

Eté 2016

d'

numéro 149

Trait Union

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



Le nouveau visage
de la gériatrie





Maud_Votre conseillère MNH

🕒 1h

3 MOIS OFFERTS*

pour toute adhésion à MNH PREV'ACTIFS



232 J'aime

Avec MNH Prev'actifs, en cas d'arrêt de travail, vos salaires et vos primes gardent la forme !

#MNHPrevactifs

J'aime

Commenter



MNH PREV'ACTIFS

LE CONTRAT QUI GARANTIT VOS SALAIRES ET VOS PRIMES.

d'infos

Amélie Albouy, conseillère MNH, **port. 06 47 99 90 59**, amelie.albouy@mnh.fr

Jean-Marc Peres, site de Rangueil Larrey, **poste 22 531**, peres.jm@chu-toulouse.fr

et **Elie Terrasse**, site de Purpan, **poste 72 323**, terrasse.e@chu-toulouse.fr, correspondants MNH

L'ESPRIT HOSPITALIER EN

* Offre réservée exclusivement aux nouveaux adhérents à MNH Prév'actifs (n'ayant pas été adhérents MNH Prév'actifs au cours des 12 derniers mois) valable pour tout bulletin d'adhésion signé entre le 1er avril 2016 et le 30 juin 2016 (date de signature faisant foi), renvoyé à la MNH avant le 31 juillet 2016 (cachet de la poste faisant foi), pour toute adhésion prenant effet du 1er avril 2016 au 1er août 2016 : 3 mois de cotisation gratuits

sommaire



7



16



18



26



32



36

Expresso

- 4 **Les établissements de santé de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest réunis dans un même projet**
- 5 **En habit de lumière !**
- 6 **Restructuration du plateau de consultations du pôle Enfants**
- 6 **Une consultation de transition d'urologie pédiatrique et d'urologie adulte**
- 6 **« Bulle ronde » pour prévenir le surpoids de l'enfant**
- 7 **Super Victor à l'hôpital des Enfants**
- 7 **Les chiens visiteurs à l'hôpital Garonne**
- 7 **Inauguration du patio de l'unité cognitivo-comportementale**
- 8 **Des voitures anciennes en goguette à l'hôpital Garonne**
- 8 **Histoire de la médecine légale à Toulouse**

Reportages

- 9 Médical/Nouveau
La radiofréquence au secours de l'œsophage
- 10 Médical/Coeur
Trente ans d'innovation au CHU
- 14 Néonatalogie/Hospitalisation à domicile
Les prématurés plus près de leurs parents
- 16 Pédiatrie/IRM
L'IRM en JEU rassure les enfants
- 17 Logistique/Organisation
Saut qualitatif et quantitatif pour la blanchisserie du CHU

À la une

- 18 **Le nouveau visage de la gériatrie**
Au-delà de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, la gériatrie met de plus en plus l'accent sur la prévention du vieillissement pathologique et sur la mise en place d'une recherche clinique adaptée. Le CHU, déjà en pointe dans ce domaine avec le Gérontopôle, réorganise ce secteur d'activité sur un plan géographique et au niveau médical, pour améliorer l'accueil de proximité des patients.

Enjeux

- 26 **Indicateurs qualité, les premiers résultats de la campagne 2016**
- 30 **Une convention pour prévenir la violence et les malveillances**
- 31 **Un exercice pour prévenir les catastrophes**

Communauté hospitalière

- 32 **Des actes exclusifs attribués aux infirmiers de bloc opératoire**
- 34 **Actualités sociales**

Loisirs/Culture

- 36 Histoire/Mémoire
Sauvegarde et rénovation de l'Hôtel-Dieu
- 38 Diététique

Trait d'union n° 149

Directeur de la publication : Raymond Le Moign.

Rédacteur en chef : Dominique Soulié.

Photographies : Alexandre Arioli, Igor Bertrand, Benoît Capoen, Noé Charles, Maylis Kedadra, Frédéric Maligne, Esther Piedrabuena, Odile Viguié.

Comité de rédaction : André Aubaret, Sébastien Barré, Frédérique Decavel, Sylvie Dermoune, Daniel Ducert, Pr. Jacques Frexinos, Sylvie Goutnikoff, D' Aude Lagarrigue, Caroline Martineau, Marie-Christine Monnin, D' Jean Petit, Murielle Prevot, Odile Viguié.

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

Email : trait-union@chu-toulouse.fr

Assistance rédactionnelle : Hugues Beilin.

Réalisation : Direction de la Communication et Studio 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 Direction de la Communication, Hôtel-Dieu Saint-Jacques, Tél. : 05 61 77 87 06. ISSN 0220-5386. Dépôt légal : juillet 2016. Imprimé sur papier PEFC

Scannez ce QR code pour découvrir votre magazine en ligne





JEAN-LUC MOUDENC

Maire de Toulouse
Président de Toulouse Métropole

Le CHU de Toulouse, la volonté d'anticiper l'avenir

Soucieux de s'adapter aux nouvelles exigences médicales et de conserver son excellence, le CHU de Toulouse poursuit sa restructuration.

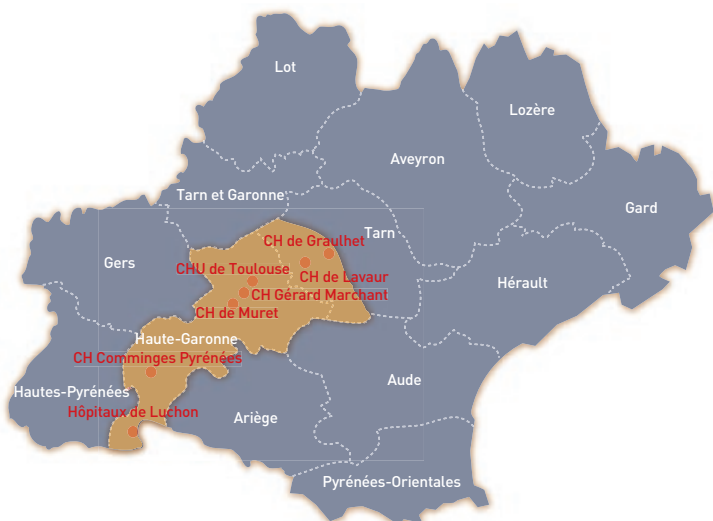
Le déménagement du service de gériatrie témoigne de cette volonté d'anticiper l'avenir en améliorant les conditions de travail des personnels, tout en offrant aux patients une prise en charge de soins de plus grande qualité.

Cette nouvelle cartographie est d'autant plus symbolique que l'un des pavillons destiné aux unités de cardiogériatrie et onco-gériatrie va porter le nom du fondateur de la gériatrie toulousaine, le professeur Jean-Louis Albarède. Quarante ans après sa création, nous mesurons le chemin parcouru par cette discipline, devenue une référence au niveau européen.

Que cette performance nous incite à aller toujours de l'avant. ■

Expresso

Les établissements publics de santé de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest unis dans un même projet



La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a créé un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, les «groupements hospitaliers de territoires» (GHT). L'objectif de cette nouvelle organisation hospitalière est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical et d'un projet de soins partagés.

Le groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest est constitué depuis le 1er juillet 2016 par l'adhésion de l'ensemble des établissements publics de santé du territoire : les centres hospitaliers Comminges-Pyrénées, de Graulhet, de Lavaur, de Muret, Gérard Marchant et les Hôpitaux de Luchon autour du Centre hospitalier universitaire de Toulouse, établissement support du GHT.

Ces sept structures hospitalières publiques partagent les mêmes ambitions : assurer aux patients des soins de proximité de qualité, garantir un accès à une offre de recours d'excellence et partager l'innovation au sein du territoire. ■



RAYMOND LE MOIGN

Directeur général
du CHU de Toulouse

Un nouveau contrat pour l'avenir de notre CHU

Voilà six mois que j'ai pris mes fonctions de directeur général du CHU de Toulouse. Le temps est venu d'un premier regard.

Le premier constat que je peux faire c'est combien notre établissement dispose d'atouts indéniables pour préparer l'avenir : les investissements importants réalisés ces dernières années, les compétences reconnues des professionnels du CHU de Toulouse, l'anticipation des nouvelles opportunités liées à la e-santé, la prise en compte de la médecine personnalisée, la volonté d'une meilleure programmation de nos activités, la constitution d'un groupement hospitalier de territoire avec nos partenaires publics de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest, l'ambition de gérer de façon commune et intégrés les projets de développement de nos activités de soins, d'enseignement et de recherche...

A l'image de ce que vit notre société (incertitudes, pertes de repères, tensions sociales, peur du terrorisme...), notre maison n'a pas été épargnée par la gestion d'évènements douloureux qui ont affecté les équipes et l'ensemble de

l'institution. Cela suscite des inquiétudes et des attentes bien légitimes. Et pourtant, et il est important de le dire, même dans ces moments, l'hôpital et ses agents ont donné le meilleur d'eux-mêmes.

C'est pourquoi, je souhaite que cet été soit pour vous une période bien méritée de repos et un appréciable temps de ressourcement auprès de ceux qui vous sont chers.

Je souhaite aussi que cette période soit propice à la construction commune de nouvelles relations sociales permettant de moderniser les organisations du CHU de Toulouse au service des malades en développant des conditions de travail harmonieuses, ainsi que des relations professionnelles toujours plus humaines et respectueuses de chacun.

Je m'impliquerai personnellement à vos côtés avec le président de la CME, les doyens des facultés de santé et toutes les bonnes volontés pour élaborer cette feuille de route, pour faciliter le dialogue et pour donner du sens à ces enjeux. ■

Expresso

En habit de lumière !

La ville de Toulouse, dans sa volonté de mettre en valeur le patrimoine toulousain, a lancé un vaste chantier d'illuminations de ses plus beaux bâtiments, ce qui a permis à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de revêtir son habit de lumière !



Evolution du plateau de consultations du pôle Enfants

Face à la triple nécessité d'améliorer les conditions d'accueil, de répondre à l'évolution démographique et de maintenir l'attractivité des consultations, le plateau dédié du pôle Enfants va faire l'objet d'une évolution. Les travaux vont débuter prochainement. Ils dureront jusqu'en 2017. Durant cette période, une organisation temporaire est prévue, afin d'assurer la permanence de l'activité. Le projet conduit à la mise en place d'une coordination médico-soignante du plateau avec un médecin coordonnateur, véritable relais auprès des équipes médicales et un cadre de santé régulateur de l'organisation des consultations. Les travaux vont porter sur la restructuration de l'espace, ce qui permettra de réorganiser les pratiques et de mettre à disposition de nouveaux outils informatiques. ■



Une consultation de transition urologie pédiatrique/urologie adulte

Au sein du CHU de Toulouse a été mise en place, depuis juin 2015, une consultation de transition urologie pédiatrique/urologie adulte. Elle est menée par les docteurs Ourdia Bouali, chirurgien pédiatre et Lucie Even, chirurgien urologue.

C'est l'une des premières consultations de ce type au CHU. Elle permet le suivi et la prise en charge adaptée de pathologies spécifiques et assure la transition entre le monde pédiatrique et le monde des adultes au cours de la période compliquée de l'adolescence.

Cette consultation répond à une demande croissante des

jeunes, de leurs familles et des praticiens hospitaliers. La rupture du suivi lors de l'adolescence peut, en effet, dans 75% des cas avoir des répercussions fonctionnelles et psychologiques importantes. La consultation concerne principalement les malformations uro-génitales congénitales prises en charge dans l'enfance, le handicap génito-urinaire d'origine neurologique, les troubles mictionnels et les transplantés rénaux dans l'enfance. Elle répond également aux recommandations des sociétés savantes et s'appuie sur des pratiques déjà existantes à l'international et dans trois centres français. ■

«Bulle ronde» pour prévenir le surpoids de l'enfant



Le surpoids de l'enfant se prévient dès la grossesse. « Bulle ronde » est un programme d'éducation thérapeutique agréé par l'Agence régionale de santé. Il s'adresse aux femmes enceintes en surpoids. Il a pour objectif une prévention ultra-précoce du surpoids de l'enfant.

Ce programme permet aux femmes enceintes de réfléchir aux changements à mettre en place

autour de l'alimentation et de l'activité physique dès la grossesse, afin de proposer un environnement adapté à leur futur enfant. Ce programme est ouvert à toute femme enceinte domiciliée dans la région Midi-Pyrénées, quel que

soit le terme. Il ne nécessite pas d'avance de frais et se déroule à la maternité Paule de Viguier en salle d'éducation thérapeutique. Il est animé par : Christine Déqué, sage-femme ; Delphine Rougé, diététicienne ; Christine Chollet, pédiatre.

Le programme comporte un entretien individuel pour présenter son contenu et l'adapter aux besoins exprimés. Le rendez-vous est fixé en fonction du calendrier de suivi de la grossesse. Une séance collective permet des échanges autour des causes et des conséquences du surpoids, et évoque la conduite à tenir pendant la grossesse et après, auprès du jeune enfant. Chaque femme apporte son vécu, ses expériences et s'enrichit de celles des autres. Le troisième temps du programme est constitué d'une séance pédiatrique permettant d'aborder les questions relatives aux premiers mois du bébé et à la surveillance du poids. ■

Inscriptions auprès du secrétariat des docteurs Coustols, Valat et Rimareix, tél. 05 67 77 11 61

messagerie : diabeto.pdv@chu-toulouse.fr

Super Victor à l'hôpital des Enfants

Les enfants hospitalisés du CHU de Toulouse ont eu l'immense plaisir de rencontrer la mascotte de l'UEFA EURO, Super Victor, et Anthony Réa, champion du monde de MMA (Mix Martial Art) !

Un grand merci aux associations Hôpital Sourire et Un Maillot pour la Vie ainsi qu'à la Mairie de Toulouse et Toulouse Métropole, qui ont permis que ce rêve se réalise pour tous ces enfants, entourés de leur famille.. ■



Les chiens visiteurs à l'hôpital Garonne pour le plus grand bonheur des personnes âgées et de leurs proches

Des lancés de balles, des caresses, du jeu, des souvenirs et surtout de la chaleur, de la douceur, c'est ce qu'apportent tous ces chiens venus là avec leurs maître(sse)s pour égayer la journée des résidents en gériatrie à l'hôpital Garonne.

Les personnes âgées dépendantes vivent dans un hôpital ouvert sur la cité et la vie culturelle, qui privilégie la prise en charge globale des patients, incluant leurs proches, au travers d'un projet de vie et de soins.

Cette expérience des chiens visiteurs a vu le jour il y a déjà de nombreuses années et vient de façon très régulière auprès des personnes âgées de l'hôpital Garonne grâce à une convention signée en 2010 entre l'association cynophile de Verfeil (Haute-Garonne) et le CHU de Toulouse.

Le projet de vie tel qu'il a été conçu par les équipes médicales et soignantes de gériatrie répond à deux grands objectifs :

- maintenir le plus longtemps possible l'autonomie de chaque résident,
- privilégier le lien social et affectif.

Ces animations visent aussi à maintenir la socialisation des résidents, à stimuler leur capacité d'autonomie et leur ouverture aux autres.. ■



Inauguration du patio de l'unité cognitivo-comportementale



Grâce à la dotation de « Toulouse Women's International Group », association représentée par sa présidente Anne Ramsay et par Frau Walker, l'association toulousaine « Les blouses roses » a pu offrir à des patients de l'hôpital Garonne un patio d'eau réaménagé avec des meubles de jardin, des parasols, des coussins, des plantations... Tout cela à l'initiative de Mme Boccognani, cadre du service, assistée de son équipe.

Les représentantes des « Blouses roses » ont remercié les personnels du CHU et les partenaires. ■



Des voitures anciennes en goguette à l'hôpital Garonne

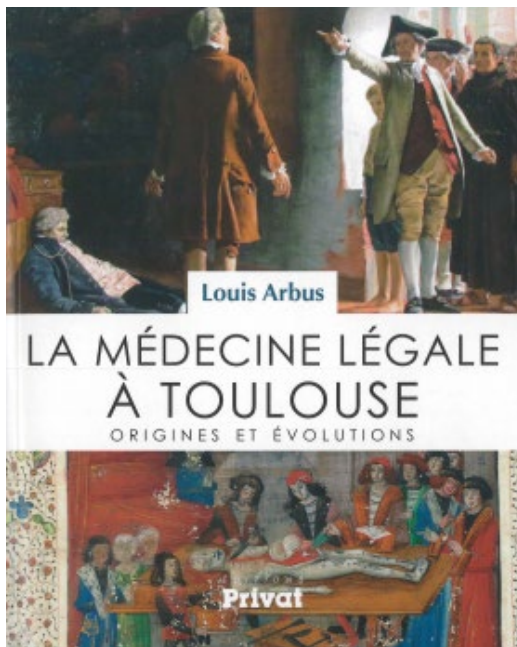
La deuxième édition de l'exposition de voitures de collection s'est tenue le 31 Mai à l'hôpital Garonne, pour tous les patients et résidents de l'hôpital Garonne et de leurs proches. Les associations « Les années chromes » et « Ideal DS » sont venues exposer une quinzaine de voitures anciennes de la DS à la corvette en passant par la 2CV.

Les patients de l'hôpital, leurs proches, le personnel et quelques visiteurs ont pu découvrir tous ces modèles et se rappeler d'autres époques de leur vie avec bonheur.

Ces vraies œuvres d'art ont chacune une histoire contée hier par les propriétaires passionnés et heureux de partager ce moment.

Remercions Jean-François et Behnoush, ainsi que le personnel de l'hôpital Garonne, tous très engagés dans cette volonté d'offrir des animations de qualité ! ■

« LA MÉDECINE LÉGALE À TOULOUSE Origines et évolutions » un ouvrage du Pr. Louis Arbus



aussi en France, s'est développée et institutionnalisée. Le livre débute par des anecdotes originales où dominent sorcellerie, folie et mystifications... Puis viennent les premières expertises médico-légales au XVIII^e siècle concernant les célèbres affaires criminelles Calas et Sirven, ainsi que d'autres cas moins connus. Au XIX^e siècle apparaissent les pionniers de la médecine légale toulousaine parmi lesquels : Hippolyte Combes, Tibulle Desbarreaux-Bernard, Séverin Caussé et Gérard Marchant. A ce moment, avec la naissance de la criminologie, la pensée médico-légale s'étend à d'autres disciplines: psychiatrie, médecine sociale, hygiène toxicologie ou médecine pénitentiaire.

La biographie des grands maîtres toulousains de la médecine légale est exposée dans un des derniers chapitres, d'abord celle de Jean Planques, puis celle de son successeur Charles Greze-Rueff, du psychiatre Pierre Moron, du médecin légiste Raoul Madrange, etc. Avec la création en 1982 d'une consultation

hospitalière de la violence, Toulouse devient l'une des toutes premières villes en France à organiser dans le cadre hospitalier des activités concernant la thanatologie et la victimologie. Pour terminer, les liens avec la faculté de droit, ainsi que l'essor du droit de la santé sont exposés par le D^r Anne-Marie Duguet, tandis que la médecine légale clinique puis l'anthropologie médico-Légale sont traités par les professeurs Daniel Rougé et Norbert Telmon et que le Pr. Pierre-André Delpla décrit l'importance croissante de la psychiatrie médico-légale et de la criminologie.

Remarquablement écrit et conçu par Louis Arbus, professeur émérite de médecine légale, cet excellent livre enrichit indéniablement la connaissance, non seulement de l'histoire hospitalo-universitaire, mais aussi celle de la société juridique toulousaine. ■

Jacques Frexinos

Louis Arbus. « La médecine légale à Toulouse. Origines et évolutions ». Privat. Mai 2016. 240 pages, 24€

Médical/Gastro-entérologie

La radiofréquence au secours de l'œsophage

Une nouvelle méthode de traitement de l'une des affections de l'œsophage est pratiquée au CHU. Les premiers résultats sont encourageants.



Pr. Louis Buscaill en intervention

Âge, tabac, alcool, obésité sont les principaux facteurs de risque qui peuvent induire un endo-brachy-œsophage (EBO) qui est l'une des conséquences du reflux gastro-œsophagien (RGO). Certains symptômes sont courants, tels que des brûlures d'estomac, des reflux gastriques, des difficultés à digérer... Ce sont les symptômes du RGO. Mais parfois un EBO survient sans aucun symptôme. Appelé aussi « œsophage de Barrett », l'EBO désigne une affection de l'œsophage qui se traduit la plupart du temps par des lésions bénignes. Cependant dans les cas les plus sévères, cela peut évoluer vers un cancer, l'adénocarcinome de l'œsophage.

L'EBO est consécutif au RGO qui transporte des cellules de l'estomac, voire de l'intestin, vers l'œsophage pour en tapisser la muqueuse de la partie inférieure, à la jonction œso-gastrique, et remonter le long de l'œsophage. C'est ce que l'on appelle une métaplasie. La gravité de l'EBO se mesure à l'envahissement de ces cellules qui se développent dans un environnement qui n'est pas le leur. On parle alors de dysplasie de bas grade ou de haut grade avant la dégénérescence vers un cancer. La prévalence de la maladie est de l'ordre de 5,6% de la population générale et le risque de dégénérescence vers un adénocarcinome est de l'ordre de 0,6%, ce qui représente un millier de cas par an.

Si des traitements existent déjà (dissection endoscopique, laser...), un pas en avant important a été fait récemment avec la radiofréquence. Utilisée dans les cas de dysplasie de haut grade, elle consiste à introduire une sonde entourée de fils électriques, comme une dynamo, qui, au contact

de l'œsophage, éradique les cellules migrantes et mutantes. La dose d'électricité délivrée est calculée automatiquement par l'appareillage en fonction du diamètre de l'œsophage.

Pratiquée dans le monde depuis quatre ans environ, la radiofréquence a été adoptée au CHU de Toulouse.

Depuis novembre 2015, quatre patients ont eu accès à ce traitement pour lequel il n'existe qu'une vingtaine d'appareillage au niveau national dont un maintenant en Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

Le traitement par radiofréquence est mis en œuvre au CHU sous l'autorité du Pr. Louis Buscaill, chef du service de gastro-entérologie. Il se réalise en deux séances selon un parcours bien codifié. Le patient est hospitalisé deux jours pour bénéficier de la première séance. Il est hospitalisé à nouveau deux mois et demi plus tard pour la seconde séance. Il entre ensuite dans un parcours de soins avec surveillance à trois mois, six mois, un an et ensuite tous les deux ans.

Les premiers patients à avoir été traités au CHU par radiofréquence ont été revus. Le résultat est très positif avec éradication complète de l'EBO et de la dysplasie sévère. ■

« Si des traitements existent déjà, un pas en avant important a été fait récemment avec la radiofréquence »

Médical/Cœur

Trente ans après

En 1986, deux faits majeurs ont eu pour cadre le CHU de Toulouse : la première pose d'un stent endocoronaire, la première greffe cardiaque. Ces événements ont marqué durablement l'hôpital qui a atteint un niveau exceptionnel d'expertise en cardiologie et en chirurgie cardio-vasculaire.



Les équipes de cardiologie et de chirurgie cardiaque du CHU de Toulouse réunies pour fêter 30 ans d'innovation

« le mouvement d'innovation est continu, le CHU a déjà engagé de nouveaux programmes »

Une rencontre a rassemblé le jeudi 9 juin dernier à l'Hôtel-Dieu les équipes médicales et chirurgicales de l'hôpital Rangueil pour une commémoration à caractère exceptionnel. Il s'agissait, en effet, de marquer le trentième anniversaire de deux grandes innovations qui ont eu pour cadre le CHU en 1986. Le 28 mars de cette année-là, les Professeurs Jacques Puel, Francis Joffre et Hervé Rousseau effectuaient la première pose mondiale d'un stent endocoronaire. Le 31 mars, le Pr. Alain Cérène et son équipe réalisaient la première greffe cardiaque à Toulouse. Ces événements ont ouvert la voie à trente années d'innovation en cardiologie et en chirurgie cardiaque au CHU. On peut rappeler quelques moments déterminants de cette remarquable période :

- Le traitement des cardiopathies congénitales (Pr. Meyer Elbaz, Pr. Bertrand Leobon)
- Le traitement des dyslipidémies (Pr. Jean Ferrières)
- Le traitement des pathologies des coronaires (Pr. Didier Carrié)
- Le traitement des pathologies aortiques (Pr. Yves Glock)

- Le traitement des pathologies valvulaires (Pr. Bertrand Marcheix)
- Le traitement endo-luminal de l'aorte thoracique (Pr. Hervé Rousseau)
- Le traitement des pathologies rythmiques (Dr Philippe Maury)
- Le traitement médical de l'insuffisance cardiaque (Pr. Michel Galinier)
- La transplantation cardiaque et l'assistance ventriculaire (Pr. Camille Dambrin).

Le mouvement d'innovation est continu.

Le CHU est déjà engagé sur de nouveaux programmes et de nouveaux modes d'intervention dont :

- Le microbiote, nouvelle arme du cardiologue dans le traitement de l'hypertension artérielle et ses complications (Pr. Jacques Amar)
- La thérapie cellulaire, alternative à la greffe cardiaque (Pr. Jérôme Roncalli)
- Le cœur artificiel Carmat (Pr. Camille Dambrin). ■

En chiffres

	France	Midi-Pyrénées	CHU
Coronarographies	300.000	15.000	4.500
Angioplasties	120.000	8.500	2.500
Stents	180.000	13.500	3.500
Prothèses valve cardiaque	6.300	530	250
Chirurgies cardiaques sous CEC	39.000	2.500	1.400
Greffes cardiaques	471	29	29
Assistance circulatoire	201	11	11

Trente ans et plus...

HIER

Hommage à Jacques Puel par le Pr. Meyer Elbaz

« Jacques Puel est né en 1949 à Rodez. Il est décédé en mai 2008 à Toulouse. Il est considéré comme l'un des pionniers de la cardiologie d'urgence et de la prise en charge de l'infarctus du myocarde, des premières minutes au suivi tardif des complications. Visionnaire de génie, il laisse une empreinte indélébile dans l'histoire de la cardiologie mondiale en implantant en 1986 une endoprothèse coronaire, plus communément appelée stent, chez un patient traité à l'hôpital Rangueil, réalisant une intervention « first in the man », une première qu'il a gérée avec énormément de modestie, d'humilité, avec le recul et surtout le sens critique qui le caractérisait.

« Tout au long des vingt années qui suivirent cet exploit technique, avancée exceptionnelle, Jacques Puel s'est plu à toujours déjouer les attentes simplistes et à démontrer d'abord et avant tout que la médecine restait un art de création, d'imagination et de spontanéité : soigner le plus grand nombre en tenant compte du caractère individuel et unique, non individualiste de l'homme, patient ou soignant... » ■



Pr. Hervé Rousseau, Pr. Francis Joffre et Pr. Jacques Puel en 1986

« il laisse une empreinte indélébile dans l'histoire de la cardiologie mondiale en implantant en 1986 une endoprothèse coronaire, plus communément appelée stent »

La première greffe cardiaque, souvenir du Pr. Alain Cérène



Le bloc opératoire de chirurgie cardiaque en 1986

« Le 30 mars 1986 au matin, nous étions prévenus de l'existence d'un éventuel «donneur» à Purpan, c'était peut-être le moment de commencer »

« Le 30 mars 1986 au matin, nous étions prévenus de l'existence d'un éventuel «donneur» à Purpan. C'était peut-être le moment de commencer ! Depuis plus d'un an, en effet, nous nous préparions à l'emploi de cette thérapeutique destinée à sauver les insuffisants cardiaques en phase terminale en dépit de tous les traitements médicaux utilisés.

Nous nous étions entraînés à la technique chirurgicale, nous avions sélectionné un certain nombre de receveurs potentiels en vertu de tous les critères reconnus comme nécessaires, nous avions défini l'équipe, la structure de réanimation et la façon dont serait assuré le suivi ultérieur... Le receveur et la donneuse étaient jeunes...

« Une fois le cœur arrivé dans notre bloc opératoire, nous avons enlevé le cœur malade, sous couvert de l'utilisation d'un appareil de cœur poumon artificiel destiné à maintenir la circulation et l'oxygénation chez le receveur, puis a commencé le temps des sutures de l'oreillette gauche, de l'artère pulmonaire, de l'aorte et enfin de l'oreillette droite... La circulation rétablie dans les coronaires du « nouveau cœur », un choc électrique a permis de rétablir les contractions normales. Nous étions au petit matin du 31 mars 1986... » ■

AUJOURD'HUI

Les pathologies coronaires par le Pr. Didier Carrié

« L'athérosclérose coronaire correspond à des dépôts de graisse à l'intérieur des artères du cœur entraînant des rétrécissements, voire des occlusions... Plus le risque cardiovasculaire est important et plus la probabilité de développer une atteinte des artères du cœur est importante. Il est donc primordial de dépister la maladie coronarienne avant le stade des complications, afin de prévenir l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme cardiaque, voire la mort subite. Une fois dépistée, l'atteinte des artères du cœur se traite par chirurgie de pontage ou angioplastie avec pose de stents ou endoprothèses coronaires.

« Côté chirurgie, il y a eu une évolution en termes de protection myocardique et cérébrale depuis une vingtaine d'années. Les pontages sont aujourd'hui relativement bien supportés et il existe de moins en moins de troubles cognitifs après circulation extra corporelle. Les pontages artériels ont un taux de perméabilité plus important que les pontages veineux. L'évolution dans la technologie des stents est considérable depuis trente ans. » ■

« Les pontages sont aujourd'hui relativement bien supportés et il existe de moins en moins de troubles cognitifs après circulation extra corporelle. »



Le traitement médical de l'insuffisance cardiaque par le Pr. Michel Galinier



Pr. Michel Galinier

« En 2016, de grands projets visant à améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque se poursuivent. L'insuffisance cardiaque est à l'origine d'un handicap majeur dans la vie quotidienne, du fait de la fatigue et de l'essoufflement qu'elle génère, de décompensations itératives sources d'hospitalisations récurrentes et d'une lourde mortalité. Affection prédominante chez le sujet âgé, son incidence continue de croître du fait du vieillissement de la population. Elle constitue ainsi la première cause d'hospitalisation après soixante ans. La gravité du pronostic, le coût élevé de la maladie, essentiellement lié aux hospitalisations, imposent une mobilisation de

tous les acteurs de la santé.

« Le premier projet est issu des patients eux-mêmes qui sont devenus, grâce à l'éducation thérapeutique, des acteurs de leur propre prise en charge, participant à leur surveillance clinique, conscients de l'importance du suivi hygiéno-diététique, comportant régime pauvre en sel et activité physique d'endurance et médicamenteux. Un autre projet vient des tutelles qui ont compris l'enjeu de cette maladie... Afin d'éviter les ré-hospitalisations précoces, après décompensations, dont le taux est d'environ 25% trente jours après la sortie, la Haute Autorité de Santé a publié un guide décrivant le programme personnalisé de soins dont devrait bénéficier chaque patient après une hospitalisation. L'assurance maladie a mis au point le projet PRADO où l'infirmière libérale de chaque patient participe au suivi se mettant en place en Haute-Garonne. Un autre projet vient des cardiologues de la région qui se sont réunis au sein de l'association APET-CardioMip pour offrir à chaque patient, au plus près de son domicile, un accès à une éducation thérapeutique formalisée. » ■



L'expertise dans le traitement des pathologies valvulaires par le Pr. Bertrand Marcheix

« Les chirurgiens s'attachent aujourd'hui à rendre ces traitements de moins en moins invasifs grâce à des techniques hybrides percutanées. Il s'agit d'implanter une prothèse valvulaire à la place de la valve cardiaque défaillante en passant par l'intérieur des artères. L'intervention est réalisée sans ouverture de la poitrine, sans arrêter le cœur.

Plus de 1000 patients ont déjà été traités par ces prothèses percutanées.

L'ouverture du nouveau bloc opératoire, dont une salle hybride, prévue à l'automne 2016, permettra de disposer des outils indispensables à la prochaine étape de développement des traitements des maladies valvulaires.»

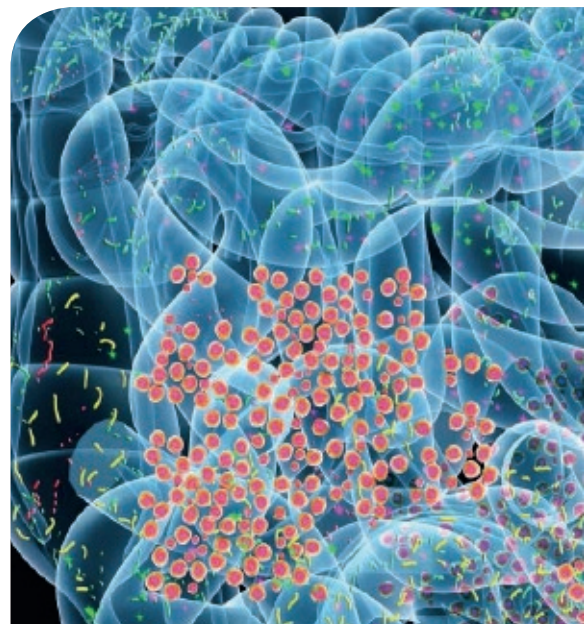
DEMAIN

Le microbiote, nouvelle arme du cardiologue, par le **Pr. Jacques Amar**

« Nous cohabitons avec des milliards de bactéries. Cette communauté bactérienne est dénommée microbiote. Ces micro-organismes peuplent nos intestins, revêtent notre peau, nos bronches, notre vessie et passent même pour certains d'entre eux ces frontières que nous considérons jusque-là comme étanches pour rentrer à l'intérieur de notre organisme. L'avancée des technologies de séquençage du génome, de l'informatique et des mathématiques ont contribué à progresser dans la connaissance de ces communautés complexes par leur nombre, leur diversité et surtout leur caractère hautement dynamique et adaptatif. Ces avancées ont permis aux scientifiques de commencer à décrypter les interactions entre ces microbiotes et nos cellules.

« Nous et d'autres avons décrit l'existence d'un microbiote tissulaire et de la translocation bactérienne dans la survenue des maladies cardio-métaboliques au sein de modèles expérimentaux, mais aussi dans le cadre d'études épidémiologiques conduites dans de larges populations. L'ensemble de ces travaux fait du microbiote et de la translocation bactérienne des acteurs clés de notre santé, notamment cardiovasculaire. L'intestin, en tant que régulateur de la translocation, est apparu dans l'horizon cardiologique. » ■

« L'avancée des technologies de séquençage du génome, de l'informatique et des mathématiques ont contribué à progresser dans la connaissance de ce microbiote »



Le microbiote

Le cœur artificiel Carmat par le **Pr. Camille Dambrin**



Le cœur artificiel Carmat

« Carmat est un véritable cœur artificiel. Il vise à remplacer le cœur natif et à assurer sa fonction en cas d'insuffisance cardiaque avancée. Les structures internes qui sont au contact du flux sanguin sont entièrement biocompatibles. Les valves sont de type biologique et les membranes qui tapissent la paroi des deux ventricules sont faites de péricarde bovin traité.

En ce sens, il s'agit d'un dispositif très novateur. Le système électronique de contrôle en fait un système particulièrement sophistiqué. Deux moteurs électro-hydrauliques assurent le fonctionnement du cœur et l'éjection du sang des ventricules gauche et droit qui fonctionnent en opposition de phase, avec une éjection alternativement du ventricule gauche, puis droit. La partie implantée du dispositif pèse 980 grammes.

« Grâce à son dynamisme et son expérience en matière de greffe cardiaque et d'assistance ventriculaire, l'équipe de chirurgie cardiaque du CHU de Toulouse a été sélectionnée et fait à présent partie des tous premiers centres investis dans ce programme ambitieux. » ■

Néonatalogie/Hospitalisation à domicile

Les prématurés plus près de leurs parents

En facilitant le retour à domicile des nouveaux-nés hospitalisés, l'unité de néonatalogie de l'hôpital des Enfants permet une prise en charge centrée sur les besoins du bébé et de sa famille en toute sécurité.



Un suivi à domicile en toute sécurité

Fortement sensibilisé par une philosophie de soins issue du NIDCAP (Programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement), le service de néonatalogie de l'hôpital des Enfants a été le premier en France à ouvrir une unité d'hospitalisation à domicile pour les nouveaux-nés.

Inspirée par l'expérience scandinave, cette unité d'hospitalisation à domicile a ouvert en 2008 avec cinq lits, avant de doubler ses capacités d'accueil à partir de 2011. L'unité s'occupe annuellement de 250 enfants.

« Nos objectifs, explique Valérie Pelofy, cadre de santé, sont d'abord de faciliter le retour à domicile des nouveaux-nés hospitalisés, de soutenir le lien parent/enfant dans un environnement bénéfique, de favoriser l'allaitement maternel et enfin de réduire la durée et le coût de l'hospitalisation. C'est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Elle soutient au mieux le développement de l'enfant. »

L'hospitalisation à domicile ne concerne que les bébés stables dont les parents résident dans un rayon de trente kilomètres autour de l'hôpital des Enfants.

Deux infirmières-puéricultrices sont affectées au fonctionnement quotidien de ce service. Elles se rendent une fois par jour au domicile des familles à bord d'une voiture fournie par l'hôpital. Elles réalisent des soins techniques et

« Nos objectifs sont d'abord de faciliter le retour à domicile des nouveaux-nés hospitalisés, de soutenir le lien parent/enfant dans un environnement bénéfique, de favoriser l'allaitement maternel »

soutiennent les parents. Elles font un compte rendu journalier au pédiatre néonatalogiste. L'enfant est revu une fois par semaine en consultation à l'hôpital.

Les compétences parentales sont évaluées en amont. Les parents sont impliqués dans les soins auprès de l'enfant de façon précoce, dès la naissance. Ils apprennent à bien connaître leur bébé et deviennent autonomes pour l'alimenter, malgré son immaturité. La transition entre la sonde gastrique et l'allaitement maternel ou le biberon peut se faire à domicile.

« Les soignants sont très à l'écoute. Il s'établit une relation de confiance entre la famille, les soignants et le médecin qui ne voit plus le bébé tous les jours »

« Tout cela nous amène à entrer dans l'intimité de la famille, souligne le D^r Nathalie Montjoux, pédiatre responsable de l'hospitalisation à domicile. Les soignants sont très à l'écoute. Il s'établit une relation de confiance entre la famille, les soignants et le médecin qui ne voit plus le bébé tous les jours. Par l'observation du bébé, de la tétée, de la douleur éventuelle, les infirmières très expérimentées évaluent l'état de santé de l'enfant quotidiennement. »

La pratique est en tout point positive avec un taux de ré-hospitalisation très faible. Cette déclinaison originale du parcours du patient se réalise en toute sécurité, grâce à cette organisation et grâce à des soignants expérimentés. De plus, en cas de nécessité, l'enfant peut être admis en urgence en néonatalogie.

Le vécu des parents est évalué et témoigne d'une grande satisfaction quant au bénéfice de cette organisation.

Une fois la période d'hospitalisation à domicile achevée, un suivi est assuré par les médecins de ville, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les différents professionnels du réseau « P'tit MIP » qui coordonne le suivi des nouveaux-nés vulnérables. ■



Des conditions optimales de sécurité

Le service d'hospitalisation à domicile des prématurés est organisé dans des conditions optimales de sécurité avec :

- Une permanence physique 7 jours sur 7 à l'hôpital des Enfants
- Une permanence téléphonique fonctionnant 24 heures sur 24
- Une visite quotidienne à domicile des infirmières-puéricultrices
- Une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire pour la prise en soins des enfants et des familles
- Un partenariat pour assurer le relais à la fin de l'hospitalisation à domicile avec notamment la Protection Maternelle et Infantile.

Pédiatrie/IRM

L'IRM en JEU rassure les enfants

Comment faciliter l'accès des enfants à un examen IRM en évitant d'avoir recours à l'anesthésie ou à une forte dose de sédatifs ? Une réponse a été donnée il y a quelques années à cette question par l'association « Le Petit Monde », en lien avec les Hospices Civils de Lyon et le ministère de la Santé.



« Cet équipement fonctionne avec la collaboration de l'association « Les blouses roses » dont le rôle est d'apporter détente, sourire et mieux-être aux personnes hospitalisées. »

Cette réponse s'appelle l'IRM en JEU. Elle consiste à utiliser un simulateur de cet appareil pour préparer l'enfant à un examen qui suscite une réelle appréhension.

A l'initiative du Pr. Nicolas Sans, chef du service d'imagerie médicale, l'hôpital des Enfants a pu bénéficier, grâce à un mécénat (Téléconsult France), d'une IRM en JEU en service depuis septembre 2015. Cet équipement fonctionne avec la collaboration de l'association « Les blouses roses » dont le rôle est d'apporter détente, sourire et mieux-être aux personnes hospitalisées (enfants, adultes, personnes âgées), soit par leur présence, soit au moyen du jeu ou de toute activité créative. Son comité toulousain, présidé par Vincent Flouzat, regroupe 180 bénévoles qui interviennent au CHU, dans les maisons de retraite et dans des centres spécialisés.

L'IRM en JEU est installée à l'hôpital des Enfants et accueille les petits lors

de deux séances hebdomadaires : les examens concernant la tête ont lieu le jeudi matin, les autres le mercredi après-midi.

« Le secrétariat de l'IRM de l'hôpital des Enfants, explique Françoise Bontemps, vice-présidente des « Blouses roses », nous informe des rendez-vous le mardi de manière à ce que nous puissions déléguer des bénévoles le mercredi et le jeudi. Ceux-ci interviennent pour préparer les enfants dont l'âge varie en moyenne de quatre à dix ans, avant leur passage dans la véritable IRM.

« Le bénévole rassure et familiarise l'enfant à l'aide de l'IRM en JEU qui s'utilise comme un micro-ordinateur. Cela permet de simuler la position, d'expliquer le bruit et le déroulement de la prise de photo qui nécessite de ne pas bouger. Ainsi on dédramatise, on détend l'atmosphère et on diminue le stress, ce qui rend l'examen d'IRM plus rapide et de meilleure qualité. »

Un enfant est en moyenne examiné lors de chacune des deux séances hebdomadaires. Les résultats obtenus par la pratique de l'IRM en JEU sont aujourd'hui très concluants. ■



Logistique/Organisation

Saut qualitatif et quantitatif pour la blanchisserie du CHU

Avec la constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire de droit public, l'usine du Chapitre accroît son activité et optimise sa production et ses coûts

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la blanchisserie du CHU, implantée au sein de la zone d'activité du Chapitre à Toulouse, est devenue le site de production du Groupement de Coopération Sanitaire Blanchisserie Toulousaine de Santé. Ce groupement associe au CHU l'hôpital de Muret, le Centre communal d'action sociale de Toulouse, l'Institut universitaire du cancer de Toulouse (IUCT-O) et l'hôpital Joseph Ducuing. Il

« La gestion des tenues professionnelles a été facilitée par l'installation des distributeurs dans les différents établissements du CHU. »

permet l'optimisation de la production et des coûts. Cela correspond à 21,6 tonnes par jour, soit 45.000 pièces de linge à produire.

Afin d'obtenir le traitement de plus gros volumes, dans les meilleures conditions, la blanchisserie du Chapitre a fait l'objet d'une extension de 1331 m². Construite en prolongement des locaux déjà existants, elle comprend notamment : un local de stockage de 150 m² pour le linge plat neuf ; une zone de réception des rolls de linge sale ; une zone de finition dotée de nouvelles machines (ensacheuse, tunnel de finition, plieuse) ; une partie pour les expéditions à destination des dix-neuf maisons de retraite et des dix-huit crèches gérées par le CCAS ; un système de détection incendie neuf et surtout un système de traitement de l'air avec refroidisseur intégré.

Responsable de la blanchisserie du CHU, Marc Drezen, directeur technique du Groupement, rappelle⁽¹⁾ que « la structuration du service a permis

notamment d'améliorer les rotations du linge, car plus celui-ci est stocké, plus le risque de contamination est élevé ; un agent mobile gère les commandes selon les besoins réels des différents services avant de les transmettre à la blanchisserie ».

Autre changement notable souligné par Marc Drezen : la mise en place de distributeurs automatiques de vêtements.

« Autrefois assurée par les services de soins, dit-il, la gestion des tenues professionnelles a été facilitée par l'installation des distributeurs dans les différents établissements du CHU. Cela permet à chaque salarié ou étudiant, via une carte professionnelle, de disposer du nombre de tenues dont il a besoin. Ce nombre est fixé selon une dotation calculée en fonction des conditions d'hygiène de l'environnement où l'agent travaille. Une tenue ne peut être récupérée que si la précédente est restituée. Le but est de limiter les pertes et par conséquent les coûts. »

Il convient d'indiquer que la blanchisserie du CHU a obtenu en avril 2015 la certification ISO 9001 et que celle-ci a été renouvelée le 29 mars dernier. ■


(1) Voir Trait d'union N° 144, printemps 2015



En chiffres

- 3.800.000 € : montant de l'investissement consacré à l'agrandissement et l'acquisition de quatre nouvelles machines
- 1331 m² : surface d'extension de la blanchisserie
- 5 partenaires, 9 clients, soit 4200 lits à équiper quotidiennement et 20.000 personnes à habiller
- 90 salariés
- 59 postes de travail
- 21 tonnes de linge traitées par jour, soit 40.000 pièces
- 450 rolls livrés chaque jour

Le nouveau visage de la gériatrie

A healthcare professional in white scrubs and glasses is assisting an elderly patient on a treadmill. The patient is wearing a pink and white striped shirt and blue jeans. The setting is a bright, modern rehabilitation center with large windows and various pieces of equipment like walkers and beds in the background.

Au-delà de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, la gériatrie met de plus en plus l'accent sur la prévention du vieillissement pathologique et sur la mise en place d'une recherche clinique adaptée. Le CHU, déjà en pointe dans ces domaines avec le Gérontopôle, réorganise ce secteur d'activité sur un plan géographique et au niveau médical pour améliorer l'accueil de proximité des patients.

Une nouvelle organisation pour mieux prendre en charge les conséquences du vieillissement

Avec l'augmentation régulière et conséquente de l'espérance de vie, il est nécessaire d'adapter la pratique médicale à une meilleure prise en charge des personnes âgées. C'est ce que met en œuvre le CHU de Toulouse en réorganisant la gériatrie.

Préparé depuis une année, le projet médical et organisationnel se met en place sur les différents sites de l'hôpital. Outre la réorganisation du plateau ambulatoire, ce projet s'articule autour de trois axes forts, comme l'explique le Pr. Fati Nourashemi, chef du pôle gériatrie du CHU.

« Le premier axe, dit-elle, est l'onco-gériatrie. Du fait de l'allongement de la durée de vie, le nombre de cancers augmente et survient chez des patients de plus en plus âgés qui souffrent déjà d'autres pathologies et ont d'autres traitements. Cela nécessite de concevoir une gestion nouvelle, ce qui a conduit à créer une filière d'onco-gériatrie en collaboration avec l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole (IUCT-O). Au plan pratique, le déménagement a permis de regrouper au sein du pavillon J. L. Albarède :

- un hôpital de jour pour l'ambulatoire,
- un hôpital de semaine,
- un service d'hospitalisation traditionnelle.

Ce nouvel espace attribué à la gériatrie a l'avantage d'être situé à proximité de l'hôpital Pierre-Paul Riquet et du bâtiment Urgences Réanimation Médecines, ce qui facilite l'accès au plateau technique et l'organisation des soins.

« Les soins palliatifs constituent le deuxième axe fort. L'implantation au pavillon des médecines à Purpan conserve la capacité d'accueil aujourd'hui de dix lits avec une augmentation progressive à vingt lits.

Le troisième axe concerne la prise en charge de la maladie d'Alzheimer au sein du centre mémoire de ressources et de recherche, le premier créé en France. La maladie pourra être traitée dès les premiers symptômes jusqu'au stade sévère dans le cadre d'une filière appropriée. »

« Nous allons pouvoir offrir aux patients, souligne le Pr. Nourashemi, un accueil adapté et chaleureux. Nous avons plus d'espace, ce qui permet de développer l'ambulatoire



Au premier plan, D^r Françoise LALA, D^r Pierre-Jean OUSSET et D^r Nathalie SASTRE

et de mettre en place de nouveaux projets. Concernant le secteur d'hospitalisation, la prise en charge des patients sera facilitée grâce au rapprochement, sur le site de Purpan, des plateaux techniques de l'URM et de l'hôpital Pierre-Paul Riquet avec le pavillon J. L. Albarède. ■

« Le projet s'articule autour de trois axes forts :

- Onco-gériatrie
- Les soins palliatifs
- La maladie Alzheimer »

Le projet médical s'est adapté à une nouvelle implantation géographique qui se dessine autour de six sites :

- l'hôpital Garonne,
- le pavillon J.L. Albarède (ex-ROR) sur le site de Purpan-Haut,
- le pavillon des médecines pour les soins palliatifs,
- les post-urgences gériatriques de Purpan (Bâtiment URM),
- les post-urgences gériatriques de Rangueil (Bâtiment h1),
- la Cité de la Santé à La Grave (ancien bâtiment de l'Institut Claudius Regaud).

A noter que l'Institut du vieillissement fonctionne également dans les locaux de la faculté de médecine de Purpan, allées Jules Guesde.

Si ce dispositif multi-sites conduit à augmenter la mobilité des médecins, en raison notamment de la mise en place du plateau de consultations situé à la Cité de la Santé de La Grave, des avantages concrets apparaissent.

Une offre de soins de qualité, adaptée aux besoins de la personne âgée



La réorganisation de la gériatrie au CHU s'inscrit dans le projet d'établissement. Elle est rendue possible par la mise à disposition de nouveaux espaces libérés à la suite des grands chantiers intervenus ces dernières années : ouverture de l'hôpital Pierre-Paul Riquet, de l'URM, construction de l'IUCT-Oncopole à Langlade avec transfert de l'Institut Claudius Regaud...

Ces nouveaux bâtiments ont permis de réaffecter des espaces devenus disponibles à d'autres fonctions et aussi de quitter des locaux inadaptés aux besoins hospitaliers d'aujourd'hui. C'est le cas du pavillon Junod à Casselardit. « Il s'est agi, relate Valérie Pons-Prêtre, directrice du pôle gériatrie, de développer des capacités d'hospitalisation amenant à proposer une offre de soins de meilleure qualité, adaptée aux besoins de la personne âgée. Le projet médical d'établissement, compte tenu de l'accroissement du vieillissement, a préconisé de mettre l'accent sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, de la prévention de la dépendance et sur la recherche clinique via le Gérontopôle. »

Les principes d'organisation

- Regroupement des activités de soins de suite et de réadaptation à l'hôpital Garonne dans une unité de lieu :
 - SSR unité cognitivo-comportementale,
 - SSR neuro-locomoteur
 - SSR gériatrie et onco-gériatrie
 - SSR gériatrie et cardio-gériatrie
- La filière Alzheimer, regroupée au rez-de-chaussée de l'hôpital Garonne pour :
 - Les soins aigus Alzheimer et les syndromes apparentés, courts séjours
 - L'unité d'hébergement renforcé La Rosaie, unité de soins de longue durée de vingt lits
 - L'unité cognitivo-comportementale (SSR)

■ Rapprochement des secteurs de gériatrie autour du plateau médico-technique du nouveau Purpan en réunissant au pavillon J. L. Albarède des hôpitaux de jour et médecine gériatrique de :

- l'onco-gériatrie et l'équipe mobile d'onco-gériatrie
- la cardio-gériatrie
- l'équipe mobile d'onco-gériatrie.

■ Relogement de l'ensemble des activités liées aux soins palliatifs sur le pavillon des médecines à Purpan-Haut (dix lits de soins palliatifs et l'équipe mobile de soins palliatifs). Il convient de souligner que les soins palliatifs situés à Purpan accueillent l'ensemble des patients du CHU.

■ Deux unités de post-urgences gériatriques, situées l'une à Rangueil, l'autre à Purpan.

■ Regroupement des activités ambulatoires (consultations et hôpitaux de jour) et des missions transversales de recherche à La Grave : tertiaire médical, plateau des consultations de gériatrie, hôpital de jour Alzheimer, hôpital de jour fragilités. ■



Le pavillon de médecine gériatrique Jean-Louis Albarède



Aux côtés du Pr. Bruno Vellas et de son équipe, on reconnaît notamment le Pr. Jean-Louis Albarède

«C'est une très grande fierté d'inaugurer à ses côtés, le pavillon de médecine gériatrique Jean-Louis Albarède. Alors qu'il était le jeune et brillant agrégé de la grande école de pneumologie toulousaine, Jean-Louis Albarède a décidé, il y a presque quarante ans, de quitter cette prestigieuse discipline pour aller s'occuper, avec l'humilité nécessaire, du nouveau service de gériatrie qui n'était alors que des lits de long et moyen séjours à distance du CHU, à Casselardit.

En quelques décennies, le Professeur Albarède en a fait, ce qui est, sans doute, la plus grande école de médecine gériatrique européenne. Non seulement il a été à l'origine de cette grande école mais il a, par la suite, été à l'origine du développement de la santé publique qu'il a confiée à Jacques Pous et à Alain Grand, puis des soins palliatifs. Il convient de rappeler et souligner le travail, l'intuition, le dévouement, l'intelligence, la sensibilité, la vision et la passion qui ont été les siens, pour réaliser cette œuvre.

C'est en 1983 que j'ai été le premier interne des hôpitaux à venir le rejoindre et c'est en assistant à ses cours de gérontologie qu'il a su me transmettre, comme à beaucoup d'autres, la passion de la médecine

gériatrique. Le Professeur Jean-Louis Albarède, notre maître, savait montrer à la fois l'autorité et l'affection nécessaires auprès de ses élèves. Il était toujours là dans les moments difficiles. Jean-Louis Albarède est toujours resté très proche des patients ; cela lui a été en partie transmis par son père, médecin de famille à Lavaur, pour lequel il avait une grande admiration. Il nous répétait régulièrement qu'« un bon patron, c'est celui qui sait se faire dépasser par ses élèves ». Force est de constater que dans bien des domaines, nous n'avons jamais su l'égaliser. Il savait mieux que quiconque expliquer à un malade et à sa famille ce dont il souffrait tout en sachant prendre le temps nécessaire pour arriver à la fois à les apaiser et à leur communiquer un diagnostic grave, et je voudrais le citer quand il nous disait « le pire c'est de ne pas savoir de quoi on souffre, de quoi on meurt ».

Que le pavillon de médecine gériatrique Jean-Louis Albarède contribue à transmettre ses valeurs aux générations futures, et remplisse sa triple mission de soin, d'enseignement et de recherche dans la lutte contre les pathologies liées au vieillissement et en faveur du maintien de l'autonomie des plus âgés."

Pr. Bruno Vellas

La cité de la santé s'ouvre sur la prévention de la dépendance

« le Gérontopôle de Toulouse a été missionné à quatre reprises par les ministres en charge de la santé et des personnes âgées pour mener des travaux de recherche et des actions de prévention dans le domaine du vieillissement »

La Cité de la Santé prend forme sur le site de La Grave (ex-bâtiment de l'Institut Claudius Regaud). Elle permet de faire évoluer la pratique médicale dans cette spécialité en agissant avant le stade de la dépendance, afin de mieux en rechercher les causes et de mettre en place les interventions nécessaires pour maintenir l'autonomie fonctionnelle malgré l'avancée de l'âge.

Cette nouvelle organisation reflète la volonté de donner un nouveau visage à la gériatrie et de privilégier le travail sur la prévention de la dépendance. Car une action précoce permet d'améliorer très sensiblement les conséquences du vieillissement dont l'une des manifestations les plus visibles est la maladie d'Alzheimer.

« Avec le vieillissement, explique le Pr. Bruno Vellas, initiateur et responsable du Gérontopôle de Toulouse, se développent des fragilités et des pathologies chroniques à l'origine du déclin fonctionnel physique, cognitif et sensoriel. Ces déficits contribuent à réduire les capacités d'autonomie des personnes âgées et peuvent conduire peu à peu à la dépendance. Le Gérontopôle a décidé de focaliser ses actions sur cette thématique. Ses travaux des dix dernières années dans la prévention de la fragilité, de la dépendance et de la maladie d'Alzheimer ont permis de développer des programmes innovants dans les soins et la recherche avec un rayonnement territorial national, voire international. »

Rappelons que le Gérontopôle de Toulouse a été le premier labellisé en France, en 2007. Il a été missionné à quatre reprises par les ministres en charge de la santé et des personnes âgées pour mener des travaux de recherche et des actions de prévention dans le domaine du vieillissement. Le Gérontopôle a structuré en conséquence son activité selon trois axes :

■ La maladie d'Alzheimer avec la recherche sur la prévention, la recherche thérapeutique et les biomarqueurs qui permettent d'agir à un stade précoce.



■ La fragilité et le maintien de l'autonomie avec la validation de stratégies pour le repérage des personnes âgées fragiles en population générale et la recherche clinique sur la fragilité et la sarcopénie, incluant la recherche thérapeutique, ainsi que la recherche de nouvelles technologies ou encore la recherche transactionnelle.

■ La recherche clinique en EHPAD avec la création d'un réseau pour le développement de programmes de recherche clinique ciblant les personnes âgées dépendantes. Les missions confiées au Gérontopôle ont amené notamment la création de l'institut « Préserv'Âge » qui, sous la responsabilité du Pr. Sandrine Andrieu, directrice UMR INSERM 1027, concentre les travaux collaboratifs sur la thématique de la prévention des conséquences du vieillissement. En 2015, le Gérontopôle gérait trente-cinq projets de recherche : onze projets nationaux, six régionaux, neuf européens et neuf cofinancés par des partenaires industriels, générant un apport de quinze millions d'euros. ■

Les actions territoriales

L'équipe régionale vieillissement et prévention de la dépendance a été constituée au sein du Gérontopôle de Toulouse pour accompagner les projets innovants de la filière gériatrie en Midi-Pyrénées avec le soutien de l'Agence régionale de santé.

Elle s'est fixée quatre objectifs :

- Aider au déploiement de la prise en charge des sujets âgés fragiles dans tous les hôpitaux de jour gériatriques de Midi-Pyrénées
- Mettre en place des actions de prévention de la dépendance iatrogène au sein des établissements de santé
- Organiser et structurer la filière gériatrique dans les trente-trois bassins de santé
- Faciliter l'accès à l'innovation et à la recherche clinique pour tous les établissements de santé. ■



« L'institut « PréservÂge » concentre les travaux collaboratifs sur la thématique de la prévention des conséquences du vieillissement. »

En chiffres

Quelques données chiffrées illustrent l'activité du pôle gériatrie sur la période du 1er janvier 2015 au 15 septembre 2015.

784 interventions de l'équipe mobile de gériatrie

546 interventions de l'équipe mobile d'onco-gériatrie

668 interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs

3071 séjours en hôpitaux de jour

2649 hospitalisations de court séjour

6715 consultations

3730 consultations mémoire (données Calliope)

727 visites annuelles au centre de recherche clinique, 26 sujets inclus dans les études du centre en 2015

SITE DE PURPAN



**HÔPITAL
GARONNE**

- Filière Alzheimer et maladies apparentées :
 - Unité de Soins aigus Alzheimer et syndromes apparentés
 - SSR Unité Cognitive Comportementale (UCC)
 - Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)
- SSR Gériatrie Neurolocomoteur
- SSR Gériatrie et Cardiogériatrie
- SSR gériatrie et Oncogériatrie
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD)
- HDJ filière EHPAD
- Équipe Mobile Gériatrie



**PAVILLON
J.L. ALBAREDE**

- Médecine interne et Oncogériatrie (Hospitalisation traditionnelle, Hospitalisation de semaine)
- Médecine interne et Cardiogériatrie (Hospitalisation traditionnelle)
- HDJ Médecine interne et Oncogériatrie
- Équipe mobile d'Oncogériatrie (EMOG)



**PAVILLON
DES MEDECINES**

- Unité de soins palliatifs Résonance
- Équipe Mobile de Soins Palliatifs



BÂTIMENT U.R.M.

- Post urgences gériatriques

CARTOGRAPHIE DE LA GÉRIATRIE AU CHU DE TOULOUSE

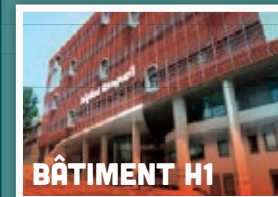
SITE HÔTEL- DIEU LA GRAVE



**PLATEAU
AMBULATOIRE
GERONTOPOLE**

- Consultations (gériatrie, médecine interne, mémoire)
- HDJ des Fragilités
- HDJ mémoire et Maladie Alzheimer
- Centre de Recherche Clinique (CRC)
- Équipe Régionale (ERVPD)
- Activités de télémédecine

SITE DE RANGUEIL



BÂTIMENT H1

- Post urgences gériatriques





LA CONFIDENTIALITÉ

au coeur de nos engagements
au CHU de Toulouse

c'est un droit pour la personne soignée
et une obligation pour chaque professionnel du CHU

Indicateurs de qualité

Les premiers résultats de la campagne 2016

A. Les Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)

Céline Perrier

Les « IPAQSS » sur la tenue des dossiers médicaux sont des indicateurs validés par l'INSERM et la HAS, qui permettent une comparaison inter-établissements. Ils sont mis à la disposition des usagers par affichage et sur le site internet www.scopesante.fr. Ils participent au dispositif d'incitation financière à la qualité (au maximum 500 000 Euros en 2016 pour un CHU).



Leur recueil est désormais biennal (années paires) et répond à un calendrier fixé par la HAS. Il mobilise de nombreux professionnels (paramédicaux, médecins, secrétaires, DIM, ingénieur qualité...). Au printemps 2016, environ 80 séjours du 2^{ème} semestre 2015, tirés au sort, ont été évalués pour chaque prise en charge (MCO, SSR, Psychiatrie). En 2017, l'évaluation sera dédiée aux indicateurs de spécialités : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hémorragie du post-partum, hémodialyse chronique.

La tenue du dossier patient en MCO et SSR : des premiers résultats 2016 en nette progression, mais encore inférieurs aux objectifs

Les résultats internes de la tenue du dossier patient en SSR sont en progression par rapport au précédent recueil national de 2014 : 88% (80% en 2014). Le score global de la qualité de la tenue du dossier patient en MCO reste stable 79% (78% en 2016).

Des progrès ont notamment été observés pour :

- la conformité des prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation (MCO : 46% en 2014 et 82% en 2016).
- le dépistage des troubles nutritionnels.

Le seuil de 80% de dossiers conformes doit être atteint pour tous les critères, et l'effort des acteurs médicaux et soignants doit donc être poursuivi sur de nombreux thèmes :

- La conformité de l'examen médical d'entrée dans les vingt-quatre premières heures (traçabilité des quatre éléments suivants : motifs d'hospitalisation, antécédents et facteurs de risque, conclusions de l'examen clinique initial et traitement habituel).
- La trace de la justification en cas de non administration médicamenteuse.

Indicateur	Secteur	Résultats CHU Toulouse 2014	Résultats CHU Toulouse 2016
Tenue du dossier patient Version 1	MCO	78/100	79/100
	SSR	80/100	88/100
Tenue du dossier patient Version 2 (1 ^{er} recueil, non diffusé)	MCO		79/100
	SSR		88/100
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	MCO	74/100	66/100
	SSR	99/100	93/100
Document de sortie à J0	MCO	43/100	43/100
Qualité du document de sortie à J0 (1 ^{er} recueil, non diffusé)	MCO		42/100
Traçabilité de l'évaluation de la douleur (avec échelle)	MCO	89/100	88 /100
	SSR	93/100	100/100
Dépistage des troubles nutritionnels (Niveau 1)	MCO	80/100	90/100
	SSR	91/100	99/100
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres (optionnel, non diffusé)	MCO	19/100	44/100
	SSR	74/100	75/100

- Les documents exigibles à la sortie du patient (Voir plus loin).
- La traçabilité et la conformité des prescriptions médicamenteuses à la sortie, sur lesquelles doivent figurer les sept éléments d'information suivants : le nom et prénom du patient, la date de prescription, l'identité du médecin, la dénomination des médicaments, la posologie, la voie d'administration et la durée du traitement.
- La trace de la participation ou de l'accord du patient à son projet thérapeutique en SSR.

Les résultats des IPAQSS pour la psychiatrie et des évaluations du dossier d'anesthésie feront l'objet d'une communication ultérieure.

Des exigences nouvelles concernant les documents indispensables/ou requis à la sortie des patients

D^r Henri Juchet

La loi de modernisation de notre système de santé élève, au rang de priorité de santé publique, la coordination entre l'hôpital et les correspondants médicaux et paramédicaux en charge de la continuité du parcours et de la prise en charge des patients.

Cette coordination était évaluée depuis plusieurs années par l'indicateur DEC (« Délai d'Envoi du Courrier de Fin d'Hospitalisation ») qui mesure le pourcentage des dossiers médicaux dans lesquels on retrouve un courrier de sortie avec la date d'entrée, le nom du médecin traitant, un résumé succinct du séjour et le traitement de sortie (ou une copie de l'ordonnance) adressé au médecin au plus tard huit jours après la sortie. Sur cet indicateur, les résultats 2016 des services MCO et SSR du CHU sont en nette régression.

L'établissement doit désormais fournir, au patient et aux professionnels de santé qui assureront le relais de la prise en charge, le jour même de la sortie, un « document de sortie » dont le contenu doit être conforme aux critères définis par la HAS (Voir encadré). Le score du CHU pour la remise du document de sortie à J0 sera diffusé publiquement dès cette année contrairement à la qualité du document de sortie.

La lettre de liaison du CHU de Toulouse, un maillon fort de la continuité des soins avec la médecine de ville.

Le « document de sortie » doit donc comprendre un certain nombre d'informations administratives, médicales et médico-sociales utiles à la continuité des soins. Pour la HAS, il peut être le seul document réalisé pour les situations simples.

Une adaptation de nos pratiques et de nos organisations est nécessaire pour satisfaire cette nouvelle exigence.

Deux cas de figure peuvent se présenter :

- 1) L'équipe médicale produit un compte rendu d'hospitalisation (CRH) le jour de la sortie**
- Dans l'idéal, le contenu du CRH devrait satisfaire aux recommandations de la HAS et constituer ainsi le « document de sortie » unique



Critères de conformité du document de sortie remis au patient à J0

(Source : HAS)

Le document de sortie est un document rédigé le jour de la sortie (qu'il soit provisoire ou définitif) ayant pour vocation d'être remis au minimum au patient. Toutes les informations collectées pour le recueil de cet indicateur doivent être issues de ce même document (sauf pour la traçabilité de la remise au patient). Il peut s'agir d'un courrier, d'un compte-rendu d'hospitalisation, ou d'un document ou fiche de liaison, ou tout autre document ayant pour but la continuité des soins, quelle que soit sa dénomination (ex : document de sortie de maternité après accouchement).

Contenu du document de sortie

- Trace sur le document de sortie ou dans le dossier de la remise du document au patient à la sortie
- Nom et coordonnées du médecin destinataire
- Identification du patient [Nom de naissance ou nom de jeune fille ; prénom; date de naissance; sexe]
- Date d'entrée et date de sortie
- Nom et coordonnées du signataire du document
- Destination du patient à la sortie (type de retour : domicile, hôpital, SSR...)
- Motif d'hospitalisation
- Synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour
- Synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie
- Information éventuelle sur la réalisation d'un test de portage de BMR ou BHRé
- Information sur la réalisation d'une transfusion (ou non) durant le séjour
- Résultats ou conclusion des actes techniques ou examens complémentaires réalisés pendant l'hospitalisation
- Traitements médicamenteux
- Trace écrite du traitement du patient à son entrée
- Trace écrite d'un traitement de sortie et conformité de la prescription (dénomination des médicaments ; posologie ; voie d'administration ; durée du traitement)
- Mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement à l'entrée ou du traitement habituel
- Information sur la planification des soins

- Le plus souvent, il reste purement médical et doit être complété : il faut alors lui adjoindre une **lettre de liaison** de sortie, modèle existant actuellement dans ORBIS et permettant de satisfaire aux recommandations. Le patient sort alors avec le CRH (produit par l'équipe médicale) et la lettre de liaison (produite par les IDE).

2) L'équipe médicale ne peut pas produire un compte rendu d'hospitalisation le jour de la sortie

- La **lettre de liaison** fait alors office de « document de sortie » unique. Il doit être complété par un médecin pour la partie médicale et l'équipe soignante pour la partie administrative et médico-sociale et remise au patient à la sortie.

Afin que chaque équipe médicale puisse disposer d'informations et définir des actions d'amélioration personnalisées de la tenue de ses dossiers médicaux, un audit de dix dossiers par service sera effectué à partir de septembre 2016 dans chaque unité médicale du CHU. Cette action sera menée en partenariat entre le service d'épidémiologie et d'évaluation, le comité du système d'information médical et de la recherche, et la direction de la qualité et de la gestion des risques.

B. Les indicateurs du Programme de lutte contre les infections associées aux soins (PROPIAS)

B. Marchou, X. Verdeil, S. Malavaud, V. Ambrogi



La lutte pour la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) s'inscrit dans un programme national appelé PROPIAS 2015 avec trois axes principaux :

- développer la prévention des IAS tout au long du parcours de soin ;
- renforcer la maîtrise de l'antibiorésistance ;
- réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.

Le bilan de la lutte contre les IAS repose sur cinq indicateurs: ICALIN (Lutte contre les Infections Nosocomiales), ICSHA (consommation de Solutés Hydro Alcooliques), ICABMR (maîtrise des Bactéries Multi Résistantes), ICATB (bon usage des Antibiotiques) et ICALISO (Lutte contre les Infections de Site Opératoire).

Chaque indicateur est présenté sous la forme d'un nombre de points sur 100 et d'une classe de performance (de A : excellent, à E : très insuffisant) qui prend en compte l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre par le CHU. Une année sur deux sont pris en compte ICALIN, ICALISO et ICSHA, en alternance avec ICABMR, ICATB et ICSHA. Pour l'ICA BMR, les bons résultats reflètent le haut niveau d'engagement du CHU pour la maîtrise de la diffusion des BMR.

L'ICSHA est recueilli tous les ans : indicateur validé, il reflète le niveau d'hygiène des mains des personnels soignants par friction hydro-alcoolique, technique à la fois rapide (30 secondes) et très efficace dans la prévention de la transmission de BMR, comme les staphylocoques méticillino-résistants (axes 1 et 2 du PROPIAS). Depuis les dernières années au CHU de Toulouse, on observe une baisse de cet indicateur qu'il devient urgent de corriger.

Pour l'ICATB, les efforts engagés ces deux dernières années ont permis de passer de classe C en classe A. Reste à progresser dans le domaine de l'évaluation des pratiques sous l'égide des référents antibiotiques, en collaboration avec les correspondants des services.

Au vu de ces indicateurs, des actions sont attendues pour améliorer les procédures d'alerte pour les patients porteurs de BMR, l'utilisation des SHA et la disponibilité de l'équipe mobile d'infectiologie.

Indicateur	Résultats 2014 (données 2013)		Résultats 2015 (données 2014)		Résultats 2016 (données 2015)	
	/ 100	Classe	/ 100	Classe	/ 100	Classe
ICALIN			89	A		
ICALISO			95	A		
ICSHA	84	A	74	B	69	B
ICABMR	92	B			100	A
ICATB	67	C			89	A

Du fait de l'opposabilité croissante des indicateurs, un contrôle qualité de nos recueils peut être réalisé durant l'été par l'Agence régionale de santé. Ce contrôle peut entraîner un changement de classe (indicateurs du PROPIAS) ou une invalidation complète (IPAQSS). A l'issue de la validation des différents résultats des établissements, la HAS communiquera des résultats comparatifs (moyenne nationale, des CHU et des établissements de la région.)

POUR LA SÉCURITÉ DE NOS SOINS JOUONS COLLECTIF !

FAIS
LA PASSE !



création graphique : direction de la communication CHU de Toulouse - © photo : 123RF/rossil

Les lettres de liaison sécurisent notre parcours de soins

⊕ de partage

⊕ de continuité

⊕ d'efficacité

semaine
de sécurité
des patients
lauréat
concours
2015

Une convention pour prévenir la violence et les malveillances

Un accord de partenariat vient d'être signé entre les forces de l'ordre, les services de la Justice et le CHU, afin de favoriser la lutte contre les incivilités commises à l'hôpital et de mieux coordonner les procédures judiciaires et leur suivi.

La sécurité est devenue pour les établissements hospitaliers une priorité. Les évolutions sociétales et les événements ont amené à placer cette question au centre des préoccupations, afin d'assurer un fonctionnement quotidien apaisé et plus sûr. Cet objectif vient de se concrétiser avec la signature d'une convention qui lie CHU, ministère de la Justice et forces de police (nationale, municipale, gendarmerie).

Cette convention s'appuie sur un protocole du 12 août 2005, établi entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur, complété par un texte du 10 juin 2010 qui formalise l'engagement de l'autorité judiciaire dans ce dispositif partenarial national.

La convention a pour but de :

- fixer les règles d'une collaboration dans la lutte contre les violences et les incivilités à l'hôpital ;
- renforcer, si nécessaire par un soutien aux forces de l'ordre, la sécurité des équipes du CHU lors de leurs interventions sur le terrain ;
- mieux coordonner les différentes procédures judiciaires engagées et permettre leur suivi ;
- simplifier la prise en charge d'une personne qui se trouve sous la responsabilité des forces de l'ordre.

La convention paraphée le 27 avril dernier à l'Hôtel-Dieu comporte un certain nombre de dispositions concrètes dont par exemple :

- la mise en place d'un numéro téléphonique dédié afin de permettre aux responsables hospitaliers de joindre rapidement un superviseur chargé des forces de l'ordre ;
- la facilitation du dépôt de plainte pour les personnels hospitaliers victimes de violence dans le cadre de leur fonction ;
- la systématisation du soutien des forces de l'ordre au profit du SAMU lors d'interventions sensibles ;
- l'autorisation permanente de l'action des forces de police à l'intérieur des établissements en cas de troubles à l'ordre public ou dans le cadre de mesures de protection comme le plan Vigipirate ;
- la simplification de la prise en charge des personnes gardées à vue par les forces de l'ordre ;
- de possibles mesures de verbalisation et d'enlèvements de véhicules gênants par la police municipale.

Pour faciliter la prise en compte et la mise en œuvre de sa politique de sécurité générale, le CHU s'est entouré d'un conseiller en charge de la sécurité. Cette fonction est exercée par André Aubaret qui est chargé des différents aspects concernant ce domaine et qui accompagne également les personnels en cas de nécessité.

« Il convient de rappeler, indique André Aubaret, que le CHU a depuis un certain nombre d'années élaboré des fiches thématiques qui sont en libre accès sur intranet. Elles traitent notamment du rôle et de la mission d'un officier de police judiciaire, de la procédure à suivre lors d'une réquisition de justice, de divers points de droit. » André Aubaret souhaite également apporter des précisions sur une disposition ajoutée à la convention du 27 avril, celle qui traite du stationnement.

« Cette question, précise-t-il, a été intégrée parce que ce problème a été identifié comme générateur de stress et de violence, compte tenu des difficultés rencontrées pour trouver une place de parking. Or il faut que les patients et les visiteurs arrivent sur les sites du CHU en étant le plus détendu possible. C'est ce qui a amené à donner l'autorisation à la police municipale de verbaliser dans l'enceinte de l'hôpital. »

Pour Raymond Le Moign, directeur général du CHU, « cette convention a pour objectif d'améliorer la sécurité de l'hôpital, dans les services en général et aux urgences en particulier ; elle renforce la coopération entre les structures sanitaires et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement des actes de malveillance ».

Lors de la signature de la convention, les représentants du ministère de la Justice et des forces de police et de gendarmerie ont exprimé leur satisfaction de pouvoir à l'avenir mieux travailler ensemble pour un meilleur service rendu à tous. ■



La convention a été signée par : le colonel Michel Coat, commandant en second de la région de gendarmerie Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées commandant du groupement de la Haute-Garonne, Pierre-Yves Couilleau, procureur de la République près le tribunal de grande instance de Toulouse, Raymond Le Moign, directeur général du CHU de Toulouse, Jean-Michel Lopez, contrôleur général directeur départemental de la sécurité publique de la Haute-Garonne et Jacques Andral, directeur de la police municipale de Toulouse



UEFA EURO 2016



Merci à tous les acteurs hospitaliers pour votre mobilisation et votre implication dans la réussite de l'Euro 2016 à Toulouse

Des actes exclusifs attribués aux infirmiers de bloc opératoire



Pr. Philippe Galinier

« La pratique chirurgicale subit des mutations rapides et majeures. L'avènement de nouvelles techniques, telle que la chirurgie robot assistée, mais aussi le souhait d'optimiser l'hospitalisation ambulatoire, imposent une plus grande professionnalisation de nos pratiques. »
C'est en ces termes que le Pr. Philippe Galinier, conseiller scientifique à l'École d'infirmiers de bloc opératoire, indique l'intérêt et l'importance du décret du 27 janvier 2015 qui définit les actes exclusifs des Infirmier(e)s de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (Ibode).

impose également aux Ibode déjà diplômés au 27 janvier 2015, de suivre une formation complémentaire obligatoire de 49h avant le 31 décembre 2020 afin de pouvoir les pratiquer. »

Parmi les objectifs du décret, Fabienne Bedouch relève qu'il y a la libération d'un temps médical précieux, car pendant que l'Ibode assure la fermeture sous-cutanée et cutanée dans une salle, un deuxième peut installer le patient dans une salle voisine permettant ainsi au chirurgien de réaliser plus rapidement les interventions.

« Il répond également, souligne-t-elle, à l'évolution de la démographie médicale et permet d'assurer la sécurité du patient, ainsi que la qualité des soins au bloc opératoire avec du personnel hautement qualifié et formé à ces actes et à la gestion des risques. »

L'école du CHU a été la première à mettre en place cette



Une formation complémentaire obligatoire pour les professionnels déjà diplômés

Responsable pédagogique et directrice adjointe de l'école d'infirmier(e)s de bloc opératoire du CHU (Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé), Fabienne Bedouch souligne les points forts de ce décret : « Ce texte, dit-elle, tant attendu par les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (Ibode), reconnaît à ceux-ci et seulement à ces professionnels diplômés des actes qui ne pouvaient être réalisés auparavant que par le chirurgien. Il

Ce que permet le décret n°8 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

Réalisation d'actes nouveaux dans le cadre d'un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens et sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- installation chirurgicale du patient,
- mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques,
- fermeture sous-cutanée et cutanée,

Aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration, au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien,

Assistance pour des actes d'une particulière technicité en présence et sur demande expresse du chirurgien,

Participation des infirmiers en formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire aux activités réservées aux infirmiers et infirmières de bloc opératoire.

Témoignage...

D^r Sofia Mouttalib, chirurgien viscéral pédiatrique à l'hôpital des Enfants

« Ces nouvelles compétences des Ibode vont dans le sens d'une meilleure efficacité au bloc opératoire. Tout le monde y trouve son compte : l'infirmier avec une tâche gratifiante, le chirurgien libéré sans arrière-pensée d'un geste technique délégué à une personne qu'il sait compétente et formée, l'interne qui peut alors se concentrer sur l'apprentissage d'autres temps de l'intervention chirurgicale que la fermeture et le drainage. »

Témoignage...

Natacha Bouchet, Ibode à l'hôpital des Enfants

« Le Pr. Galinier a mis en place une organisation permettant l'apprentissage des Ibode aux actes exclusifs et à l'aide-opératoire dans son service. Le D^r Mouttalib a également initié une autre méthode appelée « chaises musicales » qui se déroule en trois phases.

L'intervention commence avec le chirurgien en opérateur chargé de la formation de l'interne, l'interne en aide opératoire et moi, l'Ibode en instrumentiste. Chacun reste dans son rôle, de l'installation des champs jusqu'au compte des textiles.

A partir de la fermeture des plans, l'interne devient l'opérateur, le chirurgien prend le poste d'aide opératoire et je reste au mien, l'instrumentation.

Au moment du plan sous-cutané, je deviens l'opérateur qui réalise la suture sous-cutanée et/ou cutanée en fonction de la demande du chirurgien. L'interne redevient aide opératoire et le chirurgien prend ma place lui permettant d'évaluer nos capacités à transmettre et mettre en application ce qu'il nous a enseigné. »

formation complémentaire dans le Grand Sud pour les Ibode déjà diplômés. La première promotion a débuté en juin 2015. Elle était composée de 25 Ibode venant de Toulouse, dont 9 du CHU, mais aussi de la Côte basque, de Bayonne, de Perpignan, de Carcassonne, d'Albi, de Cahors, de Montauban...

Le programme de formation a été construit en deux parties. La première est composée de rappels et d'apports théoriques nouveaux enseignés par des médecins et juristes. La partie pratique comprenant des pratiques simulées et

des ateliers sutures est assurée par la formatrice Marie-José Domec et par le D^r Olivier Abbo, ou d'autres chirurgiens, pour l'accompagnement médical. Des médecins anesthésistes interviennent lors des simulations d'installations chirurgicales pratiquées soit à l'ITSIMS, soit au bloc opératoire du PREFMS. L'école a planifié trois sessions et neuf sous-sessions pour 2016. Elles sont complètes depuis février, ce qui a conduit l'école à programmer sans attendre les sessions 2017.

Enseignement remanié et module complémentaire pour les nouveaux diplômés

L'arrêté du 12 mars 2015 découlant du décret est venu modifier la formation Ibode, tout en ne changeant pas la durée de la scolarité. La répartition de l'enseignement a été remaniée et un module 5 a été inséré. En avril 2016, la première promotion d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat habilités à pratiquer les nouveaux actes exclusifs est sortie de l'école.

Face à la nécessité de faire admettre ces nouvelles pratiques, le Pr. Galinier estime que « les réticences médicales affichées ici ou là sont plus le fait d'une méconnaissance de ce nouveau rôle que d'une désapprobation plus fondamentale ». Selon lui « le temps démontrera aux plus sceptiques toute la plus-value de cette démarche ». ■



Fabienne Bedouch et Marie-José Domec

Témoignage...

Anthony Marinho, interne à l'hôpital des Enfants

« En nous annonçant le projet, il y a eu, autant l'avouer, des réticences de notre part. Nous sommes de jeunes internes et nous avons un besoin important d'apprendre et de pratiquer même pour les actes les plus basiques, tels que la fermeture des plans superficiels. Mais nous avons vite compris en discutant avec le Pr. Philippe Galinier que cela n'interférait en rien sur notre apprentissage, bien au contraire. De plus la méthode des « chaises musicales » nous permet de passer du côté de l'enseignant et de porter un regard critique sur nos propres gestes. »

Actualités sociales

Revalorisation des salaires des fonctionnaires

Le point d'indice des fonctionnaires a été revalorisé de 0,6 % au 1^{er} juillet. Une nouvelle revalorisation de 0,6 % interviendra à compter du 1^{er} février 2017. La valeur annuelle du point d'indice est ainsi fixée à 55,8969 €, soit une valeur mensuelle de 4,658 €.

Décret n° 2016-670
du 25 mai 2016

Retraite - faible durée d'assurance auprès d'un seul régime de base

Les assurés qui ont validé une faible durée d'assurance auprès d'un seul régime de retraite de base, quel qu'il soit, peuvent bénéficier, à leur demande, d'un reversement de cotisations d'assurance vieillesse en lieu et place du service d'une pension. Le décret fixe à huit trimestres la durée d'assurance maximale ouvrant droit à ce dispositif qui s'applique aux assurés dont la pension de retraite a pris effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

Décret n° 2016-117
du 5 février 2016

Prestations CGOS

Le CGOS verse une prestation « Départ retraite » lors du départ à la retraite ou du décès de l'agent en activité, titulaire ou contractuel.

Cette prestation est versée :

- pour un départ à la retraite ou en congé de fin d'activité et si l'agent a au moins 10 ans de services effectifs dans un (ou des) établissement(s) adhérant au C.G.O.S,
- si l'agent cesse ses fonctions pour invalidité imputable ou non au service (ou inaptitude physique), quel que soit le nombre d'années de service,
- en cas de décès et ce, quel que soit le nombre d'années de service.

Les périodes d'activité à temps partiel comptent au même titre que celles effectuées à temps plein.

Quand cette prestation est versée suite à invalidité (ou inaptitude physique), décès ou disponibilité d'office pour maladie, le nombre d'années de service pris en compte est tel qu'il s'établirait au 61^e anniversaire de l'agent (pour tout départ à compter du 1^{er} janvier 2014).

Cette prestation est ouverte à tous et s'élève à 48€ bruts par année de service dans un (ou des) établissement(s) adhérant au C.G.O.S au moment du départ à la retraite.

Le formulaire et les justificatifs doivent être envoyés dans les 5 ans suivant la date de départ à la retraite.

Pour tout renseignement complémentaire, contacter le Correspondant CGOS.

Prestations CGOS et CAF

Pour en savoir plus :

Site intranet des hôpitaux de Toulouse rubrique Infos ressources humaines et sociales. ■



Le personnel ressources humaines participe au triathlon de Toulouse les 17 et 18 septembre 2016

Le pôle ressources humaines du CHU de Toulouse se mobilise cette année pour participer au Triathlon de Toulouse les 17 et 18 septembre 2016.

Cette manifestation sportive se compose de trois disciplines :

- la natation : 1,5 km
- le vélo : 40 km
- la course à pied : 10 km

Le triathlon se fera en relais, chacun ne réalisant qu'une épreuve. Chaque équipe comprend un nageur, un cycliste et un coureur à pied et peut être mixte.

Grâce à l'implication des agents, sept équipes ont pu être constituées.

De nombreuses personnes se sont portées volontaires pour encourager, photographier ou filmer, mais aussi pour ravitailler les sportifs après l'effort.

C'est avec enthousiasme que la MNH et la BFM ont proposé de sponsoriser les maillots.

Retenez bien ces dates et venez nombreux soutenir les agents du pôle Ressources Humaines !

Contribuez à votre magazine !

Vous souhaitez proposer un article au comité de rédaction de **Trait d'Union** ou nous faire part de votre point de vue sur le journal, contactez-nous par mail : trait-union@chu-toulouse.fr

Association des Amis de l'Hôtel-Dieu et de La Grave Rejoignez-nous !

L'Association des Amis de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital de La Grave, fondée il y a trente ans par Mme le Professeur Lise Enjalbert, a réuni nombre d'hospitaliers, médecins, paramédicaux, personnels administratifs, et a compté jusqu'à 220 membres. Ceux qui ont disparu avec l'âge n'ont été que très incomplètement remplacés par de plus « jeunes » recrues, essentiellement au moment de leur passage à la retraite, et de leur plus grande disponibilité. Beaucoup de choses ont été faites pour la conservation et la réhabilitation du patrimoine hospitalier à l'Hôtel-Dieu sous l'impulsion infatigable de Mme le Professeur Lise Enjalbert. Nous devons poursuivre cette œuvre en nous mobilisant activement pour la rénovation de l'Oratoire des Sœurs et la protection de l'ancien bloc opératoire tant qu'il en est encore temps !

Notre association, par ailleurs, organise des conférences au nombre de six par an, salle des Pèlerins.

Nous annoncerons systématiquement dans ces pages le programme prévu pour le semestre suivant. N'hésitez pas à nous rejoindre et à renouer ainsi d'anciennes amitiés de travail. ■

Jean-Paul Carrière, Président

Adhésions : 25€ par an
S'adresser : Amis de l'Hôtel-Dieu, 2 rue Viguerie, TSA 80059 Toulouse cedex 9 ou : amishoteldieu@gmail.com



Les trois conférences prévues en fin d'année

- mercredi 26 octobre 17h30 : Pr. P. Carles : « Littérature et tuberculose »
- mercredi 23 novembre 17h30 : Pr. L. Arbus : « le jazz à Saint-Quentin (USA), une étape médico-socio musicale dans l'histoire du jazz »
- mercredi 14 décembre 17h30 : Pr. Ph. Dazet-Brun : « la vie de Dominique Larrey »

Carnet

Mariages

19.12.2015

Sylvie SOULIE
avec Eric GUICHARD
Régulation transport pédestre
Purpan

13.02.2016

Véronique ROUCHI
avec Patrick VINTILLAS
Réanimation – Purpan

26.03.2016

Amina BELGACEM TAKTEK
avec Karim CHAABANE
Secrétaire médicale chirurgie
vasculaire - Rangueil

16.04.2016

Céline SIEURAC
avec Julien MAJOREL
Gestion biens inventaire – Purpan

Naissances

17.07.2015

Timothé, fils d'Emeline LEPLAN
DSIO – Hôtel-Dieu

31.12.2015

Aymen, fils d'Adil EL AOUI
Accueil médico-traumatique – Purpan

08.02.2016

Romane, fille de Fanny CLARAZ
Réanimation neurochirurgie – Purpan

04.03.2016

Lucas, fils de Guillaume MARQUES
Direction des projets – Hôtel-Dieu

08.03.2016

Endji, fils de Jessila SEIKA
Bio-Nettoyage – Rangueil

26.03.2016

Ethan, fils d'Audrey LAUTREDOU
Service action sociale hosp - Purpan

16.04.2016

Fanny, fille de Clarisse HECTOR
Rééducation anesthésie réanimation
– Rangueil
et de Boris FRAYSSINHES
Radiologie conventionnelle urgences
– Purpan

17.04.2016

Héloïse, fille de Magalle DUPIN
E MOB Oncogériatrie – Casselardit
et de Pierre-Jean TOURNIS
Bloc CCV – Rangueil

24.04.2016

Nathael, fils d'Elodie MATHY
PUG - Purpan

02.05.2016

Nezar, fils de Laila STITOU
Transport pédestre – Purpan

03.05.2016

Maxens, fils de Coralie LIAGRE
Radiologie conventionnelle – Purpan

07.05.2016

Maureen, fille de Célia FAROUIL
Cardio 61 – Rangueil

09.05.2016

Alicia, fille de Bastien FAUQUET
Sécurité biens et personnes – Purpan

16.05.2016

Elsa, fille de Roxane MONTONI
Accueil orientation urgences –
Rangueil

23.05.2016

Soan, fils de Lamia AGBOUBI
Gestion des malades - Purpan

Retraites

27.02.2015

Corinne DEGAUGUE

10.09.2015

Martin GONZALEZ

11.09.2015

Christian ZCZYPTA

08.10.2015

Christine YESA

14.01.2016

Bernadette SAPENA

01.03.2016

Danielle ANDRIEUX
Michel BERGES
Michel BOGDANOVITCH
Jean-Paul CALMETTES
Pierre DELAS
Josyane FICAMOS
Hélène GUILHEM
Viviane JOUANY
Jean-Jacques LAGARRIGUE
Danielle LECOURT
Gilberte PALUDETTO
Régine PESTOU
Serge PHILIP
Sylvain PONS
Michel RIEUTORD
Reggy ROMANO
Bénédicte SOUZA OLIVEIRA
Michel VIDAL

11.03.2016

Monique GIMENEZ

12.03.2016

Jean-Luc BOUISSOU

27.03.2016

Jean ANDRE

01.04.2016

Marie-Pierre BARBAROU
Danielle BUCHE
Marie-Claude CAZELLES
Christiane CHORRO
Jean-Louis COUTANCEAU
Roger DEJEAN
Sybille DEVRUE
Michel DURAND
Claude FAUR
Chantal FORGUES
Bernadette GROUSSET
Marie-France IBOS
Martine PAPAIS
Serge PAUMARD
Colette RASPEAU
Marie-Bernadette ROBERT
Marie-Christine SOUQUET

Françoise STEIMER

Danielle THOUZET-SADAT

08.04.2016

Vythy THAI

09. 04.2016

Damien EGUIENTA

16. 04.2016

Anne ASSOULINE

16. 04.2016

Francis FOURNIL

01.05.2016

Bernard ACHAUME
Jean-Marc ARAGON
Jean-Paul BAYARD
Chantal BERNI
Odile BESSIERE
Maryse CERES
Daniel DUBAA
Martine FINTZ
Marie-Thérèse KORCZYK
Leila ILLOUL
Jean-François LAFAGE
Joëlle LOUBET
Irène MACIA
Annie MARMOUGET
Aline MAURO
Nicole NAVARRO
Josiane VINUELA

12.05.2016

Dominique MICHEZ

18.05.2016

Françoise FOURMENT

Décès

05.05.2016

Nadine FAURE

14.05.2016

Marie-Line GAVALLET

26.05.2016

Christophe GUILHAMAT
Catherine PACATTE

L'histoire en images des hôpitaux de Toulouse

IV. SAUVEGARDE ET RÉNOVATION DE L'HÔTEL-DIEU 1950 – 1965

A partir de 1950, un grand projet de sauvegarde et de restauration est programmé. L'Hôtel-Dieu depuis quelques décennies menace ruine. L'aile Garonne a été désaffectée (1950) réduisant la capacité d'hospitalisation de l'Hôtel-Dieu à 135 lits contre plus de 1 100 à La Grave (dont 820 lits d'hospice). Les consciences toulousaines s'émeuvent et le journal Le Patriote (26 mars 1953) lance un appel pressant : "Toulousains, il faut sauver l'Hôtel-Dieu !" Mais qui va payer ? Des négociations interminables ont alors lieu entre la Ville de Toulouse, l'Etat et la direction hospitalière...

Enfin, les travaux commencent en 1952 sous la direction de l'ingénieur en chef des Ponts-et-Chaussées par la réfection des fondations de l'aile Garonne, baignant dans le fleuve. Des pieux en béton de 420 mm de diamètre sont enfoncés dans le sol. La transmission des charges se fait grâce à des poutres de liaison ancrées à la base du mur et enchâssant les têtes des pieux. N'est visible au ras de l'eau qu'un pseudo « trottoir » en béton d'où

partent les pieux en béton, formant un véritable peigne qui s'enfonce dans la Garonne et consolide les pieux en chênes datant du moyen-âge. Les travaux concernant la restauration de la pile du pont en 1953 donnent lieu à un dramatique accident avec la mort d'un scaphandrier victime d'importantes brûlures. Le toit est entièrement refait et le bâtiment va rester pendant plusieurs semaines à ciel ouvert, ne conservant que ses murs porteurs. La réception définitive des travaux de consolidation de l'aile Garonne a lieu le 20 décembre 1956. La réalisation puis l'installation des différents services se feront jusqu'en 1960. En aval de la pile du pont, les salles Notre-Dame et Saint-Sébastien, aussi hautes que celle des Pèlerins, sont supprimées et un étage supplémentaire est alors créé.



Entrée de l'Hôtel-Dieu en 1950

Elle part du Pont-Neuf et arrive devant l'aile Garonne. Un bâtiment de style gréco-romain abrite le porche et la loge du concierge. Les visiteurs, après l'avoir franchi, arrivent en contrebas dans le grand jardin de l'hôpital. Au premier plan se trouve un jardin « privatif », peut être l'ancien jardin des plantes médicinales. En fond on aperçoit la façade de l'aile Garonne avec ses fenêtres très espacées qui seront dédoublées au cours des années suivantes. La nouvelle entrée, terminée en 1958, se fera par la rue Viguerie.

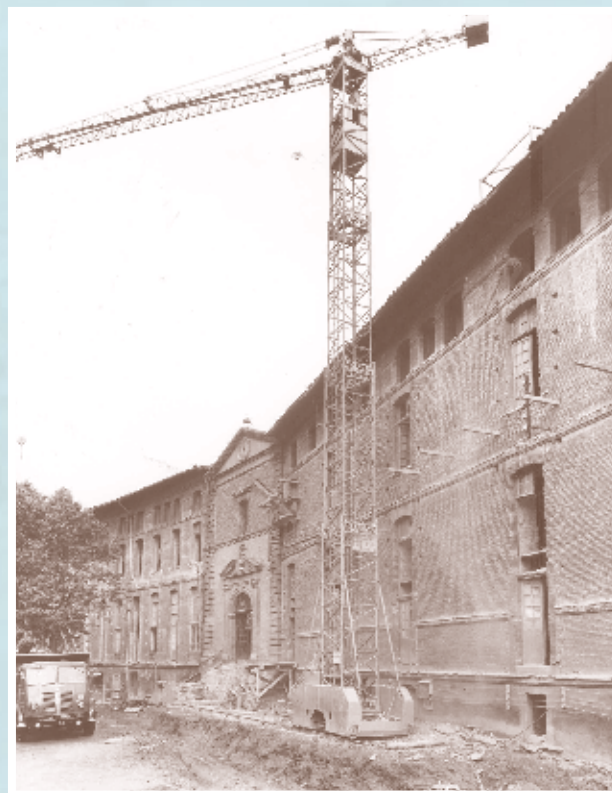


Entrée de l'aile Garonne avant la rénovation

Le sol du jardin est beaucoup plus haut qu'actuellement. Les voitures sont garées devant l'escalier beaucoup plus court qu'aujourd'hui. La chaîne de la cloche qui sert à annoncer l'arrivée des professeurs (et son ombre portée) est bien visible. Le tour où étaient déposés les enfants abandonnés a été obturé ! Il sera rouvert par les Amis de l'Hôtel-Dieu et le docteur Graulle en 1984. A noter également à droite l'espace important entre deux fenêtres de la salle des Pèlerins qui seront dédoublées au cours des années suivantes.

Réfection de la façade

C'est la seule photo dont nous disposons montrant les travaux en cours. La grue repose sur le niveau ancien du sol qui a été creusé (niveau du camion) pour commencer le dégagement des ouvertures du rez-de-chaussée. Un étage supplémentaire est créé à hauteur du 1^{er} étage à la place des salles Notre-Dame et Saint-Sébastien. Le toit a été complètement refait mais les fenêtres ne sont pas encore dédoublées sauf celles du dernier étage. Par contre, les ouvertures de la salle des Pèlerins sont déjà dans l'état actuel.



Service de traumatologie du Pr. Rieunau

Ce service de 81 lits, ouvert le 2 mai 1961, constitue avec le service de rééducation fonctionnelle établi au rez-de-chaussée, avec celui de rhumatologie et celui des convalescents chirurgicaux un ensemble cohérent. Par contre pour les polytraumatisés avec traumatisme crânien il souffre de son éloignement du service de neuro-chirurgie de Purpan.



Le professeur Rieunau et l'équipe soignante en 1966



Salle de rééducation fonctionnelle et balnéothérapie au rez-de-chaussée

Une salle opératoire du bloc

Mise en activité en mai 1961, elle est actuellement toujours en place au 3^e étage sauvée de la destruction par les Amis de l'Hôtel-Dieu. Elle sert d'annexe au musée des Instruments médicaux. Elle est surmontée d'une coupole d'observation, permettant aux étudiants placés directement au-dessus de la table d'opération d'avoir une vue excellente sur l'intervention. C'est une des rares salles de ce type à être encore conservée en France aujourd'hui.



Diététique

La tomate, fruit et légume de l'été



Côté histoire

La tomate est le deuxième légume le plus consommé dans le monde après la pomme de terre. Ces deux végétaux ont la même origine des Andes péruviennes. La tomate est ramenée en Europe en 1519 par les conquistadors espagnols. Cultivée d'abord en Espagne et à Naples, elle est nommée pomodoro « pomme d'or » ou « pomme d'amour ».

En France, le végétal est introduit par Catherine de Médicis, mais à cette époque considérée comme non comestible, la tomate reste une plante ornementale jusqu'à la révolution française. Ce sont les Marseillais venus à Paris fêter le 1^{er} anniversaire de la révolution en Juillet 1790 qui l'introduisent sur les tables françaises.

Côté nutrition

La botanique classe la tomate dans les fruits et la nutrition dans les légumes du fait de la place qu'elle tient dans les repas. Composée de 95% d'eau, la tomate contient très peu de calories. Son intérêt nutritionnel repose sur sa teneur importante en caroténoïdes qui lui confèrent la couleur rouge, ainsi que sur sa teneur en vitamine C et en potassium.

Côté cuisine

Salade de ravioles à la tomate

300 g de ravioles fraîches au fromage
250 g de tomates cerise
Basilic frais
Huile d'olive
Vinaigre balsamique

Cuire les ravioles et les laisser refroidir. Couper les tomates cerise en deux. Assaisonner le tout avec une vinaigrette huile d'olive et vinaigre balsamique, cisailier le basilic sur le tout.



Tartare de tomates

5 tomates
1/2 concombre
1 orange
1 oignon
1 gousse d'ail écrasée
Huile d'olive
Sel, poivre

Tailler en brunoise les tomates, le concombre et l'oignon, y ajouter la gousse d'ail écrasée. Peler l'orange à vif, hacher la chair, ajouter à la brunoise et mélanger. Assaisonner selon votre goût et placer au réfrigérateur au moins 30 minutes pour consommer frais.



Tomates farcies à la fraise

200 g de fraise
2 c à soupe de sucre en poudre
2 c à soupe d'eau de fleur d'oranger
Feuilles de menthe

Découpez les chapeaux des tomates, puis les vider. Couper les fraises en petits dés ou lamelles fines, y ajouter le sucre, l'eau de fleur d'oranger et les feuilles de menthe ciselées. Remplir les tomates avec cette préparation.



GRÂCE AU PARTENARIAT ENTRE TRAIT D'UNION ET LE CRÉDIT MUTUEL



BÉNÉFICIEZ D'UN PRÊT PERSONNEL PROJETS PERSO, AUTO, TRAVAUX

JUSQU'AU 17 SEPTEMBRE 2016

PROFITEZ D'UN TAUX LÉGER
POUR TOUS VOS PROJETS.

MONTANT JUSQU'À 30 000€
SUR 60 MOIS MAXIMUM⁽¹⁾

2,80%
TAEG FIXE

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager. Exemple : pour un crédit amortissable d'un montant de 1500 € et d'une durée de 18 mois, vous remboursez 17 mensualités de 85,17 € et une dernière de 85,10 €. Taux annuel effectif Global (TAEG) fixe de 2,80 % (taux débiteur fixe de 2,76 %). Montant total dû par l'emprunteur : 1532,99 €. Pas de frais de dossier. Le montant des mensualités indiqué ci-dessus ne comprend pas l'assurance facultative proposée habituellement : Assurance Décès, Perte Totale et Irreversible d'Autonomie (PTIA) pour un montant de cotisation mensuelle de 0,30 € un montant total sur la durée du crédit de 5,40 € et un taux annuel effectif de l'assurance (TAEA) de 0,45 %.

PROFITEZ DE NOS OFFRES DE BIENVENUE⁽²⁾

- Les services bancaires OFFERTS pendant 3 mois⁽³⁾
- Votre épargne rémunérée à 3% garantis 3 mois⁽⁴⁾ disponible et sans frais
- Prêts immobiliers : frais de dossiers OFFERTS⁽⁵⁾.
- N'hésitez pas à nous demander une simulation de rachat de votre prêt⁽⁶⁾
- La protection de votre domicile : frais d'installation OFFERTS⁽⁷⁾
- Assurances : 1 mois OFFERT par contrat souscrit⁽⁸⁾

POUR TOUTE INFORMATION, CONTACTEZ NOUS

TOULOUSE PURPAN - 236 AV. DE GDE BRETAGNE - 05.34.47.45.60 - 02226@creditmutuel.fr

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

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

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

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

Crédit Mutuel

Fédération du Crédit Mutuel Midi-Atlantique - BP 13258 31132 - Balma Cedex. RCS Toulouse D 312 682 081. - Tél. : 05 61 61 46 46 - Document non contractuel.

(1) Après étude et sous réserve d'acceptation de votre dossier. (2) Offres soumises à conditions, réservées aux personnes physiques majeures pour toute première entrée en relation avec le Crédit Mutuel, dans les Caisses de Crédit Mutuel participant à l'opération. L'entrée en relation est soumise à l'accord préalable de la Caisse de Crédit Mutuel. Conditions au 1er juin 2016 susceptibles de modifications. (3) Offre valable sur le tarif de base hors option de la formule Eurocompte. (4) Conditions jusqu'au 17 septembre 2016. Le taux d'épargne est garanti pendant les 3 mois qui suivent l'ouverture du livret Bienvenue dans la limite de 50.000 euros, au-delà de ce montant et après la période de 3 mois, le Livret Bienvenue est rémunéré au taux du Livret Ordinaire du Crédit Mutuel. Les intérêts perçus sont soumis à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux selon la réglementation fiscale applicable. Offre limitée à un seul Livret Bienvenue par personne physique majeure. (5) Sous réserve d'acceptation du dossier par votre Caisse de Crédit Mutuel. L'emprunteur dispose d'un délai de réflexion de 10 jours. La vente est subordonnée à l'obtention du prêt. Si celui-ci n'est pas obtenu, le vendeur doit rembourser les sommes versées. (6) Pour toute 1ère entrée en relation avec le groupe CM-CIC dans les Caisses participant à l'opération. (7) Frais d'installation et de mise en service de 79 euros TTC offerts, et 19,50 euros TTC/mois pour l'équipement de base d'un appartement en formule Confort, hors options et frais de communication éventuels. (8) Le mois gratuit s'applique sur la 1ère cotisation annuelle, pour toute souscription d'un contrat assurance Auto Elite, Habitation, Assurance Santé, Assurance des accidents de la vie, Plan Prévoyance, Plans Autonomie, Sécurité. Contrats des Assurances du Crédit Mutuel gérés par : • ACM IARD - S.A., • ACM Vie - S.A., entreprises régies par le Code des Assurances. Crédit Mutuel Protection Vol est un service assuré par EPS - SAS au capital de 1 000 000 euros - Siège social : 30 rue du Doubs 67100 Strasbourg. Adresse de correspondance : 36 rue de Messines - CS 70002 - 59891 Lille Cedex 9 RCS Strasbourg n°338 780 513 - Code APE 80 20Z - N° TVA Intracommunautaire FR 92 338 750 513. L'autorisation administrative délivrée par le Conseil National des Activités Privées de Sécurité (CNAPS) en date du 02/12/2013 sous le numéro AUT-067-2112-12-01-20130359358 ne confère aucun caractère officiel à l'entreprise ou aux personnes qui en bénéficient. Elle n'engage en aucune manière la responsabilité des pouvoirs publics. Activité privée de sécurité.

PENDANT QUE SARAH, INFIRMIÈRE, VEILLE SUR NOTRE SANTÉ, NOUS VEILLONS SUR SON AVENIR.

PROTECTION REVENU
**MAINTIEN DE VOTRE
 NIVEAU DE VIE**
 EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

OFFRE RÉSERVÉE AUX
 MÉTIERS DE LA SANTÉ :
-10% SUR LES CONTRATS
 D'ASSURANCE AUTO*

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
 DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



ASSURÉMENT HUMAIN

Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé)
 Connectez-vous sur www.gmf.fr ou depuis votre mobile sur m.gmf.fr

*Offre réservée aux personnels de la santé et du social, la 1^{ère} année à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2016.

LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret et sa filiale GMF ASSURANCES. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.

