

نبضات الصحة

CHU



Projet Culture et Santé

Evénements

Dossiers

Focus

Dossier Culture et Santé

Echo des services

Coopération

Portrait

La brève

**Projet Culture
et Santé : un
nouvel élan
d'une
institution en
plein
mouvement**

المركز الإستشفائي الجامعي
معهد السادس
مراكش



Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

EVENEMENTS

- Un esprit sain dans un corps sain : rendez vous au Marathon International de Marrakech
- <<Nساء المركز... قاطرات التطور والرفق>> شعار اليوم العالمي للمرأة في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس
- <<ارتفاع ضغط الدم : تحسين الفحص المبكر... تشجيع السلوكيات الصحية>> شعار اليوم العالمي للصحة في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس
- المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس يحتفل باليوم العالمي للتبرع بالأعضاء والأنسجة تحت شعار <<الأنسجة البشرية : وجه آخر للتبرع>>
- La fête de la musique s'invite à l'hôpital : rendez vous annuel du projet culture et santé
- المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس يحتفل باليوم العالمي للتبرع بالأعضاء والأنسجة تحت شعار "الأنسجة البشرية : وجه آخر للتبرع"
- Le département d'anesthésie réanimation adopte une nouvelle technique transfusionnelle : l'autotransfusion peropératoire
- La quatrième journée d'évaluation du CHU: un cap pour la planification stratégique hospitalière
- مجلس التدبير للمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش دورة 07 يونيو 2013
- L'équipe de greffe rénale innove : prélèvement de donneur vivant par technique laparoscopique

DOSSIERS

- Centre Psychotérapeutique du Jour ENNASSIM de l'hôpital Ibn Nafis
- مفهوم المسؤولية الطبية وطبيعتها القانونية
- La scintigraphie des récepteurs de la somatostatine : une nouvelle technique scintigraphique au Maroc
- L'implantation cochléaire au service d'ORL du CHU Mohammed VI de Marrakech : comment sortir du monde du silence ?

FOCUS

- Les statistiques sanitaires: quelle importance ? pour quel pouvoir ?

DOSSIER CULTURE ET SANTE

- مشروع الثقافة و الصحة بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش

ECHO SERVICES

- SAMU-Urgences de Marrakech : le challenge du SMUR primaire
- Le service de Médecine Interne

COOPERATION

- La Coopération sud sud : un nouvel élan

PORTRAIT

- Monsieur Mohammed BOUTAT
- Monsieur Mohammed BADDU

LA BREVE

- Le technicien en milieu hospitalier : un rôle important et une grande contribution dans le développement de l'offre de soins au CHU
- La journée internationale de la sage-femme
- المستشفى والمجتمع المدني: يد واحدة لمحاربة مرض السرطان
- Le CRUM de la Région de Marrakech Tensift Al-Haouz : premier bilan et perspectives ambitieuses pour l'avenir
- Prise en charge du cancer du sein : un nouvel ouvrage dédié
- ورقة تعريفية لكتاب "تحاقن الدم في خدمة الطبيب الممارس"

المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش



Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

Directeur de la publication

Pr.M'hamed Harif

Rédacteur en chef

Pr.Lamia Essaadouni

Comité de Rédaction

Dr.M.Said Belkadi

Pr.Imane Ait sab

Pr.Nadia Akhdari

Pr.Yassir Ait Benkaddour

Mme Jihan Qodad

Conception

M. Hicham Ait Malk

Tél : 00 212 524 300 700

Fax : 00 212 524 300 631

E-mail : jihanq@gmail.com

Adresse : Direction Générale CHU

Mohammed VI - BP : 2360

Avenue Ibn Sina Amerchich

Marrakech

Une dame âgée de près de 30 ans habitant la région de Marrakech vient accoucher à l'hôpital Mère-Enfant. Voulant rendre visite à la maternité, je la trouve dans la salle d'attente entourée des membres de sa famille et se débattant pour les empêcher de la faire admettre. On m'explique qu'elle est rentrée à deux reprises et à chaque fois elle quittait la salle des naissances, angoissée et demandant qu'on la laisse accoucher dans la salle d'attente. Il a fallu faire preuve de beaucoup de sens de la persuasion usant même de quelques brimades pour lui faire accepter l'idée de rentrer accoucher dans la salle des naissances. Elle est finalement admise, l'enfant presque à la vulve. L'accouchement s'est bien passé et la grand-mère, toute

heureuse que sa fille ait donnée naissance à son

« L'homme est un être culturel par nature... parce qu'il est un être naturel par culture »
Edgar Morin (Le paradigme perdu, 1973)

premier petit fils, était également toute reconnaissante. Les esprits étant plus apaisés, je demande à la grand-mère pourquoi sa fille s'est comportée ainsi. Elle m'explique que sa fille venait pour la première fois en ville et « pensait » qu'on lui ferait mal à l'hôpital alors qu'elle avait déjà accouché chez elle auparavant sans problème. Je reviens alors dans la salle des naissances que je trouvais très propre, d'une blancheur immaculée. On entend quelques gémissements de femmes en travail alors que les sages femmes couraient dans tous les sens. C'est une maternité très sollicitée, récemment mise en service où les normes d'hygiène sont respectées mais où aucune référence à la culture marocaine n'est visible. Les architectes et les ingénieurs ont essayé de respecter certes les normes d'hôpitaux modernes mais ont oublié d'y inclure quelques touches qui rappellent la culture locale. Du coup on se sent d'emblée dans un monde artificiel et par défaut peu

accueillant. Il y a probablement d'autres facteurs qui expliquent le comportement de cette dame, mais il est certain que la non identification au cadre hospitalier a contribué significativement à son angoisse. Parce qu'on ne devrait pas appréhender l'Homme sous l'angle réducteur du technicien de la santé ; parce que dans l'imaginaire collectif la maladie est certes une atteinte de l'intégrité organique ou psychique, mais elle est dans tous les cas intégrée dans une ambiance socioculturelle dont le poids est loin d'être négligeable ; parce que l'hôpital est aussi un espace de vie, un espace d'émotion, un espace de réflexion et d'expression des valeurs humaines nobles.

Pour toutes ces raisons et pour d'autres encore, nous sommes interpellés pour repenser culturellement l'hôpital. A un moment où les valeurs sont remises en question, la culture peut être un levier de réconciliation de l'hôpital avec la société et d'une relation soignant-soigné plus équilibrée.

Le CHU Mohammed VI de Marrakech est actuellement engagé dans cette voie avec le soutien de nos amis français et en particulier le Centre Hospitalier de Rouffach. La dynamique créée autour de ce projet, l'engagement des partenaires aussi bien du Ministère de la Culture que des associations de bénévoles de la ville nous conforte dans cette orientation. Une dimension nouvelle construite autour de la qualité de vie à l'hôpital et l'ouverture à la créativité est entrain de se mettre en place.

Pr M.Harif
Directeur du CHU

Un esprit sain dans un corps sain : Rendez vous au Marathon International de Marrakech

La pratique régulière et adaptée du sport permet de retrouver ou de conserver un état de bonne santé, et ce en optimisant l'état physiologique d'un individu. La pratique du sport permet aussi la cohésion sociale. Ainsi parmi les bienfaits du sport je cite : le renforcement du cœur et la régulation de la tension artérielle, le maintien du capital musculaire, l'accroissement du capital osseux, la prévention des problèmes articulaires, avoir une silhouette fine et tonique... Outre ces bienfaits sur le corps, la pratique du sport agit positivement sur le mental en procurant un bien être général, en améliorant les performances intellectuelles, en facilitant l'évacuation du stress et en favorisant le sommeil. Conscient des bienfaits du sport sur le personnel et sur l'institution, le CHU Mohammed VI de Marrakech, a participé le 27 Janvier 2013 à la 24^{ème} édition du Marathon et Semi Marathon International de Marrakech

avec l'inscription d'une trentaine de participants. A l'instar de la 23^{ème} édition, cette année a vu le renforcement de l'équipe du CHU par 6 participants du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil de France. Cette année comme l'année précédente, la participation du CHU à cette manifestation ne s'est pas limitée à la course à pied. En effet en plus de l'équipe de coureurs, il y avait une équipe de cadres du CHU (administrateurs, biologistes, infirmiers et spécialiste en communication...) qui ont communiqué autour du thème « le don d'organes ». Cette sensibilisation a intéressé aussi bien le grand public et les journalistes. Rendez vous le Dimanche 26 Janvier 2014, pour la vingt cinquième édition du Marathon de Marrakech, avec comme objectifs la participation à l'événement pour le bien être et la santé.



Les participants du CHU Mohammed VI et du CHIC de Créteil

Dr A. Taha
Responsable du Registre
de Cancer
CHU Mohammed VI



<< نساء المركز... قاطرات التطور والرقى >> شعار اليوم العالمي للمرأة في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس



تكريم نساء المركز الإستشفائي الجامعي بحضور مجموعة من الفنانات المغربيات

في إطار مشروع الثقافة والصحة وتخليدا منه لليوم العالمي للمرأة، أبا المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس إلا أن يكرم نسائه من خلال يوم شعاره << نساء المركز... قاطرات التطور والرقى >>. عرفانا بمجهود النساء العاملات بالمركز في تطوير أساليب العلاج والرقى بمستوى الخدمات الطبية كل منهن من موقع عملها. تميز هذا اليوم ببرنامج غني، طغت فيه ثاء التأنيث ونون نسوة المركز. استهل البرنامج بمستشفى ابن طفيل بفقرة موسيقية للفنون الشعبية من إبداع فرقة العروبة تلاها تكريم النساء العاملات في المركز عن جهودهن. حيث افرز التصويت عن اسم السيدة فتحية الحينوني عن الإدارة العامة للمركز، السيدة فتحية الكزدير عن مستشفى الأم والطفل، السيدة مارية صفاء عن مستشفى ابن نفيس، السيدة الهام السانية عن مركز التكنولوجيا و أمراض الدم و السيدة حفيدة ابوتير عن مستشفى ابن طفيل. اختتم برنامج ذلك اليوم بسهرة غنائية متنوعة بقاعة العروض التابعة لمؤسسة العراقي. تميزت السهرة بحضور شرفي للفنانين ظهور ورضا اللذين أبا إلا أن يضعا بصمتهما في حفل تكريم نساء المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس.

<< ارتفاع ضغط الدم : تحسين الفحص المبكر... تشجيع السلوكيات الصحية >> شعار اليوم العالمي للصحة في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس

تحت إشراف أطباء متخصصين في أمراض القلب، أطباء عامون، أطباء العمل، ممرضون و متخصصة في التغذية. ليجمع البرنامج بين ما هو صحي وما هو ثقافي. عرف اليوم الثاني عملية انطلاق القراءة بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس تحت شعار << القراءة مدعوة في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس >>. الهدف الأساسي من هذه العملية هو تقريب الكتاب من المريض ومن المستخدمين بالمركز لإعطاء متنفس جديد داخل أسوار المركز. ليبقى الكتاب خير جليس لمرضى اضطرهم المرض لإمضاء فترة بعيدا عن كل ما هو مكتوب إلا أسماء العلاج وأسماء الأقسام التي تؤويهم. ليختتم هذا اليوم بحفل للفنون الشعبية النسائية في دار الثقافة التابعة للمندوبية الجهوية الشريك الأول لبرنامج الثقافة والصحة. تميز اليوم الثالث والختامي للبرنامج بطابع الرياضة التي تبقى خير وقاء من مرض ارتفاع ضغط الدم بشعار << العقل السليم في الجسم السليم >>. عرف هذا اليوم مباراة لكرة القدم دارت في الملعب الكبير لمدينة مراكش جمعت بين فرق العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس.



مستفيدين من الحملة التوعوية



حسان سمان
منسقة بنك العيون

امتد البرنامج الاحتفالي على مدى ثلاثة أيام. اليوم الأول ذو طابع صحي بامتياز عرف حملة للتوعية بأهمية الفحص المبكر و الكشف عن ارتفاع ضغط الدم داخل المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس و حملة خارج أسوار المركز بقرية ايغيل بتعاون مع جمعية بصيص الأمل و

La fête de la musique s'invite à l'hôpital : Rendez vous annuel du projet "Culture et Santé"

Il est 08h00 du matin, on est le Vendredi 21 Juin 2013, à première vue c'est un jour comme les autres, débuts d'activité au CHU Mohammed VI, malades hospitalisés, visite médicale quotidienne, consignes entre les équipes, des bureaux du personnel qui s'ouvrent...

Mais pour le comité du programme culture et santé du CHU ce n'est pas un jour ordinaire, c'est la fête internationale de la musique ... et c'est tout un programme de 8h30 à 17h00 qui s'est préparé sous le thème de la 2^{ème} édition "la musique qui soigne".

De 8h30 à 9h00 : le réveil des enfants était au rendez vous sur note de musique jouée par un violoniste qui traversait chaque chambre sur un rythme doux et mélodique. Cette balade musicale ne s'est pas limitée, le tour s'est fait au niveau des hôpitaux du jour du COH, aux salles de consultations. A chacun de ses passages notamment (Service de radiothérapie, service d'hématologie, service d'oncologie, service de médecine nucléaire), plusieurs dizaine du personnel se sont réunis autour de ce violoniste ayant tous un point commun « une bonne idée rapporte toujours de la gaieté ».

9h00-16h00: Musique AUDIO

L'inauguration de la journée était par le lancement d'un CD musical conçu spécialement pour la journée contenant un répertoire riche de musique classique et musique de la grande diva libanaise FAIROUZ.

Les hauts parleurs des halls et couloirs silencieux du COH- HME-Direction Générale du CHU étaient tous unis autour de la musique.

9h30-10h30: Atelier de peinture pour enfant animé par le groupe DREAM OF FACE

Le groupe dreaming of face a tenu à participer pour la 2^{ème} fois à la fête de la musique au CHU Mohammed VI. Deux ateliers ont vu le jour:

- Atelier de peinture au deuxième étage, espace bibliothèque pour enfants hospitalisés (5- 15 ans) du COH.



Dessin sur les visages des enfants hospitalisés de l'HME

-Atelier de peinture à l'espace bibliothèque au hall d'accueil de l'HME.

10h00-11h00: Animation musicale par l'association

Femmes Harakies à l'hôpital Ibn Nafis

Les patients de L'hôpital Ibn Nafis ont pu assister à une animation musicale fête par l'association au foyer Abbas Saladi.

11h00-12h00: Visite des artistes

Visite de quelques artistes marocains qui sont venu au COH et à HME pour célébrer avec nous cette journée de fête malgré leurs engagements artistiques

16h00-17h00 : Spectacle musical qui a eu lieu dans le hall d'accueil du COH et qui a été animé par l'association **Yidik Fyidina** et l'association **leur d'espoir**. L'humoriste talentueux EKO était au rendez-vous.

Le spectacle musical était riche par un programme varié :

-Chorégraphie musicale créée par l'association Yidik Fyidina rien que pour cette journée et par la présence de notre artiste humoriste EKO.

-Chansons du répertoire marocain

La musique est aussi une thérapie, thème de notre



Sketch présenté par EKO au profit des malades du COH

2^{ème} édition, a vu la sortie d'un dépliant conçu par Dr H.Jebraoui, Psychologue du COH qui explique le rôle de la musicothérapie comme un outil complémentaire de soins.

Pour la 2^{ème} édition de la fête de la musique, le CHU Mohammed VI a convié tout artiste à partager des mélodies avec les patients, leurs proches, le personnel et les mélomanes. Lieu de vie sociale et culturelle, le CHU œuvre pour favoriser le bien être des hospitalisés et leurs proches. Soyons tous au rendez vous pour la 3^{ème} édition 2014.



Mlle S. Moutassadiq
Surveillante Générale
COH

Le Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Le Comité Greffe d'Organes et de Tissus Humains du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI



وزارة الصحة
Ministère de la santé



مركز
التبرع
بعض
الاعضاء
والتissues
البشرية
بمركز
الجامعة
محمد
السادس

Le Comité Greffe d'Organes et de Tissus Humains du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI

Célèbre

la Journée Mondiale du Don d'organes

Sous le thème :

« الأنسجة البشرية : وجه آخر للتبرع »

« Tissus humains :

un autre aspect du don »

Mardi 22 Octobre 2013

Direction Générale CHU Mohammed VI



حسان سمان
منسقة بنك العيون

منذ افتتاح بنك العيون لمراكش بتاريخ 17/10/2011، الذي يصادف اليوم العالمي للتبرع بالأعضاء، دأب المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس على تخليد هذه المناسبة. حيث يعرف من خلالها برنامج التبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية الذي يعد ضمن المشاريع الأولوية التي يسعى المركز للنهوض بها. في هذا الإطار، نظمت لجنة زرع الأعضاء والأنسجة البشرية للمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس، للمرة الثالثة على التوالي، ورشة عمل، تحمل هذه السنة، شعار «الأنسجة البشرية : وجه آخر للتبرع» و ذلك يوم 22 أكتوبر 2013 بمقر مديرية المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس.

هدف هذه الورشة بالأساس تسليط الضوء على التبرع، نقل، وزرع الأنسجة البشرية. حيث لاتزال هذه النقطة غير معروفة لعموم المواطنين وكذلك العديد من أصحاب الوزرة البيضاء. استهل برنامج هذا اليوم بجلسة عمل جمعت اعضاء لجنة التبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية ليعرف البرنامج زوالا ورشة عمل تمت خلالها مناقشة الاطار القانوني للتبرع، نقل، وزرع الأنسجة البشرية بحضور مديرية القوانين والأنظمة السيدة في شخص السيدة خديجة مسحاق. أما الجانب الطبي فتميز بعروض حول التبرع، نقل، وزرع الغشاء الأميوسي ورأس عظم الفخذ والتي تندرج في اطار البقايا الجراحية التي لا تشكل بالتبرع بها ضررا على صحة المتبرع. حيث احدث الغشاء الأميوسي ثورة نوعية في مجال زرع الأنسجة، نظرا لخصائصه العلاجية المتعددة والتي نذكر منها التئام الجروح و معالجة الندوب وذلك راجع لقدرته الكبيرة على تجديد الخلايا وتوجيه زحفها. كما تم التعريف بأهمية التبرع برأس عظم الفخذ وكذا تقنية حفظه وزرعه. يساعد هذا النسيج سواء في ترميم العظام والكسور، ترميم عظام الوجه والفك وكذلك في حالات السرطان العظام. كما كانت ورشة العمل هاته مناسبة لتسليط الضوء على اهمية العلاج بالخلايا الخذعية والتي تشكل نقلة نوعية في مجال الطب.

حيث خرجت اللجنة بتوصيات كان ابرزها اقتراح انشاء تنسيقية تجمع المراكز الاستشفائية الاربع للمملكة وكذلك دراسة مشروع قانون الذي من شأنه النهوض بمجال زرع الأنسجة البشرية.

Le département d'anesthésie réanimation adopte une nouvelle technique transfusionnelle : l'autotransfusion peropératoire

Après acquisition par le CHU d'un nouvel équipement et après la formation spécifique à son utilisation assurée aux praticiens et au staff biomédical, nos médecins anesthésistes réanimateurs ont utilisé ce nouveau procédé dans les opérations chirurgicales lourdes et hémorragiques notamment en neurochirurgie, en chirurgie cardiovasculaire et en orthopédie.

Le principe consiste en une récupération du sang du champ opératoire au moment de l'intervention vers l'appareil où il est lavé, filtré et concentré en globules rouges par centrifugation. Le sang nouvellement produit est collecté dans une poche puis

transfusé au patient. Cette technique d'autotransfusion permet d'éviter, pour certaines indications, le recours à la transfusion sanguine classique en évitant les risques de transmission virale et de réactions immunologiques ainsi que le surcoût. Elle a été d'ailleurs utilisée avec succès lors d'une complication hémorragique peropératoire survenue au cours de la dernière transplantation rénale.

Félicitations à notre CHU pour cette initiative louable.



Equipement d'Autotransfusion

Pr M. N. Samkaoui
Chef du Service des Urgences
HIT



La quatrième journée d'évaluation du CHU: un cap pour la planification stratégique hospitalière

Le CHU Mohammed VI a organisé le Jeudi 25 Avril 2013 sa quatrième journée d'évaluation sous le thème : « Evaluation et performance: un cap pour la planification stratégique hospitalière » au centre rural d'Aghbalou à la vallée d'Ourika.

L'ensemble des acteurs sont au rendez vous durant cette journée : les chefs de divisions et chefs de services de la Direction Générale, les Directeurs des hôpitaux et leurs staffs administratifs, les chefs des services hospitaliers ainsi que les majors et surveillants des hôpitaux. Durant la journée un programme très chargé où on passe en revue toutes les performances de l'année écoulée.

La matinée a été réservée aux présentations du rapport d'activité par hôpital, Pr H.Nejmi Directeur de l'hôpital Ibn Tofail a présenté les performances réalisées au titre de l'année 2012, suivie d'une discussion qui a concerné l'ensemble des aspects de la gestion de l'hôpital, les contraintes, les dysfonctionnements et les mesures de redressement à mettre en place ainsi que les perspectives d'avenir de l'hôpital.

La deuxième présentation a été faite par Pr A.Soumani. Il a présenté l'état des lieux de l'hôpital Mère et Enfant ainsi que les contraintes spécifiques dues à la pression de la demande que subit l'hôpital. Il a rappelé les dysfonctionnements d'activité que connaît la maternité de l'hôpital Ibn Zohr et ses répercussions sur la qualité des prestations prodiguées au sein de l'hôpital Mère et Enfant. Il a également soulevé les contraintes liées à l'activité du service des urgences pédiatriques, vu l'insuffisance de l'offre de soins à l'échelon régional. Les discussions ont porté sur les mesures à mettre en place pour améliorer les prestations et la qualité des soins au sein de cet hôpital.

Par la suite Pr Asri, directrice de l'hôpital Ibn Nafis, a présenté les performances réalisées par cet hôpital et également les contraintes auxquelles sont confrontés les professionnels au sein de cet établissement hospitalier pour répondre aux besoins des patients, elle a également proposée quelques suggestions d'amélioration de la prestation de service au niveau d'un hôpital psychiatrique. En fin de matinée, Pr Samkaoui, Directeur de l'hôpital Arrazi, a présenté l'état d'avancement des travaux au niveau de cet hôpital, ainsi que les perspectives de son ouverture et du transfert d'activité vers ces nouvelles structures. Les discussions ont porté sur les différents scénarios de transfert ainsi que les mesures d'accompagnements à mettre en place pour réussir cette opération. De manière générale, le climat de débat a



Participants à la journée d'évaluation

porté sur le volet de l'efficacité, l'efficience, la qualité, l'organisation et l'aspect social. L'après midi a été réservée à l'évaluation du projet d'établissement hospitalier 2009-2013, afin de dégager les points forts à consolider et les points faibles à améliorer dans notre stratégie future. Les différentes composantes du projet d'établissement ont été présentées et discutées pour évaluer le degré d'atteinte des objectifs escomptés, ainsi que les réajustements qui ont été opérés à mis parcours afin d'opérationnaliser la mise en places des différents projets de notre PEH.

La journée d'évaluation est devenue pour beaucoup d'entre nous, au CHU Mohammed VI, un moment incontournable de l'année. C'est un événement d'une grande importance puisqu'il permet d'ouvrir les débats autour de l'activité de l'ensemble des services hospitaliers, ainsi que ceux de la Direction Générale pour mettre en valeur les performances positives, qui ont favorisé l'atteinte des objectifs et se pencher sur les contraintes qui sont à l'origine des faibles performances de certaines activités afin de les améliorer. Il constitue un moment privilégié de partage des expériences au sein des équipes dans une dynamique d'émulation entre les différents services hospitaliers et également entre hôpitaux du CHU. Le choix du lieu et du contexte de déroulement de cette journée est très symbolique, il s'agit du complexe culturel Aghbalou situé au niveau de la vallée de l'Ourika. Ce complexe est géré par une association au profit des élèves issus des douars qui composent cette localité géographique, connu par la pauvreté de sa population. C'est une contribution symbolique indirecte du CHU à cette association. La beauté du paysage, la spontanéité et la sincérité des personnes qui gèrent ce complexe, la qualité des repas traditionnels servis ont contribué à la réussite de cette journée d'évaluation.

La culture d'évaluation au sein de notre CHU est de plus en plus ancrée, aussi bien chez l'équipe de Direction qu'au niveau des hôpitaux et même des services hospitaliers. Comme toute organisation qui se respecte, le CHU Mohammed VI de Marrakech fait de l'évaluation des performances un levier de développement stratégique incontournable.

M.A. Arkoubi
Secrétaire Général
Direction CHU



مجلس التدبير للمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش دورة 07 يونيو 2013

كما استعرض بهذه المناسبة أهم العمليات النوعية التي قام بها المركز: كعملية زرع القوقعة لعلاج الصمم - حيث أجريت 21 عملية للأطفال يعانون من صمم حاد ما بين دجنبر 2012 ومارس 2013، من بينها 5 عمليات أجريت في إطار راميد RAMED - عمليات زرع النخاع العظمي، وعمليات زرع القرنية، و عمليات زرع الكلى.

كما أشار أن المركز انخرط في مشروع نظام المساعدة الطبية راميد RAMED بكل مكوناته و أن 80 % من الذين استفادوا من الخدمات الصحية بالمركز في إطار RAMED، خلال سنة 2012، أدلو فقط بتوصيل إيداع ملف طلب الانخراط. و قدم ورقة حول نظام المساعدة الطبية راميد لسنة 2012 حيث أشار إلى أن القيمة الإجمالية للفاتورة بلغت 58.697.683 درهم.



مجلس التدبير

كما تطرق السيد المدير إلى بعض مشاريع المركز، وخصوصا مشروع دعم الصحة الجماعية PASC، مشروع النظام المعلوماتي الإستشفائي باعتباره النظام العصبي للمركز وعلى مشروع الأرشيف الإلكتروني للحفاظ على ذاكرة المركز وتكوين قاعدة معلومات مهمة للبحث والتكوين.

في تدخله، عقب تدخل السيد المدير، نوه السيد الكاتب العام لوزارة الصحة بمنجزات المركز وبتنوع الخدمات الصحية التي أصبحت تستفيد منها ساكنة الجهة، وذكر بأن هناك إكراهات على الصعيد الوطني من حيث التمويل، وبأن وزارة المالية في تعاون مستمر مع وزارة الصحة.

وأكد أن المركز أصبح قطب للتفوق والتميز ومرجع على الصعيد الوطني ويساهم بشكل كبير في نقص توجيه المرضى للقيام بعمليات في الخارج، ويهنا الفريق على هذه المنجزات. وتعليقا على نسبة الملأ المرتفع بالمركز أوصى السيد الكاتب العام بالقيام بدراسة حول أسباب ارتفاع هذه النسبة، والقيام بدراسة الخريطة الصحية للجهة وكذا تطوير الولوجية للمركز. كما أوصى بمقارنة مؤشرات المركز بنظيراتها بباقي المراكز الإستشفائية الأخرى.

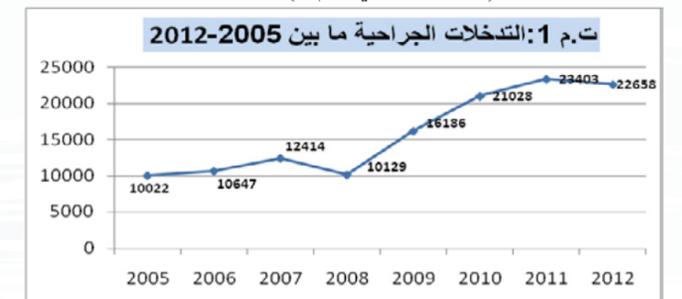
وتطرق كذلك إلى التجربة النموذجية لنقل الحالات المستعجلة بالمرحبة خصوصا بالمناطق النائية والوعدة.

وشكلت القضايا المرتبطة بالعرض الصحي بالجهة موضوع نقاش مستفيض من قبل أعضاء مجلس التدبير، حيث تطرقت الأستاذة فاطمة عصري في تدخلها إلى النقص الحاد في الموارد البشرية من الأطباء وممرضين بمستشفى ابن نفيس، وطالبت الوزارة بفتح مناصب لتوظيف

ترأس السيد الكاتب العام لوزارة الصحة الدكتور عبد العلي بلعيتي علوي، يوم 07 يونيو 2013 أشغال اجتماع مجلس التدبير للمركز الإستشفائي محمد السادس.

وأعرب السيد الكاتب العام في كلمة افتتاحية بالمناسبة عن ارتياحه من حيث أداءات المركز الإستشفائي محمد السادس وتنوع التخصصات والخدمات التي أصبحت تستفيد منها ساكنة الجهة. وأبرز أن الإرتقاء بالمنظومة الصحية يتطلب بذل المزيد من الجهود في إطار من التضامن والتعاون والالتزام والروح الوطنية الصادقة وكذا تطوير حكمة المنظومة الصحية وترشيد وعقلنة استعمال الموارد البشرية المتاحة.

من جهته رحب السيد مدير المركز الإستشفائي الأستاذ محمد حريف بالحضور وشكر السيد الكاتب العام على ما قاله في حق المركز وأكد على أن المنجزات المحققة هي نتيجة عمل كل مهنيي المركز. ثم استعرض حصيلة منجزات المركز لسنة 2012 فالحساب الإداري وأهم المشاريع المنجزة والمستقبلية. حيث تطرق إلى أهم مؤشرات الأداء، نسجل على سبيل المثال تطور عدد التدخلات الجراحية التي بلغت 22.650 عملية جراحية سنة 2012، أي ما يناهز 87 عملية في المتوسط يوميا، منها 67 % عمليات كبرى (التمثيل البياني رقم 1).



نفس التطور عرفه عدد الوافدين على المستعجلات الذي انتقل من 142.125 سنة 2011 إلى 157.432 سنة 2012، هذه الأعداد الهامة تؤثر بدون شك على جودة الخدمات.

أما بخصوص المؤشرات المتعلقة بصحة الأم فنسجل ارتفاع عدد الولادات إلى 14.972 ولادة سنة 2012 مقابل 12.752 سنة 2011، حيث وصل معدل الولادات إلى 41 ولادة في اليوم، 24 % منها هي ولادات متعسرة. وهذا بسبب ارتفاع عدد الإحالات من باقي مستشفيات الجهة (التمثيل البياني رقم 2).



التوصية رقم 2: صرف ميزانية 2012

اطلع مجلس التدبير على الحساب الإداري لسنة 2012، ولمس المجهود المستمر في معدلات الإنجاز وبوصي مجلس الإدارة بالمصادقة عليه. **توصية رقم 3: مشاريع تحسين الخدمات الطبية بالمركز الإستشفائي** اطلع مجلس التدبير على مشاريع تحسين الخدمات في المجالات التالية:

- مركز الفحوصات الخارجية والتشخيص
- برنامج تحسين خدمات الأمراض النفسية
- برنامج الرفع من الخدمات الطبية المستعجلة (SAMU-Urgence)
- تقرير حول نظام المساعدة الطبية (RAMED)
- تقرير حول برنامج زرع الأعضاء والأنسجة
- وسجل بارتياح التطور الإيجابي لهذه المشاريع، ويطلب من مديرية المركز الإستشفائي مواصلة مجهوداتها.

توصية رقم 4: مشاريع أخرى بالمركز الإستشفائي

- اطلع مجلس التدبير على مشاريع المركز الإستشفائي المعروضة على أنظاره، وبوصي مجلس الإدارة بالمصادقة عليها، وهي:
- مشروع اتفاقية بين المركز الإستشفائي والمركز الوطني للقلب والشرابين بنواكشوط
 - مشروع الثقافة والصحة
 - مشروع اتفاقية بين المركز الإستشفائي والمديرية الجهوية للثقافة مراكش



جاناب من الحضور في مجلس التدبير

التوصية رقم 5: المنحة المتعلقة بنظام المساعدة الطبية

اطلع مجلس التدبير على الإكراه المتعلق بعدم توصل المركز بالمنحة المخصصة للمساعدة الطبية برسم سنة 2012 و عدم إدراج هذه المنحة في ميزانية 2013 ويثير انتباه المجلس الإداري على هذا الإكراه .



عبد العزيز زيتوني
رئيس مصلحة الشؤون العامة
مديرية المركز

و تعيين الأطباء والمرضى بالمستشفى. تساءل الأستاذ الصمكاوي عن مصير مستشفى ابن طفيل ، و تحدث كذلك عن الخصاص في الموارد البشرية ، وطالب بالتوازن في توزيع المناصب المالية للأساتذة.

عبرت ممثلة وزارة المالية عن ارتياح كبير فيما يخص معدل الالتزامات بالنسبة لسنة 2012. فيما أوصت بتحسين الأداءات و كذا معدل تحصيل المستحقات. كما أوصت بإعطاء المزيد من التوضيحات حول بعض مشاريع الاستثمار من حيث برمجة الميزانية المخصصة لهذه المشاريع واعتماد مبدأ الأولوية في ظل الظروف للإقتصادية الراهنة. كما أوصت بالتفكير في توسيع اتفاقيات الشراكة من أجل جلب المزيد من المرضى الأجانب .

وفي معرض رده على أهم القضايا التي أثارها أعضاء مجلس التدبير ، أوضح السيد الكاتب العام للوزارة أنه بفضل المبادرة الوطنية للنهوض بالمستعجلات والمبادرة الوطنية راميد صنفت المنظمة العالمية للصحة المغرب من بين الدول التي تنحو إلى تغطية صحية شاملة.



جاناب من الحضور في مجلس التدبير

كما أخبر بأن المناظرة الوطنية الثانية ستتطرق إلى الحكامة الجيدة بالقطاع الصحي وكذا المحددات الاجتماعية التي يجب أخذها بعين الاعتبار من أجل النهوض بالقطاع الصحي على الصعيد الوطني. من جانبه شكر السيد مدير المركز الإستشفائي محمد السادس الحضور على مداخلاتهم القيمة، وأكد على أنه سيتم مراجعة المؤشرات المعتمدة لتقييم أداء المركز باعتماد مؤشرات و لوحة قيادة نوعية تعبر عن مدى رضا الوافدين على المركز.

وعلاقة بنسبة الملأ بمستشفى ابن نفيس، ذكر السيد المدير بأن المركز الإستشفائي نظم اليوم الأول حول العرض الصحي للأمراض العقلية والنفسية بحضور ممثلين عن السلطة القضائية وثلة من المتخصصين في الأمراض العقلية والنفسية، تم خلال هذا اليوم مناقشة العديد من النقاط التي تساهم نسبيا في خفض نسبة الملأ، كما أن المركز في طور الإعداد لتنظيم يوم ثان لتدارس مختلف المشاكل التي يعاني منها العرض الصحي للأمراض العقلية والنفسية بالجهة.

واختتمت أشغال هذه الدورة بالتوصيات التالية:

التوصية رقم 1: منجزات سنة 2012

اطلع مجلس التدبير على منجزات المركز الإستشفائي لسنة 2012، وبوصي المجلس الإداري بالمصادقة عليها.

L'équipe de greffe rénale innove : prélèvement de donneur vivant par technique laparoscopique

La transplantation rénale est le traitement de choix de l'insuffisance rénale chronique terminale. Le prélèvement rénal à partir de donneurs vivants est une solution pour augmenter le nombre de transplantations, d'autant plus qu'il permet un taux de survie du greffon à 10 ans, supérieur à celui des greffes à partir de sujets en mort encéphalique. En effet, le greffon ne subit pas d'éventuels dommages induits par des comorbidités associées ou des troubles hémodynamiques communs aux états de mort encéphalique.



Prélèvement du rein par l'équipe du service d'Urologie

La chirurgie laparoscopique comme technique mini-invasive a permis le développement du prélèvement du rein sur donneur vivant, dans le respect des contraintes techniques du prélèvement classique par chirurgie ouverte. En effet, le prélèvement laparoscopique du rein sur donneur vivant offre tous les avantages de cette chirurgie mini-invasive à savoir : une douleur post-opératoire réduite et par conséquent une faible consommation d'analgésiques, avantages esthétiques (petites incisions) et une durée de convalescence réduite qui permet un retour rapide aux activités socio-professionnelles. Tout cela va permettre un allègement considérable de l'impacte psychologique de cet acte sur le donneur mais aussi sur son entourage familial avec un impact positif sur les intentions de don d'organes. Consciente de tous les avantages de cette technique mini-invasive, et grâce à l'expérience en chirurgie laparoscopique qu'elle a accumulée, l'équipe d'Urologie du CHU Mohammad VI a pris l'initiative d'entreprendre avec succès son premier prélèvement laparoscopique sur donneur vivant le 07 Février 2013. En effet, un jeune homme de 19 ans s'était proposée pour un don de son rein au profit de sa soeur de 23 ans qui était suivie pour insuffisance rénale terminale.

En effet, après les différents examens pré-greffes (cliniques, biologiques et radiologiques) réalisés au

sein du CHU Mohammad VI de Marrakech et après une consultation de pré-anesthésie on a procédé à l'intervention de prélèvement laparoscopique par voie transpéritonéale sur le donneur vivant. Sous anesthésie générale et en décubitus latérale droit, les trocarts ont été placés par voie transpéritonéale. Après décollement colique, le pédicule rénal (artère et veine rénale) a été minutieusement disséqué, puis une libération complète du rein a été effectuée suivie d'une mise en place des clips à ras de l'aorte sur l'artère rénale gauche et d'agrafes (EndoGIA) sur la veine rénale gauche.



L'uretère à son tour a été disséqué sur une bonne longueur puis clipé. Toutes les précautions ont été prises pour avoir une bonne hémostase ainsi qu'un greffon de très bonne qualité grâce à la dissection magnifiée lors de la chirurgie laparoscopique. Le greffon a été extrait dans un endosac à travers une petite incision au niveau de la fosse iliaque gauche. Les suites opératoires étaient simples avec une sortie déclarée le quatrième jour en post-opératoire. Quant à la greffe rénale chez le receveur, elle s'est déroulée dans de très bonnes conditions avec des suites post-opératoires simples.

La technique de prélèvement rénal laparoscopique sur donneur vivant a révolutionné la transplantation rénale, permettant la diminution de la morbidité chirurgicale tout en maintenant les chances d'un bon résultat chez le receveur, et augmentant le nombre des donneurs. Cette technique est devenue la méthode de prélèvement de référence dans les centres de transplantation partout dans le monde en dépit de sa difficulté technique et de son processus de maturation toujours en cours, particulièrement tôt dans la courbe d'apprentissage.



Pr I.Sarf
Chef de service d'Urologie
HIT

Centre Psychotérapeutique du Jour ENNASSIM de l'hôpital Ibn Nafis

Introduction:

Le Centre Psychotérapeutique du Jour (CPJ) est une structure fournissant des soins pendant la journée dans un cadre hospitalier. Elle a été introduite en Russie dans les années trente, puis aux Etats-Unis et en France et s'est révélée efficace pour la prise en charge de nombreux troubles psychiatriques. Le (CPJ) offre une grande variété de traitements sans le coût important d'une hospitalisation à temps complet.

Objectifs :

Dans le cadre du PEH du Centre Hospitalier Mohammed VI, et dans le souci d'améliorer la prise en charge des malades mentaux, la Direction Générale avec la Direction de l'hôpital Ibn Nafis ont décidé de mettre en place un hôpital de jour qui est en plein construction sur un terrain de 1000m² et en deux étages avec à côté un terrain de sport et des jardins thérapeutiques et cela pour une approche préventive, thérapeutique et réadaptative des patients afin de répondre à certains objectifs :

- Éviter et écourter l'hospitalisation à temps complet.
- Faciliter la transition entre l'institution, le milieu extérieur et le milieu familial.
- Rapprocher la structure du domicile des patients et éviter la coupure avec le milieu familial et/ou social.
- Offrir un suivi avec un large éventail thérapeutique.
- Faire participer activement le patient et ses proches dans le traitement.
- Restaurer la communication afin de lutter contre les situations de repli et de régression.
- Maintenir ou réinvestir l'identité et le monde extérieur.
- Permettre au patient l'acquisition ou le retour à une autonomie dans un cadre structurant avec une aide à la réhabilitation psychosociale et à la réinsertion sociale et professionnelle.
- Informer les familles sur la maladie et la sensibiliser pour une meilleure participation dans la prise en charge de leurs tiers malades.
- Créer du lien et sortir le patient de l'isolement.

- Favoriser l'autonomie pour une meilleure qualité de vie.

- Aider le patient à retrouver des repères (réinsertion professionnelle)

- Programme de psychoéducation profamille (meilleure connaissance de la maladie et du traitement, des techniques de communication, des méthodes de gestion des émotions et de résolution des problèmes...)

- La psychoéducation est proposée aussi aux patients.

Activités proposées:

Plusieurs programmes thérapeutiques seront proposés dans le (CPJ):

Les activités Ergothérapeutiques :

- Atelier Poterie/ Peinture / Dessin.
- Atelier Informatique.
- Atelier d'activités manuelles (Laine/Broderie/ Decoration...)
- Atelier Lecture/Contes.
- Atelier Cuisine/ Atelier Jardinage.
- Atelier Théâtre/ Cinéclub / Documentaire.
- Atelier musique.
- Atelier fitness/ Relaxation/ Yoga.
- Atelier esthétique et coiffure.
- Atelier Sport, etc.

Les activités médicales :

Des prises en charge psychothérapeutiques dans le cadre de thérapies cognitivo-comportementales seront proposées en groupe et/ou en individuel:

- Les groupes de paroles
- La médiation cognitive
- Les techniques de l'affirmation de Soi
- Les techniques de gestion de Stress
- Les techniques de résolution des problèmes.
- La relaxation
- La psychoéducation
- EMDR (désensibilisation et retraitement de l'information par les mouvements oculaires) et prise en charge des états de Stress post traumatiques .

La Clinique El Yassamine de l'hôpital Ibn Nafis : un nouveau visage de la maladie mentale à Marrakech

Un service psychiatrique clinique de 10 lits (6 lits pour hommes et 4 lits pour femmes) est ouvert au niveau de l'hôpital Ibn Nafis pour des patients stable mais qui nécessitent une hospitalisation dans des conditions plus calmes. Ce service contient des chambres individuelles; chaque chambre est équipée de sanitaire individuel, de climatiseur, de réfrigérateur et d'un écran téléviseur.

Le service est séparé en deux unités, l'une pour femme et l'autre pour homme et de chaque côté il y a une bibliothèque et un jardin avec fontaine. Ce nouveau cadre d'hospitalisation donne une dimension nouvelle à l'hôpital Ibn Nafis.



Modèle de Chambre individuelle



Salle de lecture



Sanitaires



Pr F. Asri
Directrice de l'HIN

مفهوم المسؤولية الطبية وطبيعتها القانونية

لصاحبه أن ينزل عنه أن يتصالح عليه، كما يجوز لصاحبه أن ينزل عنه أو يتصالح عليه، كما يجوز له ذلك ف الحقوق الخاصة الأخرى.

ولكن قد يؤدي الفعل الواحد إلى نشوء المسؤوليتين معا، إذا كان الفعل جريمة من الجرائم التي تقع على الغير فتحدث به ضرار في جسمه أو في ماله، كالقتل والضرب والسرقه والإتلاف المعدي للأموال الغير أو القذف والسب، فتقترب المسؤولية الجنائية التي تؤدي الى العقاب على المسؤول، بمسؤولية مدنية تقتضي تعويض الضرر الذي حدث للمجني عليه في نفسه أو في ماله .

تعتبر المسؤولية التزاما وضرورة أخلاقية وفكرة لتصحيح الخطأ والاستجابة للواجب، حيث أنها مرتكب الخطأ وأما في عرف القانون فإن لها وظيفتين :

- وظيفة التعويض الضرر الناتج عن خطأ احدثه وهو مجال المسؤولية المدنية إذا كان الضرر ناتجا عن خطأ شخصي.

- وظيفة معاقبة الجاني. ولعل ذلك يبدو جليا في الميدان الطبي، حيث أثارت مسؤولية الأطباء الجنائية منذ القدم، ولازالت تثير الجدل والنقاش في مجال الفقه والقضاء وبالخصوص الجنائي منه، وكذا مستوى التطبيق القضائي.

وهكذا اهتمت كل الشرائع والأديان السماوية بمسؤولية الطبيب المدنية والجنائية، والتي تفاوتت فيها الجزاءات بين المفاضلة والتفرقة، التشدد والمرونة، إلى أن استقرت على المساواة والعدل في المسائلة والزجر شرعا وقانونا لدى مختلف الأنظمة المقارنة الحديثة ابتداء مع عصر النهضة حتى عصرنا الحالي. وهو ما دفع المشرع المغربي أن يحدو حدو نظرائه في التشريعات الانكلسكونية وفي التشريع اللاتيني خاصة الفرنسي منه لعدة اعتبارات ... وتاريخية بالأساس.

وإذا كان الخطأ من المفاهيم التي استعصت عن التحديد القانوني الدقيق على أساس الجدل الواسع بين مواقف التشريع والفقه والقضاء أن على المستوى المدني أو المستوى الجنائي معا. ودراسة المسؤولية الطبية بصفة عامة، والخطأ الطبي خاصة. يرجع بالأساس للصبغة الخاصة لطبيعة مسؤولية الطبيب التي تختلف عن المسؤولية لأي شخص عادي آخر.

الموضوع القادم سنخصصه لتوضيح مفهوم الخطأ الطبي وصفته يتبع ...



جواد الرباع
متصرف إقليمى
قسم الموارد البشرية
مديرية المركز الإستشفائي

المسؤولية المدنية بمعناها العام هي الالتزام الذي يفرضه القانون على المخطئ نحو من أصابه الضرر ويستوي الضرر أن يكون هذا الضرر الذي لحق الغير ناتجا عن خطأ ارتكبه المتسبب فيه شخصا أو نتج عن الخطأ الذي ارتكبه الأشخاص الذين يسأل عنهم مدنيا أو كان بنتيجة الأشياء أو الحيوانات التي يتولى حراستها.

أما المسؤولية الجنائية فهي مسؤولية تترتب على ارتكاب جريمة من الجرائم، وتؤدي إلى عقاب مرتكب هذه الجريمة؛ فهي لا تترتب إلا على أفعال محددة هي الجرائم، والجرائم، كما هو معروف، محصورة في القانون، وفقا لمبدأ لاجريمة ولا عقوبة إلا بناء على نص، ومن ناحية

أخرى فتحقق هذه المسؤولية يؤدي إلى توقيع العقوبة على المجرم، والعقوبة جزاء يهدف إلى الإيلاء والردع لا إلى

إزالة اثر الفعل المكون للجريمة أو التعويض عما تترتب عليه من ضرر. وفي الأمرين السابقين تختلف المسؤولية المدنية عن المسؤولية الجنائية، فالأفعال المنشئة للمسؤولية المدنية ليست الجرائم وحدها (أن تترتب عليها ضرر)، بل هي أي فعل أو واقعة تحدث ضررا للغير، ولذا لا تقوم حاجة إلى حصر الأفعال الموجبة للتعويض أو تعدادها، بل يكفي أن يوضع لتحديد معيار أو ضابط عام، يكون كل ما ينطبق عليه من الأفعال، فعلا منشئا للمسؤولية المدنية.

وهناك فروق أخرى في أحكام المسؤوليتين الجنائية والمدنية، ترتبط بالهدف من تقرير كل منهما، فالمسؤولية الجنائية، وما تؤدي إليه من عقاب، تهدف إلى منع ارتكاب الأفعال الخطيرة على أمن الجماعة واستقرارها، أي إلى منع ارتكاب الجرائم وكفالة استتباب الأمن، فالهدف من المباشر من تقرير المسؤولية الجنائية هو تحقيق المصلحة العامة، أما حماية مصالح الأفراد فهذه غير مباشر يترتب بالضرورة على تحقيق الأمن العام والنظام، ولذلك فإن متابعة المسؤول جنائيا حق للجماعة وتمثلها في هذه المتابعة، النيابة العامة التي تختص برفع الدعاوى الجنائية على المجرمين للمطالبة بعقابهم، ولذلك فإن المجني عليه في جريمة من الجرائم لا يحق له أن يصفح عن المجرم بقصد إنهاء الدعوى الجنائية المرفوعة ضده، بطلب عقابه، فالدعوى بطلب العقاب ليست حقا فرديا وإنما هي حق عام، أي حق للجماعة، لا يسقط بصفح المجني عليه أو تصالحه مع الجاني.

أما المسؤولية المدنية فالهدف المباشر منها هو تحقيق مصلحة الأفراد بحمايتهم من الأضرار التي تحدث لهم من أفعال الآخرين، وتعويضهم عن هذه الأضرار؛ ولذا يتم تعويض الأفراد عن هذه الأضرار، و ينشأ عنها حق المتضرر في المطالبة بالتعويض، وهو حق خاص يجوز

La scintigraphie des récepteurs de la somatostatine : une nouvelle technique scintigraphique au Maroc

Le service de médecine nucléaire du Centre d'Oncologie et d'Hématologie du CHU Mohammed VI est un service d'imagerie fonctionnelle polyvalent comportant trois secteurs diagnostiques et un secteur thérapeutique:

- Secteur gamma caméra : pour la réalisation des examens scintigraphiques classiques (explorations de l'os, du cœur, des reins, des poumons, de la thyroïde...) grâce à une gamma caméra équipée de scanner (TEMP/TDM).
- Secteur TEP (tomographe à émission de positons): c'est un examen qui repose sur l'injection d'un traceur (isotope) permettant de confirmer le

Iode 131 (irathérapie) des cancers thyroïdiens différenciés et des hyperthyroïdies bénignes, le traitement de consolidation des lymphomes folliculaires réfractaires par des anticorps monoclonaux marqués avec un radio-isotope (Zévalin®), les synoviorthèses radio-isotopiques et le traitement palliatif des métastases osseuses douloureuses des cancers par des diphosphonates marqués (Quadramet®, Métastron®).

En attendant l'ouverture de tous les secteurs, à l'heure actuelle seul le premier secteur des examens scintigraphiques est fonctionnel.

Par sa composante universitaire, le service de



L'équipe du Service de Médecine Nucléaire

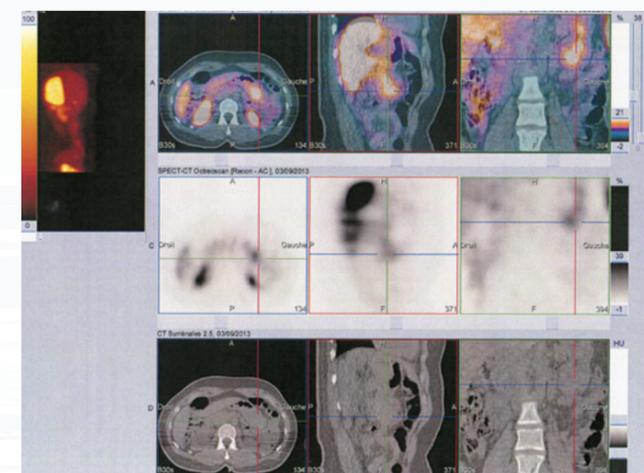
caractère tumoral d'une lésion, de préciser son extension et d'évaluer précocement l'efficacité des traitements. L'examen TEP scan repose sur la fusion d'images fonctionnelles / métaboliques (liées à la concentration du traceur dans les tumeurs) à celles d'un scanner afin de préciser la localisation des anomalies.

- Laboratoire de radio-immunologie où sont réalisés l'essentiel des dosages hormonaux à l'aide de techniques utilisant des marqueurs radioactifs.
- Secteur d'irathérapie : concerne le traitement par

médecine nucléaire assure également la formation et l'enseignement des médecins nucléaires et des étudiants en médecine. Il a également une mission de recherche. Le service a démarré ses premières activités le 14 Janvier 2013. C'est le 3ème service en son genre après les services de médecine nucléaire du CHU Ibn Rochd de Casablanca et du CHU Ibn Sina de Rabat. Il dessert toute la population du Maroc, notamment celle de la région de Marrakech-Tensift-Al Haouz et celle du sud du Royaume.

Dans le cadre du développement du service de médecine

nucléaire et l'installation de nouvelles techniques scintigraphiques, nous avons développé le 03 Septembre 2013, et ce pour la première fois au Maroc, la scintigraphie des récepteurs de la somatostatine (Octréoscan). C'est un examen essentiel dans le diagnostic et le suivi des tumeurs neuroendocrines.



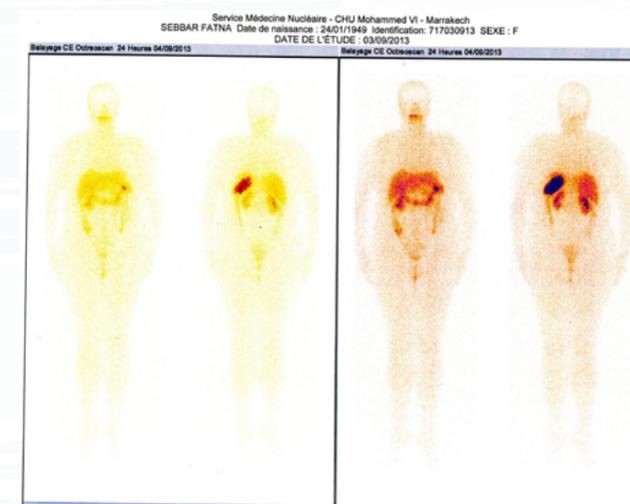
*Scintigraphie des récepteurs de la somatostatine
(Coupes SPECT/CT)*

Les tumeurs neuro-endocrines (TNE) se définissent par des caractéristiques morphologiques et histologiques particulières, et par la mise en évidence en immunohistochimie de marqueurs généraux des TNE : la neuron specific enolase, la chromogranine A et la synaptophysine.

La scintigraphie des récepteurs de la somatostatine (SRS) est une méthode d'exploration fonctionnelle, non invasive, permettant la visualisation, après injection d'un produit radioactif, des tumeurs riches en récepteurs de la somatostatine, essentiellement les tumeurs neuro-endocrines (TNE). L'intérêt essentiel de cet examen est de mettre en évidence des localisations primitives ou métastatiques non détectables facilement par les autres techniques d'imagerie conventionnelle. Le produit utilisé pour la SRS est un traceur marqué par un radioélément émetteur gamma. Les clichés scintigraphiques sont en général réalisés 4 heures et 24 heures après injection. Les images pathologiques doivent être différenciées des fixations physiologiques (principalement la rate, les reins, le foie) et des artefacts intestinaux. Une bonne préparation intestinale est indispensable le soir de l'examen pour éliminer les artefacts digestifs. La sensibilité de la SRS pour la

détection des sites tumoraux des TNE est supérieure à 80 %. Un autre avantage important de la méthode est l'exploration de tout le corps entier en un seul examen. L'examen est contre indiqué chez la femme enceinte.

L'indication principale de la scintigraphie des récepteurs de la somatostatine est le bilan d'extension pré-opératoire des tumeurs endocrines avant un geste chirurgical à visée curatrice, car la découverte de lésions métastatiques peut modifier l'attitude thérapeutique. De plus, la connaissance du statut tumoral vis-à-vis des récepteurs de la somatostatine est importante pour la recherche ultérieure d'une récurrence. Enfin, la



Scintigraphie du corps entier

visualisation des tumeurs par la scintigraphie serait prédictive de l'effet inhibiteur d'un analogue de la somatostatine radioactif sur les sécrétions hormonales. Compte tenu du prix élevé des traitements prolongés par les analogues de la somatostatine, la réalisation d'une scintigraphie avant l'institution de ces traitements devrait permettre de sélectionner les malades chez qui le traitement est susceptible d'être efficace.

La scintigraphie des récepteurs de la somatostatine est un examen très sophistiqué qui deviendra une référence pour les examens isotopiques dans notre pays et constituera, en plus de la valeur ajoutée au CHU Mohammed VI, un examen primordial dans la prise en charge des tumeurs neuroendocrines.

Pr B. Matrane
Responsable du Service de Médecine Nucléaire



L'implantation cochléaire au Service d'ORL du CHU Mohammed VI Marrakech Comment sortir du monde du silence ?

I. Introduction :

La surdité est le déficit sensoriel le plus fréquent. Elle est responsable d'un handicap social et psychologique important. Sa prévalence est de 1,3/1000 naissances. Actuellement l'implantation cochléaire a bouleversé la prise en charge des surdités neurosensorielles chez l'enfant et l'adulte. Les implants cochléaires sont des prothèses électro-acoustiques qui ont pour rôle de pallier une déficience bilatérale de l'oreille interne, qu'elle soit profonde ou sévère, acquise ou congénitale. Cette technique nécessite l'intervention d'une équipe multidisciplinaire très bien organisée (chirurgien, orthophoniste, psychologue, audioprothésiste, pédiatre...), disposant de moyens matériels et surtout humains adaptés aux besoins.

II. Classification des surdités neurosensorielles :

1. Classification audiométrique de la surdité :

Les surdités sont classées suivant leur degré de perte auditive. Le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) définit les surdités selon des degrés de gravité :

- Audition normale et subnormale : perte auditive inférieure à 20 décibels (dB).
- Surdité légère : perte de 21 à 40 dB.
- Surdité moyenne : 41 à 70 dB de perte.
- Surdité sévère : 71 à 90 dB de perte.
- Surdité profonde : 91 à 120 dB de perte.
- Cophose ou surdité totale : 120 dB de perte.

2. Classification des surdités selon l'âge d'apparition de la déficience auditive

Les conséquences, notamment sur la communication, de la déficience auditive sont d'autant plus graves que celle-ci apparaît précocement. On distingue :

- les surdités postlinguales : apparaissant après l'acquisition d'une communication orale;
- les surdités prélinguales : congénitales apparaissant avant l'acquisition d'une communication orale généralement avant l'âge de 2 ans
- les surdités périlinguales qui apparaissent au décours du développement de la communication orale entre 2 et 4 ans.

III. Présentation de l'implant cochléaire :

1. Les composantes de l'implant cochléaire :

Schématiquement le système comporte une partie externe et une partie interne (Figure 1).

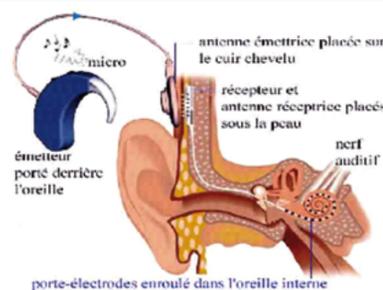


Figure 1 : les composantes de l'implant cochléaire.

a. La partie externe :

Elle comprend un petit microphone placé derrière l'oreille qui recueille les sons et un processeur vocal, qui réalise le codage en impulsions électriques, il comporte aussi les batteries ou piles apportant l'énergie au système; une antenne, reliée au processeur vocal par des fils, maintenue en place en regard de l'implant au niveau de la mastoïde grâce à un aimant.

b. La partie interne :

Elle comprend l'implant proprement dit, placé chirurgicalement, avec le récepteur/stimulateur logé dans la mastoïde, en regard duquel est placé l'antenne et le faisceau d'électrodes introduit dans la cochlée et qui prolonge le récepteur.

2. Principe de fonctionnement :

L'implant cochléaire supplée la fonction d'une cochlée détruite en transformant le signal acoustique en un signal électrique qui va stimuler directement le nerf auditif. Les signaux codant pour les fréquences graves sont délivrés aux électrodes de l'apex et les signaux codant pour les fréquences aiguës aux électrodes de la base: c'est le principe de la tonotopie cochléaire. La stimulation des fibres nerveuses provoque des impulsions électriques transmises au cerveau où elles sont interprétées en tant que son.

IV. Les indications de l'implantation cochléaire :

Seules les surdités neurosensorielles d'origine périphérique (lésion des cellules ciliées) peuvent bénéficier d'un implant cochléaire souvent unilatéral.

1. L'âge de l'implantation cochléaire :

Pour les surdités pré-linguales, l'implantation doit être la plus précoce possible, elle est préconisée dès l'âge d'un an. Les implantations cochléaires réalisées entre 5 et 10 ans donnent des résultats moins satisfaisants. Après l'âge de 10 ans la plupart des auteurs s'accordent pour penser qu'il est trop tard pour réaliser une implantation cochléaire à cause de la perte de plasticité cérébrale secondaire à la longue durée de privation auditive.

Pour les surdités post-linguales, le patient peut bénéficier d'une implantation quel que soit son âge.

2. Les critères audiométriques :

Il est indispensable de disposer d'une période d'essai d'une prothèse auditive d'une durée d'au moins 6 mois avant toute décision d'implantation cochléaire.

Dans le cas d'une surdité profonde, l'implantation cochléaire est indiquée dès que le gain prothétique ne permet pas le développement du langage.

Dans le cas d'une surdité sévère, l'implantation cochléaire est indiquée lorsque la discrimination est inférieure ou égale à 50% lors de la réalisation de tests d'audiométrie vocale adaptée à l'âge du patient.

3. Les indications urgentes d'implantation cochléaire :

Lorsqu'il existe un risque d'ossification de la cochlée, il faut d'emblée implanter les deux côtés (ménin-

gites récentes ou de traumatismes crâniens sévères avec fractures des deux rochers).

Le syndrome d'Usher chez l'enfant est une indication impérative du fait de l'handicap auditif et visuel associés ne rendant possible qu'un projet oraliste de communication.

V. Le bilan de pré-implantation cochléaire :

La sélection des patients potentiellement implantables et leur information, la chirurgie, le réglage et leur rééducation, et enfin, leur évaluation se fera par une équipe qui doit être multidisciplinaire, dirigée par un coordonnateur. Elle est composée d'un chirurgien, orthophoniste, d'électrophysiologistes, psychologues, d'audioprothésistes, d'ingénieurs biomédicaux, de l'équipe paramédicale, et des représentants d'associations d'implantés. Cette équipe se réunit régulièrement afin de coordonner son action et de permettre un suivi personnalisé des patients dans des structures appelées « centres d'implantation cochléaires ».

Le bilan comporte principalement les éléments suivants :

1. Le bilan clinique :

L'étude des antécédents et de l'anamnèse permet de préciser les facteurs de risque et l'étiologie de la surdité, son évolutivité ainsi que les thérapeutiques utilisées. L'examen clinique (examen ORL, ophtalmologique, neurologique, cardiaque...) permet de rechercher l'étiologie et des pathologies associées dans le cadre de surdités syndromiques et/ou génétiques.

2. Le bilan audiologique :

Il permet de savoir le degré de surdité du patient. Il comprend une audiométrie comportementale, tonale, et vocale adaptées à l'âge du patient, et des potentiels évoqués auditifs. Les tests sont réalisés sans aides auditives, puis avec aides auditives.

Un bilan vestibulaire complet est réalisé en pré-implantation pour prévenir autant que possible le risque d'atteinte de la fonction vestibulaire du côté de l'implantation.

3. Le bilan radiologique :

Le bilan d'imagerie comporte une TDM des rochers et une IRM encéphalique et de l'oreille interne.

La TDM permet de rechercher une malformation ou une ossification labyrinthique et d'étudier l'accès à la fenêtre ronde (figure 2).



Figure 2 : TDM du rocher gauche en coupe axiale normale

L'IRM permet essentiellement d'identifier le nerf cochléaire et de rechercher des anomalies cochléaires ou

encéphaliques (figure 3).

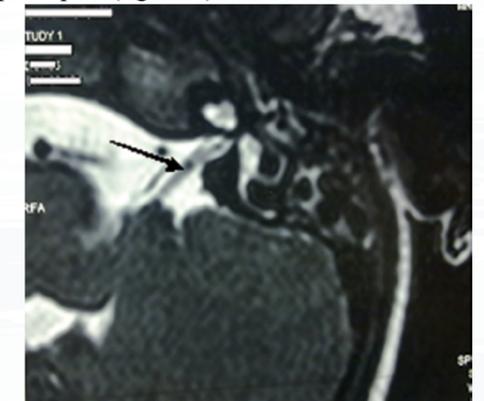


Figure 3 : IRM de l'oreille interne gauche en coupe axiale normale, paquet acoustico-facial présent (flèche)

4. Le bilan orthophonique :

Il vise à estimer les capacités orthophoniques du patient, et en particulier son mode de communication, le niveau de perception auditive et l'appétence du patient à la communication orale.

5. Le bilan psychologique :

Le but de ce bilan est d'évaluer les compétences intellectuelles et les éventuels handicaps associés, de s'assurer de l'absence de contre-indication psychologique (retard mental, autisme...) de mesurer la motivation du patient et de son entourage.

VI. La chirurgie de l'implant cochléaire :

Toute otite moyenne chronique associée doit être traitée en pré implantation. La mise à jour du calendrier vaccinal contre le Pneumocoque et l'Haemophilus est systématique. L'acte chirurgical s'effectue souvent sous anesthésie générale, avec un monitoring nerveux du nerf facial. Il dure 2 heures en moyenne. Il permet la mise en place de la partie interne de l'implant avec fixation du récepteur dans une logette osseuse rétro-auriculaire et la réalisation d'une tympanotomie postérieure qui permet d'exposer la fenêtre ronde, et d'introduire le porte-électrodes dans la rampe tympanique (figure 4).



Figure 4 : vues opératoires : tympanotomie postérieure avec découverte de la fenêtre ronde (flèche noire). Le porte-électrodes introduit dans la rampe tympanique (flèche blanche).

La réalisation des mesures électrophysiologiques à la fin de l'intervention permet de tester l'intégrité des électrodes et confirme la bonne place et le bon contact des électrodes.

VII. Le suivi en post implantation cochléaire :

L'hospitalisation est en moyenne de 2 à 4 jours. Les complications de l'implantation cochléaire sont rares avec le développement technologique, l'expérience des équipes

et la chirurgie sous monitoring nerveux. Une radiographie standard incidence de Stenvers permet de vérifier l'emplacement du porte électrodes (figure 5).

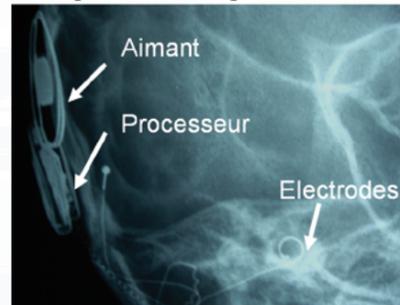


Figure 5 : IRM de l'oreille interne gauche en coupe axiale normale, paquet acoustico-faciale présent (flèche)

Le suivi du patient implanté est une condition capitale de réussite, il doit être assuré par la même équipe au sein du centre d'implantation cochléaire.

1. Les réglages de l'implant cochléaire :

Le premier réglage a lieu 4 à 6 semaines après l'opération. L'audioprothésiste qui effectue le réglage explique à la famille de l'enfant ou à l'adulte implanté l'utilisation de l'implant et de ses accessoires. Il active successivement chaque électrode. Les réglages sont modifiés par la suite selon l'évolution en rééducation orthophonique. Les réglages sont fréquents dans les mois qui suivent l'implantation puis s'espacent selon l'évolution de la perception du patient.

2. La rééducation orthophonique :

Quand le premier réglage est effectué, le patient suit une rééducation orthophonique intensive à raison de 2 à 3 séances par semaine.

Pour l'enfant porteur de surdité pré-linguale une rééducation orthophonique intensive est nécessaire pendant plusieurs années (au moins 5 ans). Les séances peuvent être espacées progressivement en fonction des résultats obtenus.

VIII. L'expérience du service d'ORL du CHU Mohammed VI de Marrakech :

Durant la période allant du Décembre 2007 à Septembre 2013, 29 patients ont été pris en charge dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Mohammed VI de Marrakech. Il s'agissait de 17 filles et 12 garçons atteints d'une surdité profonde bilatérale, dont 28 enfants et un adulte implanté à l'âge de 19 ans. L'âge moyen d'implantation cochléaire pédiatrique était de 5,15 ans (1an 6mois - 13ans). Les étiologies de la surdité étaient : L'anoxie néonatale chez un cas, un syndrome de Waardenberg dans un cas, une rubéole congénitale dans un cas et un syndrome de Susac dans un cas. L'origine était indéterminée chez le reste des patients dont 3 cas de surdité génétique très probable.

Tous les patients ont bénéficié d'un bilan en pré-implantation. L'implantation était unilatérale avec un cas d'explantation et de réimplantation cochléaire pour une panne de la partie implantée. La chirurgie s'est déroulée sans incidents avec une insertion complète du porte

électrodes. Le premier réglage était réalisé après le premier mois d'implantation avec une rééducation orthophonique régulière de 2 séances par semaine en moyenne. Aucune complication en post-implantation n'a été constatée durant le suivi de nos patients.

Concernant notre évaluation post-implantation; 96,56% des patients implantés ont de bon résultats avec une durée moyenne de suivi de 16,28 mois (5ans 9mois-1 mois). Tous les patients acceptaient le port de l'implant cochléaire avec une acquisition de l'alerte à l'environnement sonore dès les premiers mois d'utilisation de l'implant cochléaire. La compréhension de mots a débuté à partir de 1 an d'utilisation, et la possibilité de comprendre une conversation à partir de la 2^{ème} année. L'expression orale était constatée de manière décalée par rapport à la perception, et l'intelligibilité de la parole produite est corrélée aux performances perceptives obtenues. L'implantation cochléaire a permis une scolarisation en classe standard chez 80, 95% des implantés cochléaires. Les bénéfices de l'implantation cochléaire sont déjà démontrés dans la littérature avec une grande variabilité interindividuelle en fonction de plusieurs facteurs (âge d'implantation, audition résiduelle, durée de privation auditive, investissement parental, mode de communication). La non-utilisation et les taux d'échec sont très faibles.



Figure 6 : Photo montrant le processeur externe en place

IX. Conclusion :

L'implantation cochléaire est une thérapeutique sûre, efficace lorsqu'elle s'adresse à des populations correctement sélectionnées. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'implantation cochléaire est précoce. Le développement des programmes de dépistage de la surdité en milieu néonatal et la création de centres d'implantation cochléaires aux normes internationales, devrait aider grandement à encore améliorer les résultats globaux de l'implantation cochléaire.

Pr. A. Raji
Chef de Service d'ORL
HIT



Les statistiques sanitaires: Quelle importance ? pour quel pouvoir ?

Une bonne statistique est l'outil incontestable de se faire comprendre, de réclamer de faire et se faire valoir. Selon Yoland Burchardt : « Un message court, net et précis vaut infiniment mieux qu'une longue information » et je ne vois mieux qu'une bonne statistique sanitaire fiable, sûre et reflétant une réalité quotidienne des performances et des réalisations d'un établissement de soins aussi gigantesque que le CHU Mohammed VI de Marrakech.

Les statistiques ne servent pas uniquement à collecter et diffuser l'information, mais elles constituent un outil de planification de gestion et de pilotage en milieu hospitalier.

Le CHU connaît actuellement, et depuis un bon bout de temps une situation alarmante au niveau des services de Gynéco-Obstétrique, affichant un taux d'occupation moyen de 125% en 2012, pouvant atteindre les 200% ou plus si on ne parle pas en terme de moyenne. Cette situation qui pèse lourd, tant pour les parturientes qui ne bénéficient plus des conditions favorables et des soins attendus ; que sur les épaules des employés qui n'arrivent plus à mieux gérer et offrir les soins et services appropriés. Cette situation est due à plusieurs raisons, essentiellement l'arrêt de l'activité gynéco-obstétrique à l'hôpital Ibn Zohr, mais aussi à la vulnérabilité de l'offre de soins régionale, et la généralisation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) qui génère un afflux massif de patients dans une région qui connaît un taux de pauvreté des plus élevés du Royaume. Cette situation n'est qu'un exemple parmi d'autres qui sévissent le CHU.

En effet, plusieurs autres services affichent un sureffectif causé par les afflux massifs des patients, sans évoquer les journées chômées dues aux pannes des équipements et aux grèves du personnel...

Malgré tous ces problèmes, le CHU reste l'établissement de référence de la Région de Marrakech-Tensift Al-Haouz. Prodiguant des soins de 3^{ème} niveau, de plus en plus perfectionnés : chirurgies lourdes, programmes de greffe utilisant des technologies du dernier cri, etc.... Toute cette activité, ce label, tous ces efforts ne pourront être connus et valorisés par le grand public qui vit en dehors du cercle de fonctionnement du CHU, que s'ils sont reportés et communiqués, et nul

ne saura mieux les faire valoir autant que les personnes bienveillantes à offrir ces soins.

Aujourd'hui, en souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Maroc s'est engagé d'ici 2016 à réduire la mortalité maternelle à 50 décès pour 100.000 naissances vivantes, et la mortalité néonatale à 12 pour mille naissances vivantes.

En 2012 le ratio de mortalité maternelle au niveau du CHU est de 81 pour les 100.000 n.v, ceci ne reflète rien en le comparant à celui du pays, mais comparé à l'année précédente, 2011 a enregistré un ratio de 227 pour 100.000 n.v, soit un taux de variation de -180%.

« La raison d'être des statistiques, c'est de vous donner raison »

Abe Burrows

Année	2011	2012
Nombre de naissances vivantes	12725	14760
Nombre de décès maternel	29	12
Nombre des mort-nés	490	577
Taux de mortalité maternelle	2.27‰	0.81‰
Taux de césarienne	21%	24%
Taux de mortinatalité	3.85%	3.9%

Indicateurs importants de l'activité de l'HME

Cette importante et remarquable réduction suit le bon cours des choses et reste très positive, mais une analyse encore plus approfondie sur la gravité et l'évitabilité des cas enregistrés au CHU sera une variable explicative et très corrélée à ce ratio.

Etre sur la même longueur d'onde et répondre aux exigences nationales et internationales, nécessite que le CHU en tant que leader de l'offre de soins régionale fasse évaluer et suivre l'évolution de ces indicateurs de développement et de l'ensemble des indicateurs de performance de ses formations, surtout que le CHU dispose maintenant d'un système d'information hospitalière (SIH) en cours d'implantation. Un système qui facilitera davantage les processus de collecte et de transfert d'information d'un niveau à un autre et dans l'ensemble des établissements qui le composent.

M.A. Tarwate
Ingénieur d'Etat en statistique
Direction CHU



SAMU-Urgences de Marrakech : Le challenge du SMUR primaire

I.Introduction

Le développement des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) est un axe majeur du projet national de mise à niveau des urgences.

Si la régulation médicale est la pierre angulaire et l'élément structurant de ce projet, sa composante S.M.U.R (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) en est la partie émergée et donc la plus visible vis-à-vis du grand public mais aussi des pouvoirs publics et des médias. Sa réussite lui garantira le soutien et donc la pérennité de tout le projet.

Toutefois le S.M.U.R primaire exige un investissement conséquent en termes de ressources tant matérielles qu'humaines. Sa réussite repose sur une organisation, une logistique et un engagement sans faille et conduira inexorablement vers une demande qui sera de plus en plus croissante.

II.Prise en charge pré-hospitalière : état des lieux

A.Acteurs sur le terrain

1.Protection civile (PC) :

Elle est « l'opérateur historique » et donc prédominant du pré-hospitalier au Maroc. Sa philosophie dictée par :
•La rareté des ressources humaines : 1 agent de la PC pour 7000 habitants (1:600 en France et 1:200 aux USA)

Prefecture	Mois	Nombre accidents circulation	Nombre Blessés Légers	Nombre Blessés Graves	Nombre Morts
Marrakech	Jan	551	582	17	02
	Fev	414	450	10	05
	Mars	513	571	13	5
	Avr	481	510	20	7
	Mai	502	542	14	02
	Juin	507	546	21	01
	Juill	457	165	25	06
	Aout	346	393	21	04
	Sep	468	498	27	04
	Oct	463	535	27	3
	Nov	393	408	12	00
	Dec	393	401	26	01
Total		5488	5601	233	40
Moyenne mensuelle		457,33	466,75	19,42	3,33
Moyenne quotidienne		15,24	15,56	0,65	0,11

Bilan mensuel des interventions pour accidents de circulation effectués par la protection civile de Marrakech en 2012

- La rareté des vecteurs : 1 engin pour 34 000 habitants (1100 km²)
- Le manque de technicité du personnel d'intervention (pompiers formés au secourisme) et quelques médecins

intervenant dans les grandes catastrophes et les plans de secours

S'oriente vers « le Scoop and Run » qui en général consiste en un ramassage sans stabilisation (voire sans mise en condition) des blessés graves et leur acheminement vers la structure la plus proche mais pas forcément la plus adaptée.

Données sur la protection civile de Marrakech :

- Type de vecteurs (ambulances) : Ambulance type C (oxygène, moyen d'immobilisation et de brancardage de base)
- Nombre de vecteurs (ambulances) : 4 sorties simultanées voire 6 selon les besoins.
- Equipage : 2 à 3 pompiers par ambulance
- Rayon d'action : Marrakech urbain + un rayon de 40 km sur les différents axes routiers
- Délais moyen d'intervention (en urbain) : 20 min

2.Gendarmerie royale

Son action reste confinée aux zones rurales sur des interventions épisodiques ou lors de catastrophes et de déclenchement de plan de secours.

3.Croissant rouge marocain

Ses vecteurs étant rares, son activité est surtout centrée autour de l'assistance aux populations en cas de désastre et l'enseignement du secourisme.

4.Ambulances privés

Son activité s'oriente vers les transferts entre structures de santé (secondaire).

5.Santé publique

Bien que présente sur le terrain depuis les années soixante, son activité primaire, ne s'étant ni organisée ni structurée, a perdu du terrain au dépend de la protection civile dans les zones urbaines mais continue à exister dans les zones rurales ou péri urbaine avec des vecteurs relevant des structures de la santé publique ou des communes. Sa principale activité reste le transfert secondaire.

B.Organisation (régulation)

Hormis la collaboration entre les différents acteurs du terrain lors du déclenchement des plans de secours (gérés au niveau des cellules de crise en ne donnant pas au Centre de Régulation des Appels Médicaux (CRAM) toute sa place), il n'y a aucune coordination (régulation) à l'heure actuelle entre la protection civile et les structures de santé publique en ce qui concerne l'activité primaire.

L'ouverture des CRAM à la population via le 141

gagnerai à être enrichi par une collaboration plus étroite voire à l'élaboration de protocoles conjoints de régulation et d'intervention primaire.

La possibilité d'interconnexion CRAM-CTA (Centre de traitement des appels de la Protection Civile) est à étudier voire même la fusion des deux à l'exemple de certains SAMU français.

III.Service des Urgences-SAMU de Marrakech

Créé en 2008, le SAMU de Marrakech rattaché au service des urgences du CHU Mohammed VI a connu une évolution de son activité partant de la régulation inter-hospitalière à l'activité SMUR secondaire voire héliSMUR en passant par la formation et l'enseignement Centre d'Enseignement en Soins d'Urgence (CESU). Les ressources disponibles actuellement et notamment humaines ne permettent pas de démarrer une activité SMUR primaire avec toutes ses exigences logistiques.

A.Ressources

1.Ressources humaines

*Médecins enseignants : 02

*Médecins urgentistes :

- Budget général : 3 à plein temps + 3 vacataires (assurant exclusivement la régulation)
- Budget autonome : 07 médecins repartis entre le Service des Accidents des Urgences Vitales (SAUV), la régulation, le CESU et le SMUR secondaire



SAMU Marrakech : Héli-SMUR 04

*Infirmiers :

- 7 infirmiers du déchoquage assurant de façon discontinue l'activité SMUR
- *Techniciens ambulanciers :
- 05 (relevant de la Direction Régionale de la Santé DRS)
- Aucun sur le budget autonome
- Assistant de régulation médicale (ARM) : 02

2.Ressources matérielles :

*Vecteurs :

- 02 ambulances SMUR (de réanimation Type A et

A+) équipées relevant du CHU

- 04 Ambulances Type C non équipées relevant de la DRS
- Un hélicoptère SMUR
- *Communication (CRAM) :
- 04 Lignes téléphoniques fixes attribuées au 141
- 2 lignes GSM pour la régulation inter-hospitalière
- 1 ligne GSM SMUR
- Radio communication dans les 02 ambulances SMUR, non disponible dans le CRAM
- *Matériel de formation (CESU):
- Matériel de formation Gestes en Soins d'Urgence (GSU) 1 & 2
- Mannequin de simulation des situations d'urgence

B.Organisation

1.Activité de soins

Assurée par les médecins internes à l'accueil et par les médecins urgentistes et résidents d'anesthésie réanimation et d'urgence et catastrophes au niveau du déchoquage.

2.Activité de régulation

Assurée 24h/24 par 5 médecins urgentistes et 2 ARM (le jour sauf week-end), elle est principalement centrée sur les références vers le CHU et n'est pas soutenue par un système d'aide à la régulation (logiciel).

3.Activité SMUR

Elle est sporadique et assurée par les médecins et infirmiers du déchoquage sans équipe dédiée.

4.Activité de formation (CESU)

Assurée par les 2 enseignants du service plus un médecin urgentiste qui seront renforcés par d'autres formateurs une fois leur formation GSU1&2 achevée.

IV.Activité SMUR primaire

Pour les raisons citées plus haut (ressources humaines, matériels, et expérience du terrain), le démarrage de l'activité SMUR primaire n'a d'autre choix que de se faire de façon progressive et bien réfléchi.

Le choix de la filière à couvrir est primordial et devra prendre en compte une adéquation entre besoins, ressources allouées et impact auprès de la population.

Il paraît ainsi évident que la filière de traumatologie routière est la plus à même de répondre à ces différents impératifs pour les raisons suivantes :

- Problème de santé publique majeur au Maroc (4000 morts/an)
- Présence de la protection civile sur le terrain, apportant tout le poids de son expérience et assurant le plus gros du travail.
- L'intérêt de l'implication d'un SMUR dans la prise en charge des accidentés graves (ref Tableau).

•L'attente de la population et le fort impact qui aura cette activité.

•Le caractère formateur qu'apportera cette activité pour les équipes SMUR

A.Mode de fonctionnement (ébauche d'un Procédure Opérationnelle Standardisée POS) :

1.Mode de déclenchement

Le déclenchement se fera sur appel téléphonique :

•De la protection civile

•Des autorités locales : police, Gendarmerie Royale...

•De la population (141) avec vérification et recoupement de l'information avec la PC et/ou la police

2.Critères de déclenchement

Les missions SMUR primaire devraient concerner les cas graves.

La gravité sera estimée à l'appel téléphonique reçu selon des critères définis :

•Mécanisme de l'accident (cinétique, nombre de victimes)

•Types de véhicules concernés (camion, cyclomoteur...)

•Présence de victimes décédées ou de victime ayant une gravité apparente (perte de conscience, saignement important, traumatisme visiblement grave).

•Incarcération avec délai d'extraction prolongé.

3.Vecteur & Equipe SMUR

•Ambulance SMUR type A avec médecin urgentiste, infirmier et Technicien ambulancier

•VLS (véhicule léger de secours) avec médecin urgentiste et infirmier équipés de tout le matériel mobilisé sauf brancard, permettant de médicaliser les transferts par ambulance de la protection civile (ayant l'avantage d'être plus rapidement mobilisable et à l'exploitation plus économique qu'une ambulance Type A)

4.Zone couverte

•Zone urbaine de Marrakech

•Périmètre péri urbain de 40 km suivant le rayon d'action de la PC.

5.Délais d'intervention

Il doit impérativement être proche de celui de la protection civile (15-20 min) pour ne pas créer des situations où les pompiers se verraient obliger d'attendre le SMUR trop longtemps.

B.Conditions minimales requises

1.Conditions logistiques

*Ressources humaines :

oUne sortie SMUR = (01 Médecin urgentiste, 01 Infirmier, 01 technicien ambulancier) assurant une garde SMUR primaire à H24 soit 06 par catégorie pour assurer le roulement et les congés.

• Une seconde équipe SMUR en cas de besoin pourra

être mobilisée sur l'effectif du déchoquage en renfort.

• L'intégration de stagiaires :

Médecins résidents

Médecins Internes

Etudiant de médecine 6ème et 7ème année

Infirmiers stagiaires

*Vecteurs :

• L'ambulance SMUR Type A étant déjà suffisamment équipée (quelques ajustements seront nécessaires pour la rendre totalement opérationnelle)

• L'ambulance SMUR Type A+ sera utilisée en renfort (même ajustement que la première)

• Un VLS (non disponible pour le moment) permettra d'intervenir plus rapidement et avec un coup moindre.

• Facilité d'approvisionnement en carburant afin d'éviter tout risque d'immobilisation

• Création d'un Parc SAMU du CHU

*Régulation

• Réponse rapide et efficace 24h/24 nécessitant le renforcement par 06 ARM

• Moyens de communication avec la Protection civile (ligne téléphonique dédiée)

• Moyens de communication radio avec les vecteurs SMUR mais aussi avec les vecteurs de la PC pour une meilleure coordination sur le terrain

• Logiciel de régulation et de géolocalisation

*Coordination avec les autorités locales (police, wilaya) pour la sécurisation du site d'intervention et l'assistance si nécessaire durant les transferts vers les urgences (escorte).

2.Compétences et formation

•Formation en GSU 1&2 obligatoire pour tous les intervenants

•Formation poussée concernant les urgences traumatologiques et prise en charge pré-hospitalière pour les médecins SMUR

•Intégration des Infirmiers des Soins Intensifs et Soins d'Urgence (ISISU) dès leur recrutement

3.Conditions légales

Un cadre juridique clair sur le statut des SMUR à définir.

Pr H.Nejmi
Responsable du SAMU et du
Service des Urgences



Le Service de Médecine Interne

La médecine interne est une médecine intégrative comprenant notamment l'urgence médicale, l'orientation et le suivi, aigu ou chronique, de patients complexes et polyopathologiques.

Le service de Médecine Interne (SMI) est un service polyvalent dont l'activité est centrée sur la prise en charge, diagnostique et thérapeutique des diagnostics difficiles (exemples : fièvre prolongée, douleurs diffuses, syndrome inflammatoire...), les maladies inflammatoires et systémiques, la gériatrie, la médecine vasculaire, l'hématologie bénigne, la polyopathie, et les maladies orphelines.

A- Moyens de fonctionnement

1- Moyens humains

- Personnel enseignant : un PES, et 2 agrégés

- Médecins résidents en formation : 5 résidents dont 2 en attente d'affectation

- Personnel infirmier : 9 infirmiers dont la majorité du service

2- Moyens matériels

Le service de Médecine interne est très dépendant de la plate forme matérielle du CHU aussi bien le laboratoire d'hématologie, de biochimie, d'immunologie, que le service de radiologie et d'anatomie pathologique. Le SMI est au carrefour des autres spécialités et travaille en étroite collaboration avec celles-ci.

B- Offres du service

Le service de Médecine Interne offre aux patients une médecine interne intégrative, capable de les prendre en charge dans leur globalité grâce à la fois à ses compétences propres et à la collaboration des différentes spécialités.

1-Les soins

Le service assure la prise en charge des patients relevant de la médecine interne soit dans un but diagnostique ou dans un but curatif.

Le SMI a pour mission de prendre en charge les patients porteurs des maladies systémiques : connectivités, vascularités, de symptômes de diagnostic difficile (type fièvre prolongée, syndrome inflammatoire) ou de polyopathie.

a- Les activités :

L'éventail des patients pris en charge dans le service de

médecine interne est très large.

Les admissions s'effectuent soit directement à partir des urgences du CHU, soit à partir des consultations selon un calendrier préétabli ou par le biais de transferts des patients des autres services hospitaliers.

b- Les moyens:

Le service dispose d'une unité de 20 lits d'hospitalisation conventionnelle, et d'une unité de 3 lits d'hôpital de jour.

2-L'enseignement

Le SMI participe très activement à l'enseignement à toutes les étapes du curriculum.

En 3^{ème} année : stage d'immersion clinique, enseignement des compétences cliniques et introduction à la démarche clinique

En 6^{ème} année : le SMI accueille chaque année environ 36 étudiants de 6ème année pour un stage de 3 mois.

Les objectifs de ce stage sont la consolidation des compétences cliniques de base acquises jusque-là, avec l'objectif de suivre le patient le long de son séjour hospitalier. Internes et résidents : Le SMI est une véritable plateforme de formation pour les internes. Le service joue également un rôle important dans la formation des médecins résidents se destinant à la médecine interne, en leur inculquant un esprit

scientifique et critique, en parallèle avec des compétences humaines et relationnelles.

3-La recherche

Le SMI est un service académique, engagé dans la recherche clinique. Les thèmes de recherche du SMI sont :

•Maladie thromboembolique veineuse en collaboration avec le service de cardiologie

•Les atteintes vasculaires des maladies inflammatoires en collaboration avec le service de chirurgie vasculaire

•L'épidémiologie des maladies inflammatoires

•L'éducation médicale

•L'amélioration de la qualité des soins

Pr. L. Essadouni
Chef de Service de
Médecine Interne



L'équipe du Service de Médecine Interne

La Coopération sud sud : un nouvel élan

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mohammed VI de Marrakech a élargi son domaine de coopération en concluant le 23 Septembre 2013 un partenariat sud-sud avec le Centre National de Cardiologie (CNC) de Nouakchott en Mauritanie. Cette coopération vient confirmer la volonté du CHU de diversifier ses axes de coopération et d'enrichir ses échanges étrangers avec ses partenaires hospitaliers.

Cette initiative est née à travers une volonté professionnelle de l'équipe de Chirurgie Cardio-vasculaire du CHU Mohammed VI. Conduite par le Professeur Drissi Boumzebra, chirurgien cardio-vasculaire, dans le cadre de campagnes humanitaires au profit de patients Mauritaniens. Couronnées de succès, ces campagnes chirurgicales ciblées ont permis aux équipes marocaines et mauritaniennes de mieux se connaître et d'approfondir le partage de leurs expériences respectives et d'assurer, par là, l'actualisation des connaissances et le suivi de l'évolution technique et technologique dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire ; un transfert de compétences qui vient à point nommé pour l'épanouissement d'un pays frère et ami qui est la Mauritanie.

Réussie et prometteuse, cette convention a pour objectif principal de favoriser les échanges médicaux, scientifiques, de soins et de gestion hospitalière entre les deux établissements contractants. Elle vise aussi de favoriser l'établissement d'une culture professionnelle commune, notamment par la connaissance mutuelle des réalités socio-sanitaires de chacun des deux pays.

Les activités de coopération prévues par cette convention s'articulent autour de quatre grands axes à s'avoir :

- Les activités cliniques et médicotéchniques ;
- L'organisation et le développement d'un pôle d'excellence en cardiologie ;
- L'accompagnement technique dans le domaine architectural et biomédical ;
- Le développement des connaissances et de

l'expertise biomédicale et en technologies diverses. A ce jour, dans le cadre de cette coopération nous avons à notre actif une mission chirurgicale qui a permis à sept malades mauritaniens de bénéficier d'interventions chirurgicales à cœur ouvert, réalisées par l'équipe médico-infirmière du CHU Mohammed VI et leurs homologues du CNC de Mauritanie.

En marge de cette action, une mission d'expertise a eu lieu pour accompagner le projet de création d'un centre national de cardiologie d'une part et un stage en soins



Acte de signature de la convention entre le CHU et le CNC

infirmiers pour une période de deux mois, qui touche à sa fin, au profit de deux cadres infirmiers, avec l'accueil de deux autres cadres, infirmier pour un stage de deux mois et un administratif pour un stage d'un mois d'autre part.

Le plan d'action 2014/2015 prévoit des missions d'expertise à Nouakchott pour l'accompagnement dudit projet, l'élaboration d'un plan d'équipement, l'organisation de deux missions de chirurgie cardio-vasculaire et la formation d'une équipe infirmière.

Au CHU Mohammed VI de Marrakech, nous sommes persuadé qu'il est nécessaire de diversifier les partenaires de coopération en général et d'encourager la coopération sud-sud en particulier qui, à notre avis, est un levier de développement de la santé dans nos pays du sud.

Dr M.S Belkadi
*Chef de Divisions des Affaires
 Professionnelles
 Direction CHU*



Monsieur Mohammed BOUTAT



Après une riche carrière dans les différents domaines de la santé publique, Mr Mohammed Boutat, actuel Chef de Service des Affaires Administratives à l'hôpital Ibn Tofail, partira à la retraite à la fin de l'année 2013.

Pendant 40 ans de service au sein des différentes structures de la santé, Mr BOUTAT a toujours été un exemple de dévouement et d'assiduité dans son travail.

En effet, c'est avec la persévérance et l'obstination qu'il a gradué tous les échelons de la fonction publique. En effet, ayant débuté sa carrière en qualité d'infirmier auxiliaire au début des années 70, il a obtenu son diplôme d'état d'infirmier avant de rejoindre l'école des cadres du Ministère de la santé. Après de loyaux services en cette qualité (infirmier diplômé d'état spécialiste (cadriste), il a accédé à l'INAS (Institut National d'Administration de Santé) dont il sera lauréat

à la fin des années 90. Ce dernier statut lui permettra d'assumer des responsabilités importantes au niveau de la Direction du Centre Hospitalier Mohammed VI, avant d'intégrer la Direction de l'hôpital Ibn Tofail en qualité de Chef de Service des Affaires Administratives. Malgré ses préoccupations quotidiennes multiples en raison de la grande dimension de l'Hôpital, Mr BOUTAT a toujours agi dans le bon sens en essayant d'aménager toutes les susceptibilités et les contradictions au sein des équipes professionnelles.

Son expérience, son sens relationnel et son savoir d'écoute lui permettent d'avoir toujours une attitude conciliante à l'égard de ses coéquipiers quelque soit la situation. Ainsi, il sera très difficile de combler le vide que laissera son départ à la retraite. Mais la vie est ainsi, et je ne peux que lui témoigner de l'amitié la plus sincère et lui souhaiter longue vie, santé et prospérité.

M M.Ait Oumghar
*Chef de Service des Affaires
 Administratives
 HIN*



Monsieur Mohammed BADDOU



Hommage à Mr Baddou, de la part de ta collègue de la promotion de l'école des cadres et de travail à l'hôpital Ibn Tofail qui ne t'a pas oublié et a pensé vous écrire ces quelques mots.

Mr BADDOU
 Vous n'avez pas encore franchi le seuil de l'hôpital pour votre retraite que vous nous manquez déjà. Sachez que tout

le personnel vous décerne la médaille d'or du meilleur collègue, compétent et motivé. Votre sourire restera à jamais dans nos mémoires et dans nos cœurs. Bien qu'il ne soit pas toujours aisé d'amorcer un tel virage dans son existence, nous sommes sûrs que votre naturel optimiste et votre dynamisme vous permettront de découvrir des quantités d'activités, sources de satisfactions, qui se substitueront à votre métier que vous aimez tant. Votre liberté vous est donc rendue et, avec elle, la possibilité de vous consacrer à ce qui vous tient à cœur, avec tout le temps qui vous sera nécessaire.

Voilà une retraite bien méritée après tant d'années, de bons et loyaux services, durant lesquels vous avez su transmettre votre professionnalisme autant que votre gentillesse. Pourtant, aujourd'hui, il nous faut vous

regarder partir, le cœur noué mais reconnaissant.

Tu es un jeune retraité, l'enfance de ta vie de retraité commence aujourd'hui. Nous gardons de toi un merveilleux souvenir. Tu étais un collègue marrant dont l'humour était une lumière de tous les jours pour tous tes collègues de travail.

Tu es un jeune retraité et tu vas pouvoir profiter de ta liberté retrouvée. Finies les longues journées de travail. Bonjour les belles journées de repos et de loisirs. Bonne vie de retraité à toi cher collègue... Tous tes collègues vont te regretter.

Il ne nous reste plus qu'à fêter, comme il se doit, ce départ pour des très grandes vacances, sans souci de prochaine rentrée. Nous allons pouvoir partager un véritable verre de l'amitié et nous espérons que vous nous ferez l'agréable surprise de venir nous raconter comment se passe cette formidable évadée.

Nous vous souhaitons tous une merveilleuse retraite, en espérant que vous viendrez nous voir de temps en temps.

Mme R.Bousfiha
*Chef de Service des
 Soins Infirmiers
 HME*



Le Technicien en Milieu Hospitalier :

Un rôle important et une grande contribution dans le développement de l'offre de soins au CHU

Dans le cadre de son ouverture sur son environnement externe et dans un souci de rapprochement de ses adhérents, l'Association des Techniciens du CHU Mohammed VI a organisé le Samedi 08 Juin 2013 sa première journée d'étude sous le thème « Le Technicien en Milieu Hospitalier » au complexe estival du Ministère de la Justice à Marrakech.

- L'Environnement interne et externe de l'hôpital présenté par Dr Azzeddine TAHA, responsable du registre du cancer de la RMTH.
 - Le cadre législatif et juridique du métier du technicien à la fonction publique.
- Après des discussions et d'échange de point de vue entre les participants, des recommandations ont été



Les participants à la journée de l'association des techniciens

Dans son allocution inaugurale, Monsieur le Directeur du CHU a mis l'accent sur le rôle important du technicien en milieu hospitalier et sa grande contribution dans le développement de l'offre de soins au CHU, aussi il a insisté sur la collaboration des différentes associations professionnelles du CHU pour travailler sur des thèmes scientifiques qui ont une relation directe avec les problématiques vécues au sein du CHU. Au terme de cette allocution, le Directeur a félicité les membres du bureau de l'association pour la bonne organisation et la richesse du programme de la journée qui comportait des thématiques aussi importantes que variées.

retenues à savoir :

- Mettre en valeur le rôle important du technicien dans le développement de l'offre de soins dans le CHU;
- Augmenter le rendement du technicien, hospitalier par l'amélioration de ses conditions de travail;
- Elaborer en coordination avec la DRH, un plan de formation continue spécifique au technicien;
- Renforcer la collaboration avec les autres partenaires associatifs du CHU.

• Aperçu général sur l'association, le but de sa création, ses objectifs et ses réalisations, présenté par Mr Jawad JALAL président de l'association.

M.H.Lachguer
Secrétaire Général de
l'association



La journée internationale de la sage-femme



Atelier de dessin et de henné



Autour d'un déjeuner



Les organisatrices de la journée



Participants à la journée

A l'occasion de la célébration de la journée internationale de la sage-femme, le Bureau Régional de Marrakech Tensift El houze de l'Association Marocaine des Sages-femmes (AMSF) a organisé le 4 Mai 2013, une journée de distraction au profit des enfants orphelins et les enfants des sages-femmes. Cette activité s'est tenue au siège de Dar Achabab de Marrakech et l'auditoire présent était au nombre de 113 personnes, représentant : 61 enfants orphelins, 40 enfants des sages-femmes, 20 étudiantes sages-femmes de l'Institut de Formation aux Carrières de Santé et 10 sages femmes de bureau de L'AMSF.

présentation le programme de la journée et a relevé le privilège d'adoption de l'enfant orphelin. L'activité a été consacrée à plusieurs ateliers : coloriages, dessin, henné, coiffure, jeux, animation musicale, clown, pièce théâtrale, distribution des cadeaux, des jouets pour les orphelins. L'Association Marocaine des sages-femmes bureau régional de Marrakech fait partie d'une équipe bien orchestrée où tout le monde œuvre dans la cohésion la plus complète de bénévolat, d'humanité, d'engagement, de solidarité et de collaboration pour réussir cette action sociale.

La journée a débuté par une lecture du coran puis par une allocution inaugurale faite par un membre de l'association AMSF qui a rappelé, au cours de sa

Mme S.Ifrad
Ex Infirmière Chef du
Service des Urgences
Gynéco-obstétricales
HME



المستشفى والمجتمع المدني يد واحدة لمحاربة مرض السرطان



رواق الشاي والحناء



جانب من الحضور في اليوم التحسيسى



جسّد لساحة جامع الفنا بالمستشفى



تقديم شهادة تقديرية للسيد مدير المركز من طرف رئيسة الجمعية

حريف وكلمة البروفيسور حسين مهمل رئيس قسم أمراض الدم وكلمة الدكتور بلقاضي المشرف على برنامج الثقافة والصحة وكلمة فعاليات أخرى طبية وجمعية كما تم تقديم شهادات مؤثرة للمرضى وذويهم ركزت على المعانات اليومية للعائلات والمرضى خاصة الذين يقطنون خارج مراكش، كما تم التثناء على خدمات المستشفى وجميع مكوناته البشرية على الرعاية التي يتلقونها.

وقد تلى ذلك فقرات من التراث الشعبي للساحة: الحوزي، الأمازيغي، الشعبي، الحكواتي... وتخللت كل ذلك نصائح وتوجيهات للمرضى حول سبل الوقاية وتحسين ظروف عيش المرضى سواء بشكل مباشر أو عن طريق مسرحيات وأغاني واسكيتشات. وقد أثنى الفضاة برموز الساحة كالكراب والكوتشي... وقدمت مختلف هذه الفقرات بتنشيط رائع للإعلامي - صديق الجمعية - حسن بنمنصور.

كما تم تسجيل حضور اعلامي مميز ونذكر القناة الثانية التي نقلت الحدث في اخبار الزوال في نفس اليوم. وكذلك الاذاعة الجهوية بمراكش التي غطت الحدث طيلة الأسبوع. وكذلك اذاعة ميم الخاصة والتي خصصت حلقة كاملة للحدث.

وفي الأخير فان جمعية أمل لمرضى اللوكيميا تقدم بجزيل الشكر الى كل من ساهم في انجاح هذا اليوم وخاصة الطاقم الإداري والطبي للمستشفى الجامعي محمد السادس والأخوات والمسؤولين على برنامج الثقافة والصحة وكذلك الى كل المرضى وأهاليهم على استجابتهم للدعوة كما نشكر السلطة المحلية بمدينة مراكش على المساعدة اللوجيستكية التي قدمتها للجمعية في انجاح هذا النشاط.

سعيد الناشط
كاتب عام

جمعية مرضى المصابين باللوكميما

في إطار برنامج الثقافة والصحة نظمت جمعية أمل لمرضى اللوكيميا بشراكة مع المستشفى الجامعي محمد السادس يوما تحسيسيا حول مرض اللوكيميا وذلك يوم 22 شتنبر 2013 بالمستشفى تحت شعار:

"جامع الفنا بالمستشفى دعما لمرضى اللوكيميا"

وذلك لمعرفة بأن مريض السرطان يبقى مرتبطا بالطبيب وبالمستشفى ارتباطا وثيقا لتتبع العلاج ومراقبته، وفي غالب الأحيان يكون ملزما بالإقامة به مدة طويلة، الشيء الذي يجعل المرضى وخاصة الأطفال منهم محرومون هم وأهلهم من التعرف على عدة أشياء بمدينة مراكش، والترويج عن النفس، وهذا يمكنه أن يؤثر على نفسياتهم فينعكس سلبا على علاجهم.

لهذه الأسباب، جائت الفكرة بنقل بعض أنشطة ساحة جامع الفنا بالتعاون مع فنانة الساحة إلى داخل المستشفى، لما لها من رمزية ومكانة عند المغاربة، وإتاحة الفرصة للعديد من المرضى المقيمين بالمستشفى والمرافقين لهم بالتعرف عن قرب على هذه الساحة، وخاصة اذا علمنا أن الوافدين على المستشفى يأتون تقريبا من جميع أنحاء المغرب.

وقد ساهم النشاط في تحقيق الأهداف التالية:

1. الدعم النفسي والمعنوي للمرضى وأهاليهم.
2. التعرف بالمرض وأعراضه وسبل الوقاية منه.
3. تحسيس المجتمع المدني بخطورة المرض وإشراكه في محاربته.
4. التعرف بالدور الكبير الذي يقوم به المستشفى الجامعي محمد السادس في محاربة مرض السرطان.
5. الانفتاح على المؤسسات الصحية والتعاون مع طاقمها الطبي والصحي من أجل الرقي بصحة المواطن.
6. مساهمة جمعية أمل في تنشيط المستشفى الجامعي محمد السادس

وقد انطلقت الأنشطة بزيارة الأروقة المعدة كرواق الجمعية ورواق التراث الشعبي بمساهمة تلاميذ مدرسة أبي هريرة العمومية، ورواق الشاي والحناء. وبعد تقديم كلمة الجمعية وكلمة السيد مدير المستشفى الجامعي البروفيسور

Le CRUM de la Région de Marrakech Tensift Al-Haouz : premier bilan et perspectives ambitieuses pour l'avenir

Le CHU Mohammed VI de Marrakech à travers son service des Urgences-SAMU a été parmi les premiers à s'inscrire dans les stratégies nationales visant à améliorer la prestation des services des urgences.

Ainsi et depuis la publication de la circulaire ministérielle du 4 juillet 2011 relative à la création des SAMU et à l'organisation des Réseaux Intégrés des Soins d'Urgences Médicale (RISUM), la Région MTH a été la première à se doter de son CRUM (Comité Régionale des Urgences Médicales). Ce dernier est un organe à caractère consultatif et décisionnel, coprésidé par le Directeur du CHU et le Directeur Régional de la Santé. Il a pour mission de :

- Répertorier les moyens dont dispose le RISUM, pour assurer ses fonctions ;
- Evaluer la capacité opérationnelle et le niveau technique de ses moyens ;
- Etablir une liste des établissements composant le RISUM selon les types définis par la présente circulaire;
- Contribuer à la définition des priorités et des objectifs en accord avec les directives nationales;
- Contribuer à l'élaboration des procédures nécessaires pour assurer la coordination et l'interopérabilité des RISUM;
- Etablir le projet de développement des ressources nécessaires au bon fonctionnement du réseau dans la Région;
- Contribuer à l'information et à la sensibilisation des professionnels de santé sur l'organisation et le fonctionnement de l'assistance médicale urgente;
- Proposer des études particulières sur des thématiques correspondant aux objectifs du RISUM.

Depuis plusieurs réunions ont eu lieu, ayant pour objectifs principaux l'harmonisation des actions à l'échelle de la région, une meilleure régulation des urgences médicales et l'établissement d'un premier répertoire opérationnel des ressources.

Dans ce contexte il serait pertinent de retenir deux dates d'une importance capitale :

La réunion du 3 Avril 2013 :

- * Quatrième réunion du CRUM
- * Présidée par Monsieur le Wali de la Région MTH



Mr le Wali et Mr le Directeur du CHU en visite au service des Urgences -SAMU

avec la participation des cinq gouverneurs des provinces de la région et de tous les partenaires de l'urgence (Gendarmerie Royale, protection civile, hôpital militaire, direction de l'aéroport et contrôle aérien...)

- * Ont été formulées les recommandations suivantes :
- Démarrer la sensibilisation, l'information et la communication auprès des partenaires internes et externes de l'urgence au niveau de chaque province;



Les participants à la réunion du CRUM

- Organiser un séminaire atelier réunissant les filières prioritaires : gynéco obstétrique ; pédiatrie; néonatalogie, polytraumatisés, cardiologie, psychiatrie, en vue de susciter l'adhésion des membres des différents réseaux au projet SAMU/ SMUR et formaliser les procédures de régulation par filière ;
- Démarrer l'élaboration du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) des maisons d'accouchement;
- Renforcer le pôle d'urgence d'Essaouira et Kelâa des Sraghna en vue de les rendre autonome en matière de prise en charge de l'urgence ;

- Développer un plan régional de formation en Urgentologie selon le modèle Gestes en Soins d'Urgence (GSU) et Echographie ;
- Mettre en place des indicateurs de production et de qualité en vue de mesurer les activités du SAMU/SMUR.

La réunion du 12 Octobre 2013 :

* Première réunion du CRUM à l'échelle nationale présidée par Monsieur le Ministre de la santé

* Objectifs principaux :

- Décliner la stratégie nationale de mise à niveau des urgences lancé par Sa Majesté le Roi Mohammed VI le 5 Mars 2013 à Fès au niveau régional (région MTH comme site pilote et prioritaire)
- Réorganisation des filières des urgences
- Mise à niveau des urgences hospitalières

l'intérêt d'une politique de proximité en terme de gestion de l'urgence médicale, il est demandé à tous les intervenants de réfléchir à des solutions certes intégrées mais respectant les particularités de chaque filière de soin.

L'innovation dans les sciences de la santé tel que le développement des systèmes d'information hospitaliers et la télémédecine, contribuera à la promotion de la collaboration entre les différents structures de soin de la région et à une meilleure mutualisation des ressources notamment humaines.

Pour 2014, le CRUM de la région MTH compte réaliser la deuxième version du répertoire opérationnel des ressources, le lancement du SMUR primaire pour la prise en charge des Accidents de la Voie Publique(AVP) au niveau de la ville de Marrakech, ainsi que la mise en place d'indicateurs qualitatifs et



Les participants à la réunion en présence de Monsieur le Ministre de la Santé

- Disposer d'une politique régionale de formation en médecine d'urgence
- Régulation de tous les transferts inter hospitaliers au terme de l'année 2014

Il en découle de ces dernières réunions du CRUM, une volonté politique à l'échelle nationale et régionale pour réussir le pari certes difficile de satisfaire les exigences d'une population de plus en plus avide de soins de qualité.

Ceci implique une appropriation régionale des problématiques des services publics en général et des services de santé en particulier. En insistant sur

quantitatifs d'évaluation et de suivi de toutes les actions entreprises. Ceci ne se fera pas sans l'implication de tous les protagonistes au niveau du CHU, de la DRS, le secteur libéral et toutes les personnes traitant de près ou de loin la problématique de l'urgence médicale.

Pr H.Nejmi
Responsable du SAMU et du
Service des Urgences
HIT



Prise en charge du cancer du sein Un nouvel ouvrage dédié



La liste des ouvrages scientifiques dédiés au cancer du sein au Maroc, vient d'être enrichie par un nouveau livre rédigé par plusieurs spécialistes Gynécologues, Anatomopathologistes, Radiologues et Oncologues dans le cadre de la multidisciplinarité et coordonné par le Pr Ali Tahri, professeur en oncologie et radiothérapie et praticien à la clinique spécialisée Menara à Marrakech.

Intitulé «Cancer du sein : connaissances et pratique », cet ouvrage aborde les différents aspects de la prise en charge de ce type de cancer, parmi les plus fréquents au Maroc. « *Le cancer du sein représente un réel problème de santé publique au Maroc en raison de sa grande fréquence mais surtout à cause du taux de mortalité élevé lié au diagnostic tardif dans notre pays* », explique le Pr Abdellatif Benider, chef du service de Radiothérapie Oncologie au CHU Ibn Rochd de Casablanca, qui a préfacé l'ouvrage. Sont traités dans ce livre les aspects épidémiologiques, anatomo-pathologiques, cliniques,

radiologiques et thérapeutiques de cette pathologie. L'auteur aborde également l'importance du dépistage précoce du cancer du sein qui représente, selon lui, le meilleur moyen pour réduire la mortalité due à cette maladie. Outre les aspects purement curatifs, « Cancer du sein : connaissances et pratiques » évoque aussi la dimension psychologique de la prise en charge des femmes atteintes par cette affection. Pour rendre compte de leurs souffrances, l'auteur a tenu à inclure un témoignage de l'une des patientes et insiste sur l'importance pour l'équipe soignante de prendre en considération dans toute stratégie thérapeutique les angoisses des patientes face à la maladie en s'aidant de psychologues et de psychiatres. Ce nouvel ouvrage, qui devrait être disponible au Maroc dans quelques semaines, est une contribution remarquable aux efforts de lutte contre le cancer du sein par le biais de la sensibilisation. En traitant les différentes étapes de prise en charge de ce type de cancer, il représente une base de données pour tout le personnel soignant appelé à prendre en charge le cancer du sein.

Pr Y.Aitbenkaddour
Professeur Agrégé en
Gynéco-obstétrique
HME



ورقة تعريفية لكتاب "تحاقن الدم في خدمة الطبيب الممارس"



أثرت الدكتورة لطيفة لخماس طبيبة متخصصة في أمراض الدم ومديرة مركز تحاقن الدم بمراكش، و الأستاذ محمد حريف مدير المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس، خزانة الكتب الطبية المغربية بكتاب قيم أسمياه "تحاقن الدم في خدمة الطبيب الممارس".

هذا الكتاب، الذي كتب بطريقة سلسلة وبيداغوجية، يجد فيه الطبيب المختص، العام، المتمرن والممرض كل ما يتعلق بتحاقن الدم. فهو يتعرض في أوله إلى تاريخ تحاقن الدم المليئ بالتجارب و الدروس أيضا. كما يتعرض إلى القوانين التي تنظم تحاقن الدم بالمغرب وكيفية هيكلة هذه الأخيرة في المملكة. يجد القارئ في هذا الكتاب أيضا كل ما يتعلق بالقواعد الفيزيولوجية لتحديد فصائل الدم ومركب خصائص HLA، المواد المستخلصة من الدم والقواعد العامة لتحاقن الدم من مرحلة أخذه من المتبرع حتى وصوله إلى المريض. كما نجد في الكتاب كل ما يتعلق بمضاعفات تحاقن الدم وما يجب على الطبيب القيام به لتفاديها.

هذا الكتاب يعتبر إذا مرجعا مهما للطبيب والممرض في تحاقن الدم ليس في المغرب فقط ولكن لكل البلدان الفرنكوفونية على الأقل.



أ.ل.مهمل
مدير مركز الأندكولوجيا و
أمراض الدم

IMPULSIONS SANTE

La revue d'une institution en pleine métamorphose

نبضات الصحة

CHU

"الإنسان كائن ثقافي بطبعه... لأنه كائن طبيعي بثقافته"

إدغار موران (النموذج المفقود، 1973)

أثناء زيارة قمت بها لمصلحة الولادة التابعة لمستشفى الأم و الطفل، لفت انتباهي تواجد سيدة في سن الثلاثين بقاعة الانتظار، قدمت من نواحي مراكش للولادة، ومعها أفراد عائلتها و هم يحاولون بكل جهد إقناعها بالدخول إلى قاعة الولادات. استوقفتني الأمر، فسألت عن سبب امتناعها عن الدخول، شرح لي أفراد العائلة أن السيدة الحامل دخلت القاعة مرتين و خرجت منها مذعورة و مصرة على رغبتها في الولادة بقاعة الانتظار. تطلب الأمر الكثير من الإقناع والترغيب و الترهيب لجعلها تقبل فكرة العدول عن قرارها و العودة للولادة بقاعة الولادات. وبمجرد ولوجها قاعة الولادات، كان المخاض قد بلغ ذروته فوضعت مولودها بكل سلامة و عافية. كانت الجدة في كامل السعادة لكون ابنتها أنجبت حفيدها في ظروف ملائمة، معبرة عن امتنان و عرفان كبيرين.

بعدما هدأت الخواطر، استفسرت الأم عن سبب توجس ابنتها لولوج قاعة الولادة، وعن تفسير هذا التصرف. فأكدت لي في جوابها أن ابنتها لأول مرة تضع قدمها بالمجال الحضري و تعتقد أن ولادتها بالمستشفى ستتم بطريقة تؤذيها لكونها أنجبت من قبل في بيتها بكل سلام.

عدت بعد ذلك إلى قاعة الولادات فوجدتها جد نظيفة، بياض ناصع، تسمع بعض أنين الحوامل في مرحلة المخاض و ترى القابلات يسرعن الخطى في كل الاتجاهات. بالفعل تعرف مصلحة الولادات إقبالا و ضغطا كبيرين. و هذه المصلحة حديثة الافتتاح، تحترم فيها معايير السلامة الصحية كما هو معمول بها دوليا، لكن تنقصها لمسات الثقافة المغربية و مرجعياتها. بالتأكيد حاول المهندسون المعماريون احترام معايير المستشفيات الحديثة و لكن اغفلوا إقحام بعض اللمسات التي تذكر بالثقافة المحلية، قد تعطي للبعض الانطباع بأنه في عالم افتراضي مصطنع و غير مضياف. ربما تكون هناك عوامل أخرى تفسر سلوك هذه السيدة، و لكنه من المؤكد أن عدم استيعابها للمحيط الإستشفائي ساهم بشكل كبير في ذعرها و قلقها.

حيث انه لا يمكن تناول الإنسان من الرؤية الجزئية لتقني الصحة، وأن المرض يعتبر في المخيال الجماعي انتهاك للصحة العضوية و النفسية للشخص فإنه يجب دمج في كل الحالات في البيئة الاجتماعية و الثقافية للأفراد و المجتمعات و أن المحدد الثقافي أساسي لا يمكن إهماله أو الإغفال عنه.

حيث أن المستشفى هو كذلك فضاء للحياة، و للأحاسيس و فضاء للتفكير و التعبير عن القيم الإنسانية النبيلة. فإنه لكل هذه الحثيات و غيرها، قمنا بوقفه تأمل و تفكير من أجل إقحام الشق الثقافي بالمؤسسات الإستشفائية التابعة للمركز، في الوقت الذي أصبحت فيه القيم محل عدة تساؤلات، يمكن أن تكون الثقافة رافعة و أداة لمصالحة المستشفى مع المجتمع و كذا جعل علاقة الطبيب مع المريض أكثر توازنا.

في هذا الإطار انخرط المركز الإستشفائي محمد السادس بمراكش في هذا المشروع (مشروع الثقافة و الصحة) وذلك بدعم من أصدقائنا الفرنسيين و خصوصا المركز الإستشفائي روفاك. كما أن هذا المشروع تعزز بفعل انخراط العديد من الشركاء نخص بالذكر وزارة الثقافة المغربية و الجمعيات التطوعية النشيطة بالمدينة.

إنه حقا بعد جديد تأسس بالمركز الإستشفائي حول جودة الحياة بالمستشفى و الانفتاح على روح الإبداع.

الأستاذ محمد حريف

مدير المركز الإستشفائي الجامعي

Direction Générale du CHU Mohammed VI - BP2360

Avenue Ibn Sina Amerchich - Marrakech

Site Web : <http://www.chumarrakech.ma>