

في قلب العلاج

AU CŒUR DES SOINS

Revue de l'infirmier et technicien de santé

Numéro 3 : Mai 2022



LA SANTÉ MENTALE

HÔPITAL PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE

ZOOM

Unité de greffe des cellules
souches hématopoïétiques

DOSSIER

« La santé mentale, Un levier de
développement humain durable »

RE SOMMAIRE

03	EDITORIAL	
04	ACTU SOINS	
	- Rôle de l'infirmier dans l'autogreffe des cellules souches hématopoïétiques	04
06	SAVOIRS ET PRATIQUES	
	- Quelques réflexions sur la pratique infirmière dans notre contexte	06
	- « Le neuropsychologue au cœur des soins : rôle et techniques d'intervention »	08
	- Le rôle du psychologue dans la prise en charge des patients atteints du cancer	11
	- Le rôle de l'infirmier en santé mentale	13
	- Le patient hospitalisé et les troubles mentaux	15
17	DOSSIER	
	- « La santé mentale, Un levier de développement humain durable »	17
	- La santé mentale dans le milieu hospitalier : Place et missions de psychologue clinicien	19
21	POLE D'EXCELLENCE	
	- Projet culture et santé du CHU TTA Alliance entre l'art, la culture et la santé	21
23	HOMMAGE	
	- Merci	23
	- Dr Loukhmas Latifa, UNE FEMME HORS PAIR	24
	- Partage, Innovation, Recherche, ...	25
	- Journée internationale de la sage-femme 2022	26
27	ZOOM SUR EQUIPE	
	- Unité de greffe des cellules souches hématopoïétiques	27
29	VIGILANCE ET GESTION DU RISQUE	
	- La gestion du risque suicidaire en milieu hospitalier	29
	- Les accidents d'exposition au sang chez les soignants	32
36	EDUCATION THERAPEUTIQUE	
	- L'éducation thérapeutique en santé mentale	36
	- L'éducation thérapeutique des familles des patients atteints de schizophrénie à l'hôpital psychiatrique	39
	Le programme psycho-éducatif « ProFamille »	

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Fatima Zahra EL M'RABET

RÉDACTRICE EN CHEF
Siham MOUTASSADDIQ

COMITÉ DE RÉDACTION
Adil NAJDI
Fatima Ezzahra ABOURAZZAK

Ihssane MELLOUKI
Noureddine ACHIBAT

Zinabidine BELMQADEM
Zineb ABBASSI

Soulaimane TOUIL
Amal LAKHDIM

COORDINATION ET LOGISTIQUE : Siham MOUTASSADDIQ Email : moutassaddiqs@gmail.com

INFOGRAPHISTE : Yassine ERRABII, CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

EDITORIAL

Au cœur des soins est la revue de référence en matière de développement des compétences infirmières et techniques de santé, permettant ainsi un perfectionnement des savoirs et pratiques nécessaires à un exercice infirmier de qualité.



Dans ce troisième numéro, nous avons choisi comme dossier principal, la santé mentale, un véritable problème de santé publique. L'hôpital psychiatrique universitaire relevant du CHU Tanger Tétouan Al-Hoceima, offre des prestations de soins variées et complémentaires grâce à la motivation d'une équipe multidisciplinaire, et dont l'infirmier est situé au cœur de cette dynamique.

Nous avons aussi zoomé sur l'équipe du service d'hématologie, une équipe multidisciplinaire jeune et dynamique, qui a lancé un grand projet, celui de la greffe des cellules souches qui constitue un réel espoir de guérison de plusieurs hémopathies. L'implication de l'infirmier coordinateur dans la planification de l'autogreffe est l'une des causes de réussite de ce processus.

Enfin, nous félicitons tout le corps infirmier pour sa motivation, son enthousiasme et son engagement vers l'excellence médicale et scientifique.

Fatima Zahra EL M'RABET

Directrice centre d'oncologie

CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

Rôle de l'infirmier dans l'autogreffe des cellules souches hématopoïétiques



ECH-CHARQY Kawtar (1), REGRAGUI Safae (1, 2)

1. Service d'hématologie clinique, centre hospitalier universitaire Tanger – Tétouan - Al Hoceima
2. Département de médecine ; faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

Introduction

L'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) est une stratégie de consolidation de la rémission complète pour certaines hémopathies malignes dont le risque de rechute est trop important. Elle correspond à la réinjection de ses propres CSH, prélevé au cours du traitement (par cytaphérèse) après la stimulation de la moelle (mobilisation).

Il s'agit d'une procédure qui se déroule en plusieurs étapes et où l'infirmier a un rôle majeur.

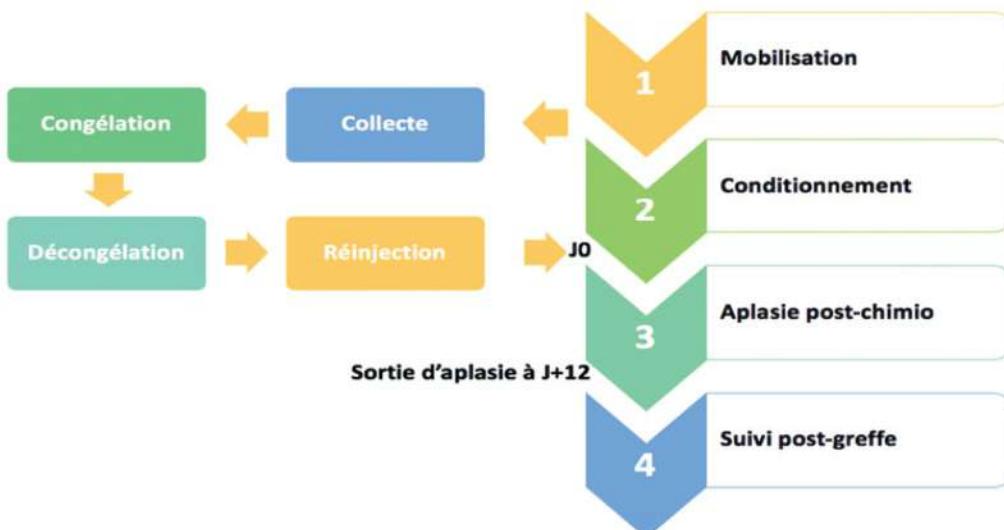


Schéma représentant la succession des différentes étapes de l'autogreffe des CSH

La mobilisation

Elle correspond à la stimulation de la multiplication des CSH et leur libération des espaces médullaires pour passer dans la circulation sanguine. La mobilisation se fait par l'injection sur prescription médicale, du facteur de croissance granulocytaire « G-CSF », tel que le filgrastim à la dose de 15 microgramme/kg/jour en sous-cutané, pendant 4 à 7 jours, en respectant les mesures d'asepsie. Il est possible que la mobilisation provoque des douleurs osseuses mais qui répondent au paracétamol.

La collecte des CSH = cytaphérèse

L'aphérèse est une technique de prélèvement de certains composants sanguins par circulation extracorporelle du sang. Ces composants que l'on souhaite prélever sont séparés par centrifugation et extraits, tandis que les composants non prélevés sont réinjectés au donneur (comme pour le don de sang d'aphérèse) ou au patient (dans le cadre de l'aphérèse thérapeutique).

/...

Les séances de cytaphérèse sont réalisées sur voie veineuse périphérique, parfois sur voie veineuse centrale (VVC) durant environ 3 à 4 heures et dont l'objectif est de recueillir au minimum 3×10^6 cellules CD34+ / kg de poids, ce qui constitue la garantie de la reconstitution hématopoïétique).

Durant cette phase, l'infirmier installe le patient confortablement et met à sa disposition un moyen de divertissement ainsi qu'une collation car la durée du prélèvement peut varier de 3 à 6h ; il prépare le matériel pour la pose de la VVC. Ensuite l'infirmier prépare la séance de cytaphérèse en coordination avec le médecin préleveur, en assurant les étapes suivantes :

- Mettre en place le scope,
- Préparer le chariot d'urgence
- Allumer l'appareil de cytaphérèse et Installer le kit adapté
- Noter les informations nécessaires au début de la séance
- Surveiller le malade et le déroulement de la séance
- Remplir les informations à la fin de la séance sur le registre (numérique / papier)



Une fois la séance terminée, il faut envoyer, d'une part, le greffon au laboratoire de cryobiologie avec une fiche de liaison en respectant la chaîne de froid et d'autre part, envoyer l'échantillon du greffon au laboratoire d'hématologie pour la numération des CD34 du greffon.

Le conditionnement

Il est commencé immédiatement après la collecte du greffon ; le patient reçoit alors un traitement dont les doses, qui sont cinq à dix fois plus

importantes qu'une chimiothérapie classique, permettent l'éradication tumorale sans se soucier de la toxicité hématologique. Ensuite Le greffon, précédemment prélevé, est transfusé au patient 24 à 48 heures plus tard.

La réinjection du greffon

Avant de réinjecter le greffon, il faut préparer le chariot d'urgence et prendre les constantes du patient, ensuite il faut récupérer la poche du greffon de la banque du sang, en respectant la chaîne du froid et vérifier la concordance entre l'identité du patient et celle de la poche.

La réinjection des CSH doit commencer après l'accord signé par le médecin greffeur à une vitesse de perfusion de 5 à 6 ml/min en utilisant un transfuseur normal (sans de filtre de déleucocytation). Pour cela, il faut préparer stérilement le matériel et surveiller étroitement le patient au cours et au décours de la réinjection du greffon et avertir immédiatement le médecin devant toute anomalie clinique.

Une fois la réinjection terminée, il faut remplir la fiche d'hémovigilance et relever les informations relatives à la réinjection : la date, l'heure du début et l'heure de la fin.

Le suivi de la phase aiguë post-greffe

Il s'agit de la période d'aplasie post-chimiothérapie qui nécessite une surveillance clinico-biologique rigoureuse et le respect des mesures d'asepsie. Le patient peut nécessiter des transfusions de produits sanguins labiles irradiés.

Lors de l'hospitalisation en unité de greffe, l'infirmier a un rôle majeur dans la prise en charge du malade aussi bien sur le plan médical que psychologique, il doit sensibiliser le patient sur l'hygiène et sur l'alimentation.

Conclusion

En conclusion, le rôle de l'infirmier dans les différentes étapes de l'autogreffe des cellules souches est axial et il nécessite d'optimiser la rigueur professionnelle en matière du respect des mesures d'asepsie et de développer les compétences d'organisation et de collaboration. ■

Quelques réflexions sur la pratique infirmière dans notre contexte



NAJDI Adil

Chef de service du Centre de consultation externe et exploration fonctionnelle
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Le métier de l'infirmier(e) repose bien évidemment sur un savoir scientifique théorique et ce dernier est couplé à une longue expérience issue de la pratique des ainés et des précurseurs de ce métier. Tout cela mène finalement à l'identification de compétences qu'il faut développer et acquérir initialement lors de l'apprentissage dans les écoles et instituts de formation infirmière. Après l'étape de l'école ou de la formation, vient l'étape de la pratique, de l'expérience individuelle et collective, une expérience qui découvre des écarts entre la théorie et la réalité et commence à engendrer par conséquence une certaine souffrance qui affecte tout le corps de ce métier chez nous. Ces écarts sont la conséquence de plusieurs

éléments ; le premier est lié au fait que les aspects non techniques enseignés (sociologiques, organisationnels, managériaux etc.) ne sont pas forcément appliqués à notre contexte, c'est un savoir importé et adapté à une autre réalité. Deuxièmement, notre contexte lui-même subit un perpétuel changement lié aux faits que les soins deviennent de plus en plus complexes et sophistiqués, les attentes de la société deviennent de plus en plus exigeantes alors que la pratique ne suit pas forcément tous ces changements.

Normalement, on peut concevoir comme une opportunité de changement positif l'avènement de jeunes générations de lauréats des écoles et instituts de formation en sciences infirmières, des générations motivées qui aspirent à la réalisation de soi à travers une activité professionnelle épanouie et reconnue comme tel, cependant, ces jeunes arrivés dans la profession infirmière manquent souvent de leadership, de modèle et d'outillage pour développer leur profession et se réaliser par conséquence à travers un effort de création, d'innovation et de développement de nouveaux savoirs et connaissances.

Bien évidemment, cette situation n'est pas spécifique à la profession infirmière, elle touche toutes les catégories des professionnels de santé et la catégorie des médecins ne fait pas exception.

Cependant, ces derniers en souffrent beaucoup moins car ils sont sous le parapluie d'un modèle réussi, c'est celui du CHU, une institution qui incarne l'excellence et l'innovation dans la pratique médicale. Ceci dit alors, pourquoi les professionnels infirmiers des CHUs de chez nous, n'arrivent-t-ils pas encore à donner le même rayonnement à leur discipline ? Un premier élément de réponse à cette question se trouve dans le fait du cloisonnement total entre les instituts de formation des infirmiers et les CHUs. Si on fait la comparaison avec la profession médicale,

l'enseignement, le développement et la recherche se font au sein d'une même sphère dans laquelle la faculté de médecine, de formation théorique,

et le CHU, lieu d'apprentissage pratique ne font qu'un, c'est les mêmes professeurs qui enseignent à la faculté de médecine qui encadrent les étudiants dans les stages à l'hôpital. Ceci n'est malheureusement pas le cas pour les professions infirmière qui souffre d'une formation déconnectée de la pratique, au moins déconnectée de la pratique au sein des CHUs. Un autre élément de réponse à la question posée au-dessus, c'est le statut et la nature des établissements de formation infirmières, ces établissements qui ne relèvent pas de l'université souffrent en fait d'un manque d'immersion dans le milieu académique universitaire et perdent par conséquent tous les avantages qu'offre l'appartenance universitaire, notamment en terme de recherche scientifique comme les mobilités des étudiants et des enseignants, la mutualisation des laboratoires et plateformes de recherche, l'intégration aux projets de recherche structurants, une meilleure connexion avec la faculté de médecine etc. Je prends comme exemple d'appui le modèle réussi des établissement intitulés « universités des sciences de la santé ».

Revenons aux sciences infirmières, et au-delà des multiples définitions qui tentent de définir le sens, le champs et l'horizon de ces sciences,

/ ...

“ Des sciences infirmière au métier de l'infirmier ”

et qui se perdent parfois dans des considérations philosophiques ou sociologiques dans une tentative identitaire peu utile. Considérons tout simplement que la science infirmière est une science appliquée et qu'une science appliquée est par définition multidisciplinaire. Elle se base donc sur les sciences médicales en premier lieu, puis en parallèle sur d'autres disciplines notamment la sociologie, la psychologie, le management, la communication, l'informatique, la santé publique etc. Cependant, toutes ces disciplines sont juste des outils et des ressources pour parvenir à une finalité palpable dans la pratique, et c'est justement ce qui est attendu par la société ; à savoir des activités infirmières préventifs, curatives, éducatifs et organisationnelles réalisées dans la modernité, l'efficacité, l'efficience, l'utilité et l'éthique. L'infirmier(e) doit d'abord avoir conscience de ce qu'il (elle) fait et de ce qui est attendu de lui (ou d'elle), doit comprendre que sa mission est de nature proactive et anticipative et ne consiste pas à une exécution passive des consignes sans conscience du contexte général du processus de soins. L'infirmier (e) doit se mettre dans l'attitude du collaborateur et du partenaire efficace du médecin dans le processus de soins, il doit être capable d'échanger, de conseiller et de suggérer des solutions. Il doit pour cela assimiler et comprendre le métier du médecin, son raisonnement, ses difficultés, ses responsabilités et son vécu. Et c'est de cette manière que puisse naître la complémentarité entre toutes les catégories des professionnels de santé et c'est de cette manière que chacun pourra se concentrer sur son travail et le faire correctement dans un climat de confiance mutuelle. L'infirmier doit par ailleurs, connaître les besoins du patient en termes de qualité, sécurité et globalité, et d'autre part, ceux

rationalisation et de performance.

Effectivement, ces exigences sont très impressionnantes, mais c'est la seule voie vers la différenciation, la valorisation et l'individualisation d'un métier aussi important que celui de l'infirmier (e). Et c'est là où on arrive à tout l'intérêt de la recherche, car cette dernière doit cibler justement les questions qui vont permettre de trouver des réponses à l'amélioration de notre pratique, des réponses que personne ne cherchera à notre place, car tous les autres sont occupés à chercher leurs propres réponses. Pour trouver la réponse, il faut commencer par poser une question. Cette dernière, provient d'une difficulté qu'on veut dénier, d'un malaise qu'on veut dépasser, d'une pratique « bête » qu'on voudrait rendre plus intelligente etc. Bien évidemment, ces situations sont perçues dans le cadre de notre pratique quotidienne et on peut citer quelques exemples de questions ; comment améliorer la communication entre les équipes ? comment éviter les erreurs et les oubliés ? Comment assurer la formation continue et avec quel contenu ? quel sont les compétences nécessaires aux métiers de l'infirmier ? Peut-on inventer des nouveaux matériaux et équipement nécessaires à notre pratique ? Quels sont les outils et les méthodes pour évaluer nos pratiques ? Quelles sont les lectures intéressantes au développement de notre métier ? etc.

La liste des questions est sans fin, chaque réponse engendre une nouvelle question, il incombe à chaque génération de trouver ses propres réponses et de les transmettre aux jeunes dans le cadre d'un enseignement actualisé et adapté à notre contexte. Les jeunes ensuite trouveront leurs propres réponses et c'est de cette manière que s'éternisent le cycle édifiant de l'enseignement et de la recherche. ■



Équipe du laboratoire d'épidémiologie et santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger.

« Le neuropsychologue au cœur des soins : rôle et techniques d'intervention »



BEGGAR Kaoutar

Neuropsychologue

Hôpital Psychiatrique Universitaire
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Qu'est-ce que la neuropsychologie ?

La neuropsychologie est une discipline scientifique et clinique qui étudie le fonctionnement psychologique (fonctions cognitives, émotions et comportement) dans ses rapports avec les diverses structures cérébrales. On peut dire que, la neuropsychologie est une branche d'intersection entre la psychologie et la neurologie (1). Historiquement, la neuropsychologie est née de l'observation clinique de symptômes comportementaux chez des patients atteints de lésions cérébrales. Initialement, les troubles du langage (particulièrement l'aphasie de Broca, et l'aphasie de Wernicke) ont joué un rôle fondateur car ils sont particulièrement apparents, mais par la suite les observations neuropsychologiques se sont étendues à d'autres fonctions et désordres mentaux (2). Contrairement aux théories psychologiques classiques qui accordent le privilège à la caractérisation d'une intelligence globale, l'apport marquant des faits neuropsychologiques souligne que le fonctionnement cognitif est fondamentalement (mais pas exclusivement) modulaire, alors l'analyse de la sélectivité des troubles de la cognition devient la principale source de connaissances de la neuropsychologie. Ainsi, la logique des dissociations (et des associations) ont permis d'attribuer des fonctions mentales à des structures cérébrales spécialisées (1).

Qu'est-ce que la neuropsychologie cognitive ?

La neuropsychologie cognitive s'intéresse à l'évaluation des dysfonctionnements cognitifs (des troubles de la cognition) résultants des troubles neurodéveloppementaux ou des atteintes cérébrales acquises (2). Ainsi, la neuropsychologie cognitive s'assigne pour objectif principal, grâce à l'étude du jeu de dissociations chez patients anormaux, de contribuer à la description de l'architecture et du fonctionnement de la cognition normale (3).

Qu'est-ce qu'un neuropsychologue ?

- Formation Initiale ;

Le neuropsychologue est un professionnel qui possède un diplôme de bac+5 en psychologie spécialisé en neuropsychologie.

- Champs d'intervention ;

Le neuropsychologue s'intéresse au fonctionnement de la personne, ses compétences, ses capacités cognitives et son comportement. Dans un cadre clinique, le neuropsychologue intervient dans les démarches diagnostique et interventionnelle, auprès des patients enfants, adolescents ou adultes, présentant des troubles neurodéveloppementaux ou des pathologies acquises. En effet, via l'évaluation neuropsychologique le neuropsychologue dresse le profil cognitif du patient, et propose un plan de rééducation adapté tout en ciblant les fonctions déficitaires. Comme il peut intervenir dans un cadre universitaire, dans le but de développer la recherche scientifique en neurosciences, particulièrement l'explication et la compréhension du lien entre le fonctionnement du cerveau et les performances cognitives des individus.

- Missions du neuropsychologue dans un hôpital ;

Dans une structure hospitalière le neuropsychologue effectue des évaluations neuropsychologiques auprès des patients enfants, adolescents ou adultes ayant des troubles développementales ou acquises. En plus, le neuropsychologue fait partie de l'équipe chargée de la remédiation des fonctions cognitive déficitaires.

Qu'est-ce qu'une évaluation neuropsychologique ?

L'évaluation neuropsychologique a pour objectif d'analyser la cognition de l'examiné, c'est-à-dire ses différentes formes de traitement de l'information, ainsi durant cette évaluation on propose au patient d'effectuer des tâches évaluant ses capacités de réception et d'intégration /...

ainsi que ses capacités d'expression et d'exécution (output). Durant cette évaluation, le neuropsychologue explore les domaines de la mémoire, l'attention, les apprentissages, les fonctions exécutives, les fonctions gnosiques, les fonctions motrices et praxiques, les fonctions langagières, et la cognition sociale etc. L'évaluation neuropsychologique s'effectue à l'aide des tests psychométriques standardisés. Autrement dit, l'évaluation neuropsychologique emprunte beaucoup à la psychométrie, le neuropsychologue doit avoir une bonne connaissance sur la validité des tests utilisés et leur valeur psychométriques. Cependant, il serait erroné de penser que la neuropsychologie se limite à l'administration des tests, car ces derniers ne constituent qu'un examen de surface sans réelle compréhension des processus cognitifs impliquées dans l'atteinte examinée. L'interprétation des résultats par le neuropsychologue nécessite donc, des connaissances approfondies en psychologie cognitive aussi bien que des connaissances sur le fonctionnement du cerveau (4).

L'évaluation neuropsychologique s'effectue en trois étapes clés, elle commence par l'entretien clinique avec le patient, ses parents et/ou son entourage, ce qui permet d'identifier l'origine de la plainte et ses répercussions sur le quotidien du malade. Durant cette étape, on essaie de collecter le maximum des informations et des données anamnestiques qui peuvent orienter le choix des tests psychométriques, l'interprétation et l'analyse des résultats de ses tests. La deuxième étape de l'évaluation est la passation des tests, durant laquelle le neuropsychologue observe attentivement le fonctionnement cognitif du patient pendant les différentes tâches et épreuves administrées. La dernière étape de l'évaluation neuropsychologique est la rédaction du rapport du bilan neuropsychologique qui comprend en détails le motif d'évaluation, l'historique et les éléments anamnestiques du patient, les résultats des tests administrés, l'interprétation et la lecture neuropsychologique des scores obtenus, avec identification des faiblesses et des forces cognitives du patient, tout en dressant son profil

cognitif, ainsi que les recommandations et les programmes de rééducation adaptées aux besoins du patients.

Qu'est-ce qu'une remédiation cognitive ?

La remédiation ou la rééducation cognitive est une technique interventionnelle pratiquée auprès des malades ayant des déficits cognitifs dans le but de restaurer ou de compenser leur cognition altérée. Il s'agit d'une approche psychothérapeutique « permettant d'améliorer le fonctionnement cognitif, soit en entraînant les fonctions déficitaires, soit en permettant aux patients d'acquérir des stratégies leur permettant d'exploiter au mieux leurs fonctions résiduelles » (5). Plus concrètement, il existe trois pistes de remédiation : la compensation, la substitution et l'entraînement direct. La remédiation cognitive attaque le repérage de quatre axes principaux, ainsi il convient de distinguer les problèmes induits par la pathologie, notamment les problèmes cognitifs proprement dits, les troubles émotionnels, les problèmes psychosociaux et enfin les troubles du comportement. La remédiation de ces quatre axes demande une évaluation initiale des besoins, des mesures des capacités préservées et atteintes, ainsi que des évaluations de suivis réguliers. En outre, cette technique exige une forte motivation du sujet, condition indispensable à la réussite de cette rééducation (6).

A noter que la remédiation apporte une originalité par rapport à la réhabilitation, puisqu'elle se base sur les sciences cognitives qui apportent aujourd'hui des connaissances très interdisciplinaires sur le fonctionnement cérébral, et sur la richesse de ses processus d'apprentissage en particulier. En outre, la remédiation cognitive se distingue de la réhabilitation classique puisque ses méthodes ne vont pas imposer une réhabilitation de la fonction déficiente par les réseaux qui sont le siège de troubles mais qu'ils peuvent être remplacés par d'autres mécanismes et d'autres réseaux alternatifs (5). ■

Bibliographie

- (1) Eustache, F. (2008). « Le domaine neuropsychologique » dans « Traité de neuropsychologie clinique - Neurosciences Cognitives et Cliniques de l'adulte ». Sous la direction de Lechevalier B., Eustache F. et Viader F. (2008). Col. Neurosciences et Cognition. Bruxelles ; Ed. de Boeck.
- (2) Seron, X. (2002). « Neuropsychologie Cognitive », Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- (3) Math, F., Kahn, J. P., et Vignal J. P. (2008). « Neurosciences Cliniques : de la perception aux troubles du comportement ». Col. Neurosciences et Cognition. Bruxelles ; Ed. de Boeck.
- (4) Lussier, F., et Flessas J. (2005). « Neuropsychologie de l'enfant : Troubles développementaux et de l'apprentissage ». Col. Psycho Sup ; Ed. Dunod.
- (5) Franck, N. (2012). « Remédiation cognitive ». Col. Pratiques en Psychothérapie. Paris ; Ed. Elsevier Masson.
- (6) Richard-Mornas, A., Lebrun-Givois, C., Dirson, S., Truche, A., et Thomas-Antérion, C. (2011). « Rééducation neuropsychologique et atrophies lobaires progressives ». NPG Neurologie - Psychiatrie - Gérontologie, 11(63), 133–138. doi:10.1016/j.npg.2011.03.004.



Le rôle du psychologue dans la prise en charge des patients atteints du cancer



HARIB Hajar
Psychologue Clinicienne
Service d'oncologie médicale
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Introduction

Le terme « cancer » a souvent été associé à une vision sombre de la mort, tôt ou tard, qui affecte fondamentalement le patient lorsqu'il voit les regards tristes se refléter sur les visages de ses proches. Le soutien psychologique est un véritable traitement pour les personnes atteintes de la maladie. En effet, des réactions psychologiques très particulières peuvent apparaître après l'annonce de la maladie et même pendant le traitement. La détresse émotionnelle et la peur chez les personnes atteintes de cancer ne doivent pas être sous-estimées, elles peuvent affecter leur qualité de vie et avoir un impact négatif sur le processus de guérison.

1. Effets psychologiques du cancer sur le patient :

- Sur le plan physique : le type de traitement, y compris la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'immunothérapie et l'hormonothérapie, a des effets importants en raison des éventuels changements physiques qu'il peut entraîner ; Comme l'amputation et la perte de cheveux, en plus des symptômes qu'elle provoque, comme la douleur, les nausées, les vomissements et la fatigue.
- Sur le plan psychologique : Le cancer et son traitement affectent également les dimensions psychologiques et personnelles, car l'affiliation et la communication de chacun avec sa famille, ses amis et sa participation sociale, deviennent menacées ou affaiblies après le cancer. Les patients atteints de cancer éprouvent également de la solitude, de l'abandon, des problèmes de retour au travail ou de la marginalisation. Aussi la diminution de l'état de performance, l'activité fonctionnelle, les problèmes d'exécution des activités quotidiennes, le manque de concentration, la mauvaise mémoire et la vie sexuelle altérée, sont également des facteurs importants affectant la santé psychologique des

Outre la perte de certitude et l'instabilité de la situation émotionnelle telles que la présence de peurs, d'anxiété et de tristesse, le besoin de dépendre des autres, ainsi que la peur de la réapparition ou la progression de la maladie, engendrent un changement de perspective sur l'avenir.

2. Une bonne communication entre le psychologue et la personne malade est très importante.

En oncologie, le désir du psychologue d'informer et le besoin du malade d'être informé sont les fondements de la communication soignant-soigné. Il faut garder à l'esprit que ces interactions touchent à des questions vitales et de ce fait sont extrêmement chargées en émotions. L'établissement d'une relation thérapeutique de qualité, ainsi que la transmission d'informations (quelles informations transmettre et comment les transmettre), sont les deux objectifs fondamentaux de la communication soignant-soigné.

...

Pour chacun de ces deux objectifs, des stratégies peuvent être mises en place (écoute active, empathie, réassurance etc.). De façon générale, l'attitude du psychologue devra favoriser une communication personnalisée qui facilite l'expression des préoccupations et des émotions du patient.

3. L'intervention du psychologue au sein d'un centre d'Oncologie.

Un psychologue clinicien est un professionnel formé pour fournir des interventions spécialisées depuis le diagnostic jusqu'au traitement et au-delà. Ils se concentrent sur les aspects psychosociaux des patients ainsi que sur la compréhension des besoins (physiques et psychologiques), aident les individus et les familles à faire face à l'annonce de la maladie, apprennent des stratégies d'adaptation, et renforcent la résilience. Ils s'engagent également dans des conseils pré et postopératoires, et fournissent un soutien et des conseils en cas de deuil, et travaillent à l'amélioration du mode de vie.

Le psychologue peut aider les patients de la manière suivante :

- Faire face au diagnostic et au traitement,
- Prendre en compte les changements du corps (problèmes d'image corporelle),

- Faire face aux changements dans les relations et l'intimité physique et les préoccupations sexuelles,
- Prendre en compte les difficultés à concilier le travail, la maison et la vie de famille,
- Cibler les sentiments de tristesse, de colère, d'anxiété et de dépression,
- Appaiser la détresse liée à la douleur, à la fatigue et aux effets secondaires du traitement,
- Présenter le soutien émotionnel pour la famille et les amis (Diagnostic et Deuil).

Conclusion :

Le psychologue est présent tout au long de la maladie, et même une fois les traitements terminés tant les difficultés de réhabilitation sont importantes. L'objectif de ces consultations est alors d'aider le patient à se reconstruire psychiquement et à retrouver un certain équilibre afin de pouvoir mener à nouveau une vie normale. Le patient peut prendre directement contact avec le psychologue ; mais dans la plupart des cas, ce sont les soignants qui l'appellent après avoir proposé au patient sa visite. Certains patients ne connaissent pas l'existence du psychologue ou ne comprennent pas forcément les rôles qu'il pourrait avoir dans leur parcours. Pour d'autres encore, le psychologue fait peur, dans le sens où le patient peut craindre que le psychologue le prenne pour un fou. ■



Le rôle de l'infirmier en santé mentale



FARCHAKH Hamza

Infirmier coordinateur

Centre de référence en psychoéducation et ergothérapie (CRPE)

Hôpital psychiatrique

CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

L'infirmier en psychiatrie accompagne spécifiquement les personnes en situation de crise psychologique, souffrant de problèmes de santé mentale ou de symptômes psychiatriques. En collaboration avec une équipe pluridisciplinaire l'infirmier en psychiatrie élabore la programmation des soins pour chaque patient. Son objectif est de promouvoir, maintenir ou favoriser la santé du patient.

Dans un service de psychiatrie, l'infirmier peut être confronté à des problématiques diverses : troubles de l'humeur (dépressions, troubles bipolaires, etc.), troubles de la personnalité de type schizophrénie, troubles des conduites alimentaires, addictions (alcool, médicaments, drogues, etc.), troubles anxieux (attaques de paniques, stress post-traumatique), tentatives de suicide, etc. En pédopsychiatrie, il est plus souvent confronté à des troubles du développement (autisme, troubles de l'attachement, carence affective, troubles psychosomatiques, etc.). Il peut s'agir de personnes confrontées à une crise ponctuelle (problème familial ou professionnel) ou de patients en décompensation, c'est-à-dire souffrant d'une maladie mentale qui n'est pas ou plus stabilisée et dont les symptômes se manifestent de façon brutale.

Que doit faire l'infirmier en santé mentale ?

L'observation : le rôle propre de l'infirmier relève de l'observation et de l'évaluation clinique de la personne en vue du travail de collaboration avec l'équipe soignante

Evaluer l'évolution d'un patient atteint de schizophrénie, de troubles bipolaires ou de grave dépression, repose sur l'observation de ces comportements au fil des heures les infirmiers passent la journée entière avec les patients donc en termes d'informations, cela est essentiel. Les infirmiers sont donc en première ligne pour constater l'aggravation ou l'amélioration des symptômes.

Éducation : le rôle de soutien psychologique important du métier implique d'aider le patient à accepter sa pathologie et son traitement mais aussi d'accompagner ses proches dans la compréhension de la maladie, de ses implications et sa gestion au quotidien.

Soin : il veille à la bonne application des traitements, administre les médicaments et surveille le patient pour dépister d'éventuelles réactions indésirables. Il dispense également les soins d'hygiène et médicaux (injections, pansements, etc.) et favorise l'autonomie du patient dans la mesure de ses capacités (l'aider à vivre avec ses angoisses, ses délires, lui apprendre à préparer et à prendre son traitement, etc.).

L'infirmier encadre les patients tout au long de la journée (repas, toilette, ateliers, sommeil). Il participe à des programmes préventifs et de réadaptation dans le but de permettre un retour dans la société. Pour ce faire, il développe des activités à visée thérapeutique, en individuel ou en petits groupes et organise des ateliers pour favoriser l'expression personnelle des patients (art-thérapie, musicothérapie, écriture, etc.).

Des actes infirmiers à visée d'autonomisation

Les actes de soin relationnels qui fondent la spécificité de l'exercice infirmier en santé mentale s'inscrivent tout d'abord dans une visée d'autonomisation. Au travers d'entretiens individuels et d'activités thérapeutiques de groupe à médiation, le soignant va travailler avec le patient sur son autonomie et intégration sociale.

Les entretiens individuels : sont des rencontres de face à face qui vont permettre de créer avec la personne malade des relations dites « étayantes » qui doivent la soutenir tout au long de sa prise en charge thérapeutique. Ces entretiens réguliers vont l'aider à apaiser sa souffrance, à mieux comprendre ses difficultés et à agir au mieux malgré les obstacles de la maladie.

/ ...

La disponibilité physique et psychique du soignant, sa bienveillance, sa persévérance et son empathie (ou capacité à se mettre à la place d'autrui, à comprendre le ressenti et les difficultés du patient) vont être des atouts pour la réussite de ces entretiens.

Les activités thérapeutiques à médiations : sont des moments de soin (souvent de groupe) organisés autour d'activités diverses comme des jeux, des sorties, des activités sociales, etc. Qu'elles soient ludiques, pragmatiques (pratiques), sociales ou encore artistiques, ces dernières sont nommées « médiation », car elles sont des moyens ou supports pour créer une dynamique de groupe et permettre ainsi aux participants de retrouver des activités et des compétences perdues suite à la maladie. Chaque atelier va être le lieu où chacun va travailler sur une ou plusieurs dimensions fonctionnelles propres à tous les individus : dimensions cognitives, sociales, relationnelles, corporelles et affectives. Ils vont aider à retrouver la pratique du contact avec autrui et le goût de la relation sociale. Ils vont participer à regagner une image et une estime de soi altérées par la maladie. Des jeux inspirés de jeux de société stimuleront les fonctions cognitives (mémoire, concentration, catégorisation, capacité à hiérarchiser, etc.). Des sorties récréatives ou culturelles permettront de renforcer le repérage et l'autonomie dans l'espace social. Des ateliers de gymnastique aménagés, d'expression corporelle, ou de relaxation, amèneront la personne à développer ses possibilités d'expression, de mobilisation, et de plaisir liées au corps. Dans la même démarche, la musicothérapie à travers l'utilisation de percussions corporelles (faire du son avec son corps), ou encore l'utilisation du mime, stimuleront la relation au corps, mais aussi les compétences sociales. Au travers des relations de groupe, elles développeront les habiletés sociales, la capacité à interagir et à communiquer.

Des actes infirmiers à visée psychothérapique

Dans cette visée les outils sont apparentés à ceux qui relèvent du rôle d'autonomisation, mais ils s'en différencient par leur objectif. Il s'agissait auparavant de stimuler l'autonomie, de renforcer

les possibilités d'inscription sociale de la personne malade. Il s'agit maintenant de travailler plus spécifiquement sur le rapport de la personne à sa maladie en déployant la rencontre dans une visée psychothérapique.

C'est le vécu sensoriel et affectif ou encore l'impact existentiel de la maladie qui seront abordés. L'inscription dans la durée sera alors fondamentale pour que ces éléments puissent se déployer. Lorsque des activités thérapeutiques à médiation seront proposées, elles seront animées autour de supports principalement artistiques (peinture, musique, photo, etc.) dans le but de stimuler imaginaire et vécu affectif.

Compétences et actions

- Posséder des connaissances en psychopathologie, santé mentale et traitements spécifiques
- Établir une anamnèse infirmière du patient
- Analyser et interpréter des données
- Administrer les soins et traitements selon les directives du médecin
- Faire face aux crises des patients dangereux, agités ou violents
- Rédiger des rapports
- Informer et accompagner le patient et ses proches
- Collaborer avec son équipe et communiquer avec les autres professionnels de la santé
- Suivre les règles de sécurité et d'hygiène
- Respecter le patient, la confidentialité, la législation et les procédures
- S'adapter à l'évolution constante des techniques et technologies

Savoir-être

- Empathie, écoute et sens du dévouement
- Communication aisée
- Patience
- Ouverture d'esprit et tolérance
- Prise de recul
- Maîtrise de soi
- Rigueur et précision
- Sens de l'observation
- Capacité d'adaptation, réactivité
- Bonne gestion du stress
- Prise d'initiatives. ■

Le patient hospitalisé et les troubles mentaux



CHAIR Hanane

Infirmière coordinateur du service Gastro-entérologie
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Dans notre pratique quotidienne en tant que personnel de santé on se trouve souvent face à des patients qui refusent de coopérer à leur traitements, des patients qui montrent une violence Verbale ou même physique à l'égard du personnel de santé, des patients déprimés qui ont perdu tout espoir à l'amélioration de leur problème de santé, des patients qui ont même passé à des tentatives de suicide.

La psychologie du malade hospitalisé ne prend pas toujours la place qu'elle mérite dans le processus de soin, la surcharge de travail et la routine peuvent être parmi les causes.

Un patient hospitalisé c'est une personne qui présente un problème physique, qui est isolé de son Entourage familial, éloigné de son environnement naturel, seul dans la pièce ou en compagnie de personnes qu'il ne connaît pas, toutes ces conditions peuvent créer ou compliquer un état dépressif déjà existant. D'autres facteurs sont aussi impliqués dans cette problématique :

- Sous estimations des troubles mentaux chez le patient hospitalisé pour une pathologie physique, Le personnel soignant doit être très attentif à toute anomalie psychique chez le patient et la prendre en Considération pour éviter toute complication au cours de l'hospitalisation sans hésiter à demander un avis psychiatre si nécessaire.

- Le désordre du personnel hospitalier perturbe l'attention prêtée au malade, par contre un travail bien organisé et cohérent entre les membres de l'équipe soignante contribue à renforcer la confiance et la stabilité psychique chez le malade.

- Une formation insuffisante en matière de la prise en charge d'un malade présentant un trouble mentale combiné à une pathologie physique.

- Manque de support social, l'association d'une pathologie physique et une anomalie mentale rend la Situation très difficile pour le malade ainsi que pour sa famille et le manque de support social peut Engendrer des sentiments de désespoir et solitude et même des idées suicidaires.

- Supervision inadéquate du traitement, le personnel soignant se focalise sur le traitement prescrit et n'insiste pas sur le traitement antidépresseur déjà suivi par le malade ni le contrôle auprès de son médecin psychiatre surtout lors d'une longue période d'hospitalisation.

Le suicide dans le milieu hospitalier reste rare mais non négligeable par exemple une étude qui a été faite au CHU Fès a enregistré 31tentative de suicide dans les différents services sur une période de 2ans entre janvier 2010 à décembre 2011. D'où la nécessité d'une réflexion sérieuse à adopter toutes les mesures anti suicidaire dans les unités d'hospitalisations. Quant à l'architecture de l'unité de soins, les services les plus hauts représentent un endroit favorable aux tentatives de suicide.

Le suicide est un événement malheureux puisqu'il est évitable si le malade avait reçu l'aide nécessaire au moment adéquat. Le malade hospitalisé peut développer un sentiment d'abandon, d'isolement et de sevrage physique, les premiers jours d'hospitalisation constituent une période critique pour lui .le personnel soignant est appelé à être plus vigilant durant cette période .les moyens de suicides sont multiples, le saut d'une hauteur, l'ingestion de produits toxiques, la pendaison, arme blanche ou tout objet tranchant... La connaissance de ces moyens permet d'éviter toute tentative chez un malade suspect de personnalité pathologique.

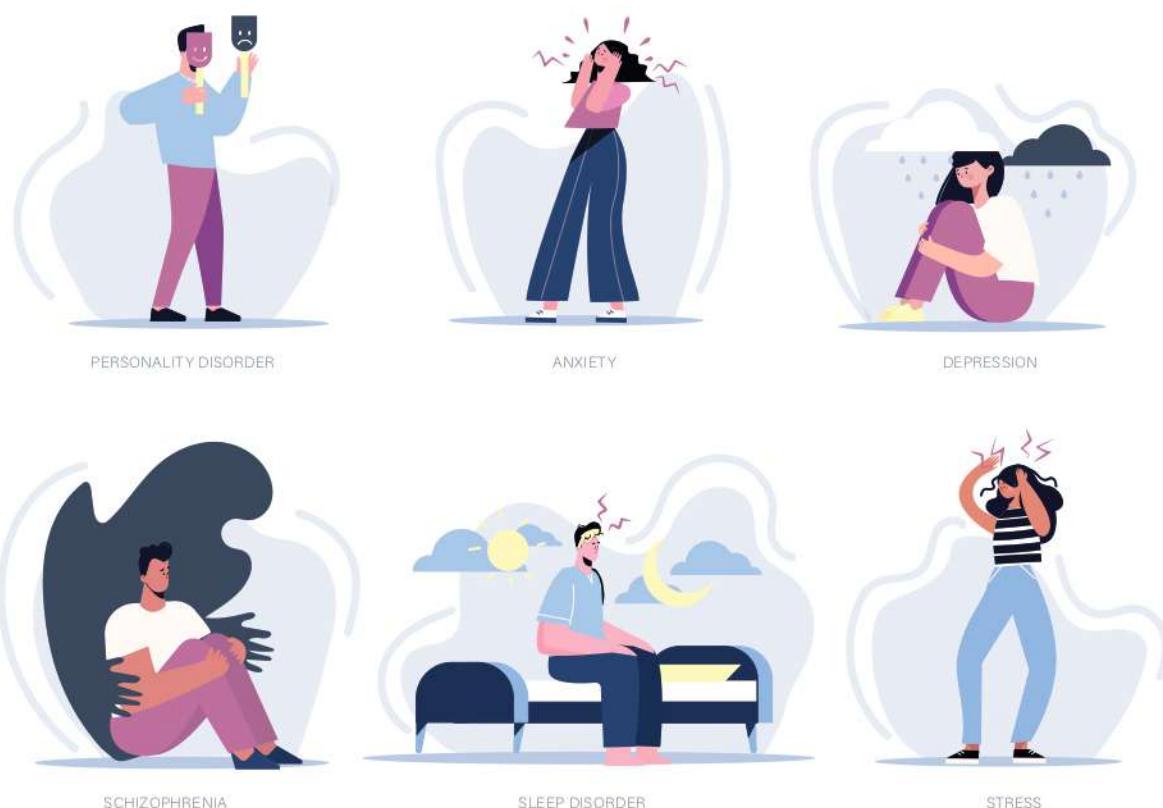
Parfois le malade choisit une autre façon de se suicider lentement et silencieusement en prenant la décision d'arrêter tous les traitements, cet exemple on le voit surtout chez des sujets jeunes avec des affections chroniques tel que la maladie de crohn en gastro entérologie, ces patients sont fatigués sur le plan psychique et nécessitent une prise en charge, d'ailleurs le service de gastro entérologie est parmi les services les plus grands demandeurs d'avis de psychiatrie de liaison dans les autres CHU vu la nature chronique des affections qui relèvent de ce service ce qui diminue la qualité de vie et perturbe l'équilibre psychique.

La psychiatrie de liaison joue un rôle primordial dans la prise en charge et le suivi des malades déprimés dans les différents services. Elle est née du besoin des Services hospitaliers aux avis de la psychiatrie elle est déjà opérationnelle à Rabat, Casablanca, Oujda, Fès.

La psychiatrie de liaison s'occupe des troubles psychiatriques manifestés chez les patients des autres disciplines médicales, et s'inscrit dans une approche globale du patient selon un modèle biopsychosocial. Elle concerne les patients hospitalisés à temps plein aux services médico-chirurgicaux, mais aussi les patients admis aux hôpitaux de jour des spécialités et aux urgences. Elle est sollicitée lorsque le médecin traitant se pose des questions au sujet de la santé mentale d'un patient et sur ses éventuelles conséquences concernant les soins et les traitements prescrits elle s'intéresse aussi aux :

- patients ayant fait une tentative de suicide ou d'automutilation
- patients ayant des conditions médicales résultant de symptômes psychiatriques ou comportementaux tel que le syndrome confusionnel.

- Patients ayant des troubles mentaux.
 - Contribuer à l'évaluation de la capacité d'un patient de consentir à un traitement.
 - Patients souffrant de symptômes physiques médicalement inexplicables.
 - Les patients qui n'ont pas de troubles psychiatriques mais qui sont en situation de détresse liée à leur Problème de santé.
- Comme le démontre la psychophysiologie, il existe un lien étroit entre l'état psychique et les variations physique
- La psychiatrie de liaison est une discipline en pleine évolution au Maroc, la structuration et l'organisation de cette activité s'avère primordiale tenant compte de son intérêt clinique, pédagogique, de recherche et même économique. L'évaluation de l'état mental d'un patient doit être systématique avant l'hospitalisation pour permettre une meilleure prise en charge du patient, comme le démontre la psychophysiologie, il existe un lien étroit entre l'état psychique et les variations physique. ■



« La santé mentale, Un levier de développement humain durable »



EL AMMOURI Adil
Directeur de l'hôpital psychiatrique
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

La santé mentale est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Elle renvoie au bien-être ainsi qu'à la capacité de faire face à l'adversité et de développer ses propres aptitudes.

« Il n'y a pas de santé sans santé mentale ». Cette idée est soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui décrit la santé mentale comme une composante essentielle de la santé. En effet, le préambule de la constitution de l'OMS définit la santé comme « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La santé mentale n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique.

Au Maroc, la santé mentale constitue un véritable problème de santé publique. En effet, l'enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux, a mis en exergue la gravité de la situation. Selon cette enquête, près d'une personne interrogée sur deux (48,9%) présentent, au moins un trouble mental, allant d'une simple insomnie ou tic nerveux, à des troubles plus graves tels que les troubles dépressifs, anxieux ou psychotiques, ou des troubles liés à la consommation et/ou à l'abus d'alcool ou de drogues.

Les troubles liés à la santé mentale ont des conséquences négatives sur la personne (altération de la qualité de vie, suicide...) et sur la société avec des coûts directs et indirects (absentéisme, perte de productivité, violences...). L'étiologie des troubles psychologiques est souvent plus complexe que celle des maladies physiques, car elle ne se résume pas à de simples liens de cause à effet.

Les troubles psychologiques proviennent plutôt d'une interaction de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent influencer

l'apparition, le développement et l'évolution d'un problème. Ainsi, de nos jours, l'étiologie des troubles psychologiques est expliquée de façon globale au moyen de l'approche intégrée ou biopsychosociale.

L'étiopathogénie biopsychosociale rend compte et expliquerait la complexité du traitement en psychiatrie. Ainsi, une prise en charge thérapeutique efficace devrait considérer la personne malade dans sa globalité en intégrant la complexité et la spécificité biologique, psychologique et sociale de l'individu, Donc, toute action thérapeutique qui se veut segmentaire et non coordonnée est souvent insuffisante.

“ le traitement en psychiatrie devrait traiter le malade et non la maladie! ”

l'apparition, le développement et l'évolution d'un problème. Ainsi, de nos jours, l'étiologie des troubles psychologiques est expliquée de façon

globale au moyen de l'approche intégrée ou biopsychosociale .

L'étiopathogénie biopsychosociale rend compte et expliquerait la complexité du traitement en psychiatrie. Ainsi, une prise en charge thérapeutique efficace devrait considérer la personne malade dans sa globalité en intégrant la complexité et la spécificité biologique, psychologique et sociale de l'individu, Donc, toute action thérapeutique qui se veut segmentaire et non coordonnée est souvent insuffisante.

L'hôpital psychiatrique universitaire relevant du CHU Tanger téouan Alhoceima, respecte ce principe en offrant des prestations de soins variées et complémentaires grâce au dynamisme et la motivation d'une équipe multidisciplinaire. (médecins , infirmiers en santé mentale, psychologues, neuropsychologue, équipe administrative...) tout en respectant les valeurs du CHU.

Ainsi, L'hôpital psychiatrique universitaire propose: /...

- Des consultations médicales de soins et de suivi psychiatrique.
- Des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de troubles psychiatriques (la dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires).
- Un programme d'éducation thérapeutique pour les familles de patients atteints de schizophrénie (le programme « Profamille »).
- Des consultation psychologiques et neuropsychologiques.
- Des activités occupationnelles (ergothérapie, art-thérapie).

A coté de la mission de soins, l'hôpital psychiatrique contribue aux missions de formation à travers :

- La formation des médecins résidents en psychiatrie ;
- L'encadrement clinique des étudiants en médecine ;
- L'encadrement des psychologues en formation dans leurs stages.

L'hôpital psychiatrique a aussi une vocation de recherche (des travaux de recherche clinique) et de promotion de la santé mentale à travers des actions de sensibilisation et de prévention des troubles mentaux en collaboration avec des associations oeuvrant dans le domaine de la santé mentale. ■



Figure 1 : exemples des activités proposées par l'hôpital psychiatrique universitaire.

La santé mentale dans le milieu hospitalier : Place et missions de psychologue clinicien



HAOUIDEG Maroiane
Psychologue clinicien
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Introduction

Parce qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale, la prise en charge des patients, nécessite la contribution de plusieurs professionnels de santé mentale, dont le psychologue clinicien fait partie, dans un travail de collaboration afin d'avoir une compréhension intégrée sur l'état du patient, et ainsi d'offrir les soins appropriés. A cet égard, l'objectif de cet article est la mise en évidence de la place de psychologue clinicien, comme acteur fondamental des services de soins en santé mentale, dans le milieu hospitalier.

Mais d'abord qu'est-ce que la psychologie clinique ?

La psychologie clinique « est un domaine de la psychologie {la science qui étudie les faits psychiques et les conduites, et constitue des théories ainsi qu'une pratique à ce propos. }, qui vise à travailler directement auprès d'individus (enfants, adultes, personnes âgées) ou de groupes en utilisant un vaste éventail de méthodes d'évaluation et d'intervention dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale ».

Place et missions du psychologue clinicien

Parmi les missions principales de psychologue clinicien, nous pouvons citer :

1. Répondre aux demandes psychologiques des patients en coordination avec l'équipe soignante :

Assurer les consultations psychologiques auprès des patients (évaluation à viser diagnostique psychologique, et/ou psychothérapie individuelle ou groupale), mais également le soutien psychologique de leurs familles en cas de besoin ;

2. Le psychologue clinicien à la disposition du personnel :

Les fonctions de psychologue clinicien du personnel (qu'il soit, personnel soignant, personnel des directions, administratif, technique, etc.) sont principalement l'accompagnement et le soutien psychologiques (tout en gardant le principe de confidentialité) de divers motifs :

- Conflits et épuisement professionnel : Les conflits avec la hiérarchie ou entre collègues, (ex : un sentiment de manque de reconnaissance/considération). L'épuisement professionnel, le stress, l'angoisse liée au contenu et au contexte de travail, et autres motifs qui représentent un débordement psychique qui peut mener vers un désinvestissement professionnel total.

- Motifs d'ordre personnel (subjectif): ils sont aussi vastes que variées.

- Une rencontre de souffrance singulière entre histoire personnelle et situation professionnelle : il s'agit d'une rencontre conflictuelle entre le fonctionnement psychique individuel et l'organisation du travail.

- Les interventions collectives cliniques : intervenir suite à un événement difficile (décès d'un patient ou d'un collègue, prise en charge complexe d'un patient, problématique de l'annonce de diagnostic ou de décès à la famille...).

3. La contribution dans l'encadrement, la recherche clinique et la promotion de la santé mentale:

Fixer des objectifs de formation, activités de recherche, établir des contenus pédagogiques, participer dans les campagnes de sensibilisation en rapport avec la santé mentale, apporter notre expertise sur des thèmes en lien avec la qualité de vie au travail, les risques psycho-sociaux...

...

Conclusion

Le psychologue clinicien, par sa formation et sa spécialisation peut être sollicité pour participer à plusieurs missions de soins de santé mentale, qui peuvent être multiples dans le milieu hospitalier.



Bibliographie

1. Biou Antoine, Fouques Damien, Psychologie clinique et psychopathologie. Dunod, « Manuels visuels de Licence », 2016, p2, URL : <https://www.cairn.info/--.htm>
2. Martin Benny, Alain Huot, Julie-Anne Lalonde, et al. Santé mentale et psychopathologie : une approche biopsychosociale. 2e édition. Montréal : Groupe Modulo, 2016, p111
3. Cordoba Isabel, Fouillet Barbara, Fretigny Isabelle et al., « Chapitre 7. Le rôle du psychologue clinicien auprès du personnel », dans : Robert Holzman éd. La souffrance des soignants. Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention. Paris, Dunod, « Guides Santé Social », 2018, p. 173-196. URL : <https://www.cairn.info/---page-173.htm>



Projet culture et santé du CHU TTA

Alliance entre l'art, la culture et la santé

BELAMKADEM Zinabidine - MOUTASSADDIQ Siham
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Pourquoi la culture à l'hôpital ?

L'amélioration de l'environnement tant du malade que du personnel soignant est aujourd'hui reconnu comme une démarche à repenser le soin dans une dimension plus humaine, à inscrire pleinement les structures de santé dans la cité et à faire de la culture l'objet de tous. Le séjour à l'hôpital remet en question le rôle l'humanisation et la nécessité de rendre l'hôpital ouvert à la cité : ne plus regarder le patient comme une pathologie, le soignant comme tel.

La culture à l'hôpital permet la rencontre simpliste entre un artiste, un soignant et un patient ; elle nous fait dépasser le rôle exceptionnel de chacun. Certes la culture ne prétend pas guérir, mais sa vocation repousse l'isolement et maintenir l'espoir.

La culture change le regard, la perception du malade sur lui-même rendant son séjour moins technique et ouvert sur l'extérieur. L'hôpital de demain, grand ouvert sur la cité, se doit de développer des activités qui rendront le séjour hospitalier plus humain et peut-être même plus efficace.

L'Art à l'hôpital, est-il une forme de soins ?

Il est aujourd'hui reconnu que l'art sous ses diverses formes est l'expression de la culture , certes faut-il rappeler au moment où les développements rapides de la science et de la technique pourraient faire oublier que l'art est une forme de soin .Plusieurs initiatives internationales d'intégration de l'art et de la culture à l'hôpital, que ce soit, par la musique, la photographie, la peinture, des lectures, des conférences ou des rencontres, attestent bien que l'hôpital est devenu un lieu ouvert sur la cité permettant de maintenir a sentiment de bien-être et au maintien de l'identité sociale.. Cela permet aux patients qu'il s'agisse d'enfants, d'adultes ou de personnes âgées souffrant de maladie aiguës, chroniques, de situations de réadaptation ou de situations de fin de vie , de vivre un moment d'émotion face à une œuvre d'art ou une musique, l'art peut apporter au

Pour les soignants, au sein de la diversité culturelle et sociale qui caractérise l'univers hospitalier , l'art leur permet la possibilité de percevoir les patients autrement, sous un autre angle, d'approfondir la connaissance de leur personnalité , une rencontre des formes d'expression enrichissantes que celle qui a habituellement lieu dans un service de soins, un soin qui est le fait d'une écoute et d'une attention que la médecine technique seule ne permet pas d'atteindre.

Le CHU TTA : Sa vocation première lieu de vie et d'hospitalité

Le projet culture et santé du CHU TTA est une passerelle et un partenariat entre art, culture et médecine pour mieux vivre ensemble, la responsabilité du choix des modes d'expressions artistiques et culturelles appropriées repose sur le travail de la commission culturelle pluridisciplinaires de CHU TTA visant ainsi un espace d'échange permettant l'évolution de l'institution dans sa dimension de lieu de vie.

Le projet culture et santé à 02 approches :

- Les activités culturelles et l'art en tant qu'accompagnement vers la guérison,
- Les activités culturelles et l'art pour humaniser les milieux de vie, et de contribuer au mieux-être des patients.

Objectifs généraux du projet cultures et santé du CHUTTA :

- Promouvoir toutes les actions favorisant le rayonnement et la visibilité de la thématique "Culture et Santé",
- Réaffirmer la place de la culture en milieu hospitalier et médico-social tout en prenant en compte la diversification des modes d'accès à la culture.
- Favoriser l'expression des émotions des patients.

Objectifs spécifiques :

- Organisation des ateliers artistique au profit des enfants des malades et leurs familles

/ ...

- Implantation aux profits des patients des espaces de lectures (bibliothèques, chariot de lecture)
- Création des espaces de médiathèques aux profits des patients hospitalisés (projection de films, documentaires.)
- Partenariat avec différents organismes culturels et artistiques
- Ecole à l'hôpital
- Expositions artistiques, culturelle. (Musée CHU TTA)

On peut conclure que l'art et la culture à l'hôpital nous rappellent qu'en tant qu'institution publique, ce dernier est avant tout un monde de valeurs et qu'il ne pourra répondre aux défis scientifiques, techniques, de santé publique et de société, qu'en continuant à s'appuyer sur les valeurs d'accueil, de solidarité et d'hospitalité. Restons tous ensemble fidèle à notre devise : « Pôle d'excellence passe en 1er par l'hôpital souriant...ouvert au monde de la culture et à la convivialité ». ■



Musée CHU TTA

MERCI

Dès que le comité de greffe des organes et des tissus a été créé par monsieur le directeur du centre hospitalier universitaire Tanger – Tétouan – Al hoceima, professeur Harif M'hamed, tout le staff de la direction générale s'est apprêté pour accompagner les différents services dans le démarrage de ce grand projet.

A cet égard, monsieur **Adil Chariaa**, le secrétaire général du centre hospitalier universitaire Tanger – Tétouan – Al hoceima s'est montré l'homme de la situation ; son engagement et sa passion pour le projet de greffe se sont manifesté par le suivi quotidien et de très près de tout le processus, depuis l'aménagement de la chambre, la mise à niveau de la tuyauterie, de l'électricité et de la climatisation, la mise en place des distributeurs du gel hydroalcoolique, la mise à disposition des moyens logistiques pour le déplacement des patients, des produits sanguins labiles et des médicaments, l'admission des patients et leur suivi médical ... bref, il était là à tout moment, dans la grande discréction et il nous a tous inspiré par son intégrité et son éthique envers le personnel soignant et administratif.

Au nom de tous les membres du sous-comité de greffe des cellules souches hématopoïétiques, je tiens à remercier monsieur Adil Chariaa qui a orchestré tous le travail administratif et logistique, ayant permis la réussite du processus de la greffe de moelle dans les meilleures conditions.

Pr Safae Regragui



Mr Adil Chariaa

Dr Loukhmas Latifa, UNE FEMME HORS PAIR

La greffe autologue des cellules souches hématopoïétiques est une thérapeutique complexe, dont la réussite dépend essentiellement de la coordination entre, d'une part, les différentes unités du service d'hématologie clinique à savoir l'unité de greffe et l'unité d'aphérèse thérapeutique et, d'autre part, entre les autres services intervenants directement dans ce processus. Pour réussir cette coordination, il faut établir des procédures détaillées encadrant le travail de chacun.

Et justement, lorsqu'on a commencé à établir les procédures des différentes unités du service d'hématologie clinique du centre hospitalier universitaire Tanger – Tétouan – Al Hoceima, on s'est confronté à la réalité dure, du manque d'expertise en matière de collecte des cellules souches dans notre pays et que le nombre des « médecins préleveurs » en fonction, ne dépasse pas les doigts d'une main. C'est pour cela on a demandé l'aide de Dr Loukhmas Latifa, hématologue chevronnée, pour encadrer le processus depuis la rédaction des procédures, jusqu'à la collecte des cellules souches des premiers patients.

En revoyant le curriculum vitae de cette grande dame, on découvre un parcours très riche, puisqu'elle a à son actif, plus de 25 ans d'expérience aussi bien au secteur public que privé, occupant différents postes de responsabilité, tous en rapport avec la thérapie cellulaire.

Après son obtention du diplôme de médecin spécialiste en hématologie elle a rejoint l'équipe du centre de transfusion sanguine de Casablanca. En y exerçant en tant que médecin, elle s'est démarquée par ses compétences et son sens de précision, elle fut alors nommée responsable Nationale de l'Assurance Qualité en Transfusion Sanguine, ensuite responsable Nationale de l'Hémovigilance et puis responsable du Laboratoire National de Contrôle de Qualité en Transfusion Sanguine.

En 2008, on lui a confié la direction du centre de transfusion sanguine de Marrakech où elle a mis en place les procédures d'aphérèse thérapeutique et elle a démarré l'activité de collecte des cellules souches, ce qui a permis au centre hospitalier universitaire de Marrakech d'être le leader national de la greffe de moelle.

En 2014, elle a rejoint l'équipe de l'hôpital universitaire Cheikh Khalifa où elle était la responsable de la Banque du Sang et la responsable de l'unité d'aphérèse et de thérapie cellulaire.

C'est une dame qui dégage un grand sentiment de patriotisme, d'altruisme et d'abnégation, elle a relégué ses intérêts personnels et l'activité de son cabinet au second rang pour être parmi nous durant les différentes réunions du sous-comité de greffe des cellules souches, elle nous a donné de son temps pour corriger les procédures rédigées et surtout elle était présente pour nous accompagner lors des consultations pré-cytaphérèses et lors de la collecte des cellules souches des premiers malades, qui dure plus de 6 heures, pour former l'infirmière responsable de l'unité d'aphérèse thérapeutique.

Elle était bénigne et généreuse et quoique je dise à propos de Dr Loukhmas, je ne saurais lui rendre réellement hommage.

Pi Safae Regragui



Dr Loukhmas Latifa



Partage, Innovation, Recherche, ...



LAKHDIM Amal

infirmière polyvalente

Présidente de l'Association des Infirmiers et Techniciens de Santé (AITSCHUT)
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Partage, valorisation des recherches, idées, innovation, célébration, créativité, entraide et solidarité ce sont les valeurs communes que nous rassemblent pas seulement les membres d'association des infirmiers et techniciens de santé mais aussi toute l'équipe ITS au niveau du CHU TTA.

C'est un honneur pour moi, entant que présidente de prendre les rênes de cette 1ère association multidisciplinaire (scientifique, social, culturelle, sportif...) au niveau du CHU TTA. Cette dernière qui nous donne une sensation d'être autour de nos familles jeunes, motivantes, souriantes et créatifs.

Par ailleurs, notre objectif optimal vise à faire le point sur les attentes du personnel pour assurer la préservation d'une santé mentale, d'un sens et d'une performance de travail. Malheureusement, la profession infirmière exige le travail sous stress parfois l'infirmier aller vers la dépression... La santé psychologique du personnel infirmier se reflète sur ses qualités du comportement, de la communication et de soins vis-à-vis les patients, l'équipe de travail même si sa famille. Donc pour nous, la santé mentale des ITS est une préoccupation d'agir et de créer un espace ZEN au milieu de travail, qui nous amène à découvrir l'ITS créateur, innovateur, confortable qui se retrouve dans chacun de nous. Enfin, notre déficit c'est de soutenir l'ITS au regard de la charge émotionnelle, physique et mental associée à la profession infirmière. ■

Les membres d'AITSCHUT :

Amal LAKHDIM, infirmière polyvalente, PRESIDENTE
Hamza ED-DLYMY, infirmier anesthésiste, ADJOINT PRESIDENTE
Ahmed JAAOUAN, technicien de radiologie, SECRETAIRE GENERAL
Zineb FARHATI, infirmière polyvalente, ADJOINT SECRAITAIRE GENERAL
Anwar BAHADAN, technicien de radiologie, TRESORIER
Brahim ALAOUI AMRANI, technicien de radiologie, ADJOINT TRESORIER
Raouia ZAWJAL, kinésithérapeute, CONSEILLERE
Ayoub ELMONJID, infirmier polyvalent, CONSEILLER
Ikram SBAI, diététicienne, CONSEILLERE
Oussama ESSADIK, infirmier polyvalent, CONSEILLER
Amine BAHAR, technicien biomédical, CONSEILLER
Fatima zahrae elbaroudi, infirmière polyvalente, CONSEILLERE
Imane MISBAH, technicienne laboratoire, CONSEILLERE



L'Assemblée générale constitutive de l'association des infirmiers et techniciens de santé CHU- Tanger « AITSCHUT », 17 octobre 2021, FMP TANGER

Journée internationale de la sage-femme 2022



Rien d'étonnant à ce qu'une journée soit consacrée aux sages-femmes, le 5 mai : est une manifestation instaurée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1992 afin de rappeler le rôle central de cette profession, d'honorer le travail des sages-femmes et de promouvoir la prise de conscience des soins cruciaux qu'elles prodiguent aux mères et à leurs nouveau-nés.

Selon la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), les sages-femmes permettent depuis des dizaines d'années de renforcer les systèmes primaires de santé et joueront dans les prochaines décennies un rôle essentiel dans la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescent(e)s.

Ce sont les soignants de première ligne et l'épine dorsale des soins de santé maternelle et infantile. Elles soutiennent les femmes pendant la grossesse et l'accouchement, en fournissant des soins prénatals, intrapartum et postnatals, des services de planification familiale, ainsi elles participent au dépistage, et prise en charge des différentes pathologies gynécologiques courantes ou cancérologiques. En cas d'urgence, elles peuvent également effectuer des soins obstétriques d'urgence de base.

Aujourd'hui, à l'occasion de la Journée internationale de la sage-femme, j'affirme le message du directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Matshidiso Moeti qui exhorte les gouvernements et les partenaires pour augmenter considérablement les investissements dans la formation, le recrutement, le déploiement, la rétention et la protection des sages-femmes. Cela est essentiel

afin d'accroître la couverture et la qualité des services maternels, tout en répondant efficacement aux urgences sanitaires. Donnons à ces contributeurs vitaux et rentables aux soins maternels de haute qualité l'attention qu'ils méritent vraiment.

Bonne fête à toutes les sages-femmes !

AHADDOUT Hanae
Sage-femme coordinatrice du service de gynécologie-obstétrique du CHU TTA

Unité de greffe des cellules souches hématopoïétiques



EL GHOUCH Ibtihal (1) ; REGRAGUI Safae (1 - 2)

1. Service d'hématologie clinique, centre hospitalier universitaire Tanger – Tétouan - Al Hoceima
2. Département de médecine ; faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

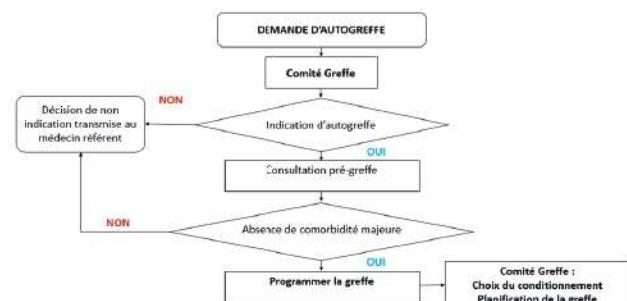
La greffe des cellules souches constitue un réel espoir de guérison de plusieurs cancers du sang, grâce au progrès continué de la médecine. On en distingue deux types en fonction du donneur : l'autogreffe et l'allogreffe. En fait, l'avantage de l'autogreffe par rapport à l'allogreffe est qu'il n'y a aucun risque de rejet du greffon puisque le donneur et le receveur sont la même personne.



Le processus de l'autogreffe passe par plusieurs étapes, impliquant un ensemble d'intervenants et repose sur la bonne coordination entre ces derniers. Le travail de l'infirmière coordinatrice est ainsi primordial pour réussir ce processus qui commence plusieurs semaines avant la greffe proprement dite.

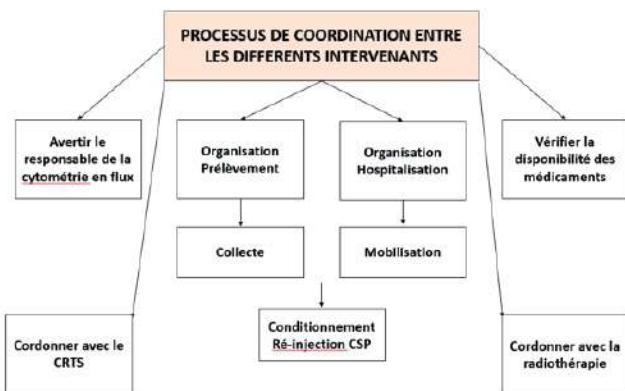


Ça commence par la réception des demandes d'autogreffe qui sont proposées par les médecins référents. L'infirmière coordinatrice programme en collaboration avec le médecin greffeur une réunion avec le comité de greffe des cellules souches durant laquelle tous les participants discutent l'indication de la greffe et décident si elle est valide. Ensuite, l'infirmière coordinatrice contacte le patient et lui programme une première consultation pré-greffe où il recevra toutes les informations relatives à l'autogreffe ainsi que la note d'information et le consentement ; une deuxième consultation pré-greffe est programmée pour récupérer les explorations paracliniques et le consentement signé et légalisé. L'infirmière coordinatrice programme une deuxième réunion du comité de greffe des CSH pour discuter la faisabilité de la greffe, le choix du protocole de mobilisation et de celui du conditionnement en tenant compte du terrain du candidat ; il valide la programmation de l'autogreffe.



Ensuite, l'infirmière coordinatrice élabore le planning de l'autogreffe, le diffuse aux différents intervenants : l'unité de greffe du service d'hématologie clinique, la radiothérapie, la pharmacie, la réanimation, le centre de transfusion, la banque du sang, les laboratoires

/...



Elle s'assure de la disponibilité des médicaments et du matériel nécessaire, elle informe par la suite les techniciens d'hygiène pour effectuer les prélèvements des surfaces et vérifier la salle de greffe. Elle informe aussi le patient de la date de son admission en unité de greffe et prend le contact d'un accompagnant de confiance avec qui elle va communiquer pendant la période où le patient est isolé.

Le rôle de l'infirmière coordinatrice se poursuit après l'admission du patient en unité de greffe, puisqu'elle constitue le pont entre le médecin greffeur et entre :

- le réanimateur pour la pose de la voie veineuse centrale
- le médecin biologiste pour communiquer le taux des CD34 du patient et du greffon
- le centre régional de transfusion sanguine pour assurer les produits sanguins labiles
- le radiothérapeute pour irradier les PSL

Une fois le patient sort d'aplasie post-chimiothérapie, le médecin greffeur rédige le compte rendu de sortie, explique la surveillance post-greffe au patient et indique le prochain rendez-vous pour assurer le suivi.

Conclusion

L'autogreffe des CSH est un travail multidisciplinaire qui nécessite la contribution de plusieurs intervenants et qui exige la bonne coordination, l'esprit d'équipe et la communication afin d'éviter toute erreur qui peut être fatale pour le patient et d'optimiser sa prise en charge. ■



Équipe médicale et infirmière du service d'hématologie CHU TTA

La gestion du risque suicidaire en milieu hospitalier



AGDAI Imane
Médecin résidente
Hôpital psychiatrique
CHU Tanger - Tétouan - Al Hoceima

Les conduites suicidaires représentent un problème de santé publique dans la majorité des pays. Elles suscitent de plus en plus d'intérêt de tous les professionnels de la santé.

Le suicide reste un sujet tabou au Maroc, interdit par la religion, désapprouvé par la société et sur lequel peu d'études ont été menées. En effet, le suicide au Maroc reste mal évalué, et les statistiques sur le nombre exact des suicides que ce soit en milieu hospitalier ou hors les murs des hôpitaux sont difficiles à obtenir. Cependant, l'OMS estime en 2019 un taux de suicide au Maroc de 7,3 pour 100 000 habitants par an.

Sur un plan mondial, les patients hospitalisés constituent une population à haut risque suicidaire, une étude en Chine montre que l'incidence du suicide en milieu hospitalier est de 250 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques. Elle est de 1,8 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux généraux [1]. De 5 à 6,5 % des suicides sont ainsi commis à l'hôpital: 3 à 5,5 % en hôpital psychiatrique et environ 2 % en hôpital général. Au Royaume uni le taux aux hôpitaux psychiatriques est de 204 pour 100 000 [2], en Allemagne 76 pour 100 000 [3] et au Canada 104 pour 100 000 [4]. Les suicides dans les établissements de santé contribuent ainsi largement à l'ensemble de la mortalité suicidaire [5].

La prise en charge du suicide passe par l'identification de certains facteurs de risque chez les patients hospitalisés. Parmi les facteurs de risque suicidaire, certains sont aspécifiques, identiques à ceux de la population générale, d'autres sont propres au milieu hospitalier.

Les caractéristiques sociodémographiques des patients suicidés en institution sont proches de celles des suicidés en population générale [6] [7]; cependant, la moyenne d'âge chez les suicidés hospitalisés en psychiatrie est de 40 ans alors qu'elle est de 50 ans en population générale [8]. La prédominance masculine est plus marquée en population générale par rapport aux suicidés hospitalisés en psychiatrie (81% - 48%) [5].

Les pathologies psychiatriques constituent un facteur de risque important dans le suicide, les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur, les schizophrénies, les troubles de la personnalité (notamment borderline et antisociale), et l'éthylique (2–3 %) [9] [10]. Les antécédents suicidaires sont également très fréquents chez les patients hospitalisés suicidés [11].

Dans les services de médecine générale, les maladies somatiques jouent un rôle essentiel dans le suicide. En effet, des études ont montré que les patients ayant des cancers en phase terminale [12], mais aussi les bronchopneumopathies chroniques obstructives [13], ou encore les pathologies cérébrales organiques sont plus susceptibles de passer à l'acte suicidaire; la chronicité et la sévérité de la maladie somatique, la personnalité du patient, l'existence d'une comorbidité psychiatrique sont des facteurs importants également [13].

En ce qui concerne les périodes d'hospitalisation dans un service psychiatrique, certaines périodes présentent plus de risque de passage à l'acte suicidaire. La première semaine d'hospitalisation est depuis longtemps reconnue comme une période à risque élevé [14]. La pendaison, la précipitation et l'intoxication sont les moyens suicidaires les plus souvent utilisés [11]. La période des deux semaines qui suivent la sortie est également à très haut risque suicidaire. [5]

D'autres facteurs doivent alerter l'équipe soignante sur le risque suicidaire tels [15]: l'existence de moyens suicidaires facilement accessibles ; une surveillance inadéquate ; la sous-estimation du risque suicidaire ; l'insuffisance de communication entre médecins et infirmières ; une amélioration clinique trompeuse ; l'absence de résolution des problèmes psychosociaux ayant contribué à l'hospitalisation ; un rejet de l'équipe soignante ; un faible moral de l'équipe soignante ; un niveau de qualification insuffisant de l'équipe soignante ; le début d'hospitalisation ; la survenue récente de suicides dans l'établissement.

Le suicide est un grave problème de santé publique; or il peut être évité par des interventions menées en temps opportun, fondées sur des données factuelles et souvent peu coûteuses. La plupart des mesures préconisées sont destinées aux services de psychiatrie, les hôpitaux généraux n'ayant fait l'objet que de rares propositions [16]. Ces mesures peuvent être classées en cinq catégories [5] :

- La sécurisation de l'environnement hospitalier : toutes les mesures permettant la réduction de l'accessibilité des moyens de suicide (localisation de l'hôpital à distance de lieux tels que voie ferrée, plan d'eau, lieux de précipitation ; service de psychiatrie situé au rez-de-chaussée ; suppression des points d'accrochages en hauteur ; fenêtres étroites avec fermeture sécurisée) ainsi que la facilitation de la surveillance (chambres visibles en totalité lors du passage de l'infirmier de nuit, cabinets de toilettes accessibles par les soignants)
- L'optimisation de la qualité de la prise en charge des patients à risque suicidaire : Cela englobe l'évaluation du risque suicidaire lors des entretiens psychiatriques et infirmiers initiaux de façon répétée ; elle doit être consignée par écrit et transmise à l'ensemble des soignants ; ainsi que la mise en œuvre de stratégies de prévention en cas de risque suicidaire (suppression des médicaments, toxiques, objets tranchants, cordons, etc ; surveillance et contrôle resserrés, mise en chambre sécurisée, sorties du service restreintes)
- La formation des équipes soignantes : La formation de ces équipes vise à renforcer leurs compétences soignantes générales et dans la prise en charge du patient suicidaire. La formation à l'évaluation et la prévention du risque suicidaire est un des axes de la prévention du suicide.
- L'implication de l'entourage dans les soins : Cette implication passe par un échange d'information avec les proches sur le risque suicidaire et sur son

évolution. Les proches sont également informés des mesures de prévention prises par l'équipe. Ils participent à la préparation des permissions et à la sortie du patient.

- La mise en œuvre de mesures « postévénementielles » : Ces mesures font suite à la survenue d'un suicide ou d'une TS, destinées : aux équipes soignantes : l'organisation d'une ou plusieurs réunions associant l'ensemble des soignants (chef de service, médecins, infirmières) doit permettre l'analyse des conditions de survenue de l'événement et l'identification d'éventuels erreurs ou dysfonctionnements ; aux proches du patient, qui doivent être reçus dans le cadre d'un entretien, qui rend compte des circonstances du suicide; aux autres patients : l'attitude à leur égard doit être individualisée, prudente et nuancée, sans excès d'information mais sans déni d'une réalité souvent connue d'eux. Dans tous les cas, une attention particulière sera portée à ceux qui ont découvert la scène (qui ont parfois tenté de porter secours), qui ont annoncé le décès aux proches, aux endeuillés : ceux-là devront être aidés. Une prévention des phénomènes de contagion suicidaire, puis d'imitation suicidaire, sera entreprise.

Le comportement suicidaire est un phénomène complexe qui implique des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. L'identification de facteurs de risque reste une étape clé pour la mise en œuvre de démarches de prévention. Les stratégies de prévention doivent prévoir la collaboration entre les secteurs sanitaires et les autres secteurs aux niveaux gouvernemental et non gouvernemental. Les communautés doivent apporter un soutien social aux personnes vulnérables, s'impliquer dans les soins de suivi, lutter contre la stigmatisation et venir en aide aux personnes endeuillées suite à un suicide. ■



Bibliographie

- [1] Hung CI, Liu CY, Liao MN, et al. Self-destructive acts occurring during medical general hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:115–21.
- [2] King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, et al. The Wessex Recent InPatient Suicide Study. 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001;178:531–6.
- [3] Spiessl H, Hübner-Liebermann B, Cording C. Suicidal behaviour of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:134–8.
- [4] Shapiro S, Waltzer H. Successful suicides and serious attempts in a general hospital over 15-year period. *Gen Hosp Psychiatry* 1980;2:118–26.
- [5] C.Martelli, H.Awada, P.Hardya. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *L'Encéphale* (2010) 36S, D83—D91
- [6] Blain PA, Donaldson LJ. The reporting of in-patient suicides: identifying the problem. *Public Health* 1995;109:293–301.
- [7] Dong JY, Ho TP, Kan CK. A case-control study of 92 cases of in-patient suicides. *J Affect Disord* 2005;87:91–9.
- [8] Suominen K, Isometsa E, Heila H, et al. General hospital suicides—a psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:412–6.
- [9] Deisenhammer EA, DeCol C, Honeder M, et al. In-patient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:290—4.
- [10] Goh SE, Salmons Ph, Whittington RM. Hospital suicides: are they preventable factors? Profile of the psychiatric hospital suicide. *Br J Psychiatry* 1989;154:247–9.
- [11] Meehan J, Kapur N, Hunt IM, et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:129—34.
- [12] Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 1987;17:3–22.
- [13] Ho TP, Tay MS. Suicides in general hospitals in Hong-Kong: retrospective study. *Hong Kong Med J* 2004;10:319—24.
- [14] Copas JB, Robin A. Suicide in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:503—11.
- [15] Lloyd GG. Suicide in hospital: guidelines for prevention. *J R Soc Med* 1995;88:344P—6P.
- [16] Kaswanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, et al. Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007;61:704.

Les accidents d'exposition au sang chez les soignants



EL AMRI Imane
Médecin de travail
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Introduction

Le risque infectieux des déchets d'activité de soins et les accidents exposant au sang (AES) chez les professionnels de soins constituent un problème majeur de santé publique surtout dans les pays en voie de développement. L'infection peut être transmise de manière directe du patient au soignant par contact avec le sang ou un liquide biologique ou bien de manière indirecte par contact avec du matériel contenant des germes potentiellement transmissible à l'occasion d'un AES.

Accidents exposant au sang et leurs conséquences

L'accident exposant au sang se définit par un contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang à l'occasion d'une effraction cutanée par piqûre ou coupure ou d'une projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée.



Risque infectieux

Les AES demeurent fréquents et mettent en danger la vie des professionnels de santé du fait du risque de contamination notamment virale (1).

Le risque de transmission d'agents infectieux lors d'un AES concerne l'ensemble des germes véhiculés par le sang (virus, parasites, bactéries et champignons). En pratique, on redoute surtout le VHB, le VHC et le VIH, du fait de leur prévalence, de l'existence d'une virémie chronique, de la gravité de l'infection engendrée et du grand risque de transmission après exposition au sang d'un patient infecté.

Le risque de transmission du VIH à partir d'un patient source positif est estimé à 0,3% suite à une exposition percutanée (2) et à 0,09% pour une exposition muqueuse. Pour le VHB, le risque de transmission se trouve entre 6 et 24% (3) et entre 1 et 10% pour le VHC (4).

Impact psychologique

La contamination potentielle suite à un AES peut avoir un impact psychologique très fort sur les soignants. Cet impact psychologique nuit à la santé au travail du personnel soignant qui peut parfois garder des séquelles psychologiques de son accident.

Coût élevé

L'organisation mondiale de la santé estime que 3 millions de professionnels de santé sont exposés à une piqûre avec un risque de 16 000 hépatites C, 66 000 hépatites B et 200 à 5 000 infections VIH chaque année dans le monde (5), ce qui engendre des coûts directs (examens biologiques, consultations, traitements prophylactiques...) et des coûts indirects (arrêts de travail...).

Facteurs de risque de transmission

Les facteurs de risques pouvant impacter sur le risque de transmissions d'agents pathogènes sont les suivants :

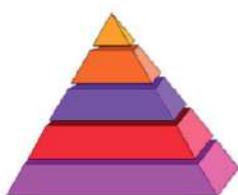
La gravité de l'AES : en rapport avec la profondeur de la blessure, la nature du geste, le type d'aiguille utilisée, le degré de souillure du matériel

Les caractéristiques du patient source : notamment la virémie

L'absence de traitement post exposition

Le non port de moyens de protection

/ ...



Niveau de risque selon le geste

- Prélevement capillaire,
- Injection SC,
- Prélèvement IV,
- Hémoculture,
- Dépose de perfusions (ailette),
- Pose de perfusion (cathéter),
- Prélèvement artériel,
- Geste sur chambre implantée.

Conduite à tenir en cas d'AES

La conduite à tenir devant un AES doit être connue par toutes les personnes potentiellement exposées et par les médecins impliqués dans leurs prises en charge. Elle comprend plusieurs étapes :

CAT immédiate

- Arrêt du geste en cours
- Sécuriser le patient
- Soins locaux immédiats
 - Dans le cas d'une projection sur une muqueuse, il faut rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau pendant au moins 5 minutes.



- Dans le cas d'une piqûre, coupure ou une projection sur une peau lésée
- * Il ne faut ni presser ni faire saigner
- * Nettoyer d'abord à l'eau et au savon puis rincer
- * Antisepsie (au moins pendant 5 min) avec un dérivé chloré (eau de Javel 12° diluée à 1/10 ou Dakin) ou polyvidone iodée en solution dermatique ou à défaut, alcool à 70°.

Consulter un médecin référent

La consultation doit être faite si possible dans l'heure qui suit l'AES, ou du moins dans les 4 premières heures qui suivent l'accident.

Tout soignant exposé doit pouvoir bénéficier de cet « avis référent » 24h/24h dans les établissements de soins. Les médecins « référents » appartiennent le plus souvent à un service ayant l'habitude de prendre en charge des patients infectés par

Au niveau du CHU TTA, le rôle du médecin référent est accompli par le service de médecine interne.

Le médecin référent a deux rôles :

-Évaluer le risque de transmission virale en fonction de :

- La nature et la gravité de l'accident : selon le type de la blessure et le type du matériel impliqué dans la contamination
- La nature du liquide biologique
- Port des équipements de protection individuelle

Niveau de risque	Nature d'exposition
Risque important	Piqûre profonde, aiguille creuse, et intravasculaire (artériel ou veineux)
Risque intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> -Coupure avec bistouri -Piqûre avec aiguille IM ou SC -Piqûre avec aiguille pleine -Exposition cutanéo-muqueuse avec temps de contact > à 15 minutes
Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> -Piqûre avec seringues abandonnées -Crachats, morsures ou griffures

- Prescription éventuelle d'une prophylaxie :

- Prophylaxie post exposition contre le VIH : doit être entamée au mieux dans les 4 heures qui suivent l'AES sans dépasser 48h.
- Prophylaxie contre l'hépatite virale B (dans les 48h) : une injection d'immunoglobulines peut être recommandée aux personnes non vaccinées ou non répondeuses à la vaccination (Ac anti-HBs < 10 mUI/ml), lorsque le patient source est porteur du VHB (Ag HBs+) et que la virémie est positive
- En cas d'exposition professionnelle possible au VHC aucun traitement préventif anti-VHC n'est recommandé en post-exposition

Déclaration au niveau de l'administration de l'hôpital

La déclaration d'un AES, comme tout autre accident de travail, doit être faite au plus tard dans les 48h après sa survenue pour garantir les droits de la victime.

/...

La victime de l'AES doit être munie du certificat médical initial, rédigé par le médecin traitant, comportant la constatation de l'accident. Elle doit se diriger vers l'administration pour remplir les imprimés de déclaration de l'accident de travail qui vont être envoyés à la société d'assurance.

Consulter le médecin de travail

Le médecin de travail assure le conseil et le suivi sérologique du soignant et doit pouvoir lui assurer un soutien psychologique.

Le médecin de travail doit :

- S'assurer d'une prise en charge en urgence adaptée
- Vérifier que les démarches administratives ont été faites
- Évaluer la nécessité d'un suivi sérologique et met en place un programme de suivi selon :
 - Le statut sérologique du patient source
 - Le statut vaccinal anti VHB de la victime
 - La prise ou pas d'une prophylaxie post exposition

Le suivi biologique suit selon les cas l'échéancier suivant :

- Entre J1 et J7
- Durant la deuxième semaine
- Durant la sixième semaine
- Durant la douzième semaine
- Recueillir les données sur les circonstances de l'AES en vue de les analyser pour comprendre les causes ayant causé l'accident et mettre en place les mesures préventives adéquates

Mesures préventives

La stratégie de prévention des AES doit être intégrée dans une démarche d'amélioration de l'organisation des conditions de travail.

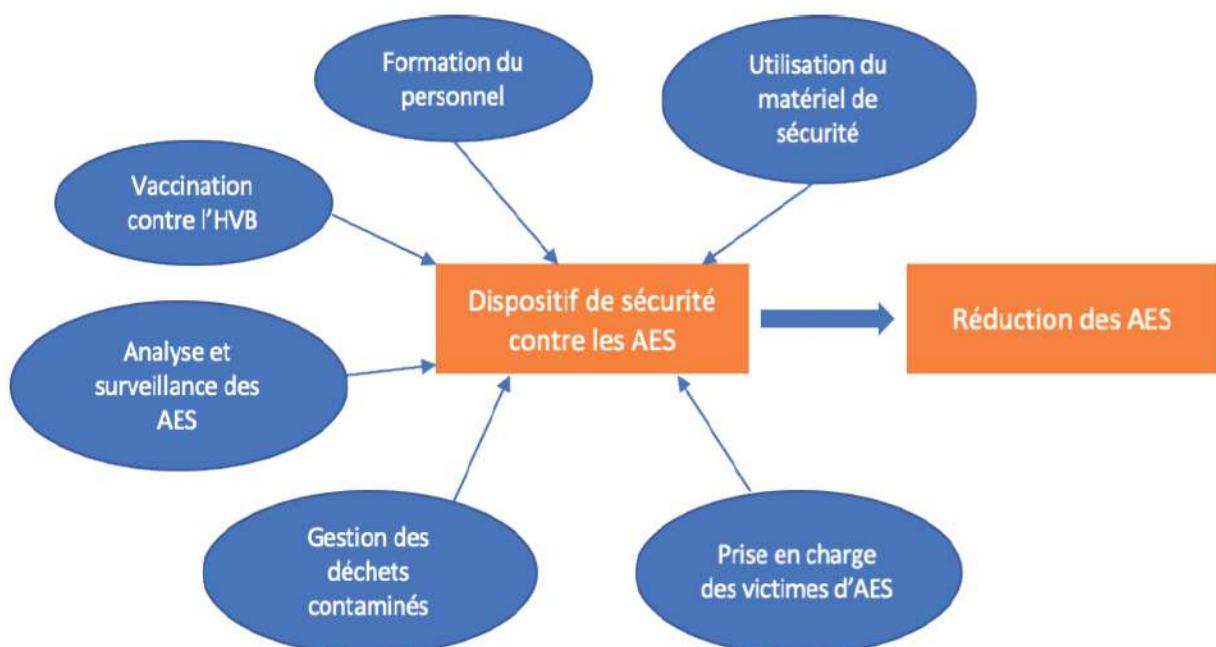
Réparation

Dans le secteur régit par le code du travail, l'AES est déclaré en tant qu'accident de travail et réparé comme tel. La séroconversion VIH, VHB et VHC va être déclarée comme conséquence de cet accident de travail.

Dans le cas où l'AES n'a pas été déclaré et que le personnel soignant a fait une séroconversion VHB ou VHC, ces deux pathologies figurent dans la liste des maladies professionnelles ce qui fait qu'elles peuvent être déclarées comme telles et la victime peut bénéficier automatiquement d'une réparation. Le problème réside dans la séroconversion VIH, qui fait suite à un AES non déclaré, vu que le VIH ne figure pas sur la liste des maladies professionnelles. Ceci appuie encore plus l'importance de la déclaration des AES.

Dans le secteur régit par le code de la fonction publique, l'AES est déclaré en tant qu'accident de service. La séroconversion VIH, VHB et VHC devra être déclarée en tant que conséquence de l'accident de service.

Il faut noter que ce secteur, à l'inverse du secteur régit par le code du travail, ne comporte pas de liste de maladies professionnelles. La commission de réforme apprécie la réalité des infirmités invoquées, leur imputabilité au service, les conséquences ainsi que le taux d'invalidité qu'elles entraînent. ■



Bibliographie

1. Tarantola A. Les risques infectieux après accident exposant au sang ou aux liquides biologiques. Hygienes 2003;11:87-95
2. Panlilio AL, Cardo DM, Grohskopf LA, et al. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for post exposure prophylaxis. MMWR Recommendations and reports. 2005;54:1-17
3. Shapiro CN. Occupational risk of infection with hepatitis B and hepatitis C virus. Surg Clin North Am. 1995;75:1047-56
4. Yazdanpanah Y, De Carli G, Miguères B. Risk factors for hepatitis C virus transmission to health care workers after occupational exposure: a european case-control study. Clin Inf Dis. 2005;41:1423-30
5. l'hépatite B, OMS , aide-mémoire N°204 Juillet 2013



L'éducation thérapeutique en santé mentale



TALBI Hind
Infirmière en santé mentale
Hôpital Psychiatrique
CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Selon la définition de l'OMS-Europe de 1996, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été fortement influencée par l'évolution des théories et des concepts en médecine, en psychologie et en pédagogie. L'ETP a toujours existé sous forme de conseils, mais elle est réellement née en 1922 avec les premiers traitements par l'insuline de patients diabétiques de type 1. Elle a connu trois périodes : La première période s'étend sur un demi-siècle, pendant laquelle la pédagogie était verticale, autoritaire et passive. La deuxième période débute dans les années 1970 ; elle est marquée par le développement créatif d'une pédagogie humaniste, active et constructiviste. La troisième période, depuis la fin du 20e siècle et le début du 21e siècle, est dominée par l'approche qui se base sur les compétences et par le management par objectifs (Nonnotte, 2017).

Le terme de psychoéducation a été utilisé le premier dans le domaine de la psychiatrie. La psychoéducation utilise actuellement des approches éducatives pour les pathologies chroniques, et toujours utilisé dans la littérature internationale concernant les pathologies mentales.

La psychoéducation ou l'éducation thérapeutique, a pour but de former les patients atteints de maladie chronique, (et leur entourage), afin de leur permettre d'être actifs dans le processus de soin et de prise en charge de la maladie. Il s'agit de savoir et de comprendre, pour adopter au quotidien les bons comportements face à cette dernière.

En psychiatrie, la psychoéducation a démontré son efficacité sur la prévention des rechutes.



La psychoéducation permet de construire avec chaque patient un minimum de langage commun et de consensus sur les difficultés et les objectifs des soins.

Conscient de l'intérêt de cette approche thérapeutique, L'hôpital psychiatrique universitaire de Tanger relevant du centre hospitalier universitaire Tanger-Tétouan-Al-Hoceima, a mis en place trois programmes psychoéducatifs, destinés aux patients, en langage simple (en darija) pour faciliter la compréhension des pathologies psychiatriques.

1. Le premier destiné aux patients atteints de schizophrénie,
2. Le deuxième destiné aux patients atteints de dépression,
3. Le troisième destiné aux patients atteints du trouble bipolaire.

Chaque programme psychoéducatif est organisé en plusieurs séances dont chacune cible un objectif spécifique et chaque séance, est divisé en trois parties essentielles :

De nombreux supports ont été élaborés par l'équipe pour réussir les programmes :

- Un guide d'animation qui contient les informations relatives à chaque pathologie et comment animer les différentes séances.
- Des supports pédagogiques destinés aux patients, par exemple des présentations power point, des vidéos qui expliquent le contenu d'une façon détaillée et simple.
- Des résumés de la séance et des documents que les patients peuvent ramener avec eux à la fin de la séance.

/...

Les séances du programme se déroulent en groupe, sauf pour la première séance qui est individuelle, pour la passation des échelles, et pour déterminer les attentes de chaque patient.

En plus, On a aussi le programme Profamille, qui est destiné aux familles des patients souffrant de la schizophrénie, d'hospitalisation, des taux de rechute, en plus d'un impact positif sur l'observance des traitements médicamenteux (Mayer-Amberg, Woltmann et Walther, 2016).

Elle a démontré dans plusieurs études son

efficacité en termes d'amélioration de leur qualité de vie, de prévention des rechutes de la schizophrénie. Réduction de la durée En guise de conclusion, toutes les actions psychoéducatives sont d'une grande efficacité, et ayant un impact positif dans la prise en charge quotidienne des maladies chroniques. Elles aident les personnes affectées par ces pathologies à devenir de véritables partenaires dans toutes les décisions concernant la maladie. ■

Education thérapeutique des patients atteints de schizophrénie

Les séances	Les Titres	La durée
Séance 1	Accueil, entretien, passation des échelles.	30 min
Séance 2	Définition et représentation de la schizophrénie.	1h à 1h30min
Séance 3	Mieux connaître mon état : Symptômes, causes et facteurs déclenchant de la schizophrénie.	1h à 1h30min
Séance 4	Les différents traitements neuroleptiques, les effets secondaires et les correcteurs.	1h à 1h30min
Séance 5	Développement des habiletés de communication.	1h à 1h30min
Séance 6	Prévention des rechutes.	1h à 1h30min
Séance 7	Synthèse et évaluation (passer les mêmes échelles et le même test).	30 min

Education thérapeutique des patients atteints de dépression

Les séances	Les titres	La durée
Séance 1	Accueil, entretien, passation des échelles.	30 min
Séance 2	Définition, représentation et symptômes de la dépression.	1h à 1h30min
Séance 3	Les facteurs bio-psycho-social de la dépression.	1h à 1h30min
Séance 4	Les complications et les conséquences de la dépression.	1h à 1h30min
Séance 5	Les différents traitements et les effets secondaires.	1h à 1h30min
Séance 6	Dépression et la psychothérapie	1h à 1h30min
Séance 7	Synthèse et évaluation.	30 min

Education thérapeutique des patients atteints du trouble bipolaire

Les séances	Les Titres	La durée
Séance 1	Accueil, entretien, passation des échelles.	30 min
Séance 2	Généralités sur les troubles bipolaires et Les différents types de trouble bipolaire.	1h à 1h30min
Séance 3	Les symptômes des troubles bipolaires.	1h à 1h30min
Séance 4	Les facteurs de risque du trouble bipolaire.	1h à 1h30min
Séance 5	Traitements.	1h à 1h30min
Séance 6	Hygiène de vie et la psychothérapie.	1h à 1h30min
Séance 7	Synthèse et évaluation	30 min

Bibliographie

Mayer-Amberg N., Woltmann R. et Walther S., 2016

An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia.

<https://www.lareponsedupsy.info/Psychoeducation>

https://www.editions-ellipses.fr/index.php?controller=attachment&id_attachment=45116

https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/Psychoeducation-en-psychiatrie_2017-10_WEB.pdf

L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient par le Professeur A.Grimaldi

<https://www.ifemdr.fr/echelles-cliniques-avec-les-patients-bipolaires/#:~:text=L'Echelle%20d'%C3%A9valuation%20de,les%20sympt%C3%B4mes%20d%C3%A9pressifs%20typiques>

L'éducation thérapeutique des familles des patients atteints de schizophrénie à l'hôpital psychiatrique

Le programme psycho-éducatif « ProFamille »



ALMOUSSAYD Saad

Infirmier en santé mentale

Centre de référence en psychoéducation et ergothérapie (CRPE)

Hôpital psychiatrique

CHU Tanger - Tétouan - Al Hoceima

La psychoéducation familiale dans sa sens actuelle apparu dans les années 1980, d'abord dans la conception d'un « kit de survie » pour les familles de personnes souffrant de schizophrénie. Le terme psychoéducatif est utilisé pour différencier une approche centrée sur le partage d'information avec les familles et la reconnaissance d'un trouble psychiatrique, en l'opposant aux thérapies familiales systémiques connu à l'époque qui considéraient la schizophrénie comme le symptôme d'un dysfonctionnement familial. (Hogarty GE, Anderson CM. Medication, family psychoeducation, and social skills training: first year relapse results of a controlled study. Psychopharmacol Bull 1986;22:860-2.)



Afin de clarifier le concept, voici une définition restrictive : « un processus de formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans des domaines qui visent le traitement et la réadaptation, comme par exemple le fait de favoriser l'acceptation de la maladie, de promouvoir la coopération active au traitement et à la réadaptation, de développer les capacités qui permettent de compenser les déficits causes par le trouble. » (Gay C, Cuche H, Cléry-Melin P. Mesures psychoéducatives et troubles bipolaires. Données actuelles. Ann Med Psychol 2006;164:446-50.) La psychoéducation s'adressant aux personnes souffrant de schizophrénie apparaît à la fin des années quatre-vingts, conjointement à des tentatives de définir plus précisément le concept. Goldmann (Goldman CR. Toward a definition of

psychoeducation. Hosp Community Psychiatre 1988;39:666-8.) relève en effet le flou de l'utilisation du terme qui se réfère à différentes techniques appliquées à la fois aux patients et à leurs familles. Il souligne que toutes les formes de traitement psychiatrique et psychothérapique incluent une composante éducative, qui, même lorsqu'elle n'est

pas nommée, a des effets positifs sur les symptômes ou sur l'observance du traitement et son efficacité. (Mirabel-Sarron C, Siobud-Dorocant E, Cheour-Ellouz M, Kadri N, Guelfi JD. Apport des therapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires. Ann Med Psychol 2006;164:341-8.)

Conscient de l'intérêt de cette approche thérapeutique, L'hôpital psychiatrique universitaire de Tanger relevant du centre hospitalier universitaire Tanger-Tétouan-Al-Hoceima, a adopté le programme international ProFamille, en essayant d'améliorer la qualité des soins et le confort des patients même dans leur entourage personnel.

Le programme Profamille est composé de 2 modules consécutifs, l'efficacité du programme reposant sur votre participation complète et assidue aux 2 modules.

- Le premier qui est un module d'apprentissage initial comprend 14 séances collectives, plus 2 séances individuelles de révision que vous faites chez vous.

- Le deuxième module d'approfondissement et de consolidation comprend 8 séances sur 2 ans. ■



Module 1	Séance 1	Accueil et évaluation initiale
	Séance 2	La schizophrénie, ses causes, ses manifestations et son pronostic
	Séance 3	Les traitements
	Pas de séance (révision individuelle)	Questionnaire de révision à faire chez soi à la place de la séance et à envoyer par la poste
	Séance 4	Développer des habiletés en communication (1)
	Séance 5	Développer des habiletés en communication (2)
	Pas de séance (révision individuelle)	Questionnaire de révision à faire chez soi à la place de la séance et à envoyer par la poste.
	Séance 6	Développer des habiletés à poser des limites
	Séance 7	Révision et approfondissement des séances 4, 5 et 6
Module 2	Séance 8	Développer des habiletés à gérer l'anxiété et la culpabilité
	Séance 9	Développer des habiletés à gérer ses émotions.
	Séance 10	Développer des habiletés à gérer ses pensées parasites et à développer une bonne estime de soi
	Séance 11	Révision et approfondissement des séances 8, 9 et 10
	Séance 12	Développer des habiletés à avoir des attentes réalistes
	Séance 13	Développer des habiletés à savoir demander de l'aide efficacement
	Séance 14	Développer des habiletés à se construire un réseau de soutien et évaluation finale
<p>Maintenir les acquis et renforcer l'apprentissage :</p> <p>Durant les 24 mois qui suivent la fin du programme, il est proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 4 séances de révisions collectives (à 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans). – 4 séances d'approfondissement sans les animateurs (tous les 2 à 3 mois environ). – 11 révisions mensuelles réalisées à la maison avec des exercices par correspondance et 3 révisions trimestrielles également par correspondance <p>Pour celles et ceux qui le souhaitent, il y a une version renforcée du module 2 pour approfondir les problèmes de motivation du malade, les hallucinations, les addictions et la prévention du risque suicidaire (uniquement sur volontariat, à signaler en fin de Module 1)</p>		



LA PROFESSION INFIRMIÈRE



UNE VOIX FAITE POUR DIRIGER
INVESTIR DANS LES SOINS INFIRMIERS
ET RESPECTER LES DROITS POUR
GARANTIR LA SANTÉ MONDIALE

12 Mai 2022

La Profession Infirmière: Une Voix Faite Pour Diriger

Investir dans les soins infirmiers
et respecter les droits pour
garantir la santé mondiale

#IND2022

#VoiceToLead



CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES





Équipe de l'hôpital psychiatrique universitaire - CHU TTA



Centre Hospitalier Universitaire Tanger-Tétouan- Al Hoceima
Route de Rabat Km 17 BP 398 -Gzinaya -Tanger, Maroc, Tél : 0539392465 Fax : 0539392464