préliminaire cité précédemment sera enrichi, et complété pour ce qui concerne les exigences sur le parcours des patients, par des groupes spécifiques appuyés sur les pôles cliniques et médico-techniques.

À cet effet, le comité de pilotage a souhaité que chaque bureau de pôle lui propose des référents qualité dont les missions seront d'assurer :

- > une contribution à la démarche de certification ;
- > la mise en œuvre du PAQS au niveau des pôles ;
- > le suivi du tableau de bord des indicateurs qualité.

Il s'agit avant tout de favoriser l'appropriation des objectifs du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité par des professionnels en activité.

L'institution octroiera à chaque pôle une enveloppe financière compensant le temps dédié à cette mission. Elle assurera la formation des référents.

En fin d'année 2011, le CHU pourra ainsi déterminer quelles actions d'amélioration doivent être impérativement et prioritairement mises en œuvre pour éviter une décision défavorable. Certains groupes de travail ont d'ores et déjà, engagé les actions nécessaires.

Les autres étapes

Les étapes suivantes concerneront :

- > la mise en œuvre des mesures prioritaires d'amélioration (1^{er} semestre 2012) ;
- > le réajustement de l'autoévaluation (finalisation avant la fin mars pour envoi à la HAS) ;
- > la préparation de la visite stricto sensu (enrichissement progressif de la base de documents preuve, communication auprès des équipes, visites à blanc, valorisation des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques et des points forts, etc.).



Communication et dynamiques qualité

Un effort de communication important est à effectuer pour faire connaître les objectifs et les modalités de la certification V 2010 aux professionnels du CHU de Toulouse et les associer à la démarche. C'est un facteur essentiel de mobilisation et de réussite.

Un bulletin d'information des programmes qualité et de la certification 2012 sera diffusé régulièrement à l'ensemble du personnel du CHU. Il valorisera les démarches d'évaluation et d'amélioration qui sont conduites par des comités/groupes de travail et dans les services pour résoudre des problèmes de qualité connus des professionnels. Il fera régulièrement un point sur l'avancement de la procédure. Il reprendra la nouvelle identité graphique « dynamiques qualité ». Ce visuel a été validée par le Comité de pilotage en mai 2011.

Le kangourou, symbole de la qualité au cœur de nos pratiques

Cet animal ne court pas mais bondit comme un ressort sur ses pattes arrière. Il procède ainsi par bonds successifs. Il ne peut pas facilement reculer à cause de la forme si singulière de ses pattes et de sa queue qui lui sert de cale. D'un caractère plutôt placide, le kangourou sait pourtant être combatif dans l'adversité et faire face aux défis qui lui sont lancés.

Il symbolise une dynamique globale d'amélioration de la qualité par petits pas. Chacun à son niveau participe aux avancées. La réussite et la valorisation de ces petits progrès favorisent la mobilisation des personnels et servent à ancrer la qualité au cœur de nos pratiques.

Ce logo accompagnera désormais la communication de la certification 2012 et les démarches qualité au CHU de Toulouse.

Témoignage

Un expert-visiteur n'est pas un contrôleur, il valide une auto-évaluation



Josette Destang

Cadre supérieur de santé à la direction des soins du CHU, Josette Destang est elle-même expert-visiteur. Elle a accédé à cette fonction à la suite d'un appel à candidature de la HAS auquel elle a répondu. Elle a été sélectionnée et a effectué sa première mission en 2005.

Elle est professionnelle de santé en exercice, comme tous les experts-visiteurs. Comme tous ses homologues, elle a la charge de réaliser douze visites en trois ans. Le périmètre d'intervention est national, mais un expert ne peut être missionné pour un établissement de sa propre région.

« Nous ne sommes pas des inspecteurs, explique Josette Destang. Nous sommes des professionnels qui examinons l'état d'avancement de la démarche qualité mise en place dans un établissement. Nous formulons un avis au regard du référentiel fourni par la HAS ».

Josette Destang a vécu les trois niveaux de procédure mises en œuvre : elle qualifie la première de très pédagogique, la deuxième de structurante et organisationnelle. La troisième pour elle est symbolisée par l'appropriation de la démarche qualité.

« Une visite, relate Josette Destang, se prépare la veille avec la rencontre des experts désignés qui se concertent sur les objectifs à atteindre. A l'arrivée dans un établissement, on ressent de la part de nos hôtes une appréhension face à une équipe externe d'évaluation qui arrive avec ses questions et va passer plusieurs jours à valider des réponses. Nous nous appuyons sur les mêmes documents que ceux qui sont en possession de l'établissement. Nous regardons ce qui a été répondu, vérifions et quand nous ne trouvons pas, nous recherchons. Ce n'est pas un contrôle, c'est la validation d'une auto-évaluation.

« À partir du moment où un établissement a pris le temps d'analyser ses pratiques, il ne peut y avoir que du positif. L'hôpital est contraint par un calendrier qui l'amène à s'organiser en conséquence et à mettre en place les actions nécessaires, en préalable à la visite des experts ».

Les équipes sont dimensionnées en fonction de la taille des établissements. Il existe des grandes catégories d'experts-visiteurs : les directeurs et gestionnaires ; les médecins ; les soignants ; les ingénieurs qualité et les pharmaciens.



Environnement : le CHU s'engage dans la durée

Gros consommateur d'énergies, grand acheteur et transformateur de matières premières, important producteur de déchets, le CHU met en œuvre un projet de développement durable qui intègre aussi les dimensions sociales et sociétales de la démarche.

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



« Un établissement de santé, c'est comme un organisme vivant. Pour assurer sa mission, il a besoin de matières premières dont il assure la transformation, d'où son impact majeur sur l'environnement à travers sa consommation d'énergie et le rejet de ses déchets. Il a également besoin de ressources humaines et de relations avec son environnement local immédiat pour fonctionner et s'épanouir. A ces différents titres, nous sommes tous interpellés par les dimensions économique, environnementale, sociale et sociétale de ces problèmes. »

Elisabeth Toutut, directrice-adjointe du CHU, chargée de mission sur les questions

liées au développement durable, montre ainsi que le sujet concerne chacun, y compris dans son milieu professionnel. Par sa dimension, le CHU de Toulouse se doit de prendre en compte d'une façon prioritaire ces problématiques. Il consomme des énergies non renouvelables. Il émet des gaz à effet de serre et participe à la pollution générale. Il est gros employeur, forme et informe, et il est une immense plaque tournante où passent des milliers de malades, de visiteurs, de fournisseurs, d'élèves et bien sûr des personnels nombreux. Il est également un gros acheteur, donc un acteur économique de premier plan.

Les énergies renouvelables

Le recours aux énergies renouvelables fait partie des objectifs du protocole de Kyoto et du Grenelle de l'environnement. Le CHU réfléchit à la faisabilité de telles démarches appliquées à certains de ses sites : photovoltaïques sur des pare-soleils pour les parkings ; projet d'expérimentation d'énergies renouvelables sur le site de Salies-du-Salat après diagnostic de faisabilité avec l'ADEME ; clause contractuelle intégrant le recours obligatoire aux énergies renouvelables (dont la bio masse) inscrite dans le projet du futur Pôle Energies de Purpan qui alimentera à terme le PPR et l'URM.



Impulser des prises de conscience

Le développement durable se décline au CHU à plusieurs niveaux : « En tant qu'acheteur, employeur et acteur social du territoire, souligne Elisabeth Toutut, l'établissement représente un formidable potentiel pour impulser des prises de conscience dans la société, que ce soit au cours de négociations avec les fournisseurs ou dans les démarches de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage auprès du public ».

Il s'agit surtout, insiste Elisabeth Toutut, « de s'assurer que le fonctionnement du CHU n'occasionne de nuisances, ni aux personnes, ni à l'environnement. Il convient de veiller notamment à ce que tout ce qui est utilisé comme produit, tout ce qui peut être rejeté dans l'air ou dans l'eau, ne soit pas potentiellement dangereux pour tous les êtres vivants ou l'environnement ».

Les applications pratiques sont multiples : cela va du contenu des cahiers des charges soumis aux fournisseurs, pour qu'ils prennent en charge le traitement ou le recyclage des emballages de leurs produits, au traitement des déchets, en

passant par la sensibilisation aux économies d'énergie et de matières premières, le papier par exemple. Sans oublier bien sûr l'intégration d'objectifs environnementaux dans les projets de nouvelles constructions ou dans les réhabilitations de bâtiments.

Identifier les dysfonctionnements

Tout cela suppose d'identifier les dysfonctionnements au quotidien et sur le terrain et d'essayer d'induire des changements d'attitude à tous les niveaux des personnels de l'hôpital. Cet objectif passe par une prise de conscience que la négligence de chacun entraînera des conséquences extrêmement préjudiciables pour les générations suivantes.

« Nous sommes tous interdépendants, ajoute Elisabeth Toutut. Les questions environnementales sont devenues un enjeu de solidarité planétaire. La pollution ne connaît pas de frontières ».

Le CHU, c'est
600 000 m²
de bâti



sur près d'une centaine d'hectares dont près de quarante d'espaces verts.

Le CHU a consommé en 2010
690 668 m³ d'eau

pour une dépense de 1,6 million d'euros.



La consommation d'électricité a été durant la même période de
85 millions de kWh

Coût : 5,5 millions d'euros.



Près de
35 millions
de kWh de gaz



ont été consommés.
Coût : 3,2 millions d'euros.



L'activité du CHU a généré en 2010 plus de
6 142 tonnes
de déchets

dont 1 391 tonnes de Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI) ; la collecte, le tri et le traitement de ces déchets ont coûté plus de 3 millions d'euros.

Récup'Papier à l'Hôtel-Dieu

Depuis le mois de mars, l'Hôtel-Dieu est site expérimental de la récupération du papier usagé jeté dans les corbeilles de bureau. Le personnel est maintenant invité à utiliser des « conteneurs » installés au sein de l'Hôtel-Dieu : huit sont de taille réduite et dédiés à la production quotidienne ; deux sont plus volumineux et positionnés au rez-de-chaussée pour recevoir des quantités plus importantes.

Ces bacs sont fermés, gage d'une confidentialité des feuillets recueillis. Cette expérimentation se déroule avec le concours de Veolia qui transfère ces conteneurs à La Grave pour les vider dans le compacteur qui ne recevra donc plus que du papier. Des conteneurs gris sont placés à côté pour les ordures ménagères. Si le bilan de cette expérimentation s'avère positif, il sera envisagé d'étendre la démarche à d'autres bâtiments ou sites du CHU.



1 Les commissions thématiques sont organisées autour des thèmes inscrits dans la V2010 d'accréditation de la HAS relevant d'une démarche de développement durable :

- > Commission 1 « démarche éthique, politique des droits des patients et implication des usagers, de leurs représentants et des associations » ;
- > Commission 2 « dialogue social et implication des personnels, qualité de vie au travail » ;
- > Commission 3 « achats éco-responsables et approvisionnements » ;
- > Commission 4 « gestion de l'eau, de l'air, de l'énergie et des transports » ;
- > Commission 5 « filières déchets ». Les candidatures de nouvelles bonnes volontés sont les bienvenues.

Mais le développement durable présente aussi d'autres dimensions à contenu plus humaniste, en particulier le bien-être au travail, avec les notions de respect mutuel, de lutte contre l'exclusion, les discriminations et les sources de stress. Il faut être à l'écoute de la souffrance, celle des patients et de leurs familles, comme celle éventuelle des personnels. »

La démarche de développement durable à l'intérieur du CHU a été lancée le 8 avril dernier par la direction générale, en présence des directeurs et d'une cinquantaine d'agents du CHU, volontaires pour participer aux travaux des cinq commissions thématiques mises en place¹.

À cette occasion, le coup d'envoi a été donné à une réflexion plus particulièrement ciblée sur les problématiques de « management environnemental » initiées par l'Agence Régionale Pour l'Environnement (ARPE), avec l'accompagnement d'un bureau d'études spécialisé (APAVE).

Le travail s'effectuera en deux temps :

- > un premier avec l'établissement d'un diagnostic débouchant sur un plan d'actions réalisables sur le court terme² ;
- > un deuxième avec l'élaboration d'une stratégie de développement durable pluriannuelle inscrite dans le Projet d'Établissement du CHU.

En toile de fond est esquissé un « Agenda 21 » qui intégrerait les cinq finalités définies lors du Sommet de Rio de 1992 : la lutte contre le changement climatique ; la préservation de la biodiversité, des milieux et ressources naturelles ; l'épanouissement de chacun ; la solidarité entre tous les êtres humains et les territoires ; l'adoption de modes de consommation et de production durables.



De droite à gauche : Elisabeth Toutut, Brigitte Buffet (Consultante APAVE), Anthony Roussillon (Agence Régionale Pour l'Environnement ARPE), Viviane Sampara (ARPE), Jean-Jacques Romatet

² Ces actions prioritaires permettront notamment de répondre aux exigences de la nouvelle démarche de certification de la Haute Autorité de Santé qui inclut désormais des critères relatifs au développement durable.

Paroles de soignants

Un premier prix pour les infirmières de l'unité mobile de gériatrie

Les infirmières de l'unité mobile de gériatrie ont présenté au 10^e congrès national des professionnels de la gériatrie un poster sur le rôle de l'infirmière de l'unité mobile de gériatrie aux urgences du CHU de Toulouse.

L'objectif de ce poster était de mettre en évidence le rôle propre d'évaluation et de proposition d'une infirmière. Ce travail a été récompensé par le premier prix des posters.

Les urgences reçoivent, chaque jour de nombreuses personnes âgées fragilisées pour divers motifs médico-sociaux. L'unité mobile de gériatrie propose au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée une évaluation de ces patients dans un temps dédié afin de favoriser leur retour à domicile dans des conditions de sécurité suffisantes évitant des hospitalisations précoces et répétées.

L'infirmière a un rôle fondamental et complémentaire du médecin dans cette évaluation qui permet grâce à un recueil de données standardisé réalisé auprès des équipes et du patient, d'inclure le projet de soins de la personne âgée dans toutes ses dimensions (physique, environnementale et psychosociale). Ce recueil peut être complété d'une enquête auprès des aidants ou des professionnels intervenant au domicile. C'est une approche holistique qui permet d'évaluer l'adéquation entre état de santé, environnement et lieu de vie.

L'infirmière évalue l'autonomie fonctionnelle, l'état nutritionnel, thymique, ainsi que la mobilité du patient en utilisant des grilles reproductibles validées par l'ensemble de la gériatrie et du CHU.

Cette évaluation est synthétisée et comparée à l'environnement du patient. Grâce à ses connaissances et à son expérience, l'infirmière peut alors mener un raisonnement clinique infirmier et poser des diagnostics infirmiers. Elle est alors en capacité de proposer aux autres professionnels de santé ou aux aidants du patient, des actions ciblées qui s'inscrivent dans son rôle propre. C'est l'expertise de l'infirmière de l'UMG.



De gauche à droite, Michelle Caperan, Isabelle Quiot, Marie-Christine Rivière, infirmières de l'unité mobile de gériatrie

Elle trouve également sa place dans la discussion et la synthèse croisées du binôme médecin-infirmier qui débouche sur des propositions consensuelles afin d'adapter effectivement le plan de soins à la qualité de vie du patient et à son environnement. Cette étape illustre l'idée d'un transfert de compétences entre médecin et infirmière et d'un partage d'expériences entre deux visions de soins complémentaires. Ce concept est développé dans les différents écrits sur le thème du travail en réseau « du partage d'expériences, d'apprentissage permanent de type compagnonnage, de complémentarité de compétences ou de dynamique de travail collectif ».

Enfin, l'infirmière mobilise sa capacité d'échange en transmettant la vision globale du patient aux diverses équipes soignantes ainsi qu'aux aidants.

Elle fait de l'éducation thérapeutique aux aidants et les accompagne en reformulant les problématiques posées. L'infirmière transmet dans ce travail transversal sa sensibilité gériatrique. Elle y engage ses convictions professionnelles et humaines. Cette étape de restitution comporte un volet écrit aux équipes et un volet oral au patient et aux aidants.

En unité mobile de gériatrie l'infirmière diversifie ses compétences, engage ses propositions par une créativité organisationnelle, relationnelle et éthique. Elle fait appel à son expérience dans l'élaboration du plan de soins du patient.

Son évaluation multidimensionnelle reste une source permanente d'apprentissage et son implication dans ses propositions témoigne de son adhésion aux valeurs humaines portées par la gériatrie.

Coopération entre professionnels de santé et pratiques avancées



A une époque où l'immobilisme est banni, tout bouge. Les professionnels de santé n'échappent pas au mouvement. Ils sont concernés au premier rang par des mutations qui doivent répondre au nouveau contexte géopolitique de santé, à l'europeanisation **des formations et des diplômes**, aux nouveaux besoins créés par l'évolution de territoires en pleine mutation et à une conjoncture où les enjeux économiques et sociaux sont dominants. La loi HPST prend en compte ces données et traite en ce sens de la coopération entre professionnels de santé. Elle indique ainsi : « Les coopérations consistent en des transferts d'activités ou d'actes de soins, voire une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients. Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins, dans un territoire de santé. La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé, quel que soit le secteur et cadre d'exercice (salarié, public ou privé, libéral, établissements de santé, cabinet libéral, maison de santé pluriprofessionnelle...). »

La proposition de l'article 131 de la loi N° 2004-806 relative à la politique de santé publique a introduit la mise en œuvre d'expérimentations de coopérations entre professionnels de santé, la possibilité de transfert de compétences entre les professions médicales et les autres professions de santé. Sous l'égide de l'Observatoire de la Démographie des Professions de Santé présidé par le P^r Yvon Berland, des expérimentations ont été réalisées. Elles ont concerné la prise en charge de patients diabétiques, de patients suivis dans des centres d'hémodialyse, de patients atteints de l'hépatite C ou encore de patients nécessitant une radiothérapie.

Vers des transferts d'activités

Plusieurs constats mettent en lumière la nécessité de développer les coopérations entre professionnels de santé pour mieux affronter les défis que doit relever la politique de santé : besoins croissants de prise en charge sanitaire liée au développement des maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement

de la population ; évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ; progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé ; nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ; aspiration des professionnels à faire évoluer leur activité et leurs compétences tout au long de leur vie.

Un exemple de pratiques avancées

A titre d'illustration, dans le cadre du suivi à domicile d'un patient atteint de pathologie cancéreuse, une infirmière pourra évaluer les données cliniques et biologiques du patient, adapter les prescriptions si besoin, par exemple reporter une cure de chimiothérapie, mais aussi adresser le patient à l'hôpital en cas de dégradation de son état clinique.

Le dispositif de coopération permet aux professionnels de santé d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. L'initiative des protocoles de coopération appartient aux professionnels de santé. Ils doivent intervenir dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience (mais surtout dans le cadre réglementaire de la certification de leurs compétences et de leur pré-requis) et disposer d'une garantie assurantielle portant sur le champ du protocole.

Les infirmiers sont plus particulièrement concernés par cette évolution qui redéfinit leur champ d'intervention. Le concept de « pratiques avancées » apporte une idée concrète du nouveau cadre. Il distingue deux cas.

Trois orientations

La pratique de première ligne ou premier recours s'exerce dans les domaines suivants : promotion de la santé axée sur les déterminants de santé, éducation, fonction conseil ; prévention axée sur les facteurs de risques sanitaires et de dépistage, suivi de patients vulnérables, liaisons avec les autres partenaires de soins ; diagnostic, prescription et traitement axé sur la résolution des problèmes de santé courants. Cette pratique s'inscrit dans trois orientations : celle d'un modèle de cabinet médical de groupe ou dans un centre intégré de santé ; celle d'un modèle de diversification des tâches ; celle du domicile du patient, territoire privilégié des infirmières.

Le second cas concerne la pratique des soins très spécialisés ou consultation infirmière dédiée au suivi pro-actif de pathologies chroniques avec une responsabilité médicale étendue, notamment en matière de bilan, de diagnostic et de prescription. Elle porte sur la prise en charge en amont et en aval de l'intervention/expertise médicale.

Infirmière praticienne et infirmière clinicienne

Les pratiques avancées amènent à définir deux modèles : l'infirmière praticienne et l'infirmière clinicienne. La mission de l'infirmière praticienne s'inscrit plutôt dans les disciplines médicales spécialisées fortement technologiques et s'exerce en milieu hospitalier. Sa pratique porte sur un domaine d'expertise et de

Les textes de référence

- > Article 51 de la loi du 21 juillet 2009, qui vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental.
- > Arrêté du 31 décembre 2009 qui précise les pièces nécessaires à l'examen des demandes (demande d'autorisation d'un protocole et demande d'adhésion à un protocole autorisé), les délais d'instruction, les consultations possibles, les retours d'information vers les organisations professionnelles.

soins médicaux. L'infirmière clinicienne assure des fonctions d'encadrement, de conduite de projets, d'analyses de situations de soins complexes, de pilotage de démarche qualité et de formation.

Tout cela introduit la notion de transfert de compétences qui annonce un travail de collaboration, de partage des connaissances, de savoir-faire acquis et d'expériences, dans lequel les partenaires ont nécessité d'œuvrer de façon rapprochée.

La conception et le contenu de la fonction infirmière plus précisément sont ainsi à redéfinir à un niveau juridique. La fonction pourrait être envisagée dans une dimension plus globale en la déclinant en termes de responsabilité dans de grands champs d'activité, plutôt que par rapport à une liste d'actes à accomplir. Ces transferts posent la question des enjeux d'une légalisation d'une responsabilité médicale limitée qui change de nature le lien de subordination en lien de collaboration ou de façon plus restreinte en lien de coopération.

Dans notre CHU, la réflexion s'organise

Une commission spécifique, entièrement dédiée à la promotion et à la prise en charge de ces nouveaux modèles est en cours de constitution. Composée de manière pluridisciplinaire, intégrant soignants, médecins et direction, elle sera plus particulièrement chargée à la fois d'informer et de promouvoir ces nouvelles pratiques auprès des acteurs concernés, mais aussi d'assurer un rôle de conseil dans la préparation et le suivi des dossiers d'autorisation. Pour le volet « Coopération des professionnels de santé » une déclaration d'intention des équipes souhaitant déposer un dossier d'autorisation sera prochainement disponible. Un examen de la demande sera effectué en commission avant la constitution du dossier à soumettre à l'ARS.

De nouvelles pratiques encadrées par l'ARS et la HAS

En terme de procédure, la démarche de coopération doit s'inscrire dans le cadre de protocoles soumis à l'Agence régionale de santé (ARS). Ceux-ci doivent préciser l'objet et la nature de la coopération, le lieu d'exercice et le champ d'intervention des professionnels concernés. L'ARS vérifie que le protocole répond à un besoin de santé de la région. Si cette première condition est satisfaite, l'ARS transmet le protocole à la Haute Autorité de Santé (HAS). Le Directeur Général de l'ARS autorise leur mise en œuvre, par arrêté, après avis conforme de la HAS.

Les professionnels qui souhaitent appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'ARS. L'ARS vérifie que la volonté des parties de coopérer est avérée, que le demandeur bénéficie d'une garantie assurantielle sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni les éléments pertinents sur sa formation et son expérience acquise dans le domaine considéré. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

La HAS peut également étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, l'ARS autorise sa mise en œuvre par arrêté. Les professionnels s'engagent pendant douze mois à suivre la mise en œuvre du protocole : l'information du patient doit dès lors être assurée. L'ARS peut décider de mettre fin à un protocole. Elle en informe alors les professionnels de santé concernés et la HAS.

Actualités sociales

Le reclassement des infirmiers : un choix partagé

Le protocole d'accord du 2 février 2010, dit « Protocole BACHELOT », signé avec certaines organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière, a défini le cadre de la reconnaissance de la catégorie A des personnels paramédicaux. Ainsi, le diplôme infirmier est reconnu au niveau de la licence avec revalorisation salariale.

Ce dispositif comprend les droits d'option et le reclassement de chaque agent concerné, dans le cadre pluriannuel 2010 - 2015.

Les textes relatifs à la situation des personnels infirmiers en soins généraux ont été publiés en septembre 2010. Les principales mesures concernent :

- > la création d'un nouveau corps d'infirmiers en soins généraux et spécialisés classé en catégorie A, constitué de 4 grades,
- > le droit individuel d'option et les conditions de reclassement en catégorie A,
- > la refonte de la grille indiciaire relevant de la catégorie B, classée en cadre d'extinction.

Le droit d'option

Les infirmiers fonctionnaires en activité, en détachement ou en disponibilité ont été invités, fin novembre dernier, à choisir entre deux options :

- > le reclassement dans le nouveau corps de catégorie A, aligné sur les règles de droit commun en matière d'âge de départ en retraite et de calcul de pension, avec une revalorisation salariale sensible,
- > le maintien dans leur corps actuel de catégorie B, classé en catégorie active, avec une revalorisation salariale moindre.

Les personnels disposaient d'un délai de réflexion allant jusqu'au 31 mars 2011.

Pendant cette période, des aides à la réflexion leur ont été apportées.

Les instances de l'établissement ont été avisées du dispositif mis en place.

51 % des personnels ont choisi de rester en catégorie B, corps classé en cadre d'extinction,

49% ont opté pour l'intégration dans le nouveau corps de catégorie A.

Les agents sous contrat à durée déterminée n'étaient pas concernés par ce dispositif.

Le reclassement indiciaire

Les personnels ont été informés de leur nouveau classement indiciaire par décision individuelle. Ce reclassement est intervenu sur la paie du mois de mai 2011 avec effet rétroactif au 1^{er} décembre 2010.

Les commissions administratives paritaires locales du 12 mai dernier ont donné leur avis pour les avancements de ces personnels.

Des revalorisations indiciaires sont d'ores et déjà prévues :

- > le 1^{er} janvier 2012 pour les 6^e et 7^e échelons de la classe supérieure (catégorie B) en cadre d'extinction,
- > le 1^{er} juillet 2012 et le 1^{er} juillet 2015 pour les échelons des 1^{er} et 2^e grades du nouveau corps (catégorie A) des infirmiers en soins généraux et spécialisés.

Les infirmiers spécialisés

Un droit d'option sera ouvert aux infirmiers spécialisés pendant six mois à compter du 1^{er} janvier 2012.

Compte tenu de leur choix et de leur situation individuelle, ils bénéficieront d'un reclassement dans l'un des nouveaux grades, à compter du 1^{er} juillet 2012.

Garantie individuelle du pouvoir d'achat 2011 (GIPA)

Les éléments à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat, au titre de l'année 2011, sont fixés par arrêté du 23 mars 2011. Tous les agents (titulaires ou non titulaires en CDI ou CDD) dont l'évolution du traitement indiciaire brut est inférieure à l'inflation sur la période du 31/12/2006 au 31/12/2010 sont susceptibles de bénéficier de ce dispositif indemnitaire.

Les éléments pris en compte pour le calcul sont les suivants :

- > Taux de l'inflation : + 5,90%
- > Valeur moyenne du point en 2006 : 53,8453 euros
- > Valeur moyenne du point en 2010 : 55,4253 euros

Retraite – Validation des services

Jusqu'au 1^{er} janvier 2013, les services de non titulaire peuvent être pris en compte pour la constitution du droit à pension, à condition que cette validation des services de contractuels soit demandée dans les 2 ans qui suivent la date de la notification de la décision de titularisation. Les fonctionnaires titularisés à compter du 2 janvier 2013 ne pourront plus faire valider les services de non titulaire.



Élections professionnelles

Le jeudi 20 octobre 2011, les personnels hospitaliers seront appelés à voter pour le renouvellement des représentants des 3 instances consultatives suivantes :

- > les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)
- > les Commissions Administratives Paritaires Départementales (CAPD)
- > le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

BON À SAVOIR



Les CAP Locales sont chargées au plan local de traiter les intérêts professionnels de chaque agent, et les CAP Départementales ont la même mission au niveau départemental. Elles comprennent en nombre égal des représentants élus de l'Administration et des représentants du Personnel. Elles sont composées chacune de neuf commissions.

Le Comité Technique d'Etablissement émet des avis sur le fonctionnement et l'organisation du CHUT, notamment en matière de conditions de travail. Le CTE est composé du Directeur d'établissement ou de son représentant, et de représentants des différentes catégories de personnels élus répartis en collège en fonction des catégories professionnelles A, B et C.

- > Sont électeurs de façon générale aux CAP Locales et Départementales les personnels titulaires.
- > Sont électeurs de façon générale au CTE dans chacun des collèges A, B, C l'ensemble du personnel hospitalier du CHU.

Principales échéances du calendrier électoral

NATURE DE L'OPÉRATION

Affichage des listes électorales avec en annexe le nombre de sièges à pourvoir par commission

DATE DE L'OPÉRATION

Vendredi 22 juillet 2011

CLÔTURE DES LISTES ÉLECTORALES

Mardi 23 août 2011

DÉPÔT DES LISTES DES CANDIDATS

Jeudi 25 août 2011

CLÔTURE ET AFFICHAGE DES LISTES DE CANDIDATS DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET LES ARS

Jeudi 15 septembre 2011

REMISE DIRECTE OU TOUT ENVOI PAR VOIE POSTALE À CHAQUE ÉLECTEUR DU MATÉRIEL ÉLECTORAL

Les lundi 3 et mardi 4 octobre 2011

DÉROULEMENT ET DÉPOUILLEMENT DU SCRUTIN

Jeudi 20 octobre 2011

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

Toute l'équipe de Trait d'Union et de la délégation à la communication vous souhaite un très bel été.

Accès du personnel au planning et au temps de travail

Les agents ont la possibilité de consulter sur Intranet les informations individuelles concernant le décompte du temps de travail, la situation journalière, les congés ainsi que les plannings mensuels et annuels. Les compteurs individuels de gestion du temps de travail (GESTOR) sont accessibles sur la page d'accueil Intranet, rubrique « Applications à accès autorisé ». Cet accès est personnalisé et sécurisé.

Service de covoiturage Tisseo

Au titre de ses actions d'amélioration des conditions de travail issues du projet social ainsi que celles relatives au développement durable, le CHU de Toulouse a signé une convention de covoiturage avec TISSEO qui propose les avantages suivants :

- > l'accès gratuit à une base de données de covoiturage sur la zone urbaine de Toulouse,
- > une recherche sécurisée,
- > le choix d'une formule adaptée aux besoins : une à plusieurs fois par semaine ou ponctuellement,
- > une garantie de retour en cas de force majeure.

Pour en bénéficier, les agents doivent s'inscrire en ligne sur :

<http://covoiturage.tisseo.fr> ou au 05 34 66 51 48.

TISSEO proposera les formules les mieux adaptées à la demande.

Le numéro d'adhésion à ce service est accessible sur Intranet.



Prestations CGOS

(Personnel hospitalier)

Dossier prestation garde d'enfants - 1^{er} semestre 2011

Cette prestation participe aux frais de garde des enfants de moins de 7 ans en crèche, assistante maternelle agréée ou garderie avant et après l'école.

L'imprimé de demande de prestation « garde d'enfants » du 1^{er} semestre 2011, est disponible auprès de votre correspondant CGOS.

Location Vacances

Cette prestation est allouée une fois par an, pour une location de 8 jours consécutifs d'un appartement, d'un gîte, d'un mobile-home ou de toute autre installation de vacances tarifée à la semaine. Cette prestation peut être versée pour les locations proposées dans le catalogue Escale Vacances C.G.O.S, y compris Libre évocation ou toute autre structure agréée. Ne sont pas pris en compte les « coups de cœur » du CGOS, les locations de particulier à particulier et les séjours en pension ou demi-pension.

Camping-caravaning

Cette prestation est versée, avec condition de ressources, pour 2 séjours de 8 jours minimum chacun et 16 jours maximum, en France ou à l'étranger.

Vacances enfants et adolescents

Cette prestation est versée sous conditions de ressources si vos enfants sont nés entre 1991 et 2008. Elle est limitée à : 15 jours maximum si vos enfants effectuent un séjour sportif ou culturel avec hébergement, linguistique ou en centre de vacances et les séjours Escale Vacances (sauf Coups de Cœur), 10 jours maximum si vos enfants partent en classe découverte ou en voyage scolaire. Elle concerne également les stages d'une journée minimum pour les centres de loisirs et stages sans hébergement.

Week-ends - Voyages

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

Épargne chèques-vacances

Après constitution d'une épargne d'une durée de 4 à 12 mois, cette prestation permet d'obtenir des Chèques-vacances à prix réduit calculé selon le quotient familial.

Réduction billets SNCF et CGOS

Une fois par an et par personne, vous pouvez bénéficier de 25 à 50 % de réduction sur les billets SNCF pour vos congés annuels pour un voyage aller-retour d'au moins 200 km, en 2^e classe. Vous pouvez retirer l'imprimé de demande de réduction de billet SNCF auprès de votre direction de pôle.

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

Prestations CAF

Les bons CAF et le dispositif VACAF

Il s'agit de faciliter l'accès aux loisirs des enfants et de favoriser les départs en vacances en famille.

Le prix des séjours ou des journées est réduit du montant de la participation de la CAF, calculé en fonction des ressources.

Les bons vacances pour les enfants concernent les centres aérés, les colonies et les camps.

Le dispositif VACAF concerne les séjours d'une semaine, dans des lieux qui ont le label VACAF : centres familiaux de vacances, campings, gîtes.

Allocation de rentrée scolaire (ARS) et prime exceptionnelle

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

- > 22 946 € pour un enfant
- > 28 241 € pour deux enfants
- > 33 536 € pour trois enfants
- > + 5 295 € par enfant supplémentaire.

Vacances scolaires 2011

Les vacances d'été débutent le samedi 2 juillet 2011.

La rentrée scolaire de la Zone A (Toulouse) se fera le vendredi 2 septembre 2011.

Les vacances de la Toussaint auront lieu du samedi 22 octobre au jeudi 3 novembre 2011.

Les vacances de Noël se dérouleront du samedi 17 décembre 2011 au mardi 3 janvier 2012.

Le départ en vacances aura lieu après la classe, la reprise des cours s'effectuera le matin des jours indiqués.

Pour les élèves qui n'ont pas cours le samedi, le départ a lieu le vendredi après les cours.

L'Entente Sportive et Culturelle (ESC) est de retour

Créée en 1972, l'Entente Sportive, association loi 1901, regroupe depuis près de quarante ans des sections sportives et culturelles. Dans les années 1990, son activité était consacrée à la vie personnelle et professionnelle. Elle proposait dans des boutiques, tenues par des secrétaires rémunérées par l'association et des bénévoles du CHU, en activité ou retraités, des produits à des prix attractifs et des prestations pour les hospitaliers.

Aujourd'hui, l'Entente Sportive c'est :

- > 16 sections: aquarelle, art floral, chorale, course à pied, culture, cyclotourisme, golf, groupement d'achats, gymnastique, photo, randonnée pédestre, ski, tennis, théâtre, volley-ball corporatif, yoga.
- > 2 boutiques: Purpan, ouverture tous les jours de 12h à 17h - Rangueil, ouverture tous les jours de 12h à 16h.
- > 2 permanences: hôpital des enfants: mardi -jeudi de 12h à 15h - Larrey: lundi-vendredi de 12h à 15h.
- > 2 expositions-vente: Salies-du-Salat et Le Chapitre (tous les 3 mois).
- > Le Cirque de Noël: organisation de 2 séances pour les enfants de 3 à 12 ans.
- > Un site INTERNET où vous pourrez découvrir toutes les offres :

escchu-toulouse.fr

Identifiant: esc - Mot de passe: chu
Tout au long de l'année, des exposants présentent leurs produits.

Le prix de l'adhésion est de 13 euros pour l'année.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat: **05 61 77 24 62**

ou consulter le site Intranet rubrique « vie sociale, santé au travail > associations et partenaires > associations du personnel > entente sportive et culturelle ».

Histoire/mémoire

La salle d'opération à coupole de l'Hôtel-Dieu

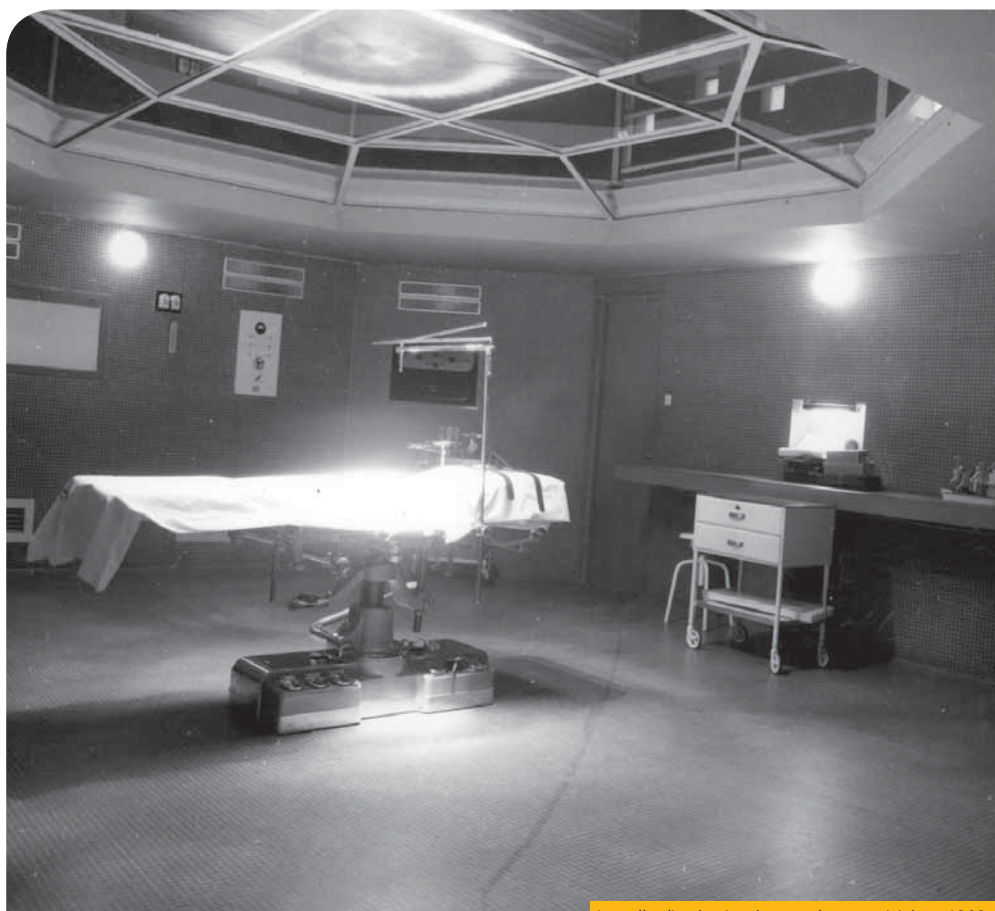
Au début de l'année 1987, après le départ du dernier service d'hospitalisation (stomatologie), l'Hôtel-Dieu devint le centre administratif et le siège de la direction générale et des directions fonctionnelles du CHU. Les locaux furent alors complètement réaménagés, mais une des salles du bloc opératoire du service de Traumatologie et Orthopédie échappa à la destruction et fut conservée en l'état, à la demande de l'Association des Amis de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques et de La Grave. Bien cachée aujourd'hui au milieu des bureaux du pôle Piste, elle fait désormais partie intégrante des espaces patrimoniaux et historiques du CHU de Toulouse.

Le service de traumatologie-orthopédie de l'Hôtel-Dieu dans les années soixante

A cette époque, toute l'activité orthopédique et traumatologique des Hôpitaux de Toulouse était essentiellement concentrée à l'Hôtel-Dieu. Le P^r Rieunau, chef de service, avait remplacé en 1951 le P^r Trouette et le service de chirurgie se trouvait alors au premier étage du bâtiment Viguerie. Le 2 mai 1961, le P^r Rieunau et son équipe (P^r Gay, D^r Utheza) prirent possession du nouveau service de chirurgie orthopédique et traumatologique,

entièrement « rénové », localisé alors au niveau les 3^e et 4^e étages du bâtiment Garonne alors que le P^r Ficat prenait la chefferie du service des convalescents chirurgicaux. Il y avait à ce moment-là trois salles d'opérations plus une salle d'accueil des urgences. Une seule possédait une coupole d'observation. Elle fut conservée en l'état. A côté, se situaient une salle de stérilisation et une pièce de développement des radios. Sur le même niveau, il existait également une salle des plâtres, un bureau pour la surveillante et une salle de repos. Après la mort brutale, en pleine activité professionnelle, du P^r Rieunau

en 1971, le P^r Ficat prit la chefferie du service, jusqu'en 1976. A ce moment là, lors de l'ouverture de Rangueil, le service de traumatologie-orthopédie fut divisé en trois, une partie étant transférée vers le nouvel hôpital (P^r Ficat), la deuxième (P^r Utheza) vers Purpan et la troisième, (P^r Gay et P^r M. Mansat) restant à l'Hôtel-Dieu. Le P^r Gay fut le dernier patron du service à l'Hôtel-Dieu en 1976, avec le P^r Michel Mansat, jusqu'à son départ à Purpan en mars 1986. A partir de ce moment-là, tout l'étage fut re-compartimenté pour abriter des services administratifs.



La salle d'opération à coupole en activité en 1960...



La salle d'opération et sa coupole sauvegardées

Seule fut donc sauvegardée la salle d'opération « principale » qui est actuellement une des rares de cette époque subsistant en France. A l'intérieur, l'essentiel est préservé. On trouve (de gauche à droite en entrant) le panneau de commande du scialytique puis une ouverture donnant sur le local de développement des radios et à côté un grand négatoscope surmonté par les anciennes bouches de climatisation avec leurs régulateurs. Au fond à droite est situé le panneau de commande du bistouri électrique et à côté, une porte, aujourd'hui condamnée, qui donnait sur le couloir, côté Garonne. Il n'y avait pas communication « audio » entre la salle et l'espace d'observation. Un assistant accompagnait généralement les étudiants et était chargé de commenter l'intervention et de répondre aux éventuelles questions. Le revêtement du sol et des murs est carrelé sans coins, ni angles droits pour

permettre un lavage parfait à grande eau. Les équipements de la salle, outre la table d'opération orthopédique qui trônait au centre (qui n'est vraisemblablement pas celle qui est exposée aujourd'hui) se limitaient au bistouri électrique, au respirateur (Respirator Engström 1950) et à un appareil de radiographie Picker (provenant de l'armée américaine comme beaucoup de matériel médical encore utilisé dans les années 1960). Les dernières interventions qui furent effectuées dans cette salle datent donc du début de l'année 1986 avant le transfert du service à Purpan.

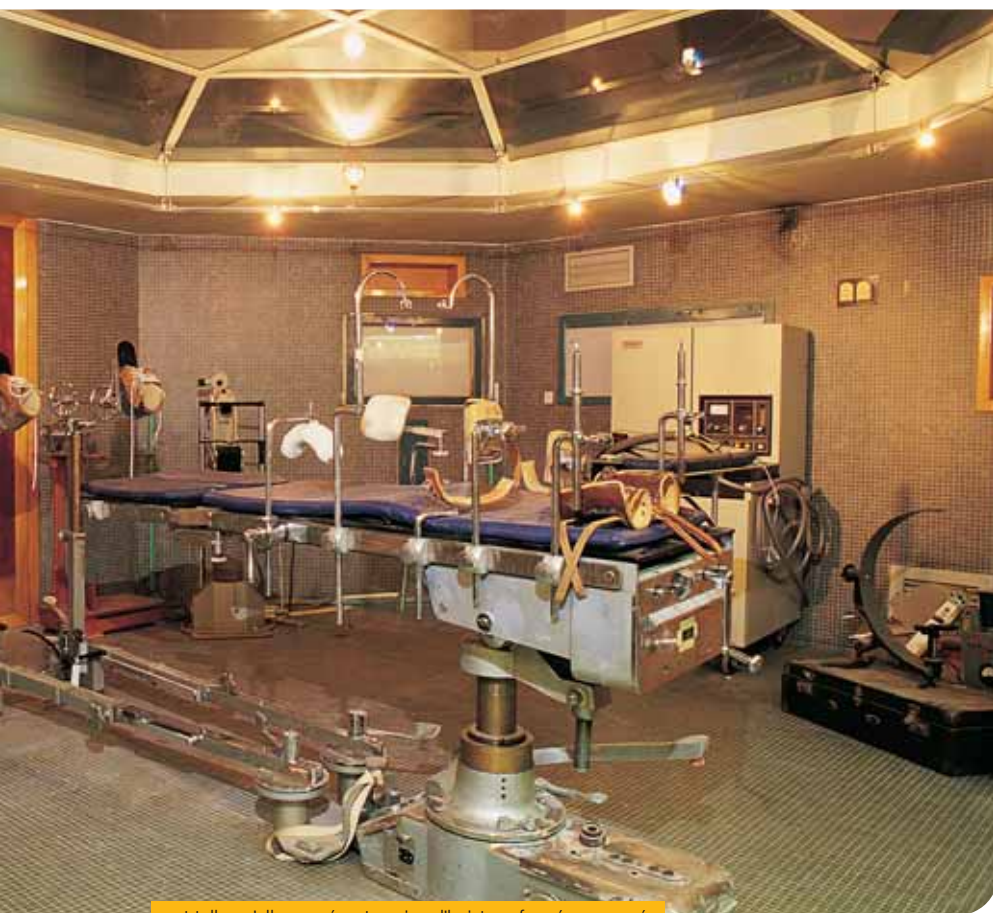
Au-dessus de cette salle d'opération, séparée par une coupole vitrée, se trouve la salle d'observation dans laquelle les étudiants, accoudés à une rambarde circulaire surplombant la coupole vitrée, pouvaient observer l'opération. Cet espace contient aussi un énorme scialytique mobile dans toutes les directions permettant l'éclairage du champ opératoire sans ombre portée et qui est en encore aujourd'hui en parfait état de fonctionnement.

Après le départ des chirurgiens...

Cette salle, après sa désaffectation médicale et sa sauvegarde par les Amis de l'Hôtel-Dieu, fut pendant plus de vingt ans, le « musée » du D^r André Graulle (1927-2006), ancien médecin anesthésiste des hôpitaux de Toulouse, qui participa notamment à la première opération à cœur ouvert en février 1958 et qui constitua pendant des années, une importante collection d'instruments de médecine et de chirurgie, véritable ébauche de l'actuel Musée des Instruments de Médecine. Cela explique la présence de plusieurs vitrines en bois, construites le long des murs, bien étranges à une salle d'opération aseptique ! A partir de 2003, l'inventaire de tous ces instruments et appareils fut entrepris par la Commission du patrimoine historique. Fin 2004, cette importante collection sortit de la confidentialité pour trouver sa place dans l'actuel Musée des Instruments de Médecine, espace Jean de Rudelle. Mais il reste encore aujourd'hui de nombreux instruments dans cet ancien bloc opératoire, affecté aux réserves du Musée des Instruments. Cette salle fait maintenant partie intégrante des espaces patrimoniaux de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques et peut-être visitée, sur demande, par des groupes de 10 à 12 personnes maximum. Sur les murs sont disposées plusieurs photographies de chirurgiens toulousains et étrangers et un grand tableau en pied, représentant le chirurgien Louis Dartigues, en habit opératoire peint par J. Sivera (Paris 1913). Le D^r Dartigues né à Toulouse, s'installa à Paris pour faire une brillante carrière chirurgicale. Il fut en 1930 le premier président fondateur de la Société de Chirurgie réparatrice, plastique et esthétique et un des disciples de Voronoff dès 1922 pour les greffes testiculaires. Il publia en 1925 un livre sur « La greffe de réactivation humaine » ! Son portrait est arrivé dans cette salle grâce à un don fait par sa famille toulousaine.

Jacques Frexinos
et Benoît Capoen

Contact pour les visites :
05 61 77 82 72



... et telle qu'elle se présente aujourd'hui, transformée en musée

Diététique L'été de tous les plaisirs... gustatifs !

L'été est propice à la consommation de plats simples, vite préparés : la salade/grillade remplace aisément les daubes et le cassoulet.



Recette

Pour 4 personnes :

4 escalopes de poulet, dinde ou porc

Le jus de 2 citrons,
ail, oignons, échalotes, thym,
romarin, sel, poivre

Éplucher et ciseler l'ail, l'oignon et les échalotes. Hacher le thym et le romarin. Mélanger le tout avec le jus de citron, saler, poivrer.

Mettre dans un plat les escalopes, les arroser de la marinade. Laisser reposer à couvert au réfrigérateur pendant au moins 5 heures.

Griller les escalopes ou faites-en des brochettes auxquelles vous pouvez ajouter morceaux de tomates, courgettes, champignons, poivrons...



On croit facilement que cette alimentation est plus « légère », c'est-à-dire le plus souvent moins lourde donc contenant moins de matière grasse. Contrairement aux idées reçues, les morceaux de viandes grillées au barbecue et la salade qui les accompagne ne contiennent pas toujours moins de lipides qu'une daube accompagnée de pommes de terre...

En effet, alors que les légumes ou pommes de terre cuits dans les viandes en sauce ou autour du rôti sont finalement cuisinés sans ajout de matière grasse, les salades de l'été sont souvent généreusement arrosées de vinaigrette... Et les viandes, certes cuites à la braise, sont souvent assez grasses sous peine d'être trop sèches une fois passées au barbecue !

Une des solutions pour éviter de tomber dans ces pièges de l'été est d'assaisonner les salades avec des sauces vinaigrette allégées et parfumées aux herbes, vinaigres et moutardes aromatisés ou encore de faire des sauces au yaourt ou au fromage blanc. A noter également que certains légumes supportent très bien la cuisson sous la braise : les pommes de terre, comme les poivrons par exemple. Quant aux morceaux de viande maigres, la marinade est une bonne alternative pour éviter qu'ils soient secs.

MORCEAUX

TENEUR EN LIPIDES/100G

Boeuf

Entrecôte grillée	12
Faux filet rôti	6
Rumsteck grillé	3
Collier braisé (daube)	6
Jarret bouilli (pot au feu)	4

Agneau

Côtes grillées	16
Gigot rôti	9

Porc

Travers grillé	18
Poitrine grillée	20
Jambon grillé	5
Côtes grillées	9
Rôti	7

Concombre au yaourt et à la menthe

Brochette de porc mariné et légumes

Pommes de terre à la braise

Fromage

Sorbet

> Environ 20g de lipides dans ce menu

Concombre au yaourt et à la menthe

Saucisse ou merguez grillée

Pommes de terre à la braise

Fromage

Sorbet

> Environ 45g de lipides dans ce menu