

فِي قَلْبِ الْعَدَدِ

AU CŒUR DES SOINS

Revue de l'infirmier et technicien de santé

Numéro 5 : Mai 2024



« La sécurité des patients »

ZOOM

Hygiène hospitalière :

Le Pilier invisible de la santé publique

DOSSIER

Technologie de code-barres dans les bracelets d'identification pour la Sécurité des Nouveau-Nés hospitalisés : expérience du CHU Mohammed VI Tanger

RE SOINS MA Z S O

03	EDITORIAL	
04	ACTU SOINS	
• La cicatrisation cutanée : un exemple de la bonne coordination entre le médecin et l'infirmier	04	
08	SAVOIRS ET PRATIQUES	
• Impact de la qualité de vie au travail sur la qualité des soins et la sécurité des patients	08	
• The use of complementary and Alternative medicine among Moroccan Cancer Patients	12	
• Plan de continuité d'activité : Garantir la sécurité des patients en toutes circonstances	14	
• Les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) : Nouvelle approche de filières de soins au Maroc	16	
21	DOSSIER	
• L'Hémovigilance : Sécuriser les dons de sang :protéger les receveurs	21	
• Technologie de code-barres dans les bracelets d'identification pour la Sécurité des Nouveau-Nés hospitalisés : expérience du CHU Mohammed VI de Tanger	24	
• Stratégie de l'OMS et du Maroc en matière de Sécurité des patients	26	
• L'importance de la Communication Thérapeutique dans les Soins en santé mentale	32	
34	POLE D'EXCELLENCE	
• Le travail émotionnel et les AES... « Se protéger c'est apprendre à gérer ses émotions »	34	
37	HOMMAGE	
• Hommage à toutes les femmes du centre hospitalo - universitaire Mohammed VI Tanger	37	
39	ZOOM SUR EQUIPE	
• Hygiène hospitalière : le Pilier invisible de la santé publique	39	
41	VIGILANCE ET GESTION DU RISQUE	
• Le défi de la protection des données dans un hôpital digital : expérience de l'équipe IT du CHU Mohammed VI de Tanger	41	
• L'incendie : Un Danger Imminent	43	
45	EDUCATION THERAPEUTIQUE	
• L'Éducation thérapeutique du patient anxieux	45	
• Journée d'éducation nutritionnelle pour les patients souffrant de maladies cardiaques chroniques et de maladies endocriniennes pendant le mois de Ramadan	48	

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Fatima Zahra EL M'RABET

COMITÉ DE RÉDACTION

Adil NAJDI

Fatima Zahra ABOURAZZAK

Safae REGRAGUI

Mounia AMZIREN

RÉDACTRICE EN CHEF

Soundos SAIDI

Norredine ACHIBET

Imad ALLAOUI

Siham MOUTASSADIQ

Fatima ELKHLEF

Hind TALBI

COORDINATION ET LOGISTIQUE : Soundos SAIDI. EMAIL : revue.its.chutanger@gmail.com

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 cinquième numéro, qui coïncide avec le 1er anniversaire du démarrage du CHU Mohammed VI de Tanger ! De nouvelles étapes ont été franchies, notamment l'offre de soins de niveau tertiaire dans la région du nord dont la qualité et la sécurité des soins sont une condition primordiale de tous les usagers soignants et soignés. Nous avons alors choisi comme thématique "la sécurité des patients".

Enfin, nous rendrons Hommage dans ce cinquième numéro à toutes les femmes qui travaillent au CHU, représentant 64.5 % de tout le personnel, et particulièrement des femmes occupant des postes de responsabilité qui ont contribué à la progression de l'établissement avec excellence. Bravo !!

Fatima Zahra EL M'RABET
Directrice de la revue "Au cœur des soins"
Directrice centre d'oncologie
CHU Mohammed VI - Tanger
Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

La cicatrisation cutanée : un exemple de la bonne coordination entre le médecin et l'infirmier



(1)

(2)

BOUAYTA Rachid (1), CHAOUCHE Mohammed (2)

1 Infirmier chef, service de dermatologie CHU MOHAMMED VI TANGER

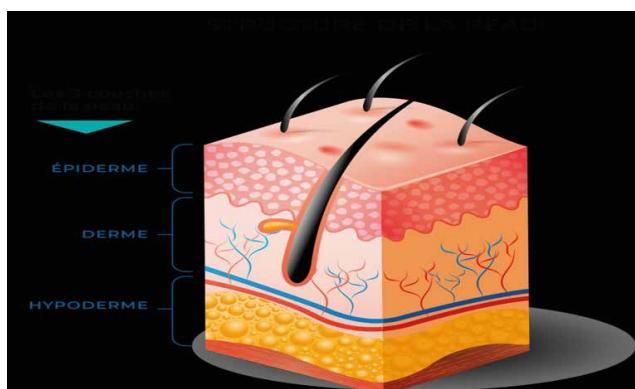
2 Dermatologue, service de médecine Hôpital MOHAMMED V CHEFCHAOUEN

Introduction

La cicatrisation cutanée est un processus complexe et dynamique qui se produit en réponse à une lésion de la peau. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Les médecins et les infirmiers jouent un rôle essentiel dans la gestion efficace de ce processus.

Anatomie de la Peau et Processus de Cicatrisation :

La peau est l'organe le plus étendu du corps humain et joue un rôle crucial dans la protection contre les agressions extérieures et la régulation des processus physiologiques. Composée de plusieurs couches distinctes (épiderme, derme et hypoderme), chaque couche de la peau remplit des fonctions spécifiques qui contribuent au processus de cicatrisation des plaies.



1-Épiderme : constitue la couche externe de la peau et agit comme une barrière protectrice contre les agents pathogènes, les substances toxiques et la perte d'eau.

Rôle dans la cicatrisation : Dans la première phase de la cicatrisation, l'épiderme joue un rôle essentiel en formant une croûte protectrice sur la plaie. Cette croûte limite la perte de liquide corporel et empêche l'entrée des agents pathogènes, favorisant ainsi un environnement propice à la guérison.

2-Derme : Situé sous l'épiderme, le derme est composé de tissu conjonctif dense contenant des vaisseaux sanguins, des follicules pileux, des glandes sudoripares et des terminaisons nerveuses.

Rôle dans la cicatrisation : Pendant la phase de prolifération de la cicatrisation, le derme est le principal site de production de collagène, d'élastine et de fibroblastes. Ces composants sont essentiels à la régénération des tissus et à la formation d'une nouvelle peau sur la plaie.

/...

3-Hypoderme (tissu sous-cutané) : constitue la couche la plus profonde de la peau et est principalement composé de tissu adipeux, agissant comme un isolant thermique et un réservoir d'énergie.

Rôle dans la cicatrisation : Bien que l'hypoderme ne soit pas directement impliqué dans le processus de cicatrisation des plaies, il fournit un soutien structurel aux tissus environnants pendant la guérison et offre des nutriments essentiels pour favoriser la régénération des tissus.

La classification des plaies

- On distingue différentes plaies en fonction de leur type :

- Plaie chirurgicale.
- Plaie non chirurgicale.

- Mais aussi selon le facteur temps :

- Plaie aigüe : Résulte d'une blessure chirurgicale ou traumatique et progresse à travers les phases de cicatrisation en approximativement un mois.
- Plaie chronique : Ne traverse pas les stades de cicatrisation dans l'ordre ou dans le temps. Des maladies sous-jacentes (diabète, insuffisance veineuse/artérielle) ou des facteurs externes contribuent à la faillite du processus de guérison.

Les phases de la cicatrisation cutanée :

-Phase vasculaire : la première étape de la cicatrisation est caractérisée par une vasoconstriction initiale pour stopper l'hémorragie avec formation d'un thrombus vasculaire.

-Phase inflammatoire : fait suite à la phase vasculaire est caractérisée par un afflux massif de cellules inflammatoires qui se déposent sur le thrombus vasculaire constituant ainsi une

réponse inflammatoire immédiate pour déterger la cicatrice avec production de nombreuses cytokines pro-inflammatoires et des facteurs de croissance.

-Phase de prolifération : les cytokines et les facteurs de croissance de la phase précédente vont stimuler l'afflux des lymphocytes et leur prolifération avec production du collagène et de nombreuses cytokines et facteurs de croissance qui vont stimuler la croissance des cellules endothéliales avec formation de nouveaux vaisseaux.

-Phase de maturation de la cicatrice : après fermeture de la plaie, la cicatrisation se poursuit en profondeur avec différenciation des fibroblastes en myofibroblastes et synthèse du collagène et des métalloprotéases qui vont assurer le remodelage et le renforcement de la cicatrice.

Facteurs influençant la cicatrisation cutanée :

- Nutrition : Une alimentation équilibrée, riche en protéines, en vitamines et en minéraux, est essentielle pour soutenir la cicatrisation.
- Hydratation : Maintenir une hydratation adéquate de la peau favorise la régénération cellulaire et la souplesse des tissus.

- Âge : La cicatrisation peut être retardée chez les personnes âgées en raison d'une diminution de la capacité de régénération cellulaire.

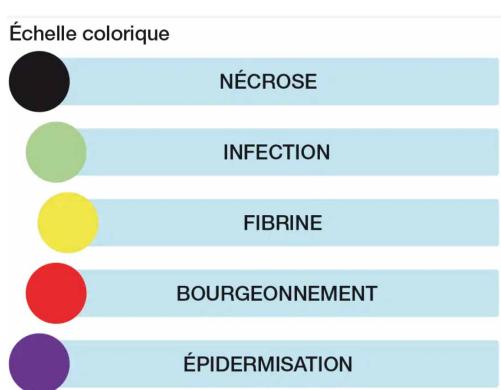
- Maladies chroniques : Des conditions telles que le diabète ou l'insuffisance vasculaire peuvent compromettre la cicatrisation en perturbant la circulation sanguine et la fonction immunitaire.

/...

Prise en charge d'une plaie cutanée :

-Évaluation de la plaie :

Le médecin et l'infirmier évaluent la plaie afin de déterminer son état et le type de traitement approprié. Cela comprend l'inspection de la plaie pour détecter les signes d'infection, la mesure de sa taille et la documentation de son évolution. Une échelle colorielle est fréquemment utilisée pour représenter les stades de la plaie :



-Choix du traitement :

En fonction de l'évaluation de la plaie, l'infirmier collabore avec l'équipe médicale pour choisir le traitement le plus adapté. Cela peut inclure des pansements spécifiques, des techniques de débridement, ou l'utilisation de thérapies avancées telles que la thérapie par pression négative.

-Application de pansements :

Les infirmiers sont responsables de l'application et du changement régulier des pansements. Ils doivent avoir une expertise dans le choix du type de pansement en fonction des besoins de la plaie, ainsi que dans les techniques d'application pour assurer une protection optimale et favoriser la cicatrisation.

Depuis l'Antiquité une multitude de substances d'origine végétale ou animale ont été utilisées comme pansements, témoignant de l'évolution des pratiques médicales à travers le temps.

De nos jours, une variété de produits composés de différents matériaux sont disponibles, choisis avec soin en fonction de l'état de la plaie afin de créer un environnement propice à la cicatrisation.

On distingue généralement quatre principaux groupes de pansements, chacun répondant à des besoins spécifiques :

-Pansements de recouvrement : Ces pansements sont conçus pour protéger la plaie des contaminations externes tout en favorisant un environnement humide propice à la guérison. Ils agissent comme une barrière contre les bactéries et les agents irritants, permettant à la peau de récupérer sans perturbations extérieures.

-Pansements hydratants : Ils sont destinés aux plaies sèches ou à faible humidité, en fournissant un apport en liquide pour maintenir un milieu humide autour de la plaie. Cela favorise la régénération cellulaire et la cicatrisation tout en réduisant le risque de formation de croûtes ou de cicatrices excessives.

-Pansements absorbants : Ces pansements sont utilisés pour les plaies exsudatives, c'est-à-dire celles qui produisent un excès de liquide de la part de l'organisme. Ils absorbent l'excès d'exsudat tout en maintenant un environnement humide, ce qui favorise la cicatrisation et réduit le risque d'infection.

-Autres pansements : ce groupe comprend une variété de pansements qui peuvent contenir des composants spécifiques tels que l'acide hyaluronique, le silicium, l'argent, le charbon, le sulfamide, et bien d'autres. Ces ingrédients peuvent offrir des avantages supplémentaires, tels que des propriétés antimicrobiennes, anti-inflammatoires ou régénératrices, selon les besoins spécifiques de la plaie.

/...

-Éducation du patient :

Un aspect crucial du rôle de l'infirmier est d'éduquer le patient sur les soins de la plaie à domicile. Cela peut inclure des instructions sur la façon de changer les pansements, sur les signes d'infection à surveiller, et sur les mesures d'hygiène à respecter pour prévenir les complications.

-Suivi et évaluation :

Le suivi régulier de la plaie pour évaluer son évolution et ajuster le plan de traitement si nécessaire. Cela peut impliquer des visites à domicile ou des consultations pour surveiller la guérison et répondre aux préoccupations du patient.

Conclusion

En conclusion, la coordination médecin-infirmier dans la cicatrisation cutanée est indispensable pour assurer des résultats optimaux dans l'évaluation, le traitement, l'éducation du patient et le suivi sont essentiels pour favoriser une guérison efficace et prévenir les complications. ■

Impact de la qualité de vie au travail sur la qualité des soins et la sécurité des patients



EL AMRI Imane

Professeur assistante en Médecine de travail

Introduction

Le personnel soignant, y compris les infirmiers, sont exposés à de nombreux facteurs de risques en milieu de travail, tels que la charge émotionnelle résultant de la souffrance humaine, la violence sur les lieux de travail, la charge de travail et le manque d'effectif (1).

Les données existantes ont montré que les mauvaises conditions de travail ne détériorent pas seulement la santé physique et mentale du personnel soignant mais compromettent aussi leur capacité à prodiguer une prise en charge adéquate aux patients et à leurs familles.

Les études menées sur les erreurs médicales ont abouti à un paradigme qui déplace l'attention vers les systèmes nécessaires à l'amélioration. Parmi les composants de ces systèmes on retrouve les conditions de travail (2,3). Dans le contexte actuel de la pénurie grandissante du personnel soignant (notamment des infirmiers), les décideurs cherchent les moyens d'améliorer les conditions de travail tout en prodiguant, de manière efficace, des soins sécuritaires et de haute qualité.

Les déterminants de la qualité des soins et la relation avec les conditions de travail

Selon l'OMS, la qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Les soins de santé de qualité doivent être dispensés en temps utile, doivent être équitables, intégrés et efficaces.

Les déterminants de la qualité de soins peuvent être regroupés en familles. Il existe des interactions entre les différentes familles et entre les déterminants d'une même famille.

L'action sur n'importe quelle famille de déterminants concourt à l'amélioration des résultats. Ils sont communs à toutes les activités de soins, sont synergiques et sont tous requis pour arriver à un résultat de qualité.

Les ressources matérielles

- Architecture et conception de l'établissement
- Plateaux techniques et équipements
- Systèmes d'information

Les ressources humaines

- Compétences professionnelles
- Continuité et permanence des soins, stabilité des équipes
- Volumes d'activité
- Effectifs et charge de travail

L'organisation des équipes de soins

- Facteurs de gouvernance et de culture
- Travail en équipe
- Mise en œuvre des bonnes pratiques
- Pertinence des soins
- Approche centrée sur le patient et l'engagement des usagers
- Qualité de vie au travail
- L'évaluation et les démarches d'amélioration
- Gestion des risques

La coopération des équipes de soins

- Organisation et optimisation des parcours de soins
- Coopération et gradation de l'offre au sein du territoire
- Coopération au sein de l'établissement

Si on analyse bien les composantes des quatre familles on va trouver que les conditions de travail y trouvent leur place soit implicitement ou explicitement.

/ ...

Le secteur des établissements de soins se caractérise généralement par une pénibilité des conditions de travail.

Differentes études statistiques ont mis en évidence plusieurs types de contraintes de travail impactant la qualité et la sécurité des soins :

1. La charge de travail : une charge de travail élevée est supposément associée à une mauvaise qualité des soins en raison des contraintes de temps qui affectent la capacité à suivre les bonnes pratiques cliniques (4).

2. Les facteurs temporels : les horaires de travail et la durée de travail ont fait l'objet d'une attention considérable dans le domaine de la santé. Les conditions de travail des soignants sont marquées par l'importance des horaires atypiques (travail de nuit, travail posté, weekends, jours fériés). Travailler la nuit comporte des risques pour les soins en raison de la fatigue et des possibles manques de communication avec les équipes de jour. Le travail de nuit comporte également des conséquences sur la santé des soignants, notamment par la dérégulation du rythme circadien, une alimentation inadaptée et un risque augmenté d'accidents de travail. (5)

3. La complexité de la tâche : la réduction de la complexité des tâches est identifiée comme facteur important pour la réduction des fautes médicales (6).

4. La monotonie et la redondance : l'exemple ici serait celui des tâches d'anesthésie qui comprennent une charge de travail élevée pendant l'induction et lors du réveil du malade. Durant la période opératoire, la charge de travail peut diminuer mais le praticien doit garder un état constant de vigilance. Les anesthésistes décrivent l'ajout d'autres tâches pendant ces périodes pour éviter l'ennui et pour combattre la baisse de la vigilance (7).

5. Interruptions et distractions : la gestion de la charge de travail mentale est un aspect cognitif important qui affecte la performance des travailleurs dans les situations complexes. Une interruption est généralement définie comme un facteur externe provoquant l'arrêt d'une activité productive avant que la tâche ne soit accomplie. Une distraction est définie comme un stimulus externe qui entraîne une réponse observable mais sans cessation de l'activité. La recherche clinique cognitive a montré que le fait de traiter une tâche secondaire simultanément avec une tâche primaire peut conduire à une interférence et à une saturation dans le processus du traitement de l'information (8). La plupart des personnes peuvent exécuter deux tâches à la fois mais seulement dans des conditions bien précises. Les « tâches automatiques » peuvent être associées avec succès, comme noter l'histoire de la maladie et formuler des diagnostics différentiels. Il existe suffisamment de preuves que les interruptions et les distractions jouent un rôle dans la survenue des erreurs médicales (9).

6. Stress dans l'environnement de travail : des études ont montré que l'implémentation de mesures préventives contre le stress au travail a fait diminuer la fréquence des erreurs médicales de moitié (10).

7. L'environnement physique de travail : les professionnels de la santé passent leurs journées dans un environnement créé par l'homme en comportant de nombreuses caractéristiques physiques comme l'ambiance lumineuse, acoustique, thermique, les vibrations, les rayonnements ionisants...

- **L'ambiance lumineuse** : elle est importante pour une bonne exécution des différentes tâches. Pour assurer un bon confort visuel on doit apprécier le niveau d'éclairement, la luminance, le facteur de réflexion, le contraste, la température.

/...

de couleur et l'indice de rendu des couleurs. Ces caractéristiques affectent directement les performances du système visuel ainsi que le rythme circadien et les fonctions métaboliques du corps humain. L'ambiance lumineuse a aussi un impact sur l'humeur et le comportement humain.

- L'ambiance acoustique : une revue de littérature entre les années 1950 et 1990 a étudié l'impact du bruit sur la performance humaine et sur les accidents de travail et a montré que le bruit pourrait être l'un des nombreux facteurs contribuant à la survenue des accidents de travail, mais les mécanismes ne sont pas encore clairs (11).

- L'ambiance thermique : l'impact du stress thermique sur les performances humaines a été au cœur des préoccupations de plusieurs chercheurs. Plusieurs revues de littératures ont conclu que la chaleur affecte la performance, mais il y avait plusieurs éléments qui contribuaient à ceci comme la complexité de la tâche, les caractéristiques individuelles telles que l'âge, le sexe, l'aptitude physique ainsi que le niveau de compétence et d'expérience (12, 13). Une étude a examiné l'impact d'une ambiance froide modérée sur la performance du personnel soignant. Elle a révélé que les températures froides altèrent la dextérité ce qui pourrait être gênant pour l'exécution d'actes médicaux (14).

8. Facteurs organisationnels : reposent sur deux dimensions, la division du travail et sa coordination. Le système de santé a évolué vers une perspective qui implique l'analyse du système organisationnel au sein duquel des erreurs peuvent se produire dans la finalité d'intervenir au sein de ce même système. Une perspective systémique requiert une concentration sur les modalités et les processus impliqués dans l'acte de fournir la prestation de soins avec une évaluation de la manière avec laquelle chaque étape du processus contribue aux résultats souhaités ou indésirables.

L'impact des politiques et démarches qualité

Les démarches qualité sont apparues en 1980 dans la même logique que le mouvement de l'Evidence-Based-Medicine qui relie expertise clinique, préférences du patient et données de recherche. La qualité des soins marque la transition d'une conception de la médecine comme objet strictement technique à une construction pluridisciplinaire.

Que ça soit un directeur, médecin, infirmier ou technicien, le discours sur la qualité est majoritairement centré sur le patient. Le personnel soignant est toujours soucieux de satisfaire au mieux le patient, mais qu'en est-il de sa santé à lui, son bien-être et sa qualité de vie au travail ?

Il fait bon de se faire soigner dans un établissement où il fait bon vivre. Une expression d'Y. Brunelle (5) en parlant des hôpitaux magnétiques, qualification de certains hôpitaux américains qui parviennent, mieux que d'autres, à attirer et à retenir le personnel infirmier.

Alors pourquoi eux et pas d'autres ?

Le turnover du personnel soignant est devenu un sérieux problème dans différents établissements. Un milieu de travail délétère ne fait qu'accentuer ce fléau.

Plusieurs travaux ont étudié les caractéristiques que devrait avoir un hôpital magnétique et qui sont productrice de qualité et qui impacteraient les attitudes et les comportements du personnel (16).

Parmi les conditions essentielles pour ces hôpitaux on retrouve (17) :

- l'autonomie professionnelle des infirmiers
- le support fourni par l'administration
- La bonne collaboration entre médecins et infirmiers
- La valorisation professionnelle et le leadership infirmier
- Des relations positives avec les pairs
- Un ratio de personnel adéquat
- Un focus « client »
- L'importance de la qualité des soins et des services.

/...

Conclusion

Les recherches réalisées sur les conditions de travail et leurs impact sur la qualité des soins montrent un lien entre les deux, certaines études vont jusqu'à estimer un impact chiffré en termes de mortalité.

La qualité de vie au travail est un concept multidimensionnel s'intéressant aux conditions de travail, à son organisation et à la conciliation vie professionnelle et vie familiale.

L'amélioration de la qualité de vie au travail pour les soignants est un pilier indispensable pour améliorer la qualité des soins. Il est important que les personnes qui sont en charge de notre santé se sentent bien dans leur travail. ■

Bibliographie

1. Lake ET, Sanders J, Duan R, Riman KA, Schoenauer KM, Chen Y. A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Med Care*. 2019;57(5):353-361.
2. Committee on the Work Environment of Nurses and Patient Safety BoHCS. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies; 2004.
3. Hickman D, Severance S, Feldstein A. *The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety*. Vol. 74. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003.
4. Hickam DH, Severance S, Feldstein A, et al. *The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. Evidence Report/Technology Assessment Number 74*. (Prepared by Oregon Health & Science University under Contract No. 290-97-0018.) AHRQ Publication No. 03-E???. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2003.
5. Haute autorité de santé,
6. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Ann Intern Med* 1998;128(8):651-6.
7. Mouloua M, Koonce JM, editors. *Humanautomation interaction: Research and practice*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.; 1997
8. Welford AT. Single -channel operation in the brain. *Acta Psychol* 1967;27:5-22.
9. Flynn EA, Barker KN, Gibson JT, et al. Impact of interruptions and distractions on dispensing errors in an ambulatory care pharmacy. *Am J Health Syst Pharm* 1999;56:(13):1319-25.
10. Jones, JW, Barge, BN, Steffy, BD, et al. Stress and medical malpractice: Organizational risk assessment and intervention. *J Appl Psychol* 1988;73(4):727-735
11. Smith, A. Noise, performance efficiency and safety. *Int Arch Occup Environ Health* 1990;62:(1):1-5
12. Enander, AE. Effects of thermal stress on human performance. *Scand J Work Environ Health* 1989;15(Suppl 1) 1989:(Suppl 1):27-33.
13. Hancock, PA, Vasmatzidis, I. Human occupational and performance limits under stress:
The thermal environment as a prototypical example. *Ergonomics* 1998;41(8) Aug 1998;(8):1169-1191
14. Enander, A. Effects of moderate cold on performance of psychomotor and cognitive tasks. *Ergonomics* 1987;30:(10):1431-1445.
15. Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Prat Org Soins* 2009; 1: 39-48.
16. Sibé M. L'hôpital magnétique : Définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail. Thèse de doctorat en Sciences de gestion. Université de Rennes 1, 2014. 798 p.
17. Cathel Kornig, Pascale Levet, Véronique Ghadi, la qualité de vie au travail et les déterminants de la qualité des soins. *Risques et Qualité* 2018, volume XV, N°1

The use of complementary and Alternative medicine among Moroccan Cancer Patients



SAIDI Soundos

Cheffe de service des soins infirmiers et techniques de santé
Centre d'Oncologie/CHU Mohammed VI- Tanger

The terms "complementary medicine" or "alternative medicine" refer to a broad set of health care practices that are not part of that country's own tradition or conventional medicine and are not fully integrated into the dominant health-care system. They are used interchangeably with traditional medicine in some countries [1].

According to the National Institutes of Health and the National Center for Complementary and Integrative Health: "Complementary medicine is used together with conventional medicine. Alternative medicine is used in place of conventional medicine" [2].

Since 2018, there have been two primary categories of Complementary and Alternative Medicine (CAM) identified: natural products and mind-body practices. Natural products encompass a wide variety of items such as herbs, vitamins, minerals, and probiotics. Mind-body practices, on the other hand, comprise a range of techniques or methods taught or administered by trained practitioners, including yoga, chiropractic and osteopathic manipulation, meditation, acupuncture, and relaxation techniques [2].

In the past thirty years, there has been a notable increase in the utilization of Complementary and Alternative Medicine (CAM), with prevalence rates rising from 33.8% in 1990 to 42.1% in 1997 in the United States [3].

These therapies are frequently used by cancer patients for a variety of reasons, such as fear of the disease, worries about the side effects of standard care, stress, uncertainty about the future, the quest for hope, and a desire to actively participate in the treatment process alongside conventional oncology care [4].

Multiple studies have consistently found that Complementary and Alternative Medicine (CAM) is widely used by patients across different countries. For example, in Taiwan in 2020, a study showed that a significant majority of cancer patients (82%) incorporated CAM into their treatment journey [5]. Similarly, in Western nations like Germany, over half of oncology patients reported using CAM therapies [6]. Even in Africa, CAM modalities are prevalent among cancer patients, with studies in Malawi showing 84% utilization [7], and in North Africa, Tunisian patients in 2020 reported rates ranging from 40.54% to 85% [8].

Morocco is recognized for its ecological diversity due to its geographical location. It is one of the Mediterranean countries with a long history of medical tradition and ancestral know-how of traditional and popular herbal medicine [9]. Herbs were widely used by Moroccan people as medicine to treat ailments and diseases. It is estimated that the percentage of the local population using traditional Moroccan remedies is between 50 and 90 % and that more than 360 species are used to treat a wide variety of diseases. People with cancer also rely on these herbal remedies [10].



/...

The prevalence of CAM therapies is notably high in Moroccan cancer centers, with the proportion of users generally exceeding 30% [11].

In another study in Marrakech involving 400 patients, among 384 respondents surveyed, 71% disclosed their utilization of Complementary and Alternative Medicine (CAM). The predominant form of CAM was religious therapy, accounting for 60%, followed by herbal medicine at 36%. The primary motivations for CAM usage were alleviating psychological distress, cited by 53% of respondents, and enhancing the immune system, reported by 32%. Incidence of adverse effects was documented in 2% of cases. Surprisingly, only 5% of patients engaged in discussions about CAM with their healthcare providers [12].

The results of a study conducted in Fez showed that Approximately half (46%) of patients in this study used complementary medicine. Moreover, the majority of the users of complementary medicine were not revealing their habits to their oncologist because the question was not raised in consultation. This coincides with the literature which found the same reason. But this discussion is important because a significant proportion of

users ignore the risk of side effects or interactions of these therapies with conventional medicine [13].

Conclusion

Due to the constantly growing interest of patients in complementary and alternative medicine, it is necessary to promote among patients educational activities in the field of CAM, and to systematically recognize the use of unconventional treatment in patients at the stage of a standard medical interview. Taking into consideration patients' reluctance to disclose information on unconventional therapies to their doctors, healthcare staff, particularly including nurses, must be active in discussing CAM with patients and indicating also the necessity to undergo conventional treatment. In addition, it would be beneficial to increase training opportunities for healthcare professionals who wish to learn more about CAM and educate patients about potential interactions with conventional treatments. ■

Bibliographie

- [1]. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023.
- [2]. N. Center for Complementary, Alternative medicine, complementary and alternative medicine special report, 2018.
- [3] D.M. Eisenberg, R.B. Davis, S.L. Etner, S. Appel, S. Wilkey, M. van Rompay, R. C. Kessler, Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey, *J. Am. Med.*
- [4] M.R. Keene, I.M. Heslop, S.S. Sabesan, B.D. Glass, Perspectives of complementary and alternative medicine use by cancer patients in a regional hospital in North Queensland, Australia, *Complement. Ther. Med.* 71 (2022), 102879, <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102879>.
- [5]. C.Y. Chin, Y.H. Chen, S.C., Wu, C.T. Liu, Y.F. Lee, Ming-Yen, Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients at a medical center in Taiwan: a cross-sectional study, 19 (2020) 1-10.
- [6]. S.A. Dufter, J. Hübner, E. Ahmadi, B. Zomorodbakhsh, Traits of cancer patients and CAM usage, *J. Cancer Res. Clin. Oncol.* 147 (2021) 3685-3692.
- [7]. J. Hill, R. Seguin, A. Manda, M. Chikasema, O. Vaz, Q. Li, H. Yang, S. Gopal, J. S. Smith, Prevalence of traditional, complementary, and alternative medicine (TCAM) among adult cancer patients in Malawi, *Cancer Causes & Control* (2022),
- [8] S. Labidi, S. Ennouri, H. Rachdi, H. el Benna, N. Mejri, N. Daoud, Y. Berrazaga, H. Boussen, Use of complementary and alternative medicine in cancer: a Tunisian single center experience, *Bull. Du Cancer* 107 (2020).
- [9]. (Bellakhdar et al, 1991 ; Bellakhdar, 1997 ; Bourhia et al, 2019).
- [10]. (Alami Merrouni and Elachouri, 2021 ; Bellakhdar, 1997 ; Yamani et al, 2015).
- [11]. M. Aboufaras, K. Selmaoui, N. Ouzennou, use of complementary traditional phytotherapy to manage cancer in Morocco: a decade-long review of ethnopharmacological studies, *J. Herb. Med.* 29 (2021).
- [12]. Complementary medicine in cancer patients under treatment in Marrakech, Morocco: a prospective study, I. Tazi et al(2013).
- [13]. Complementary medicine use among Moroccan patients with cancer: A descriptive study Sami Aziz Brahmi et al. *Pan African Medical Journal*. 2011.

Plan de continuité d'activité : Garantir la sécurité des patients en toutes circonstances



(1)

(2)

EL KHASSAL Kawtar (1), MOHAMMADI Abdelali (2)

(1) Cheffe de service de qualité et gestion de risque

(2) Chargé de qualité et gestion de risque

CHU Mohammed VI - Tanger

La sécurité des patients est un enjeu majeur de tout établissement de santé, et les hôpitaux publics font des efforts continus afin de garantir un environnement sûr aux patients. Cependant, cette tâche devient plus complexe face aux défis imprévus tels que les catastrophes naturelles, les crises sanitaires ou les pannes majeures. C'est dans ces moments critiques que le Plan de Continuité d'Activité (PCA) montre son importance, et devient un outil indispensable pour maintenir la sécurité des patients et assurer la continuité des soins.

Le Plan de Continuité d'Activité (PCA) est un document stratégique et opérationnel qui vise à garantir la résilience et la continuité des activités essentielles de l'établissement, même en cas de perturbations majeures. Ce plan comprend généralement une analyse des risques spécifiques au centre hospitalier, des mesures préventives pour réduire ces risques, ainsi que des procédures détaillées pour la gestion des situations d'urgence. Le PCA d'un centre hospitalier universitaire prend en compte les besoins particuliers liés à la recherche, à l'enseignement médical et aux soins cliniques, tout en assurant la sécurité et le bien-être des patients, du personnel et des autres parties prenantes. Son objectif est de minimiser les interruptions de service, de garantir la disponibilité des ressources nécessaires et de faciliter une réponse rapide et coordonnée en cas de crise.

Le premier pas d'un PCA consiste à réaliser une analyse approfondie des risques auxquels l'hôpital est exposé. Cela inclut les risques liés aux catastrophes naturelles (tremblements de terre, tempêtes...), aux incidents technologiques (pannes électriques, défaillances des systèmes informatiques...), aux crises sanitaires (pandémies, épidémies...) et aux menaces externes (attaques terroristes, cyberattaques...).

Sur la base de l'analyse des risques, des mesures préventives sont mises en place pour réduire la probabilité d'occurrence de ces événements. Cela peut inclure la mise en place de systèmes de sauvegarde et de redondance pour les infrastructures critiques, la formation du personnel aux procédures d'urgence, ainsi que la sensibilisation des patients et du public aux mesures de sécurité.

En cas de perturbation majeure, il est essentiel d'avoir un plan détaillé pour assurer la continuité des opérations hospitalières. Cela comprend la mobilisation des ressources humaines et matérielles nécessaires, ainsi que la coordination avec les autorités locales et les partenaires externes.

Pour garantir l'efficacité du PCA, des tests et des exercices réguliers sont organisés pour simuler des scénarios d'urgence et évaluer la réponse de l'hôpital. Cela permet d'identifier les lacunes éventuelles dans le plan et d'apporter des ajustements nécessaires pour améliorer la résilience de l'établissement.

/...

Une communication claire et transparente est essentielle pendant une crise. Le PCA inclut donc des protocoles de communication pour informer le personnel, les patients, les familles et les parties prenantes externes sur la situation en cours, les mesures prises et les consignes à suivre.

Enfin, le PCA est un processus évolutif qui nécessite une évaluation régulière et une amélioration continue. À la lumière des leçons apprises lors de chaque incident, des ajustements sont apportés au plan pour renforcer la résilience de l'hôpital face aux futures crises.

En conclusion, le Plan de Continuité d'Activité (PCA) dans un centre hospitalier universitaire, est bien plus qu'un simple document administratif. Il représente l'engagement de toute une communauté, du personnel médical aux équipes de soutien, en passant par les chercheurs et les administrateurs, à assurer la sécurité des patients et la continuité des soins, même face aux circonstances les plus difficiles. ■



Bibliographie

- Réf. 1 : Chloé Villié. - Plan de continuité d'activité en pharmacotechnie. Sciences pharmaceutiques. - 2023.
- Réf 2 : ROYAUME DU MAROC ADMINISTRATION DE LA DEFENSE NATIONALE DIRECTION GENERALE DE LA SECURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION-GUIDE RELATIF A L'ELABORATION D'UN PLAN DE CONTINUITE ET DE REPRISE D'ACTIVITES. https://www.dgssi.gov.ma/sites/default/files/publications/pdf/202303/guide_relatif_a_l_elaboration_d_un_plan_de_continuite_et_de_reprise_d_activites_0.pdf
- Réf 3 : Alain Coursaget, Laurent Haas - Le plan de continuité d'activité (PCA) : Approche méthodologique – 2015. <https://www.cairn.info/revue-securite-et-strategie-2015-1-page-13.htm>

Les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) : Nouvelle approche de filières de soins au Maroc



EL KHALF Fatima(1), ALLAOUI Imad(2)

(1) Sage femme g.p au service de réanimation néonatale
 (2) Chef de service des soins infirmiers et techniques de santé
 Hôpital Mère et Enfant
 CHU MOHAMMED VI-Tanger

(1)

(2)

Introduction

Le droit à l'accès aux soins étant fondamental dans notre pays, le système de santé marocain connaît une importante évolution et des transformations considérables à travers des refontes successives. Mais malgré les efforts entrepris pour améliorer l'offre de soins, le secteur de la santé présente encore plusieurs lacunes, dont la pénurie de personnel soignant et les problèmes logistiques et de coordination. Pour y remédier, une refonte à l'échelle nationale s'impose : la loi-cadre n°06/22 relative au système national de santé constitue une opportunité historique pour bâtir un système de santé plus robuste, plus équitable, plus sûr, plus efficient économiquement, plus viable en termes d'investissement et surtout à visage humain.

Les Hautes Orientations de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'assiste :

De prime abord, citations des extraits du discours de Sa Majesté le Roi Mohammed VI du 29 Juillet 2018 à l'occasion du 19ème anniversaire de l'accession du Souverain au Trône de Ses glorieux ancêtres (Fête du Trône) : « **J'insiste sur la nécessité de se concentrer sur les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans les domaines suivants : [...] Redresser les anomalies qui entachent l'exécution du Programme de couverture médicale «RAMED», et, parallèlement, refondre en profondeur le système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion** ».

Dans son discours à l'occasion de la fête du Trône du mercredi 29 juillet 2020, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, annonce : « **Aussi, Nous considérons que le moment est venu de lancer, au cours des cinq prochaines années, le processus de généralisation de la couverture sociale au profit de tous les Marocains.** »

Aussi, citons quelques extraits du discours de Sa Majesté au Parlement à l'occasion de l'ouverture de la 1ère session de la 1ère année législative de la 11ème législature, le vendredi 08 octobre 2021 : « **Le modèle de développement offre de vastes champs d'action tant pour le gouvernement que pour le Parlement, avec toutes ses composantes. Aussi, dans la perspective de la mise en œuvre du modèle de développement, le nouveau gouvernement doit définir les priorités et les projets à mettre en chantier au cours de son mandat et mobiliser les ressources nécessaires pour assurer leur financement. Il lui incombe également de parachever les grands projets déjà lancés, au premier rang desquels le chantier de généralisation de la protection sociale auquel Nous accordons une sollicitude toute particulière. Dans ce cadre, le défi majeur consiste à opérer une véritable mise à niveau du système de santé, conformément aux meilleurs standards et en synergie totale entre secteurs public et privé** ».

/...

L'historique du système national de santé : les réfentes.

Le système de santé va connaître un mouvement d'humanisation des hôpitaux juste après la Seconde Guerre mondiale en 1945 où les malades étaient considérés comme des «objets» de soins.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) créée en 1948, avait insisté sur l'importance des politiques incluant des stratégies et des plans sanitaires.

1959-1981	En avril 1959, il y a eu au Maroc la première conférence nationale sur la santé. C'était pour la première fois où l'on avait eu l'idée de mettre en place la politique de la santé.
1981-1995	Cette période vient après la souscription du Maroc à la déclaration d'Alma-Ata. En 1978 pour mettre en place un plan d'action quinquennal 1981-1985 afin d'assurer le renforcement des structures sanitaires de base et pour développer des programmes sanitaires. (1 ^{re} Refonte).
1995-2000	Quête de changement et annonce de la refonte : cette période a connu une refonte hospitalière et l'organisation du financement de la santé. Avec la restructuration des services centraux du ministère de la Santé notamment la création du Service de l'économie de la santé au sein de la Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF).
2000-2011	Cette période a connu des réformes politiques, sociales et économiques (2 ^{me} mouvement de Refonte), avec la mise en place de : -la Couverture Médicale de Base en 2002 (Loi 65-00) ; -le lancement de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) en 2005 ; -la disposition et l'arrêté du 17 mars 2011 portant le Règlement Intérieur des Hôpitaux (RIH).
2011-2019	3 ^{me} mouvement de Refonte En juillet 2013 à Marrakech, il y a eu la 2 ^{me} Conférence Nationale sur la Santé dans le contexte de la nouvelle Constitution qui consacre le droit d'accès aux soins (Loi cadre 34-09). Cette réforme prend en compte non seulement l'évolution du contexte sociopolitique nationale, des dysfonctionnements du secteur de la santé mais également les fortes attentes exprimées par la population (Consultation National «INTIDARAT»). Cette période vise à mettre en place un modèle d'organisation du système de santé équitable, durable et efficient.
2019-2022	La Crise de Coronavirus : cette période a connu la création du Comité de Veille Economique et la création du Fonds Mohammed VI.
2022-2030	Refonte du Système Nationale de Santé Cette réforme est une feuille de route qui fixe un horizon que l'on donne au Maroc et sur lequel tout le monde ne peut que s'accorder. Elle représente une opportunité pour instaurer un système de santé efficace, capable de répondre aux attentes des citoyens et de réaliser les objectifs qui se résument dans l'équité et la qualité des prestations de services fournis et la capacité de faire face aux risques de la maladie, surtout dans un pays comme le Maroc.

Les nouvelles définitions :

Le système national de santé : L'ensemble des institutions, des organismes, des actions et des ressources y affectées intervenant dans le domaine de la protection de la santé aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, aux niveaux national et régional et qui sont organisés pour atteindre la sécurité sanitaire, la préservation de la santé de la population, la préservation des maladies, des épidémies, des risques et la garantie de la vie en environnement sain.

L'offre de soins : comporte, outre les ressources humaines, l'ensemble des infrastructures sanitaires relevant des secteurs publics et privé et toutes les autres installations de santé, fixes ou mobiles, ainsi que les moyens mis en œuvre pour la fourniture des soins et des prestations de santé.

Les piliers du projet de loi-cadre : ce projet est basé sur 4 piliers fondamentaux :

-Premier pilier : Adoption d'une bonne gouvernance visant le renforcement des mécanismes de régulation de l'action des acteurs et la consolidation de la gouvernance hospitalière et la planification territoriale de l'offre sanitaire sur tous les niveaux.

-Deuxième pilier : Valorisation des ressources humaines.

-Troisième pilier : Mise à niveau de l'offre sanitaire en vue de répondre aux attentes des Marocains en matière de facilitation de l'accès aux services médicaux, l'amélioration de leur qualité et la répartition équitable des services hospitaliers à travers le territoire national.

-Le quatrième pilier : Digitalisation du système de santé, à travers la mise en place d'un système informatique intégré pour la collecte, le traitement et l'exploitation des principales informations.

Cadre réglementaire et Projets de lois

Loi-cadre 06.22 - SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ

السنة العاشرة عشرة بعد المائة - عدد 7151 - ISSN 0851 - 1195
17 جمادى الأول 1444 (12 ديسمبر 2022)

الشارة العامة
الجريدة الرسمية
العدد 1444
الطبعة الخامسة
الطبعة الخامسة والرابعة
الطبعة الخامسة والخامسة والرابعة
الطبعة الخامسة والخامسة والخامسة والرابعة

النشرة الأولى لسنة 2022
النشرة الأولى لسنة 2022

- Dahir n°1-22-77 du 14 Jourmada l 1444 (9 décembre 2022) portant promulgation de la loi cadre n °06- 22 relative au système national de santé, publiée au BORM n°7151 du 12 -2022. (Version arabe). Cette loi est constituée de 34 articles, 11 titres et 11 chapitres. Abroge la loi 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins (Art. 34)

Selon la loi cadre 06-22, l'Etat s'emploie à mettre en place des organes de gestion et de gouvernances

suivants :

- Adoption du projet de loi n° 07.22 relatif à la création de la Haute Autorité de la santé.
- Adoption du projet de loi n° 08.22 relatif à la création des groupements sanitaires territoriaux.
- Adoption du projet de loi n° 09.22 relatif aux garanties essentielles accordées aux ressources humaines des métiers de la santé.
- Adoption du projet de loi n° 10.22 relatifs à la création de l'Agence marocaine des médicaments et des produits de santé.
- Adoption du projet de loi n° 11.22 relatifs à la création de l'Agence marocaine du Sang et de ses dérivés.

GROUPEMENT SANITAIRE TERRITORIAL (GST) : qu'est-ce que c'est ?

Adoption du Projet de Loi 08.22 relatif à la création des groupements Sanitaires Territoriaux (GST)

Ce projet de loi est approuvé par la Chambre des Conseillers le 31 janvier 2023, elle est constituée de 5 chapitres et 23 articles. Il y a eu des grandes similitudes avec les textes de loi n°70-13 à la création des CHU au Maroc pour ce qui est relatif aux établissements publics autonomes, elle est en complémentarité avec la Direction Régionale de la Santé.

L'objectif de ce projet de loi est de faire face aux contraintes et obstacles qui entachent l'offre des soins au niveau territorial et vise à refonte le système national de santé dans son volet lié à la

gouvernance, en se basant sur les choix stratégiques proposés dans le rapport général sur le nouveau modèle de développement , notamment la proposition relative au regroupement du centre hospitalier universitaire (CHU) et de l'ensemble des unités hospitalières régionales en un seul établissement public autonome chargé des soins hospitaliers, de la formation ,et de la recherche scientifique, et ce afin de réguler au mieux l'offre publique en termes de soins au niveau régional.

Ce projet comprend également des dispositions prévoyant la création d'un groupement territorial de santé dans chaque région, en se référant à un texte réglementaire pour déterminer le siège de chaque groupement et les institutions de santé qui le composent, et aussi pour définir les fonctions de chaque groupement sanitaire territorial au sein de son territoire, en répartissant les missions à chaque groupement selon six domaines fondamentaux à savoir : l'offre de soins, la santé publique, les soins, la formation, celui de la recherche et de l'innovation, ainsi que le domaine administratif , tout en déterminant les organes d'administration et de gestion représenté par le conseil d'administration et le directeur général du groupement et leurs attributions, en plus des dispositions qui déterminent la gestion financière des groupements de santé et leurs ressources humaines.

OUTILS DE REGULATION :

La carte sanitaire nationale et des cartes sanitaires régionales

A/ - LA CARTE SANITAIRE NATIONALE :

L'administration établit une carte sanitaire nationale qui détermine les orientations générales de la répartition de l'offre de soins sur la base de l'analyse globale de l'offre de soins existante et des données géo-démographique et épidémiologique au niveau national.

/...

B/ - GROUPEMENT SANITAIRE TERRITORIAL

Carte sanitaire régionale de l'offre de soins :

1- Définition du GST :

Une recomposition de l'offre de soins publique à l'échelle Régionale qui conjugue les enjeux de santé à ceux du territoire. C'est un regroupement d'établissements de santé dans une même entité juridique autonome qui développent une stratégie médicale commune.

Le groupement sanitaire territorial comprend tous les établissements sanitaires dans son influence territoriale sauf :

- Les établissements de santé soumis à des textes législatifs ou réglementaires particuliers.
- Les établissements hospitaliers des Forces Armées Royales.
- Les bureaux Communaux d'hygiène.

2- Les objectifs du GST :

- Améliorer l'autonomie des hôpitaux afin de maximiser les décisions managériales en contribuant à leur performance.
- Créer une entité économique à part entière garantissant une meilleure performance des services de soins publics.
- Refondre le modèle de financement et l'organisation des services de soins publics.
- Consolider l'ancrage des hôpitaux dans l'écosystème politico- économique.

3- Missions du GST :

- Offre de soins.
- Santé publique.
- Formation.
- Recherche, expertise et innovation.
- Administration.

4- Les tâches du GST :

- Améliorer l'offre de soins, la prévention et la sécurité sanitaire.
- Superviser la protection de la santé publique, garantir la vigilance sanitaire et réglementer la surveillance des épidémies (veille sanitaire, surveiller les épidémies émergentes...).
- Assurer l'éducation à la santé des usagers des groupements et favoriser l'éducation thérapeutique.
- Réaliser l'organisation et le contrôle médical des urgences hospitalières.
- Participer à l'organisation et au contrôle médical des urgences pré-hospitalières.

5- Les types de soins que le GST fournit :

- Fournir des services de diagnostic, de traitement et de réadaptation, avec ou sans hébergement.
- Fournir des services de diagnostic, de traitement des maladies bucco-dentaires.
- Prendre soin des malades, des blessés et des femmes enceintes et suivre leur état de santé.
- Prendre des mesures visant à assurer la sécurité des patients et la qualité de leurs soins.

6- Budget du GST :**1- RESSOURCES :**

- Recettes propres
- Subventions de l'État+ collectivités territoriales + organismes publics ou privés.
- Dons et legs.

2- DEPENSES :

- Investissement.
- Fonctionnement.
- Remboursements des prêts et emprunts.

7- Personnels de santé :

- Les professionnels de la santé recrutés.
- Personnels affectés.
- Fonctionnaires détachés.
- Des experts engagés pour accomplir des tâches spécifiques pendant une durée déterminée.
- Contractuels ou de volontaires.

C/ - FACTEURS CLÉS DE SUCCES : Modèle de groupement sanitaire de territoire intégré, tourné vers le patient.

Toutefois, il faut mettre en œuvre un certain nombre d'éléments nécessaires afin d'assurer la réussite du GST en matière de santé :

- Un leadership fort du directeur général du GST ;
- Un management de transition ;
- La mobilisation des partenaires du GST ;
- L'accompagnement par le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale ;
- L'autonomie des responsables médicaux des établissements des GST ;
- Les rapprochements avec les organisations professionnelles et sociétés savantes ;
- Le développement d'un Projet social régional ;
- L'investissement dans la santé.

/...

Conclusion

Il est indéniable que la réussite des Groupements Sanitaires Territoriaux sera bénéfique au Maroc, car elles pourront assurer une meilleure intégration des structures publiques d'offres de soins avec une meilleure cohérence dans l'exécution des politiques régionales en matière de santé. Chaque Région ayant ses spécificités, l'élaboration d'une carte de soins au niveau régional se réalisera de façon plus ciblée et adaptée.

Sur le plan des pré-requis du projet, la réussite du projet du Groupement sanitaire territorial nécessite une coordination et un partenariat

entre les différentes parties prenantes avec un pilotage et un style de management efficace et efficient. Comme tout projet de changement organisationnel, le volet humain est primordial dans les différentes étapes de changement. A cet effet, il est recommandé de mettre en place un plan d'action « communication et sensibilisation » envers le personnel de la santé et des usagers pour que l'ensemble des acteurs adhère à ce projet. En outre, le volet formation du personnel devra aussi être prioritaire. ■

L'Hémovigilance : Sécuriser les dons de sang :protéger les receveurs

SRIFI Fatima Zohra
Infirmière au Centre régional de transfusion sanguine -Tanger

L'hémovigilance représente l'ensemble des procédures de surveillance couvrant la totalité de la chaîne transfusionnelle, du don et de la collecte du sang et de ses constituants, à l'approvisionnement, la transfusion et au suivi des receveurs. Il s'agit du suivi, de la notification de l'investigation et de l'analyse des manifestations indésirables liées au don de sang, au traitement du sang et à la transfusion sanguine et des mesures prises pour prévenir la survenue ou la récurrence de telles manifestations.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) préconise un dépistage systématique des infections dans tous les dons de sang, incluant le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis, pour garantir la qualité. Le sang peut être utilisé soit sous forme de "sang total" directement transfusé, soit en étant séparé en composants tels que les globules rouges, les plaquettes, le plasma et le cryoprecipité, pour une utilisation plus efficace répondant aux besoins de plusieurs patients.

Cependant, des transfusions inutiles et des pratiques transfusionnelles risquées exposent les patients à des réactions indésirables et à des infections. Pour améliorer la sécurité, l'OMS recommande la mise en place de systèmes de suivi et d'amélioration, tels que des comités de transfusion hospitaliers ou des systèmes d'hémovigilance.

Les actions de l'OMS

- Mise en place d'un système national de transfusion sanguine bien organisé et coordonné, accompagné de politiques, de législations et de réglementations efficaces et éthiques, basées sur des données probantes.
- Collecte de sang, de plasma et d'autres composants sanguins auprès de donneurs volontaires non rémunérés.
- Dépistage de qualité
- Utilisation rationnelle du sang et des produits sanguins.
- Mise en œuvre progressive de systèmes de qualité efficaces, incluant la gestion de la qualité, les normes, les bonnes pratiques de fabrication, la documentation, la formation de tout le personnel et l'évaluation de la qualité.

/...

Qui peut donner son sang ?

Il est possible de faire un don de sang jusqu'à quatre fois par an, en observant un intervalle minimal de deux mois entre chaque don.

- Un certain nombre de situations peuvent entraîner une contre-indication au don :
- Avoir moins de 50 kg.
- La femme enceinte ou accouchée depuis moins de 6 mois.
- Prise des substances illicites par voie intraveineuse.
- Suivie par un médecin pour une anémie ou un manque de fer.
- Une douleur thoracique ou un essoufflement anormal après un effort.
- La fièvre ou une infection (toux, diarrhée, infection urinaire, plaie cutanée...) dans les 2 dernières semaines.
- Être opéré(e) ou subi une endoscopie (fibroscopie gastrique, coloscopie...) dans les 4 derniers mois.
- Avoir fait un tatouage ou un piercing (oreilles comprises) dans les 4 derniers mois.
- Avoir des soins dentaires depuis moins d'1 semaine.
- Avoir plus d'un partenaire sexuel dans les 4 derniers mois.
- Avoir reçu une transfusion de sang (globules rouges, plaquettes ou plasma) ou une greffe d'organe.
- Avoir voyagé dans un pays où sévit le paludisme dans les 4 derniers mois

Un don de sang passe par plusieurs étapes, du donneur au receveur

1- accueil et identification : Cette étape consiste à accueillir le donneur de sang, qui reçoit un document d'information (selon la disponibilité) dont la lecture attentive est recommandée avant le don.

Par la suite, arrive l'étape de recueil du nom/prénom du donneur, son sexe, sa date et son lieu de naissance, son numéro de téléphone et son adresse personnelle.

2- consultation médicale : Cette étape est primordiale pour la sécurité transfusionnelle, que ce soit pour le donneur ou le receveur. Le médecin fait son entretien dans un climat de confidentialité et de confiance afin d'avoir des réponses valides sur l'état de santé du donneur. Il passe par la suite à l'examen clinique qui comporte aussi la prise de la tension artérielle et du poids du donneur. Le médecin décide à la fin de la consultation médicale de l'éligibilité du don de sang.

3- prélèvement sanguin : Seuls les donneurs éligibles passent à la salle de prélèvement. Ce passage ne dépasse pas 10 minutes. On préleve entre 400 et 500 ml de sang total.

4- qualification du sang : Avant d'arriver au malade, le sang du donneur reçoit une qualification au laboratoire de virologie et immunohématologie relevant du centre de transfusion. Cette qualification consiste à identifier le groupage Rh/ Kell et à réaliser une analyse sérologique afin d'éliminer les poches séropositives au VIH, au virus de l'hépatite B et C et à la syphilis.

5- préparation des produits sanguins labiles : Le sang total reçoit une séparation pendant cette étape, pour en obtenir trois types de produits sanguins labiles PSL : des concentrés de globules rouges CGR, du plasma frais congelé PFC et des concentrés de plaquettes standards CPS.

6- saisie informatique et archivage : Pour une meilleure traçabilité, les résultats des analyses reçoivent un double enregistrement, manuel et informatique. Il en est de même pour les poches des produits sanguins labiles.

7- stockage et distribution : Les CGR peuvent être stockés pendant 42 jours sous une température comprise entre +2 et +8 degrés.

/...

Les plaquettes ont une durée de vie de 5 jours et peuvent être conservées sous une température comprise entre 20 et 24 degrés. Quant au plasma, il doit être conservé à - 25 degrés pour une durée d'un an. Avant de livrer les PSL, et dans l'optique de garantir une meilleure sécurité transfusionnelle, le sang du receveur reçoit aussi des analyses de détermination du groupage Rh/Kell, du phénotypage élargi, des tests de compatibilité et même du génotypage, selon les cas.

Le CNTSH affirme que le Centre s'engage « non seulement dans la politique d'augmentation de nombre de donneurs mais aussi dans celle de l'amélioration de la qualité et la sécurité des dérivés sanguins ». Pour cela, un projet de certification ISO 9001 version 2015 du CNTSH et des CRTS de Oujda et Marrakech est en cours de réalisation, en plus des autres centres qui ont été déjà certifiés. Il s'agit du CRTS de Rabat en 2015 et 2022 et le CRTS de Fès et CRTS de Tétouan en 2022.

Les besoins en produits sanguins

Les statistiques de don de sang au Maroc montrent que, chaque année, la consommation des produits sanguins augmente de 23%, alors que le nombre de donneurs n'augmente annuellement que de 10%. Il y a donc un écart de 13% entre ce que produisent les centres de transfusion sanguine à l'échelle nationale et l'augmentation en matière des besoins en produits sanguins.

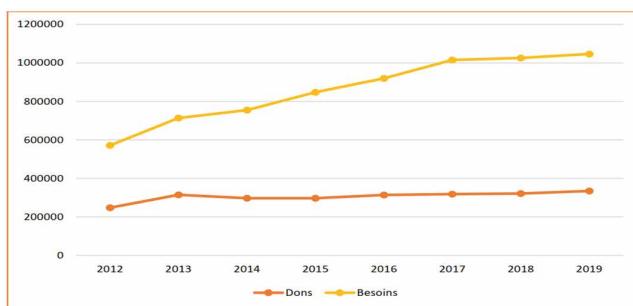


Figure N°1 : Dons de sang et besoins en PSL annuels au Maroc (2012/2019)

Bibliographie

Guide pour la mise en place d'un système national hémovigilance de l'OMS 2017
 Les contre-indications ; Guide des dons : Etablissement français du sang (site officiel)
 Référentiel Bonnes Pratiques Transfusionnelles, 2009. Centre National de Transfusion Sanguine
 Le Maroc a besoin de 1.000 donneurs de sang par jour (hespress.com)
 African Scientific Journal, ISSN : 2658-9311 Vol : 3, Numéro 10, Mars 2022
 Le don de sang en chiffres (maroc-diplomatique.net)
 Don de sang : Le Maroc a besoin de plus de 1.000 dons par jour pour l'autosuffisance - Le Matin.ma

Les statistiques des dons au Maroc

Les principaux chiffres du Centre national de transfusion sanguine et d'hématologie (CNTSH) sur la situation du don de sang au Maroc :

339.579. C'est le nombre de dons de sang en 2022, soit une augmentation de 6% par rapport à l'année 2021.

- 334.510 dons en 2019, en hausse de 4% par rapport à l'année précédente (321 336 C'est le nombre de dons de sang en 2018).

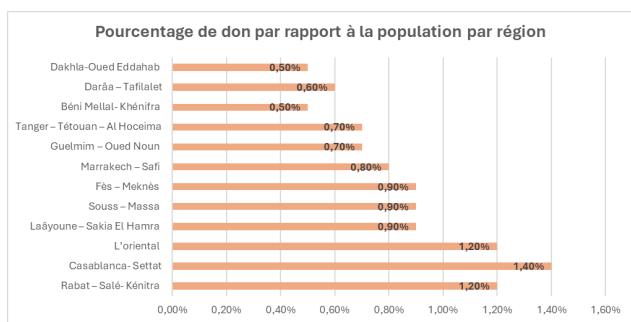


Figure N°2 : Pourcentage de don par rapport à la population par région

« Les niveaux de réserves de sang sont différents d'une région à l'autre. La pression se fait surtout ressentir au niveau des grandes villes telles que Casablanca, Rabat, Tanger, Tétouan, Marrakech... Le Maroc a encore du mal à assurer une autosuffisance en produits sanguins labiles (PSL), car le taux de donneurs de sang par rapport à la population générale est toujours bas. Il atteint actuellement 0,92%, tandis que l'OMS recommande un minimum de 1%. Selon le CNTSH, le Maroc a besoin de 1.000 dons par jour pour assurer une autosuffisance.

Cette situation impose un encouragement permanent du don de sang et la participation massive et collective de la population et des partenaires nationaux en collaboration avec les centres de transfusion ». ■

« Le don de sang est la responsabilité de tous »

Technologie de code-barres dans les bracelets d'identification pour la Sécurité des Nouveau-Nés hospitalisés : expérience du CHU Mohammed VI

EL MESRAR ASMAE

Sage-femme coordinatrice au service de réanimation néonatale

La sécurité des patients, en particulier des nouveau-nés, est une priorité majeure dans le domaine de la santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la sécurité des patients consiste en un ensemble d'activités organisées visant à créer des cultures, des processus, des procédures, des comportements, des technologies et des environnements dans les soins de santé. Tout cela vise à réduire de manière systématique et durable les risques, les préjudices évitables et les erreurs, ainsi que leur impact lorsqu'ils surviennent (1). Les erreurs d'identification des nouveau-nés peuvent avoir des conséquences graves compromettant leur sécurité et aussi leur prise en charge. C'est pourquoi il est essentiel de mettre en place des mesures efficaces pour les prévenir.

Ces erreurs d'identification représentent l'une des principales causes d'incidents médicaux évitables. Vu que les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables aux erreurs d'identification en raison de leur incapacité à communiquer leur identité, leur séjour seuls en réanimation néonatale, en raison de la charge du travail et en raison de leur ressemblance.

Les bracelets d'identification contenant des codes-barres, garantissent la sécurité des nouveau-nés à travers une identification précise et fiable. Ils offrent une solution tangible pour :

- Assurer une identification précise des nouveau-nés dès leur naissance, évitant ainsi toute confusion ou erreur d'identification.
- Prévenir et protéger les nouveau-nés contre les enlèvements.
- Assurer la gestion et le suivi des soins médicaux.



En somme, les bracelets d'identification du nouveau-né contribuent à garantir la sécurité et le bien-être des nourrissons dans les établissements de santé en assurant leur identification précise, en prévenant les enlèvements potentiels et en facilitant la gestion des soins médicaux. Une étude a montré que l'utilisation de la technologie des codes-barres a entraîné une réduction significative des erreurs de médication, avec une diminution moyenne de 41,4% (2). Dans le même sens une étude comparative a montré qu'après l'introduction de la technologie des codes-barres, les erreurs de médication administrée rapportées ont diminué de 43,5 % (3).

En plus la communication entre les prestataires de soins de santé a une importance cruciale pour assurer la sécurité des patients, en particulier des nouveau-nés.

Le CHU Mohammed VI de Tanger, soucieux de la sécurité des nouveau-nés, place ces derniers au cœur de ses préoccupations en garantissant la sûreté et la qualité des soins grâce à la mise en œuvre d'un système informatisé et d'un dossier médical numérique.

/...

Cette démarche vise à renforcer la sécurité en simplifiant l'accès aux informations médicales essentielles. Chaque Nouveau-né bénéficie ainsi d'un code d'identification unique « IPP » qui facilite l'accès à son historique médical lors de consultations ultérieures ou d'hospitalisations. Dans cette optique, le CHU a également introduit des cartes d'identité et des bracelets dotés de codes-barres, permettant un accès direct aux dossiers médicaux par le biais de leur numérisation, contribuant ainsi à une prise en charge sécurisée et efficiente.

Pour garantir l'efficacité des bracelets d'identification, il est recommandé de les intégrer dans les protocoles de soins dès la naissance, de les vérifier régulièrement pour assurer leur exactitude, et de sensibiliser le personnel à leur importance dans la sécurité des patients nouveau-nés. A accorder une vigilance accrue dans les processus de vérification. Cela réduit le risque de confusion et d'erreurs médicales, améliorant ainsi la sécurité et la qualité des soins prodigués aux nouveau-nés.



Les bracelets d'identification du nouveau-né contribuent à garantir la sécurité et le bien être des nouveau-nés dans le centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Tanger. En assurant non seulement leurs identifications mais en leur offrant un séjour de qualité et un séjour sécurisé en permettant leur prévention des enlèvements des nouveau-nés hospitalisés seuls dans le service de néonatalogie et en facilitant leurs identifications lors des suivis médicaux. ■

Bibliographie

- (1) Organisation Mondiale de la santé
- (2) Bar-Code Technology to Reduce Medication Errors in Hospitals" par J. T. Flynn et al. (New England Journal of Medicine, 2006)
- (3) Implementation of Bar-Code Medication Administration to Reduce Patient Harm 2010 Kristine M. Thompson, Kristi M. Swanson, Debra L. Cox, Robert B. Kirchner, Jennifer J. Russell, Robert A. Wermers, Curtis B. Storlie, Matthew G. Johnson, James M. Naessens,

Stratégie de l'OMS et du Maroc en matière de Sécurité des patients



SAIDI Soundos

Cheffe de service des soins infirmiers et techniques de santé
Centre d'Oncologie/CHU Mohammed VI- Tanger

Introduction

« D'abord, ne pas nuire » est le principe le plus important pour tout service de soins de santé. Nul ne devrait être victime de dommages lorsqu'il reçoit des soins ; pourtant, des données probantes démontrent que le fardeau des préjudices évitables pour les patients est considérable à l'échelle mondiale, que ce soit dans les systèmes de santé des pays développés ou en développement. Ces dommages ont des implications humaines, morales, éthiques et financières significatives. (1) La sécurité des patients est définie (en anglais) comme « l'absence de préjudice évitable pour un patient et la réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice inutile associé aux soins de santé ». Dans le contexte plus large des systèmes de santé, la sécurité des patients est « un cadre d'activités organisées qui crée des cultures, des processus, des procédures, des comportements, des technologies et des environnements dans le contexte des soins de santé, aptes à réduire systématiquement et durablement les risques, l'occurrence des préjudices évitables, la probabilité d'erreurs et l'impact des préjudices quand ils se produisent ». (1)

L'ampleur du problème des soins à risque :

Chaque année, de nombreux patients subissent des préjudices ou décèdent en raison de soins de santé à risque, à l'origine d'une part importante de la mortalité et des incapacités dans le monde, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En moyenne, on estime qu'un patient sur 10 est sujet à un événement indésirable lorsqu'il/elle reçoit des soins hospitaliers dans les pays à revenu élevé. Les données disponibles indiquent que 134 millions d'événements indésirables imputables à des soins à risque se produisent dans les hôpitaux des pays à revenu faible ou intermédiaire, contribuant à environ 2,6 millions de décès chaque année. Selon des estimations récentes, le coût social des préjudices causés aux patients peut être évalué entre 1000 et 2000 milliards de dollars par an (2).

Sources courantes des préjudices subis par les patients :

Erreurs de prescription : Les préjudices liés aux médicaments touchent 1 patient sur 30 dans le cadre des soins de santé, plus d'un quart de ces préjudices étant considérés comme graves ou engageant le pronostic vital. La moitié des préjudices évitables dans le cadre des soins de santé sont liés aux médicaments (3).

Erreurs chirurgicales : Plus de 300 millions d'actes chirurgicaux sont effectués chaque année dans le monde (4). Alors que les effets indésirables sont connus, de nombreuses erreurs chirurgicales continuent de se produire ; 10 % des préjudices évitables causés aux patients ont été signalés dans le cadre de soins chirurgicaux (5), la plupart des effets indésirables survenant avant et après l'acte chirurgical (6).

/...

Infections associées aux soins de santé : Les infections associées aux soins de santé, dont le taux s'établit à 0,14 % au niveau mondial (et augmente de 0,06 % par an), entraînent une prolongation de la durée des hospitalisations, des handicaps de longue durée, une résistance accrue aux antimicrobiens, une charge financière supplémentaire pour les patients, les familles et les systèmes de santé, et des décès qui pourraient être évités (7).

État septique : L'état septique est une affection grave qui survient lorsque le système immunitaire réagit de façon extrême à une infection. Cette réaction immunitaire entraîne des lésions des tissus et des organes. 23,6 % des cas d'état septique pris en charge dans les hôpitaux, étaient associés aux soins de santé, et environ 24,4 % des patients touchés en sont morts (8).

Erreurs de diagnostic : Ces erreurs se produisent dans 5 % à 20 % des rencontres entre médecin et patient (9,10). Selon des études effectuées par des médecins, des erreurs de diagnostic préjudiciables ont été constatées dans 0,7 % des admissions d'adultes (11). La plupart des personnes seront victimes d'une erreur de diagnostic au cours de leur vie (12).

Chutes : Les chutes sont les événements indésirables les plus fréquents dans les hôpitaux (13). Leur taux de survenue est compris entre 3 et 5 pour 1000 jours d'hospitalisation, et plus d'un tiers de ces incidents entraînent des traumatismes (14), qui ont une incidence négative sur l'issue clinique et augmentent la charge financière pour les systèmes (15).

Thromboembolie veineuse : La thromboembolie veineuse, qui est due à la présence de caillots sanguins, est une cause très importante et évitable de préjudice pour les patients, qui est à l'origine d'un tiers des complications attribuées à l'hospitalisation (16).

Escarres : Les escarres sont des lésions de la peau ou des tissus mous. Elles apparaissent en raison de la pression exercée sur certaines parties du corps pendant une longue période. Si mortelles. Les escarres touchent plus d'un adulte sur 10 hospitalisés (17) et, bien qu'elles soient tout à fait évitables, elles ont un impact significatif sur la santé mentale et physique et la qualité de vie.

Pratiques transfusionnelles à risque : Les transfusions inutiles et les pratiques transfusionnelles dangereuses exposent les patients au risque de réactions transfusionnelles indésirables graves et d'infections à transmission transfusionnelle. Il ressort des données d'un groupe de 62 pays relatives aux réactions transfusionnelles indésirables que l'incidence moyenne des réactions graves est de 12,2 pour 100 000 composants sanguins distribués.

Erreurs d'identification des patients : Le fait de ne pas identifier correctement les patients peut être à l'origine de nombreux problèmes et avoir de graves effets sur la prestation des soins de santé. Cela peut entraîner des effets indésirables catastrophiques, par exemple en cas d'erreur sur le site chirurgical. Un rapport de la Joint Commission publié en 2018 recense 409 événements sentinelles d'erreur d'identification des patients sur 3326 incidents (12,3 %) entre 2014 et 2017 (18).

Pratiques d'injection à risque : Chaque année, 16 milliards d'injections (en anglais) sont pratiquées dans le monde et les pratiques d'injection à risque exposent les patients et les personnels de santé et d'aide à la personne à des risques d'effets indésirables infectieux et non infectieux. Il ressort d'une étude reposant sur une modélisation mathématique qu'en 10 ans (de 2000 à 2010), 1,67 million d'infections à virus de l'hépatite B, entre 157 592 et 315 120 infections à virus de l'hépatite C et entre 16 939 et 33 877 infections à VIH étaient associées à des injections à risque (19).

/...

Actions de l'OMS en matière de sécurité des patients :

En 2002, l'Assemblée mondiale de la Santé a souligné l'importance capitale de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans la résolution WHA55.18, intitulée « Qualité des soins : sécurité des patients ». L'OMS a joué un rôle crucial dans la définition de l'action mondiale en faveur de la sécurité des patients, en assurant un leadership, en fixant des priorités, en réunissant des experts, en favorisant la collaboration, en créant des réseaux, en publiant des lignes directrices, en facilitant le changement, en renforçant les capacités et en suivant les différentes évolutions. (1)

Les efforts de l'OMS pour améliorer la sécurité des patients ont débuté en 2004 avec la création de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Au fil du temps, ces activités ont évolué pour répondre aux mandats et aux priorités changeants de l'Organisation.

L'OMS a lancé le Défi mondial pour la sécurité des patients :

- En 2005 : le premier défi, intitulé « Un soin propre est un soin plus sûr », s'est concentré sur la réduction des infections associées aux soins de santé en améliorant l'hygiène des mains.
- En 2008 : le deuxième défi, axé sur « Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies », visait à réduire les risques liés à la chirurgie en utilisant la Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale.
- En 2017, la Directrice générale de l'OMS a lancé le troisième Défi mondial pour la sécurité des patients, centré sur « Les médicaments sans les méfaits », avec pour objectif de réduire de moitié, en cinq ans, les préjudices graves et évitables liés aux médicaments à l'échelle mondiale.

Les efforts de plaidoirie mondiale ont abouti à l'adoption par la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé (en 2019) de la résolution WHA72.6 intitulée « Action mondiale pour la sécurité des patients ».

Dans cette résolution, l'Assemblée de la Santé a instamment invité les États Membres et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale, à considérer la sécurité des patients comme une priorité sanitaire dans les politiques et programmes du secteur de la santé afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle.

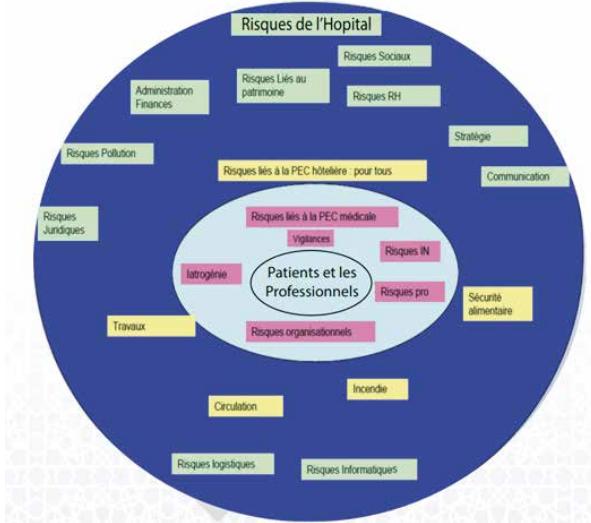
La Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé (en 2021) a approuvé la décision WHA74(13) dans laquelle elle a adopté le Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030. (2)

L'OMS travaille en étroite collaboration avec des partenaires internationaux de premier plan et coopère avec de nombreux pays pour renforcer la sécurité des patients. Elle a établi le Réseau mondial pour la sécurité des patients pour faciliter la communication entre différents acteurs et parties prenantes. Ce réseau compte actuellement des membres de plus de 125 pays et des représentants d'organisations internationales. Pendant 12 ans, l'OMS a soutenu ce réseau afin de promouvoir la participation des patients et de leurs familles.

Depuis 2019, la Journée mondiale de la sécurité des patients est célébrée chaque année dans le monde le 17 septembre mobilisant tous les pays et partenaires internationaux pour une action collective visant à améliorer la sécurité des patients. Chaque année, cette journée met en lumière un thème spécifique dans le cadre d'une campagne mondiale, visant à sensibiliser le public et à promouvoir une compréhension globale de la sécurité des patients. Son objectif est de rassembler les parties prenantes pour éliminer les préjugés évitables dans les soins de santé et ainsi améliorer la sécurité des patients (1).

/...

Figure1 :
Schéma des secteurs des risques
(Source : « le Guide Méthodologique La Gestion Des Risques Hospitaliers Dans Les Hôpitaux Marocains » Edition : 2016)



Publications et ressources techniques de l'OMS :

- « Le Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients » : édition multi professionnelle pour faciliter la formation à la sécurité des patients dans les universités, dans les écoles et dans les établissements professionnels, dans les domaines de l'odontologie, de la médecine, des soins infirmiers et obstétricaux et de la pharmacie.
- « Manuel d'évaluation de la sécurité des patients : Troisième édition », Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale.
- « Présentation du cadre pour la sécurité des patients à l'hôpital » Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale.
- « La Liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement » : pour réduire les risques liés à l'accouchement,
- « La Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale » pour réduire les risques liés aux actes chirurgicaux.

- « Le Minimal Information Model for Patient Safety » : (modèle d'information minimal pour la sécurité des patients).
- « Un guide de l'utilisateur », pour faciliter la collecte et l'analyse de données ainsi que l'apprentissage après la survenue d'événements indésirables.
- « Sécurité des patients Rendre les soins de santé plus sûrs », Organisation mondiale de la Santé 2017.
- « Les Solutions pour la sécurité des patients » : qui constituent un ensemble d'outils normalisés, et les modes opératoires normalisés « High 5s » pour des pratiques cliniques sûres.

La sécurité des patients au Maroc :

Au Maroc, la législation est favorable à la protection de la santé, particulièrement en ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments, la salubrité de l'environnement (pollution de l'air et de l'eau, gestion des déchets, radiations nucléaires et produits chimiques), la santé et la sécurité au travail, la sécurité routière et la sécurité des patients en matière de médicaments et de transfusions sanguines. Elle est alignée dans une large mesure sur les priorités et engagements régionaux et mondiaux. (21).

Comme dans d'autres pays en développement, au Maroc, la question de la sécurité des patients n'est pas encore pleinement intégrée dans toutes les structures de soins, ce qui nécessite encore beaucoup de travail et d'efforts. Cependant, elle demeure un sujet d'actualité et d'intérêt tant pour les responsables politiques que pour les établissements de santé. (22)

Il est à préciser que le ministère de la Santé et de la protection sociale a mis en place plusieurs mesures et initiatives afin d'assurer la sécurité des patients, notamment à travers le développement de l'hémovigilance, la mise en place du concours qualité, de la certification des maisons d'accouchement et d'un programme de gestion des risques avec une plateforme électronique pour la notification des événements indésirables (23).

/...

En 2014, le Ministère de la santé, à travers la Circulaire n°83 du 21 Novembre 2014, demande à tous les établissements hospitaliers d'instaurer un dispositif de déclaration des événements indésirables (EI) basé sur trois indicateurs :

1. L'incidence des événements indésirables ;
2. L'incidence des infections nosocomiales ;
3. L'incidence des infections des sites opératoires.

En 2016, le ministère de la santé a élaboré « le Guide Méthodologique : La Gestion Des Risques Hospitaliers Dans Les Hôpitaux Marocains » (24). Ce guide s'inscrit dans le cadre des orientations ministérielles marocaines visant à améliorer la démarche de gestion des risques associée à une politique de qualité continue au sein des centres hospitaliers. En outre, il est conçu pour aider les gestionnaires hospitaliers à mettre en œuvre une politique de gestion des risques et surtout de définir les modalités d'une démarche de prévention qui s'articule sur la démarche qualité.

Le ministère de la Santé et le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ont conjointement organisé un atelier à Rabat en février 2017, visant à élaborer une politique nationale de sécurité des patients. Des experts en qualité et sécurité des soins se sont réunis pour définir les grandes orientations de cette politique, établir des objectifs stratégiques et concevoir un plan d'action pour les cinq prochaines années. L'atelier a permis de présenter et discuter des résultats de l'analyse de la situation actuelle en matière de qualité et sécurité des soins, ainsi que d'identifier les principales priorités et les interventions nécessaires pour renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Figure 2 :
: Cinq stratégies clés pour améliorer la sécurité des patients
Source : Présentation du cadre pour la sécurité des patients à l'hôpital/
OMS 2021



Conclusion

Bien que des progrès aient été réalisés, il reste des défis à relever pour garantir une sécurité des patients optimale, notamment en matière d'instauration d'un cadre réglementaire, de disponibilité de ressources, de formation continue du personnel de santé et de sensibilisation accrue du public aux questions de sécurité des patients.

La sécurité des patients est un principe fondamental des soins de santé. Les mesures nécessaires prises afin d'éviter et atténuer les préjudices, rendent les établissements de soins plus efficaces et aide à rassurer les communautés et à leur redonner confiance dans les systèmes de soins de santé. ■

Bibliographie

- (1) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- (2) Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030 : vers l'élimination des préjudices évitables dans le cadre des soins de santé [Global patient safety action plan 2021-2030 : towards eliminating avoidable harm in health care].
- (3) Hodkinson A et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2020;18(1):1-3.
- (4) Meara, John G et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *The Lancet.* 2015; 386: 569-624.
- (5) Panagioti M, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2019;366: L4185.
- (6) Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023.
- (7) Raoufi S, et al. Global prevalence of nosocomial infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2023;18(1): e0274248.
- (8) Markwart R, et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2020;46(8):1536-51.
- (9) National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Improving diagnosis in health care. Washington (DC) : National Academies Press; 2015 (<https://doi.org/10.7326/M15-2256>, consulté le 6 septembre 2023).
- (10) Bergl PA, Nanchal RS, Singh H. Diagnostic error in the critically ill: defining the problem and exploring next steps to advance intensive care unit safety. *Ann Am Thorac Soc.* 2018;15(8):903-7.
- (11) Gunderson CG, al. Prevalence of harmful diagnostic errors in hospitalized adults: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(12):1008-18.
- (12) Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(9):727-31.
- (13) LeLaurin JH, Shorr RI. Preventing falls in hospitalized patients: state of the science. *Clin Geriatr Med.* 2019;35(2):273-83.
- (14) Agency for Healthcare Research and Quality. Falls. PSNet; 2019. (<https://psnet.ahrq.gov/primer/falls>, consulté le 11 septembre 2023).
- (15) Dykes PC et al. Cost of inpatient falls and cost-benefit analysis of implementation of an evidence-based fall prevention program. *JAMA Health Forum.* 2023;4(1):e225125.
- (16) Raskob GE, et al. Thrombosis: a major contributor to global disease burden. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2014;34(11):2363-71
- (17) Li Z, Lin F, Thalib L, Chaboyer W. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies.* 2020 May;105:103546.
- (18) De Rezende HA, Melleiro MM, Shimoda GT. Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis.* 2019;17(1):37-42.
- (19) Pèpin J et al. Evolution of the global burden of viral infections from unsafe medical injections, 2000-2010. *PLoS One.* 2014;9(6):e99677.
- (20) Tokyo Declaration on Patient Safety, Troisième Sommet ministériel mondial sur la sécurité des patients, 14 avril 2018, Tokyo, Japon (<https://www.mhlw.go.jp/-/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf>).
- (21) Évaluation Des Fonctions Essentielles De Santé Publique Au Maroc - Rapport technique réalisé par le ministère de la santé et l'Organisation Mondiale de la Santé (Janvier 2016).
- (22) Thèse N° / 093 13 : la sécurité des patients au centre hospitalier universitaire Hassan II état de lieu université sidi Mohammed ben Abdellah Fès (Année 2013).
- (23) <https://www.emro.who.int/mor/morocco-news/vers-le-developpement-dune-politique-nationale-pour-la-qualite-et-la-securite-des-soins-au-maroc.html>.
- (24) « le Guide Méthodologique : La Gestion Des Risques Hospitaliers Dans Les Hôpitaux Marocains ». Edition 2016.

L'importance de la Communication Thérapeutique dans les Soins en santé mentale

ZOUBAIR Oumaima

Infirmière En Santé Mentale

Hôpital Psychiatrique Universitaire Tanger

Introduction

Communication est comprise comme un processus de transmission et de la compréhension de l'information. Opportunités pour la messagerie. Est l'environnement dans lequel les gens s'entendent et ensuite déclenchent des actions, si, par l'expression du visage, des opinions, des sentiments et des idées, où les changements de comportement sont censés le récepteur de l'information par le message reçu.

La communication thérapeutique

Une interaction en présentiel, entre un soignant et un patient qui vise à améliorer le bien-être émotionnel et physique du patient.

Mode de communication réfléchi, étudié, ayant pour but de favoriser une communication positive, sorte de manipulation bienveillante, qui remplace un mode de communication spontané qui selon les habitudes de chacun peut amener à un vécu négatif, indifférent ou positif.

Pourquoi la communication thérapeutique est-elle importante ?

La communication thérapeutique est essentielle dans la construction de la relation soignant-soigné afin de permettre une meilleure compréhension du patient des événements inhérents à sa prise en charge et aux soins. Elle permet d'instaurer une confiance, lever les doutes.

La qualité de la communication dans l'interaction soignant-soigné en est une dimension essentielle. Elle favorise des entrevues plus constructives, et améliore l'expérience des patients et des professionnels mais également les résultats thérapeutiques.

Techniques de communication thérapeutique :

L'empathie :

L'empathie est la capacité de reconnaître avec justesse la perspective émotionnelle d'une autre personne, tout en conservant notre propre perspective. Son principal canal de communication est non verbal et elle est efficace uniquement si le patient y a répondu adéquatement.

Avec l'empathie et une curiosité intègre, le vécu du patient, ses craintes, ses désirs, ses valeurs, ses objectifs de traitement et ses projets de vie pourront être explorés en toute sécurité. Il n'est pas nécessaire de parler pour être empathique. L'empathie passe d'abord par un regard authentique, la position corporelle et les gestes du soignant pendant qu'il pose des questions, et surtout pendant qu'il écoute. Il faut éviter de prendre des notes, sauf après le départ du patient.

/...

Les mots exacts d'une déclaration empathique indiquent au patient si son soignant comprend ou non ses émotions et à quel point il y est sensible. Il s'agit de se mettre à leur place et de voir les choses de leur point de vue. L'empathie est un élément essentiel de la communication consciente car elle nous aide à nous connecter avec les autres à un niveau plus profond.

L'écoute active :

Il s'agit d'utiliser des signaux verbaux et non verbaux pour démontrer que vous écoutez. Il s'agit de montrer un véritable intérêt et une curiosité dans ce que l'autre a à dire.

Le partage du sens est la condition première de la bonne progression d'une interlocution.

Validation des Sentiments :

Reconnaitre et valider les émotions du patient, même si elles peuvent sembler irrationnelles, contribue à renforcer le lien thérapeutique.

C'est une étape essentielle pour établir une relation de confiance et de compréhension avec le patient, car il démontre au patient que ses émotions sont normales et dignes d'être reconnues.

Importance de la communication dans la relation thérapeutique

La qualité de la relation thérapeutique repose avant tout sur la qualité de l'information, et donc sur la qualité et l'efficacité des stratégies de communication adoptées par le soignant ou la soignante.

Communiquer doit avoir pour objectif premier de donner l'information au malade. Une bonne communication permet d'assurer une prise en charge autrement plus efficace. De même, l'attitude avec laquelle le ou la soignante transmet l'information ou s'adresse au patient demeure décisive dans la relation de soin.

Conclusion

En conclusion, la communication thérapeutique est un élément indispensable des soins en santé mentale, contribuant à établir une relation thérapeutique solide, à explorer les pensées et les émotions du patient, et à favoriser des résultats thérapeutiques positifs. En intégrant efficacement ces techniques dans leur pratique, les professionnels de la santé mentale peuvent offrir un soutien holistique et efficace à leurs patients tout au long de leur parcours de rétablissement. ■

Bibliographie

- Jamie Dimopoulos (2019), L'art de communiquer avec les personnes atteintes de maladie mentale
- Jean-François LALLEMAND (2015), Formation de soignant en santé mentale et psychiatrie
- Jacques bonnet (2014), Le soin-communicant

Le travail émotionnel et les AES...

« Se protéger c'est apprendre à gérer ses émotions »

MOUTASSADDIQ Siham(1), BELAMKADEM Zinabidine(2)

(1) Cheffe de service des soins infirmiers et techniques de santé, DAMSI

(2) Chef de service des affaires médicales, DAMSI

CHU Mohammed VI - Tanger

Introduction

Le concept de travail émotionnel a été forgé par la sociologue américaine Arlie Hochschild¹ pour décrire le double effort fait par les salariés pour maîtriser – dans le sens voulu par l'organisation qui les emploie – leurs propres émotions et éventuellement les émotions des personnes avec qui ils sont en contact (clients, usagers, subordonnées, etc.). Arlie Hochschild¹ s'interroge alors sur les effets pour l'équilibre mental de cette aliénation des sentiments dans le travail. Certes le travail émotionnel dans le soin n'est pas directement étudié dans cette étude, mais de nombreuses recherches ont été consacrées à l'émotion, comme une dimension centrale du soin².

Les émotions, une dimension centrale du soin

Le travail émotionnel semble faire partie du soin, en permanence, le soignant doit travailler ses propres émotions pour agir sur celles du malade. Le bien-être émotionnel est considéré comme une des clés de la guérison. Les tensions au sein des équipes, se répercutent directement sur les patients quand la relation verbale se rend difficile, la communication non verbale prend toute son importance.

L'observation montre également que le travail émotionnel est central pour la santé des soignants. La Burn out explique que si un soignant s'investit trop émotionnellement auprès des patients, il risque d'épuiser ses réserves d'énergie et d'empathie. Afin de se protéger d'un épuisement total, il va commencer peu à peu à désinvestir de la relation pour la relation au point de la considérer comme objet et non comme une personne. Il perd ce qui fait la richesse et l'intérêt de son métier la fierté de faire un travail de qualité d'où la perte de l'accomplissement professionnel. De ce fait on s'interroge comment gérer ses émotions ou plutôt prennent-elles en compte nos émotions au tant que soignant dans les émotions elle-même ?

Qu'est-ce que le concept AES : entre réflexivité, risque et émotions incomprises

▪ Définition du concept AES :

Dans sa définition simpliste un accident d'exposition au sang (AES) est défini comme tout contact avec du sang, ou du liquide biologique contenant du sang. En pratique, on peut distinguer deux situations épidémiologiques différentes :

- Les AES dits professionnels – touchant essentiellement le personnel de santé exposé lors de la réalisation de soins plus ou moins invasifs mettant en jeu différents liquides biologiques (sang en premier lieu, mais aussi urines, ascite, liquide céphalorachidien, liquide gastrique ou pleural...), mais aussi les personnels de nettoyage (piqûre avec du matériel injectable abandonné dans une poubelle).
- Les AES dits non professionnels qui concernent avant tout les rapports à risque non protégés mais aussi les échanges de matériel injectable chez les usagers de drogue intraveineuse.

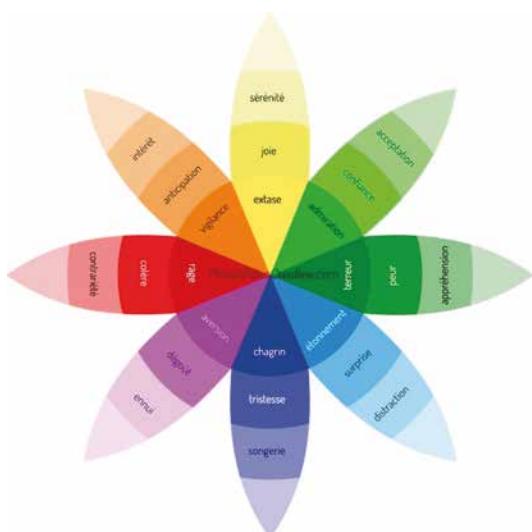
...

▪ AES : des émotions incomprises

Dans notre cursus de formation, en apprentissage de stage et en exerçant nos fonctions de soignant, nous apprenons qu'il faut savoir gérer ses émotions, garder la bonne distance. Notre réalité liée au quotidien c'est une réalité humaine ; Qui dit humain, dit émotion. Mais qu'on est-il de nos propres émotions face une exposition dans la réalisation d'un geste de prélèvement de sang devenu maîtrisé au fil du temps, à une prise de voie veineuse qualifiée risque de métier. C'est une utopie d'imaginer que l'on pourrait ressentir les émotions dans telle situation et pas dans d'autre.

Alors comment faire ?

On voit bien au quotidien que nous ne sommes pas touchés de la même manière pour les mêmes choses, la solution est donc de comprendre pourquoi l'on est touché et non de chercher à ne pas être touché. C'est ce qu'on appelle la gestion des émotions : les comprendre, apprendre à les gérer pour mieux se connaître et mieux accompagner nos patients.



En réalité, il n'y a pas de recette, de protocole pour la gestion des émotions chez le soignant, parce qu'on l'a compris nous sommes tous singulier, mais on pourrait se partager quelques questions qu'on se pose entre collègues

▪ Qu'est-ce que je ressens ?

Question simple mais elle est la plus importante parce que c'est celle qui va permettre de nommer l'émotion (colère, peur, tristesse...) et donc d'identifier son émotion

▪ Qu'est-ce que ça me fait dans mon corps ?

Cela permet de porter attention aux manifestations physiques de l'émotion. Est-ce qu'il s'est localisé (gorge, ventre, tête...) ou diffus (sensation d'explorer, de bouillir...). Et cela crée des chemins qui permettent ensuite d'identifier de mieux en mieux ce que l'on ressent. C'est ce qu'on appelle « se reconnaître ».

▪ De quoi a-t-on besoin là maintenant tout de suite pour que cela s'apaise ?

Réfléchir à cette question permet de comprendre pourquoi cet événement suscite cette émotion. Cette prise de conscience est indispensable car elle permet de prendre la responsabilité de son émotion et de répondre aux besoins qui sont associés.

Conclusion

Ce qu'on peut dire chacun de nous est libre de continuer sa tâche ou sa fonction de soignant qui l'emmènera à la compréhension de lui-même et de son propre fonctionnement. Prenons le temps de comprendre pourquoi nous sommes traversés par cette émotion et de quoi nous avons besoin, alors nous allons nous élever dans notre capacité à mieux gérer, à accepter l'émotion de l'autre (patient, collègue...), à répondre à nos besoins et aider l'autre à identifier ce dont il a besoin. ■



Infographiste pas comme les autres !!!



Cher Yassine, le cœur battant de la revue "au cœur des soins"

Votre présence au sein de l'équipe éditoriale de la revue "au cœur des soins" a été précieuse pour nous tous. Votre départ nous a tous choqué et sûrement il va marquer la fin d'une belle époque pour nous, mais nous sommes reconnaissants pour tes outils d'apprentissage, votre flexibilité, votre art et votre savoir-faire que vous nous avez partagés. Vous avez apporté une nouvelle perspective et de nouvelles idées qui ont été très précieuses pour toute l'équipe.

À travers ce cinquième et dernier numéro ensemble, nous voulions vous exprimer notre gratitude pour tous les numéros de la revue que vous avez faits avec beaucoup d'amour et de joie. Merci pour votre dévouement et votre travail acharné, qui ont été essentiels à la réussite de la revue.

Nous vous souhaitons le meilleur pour la suite et vous serez toujours dans nos pensées.

*Pr. FZ EL M'RABET
Directeur de publication
Directrice de l'hôpital d'oncologie*

Cher Yassine ERRABI,

Alors que tu t'apprêtes à poursuivre ta route vers une nouvelle aventure, je tiens à prendre un moment pour t'exprimer ma profonde gratitude pour tout ce que tu as apporté à notre équipe éditoriale en tant qu'infographiste.

Ton talent créatif et ton dévouement ont été des éléments clés dans la réussite des éditions de notre chère revue « Au Cœur des soins ». Ta capacité à donner vie à nos idées, à les transformer en visuels saisissants, a été véritablement inspirante pour nous tous.

Au-delà de ton expertise professionnelle, c'est ta personnalité chaleureuse et ton attitude toujours positive qui ont marqué notre collaboration. Ta présence va indéniablement nous manquer.

Alors que tu entames ce nouveau chapitre de ta vie, je te souhaite tout le succès et le bonheur que tu mérites. N'oublie jamais l'impact positif que tu as eu ici, et sache que tu laisses derrière toi une empreinte de qualité et d'excellence.

Merci encore pour tout, Yassine ERRABI. Tu resteras toujours dans nos cœurs et dans nos esprits.

Avec toute ma gratitude,

*Soundos SAIDI
Rédactrice en chef*

Hommage à toutes les femmes du centre hospitalo - universitaire Mohammed VI Tanger

Le thème choisi cette année, à l'occasion de la journée internationale de la femme le 08 Mars 2024, est "Investir en faveur des femmes : accélérer le rythme, accélérer la progression ".

La Journée internationale de la femme est un moment très fort qui marque les progrès de la femme, ses objectifs sont différents, il peut s'agir d'une journée de revendication ou bien, c'est une occasion de rappeler les droits de la femme et de promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes.... Mais le point commun reste celui d'honorer et de féliciter les réalisations des femmes dans tous les domaines.

Prenant l'exemple du domaine de la santé, et plus particulièrement, le CHU Mohamed VI de Tanger, plus de 60 % du personnel sont des femmes, et en égalité avec les hommes, la femme occupe des postes de responsabilité, allant d'une directrice de l'hôpital, chef de service dans le domaine de soins médicaux comme dans les soins infirmiers et techniques de santé, infirmière cheffe du service, cheffe de cuisine, cheffe du service d'informatique, cheffe d'équipe de ménage, administratrice

Dans chaque poste occupé, la femme a démontré ses capacités de réussir sa mission de gouvernance et de leadership, notamment dans toutes les prestations : l'administration, la recherche, la formation, les soins, l'accueil, les urgences, les gardes de nuits, ...Etc

Continuant à croire aux pouvoirs féminins et de valoriser la contribution des femmes dans la réussite des soins de niveau tertiaire, tout en soulignant les défis auxquels elles sont confrontées chaque jour vis-à-vis leurs vies privées de mamans, et de femmes au foyer.

Bravo à toutes les femmes du CHU de Tanger, des femmes inspirantes, dévouées, enthousiastes, combattantes, soignantes, administratrices et la liste est longue

*Pr. FZ EL M'RABET
Directrice de l'hôpital d'oncologie
CHU Mohammed VI
Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger*



Hygiène hospitalière : le Pilier invisible de la santé publique



ABKAR Najat

Hygiéniste, Hôpital universitaire psychiatrique
CHU Mohammed VI - Tanger



Dans le domaine de la santé, l'hygiène hospitalière se révèle être un pilier fondamental, impactant directement la sécurité et le bien-être des patients. Face à la persistance des infections nosocomiales en tant que menace majeure, une gestion efficace de l'hygiène, de la santé et de l'environnement devient cruciale. La prévention et la lutte contre ces infections nécessitent une approche proactive et intégrée.

Prenons un moment pour envisager un scénario où un hôpital qui fonctionne sans une structure dédiée à la supervision de ces aspects vitaux. Cela soulève des questions essentielles quant à la responsabilité de mettre en place des mesures garantissant la sécurité et la qualité des soins pour les patients. Qui serait alors chargé de concevoir des plans d'action pour prévenir les infections nosocomiales et veiller à la sécurité des patients vulnérables ? Ce défi dépasse largement la simple gestion des infections nosocomiales et englobe également la réduction des risques sanitaires et la promotion d'un environnement hygiénique respectant les normes ?

L'hygiène hospitalière a évolué de manière significative au fil des décennies. Initialement rudimentaires, les pratiques ont progressé grâce à une prise de conscience croissante de leur importance, ce qui a conduit à la mise en place d'initiatives visant à améliorer les normes dans les établissements de santé. L'établissement des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) dans les hôpitaux marocains à partir des années 2000 a marqué une étape décisive dans cette évolution. Malgré ces avancées, des défis persistent, notamment en termes de disponibilité des ressources et d'accès à une formation spécialisée en hygiène hospitalière. Néanmoins, le Maroc s'efforce continuellement d'améliorer ses pratiques d'hygiène, reconnaissant leur importance cruciale pour la sécurité et le bien-être des patients. En effet, au Maroc, le taux de mortalité lié aux infections nosocomiales est estimé à 9,5%. Des investissements dans l'hygiène hospitalière peuvent également générer jusqu'à 20 dollars d'économies pour chaque dollar dépensé, tandis que 60% des infections nosocomiales sont évitables grâce à des pratiques d'hygiène appropriées.



/...



La pandémie de COVID-19 et d'autres crises sanitaires ont mis en lumière l'importance cruciale de l'hygiène hospitalière et du personnel de santé. Alors que les professionnels de santé étaient en première ligne, combattant ces fléaux, le rôle complémentaire du personnel d'hygiène dans la prévention a été particulièrement remarquable. Généralisons, bien sûr ! Dans de nombreuses situations, pas seulement pendant une pandémie, le travail d'unité d'hygiène consiste à identifier les risques infectieux, à contribuer à réduire les contaminations directes et indirectes, et à collaborer avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer le plan de prévention des infections. Ils collectent, traitent et transmettent les données de surveillance, et assurent l'information, la sensibilisation et la formation en matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales. Ils contrôlent également la vigilance environnementale et réalisent des audits dans les domaines des soins et de l'environnement. Leur responsabilité inclut également le contrôle de désinfection des locaux, la supervision de la gestion des déchets hospitaliers, l'évaluation de la qualité des dispositifs et des procédures d'hygiène, ainsi que l'organisation de campagnes de lutte contre les vecteurs. Enfin, ils surveillent l'hygiène de la lingerie et veillent au respect des normes de propreté.

Il est essentiel de souligner que le rôle du personnel d'hygiène ne se limite pas à son action au sein des établissements de soin. En effet, il contribue également de manière significative sur le plan écologique et environnemental, notamment en assurant la gestion adéquate des déchets médicaux et pharmaceutiques et en luttant contre les vecteurs de maladies transmissibles telles que la leishmaniose et le paludisme. De plus, le personnel d'hygiène apporte son soutien aux autorités en charge du contrôle sanitaire des aliments, contribuant ainsi à la prévention des toxi-infections alimentaires collectives. Enfin, il joue un rôle crucial dans la promotion de la santé publique, participant ainsi à la préservation de la santé et du bien-être de la population dans son ensemble.

En conclusion, le personnel d'hygiène hospitalière occupe une place essentielle dans le système de santé, non seulement en assurant la propreté des installations, mais aussi en contribuant à la prévention des infections et à la sécurité des patients. Leur travail souvent discret mais indispensable mérite une reconnaissance et un soutien continu pour garantir des soins de qualité et des environnements hospitaliers sûrs pour tous. ■



Bibliographie

- World Health Organization (WHO). (2021). Infections nosocomiales. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infections-nosocomiales>.
- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). (2006). Guide technique pour la prévention des infections nosocomiales. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Prevention_Infections_Nosocomiales.pdf.
- Ministère de la Santé du Maroc. (2005). Plan stratégique national de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales au Maroc. <http://www.biblio-sante.dz/IMG/pdf/pnlin.pdf>.
- Centre National de Référence des Infections Nosocomiales (CNRIN). (2019). Surveillance épidémiologique des infections nosocomiales au Maroc. <http://www.cnrin.ma/fr/documentation>.
- Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM). (2018). Rapport sur la mortalité liée aux infections nosocomiales au Maroc. <https://www.anam.ma/sites/default/files/2018-12/9.%20D%C3%A9cembre%202018%20Rapport%20sur%20la%20Mortalit%C3%A9%20li%C3%A9e%20aux%20infections%20nosocomiales%20au%20Maroc.pdf>.

Le défi de la protection des données dans un hôpital digital : expérience de l'équipe IT du CHU Mohammed VI de Tanger



KAMMAS Chaimaa
Ingénieur en business intelligence
CHU Mohammed VI - Tanger

Dans le domaine de la santé, la protection des données des patients revêt une importance cruciale. Ces données, contenant des informations sensibles sur la santé et la vie privée des individus, nécessitent une protection rigoureuse. Une compromission de ces données pourrait non seulement porter atteinte à la vie privée des patients, mais également compromettre leur sécurité et leur bien-être. Ainsi, les établissements de santé, tels que le Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Tanger (CHU Mohammed VI - Tanger), s'engagent résolument à mettre en place des mesures adéquates pour assurer la confidentialité et la sécurité des informations des patients.

Dans cette optique, le CHU Mohammed VI - Tanger utilise un Système d'Information Hospitalier (SIH) qui simplifie l'ensemble des procédures, tout en mettant l'accent sur une approche orientée patient. Cependant, la simplification des procédures ne doit pas compromettre la sécurité des données. Il est impératif de limiter l'accès aux informations sensibles uniquement aux personnes autorisées et d'adopter des mesures de sécurité robustes pour prévenir toute diffusion non autorisée de ces informations. En effet, la mise en place de contrôles d'accès stricts et de mesures de sécurité avancées est essentielle pour garantir l'intégrité et la confidentialité des données des patients dans le cadre de leur traitement médical au sein du CHU.

Dans cette optique, le CHU Mohammed VI de Tanger a entrepris une série de mesures stratégiques visant à garantir la protection des données de santé de ses patients, telles que :

La collaboration Institutionnelle :

Le CHU Mohammed VI de Tanger a pris des mesures significatives pour assurer la protection des données personnelles de ses patients. Pour ceci, il a établi une collaboration étroite avec la Commission Nationale de contrôle de la protection des Données à caractère Personnel (CNDP). Cette initiative s'est concrétisée par la conclusion d'une convention détaillée, où le CHU s'engage à respecter scrupuleusement les normes et réglementations en vigueur concernant la confidentialité et la sécurité des données personnelles.

Cette convention avec la CNDP revêt une importance capitale, car elle témoigne de l'engagement ferme du CHU envers la protection des données des patients. Elle établit un cadre clair et rigoureux pour la gestion des informations personnelles, garantissant ainsi que les pratiques de traitement des données sont en totale conformité avec les lois et les réglementations en vigueur. En vertu de cette convention, le CHU s'engage à mettre en œuvre des mesures de sécurité appropriées pour prévenir tout accès non autorisé, toute divulgation ou altération des données personnelles des patients.

/...

De plus, cette collaboration avec la CNDP permet au CHU de bénéficier de conseils et d'expertise spécialisée dans le domaine de la protection des données. Les échanges réguliers avec la CNDP permettent d'identifier les meilleures pratiques et d'adapter en permanence les politiques et les procédures du CHU pour garantir une protection optimale des données des patients.



Infrastructure Technologique Sécurisée :

Le CHU Mohammed VI de Tanger a investi de manière significative dans une infrastructure technologique sécurisée. Celle-ci est conçue pour assurer le stockage sécurisé des informations sensibles, ne permettant l'accès qu'aux personnes autorisées. De plus, le CHU a mis en place une architecture de pare-feu sophistiquée qui détecte et bloque toute tentative d'accès non autorisé. Cette approche assure la confidentialité et l'intégrité des données des patients à chaque étape de leur prise en charge au sein du CHU.

De manière complémentaire, le CHU a mis en œuvre un système de sauvegarde régulier des données, garantissant la continuité des services en cas d'incident imprévu. Ainsi, en cas de problème, les données peuvent être restaurées rapidement et efficacement, assurant une continuité ininterrompue des soins et préservant la sécurité des informations des patients.

L'incendie : Un danger imminent



(1)

(2)

EL KHASSAL Kawtar (1), MOHAMMADI Abdelali (2)

(1) Cheffe de service de qualité et gestion de risque
 (2) Chargé de qualité et gestion de risque
 CHU Mohammed VI - Tanger

Les incendies représentent une des urgences les plus redoutables et périlleuses auxquelles un bâtiment peut être confronté. Leur déclenchement soudain et leur propagation rapide peuvent causer d'importants dégâts humains et matériels. Ainsi, la sécurité incendie revêt une importance capitale dans tous les environnements, surtout dans les lieux de travail, où le risque est particulièrement élevé. Dans ce contexte, la mise en place d'un plan d'évacuation est indispensable pour assurer une sortie rapide, ordonnée et sécurisée en cas d'incendie ou de toute autre situation d'urgence.

I. Pratique d'Évacuation en Cas d'Incendie :

1. Déclenchement de l'Alarme :

- L'alarme peut être activée automatiquement, manuellement ou par téléphone, et doit être prise au sérieux par tous les occupants.

2. Identification et Intervention :

- Vérification de l'écran CMSI (Centralisateur de mise en sécurité incendie) pour localiser l'incendie et demander de l'aide immédiate.
- Utilisation d'extincteurs portatifs appropriés (ABC ou CO2) pour contenir le feu, en demandant de l'aide à d'autres personnes si nécessaire.

L'extincteur à poudre ABC est le dispositif de protection incendie le plus polyvalent. Il est efficace contre les départs de feux de :

- ABC**
- 
- Classe A : feux secs ou braisants, de matériaux solides (bois, tissu, papier, carton...)
 - Classe B : feux gras, de liquides ou de solides liquéfiables (hydrocarbures, alcool, solvants, graisses, goudron, huiles, peintures...)
 - Classe C : feux de gaz (propane, butane, méthane...)

CO2



L'extincteur à CO2 utilise un gaz comme agent extincteur : le CO2 ou dioxyde de carbone (aussi appelé communément neige carbonique). Il est efficace contre les feux :

- Liquides inflammables ou de solides
- Liquéfiables (classe B ou feux gras) : hydrocarbures, produits chimiques, matières plastiques, solvants, peintures...
 d'origine électrique (ancienne classe E)

/...

3. Sécurité et Évacuation :

- Vérification de la température et de la présence de fumée à la porte.
- Evacuation des patients en utilisant les moyens appropriés selon leur mobilité.
- Si possible, tentative d'extinction du feu par la personne numéro 2.

4. Protocole d'Évacuation :

- Sécurisation des lieux en fermant les portes et en évacuant les personnes vers des zones sûres.
- Utilisation des sorties de secours et suivi des signalisations pour atteindre les points de rassemblement désignés.

II. Instructions pour l'Ensemble du personnel :

- Maintien du calme et de l'ordre, sans paniquer ni crier.
- Assistance aux personnes en difficulté et évacuation sans prendre de risques inutiles.
- Abandon des affaires personnelles et évacuation rapide sans courir.
- Sensibilisation des autres occupants sur le chemin et évitement de revenir en arrière.
- Baisse en cas de fumée pour respirer de l'air frais près du sol.
- Maintien des circulations libres pour faciliter l'accès aux secours.
- Prise de conscience que la sécurité prime avant tout.

En suivant ces directives et en étant préparés, nous maximisons nos chances de sortir d'une situation d'incendie ou d'urgence avec un minimum de risques pour la vie humaine et les biens matériels. ■

L'Éducation thérapeutique du patient anxieux



TALBI Hind

Infirmière en santé mentale
Hôpital Psychiatrique
CHU Mohammed VI - Tanger

L'anxiété est un sentiment de nervosité, d'inquiétude ou de malaise qui fait partie de l'expérience humaine normale. Elle est également présente dans de nombreuses affections mentales, y compris le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et les phobies. Bien que chacun de ces troubles soit différent, ils se caractérisent tous par une souffrance et un dysfonctionnement spécifiquement liés à l'anxiété et la peur. (Barnhill,2023)

L'anxiété est considérée comme un trouble lorsqu'elle :

- Survient à des moments inappropriés
- Survient fréquemment
- Est si intense et dure si longtemps qu'elle perturbe les activités normales d'une personne (c'est-à-dire qu'elle entraîne un comportement inadapté).

Les troubles anxieux sont principalement caractérisés par une peur et une anxiété excessives, ou par l'évitement de menaces perçues, qui sont persistantes et invalidantes. Au niveau biologique, l'anxiété s'explique par un dérèglement du système d'alarme dans le cerveau, en particulier de l'amygdale, siège de la peur.

Selon OMS, les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus courants dans le monde ; en 2019, 301 millions de personnes en étaient atteintes.

Les troubles anxieux touchent davantage les femmes que les hommes. Souvent, les symptômes de l'anxiété apparaissent pendant l'enfance ou l'adolescence. (OMS,2023)

L'éducation thérapeutique est un aspect important de la prise en charge des troubles anxieux. Elle vise à fournir aux individus les connaissances, les compétences et les stratégies nécessaires pour mieux comprendre et gérer leur anxiété. (OSCA,2016)

Objectifs généraux

- Améliorer la qualité de vie des patients atteints de troubles anxieux graves
- Améliorer l'observance médicamenteuse et éviter les complications

La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique des troubles anxieux nécessite une approche structurée et individualisée, adaptée aux besoins spécifiques des participants. C'est pourquoi, l'Hôpital Psychiatrique Universitaire de Tanger, relevant du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, a élaboré un programme psychoéducatif destiné aux patients souffrant de troubles anxieux, présenté en langage simple (en darija), pour faciliter la compréhension. Ce programme novateur est le premier du genre dans la région de Tanger, visant à aider les patients à comprendre et à maîtriser leur anxiété, tout en étant susceptible d'aider plusieurs autres patients à l'avenir.

L'éducation thérapeutique offre aux individus les outils et les connaissances nécessaires pour mieux comprendre et gérer leurs troubles anxieux dans divers contextes environnementaux et psychosociaux. Puisqu'il existe, un lien étroit entre les troubles anxieux et les facteurs environnementaux et psychosociaux.

/...

Programme :

Les séances	L'objectif de la séance
1. Séance d'introduction :	Cette séance permet de présenter le programme aux participants, de définir les objectifs et les attentes, et de recueillir des informations sur les antécédents médicaux et les symptômes individuels.
2. Compréhension de l'anxiété :	Une partie du programme serait consacrée à l'explication des différents types de troubles anxieux, de leurs causes potentielles et des mécanismes sous-jacents. Cette section viserait à démystifier l'anxiété et à aider les participants à comprendre leur condition.
3. Identification des déclencheurs :	Les participants apprendraient à reconnaître les situations, les pensées et les émotions qui déclenchent leur anxiété. Des techniques de journalisation pourraient être utilisées pour aider à identifier les schémas de pensée et de comportement associés à l'anxiété.
4. Techniques de relaxation :	Des séances pratiques seraient proposées pour enseigner aux participants des techniques de relaxation telles que la respiration profonde, la méditation de pleine conscience, la relaxation musculaire progressive et le yoga.
5. Gestion du stress :	Cette partie du programme mettrait l'accent sur l'apprentissage de stratégies de gestion du stress, y compris la planification de l'organisation, la résolution de problèmes, la communication assertive et la gestion du temps.
6. Promotion du mode de vie sain :	Des informations seraient fournies sur l'importance d'un mode de vie sain, comprenant une alimentation équilibrée, une activité physique régulière, un sommeil adéquat et la limitation de la consommation d'alcool et de substances stimulantes.
7. Gestion des crises d'anxiété :	Les participants apprendraient des techniques pour faire face aux crises d'anxiété, y compris la distraction, la relaxation et la gestion de la respiration. Un plan d'action personnel pour faire face aux situations de crise pourrait être élaboré.
8. Suivi et évaluation :	Le programme serait suivi par des séances de suivi régulières pour évaluer les progrès des participants, ajuster les stratégies si nécessaire et fournir un soutien continu.

Les troubles anxieux peuvent être influencés par divers éléments tels que le stress, les traumatismes passés, les événements de vie difficiles, les relations interpersonnelles, et même des facteurs génétiques et neurobiologiques. L'éducation thérapeutique, souvent intégrée dans des approches thérapeutiques comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), peut jouer un rôle crucial dans la gestion des troubles anxieux en abordant ces différentes dimensions. (Villeneuve, 2014)

L'éducation thérapeutique peut aider par plusieurs façons :

Compréhension des mécanismes de l'anxiété : L'éducation thérapeutique peut aider les individus à comprendre les mécanismes sous-jacents de l'anxiété, y compris les pensées automatiques négatives, les schémas cognitifs et les réponses physiologiques associées.

Identification des déclencheurs : En apprenant à reconnaître les facteurs déclenchant de leur anxiété, les personnes peuvent mieux anticiper et gérer les situations stressantes.

Stratégies de gestion du stress : L'éducation thérapeutique peut enseigner des techniques de relaxation, de respiration et de gestion du stress qui aident à réduire les symptômes anxieux.

Amélioration des compétences en communication : Travail sur les compétences en communication peut aider les individus à mieux exprimer leurs émotions, à établir des limites et à améliorer leurs relations interpersonnelles, ce qui peut réduire les sources de stress.

/...

Renforcement des réseaux de soutien : L'éducation thérapeutique peut encourager les individus à rechercher et à développer des réseaux de soutien solides, y compris des amis, de la famille et des groupes de soutien, ce qui peut aider à faire face à l'anxiété.

Adoption de modes de vie sains : En mettant l'accent sur l'importance d'une alimentation équilibrée, de l'exercice régulier, du sommeil adéquat et de la gestion des substances comme l'alcool et la caféine, l'éducation thérapeutique peut contribuer à améliorer le bien-être général et à réduire l'anxiété. L'efficacité d'un tel programme pourrait être évaluée à l'aide de mesures objectives telles que l'échelle d'anxiété de Beck et des questionnaires de satisfaction des participants. En adaptant le programme en fonction des besoins et des préférences individuels, il pourrait constituer un outil précieux dans la prise en charge des troubles anxieux. (OSCAR,2016)

En guise de conclusion, l'éducation thérapeutique peut jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de troubles anxieux en leur donnant les outils nécessaires pour mieux gérer leur condition. ■

Bibliographie

- Barnhill.J.2023 (Présentation des troubles anxieux)
<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mental/et-troubles-du-stress/prsentation-des-troubles-anxieux>
Le site officiel d'HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENÈVE
<https://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/troubles-anxieux>
OMS, 2023 (définition des troubles anxieux)
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
Oscar 2016. (Programme d'éducation thérapeutique "Troubles anxieux graves")
<https://www.oscartsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/6232>
Villeneuve.C.2014
LIVRE La famille et les troubles émotionnels des jeunes
<https://books.google.co.ma/>

Journée d'éducation nutritionnelle pour les patients souffrant de maladies cardiaques chroniques et de maladies endocriniennes pendant le mois de Ramadan



EL MOUDEN Oumaima(1), D'CHIRI Maha(2)

Diététicienne – Nutritionniste
CHU Mohammed VI - Tanger

(1)

(2)

Le 3 mars 2024, l'équipe de diététique et nutrition de l'hôpital des spécialités, en collaboration avec les services de cardiologie et d'endocrinologie et de maladies métaboliques, a participé à une journée d'éducation des patients souffrant de maladies cardiaques chroniques et de maladies endocriniennes au sein du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI. Cette initiative novatrice visait à sensibiliser les patients sur l'importance d'une alimentation adaptée, en particulier pendant le mois de Ramadan, et à répondre à leurs interrogations concernant leur régime alimentaire.

L'éducation nutritionnelle a été dispensée à travers une présentation interactive abordant les principes fondamentaux d'un régime méditerranéen. Les participants ont bénéficié de conseils pratiques sur la sélection des aliments, la gestion des portions et l'adaptation des habitudes alimentaires en fonction de leur état de santé. Un accent particulier a été mis sur les défis spécifiques rencontrés pendant le mois de Ramadan, où le jeûne peut potentiellement affecter la santé des patients cardiaques.



À la fin de la session, les patients ont eu l'occasion de poser des questions, ce qui a permis de clarifier les concepts abordés et de dissiper les éventuelles inquiétudes. L'interaction dynamique entre les patients et l'équipe de diététique et nutrition a favorisé un échange enrichissant, renforçant ainsi la compréhension mutuelle et l'engagement envers une alimentation saine.



En complément de l'éducation nutritionnelle, un menu de pause-café spécialement conçu pour répondre aux exigences nutritionnelles de ces pathologies a été proposé et appliqué. Ce menu exemplaire a démontré de manière pratique comment intégrer les principes de l'alimentation saine dans la vie quotidienne. Les plats sélectionnés ont été soigneusement élaborés pour respecter les recommandations diététiques tout en offrant une expérience gustative agréable. La réaction des patients à cette initiative a été extrêmement positive, témoignant de leur satisfaction à l'égard de la qualité et de la pertinence des informations fournies. En prenant compte la particularité de chaque pathologie, cette journée d'éducation a contribué à renforcer leur autonomie et leur bien-être, tout en favorisant une meilleure compréhension des enjeux liés à leur condition médicale.

/...

En conclusion, l'éducation nutritionnelle et la conception de menus adaptés constituent des éléments essentiels dans la prise en charge globale des patients souffrant de maladies cardiaques chroniques et de maladies endocriniennes. Cette initiative collaborative illustre l'engagement continu de l'équipe médicale envers l'amélioration de la qualité de vie et la promotion de la santé de ses patients. ■





NOS INFIRMIÈRES. NOTRE FUTUR.

**Conseil International des Infirmières
Le pouvoir économique des soins**

Journée Internationale des Infirmières

La JII est célébrée chaque année le 12 mai, date de la naissance de Florence Nightingale. Le Conseil International des Infirmières commémore tous les ans cette date importante en produisant et en distribuant une documentation thématique accompagnée d'un ensemble d'éléments probants.

Bien qu'êtant l'épine dorsale des soins de santé, le personnel infirmier est souvent confronté à des contraintes financières et à une sous-évaluation sociétale. La JII 2024 vise à modifier les perceptions, en démontrant comment un investissement stratégique dans les soins infirmiers peut apporter des avantages.



OUR NURSES. OUR FUTURE.

International Council of Nurses

The economic power of care



NUESTRAS ENFERMERAS. NUESTRO FUTURO.

Consejo Internacional de Enfermeras

El poder económico de los cuidados



NOS INFIRMIÈRES. NOTRE FUTUR.

Conseil International des Infirmières

Le pouvoir économique des soins



JOURNÉE INTERNATIONALE DES INFIRMIÈRES 2024

Le pouvoir économique des soins



**NOS INFIRMIÈRES.
NOTRE FUTUR.**

Conseil International des Infirmières

