

Revue de l'INPFP



INPFP

Editorial

La qualité est la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutique, diagnostique qui lui assurent le meilleur cout pour le même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

La qualité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant : « une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixes. »

L'évaluation de la qualité de soin, conduit à évaluer le système dont elle est issue, l'évaluation qui était exclusivement centrée sur les résultats, s'étend à un ensemble d'activités : ressources, processus, résultat

Depuis l'universitarisation de la formation paramédicale, qui dénote d'une volonté sans retenue de la part de l'administration centrale d'améliorer la qualité des soins prodigués dans les établissements de santé. Sachant que cette qualité constitue un gage de satisfaction pour les usagers du système de santé ; celle-ci passe impérativement par la qualité de la formation qui elle-même est tributaire, de la qualité des formateurs dont deux promotions sont en cours de formation sur trois sites.

Cette formation est dispensée avec un nouveau programme et des méthodes pédagogiques novatrices.



Mr ELBIR Boussad
Chef de Département,
Documentation et
Recherche

Communiquer pour mieux soigner par la mise en application de la Programmation Neuro- Linguistique (PNL)



Mme Nadia Hached
Cadre Paramédical au CHU
Mustapha d'ALGER service
cardiologie A1

Résumé :

Pour communiquer efficacement, le recours à la PNL (Programmation Neuro-Linguistique) s'avère impérieux car elle est accessible à tous et interactive avec d'autres domaines.

La PNL a été mise au point en 1972 par John Grinder professeur de linguistique et Richard Bandler mathématicien et psychothérapeute, les deux hommes avaient décidé d'étudier les excellents résultats obtenus par certains professeurs parmi lesquels, Fritz Perls fondateur de la gestaltthérapie et Milton Erickson le père de la nouvelle hypnose.

Bandler et Grinder résolurent en une seule méthode les éléments de communication afin de définir les termes d'un savoir-faire conduisant à coup sûr au succès.

Cette méthode de psychologie appliquée propose de mieux se connaître pour entrer en relation et exprimer ce que l'on veut, elle insiste également sur le rôle des sens et sur l'importance de l'authenticité dans la communication.

L'infirmière est souvent le pivot de la communication interprofessionnelle, cette méthode lui permet d'acquérir de nouvelles techniques grâce auxquelles elle communiquera autrement.

Introduction :

La PNL ne peut être qu'une stratégie innovante et perspicace dans toute opération de communication interhumaine, car elle développe le sens de l'observation, de la conversation afin d'aboutir à un accord consensuel et de concertation d'ordre social, psychologique et même professionnel.

Mots clé :

Communication-programmation neuro -linguistique-apprentissage-stratégie

1) Aperçu historique, technique et linguistique

- ✓ La PNL est un ensemble d'outils permettant de s'intéresser à la manière dont nous captions l'information
- ✓ Art de la modélisation

- ✓ Permet d'assurer notre développement personnel
- ✓ Négocier une solution qui contente tout le monde

- ✓ Gérer notre temps et nos précieuses ressources, autrement dit, on observe les comportements, on relève des irrégularités, on tente ensuite de classer les observations et d'élaborer des stratégies adaptées aux difficultés qu'on rencontre.

La programmation : fait référence à la comparaison entre l'ordinateur et le cerveau qui crée et applique des « programmes » de comportements, ce terme désigne les processus dynamiques de perception et de représentation sensorielle, d'organisation de la pensée et les comportements.

Neuro : L'apprentissage s'acquiert par la mise en place de certains circuits dans notre système neurologique.

La PNL s'intéresse directement à la création et à la modification de ces circuits.

Linguistique : pour intervenir sur cette bio-machine que sont : notre cerveau et notre système nerveux, nous allons nous appuyer sur le langage ; les mots sont porteurs d'expériences, c'est surtout à travers eux que nous codifions notre vécu.

Le langage que nous utilisons est en fait révélateur du mode de perception que nous privilégions à un moment donné : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif ou gustatif(VAKOG), repérer cela va nous permettre de mieux nous caler sur le mode de fonctionnement privilégié de notre interlocuteur ; de nombreuses choses découlent de cette linguistique.

On peut considérer que, d'une certaine manière, notre cerveau et notre système nerveux nous ont été légués sans mode d'emploi précis, par le moyen du langage, nous pouvons susciter des états et créer des connexions neurologiques qui vont faciliter notre apprentissage, voir modifier les enseignements que nous avons tirés de nos expériences passées (programmation) ;

Objectifs :

- ✓ Compréhension des mécanismes de collaboration entre médicaux-paramédicaux dans une structure de santé
- ✓ Intégrité du groupe
- ✓ Diminuer les obstacles qui parasitent la communication
- ✓ Améliorer les moyens de communication au sein d'un service de soin
- ✓ Eviter les erreurs médicales
- ✓ Diminuer le nombre d'hospitalisations
- ✓ Diagnostic précoce-traitement adéquat
- ✓ Eviter les conflits
- ✓ Changer les problèmes en solutions

Objectif principal :

Assurer la sécurité du patient

2) Perspectives de la PNL

Qu'est ce que les niveaux logiques ?

D'après Robert Dilts qui a repris les travaux sur les niveaux logiques d'apprentissage de l'anthropologue Gregory Bateson, nous sommes psychologiquement organisés en niveaux logiques, des ensembles de processus qui influent les uns sur les autres de manière hiérarchique.

❖ **Notre environnement : où et quand ?**

C'est notre entourage, les gens que nous rencontrons et les lieux, événements auxquels nous nous réagissons ; Les facteurs environnementaux déterminent le contexte et les contraintes sous lesquelles les personnes agissent.

En somme, nous pouvons dire que toutes nos idées et créations mentales (architecture, technologie, système économique/ politique) prennent vie matériellement dans notre environnement.

❖ **Notre comportement : quoi / quoi faire ?**

Ce sont des actions et attitudes mises en œuvre dans notre environnement indépendamment de notre compétence, c'est ce que l'individu fait correctement dans la société ; Le moindre changement dans ce niveau produit des effets remarquables.

❖ **Nos capacités : comment faire ?**

Il s'agit de l'ensemble des compétences dont nous disposons, qui sont indispensables pour produire nos comportements selon l'environnement dans lequel nous nous trouvons, c'est le niveau des stratégies et savoir-faire.

❖ **Nos croyances et valeurs : pourquoi ?**

Les niveaux inférieurs sont des modèles par nos croyances et valeurs.

Nos croyances sont des idées que nous pensons vraies et sur lesquelles nous ne changeons pas d'avis facilement ; exemple si nous nous croyons incapables d'apprendre (croyance), parce que nous sommes trop vieux (valeur « jeunesse ») ou trop bête (valeur « intelligence »), nous allons saboter nos capacités d'apprentissage.

❖ **Notre identité : qui suis-je ?**

L'identité d'une personne est le socle de son existence, c'est le « qui » derrière le où, quand, comment, pourquoi, c'est le sentiment d'unicité que nous avons et qui nous pousse à rester identique et cohérent vis-à-vis de nous tout le long de notre vie.

C'est aussi la représentation interne que nous avons chacun de nous même et cette représentation influence elle-même tous les autres niveaux logiques.

❖ **Notre sens : A quoi fais-je partie ?**

Le sens ou encore le niveau logique spirituel ou transpersonnel se concentre sur les relations entre l'individu et le système le plus vaste qui l'englobe et dans lequel il interagit ; on parle ici d'appartenance, que ce soit à notre entreprise, notre pays, l'univers ou notre conception de Dieu ; c'est le système avec lequel l'individu se sent connecté pour qui son comportement (actions et attitudes sont dirigées) lui donnant ainsi une vision à long terme, un sens et un but à ses actes, capacités, croyances et son identité.

3) Les bases de la PNL :

3.1 La carte n'est pas le territoire

Une des présuppositions essentielles de l'approche en PNL est que « la carte n'est pas le territoire », Nous emmagasinons les informations de notre environnement, des événements, des gens, selon notre propre système de représentation, notre carte du monde.

La représentation interne que nous avons d'un événement extérieur est donc différente de l'événement proprement dit ; cette notion de « la carte n'est pas le territoire » provient du mathématicien polonais Alfred

Korsybsky(1933) qui a écrit que la perception du monde(le territoire) passait par l'intermédiaire de nos cinq sens : la vue, l'ouïe, le Toucher, l'odorat et le goût. On prend ces stimuli externes pour s'en faire une représentation interne dans notre cerveau (la carte), nos sens nous bombardent de plus de stimuli que ce que notre conscient peut retenir : Nos filtres travaillent pour retenir ce qui est essentiel pour nous au moment où ça se passe, en plus des filtres des cinq sens, la réalité passe également par le filtre de nos valeurs, notre éducation, nos croyances, nos souvenirs, notre culture.

Notre vision du monde (notre carte), ce que nous considérons comme notre réalité est donc le résultat de notre machine à filtre, **et nous avons tous notre machine.**

3.2 Impact de l'interaction conversationnelle-observationnelle dans la conception pratique de la communication :

La communication est un art qui s'acquiert en faisant appel à l'ensemble de nos sens.

La PNL définit ainsi trois principaux systèmes de représentation sensorielle :

Système visuel-système auditif- système kinesthésique ((VAK)

Quelque soit la situation de communication, il y'a toujours la sollicitation d'une voie sensorielle ; parfois, faute d'utiliser le bon chemin sensoriel, nos arguments ne « passent pas », il nous faut alors choisir de passer par la porte ouverte, plutôt que de tenter d'obliger les autres à emprunter notre voie personnelle.

3.2.1 Identifier le rapport :

Identifier le rapport grâce à l'observation du comportement non verbal, c'est découvrir comment entrer facilement en contact avec notre interlocuteur pour ensuite établir rapidement un solide climat de confiance, condition incontournable d'une bonne collaboration, quelque soit la situation de communication, vous découvrirez l'importance du comportement non verbal, de l'espace relationnel, du temps, vous serez de plus en plus à l'aise avec les notions de représentations sensorielles.

3.2.2 Trouver sa place conversationnelle :

Sachant que les différences individuelles sont très variables, selon les individus et leur culture, différentes distances conversationnelles s'imposent, chacune correspond à l'occupation de l'espace par les acteurs de l'interaction.

3.2.3 Se mettre en phase de mimétisme comportemental :

Les phénomènes de mimétisme comportemental, ou synchronie interactionnelle apparaissent naturellement dans des situations de communication.

Il s'agit de vous adapter à la gestuelle particulière de votre interlocuteur sans pour autant le mimer avec exactitude, s'accorder au rythme de la respiration nous permet également de parler au même rythme que l'autre.

Une fois synchronisé au rythme de la respiration, il est très facile de s'accorder à la qualité de la voix, il ne s'agit pas de l'imiter, mais plutôt de se mettre en rythme, modifier légèrement le rythme de la parole et le volume de la voix, ces deux éléments suffisent largement quand il s'agit de maintenir le rapport.

3.2.4 S'accorder au registre sensoriel :

Lorsque la synchronisation est effectuée au niveau du non verbal, il ne reste plus qu'à s'accorder au registre sensoriel dominant, cela implique de l'avoir identifier par l'observation du comportement dans sa globalité et cela par le choix des mots à référence sensorielle.

S'accorder au registre sensoriel est une étape essentielle qui permet d'approcher les mécanismes cognitifs les plus personnels de l'interlocuteur.

3.3 Les quatre étapes de l'apprentissage

3.3.1Inconscient incompétent :

La personne n'a pas la compétence et n'a pas conscience de ce manque de compétence, à cette étape il y'a donc insuffisance de savoir ou d'expérience pour comprendre ou mettre en œuvre un principe d'action (utiliser une compétence).

La personne ne sait pas qu'elle n'a pas la capacité à comprendre et faire.

3.3.2 Conscient incompetent :

La personne prend conscience de son manque de compétence, ou bien la personne croit qu'elle n'est pas capable de comprendre ou faire.

3.3.3 Conscient compétent :

La personne s'engage dans le processus conscient d'acquisition de compétence manquante.

3.3.4 Inconscient compétent :

La personne atteint un stade où la compétence est complètement installée et ne nécessite plus d'accompagnement ; la personne atteint un seuil d'expérience suffisant pour appliquer un principe d'action (utiliser une aptitude).

La performance des experts est basée sur une compétence inconsciente

1) L'infirmière et la PNL :

Au cours de notre travail en tant que professionnel de la santé, nous rencontrons parfois des malades avec lesquels, il est difficile d'établir un lien de confiance, en tenant en compte leur état psycho-social, leurs troubles d'humeur, leur agressivité, violence, frustration et possiblement leur peur qui sous-tend leur force d'opposition.

Il en va ainsi, parce que nous sommes responsables de la relation soignant-soigné susceptible de pouvoir l'influencer positivement.

D'après Margot Phaneuf inf Phd « Dans la chaleur de l'empathie soignante, l'alliance thérapeutique permet aux malades de s'engager avec l'infirmière à travailler à son mieux- être », aussi d'après Margot Phaneuf inf Phd « Celui qui sait parler avec ses mains, écouter avec ses yeux, entendre avec le silence celui là sait guérir ! » ;

L'infirmière est souvent le pivot de la communication entre les membres de l'équipe soignante, l'approche de la PNL lui permet de renforcer ses connaissances et surtout la connaissance de soi, l'estime de soi, la capacité d'affirmation et la capacité d'auto-évaluation. Dans une structure de santé les outils de la PNL permettent à l'infirmière de réaliser des objectifs clairs et précis tout en mettant des principes de communication adaptés au travail en équipe.

Ainsi, elle pourra utiliser les technologies de la communication (protocole) afin d'améliorer la qualité des soins.

Comprendre la PNL permet aussi à l'infirmière d'accepter les points de vue des autres « la carte n'est pas le territoire », s'adapter à différentes cultures et développer l'écoute active, ce qui lui permettra d'une manière ou d'une autre à gérer certains conflits.

L'infirmière expérimentée ayant acquis ces compétences est capable de s'engager et coordonner....donc mener une réunion de travail, de définir les objectifs du service (projet du service), prendre des décisions pour instaurer des changements, participer à des séances d'APP (analyse des pratiques professionnelles), d'où sa capacité d'accompagner et d'orienter les nouveaux diplômés.

Conclusion

Le domaine de la santé est par essence un milieu exigeant et impliquant, dans lequel le personnel soignant et encadrant emploie son temps à apporter de l'aide et prodiguer des soins à des personnes en souffrances physique et/ou psychique.

L'approche de la PNL, à cette échelle, est une possibilité supplémentaire pour faciliter l'équilibre systémique des relations humaines au sein d'une organisation complexe telle la structure hospitalière.

Bibliographie

- Livre de Catherine Cudicio : coach en PNL.
- Livre d'Anthony Robbins : pouvoir illimité.
- Livre d'Alfred Korzybsky : la carte n'est pas le territoire.
- Site internet : Margot Phaneuf inf Phd.



Le tutorat dans la formation paramédicale.



Mr, ELBIR. Boussad
Chef de Département,
Documentation et
Recherche
Dr BOUTEMEUR Amar
Médecin spécialiste

Résumé :

Toutes les formations professionnalisantes, sont basées sur le principe de l'alternance, qui coalise la théorie et la pratique ; l'outil indispensable pour cette coalition reste le tuteur de stage.

Mots clés :

Formation, tuteur, stage, alternance, apprentissage.

Introduction :

Depuis la naissance du monde, l'homme a toujours cherché à comprendre et à donner des explications à certains phénomènes, dans le but de se protéger, protéger les siens, se nourrir et nourrir les siens. Pour répondre à ces questions il recourait souvent à des personnes plus qualifiées ou plus intelligentes que lui.

Dans l'antiquité celui qui maîtrisait le savoir, maîtrisait le pouvoir.

Par conséquent, la notion de maître est plus vieille que le monde lui-même.

Le serment d'Hippocrate reste un écrit intemporel. Il a été rédigé au quatrième siècle avant Jésus-Christ. Il énonce : « **Je mettrai mon Maître de Médecine au même rang que les auteurs de mes jours ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement... »**

À la décadence de la culture gréco-romaine, ce fut l'apogée de la civilisation arabo-musulmane dont les traces de maîtres d'application sont toujours vivantes notamment dans les écrits du précurseur de la sociologie.

Vers les années 1373, une querelle agita à Grenade, les Muridiens.

Ce sont des croyants qui répondent à un appel personnel qui les pousse à s'engager dans la voie de la vie mystique dans le but de parvenir au-delà du discursif et du senti c'est-à-dire au-delà de leurs propres limites.

Le Murid est toujours en situation de disciple depuis son initiation jusqu'à l'obtention éventuelle de son but.

Cependant une question divisa les apprenants en deux groupes antagonistes. Le motif de cette division est sous tendu par deux questions :

- Pour s'engager dans cette voie est-il indispensable de se mettre sous la conduite d'un maître spirituel ?

- Ou peut on se diriger soi même et pour cela se contenter d'utiliser individuellement les livres ?

C'est en partant de ce questionnement que le célèbre précurseur de la sociologie Ibn Khaldun a écrit son mythique livre « la voie et la loi »

Six siècles après cette querelle, le sujet du maître d'application est toujours d'actualité tant pour la formation initiale que pour la formation des formateurs.

Les programmes de formation sont minutieusement élaborés et judicieusement balisés par des objectifs généraux et des objectifs spécifiques. Le volet pratique reste le parent pauvre de la formation même si une abondante production (thèses, mémoires) est publiée, les causes essentielles de cette absence d'engouement pour la formation pratique sont liées à notre sens à la rudesse du terrain de stage, à la non formalisation du maître d'application.

L'objectif de ce dernier est d'orienter et de canaliser les connaissances théoriques en vue de les transformer en savoir pratique.

Il devrait tenir compte en outre des qualités morales et de la personnalité de son disciple.

Par ailleurs le maître d'application doit avoir le recul nécessaire afin d'évaluer et de corriger l'apprentissage, l'objectif final étant de construire la carrière de l'apprenant basée sur le savoir, le savoir faire et le savoir être.

Sur le plan pratique, le maître d'application selon les domaines peut s'appeler : le maître formateur, le conseiller pédagogique, le maître d'accueil, le tuteur.....

Ce qui fait de lui un maître, c'est la quantité et la qualité de l'expérience qu'il possède, quantité car il s'agit d'un professionnel confirmé, qualité car le fait qu'il soit choisi par l'apprenant ou désigné par l'administration atteste qu'il s'agit d'un modèle en la matière.

Clarification des concepts :

1/ Capitalisation du savoir :

Mise en place des systèmes de recueil, de formalisation et d'échange de procédures efficaces inventées par un individu , ou par un groupe sur un site déterminé. Dans le but, de les communiquer aux nouveaux arrivants, ou a des salariés, travaillant sur un site différent.

2/ Le tutorat :

C'est une relation entre deux personnes dans une situation formative :

- un professionnel
- une personne en apprentissage d'un métier dans son environnement.

Le tutorat, revêt un caractère dynamique et pédagogique, pour transférer des éléments de savoirs, en situations professionnelles.

3/ Les tuteurs :

Ce sont, des travailleurs de l'établissement d'accueil, spécialement désignés pour veiller sur des stagiaires.

Trois critères, d'égale importance devraient influencer le choix d'un tuteur :

- sa maîtrise professionnelle.
- sa motivation.
- ses capacités relationnelles et pédagogiques.

4/ Compétence :

Savoir faire efficace dans une situation déterminée.

Elle est généralement liée à un métier, à une profession, à un statut ou à une situation professionnelle de référence.

À ce titre elle implique à la fois des connaissances déclaratives, des connaissances procédurales et des attitudes.

5/Objectif :

Énoncé d'intention, décrivant le résultat concret attendu à la suite d'une action.

6/ Behaviorisme :

Théorie psychologique, qui fait du comportement observable l'objet même de la psychologie, et de l'environnement. L'élément clé de la détermination et de l'explication des conduites humaines.

Selon cette approche, l'apprentissage est une modification du comportement provoquée par les stimuli venant de l'environnement.

7/Cognitivismes :

Ensemble de cognitions (savoirs, croyances, représentations) qu'un individu a « emmagasiné » dans sa structure cognitive, durant toute son existence.

Le cognitivismes représente l'ensemble des théories portant sur les processus d'acquisition des connaissances issues de l'intelligence artificielle et de la cybernétique. Le terme vient du latin "cognitio", qui signifie "connaissance".

Les sciences cognitives font appel à la biologie, à la psychologie, à la linguistique, à la logique et à l'informatique. Elles ont pour objet la connaissance, la mémoire, la perception, le raisonnement, et utilisent comme modèles, pour décrire l'esprit humain, l'ordinateur et l'intelligence artificielle (IA). Elles offrent des modèles de constitution et de gestion de l'activité psychique utilisés en psychologie, en psychiatrie et en philosophie analytique.

8/ Constructivisme :

En psychologie ; position théorique qui estime que le développement d'un individu, est un processus permanent, de construction et d'organisation des connaissances.

L'individu est programmé, pour acquérir les connaissances dans un certain ordre, à condition que le milieu fournisse, les stimulations nécessaires au moment voulu.

C'est un modèle ayant pour principal précurseur le français Jean PIAGET, il se concentre sur la construction de l'apprentissage.

9/ Pédagogie de l'alternance :

Dispositif de planification de la formation, basé sur un principe d'interaction entre, des situations de formation et des situations de production.

Celle-ci retrouvée dans tous les cursus de formation à dominante professionnelle « la pratique du terrain » ou des étudiants viennent contrebalancer le tout théorique de l'enseignement »

10/Compétent :

Se dit d'une personne capable de mobiliser les savoirs, savoirs faire et savoirs être nécessaires à l'accomplissement d'une activité ou à la maîtrise d'un poste.

11/Comportement :

Ensembles de réactions, de manières de se conduire et d'agir d'un individu observables objectivement.

12/Savoir faire :

Mise en œuvre d'un savoir et d'une habileté pour une réalisation spécifique.

Le savoir-faire est différent des autres savoirs comme la connaissance scientifique car il peut être directement appliqué à une tâche. Le savoir-faire en résolution de problèmes est différent de la connaissance sur la résolution des problèmes.

Revue de la littérature :

1. Recension des écrits :

Le stage auprès d'un maître d'application donne aux apprenants la possibilité de :

- appliquer leurs connaissances théoriques et de renforcer leurs connaissances techniques ;
- développer et exercer leurs jugements le sens de l'initiative ainsi que leurs habiletés de direction et de décision ;
- de mieux comprendre les normes d'intégrités de déontologie et d'Indépendance et d'y adhérer ;
- apprendre à répondre aux besoins des élèves et de l'institution ;
- d'acquérir un esprit entrepreneurial ;
- d'améliorer leurs habiletés en communication professionnelle et en relations interpersonnelles.

Tous ce processus de transformation s'effectue sous la conduite bienveillante du maître d'application qui a son tour assure trois fonctions :

- conseils et formation vis-à-vis de l'apprenant ;
- garde-fou vis-à-vis des élèves ;
- évaluation car il est responsable vis-à-vis de l'institution et témoin des expériences de l'apprenant.

Il lui appartient de porter un jugement sur sa capacité à devenir ce qu'il est lui-même c'est-à-dire un professionnel de l'enseignement et de la formation.

Il véhicule auprès de l'apprenant une attitude qui a des incidences indéniables sur la façon dont les apprenants conçoivent leur future profession.

Il doit concilier entre la compétence, les savoirs, la disponibilité, et enfin mettre a profil son expérience afin de construire l'identité professionnelle du futur professionnel qui va susciter en lui le dynamisme et l'activité ainsi que l'amour de la découverte et de la créativité qui entretiennent en lui une constante motivation celle-ci pousse l'apprenant à accomplir ses tensions émotionnelles qui peuvent être soit :

- un besoin d'activité nouvelle ;
- un besoin d'ordre social notamment l'intégration dans le milieu professionnel ;
- besoin psychologique qui est la réussite et donc l'estime de soi.

L'importance de ce processus n'est pas limitée à l'acquisition de connaissances ou d'habiletés particulières, mais participe à l'élaboration de la personnalité toute entière.

Toute acquisition qu'elle soit de nature sensori-motrice, conceptuelle ou sociale retentit sur les autres composantes de la personnalité et contribue à façonner celle-ci qui n'est pas une donnée biologique héréditairement transmise.

Elle est une construction, fruit d'une interaction constante entre l'individu et son environnement.

*« Si le sage est vraiment sage, il ne vous convie guère à entrer
Dans la demeure de la sagesse, mais plus tôt vous mène*

*Jusqu'au seuil de votre propre sagesse »
Khalil Gibran.*

2. Le tutorat à travers le monde :

La mission tutorale est ancienne : on en trouve des traces depuis le Moyen Age. Jusque dans les années 1980, elle s'exerce exclusivement dans le Cadre de l'apprentissage, la loi ne l'apprenant en compte que pour indiquer Succinctement les missions du maître d'apprentissage. Avec l'introduction des contrats d'insertion en alternance, on constate un développement et Une diversification du tutorat.

En France :

Les principales situations faisant appel au tutorat :

- Contrat d'apprentissage (tutorat obligatoire et cadre juridique),
- Contrat de professionnalisation,
- Mobilité, adaptation à un nouveau poste de travail,
- Stages, périodes de formation en entreprise et de professionnalisation.

Quel que soit le cadre dans lequel s'inscrit le tutorat, les principales missions du tuteur sont de :

- révéler et transmettre la réalité de son métier en facilitant l'observation et l'appropriation par l'apprenant des savoirs, savoir-faire et comportements professionnels via un accompagnement quotidien et individualisé.
- déterminer un parcours de formation, des outils et des techniques pédagogiques favorisant l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de ce métier,
- favoriser l'intégration dans l'entreprise et le partage de la culture « maison ».

Pour renforcer l'adhésion des tuteurs :

Plusieurs moyens sont mis en place par les entreprises pour valoriser les tuteurs, à titre d'exemples :

- du temps libre pour exercer son rôle de tuteur
- une prime / une reconnaissance salariale
- une démarche de certification des compétences de tuteur. Loi du 13 janvier 1998

Le tuteur doit justifier de deux ans d'expérience et d'un niveau de qualification au moins égal à celui visé par le jeune.

Circulaire du 2 juin 1998.

Limitation à trois du nombre d'apprenants par tuteur (deux si le tuteur est le chef D'entreprise)

En Espagne :

Il n'existe pas de législation spécifique, les mots qui s'apparentent au maître d'application sont utilisés mais avec un tutorat mal organisé considéré comme tâche secondaire et non rémunérée.

En Suède :

La loi stipule que chaque apprenti aura un tuteur officiel dans son lieu de stage, celui-ci est responsable du développement professionnel de l'apprenti, indépendamment du tuteur pédagogique le tout par un accord collectif et toute cette législation date des années quatre-vingt-dix.

En Suisse :

Le mot tuteur n'existe pas. Ils utilisent par contre le terme de formateur en entreprise qui subit une formation de cent heures sanctionnée par un certificat.

En Allemagne :

Ils ne parlent pas de tuteur mais de mentor, de maître de stage avec des certificats bien réglementés suite à deux cents heures de formation portant sur sept modules et souvent ces maîtres de stage deviennent des formateurs.

En Pologne :

Ils utilisent l'appellation d'instructeur d'apprentissage pratique et pour avoir ce titre il faut un diplôme professionnel post baccalauréat en lien avec la formation et trois ans d'expérience suivis de quatre vingt heures de formation.

3. La conception du tutorat Selon certains auteurs :

Perrenoud. P :

PERRENOUD (1994) affirme que le véritable apprentissage se produit dans une situation réelle. La situation réelle n'est pas la classe, l'école, mais l'environnement clinique. C'est là qu'évolue l'encadreur de terrain. Il soutient de ce fait que l'encadreur de terrain doit favoriser l'explicitation des attentes et du contrat didactique; verbaliser ses propres modes de pensées et de décision; ne pas jouer la comédie de la maîtrise, renoncer à incarner une norme, un surmoi, un modèle; exprimer ses doutes, ses peurs, ses ambivalences, ses lassitudes, se mettre en jeu comme personne, ne pas se cacher derrière son rôle; accepter les différences comme irréductibles; et prendre les erreurs comme des occasions de progresser.

Quand on part d'une connaissance, on se met en quête de situations susceptibles de la mobiliser ; on en identifie en général plusieurs, dont chacune fait en général appel à d'autres connaissances que celle dont on se préoccupe .

Quand on part d'une compétence, on se focalise d'emblée sur une famille de situations et on s'intéresse à l'ensemble des ressources cognitives (Connaissances et capacités) nécessaires pour y faire face.

Theberge . M :

Amorcer un dialogue sur la pratique des maîtres amène peu à peu à s'interroger sur la question des savoirs et des compétences générés dans ce contexte. même si la tendance actuelle est de miser avant sur l'apprentissage réalisé lors de stages et de situations réflexives (séminaires, écriture d'un mémoire) il n'en demeure pas moins qu'un cadre formel de cours reste

partie prenante de la formation offerte et que le contenu qui y est véhiculé a des incidences indéniables sur la façon dont les apprenants conçoivent leur profession le constructivisme comme modèle de formation permet à la fois de concilier les composantes de la personne, du milieu, du savoir et de la gestion dans l'enseignement.

Cette démarche permet également d'incorporer différentes démarches pédagogiques et divers styles d'enseignement.

Mérieux. P :

La question du transfert des connaissances est, à bien des égards, au centre de toute réflexion sur l'éducation et la formation. À un premier niveau, elle consiste à s'interroger sur les conditions qui permettent à un sujet de réutiliser des connaissances acquises dans une situation pédagogique, ailleurs et à sa propre initiative. Elle est donc liée à toute interrogation sur l'efficacité d'une situation d'apprentissage: celle-ci permet-elle seulement de réussir les épreuves d'évaluation finale (examen, validation interne) ou a-t-elle une portée à plus long terme qui permet au sujet un accès à l'autonomie? Sur un plan plus général, la question du transfert de connaissances renvoie aux moyens que le pédagogue met en œuvre pour permettre au sujet de se dégager des liens et systèmes d'aide qui lui auront été nécessaires à un moment donné de son évolution. La recherche dans ce domaine requiert un détour par l'élucidation du rapport entre le développement et les apprentissages.

M. Altet :

Dans le domaine scolaire la formation des enseignants passe d'une approche empirique à une approche d'application du savoir savant pour passer à une approche réflexive Le stagiaire y est amené à « construire » son projet de formation et son propre projet professionnel.

Aujourd'hui, la réalité du terrain dans les écoles et les différents discours pédagogiques constituent pour l'enseignant stagiaire un défi énorme. Une formation initiale ne peut donc viser uniquement le développement d'aptitudes fonctionnelles ou l'application de savoirs scientifiques. Elle nécessite l'installation d'un tutorat pour accompagner le stagiaire à confronter la complexité du métier. Une telle démarche de formation passe nécessairement par la rencontre et la parole singulière. Elle se soutient des attentes de reconnaissance et de savoir que le stagiaire adresse au tuteur en tant que « sujet-supposé-savoir. On s'y retrouve donc dans ce que les psychanalystes appellent le transfert.

Chaque stagiaire a sa propre stratégie pour travailler ou éviter ce nouage des savoirs. En effet, à travers nos premiers entretiens nous pouvons constater que certains envisagent travailler sur un seul type de savoir. Les uns misent sur le savoir disciplinaire, d'autres sur les techniques y incluses les stratégies de séduction. C'est uniquement après avoir vécu certains conflits ou échecs qu'ils voient la nécessité à nouer ensemble : les savoirs disciplinaires, les gestes pratiques et un positionnement éthique.

Du côté stagiaire, ce nouage se fait d'autant plus difficile, si le stagiaire reste dans une position de soumission vis-à-vis du tuteur ou d'un autre « sujet- supposé-savoir ». Certains stagiaires se sont rendu compte de cette attitude de dépendance. C'est « avec une aide externe » qu'ils ont commencé un travail de séparation.

Conclusion :

Le maître d'application permet d'accompagner l'apprenant sur son chemin de formation par le biais de partage, de valeurs, de vision, de travail réel. L'évaluation du rôle du maître

d'application a montré de réels bénéfices dans l'accueil et l'intégration du stagiaire dans une équipe, voire une accélération d'acquisition de nouvelles compétences.

Des arguments ont été mis en avant pour montrer qu'en plus des activités pédagogiques initiales des maitres d'application ceux-ci occupent des fonctions managériales.

Toute fois les maitres d'applications contribuent à la construction de l'identité professionnelle des futurs professionnels et sont les témoins de la socialisation de ces derniers dans le milieu pédagogique.

Ce qui demeure en suspens c'est le fait que le maitre d'application ne laisse aucune empreinte de son encadrement dans le temps. Il reste à trouver un moyen de formaliser les activités des maitres d'applications après leur identification dans les différents instituts selon des normes de qualité qui restent à définir.

Bibliographie :

Mémoire de fin d'études de Mr ELBIR (B) professeur d'enseignement paramédical session juin 2012. Batna

Antoine (C.) ; Angel(S), Petit Larousse de la Psychologie, Edition Larousse, Italie, 2010.

Alain (B.), Le tutorat une solution pour les élèves a risque, Edition de Boeck, Bruxelles, 2010.

Ibn khaldun (A.), La voie et la loi, Edition Sindbad, Dijon 1991.

Jean-Marie (P.), Dictionnaire des ressources humaines, Edition Vuibert, 6 éme Edition, Paris, 2011

Khallil (G.), Le prophète, Edition sindbad, Paris, 1982.

Marguerite (A.) ; Leopaulé (P.) ; Philippe (P.), Formateurs d'enseignants. Edition de Boeck, Bruxelles 2002.

Marguerite (A.), Les pédagogies de l'apprentissage, Edition PUF, Paris, 2006.

Mariette (T.), Former a la profession enseignante, Edition logiques, Québec, 2000.

Monique (L.) ; François (G.), Favoriser la progression des stagiaires en enseignement, Edition presse universitaire du Québec, Canada, 2011.

Patrice (P.), Accueillir, former des enseignants, Edition chronique sociale, Lyon, 2003.

Philippe (P.) ; Marguerite (A.), Conflit de savoirs en formation des enseignants, Edition de Boeck, Bruxelles, 2008.

webographie :

www.Scolarvox.com (bibliothèque virtuelle)

Telesante infirmier : les soins en ligne



INCHEKEL Rania
infirmière de santé publique
au urgence de médecine
interne Etablissements
Publics HospitaliersDJILLALI
BELKHENCHIR
(BIRTRARIA)El Biar , Alger

Mots clés :

Télesanté-télesoins infirmier- télénursing – TIC (les technologies de l'information et de la communication)

Introduction :

Les progrès des techniques de télécommunication sont en train de bouleverser les services éducatifs et de santé de façon globale, et ont également une influence sur les soins infirmiers. Maintenant, les patients peuvent accéder à leurs fournisseurs de soins de santé par vidéoconférence, messagerie instantanée, courriel et autres formes de technologie. Ce domaine, connu sous le nom de télésanté, est en croissance en raison de la demande pour un meilleur accès et le confort dans les soins de santé, Les progrès technologiques permettent aux infirmières d'interagir avec les patients à distance. Cela a conduit au terme «télénursing» ou «télésanté infirmière», qui est défini comme «l'utilisation de la télésanté / télémédecine pour fournir des soins infirmiers et la pratique des soins infirmiers», dit l' American Telemedicine Association (ATA)

La population visée:

Le programme vise principalement des patients ayant une ou plusieurs pathologies complexes et/ou chroniques dont le suivi continu permet de maintenir et/ou de stabiliser leur état de santé. (Insuffisance cardiaque sévère, Maladie pulmonaire obstructive, Diabète, Grossesse à risque élevé, Hypertension artérielle ,Soins palliatifs)

Rôle de l'infirmière :

Telenursing n'est pas un domaine de spécialité en soins infirmiers. L'infirmière qui exerce en télésoins est appelée à fournir une large gamme de soins et de services à distance Et cette activité peut s'exercer dans divers milieux de travail : soins ambulatoires, centres d'appels, unités d'hôpitaux, résidence des patients , urgences, compagnies d'assurance,

- Crée le plan de suivi électronique
- l'infirmier en télé soins Est responsable de la télésurveillance des données

- Intervient à distance
- Évalue les résultats
- Travaille en collaboration avec les différents intervenants

Prodiguer des télésoins signifie notamment :

- répondre aux questions d'un client sur des tests de laboratoire;
- donner des renseignements précis sur une maladie, conseiller le patient ou l'adresser vers d'autres ressources (exemples : service d'écoute téléphonique; service d'aide aux mères à risque; centre antipoison; lignes d'écoute pour jeunes; programme d'intervention d'urgence en santé mentale);
- organiser une vidéoconférence ou une téléconférence entre le client et le prestataire de soins ou entre prestataires de soins;
- offrir des services d'évaluation et des conseils en matière d'immunisation;
- aider les voyageurs à obtenir les soins dont ils ont besoin à l'étranger;
- favoriser les autosoins en donnant des conseils en matière de santé et en répondant aux questions des clients;
- recourir aux technologies de l'information (vidéo, ordinateurs, traitement de données) pour surveiller l'état de santé de clients qui sont à domicile;
- envoyer des images numérisées d'une lésion cutanée à un dermatologue qui travaille dans une autre région;
- participer à une intervention chirurgicale pratiquée sur un client qui se trouve dans un lieu éloigné.

Comment ça fonctionne :

Les patients atteints d'une maladie chronique, telle l'insuffisance cardiaque congestive (ICC), la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète, l'asthme, l'hypertension et certaines autres conditions de santé, peuvent bénéficier du programme de télésoins à domicile, qui s'étend habituellement sur une période de trois à six mois. Une fois orientés vers le programme par un professionnel de la santé à l'hôpital ou dans un établissement de santé, les patients sont présentés à l'équipe de soins cliniques qui sera chargée de suivre l'exécution du plan de soins, d'y apporter des ajustements, de même que de fournir du soutien et des conseils aux patients

La solution de télésoins à domicile offre aux patients :

L'accès à une application au moyen d'une tablette ou d'un ordinateur personnel et pouvant être utilisée dans le confort de leur foyer. L'utilisation d'une application intuitive qui les guide étape par étape et qui est basée sur des questions prédéfinies, auxquelles ils doivent répondre. Dans

certains cas, ce processus peut avoir lieu plusieurs fois par jour. Une intégration parfaite aux dispositifs médicaux (brassards de tensiomètre, etc.) qui peuvent saisir les données de santé et les transmettent au prestataire de soins de santé.

La solution de télésoins à domicile offre aux professionnels de la santé :

L'accès à une vue centralisée de tous les patients participant au programme de télésoins à domicile, leur permettant d'adapter leurs méthodes de travail, leurs protocoles et les interventions afin de créer des plans de soins personnalisés selon la condition ou l'état de santé des patients. Simplicité de l'analyse des résultats, ce qui leur permet d'ajuster le traitement selon les meilleures pratiques et les protocoles adéquats. Alertes et rappels qui avisent les patients et qui peuvent être générés par des formulaires créés par les cliniciens ou à partir de données obtenues grâce aux patients (par exemple : taux de glycémie élevé). Coordination sophistiquée des soins grâce à une meilleure organisation des équipes multidisciplinaires, à l'attribution des interventions et des tâches, et à la possibilité de visualiser les interventions passées, présentes et futures. Gestion des actifs, ce qui facilite la gestion des dispositifs – y compris leur emplacement et à qui ils ont été attribués

les Avantages du télésoins ?

Pour les patients

- Plus grande accessibilité aux professionnels
- Information et enseignement
- Support à l'observation
- Meilleure maîtrise de la maladie
- Maintien prolongé dans leur milieu de vie naturel Augmentation de la satisfaction des patients et de la qualité générale des soins Les patients apprécient également de recevoir leurs soins à domicile plutôt qu'à l'hôpital.*
- Il n'est pas nécessaire de se rendre chez un spécialiste éloigné lorsque la télésanté est utilisée. Cela signifie que les patients peuvent économiser le coût du voyage, la dépense de rester dans la «grande ville», si la distance est telle qu'une nuit est nécessaire
- Les patients hospitalisés dont les soins sont supervisés par un spécialiste via Télésanté ont l'avantage de rester dans leur communauté d'accueil où la famille et les amis peuvent

facilement se rendre. Des études ont montré que la récupération est plus rapide lorsque les patients sont près de la maison.

- Les patients n'ont pas besoin de prendre des journées entières de travail pour voir un spécialiste ou pour emmener leurs enfants chez le médecin
- Les enfants manquent moins d'école lorsqu'ils peuvent être vus par télésanté
- Les coûts des soins à l'hôpital d'accès critique sont souvent inférieurs à ceux des grandes installations
- Les patients peuvent recevoir des soins plus tôt, en évitant l'escalade de la maladie, ce qui réduit les coûts à long terme
- Dans de nombreuses communautés rurales ou dans des endroits reculés ou après une catastrophe, des soins de santé cohérents ne sont pas disponibles. La télémédecine peut être appliquée dans de tels lieux ou situations pour fournir des soins d'urgence.
- Ce système est utile pour les patients résidant dans des zones inaccessibles ou des régions isolées. Les patients peuvent recevoir des soins cliniques de leur domicile sans devoir se rendre à l'hôpital.

Pour le professionnel

- Précision et immédiateté des données de suivi
- Priorisation des interventions
- Dépistage des incompréhensions du plan de soins et de l'inobservance
- Continuité du plan de suivi
- Interventions plus efficaces
- Augmentation de la productivité des équipes médicales La solution de télésoins à domicile accroît la productivité des équipes médicales, ce qui permet une prestation de soins davantage fondée sur l'expérience clinique et une gestion plus efficace des cas pour plus de patients. Grâce à cette solution, chaque professionnel de la santé peut appuyer un groupe beaucoup plus important de patients (hausse de 20 à 120 patients par jour).

- Les pratiques peuvent devenir plus efficaces en voyant les patients distaux
- Les fournisseurs peuvent desservir plus de patients, ce qui atténue les pénuries de fournisseurs
- La télémédecine élimine la possibilité de transmettre des maladies infectieuses entre les patients et les professionnels de la santé.
- Ce système facilite également l'éducation à la santé, car les professionnels de santé primaires peuvent observer la procédure de travail des professionnels de la santé dans leurs domaines respectifs et les experts peuvent superviser les travaux du novice.
- Les fournisseurs ruraux peuvent recevoir une formation continue avec des connexions de télésanté, ce qui réduit le besoin de voyager
- Les administrateurs peuvent économiser temps et argent en participant à des réunions sur la télésanté

sur l'établissement

- Diminution du nombre de visites à l'urgence
- Réduction significative du nombre d'hospitalisations
- Réduction des coûts
- améliorer la collaboration entre les prestataires de soins de santé. Ils améliorent également la planification des congés des patients des soins de courte durée

Quels sont les inconvénients qui se présentent ?

La télémédecine, comme toutes les technologies relativement récentes, connaît également des détracteurs. En effet, il existe plusieurs freins à l'installation de la télésanté ou plus précisément d'éléments comme la télécabine.

- Perte de lien avec le soignant Malgré l'avantage que la téléconsultation (notamment) présente dans les déserts médicaux, il existe un risque de perte de lien avec le médecin, en particulier avec les personnes âgées parmi lesquelles le risque de solitude est plus élevé. Cette « déshumanisation » de la relation soignant soignée peut amener le patient à être plus inquiet mais risque aussi d'entraîner une automatisation des soins et donc à

fortiori un mauvais traitement, pas forcément adapté au patient. La vue et le toucher restent toujours importants dans le diagnostic.

- Coût des équipements et la Formation des professionnels et pratiques encadréesLa mise en œuvre de ces appareils reste très couteuse, que ce soit dans l'acquisition, la maintenance, D'autre part, une des clés de ce succès est aussi la formation des professionnels de santé à ces techniques innovantes de même que la facilitation à l'accès au remboursement pour la télésanté
- Protection des données à caractère personnelDe plus, des informations médicales confidentielles peuvent être divulguées à travers un système électronique défectueux.
- Le télésoin pourrait prendre plus de temps pour les difficultés de connexion de la communication virtuelle en raison de la faible vitesse de connexion Internet ou du problème du serveur
- Certains types de maladies et de problèmes exigent une évaluation physique en personne et ne peuvent être diagnostiqués par la télémédecine.
- La mauvaise qualité des dossiers informatiques de santé, comme les radiographies ou autres images, les rapports d'évolution clinique, etc., présente le risque d'un traitement clinique défectueux.
- Le système de télésanté exige une réglementation légale stricte pour empêcher les fournisseurs de services non autorisés et illégaux dans ce secteur.

Conclusion :

Avec l'augmentation rapide du coût des soins de santé, et le fait qu'il est inexistant dans certains endroits, le besoin de la télésanté continue de croître. Ce n'est peut-être pas l'option pour tout le monde, mais les avantages semblent l'emporter sur les inconvénients. Être en mesure de traiter les patients de leur domicile, fournir un soutien médical et des informations précieuses, et fournir des services aux régions les moins développées, il est difficile de laisser passer. Les études continuent de montrer que la télésanté permet d'économiser du temps, de l'argent et des vies.

Bibliographies :

1) L'UTILISATION DES TÉLÉSOINS À DOMICILE POUR UN MEILLEUR SUIVI DES

MALADIES CHRONIQUES- Lise Lamothe et al.-S.F.S.P. | Santé Publique2013/2 - Vol.

25pages 203 à 211,

Article Les disponible en ligne à l'adresse:<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-2-page-203.htm>

2) Télésoins au CSSS Jardins-Roussillon-Sylvie Girard Directrice des soins infirmiers et de la qualité intérimaire CSSS J-R- Mai 2014 .

3) La place des télésoins à domicile dans la gestion du diabète gestationnel-Mme Caline El Khoury Conseillère clinique au RUIS de l'UDM Et Dr Ariane Godbout Endocrinologue – CHUM - 10 octobre 2014 – Ville de Québec

4) World Health Organization: WHO<https://www.who.int/fr>

- Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Numéros précédents Volume 90: 2012
Volume 90, Numéro 5, mai 2012, 321-400

5) American Telemedicine Association

<https://www.americantelemed.org/>

- TELEHEALTH NURSING FACT SHEET ATA Telehealth Nursing SIG April 2011
- Telehealth NursingA White Paper Developed and Accepted by the Telehealth Nursing SpecialInterest Group April 8 ,2008
- Telehealth NursingA POSITION STATEMENT TELEHEALTH NURSING SPECIAL INTEREST GROUP, ATA

6) international Council of Nurses | ICN - International Council of Nurses<https://www.icn.ch/>

7) Canadian Nurses Association

<https://www.cna-aiic.ca/>

- Practice Guidelines Telenursing PDF
- FICHE D'INFORMATIONTÉLÉSANTÉ

8) OIIQ: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec<https://www.oiiq.org>

- Qu'est-ce que la télésanté? Annabelle Mathieu, inf., M. Sc., et Julie-Alexandra Langué Dubé, B. Sc., M. Sc. 01 nov. 2017
- PRATIQUE PROFESSIONNELLE Numéro courant de Perspective infirmière Janvier-février 2018 | Volume 15, numéro 1 TechnologiesDes services cliniques en télésanté TECHNOLOGIES Par Annabelle Mathieu, inf., M. Sc. et Julie-Alexandra Langué Dubé, B. Sc., M. Sc. | 01 janv. 2018

9) Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario – CNO www.cno.org/fr/bienvenue/

- Directive professionnelle : Les télésoins PDF
- PRACTICE GUIDELINE :Telepractice

10) Aurora University <https://aurora.edu/>

- Transforming Health Care: The Emergence of Telenursing .by FreshRN Team | May 30, 2017 | Nurse

11) University of Montreal <https://www.umontreal.ca/>

- TÉLÉSOINS À DOMICILE (TSD)
- Politique générique du RUIS de l'UdeM Encadrant les activités de télésanté effectuées Par les professionnels de la santé et le personnel de l'établissement

A lire aussi :

- Viabilité économique des télésoins à domicile chez une clientèle atteinte de la maladie pulmonaire obstructive chronique : un essai comparatif randomisé G. Paré, P. Poba-Nzaou, C. Sicotte, A. Beaupré, É. Lefrançois, D. Nault, D. Saint-Jules
- Service téléphonique pour patients atteints de sclérose en plaques Francine Fiore | 01 sept. 2017
- Évaluation d'un projet pilote en télésanté pour le traitement des accidents vasculaires cérébraux Institut de Génie Biomédical Faculté de médecine rédigé par Anthony Haddad,
- PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DE LA CYBERSANTE AU TOGO 2013-2015
- Troisième enquête mondiale sur la cybersanté 2015 Utilisation de la cybersanté à l'appui de la couverture maladie universelle



Les écrits infirmiers

Support et reflet de la qualité et la sécurité des soins



Dallal ADIM

Coordinatrice des activités
paramédicales
CHU Béni-Messous

Résumé :

Acteur de soins, tout infirmier exerce sa pratique dans un cadre conceptuel qui se fonde sur l'utilisation des méthodes et des outils de travail adoptés par la profession pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

La démarche clinique infirmière est un instrument au service de la qualité des soins tant pour le soignant que pour la personne soignée ; pour parvenir à cette finalité, l'infirmier élabore la démarche de soins et utilise plusieurs outils ; notons le dossier de soins, les transmissions, les protocoles et les plans de soins types.

Mots clés :

Soins, Traçabilité, transmission, qualité, sécurité.

Introduction :

La traçabilité est la possibilité de retrouver dans un système une liste d'informations déterminées et attachées à un ou plusieurs éléments du système pour expliquer ses défaillances. Selon la norme ISO 8402, c'est l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation de la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées.

Par extension, la traçabilité consiste à la mise en place du suivi de ce qui a été réalisé auprès d'un patient depuis son arrivée jusqu'à sa sortie de la structure.

Le dossier de soins :

Le dossier du patient a été défini comme « lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales ; formalisées, actualisées et enregistrées pour tout patient accueilli dans un établissement de santé.

La prise en charge d'un patient implique l'intervention de multiples acteurs de soins exerçant des fonctions spécifiques et n'intervenant pas tous en même temps ; il est donc fondamental que les équipes qui se succèdent et que les différents professionnels consignent dans un seul document leurs observations afin que tous puissent en prendre connaissance.

Ainsi, les transmissions sont indispensables pour l'information de l'ensemble des soignants.

Les transmissions :

La transmission est l'action de transmettre d'une personne à une autre des informations. Il s'agit d'une relation dynamique entre les professionnels de santé, réalisée sous deux formes :

Les transmissions orales :

Les transmissions peuvent être orales, lors d'échanges entre soignants à des moments précis.

Les transmissions écrites :

Le contenu des transmissions écrites est le reflet de l'analyse des problèmes présentés par le patient, des décisions prises par les soignants, des soins réalisés et de leur évaluation.

Les transmissions ciblées :

Pièces maîtresses du dossier de soins infirmiers, elles favorisent la prise en charge de la personne soignée tout en répondant aux exigences de continuité et de traçabilité des actes infirmiers.

La place du dossier de soins dans les services de santé en Algérie:

L'inexistence du dossier de soins infirmiers demeure une triste réalité dans la quasi-totalité des hôpitaux de notre pays.

Cet état de fait pose de réels problèmes dans la prise en charge globale du patient en tant qu'être biopsychosocioculturel à cause de l'administration de soins non personnalisés, non individualisés et non planifiés.

Conclusion :

Le manque du dossier de soins infirmiers est nuisible à la prise en charge du patient, à l'harmonisation et à la coordination des soins.

Il serait bon d'inciter le personnel infirmier à rédiger le dossier de soins infirmiers pour donner sens à la qualité et à la sécurité des soins prodigués.

Référence :

1. ANNIE PASCAL, ELIANE FRECON-VALENTIN, Diagnostic infirmiers, interventions et résultats, langage et pratique, Paris, Masson, 2006
2. CAROLE SIEBERT, KATY LE NEURES, Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers, Paris, Masson, 2011
3. Dallal ADIM, Le dossier de soins infirmiers, outil d'information, d'organisation et de planification, Rapport de stage d'observation, Hôpital AVICENNE, service de Cardiologie, Professeur JY.ARTIGOU,BOBIGNY, PARIS, Décembre 2008
4. Walid TABBOUCHE, La mise en place du Dossier de soins infirmiers
Dans un service de réanimation médicale, Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention d'une licence professionnelle en soins infirmiers, Juin 2016



LA BLOUSE MEDICALE (suite)



Mohamed Salah BENELMIR
Professeur d'Enseignement Paramédical
ELBIR Boussad.
Chef de Département Documentation et
Recherche INFPF.

Mots Clés :

Blouse Médicale, Rôle de la blouse, Fonction de la blouse, Vêtement professionnel, Hygiène.

Dans ce numéro de la revue, nous nous intéresserons aux deux autres rôles attribués aux vêtements par Marc-Alain Descamps ; c'est-à-dire la parure et la parole

La parure.

D'après le petit Robert de langue française dans son édition de 2018 : L'apparence d'une personne se définit par la manière dont elle se présente aux autres.

C'est la parure qui donne la véritable dimension au vêtement. A l'origine probablement les peaux des animaux tués étaient arborées comme trophée de chasse permettant d'entretenir le souvenir de sa victoire. A ce premier **rôle d'intimidation** se superpose celui d'**exaltation** générale **ducors** ou la magnificence du corps humain et ainsi, ce sont tous les fantasmes collectifs et l'inconscient qui vont s'inscrire dans le corps à travers le vêtement en général et la tenue des soignants en particulier.

On accorde encore aujourd'hui une grande importance à l'apparence des professionnels soignants avant de leur accorder sa confiance.

En effet L'image projetée par les infirmières a longtemps été associée à leur professionnalisme.

De nombreuses personnes jugent encore le niveau de compétence des individus selon leur allure et leurs apparences, ainsi L'uniforme porté par le soignant contribue à forger son identité et sa crédibilité professionnelle.

Parfois, l'apparence d'une personne peut retarder l'établissement d'une relation thérapeutique ou nuire à cette dernière. En effet une blouse défraîchie, voire sale n'inspire guère confiance entre le soignant et le soigné, et cela a tort ou à juste titre, car en effet il n'existe pas de relation directe entre l'apparence vestimentaire et la qualité des soins, ou le niveau de connaissances et de compétences détenu par l'infirmière.

Non pour des raisons de coquetteries, ou pour une quelconque symbolique, le choix des couleurs des tenues de nos soignants à une raison plus pragmatique. Celle de distinguer les différents postes de travail.

Des couleurs sont donc désignées et réservées à certains secteurs de soins, tel que le rose associé aux sages-femmes, le vert aux paramédicaux, le bleu clair aux techniciens de surfaces et d'hygiène ; faudrait-il encore que le professionnel soit fier de son corps et se reconnaisse dans ce « symbole » d'identité et d'appartenance, chose malheureusement qui a tendance à disparaître et avec elle cette distinction par les couleurs.

En conclusion le rôle de parure attribué à la blouse est réel, cependant ; le professionnel de santé doit veiller à ce qu'elle ne dévalorise pas l'image de la profession et ne pas la porter en dehors des milieux de soins, car cela diminuerait la confiance du public et réduirait considérablement la crédibilité et la considération dont bénéficie sa profession.

La parole et le langage.

Récemment les recherches sur le vêtement se sont centrées sur sa fonction de parole, de langage ou de communication. Le costume est un discours muet que nous tenons aux autres pour les avertir de ce que nous sommes et de ce que nous aimons.

Selon les vêtements qu'elle porte, une personne **modifie la perception qu'elle a d'elle-même** quant à ses aptitudes et compétences. Lorsque les habits sont appropriés aux circonstances et au poste, la perception de soi est répartie dans une gamme de qualités telles que responsabilité, capacité, autonomie, assurance, fiabilité, disponibilité mentale et honnêteté. Ces estimations sont proportionnelles à la pertinence de la tenue vestimentaire.

Une autre étude (*Hanover et Kühnen, 2006*) nous conforte dans ces conclusions. **Même le langage varie selon nos effets vestimentaires.**

L'habillement est devenu un **moyen d'expression** à part entière. Si le style du vêtement n'y suffit pas, alors les slogans qui y figurent ou accessoires qui les accompagnent (stéthoscope...) devraient dissiper toute ambiguïté. C'est une version moderne de l'homme-sandwich, à ceci près qu'il ne s'agit pas ici de vanter un produit ou une firme mais une mentalité, une idéologie, un personnage admiré ou encore soi-même.

Le costume est un **langage muet** par lequel chacun indique aux autres son sexe, son âge, sa nationalité, sa profession, sa classe sociale, ses positions politiques, religieuses, sportives et artistiques. Le problème vient de ce que cela n'est pas fixé de manière logique et rationnelle, comme par un système d'uniformes²².

La blouse comme élément de non-communication (protectrice). Comme toute communication expose à certains risques, car cela suppose ouverture et partage. La blouse est « une barrière protectrice du psychisme » lorsqu'elle oblige le soignant à contenir ses émotions, ses angoisses en se réfugiant derrière sa tenue de travail, comme derrière un masque. De la même façon, elle peut aider le soignant à construire ses propres mécanismes de défense. On voit pointer ici un aspect imaginaire (le soignant à l'abri derrière sa blouse).

La blouse comme élément de distanciation. Dans une volonté de contrôler la communication elle protège d'une trop grande proximité psychique avec le patient. Elle vient rappeler au soignant

sa fonction de soignant, et lui permet de mettre et de maintenir une distance dans sa relation avec le patient. De cette façon, celle-ci protège le soignant d'un envahissement physique et psychique qui pourrait être débordant.

La blouse comme élément de pouvoir. La blouse instaure également une distance imaginaire dans la relation soignant-soigné en conférant au soignant un certain pouvoir, une autorité sur ce dernier. Le patient est dans une dépendance au soignant, ce qui crée alors une relation asymétrique. En effet en symbolisant le savoir, la compétence, la blouse peut impressionner le patient et créer un rapport de soumission, qui pourrait lui-même devenir un « abus de pouvoir ».

Au contraire, elle peut mettre en confiance et rassurer le patient qui idéalise alors le soignant et lui témoigne un respect inconditionnel. La blouse confère un certain pouvoir au soignant, un pouvoir en tant que capacité, une aptitude mais aussi un pouvoir en tant que supériorité. Elle le valorise et lui donne « le droit de soigner », de toucher l'autre, de voir sa nudité.

Elle rassure le soignant et peut cacher l'insuffisance. La blouse fait fonction de masque. Elle est le reflet d'un changement d'état, d'un passage d'un Être à un Paraître, d'un Moi à un Soi. En rassurant le soignant, en lui donnant une certaine autorité sur le soigné, la blouse peut lui permettre de jouer un rôle, de cacher son insuffisance et de tromper. Elle masque, elle déforme, elle transforme, elle suggère un corps différent de ce qu'il est, en créant une apparence illusoire.

Mais surtout la blouse fait peur, voire terrorise, en effet, une étude de [Giuseppe et al. \(1987\)](#) a montré qu'il existait une réaction d'alerte et une hausse de la tension artérielle en présence d'une blouse blanche chez certains patients. Ces résultats ont été répliqués de manière particulièrement consistante :

Le port d'une blouse peut être à l'origine d'effets somatiques néfastes chez nos patients en particulier dans les services de pédiatrie, d'où le développement de tenue et blouse propre à ses services, colorés arborant des motifs plus gaies et chatoyant et cassant les codes avec l'objectif de créer un climat réduisant le stress et facilitant la communication avec l'enfant.

En conclusion, La blouse reste en définitive un élément crucial dans la bonne communication du soignant.

Références bibliographiques:

- 1- Abbas, S. M., et Bearman, G. (2018). Healthcare worker apparel and infection prevention. Dans G. Bearman, S. Munoz-Price, D. J. Morgan et R. K. Murthy (dir.), *Infection prevention: New perspectives and controversies* (p. 113-116). Springer International. doi:10.1007/978-3-319-60980-5_12
- 2- AJIC- American Journal of Infection Control Volume 39, Issue 7, Pages 555-559, September 2011 “
- 3- Agence de la santé publique du Canada. (2012). Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP40-74-2012-fra.pdf

- 4- Bates, C. (2012). Une histoire culturelle de l'uniforme infirmier. Gatineau, QC : Musée canadien des civilisations.
- 5- Caldeira, S., Lourenco, M., Vidal, T., et Figueiredo, A. S. (2017). Tattoo or no tattoo? A contemporary ethical issue in nursing education. *Nursing Ethics*, 24(5), 626-628. doi:10.1177/0969733016679472
- 6- Claeson, A.-S., Palmquist, E., Lind, N., et Nordin, S. (2016). Symptom-trigger factors other than allergens in asthma and allergy. *International Journal of Environmental Health Research*, 26(4), 448-457. doi:10.1080/09603123.2015.1135314
- 7- Clavelle, J. T., Goodwin, M., et Tivis, L. J. (2013). Nursing professional attire : Probing patient preferences to inform implementation. *Journal of Nursing Administration*, 43(3), 172-177. doi:10.1097/NNA.0b013e318283dc78
- 8- Cohen, M., Jeanmonod, D., Stankewicz, H., Habeeb, K., Berrios, M., et Jeanmonod, R. (2018). An observational study of patients' attitudes to tattoos and piercings on their physicians: The ART study. *Emergency Medicine Journal*, 35(9), 538-543. doi:10.1136/emered-2017-206887
- 9- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2013). Mesures de prévention et contrôle des infections à l'urgence : avis scientifique. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec :
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1742_MesPrevContrInfectUrgence.pdf
- 10- Etude ASCOT (Antimicrobial Scrub Contamination and Transmission trial) publié dans *Infection Control and Hospital Epidemiology* August 29, 2017 DOI : 10.1017/ice.2017.181
- 11- Frédéric WORMS – Les deux concepts du soin *Revue Esprit*, janvier 2006, p.142
- 12- Fogle, C., et Reams, P. (2014). Taking a uniform approach to nursing attire. *Nursing*, 44(6), 50-54. doi:10.1097/01.NURSE.0000444535.96822.3b
- 13- Gordin, F. M., Schultz, M. E., Huber, R., Zubairi, S., Stock, F., et Kariyil, J. (2007). A cluster of hemodialysis-related bacteremia linked to artificial fingernails. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 28(6), 743-744. doi : 10.1086/517977
- 14- Gupta, P., Bairagi, N., Priyadarshini, R., Singh, A., Chauhan, D., et Gupta, D. (2017). Bacterial contamination of nurses' white coats after first and second shift. *American Journal of Infection Control*, 45(1), 86-88. doi:10.1016/j.ajic.2016.07.014
- 15- Hatfield, L. A., Pearce, M., Del Guidice, M., Cassidy, C., Samoyan, J., et Polomano, R. C. (2013). The professional appearance of registered nurses : An integrative review of peer-reviewed studies. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 108-112. doi:10.1097/NNA.0b013e31827f2260

- 16-John, A. R., Alhmidi, H., Gonzalez-Orta, M. I., Cadnum, J. L., et Donskey, C. J. (2018). A randomized trial to determine whether wearing short-sleeved white coats reduces the risk for pathogen transmission. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(2), 233-234. doi:10.1017/ice.2017.26
- 17-Jean-Claude Bologne *Histoire de la pudeur* Paris, Hachette 1986.
- 18-Johnson, S. C., Doi, M. L., et Yamamoto, L. G. (2016). Adverse effects of tattoos and piercing on parent/patient confidence in health care providers. *Clinical Pediatrics*, 55(10), 915-920. doi : 10.1177/0009922815616889
- 19-K. HILLION et D. LE DEIST – J'ai écrit sur ma blouse *Revue de l'Infirmière* n°26, p.67 8 :
- 20-Lise Loumé -*Science & Avenir*- 28/04/2017
- 21-Loveday, H. P., Wilson, J. A., Pratt, R. J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., . . . UK Department of Health. (2014). epic3 : National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 86(suppl. 1), S1-S70. doi : 10.1016/S0195-6701(13)60012-2
- 22-Marc-Alain Descamps dans *Psychosociologie de la mode*, PUF. 1979
- 23-Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). La prévention et le contrôle des infections nosocomiales : cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec (éd. rev.). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>
- 24-Mitchell, A., Spencer, M., et Edmiston, C. (2015). Role of healthcare apparel and other healthcare textiles in the transmission of pathogens: A review of the literature. *Journal of Hospital Infection*, 90(4), 285-292. doi:10.1016/j.jhin.2015.02.017
- 25-Munoz-Price, L. S., Arheart, K. L., Mills, J. P., Cleary, T., Depascale, D., Jimenez, A., . . . Lubarsky, D. A. (2012). Associations between bacterial contamination of health care workers' hands and contamination of white coats and scrubs. *American Journal of Infection Control*, 40(9), e245-e248. doi:10.1016/j.ajic.2012.03.032
- 26-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017 : le Québec et ses régions. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/1456160/Rapport_statistique_2016-2017.pdf
- 27-Porr, C., Dawe, D., Lewis, N., Meadus, R. J., Snow, N., et Didham, P. (2014). Patient perception of contemporary nurse attire: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 20(2), 149-155. doi:10.1111/ijn.12160
- 28-Rapporté par Al Hakim et authentifié par cheikh Albani dans *Sahih Targhib* n°2636

- 29-Royal College of Nursing. (2013). Guidance on uniforms and work wear. Repéré à <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2013/november/pub-002724.pdf>
- 30-Sande, S. V., et Basak, S. A. (2015). Whitecoats: How much safe are they? *International Journal of Advances in Medicine*, 2(1), 16-20. doi:10.5455/2349-3933.ijam20150204
- 31-Sanon, M. A., et Watkins, S. (2012). Nurses' uniforms: How many bacteria do they carry after one shift? *Journal of Public Health and Epidemiology*, 4(10), 311-315. doi:10.5897/JPHE12.074
- 32-Society for Healthcare Epidemiology of America. (2014). Healthcare personnel attire in nonoperating-room settings. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(2), 107-121.
- 33-Spragley, F., et Francis, K. (2006). Nursing uniforms: Professional symbol or outdated relic? *Nursing Management*, 37(10), 55-58.
- 34-Sulanke, J., et Shimp, K. (2015). What works: Implementing an evidence-based nursing dress code to enhance professional image. *American Nurse Today*, 10(10), 25.
- 35-Thom, K. A., Escobar, D., Boutin, M. A., Zhan, M., Harris, A. D., et Johnson, J. K. (2018). Frequent contamination of nursing scrubs is associated with specific care activities. *American Journal of Infection Control*, 46(5), 503-506. doi:10.1016/j.ajic.2017.11.016
- 36-Thomas, C. M., Ehret, A., Ellis, B., Colon-Shoop, S., Linton, J., et Metz, S. (2010). Perception of nurse caring, skills, and knowledge based on appearance. *Journal of Nursing Administration*, 40(11), 489-497. doi:10.1097/NNA.0b013e3181f88b48
- 37-[Today's Surg Nurse](#). 1998 Mar-Apr; 20(2):28-34. Surgical scrubs--where we were, where we are going. [NCBI](#) > [Literature](#) > PubMed
- 38-Truchon, S. (2011, 1er juin). Vous qui me soignez... Qui êtes-vous ? Dans *Chronique déontologique*. Repéré à <https://www.oiiq.org/vous-qui-me-soignez-qui-etes-vous->
- 39-Walaszek, M. Z., Kolpa, M., Rozanska, A., Jagiencarz-Starzec, B., Wolak, Z., et Wojkowska-Mach, J. (2018, 30 juin). Nail microbial colonization following hand disinfection: A qualitative pilot study. *Journal of Hospital Infection*. doi:10.1016/j.jhin.2018.06.023
- 40-Ward, D. J. (2007). Hand adornment and infection control. *British Journal of Nursing*, 16(11), 654-656.
- 41-Wiener-Well, Y., Galuty, M., Rudensky, B., Schlesinger, Y., Attias, D., et Yinnon, A. M. (2011). Nursing and physician attire as possible source of nosocomial infections. *American Journal of Infection Control*, 39(7), 555-559. doi:10.1016/j.ajic.2010.12.016

42-Wilson, J. A., Loveday, H. P., Hoffman, P. N., et Pratt, R. J. (2007). Uniform : An evidencereview of the microbiologicalsignificance of uniforms and uniformpolicy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England). Journal of Hospital Infection, 66(4), 301-307.



Management hospitalier vers la Création d'une DIRECTION DES SOINS ?



. Mr Yahia Cherif Morad
chef de projet INPFP
Mr Salhi Hakim
représentant du projet au niveau de
la Wilaya de Médéa – INFSSF
Tizi Ouzou.

Introduction

Dans le cadre du projet PROFASC+ mis en place en 2017 par l'INPFP et l'équipe de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), ce projet en question porte sur deux axes : l'un sur la formation pratique, et l'autre sur la création d'une direction de soins. Le projet a été réalisé au niveau de la Wilaya de Médéa regroupant l'équipe de l'Institut National de Formation Supérieure Paramédicale de Médéa INFSPM) et les cadres paramédicaux de l'Établissement Public de Santé de Proximité (EPSP) Médéa et l'Établissement Public Hospitalier de Médéa (EPH).

Le premier axe a permis de repenser la formation pratique des étudiants en situation de stage dans sa globalité ainsi que l'élaboration des différents outils d'accompagnement durant les stages cliniques tout en mettant en lien les différents acteurs entre la structure de formation et les établissements de soins d'accueil.

Le deuxième axe vise à l'amélioration de la qualité et sécurité et le management des soins par la création d'une direction des soins afin qu'elle puisse être partie intégrante dans les pratiques professionnelles des paramédicaux en Algérie.

Des dispositifs ont été conçus en collaboration avec les directrices des soins de l'AP-HP dont le but est d'instituer une direction des soins propre à notre système de santé répondant aux normes internationales sans toutefois calquer ou reproduire les modèles européens dans leur totalité.

A cet effet, deux équipes, se composant de cadres paramédicaux de l'EPH et de l'EPSP, travaillent sans relâche sur les différents aspects d'une direction des soins à savoir :

- Le projet de soins (rôle, missions et limites)
- Le rôle du directeur des soins et sa place au niveau de la structure de soins (fiche métier)
- Les aspects réglementaires régissant le profil du coordinateur
- La mise en place des procédures des soins (aspects méthodologiques de l'élaboration des protocoles)
- La coordination entre les différents services
- La formation continue des paramédicaux et le développement professionnel
- Et enfin l'inspection et l'évaluation de pratiques professionnelles.

Les cadres paramédicaux des deux pôles ont bénéficié d'un accompagnement ciblé de la part des expertes françaises par le partage des expériences et des formations continues sur le management hospitalier et l'importance d'une direction de soins ainsi que son impact sur les pratiques quotidiennes des soins. Des travaux ont été réalisés par les cadres paramédicaux et validés par les experts de l'équipe de l'AP-HP. Quatre missions ont été dédiées à cet effet, le côté réglementaire demeure à être réactualisé par la tutelle à savoir le ministère de la santé pour mettre

ce projet en exercice, sachant que ce projet requiert une primauté cruciale et une nécessité absolue pour le développement des activités paramédicales, avant même qu'il soit une valorisation des métiers des soins paramédicaux..

Le secteur de santé connaît des changements et des évolutions imminentes notamment dans :

- Le management des soins;
- La qualité sécurité des soins;
- L'évolution de la formation paramédicale++;
- L'émergence de nouveaux métiers ;
- L'accréditation des établissements de santé;
- Et surtout une prise de conscience du personnel soignant.

Le projet PROFAS C+

- Partenariat établi entre le MSRPH /INPFP et l'AP- HP(DRI)

[Date 17/11/2017 avec un pré-projet en 2015]comportant deux axes :

- Le premier dédié à la reconstruction de la formation pratique des étudiants en situation de stage ;
- Le deuxième vise la création d'une direction de soins dans les nouvelles perspectives managériales.

État de lieux

Des défis à relever avec plusieurs problématiques :

- Reconsidérer l'image du soignant (souvent délétère);
- Améliorer les prestations des soins(qualité);
- Absence du dossier de soin(traçabilité, problèmes médico-légaux) ;
- Parfaire la formation pratique des étudiants paramédicaux en situation de stage pratique ;(maillon faible +++)
- Créer une direction des soins et le poste du directeur des soins (absence)
- Voir la création d'un *Ordre (Ethique et Déontologique)* dans les différents métiers de santé.

Axe I formation pratique

- Réalisé durant l'année 2017/2018
- Sur six missions

Acteurs impliqués sous l'égide de l'INPFP

- INPFP
- DSP de Médéa
- INFSPM de Médéa
- EPH de Médéa
- EPSP de Médéa

Axe I

Résultats :

- Élaboration d'une stratégie globale de la formation pratique.
- Mise en place d'outils d'accompagnement des étudiants des en situations de stages.(livrets de stage /livrets d'accueil).
- Rapprochement des pôles de formation : cadres paramédicaux/PEPM.

- Anticipation sur l'Axe 2 par l'élaboration des procédures de soins dans certains services de l'EPH.

Axe II Création d'une direction de soins

- En cours de réalisation (Année 2018/2019)
- **Objectifs opérationnels :**
 - Identifier les missions des coordinateurs et cadres paramédicaux (fiches de postes),
 - Former les cadres paramédicaux aux pratiques managériales,
 - Structurer une direction de soins et organiser son mode de fonctionnement ;
 - Elaborer des projets de soins ciblés sous l'égide d'une direction de soins;
 - Mettre en œuvre, suivre et appliquer des projets de soins;
 - Évaluer le projet de soins dans une démarche continue de la qualité.

Acteurs concernés :

Le personnel soignant exerçant :

- EPH de Médéa : établissement de Med Boudiaf

(15 services médicaux et chirurgicaux, capacité 545 lits)

- EPSP de Médéa : établissement de Zoubiria de Médéa (60 structures de soins)

Acteurs concernés :

Le personnel soignant exerçant :

- EPH de Médéa : établissement de Med Boudiaf

(15 services médicaux et chirurgicaux ,capacité 545 lits)

- EPSP de Médéa : établissement de Zoubiria de Médéa (60 structures de soins)

Déroulement du projet Axe II

- Il s'étale sur 4 missions.

Lieu :

1/ Structures de santé EPH /EPS de la W. Médéa

- états de lieux, activités, diagnostic

2/ INFSPM de Médéa :

- Formations des coordinateurs et cadres paramédicaux aux aspects méthodologiques :
- Elaboration fiches postes (missions +++);
- Elaboration du dossier de soins;
- Application des démarches des soins ciblés par service et par activités;
- Elaboration des protocoles des soins et d'évaluation de la qualité des soins prestés.

1/Cas EPH de Médéa Med Boudiaf

***Le projet de soins prend en compte les principes de la loi sanitaire 2018 et le statut particulier des paramédicaux 2011**

Objectifs opérationnels

- Améliorer la qualité des soins dispensés aux patients avec des pratiques professionnelles adaptées :
 - le nursing
 - les actes techniques
 - le respect des compétences selon la filière de formation
- Assurer la continuité des soins (24 heures/24);
- Améliorer la traçabilité des soins, notamment par l'intermédiaire du dossier de soins;



EPH (Projet de soin)

- Introduire une politique d'évaluation des pratiques de soins au regard de protocoles établis.

Le projet de soins s'articule autour de 4 axes :

- Axe 1 : Philosophie, principes et valeurs
- Axe 2 : Organisation et Management des Soins
- Axe 3 : Qualité et Sécurité des Soins, prévention et gestion des risques
- Axe 4 : Formation - Compétences - Métiers - Recherche

E P S P ZOUBIRIA DE MEDEA



Projet de soins Paramédical

Démarche de soins

Travail réalisé et présenté par Monsieur **HARFOUCHE Rachid**

DSS – Directeur de Soins

04 sous- projets (démarche de soins ciblés)

Il s'agit de :

- ✚ 1/La PEC des malades Diabétiques (maison du diabétique);
- ✚ 2/La vaccination des enfants au niveau de la Polyclinique de Bouziane ;
- ✚ 3/Soins à domicile et salle de soins au niveau de la polyclinique d'ouzera et Benchicao;
- ✚ 4/La PEC des malades mis en observation médicale pour le point de garde de Draa s'mar.

S/projet 01 PEC du patient diabétique

Objectifs opérationnels

- Réorganisation générale des activités de la maison du diabétique;
- Améliorer le volet éducation thérapeutique chez les soignants ;
- Élaborer des dossiers de soins spécifiques de suivi.

Mise en œuvre :

- ✚ **Evaluation des activités de soins**
 - **Fiche médicale de consultation (activités médicales);**
 - **Dossier de soins (activités paramédicales)**

Résultats

Élaboration D'un Dossier De Soins

Et De Suivi Relatif à La Prise en charge Du Patient Diabétique

EVALUATION DES BESOINS EN SOINS ** Date ** Heure			
Degré de dépendance et/ou d'autonomie du patient a réalisé ses besoins fondamentaux			
Indépendance : capacité du malade diabétique à effectuer seul des actes de la vie quotidienne			
Dépendance : incapacité du malade diabétique à effectuer seul des actes de la vie quotidienne			
<i>Porter des descriptions objectives sans interprétation / Être descriptif et éviter les généralisations / Identifier les éléments anormaux</i>			
<i>Identification des besoins perturbés</i>	<i>Manifestations observables</i>	<i>Les actions des soins à mettre en œuvre</i>	<i>L'évaluation des actions de soins menées et leur réajustement. Résultats</i>

S/Projet N o 2 : E P S P ZOUBIRIA DE MEDEA
Polyclinique Bouziane



Objectifs Opérationnels

- ✚ Réhabiliter et renforcer les activités de la polyclinique ;
- ✚ Hiérarchiser les soins de santé de base;

- ✚ Rééquilibrer les activités sanitaires de la polyclinique en corrigeant les disparités,
 - ✚ **Problématique** :humanisation des soins au niveau de la polyclinique en :
 - ❖ Améliorant l'accueil et la qualité des soins prodigués;
 - ❖ Personnalisant le rapport soignant-soigné afin de gagner sa confiance;
- S/projet n02 (suite) Projet de Soins Paramédicaux
Dans une Unité de Vaccination**



Objectifs Opérationnels de la salle de Vaccination

SALLE de vaccination

- Renforcer l'activité au niveau de l'unité de vaccination;
 - Réorganiser les soins relatifs à la vaccination;
- Mettre en relief le travail pluridisciplinaire.

Projet n03 Soins à Domicile

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Identifier le degré de l'autonomie du patient selon son contexte familial ;
- Schématiser Circuit patient /hôpital ;
- Élaboration d'un dossier de soin et protocoles ;
- Élaborer un dossier relatif au bilan d'activités des équipes soignantes ;

République Algérienne démocratique et populaire
MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE
WILAYA DE MEDEA
DIRECTION DE LA SANTÉ ET DE LA POPULATION DE MEDEA
ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DE PROXIMITÉ DE MEDEA
SOUS DIRECTION DES SERVICES DE SANTÉ
BILAN DES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES DE SOINS À DOMICILE
Equipe des soins à Domicile La Sortie Du

COMMUNE	..... ..... .....	KILOMETRAGE Km	CHAUFFEUR D'AMBULANCE	
LOCALITE	..... ..... ..... .....		.....
EQUIPE SOIGNANTE	Médecin		Paramédicaux	
	

Contexte Familial	
** Caractéristiques familiales particulières :	
.....	
** Autres :	
.....	
Autres observations : Médicaments à prendre (les quels? Quantité) régime alimentaire, précautions à prendre	
.....	
.....	
Soins prodigués * Date..... Heure.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
** Difficultés rencontrées :	
.....	
.....	
Date.....	
Chef de l'équipe des soins à domicile	

République Algérienne démocratique et populaire
 MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
 WILAYA DE MEDEA
 DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION DE MEDEA
 ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE DE MEDEA
 SOUS DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

BILAN DES ACTIVITES DES EQUIPES DE SOINS A DOMICILE
Equipe des soins à Domicile La Sortie Du

COMMUNE	.....	VILAYETS	.....
LOCALITE	.....	Km	.....
EQUIPE SOIGNANTE	Médecin	Paramédicaux	

	NOM ET PRENOMS DES MALADES	AGE	Problème de santé
01	**		**
Soins Prodigués par le Médecin (Préciser le type d'acte)		Soins Prodigués par l'Infirmier(s) (Préciser le type d'acte)	
**		**	
**		**	
**		**	
**		**	

S/Projet 4 EPSP Zoubiria De Médéa **Polyclinique Point De Garde Dra S'mar**



Objectifs Opérationnels

- Elaborer projet de soins au niveau du point de garde (patients mis en observation)
- Répondre aux besoins des soins d'urgences (médico-chirurgicaux).
- Lever l'état d'urgence pouvant mettre en danger le processus vital du patient.
- Procéder à des explorations cliniques et para cliniques +/- approfondies selon l'état de santé du malade.

Leviers et Contraintes Du Projet PROFAC+ AXE 2

Leviers

- Équipes soignantes, directeurs EPSP et INFSPM motivés +++
- Cadre de travail agréable (notamment EPSP)

Freins

- Résistance de certains responsables hiérarchiques notamment à la fonction du directeur de soin et la direction des soins, élaboration du dossier de soins ;
- Absence de cadre réglementaire bien défini relatif aux prérogatives (missions) d'une direction de soin et du directeur de soins (coordinateur des activités PM).

Conclusion

- Les activités de soins en Algérie doivent obéir à des stratégies managériales universelles tout en tenant compte des contextes locaux;
- Le personnel paramédical est dans l'obligation de s'aligner à une politique de qualité /sécurité du soin;
- Cette dernière doit impérativement passer par la création d'une direction de soins qui s'avère plus que nécessaire pour restructurer les prestations des soins.



La mise en place d'une ergonomie de travail et son impact sur la survenance des troubles musculo-squelettiques chez les infirmiers de santé publique (Résumé)



M. Khaled KEBAL
Professeur d'enseignement
paramédical

Résumé

Les postures contraignantes prises par habitude, ou les faux mouvements maintes fois répétés lors de la réalisation des soins, provoquent à la longue un déséquilibre corporel et favorise la survenance des troubles musculo-squelettiques (TMS) chez les infirmières. L'application des principes ergonomiques permettent à chaque infirmière de concevoir un environnement de travail qui correspond à ses exigences personnelles et corporelles par lesquelles elle pourra éviter la prise des postures contraignantes et en l'occurrence prévenir les TMS. La présente étude a pour but d'atteindre des objectifs fixés préalablement dont les plus pertinents sont de déterminer les causes d'un défaut de mise en place d'une ergonomie de travail et d'identifier les répercussions de son absence sur la santé du personnel soignant et ses éventuels retentissements sur la qualité des soins prodigués aux patients.

Mots clés :

Ergonomie, troubles musculo-squelettiques (TMS), Infirmière de santé publique (ISP).

Partie théorique

Introduction

Les patients, attendent de l'hôpital un accueil de qualité et des soins dispensés dans les meilleures conditions de sécurité, et c'est l'un des objectifs les plus importants que l'infirmière tente à atteindre. Pour cela les bonnes conditions physiques, souplesse, habileté et activité, sont indispensables dans la profession infirmière.

Mais prendre soin des malades n'a jamais été chose facile, les pénibilités d'ordre physique contribuent beaucoup, notamment la station debout prolongée, les positions incorrectes à répétition lors de la réalisation de soins (prélèvement, pose de voies veineuses....) ; et la manipulation des patients,(lever, déplacer, transférer, soulever et repositionner).Cet inconfort

répétitif a de graves conséquences sur la vie quotidienne de l'infirmière et engendre beaucoup de pathologies musculaires squelettiques et même plus grave, car les capacités physiques de l'être humain et ces fonctions ont leurs limitations. Avec des répercussions sur la qualité de soins prodigués aux patients.

- Quelles sont les troubles musculo-squelettiques les plus fréquentes qui résultent d'une absence d'ergonomie en milieu hospitalier ?
- Y-a-t-il des postures et des positions dites ergonomiques lors des pratiques des soins ?
- Est-ce-que le rendement du travail infirmier va être amélioré en appliquant les règles d'ergonomie ?

Tous ses questionnements nous amènent à se poser la question principale suivante :

Est-ce-que la mise en place d'une ergonomie de travail lors de la réalisation des soins a un impact sur la survenance des troubles musculo-squelettiques chez les ISP ?

Les TMS

Selon l'OMS : les troubles musculo-squelettiques couvrent toutes sortes d'affections, des troubles légers et passagers jusqu'aux lésions irréversibles et aux états chroniques d'incapacité. Les TMS peuvent être associées à des situations de travail. Par exemple, les troubles de la région lombaire sont souvent associés au transport ou au soulèvement de charges ou aux vibrations. Des troubles des membres supérieurs tels que les doigts, les mains, poignets, bras, coudes, épaules... . Peuvent résulter d'un effort statique répétitif ou de longue durée ou encore peuvent être intensifiés par de telles activités. La survenue de douleurs peut être interprétée soit comme le résultat d'une surcharge aiguë réversible, soit comme le symptôme préalable de la survenue d'une maladie grave.

L'hôpital est un milieu de travail à risques multiples, et le métier d'infirmière est un métier pénible comportant une part importante d'effort physique, qui provoque une atteinte à la santé des infirmières, dont les TMS et les maladies de l'appareil locomoteur font partie des risques professionnels.

« C'est le secteur professionnel qui connaît plus de lombalgies, un soignant sur cinq souffre de sciatalgie » présente Jean-Pierre Meyer.

Identifier l'origine de la survenue des TMS n'est pas chose aisée, le diagnostic est difficile à poser. Mais d'après les recherches, l'apparition de TMS est un signe d'une altération du geste professionnel. Selon l'INRS, 2015, les TMS sont liés à des facteurs d'origine biomécanique, organisationnelle, environnementale, psychosociale et des facteurs de risques individuels peuvent rentrer en ligne de compte.

Les lombalgies surviennent plus tôt chez les infirmières et les travailleurs de l'industrie lourde que chez les salariés des autres branches professionnelles.

En France, les spécialistes en 1979 ont constaté une prévalence corrigée des lombalgies de 32% dont 19.6% sont des sujets traités et 9.7% s'arrêtant. En 1984 les lombalgies ont constitué la deuxième cause d'arrêt de travail dans un centre hospitalier et occasionné 10% des jours d'arrêt. En 2005 une enquête canadienne sur la santé et le travail du personnel infirmier résulte que chez les infirmières, les maux de dos et l'arthrite étaient plus courants que dans l'ensemble des femmes actives occupées, le quart (25%) des infirmières souffraient de maux de dos.

Plus de 37% avait ressenti une douleur assez grave pour ne pas être en mesure d'accomplir ses activités quotidiennes normales. Plus d'une infirmière sur 10 avait fait état d'une douleur intense ou intolérable.

Il est nécessaire d'agir sur les causes de survenu des TMS dans les unités de soins, cette prévention passe par une évaluation des risques propres à chaque unité de travail et à la mise en œuvre d'actions portant sur l'étude ergonomique des postes de travail et sur l'aménagement des postes, le choix d'équipements adaptés, sans oublier l'organisation du travail.

Il est donc nécessaire d'agir à trois niveaux, une prévention primaire passe par des actions visant à réduire l'apparition de nouveaux cas de troubles, en organisant le travail. La prévention secondaire a pour objectif de mettre en place des actions consécutives à l'identification d'atteintes ou de difficultés pour les populations exposées, donc c'est corriger, par des mesures concrètes, les situations présentant des risques. La dernière étape de la prévention est le contrôle, en essayant de diminuer le risque de réapparition.

L'ergonomie

C'est l'adaptation du travail à l'homme, elle a pour but de contribuer à réduire et si possible à prévenir les effets nocifs des conditions de travail sur l'organisme, pour ce faire elle tend à chiffrer les répercussions physiologique et psychologique des activités professionnelles, par la connaissance des seuils admissible pour les différentes fonctions de l'organisme, elle détermine les limites de conditions de travail». C'est une discipline hybride c'est-à-dire qu'elle est assurée par différentes acteurs collaborateurs de service de prévention, infirmières, certains professionnels des métiers de rééducation et réadaptation, médecins du travail et psychologues du travail.

Elle prend en compte tout ce qui peut influencer la réalisation du travail :

- Travail physique ;
- Travail mental ;

- **Aspects psychiques ou affectifs du travail (stress...) ;**
- **Horaires de travail et travail de nuit ;**
- La chaleur, le froid, le confort thermique ;
- L'éclairage ;
- Le bruit ;
- Architecture et espace.

L'ergonomie a une place très importante dans les établissements de santé car, se "sentir bien" dans son travail est nécessaire à l'hôpital encore plus qu'ailleurs, pour pouvoir être à l'écoute de ceux que l'on soigne. Ergonomie hospitalière étudie les capacités physiques des travailleurs par rapport aux exigences du poste de travail (force, endurance, dextérité, souplesse, aptitude à tolérer des positions et des postures, acuité visuelle et auditive) ; Ainsi que leur état mental et émotionnel par rapport à l'organisation du travail (horaires et rythme de travail, stress professionnel).

Tout en visant à permettre aux travailleurs d'accomplir ses tâches de façon satisfaisante sans risque pour lui-même, ses collègues et le patient.

L'ergonomie hospitalière sert à adapter le travail et l'environnement aux capacités des infirmiers et personnel de service, qu'il s'agisse de constructions ou de réaménagements de locaux, de choix en matière de mobiliers, d'outils informatiques, de matériels, l'analyse de l'activité réelle dans les unités de soins ou dans les services administratifs et logistiques.

Elle peut apporter une large contribution dans l'aide à la réduction des risques d'accidents de travail et d'évènements indésirables, la facilitation de la relation soignants / soignés et aussi, l'amélioration de la qualité des soins aux patients et les performances soignants pour le bien-être et la santé. L'ergonomie permet aussi la conception des équipements médicaux qui sont adaptable à toutes les personnes, facile à manipuler et à maintenir.

Les objectifs fondamentaux de l'ergonomie sont doubles :

Minimisation des maladies et des accidents : L'ergonomie ne sert pas qu'à éviter les douleurs physiques et les sursollicitations mais à d'autres objectifs. De faire en sorte que le travail, soit acceptable par l'organisme humain physiquement et psychologiquement, qu'il n'entraîne aucune fatigue excessive qui ne soit pas insidieusement dégradant, qui ne précipite pas le vieillissement normal de l'organisme, et que l'homme au travail puisse parcourir une vie

professionnelle de quelques dizaines d'années sans problème grave, et également à réduire le nombre d'accidents avec des postes de travail correctement agencés.

Amélioration du bien-être et du rendement : Des postes de travail et des processus de travail ergonomiques constituent les conditions premières du bien-être des travailleurs durant l'exercice de leur activité professionnelle.

Un agencement du travail adapté aux capacités et aux besoins du travailleur réduit les sollicitations physiques, ralentit l'apparition de la fatigue, améliore le confort et augmente la motivation. Tous ces éléments ont une influence positive sur la qualité, le rendement et la productivité du personnel.

Partie pratique

Notre recherche s'est basée sur une méthode dite descriptive analytique conforté par l'étude de (04) cas clinique. L'étude s'est déroulée dans 6 différents hôpitaux et notre échantillon a concerné 100 ISP en plus de 4 cas cliniques sélectionnés individuellement.

Pour mener à bien notre pré enquête, on a conçu un premier outil de recueil de données, plus précisément une grille d'observation constituée des items, qui nous ont permis d'observer les états de santé des infirmiers, leur situation morale, leurs efforts physiques ainsi que leur environnement de travail.

Ensuite un deuxième outil qui est un questionnaire, destiné aux infirmiers de santé publique, construit sur la base de deux axes : l'ergonomie et les TMS.

Les items du premier sont : définition, signes, causes et conséquences. Et ceux du deuxième sont : définition, activité physique, environnement et conséquences. Ce questionnaire comporte 22 questions ; 2 questions d'identification, une question ouverte et 19 questions à choix multiples.

Cadre de discussion

Après analyse et interprétation des réponses données et des observations faites Les résultats ont montré que la plupart des infirmiers ont déjà souffert des TMS et s'absentent parfois à cause de ces troubles, ce qui est probablement lié à la nature des efforts physiques qu'ils exercent tels que la manipulation, la station debout prolongée, la répétition des gestes et d'autres efforts proposés, notamment la manutention des patients et des matériels médicaux lourds, ces efforts nécessitent une adoption des gestes et des postures qualifiés comme pénibles par le personnel infirmier. Cette catégorie d'infirmiers a une expérience de plus de 5 ans. Ces résultats nous ont

permis de révéler une éventuelle corrélation entre les années d'exercice et la survenance des TMS.

Malgré que la majorité des ISP (75%) souffrent des TMS, mais seulement 26% d'entre eux ont consulté chez un médecin de travail, le nombre réduit d'infirmiers est due à la non classification des TMS parmi les maladies professionnelles figurant au niveau de la nomenclature de la caisse nationale de sécurité sociale, les infirmiers restant ont choisi l'automédication.

Par rapport à la charge de travail, la majorité des ISP sont soumis à une surcharge, cette surcharge a comme conséquence la réduction de temps de repos des muscles, par la suite un risque plus élevé d'apparition des pathologies musculaires et aussi l'augmentation du stress et en l'occurrence la survenance des TMS.

La majorité des ISP questionnés n'ont pas d'informations sur l'ergonomie et ses types notamment l'ergonomie physique qui s'intéresse à réduire les positions contraignantes au travail et pour cela les infirmiers adoptent des postures non ergonomiques qui augmente l'apparition de TMS. La minorité restante ont été informés par Internet ou par culture générale.

Les infirmiers trouvent que leur environnement n'est pas approprié à leurs tâches, et donc gênant lors de la réalisation des soins, les contraintes sont dues en plus du bruit, de la lumière et la température à l'aération du service, l'aménagement et le matériel non ergonomique, à l'absence de salles de détente pour le personnel soignant, et aux mauvaises conditions de travail.

D'un point de vue ergonomique et selon les attentes des ISP, il est nécessaire d'avoir un environnement adopté et adéquat pour pouvoir travailler dans les meilleures conditions, ceci pourra mettre fin à certains problèmes, améliorant ainsi l'équilibre oh déjà fragilisé, entre les capacités de l'infirmier et les sollicitations auxquelles il est quotidiennement exposé, chose qui va retentir sur une meilleure prise en charge des patients.

Un environnement ergonomique aidera considérablement à diminuer la surcharge de travail, le stress, parce que il faut prendre soin de soi même pour mieux prendre soin des autres.

Projet d'organisation pratique et assurance de qualité

« Il ne suffit pas de savoir, il faut aussi appliquer les connaissances » Disait Goethe. Pour cela, au lieu d'aborder des suggestions théoriques, on les a élaborés sous forme de projet pratique à fin de concrétiser notre étude.

L'avant projet

L'avant projet consiste à étudier 4 cas clinique déjà sélectionnés en utilisant une grille d'observation. Nous avons pu par la suite recueillir le maximum d'informations concernant les

types de postures contraignantes et les gestes les plus répétés, parmi ces postures, la position inclinée lors de prélèvement sanguin, le dos voûté (courbé) lors de réfection de pansements, ainsi que l'extension des membres au moment de l'emplacement des médicaments à perfusion au potences, et aussi pour atteindre les hauts des placards de stockage.

Les infirmiers travaillant aux services où les patients sont alités, sont confrontés à les manipuler sans aucun moyen ergonomique. En conséquence, ils se plaignent de douleurs notamment les contractures dorsales, les crampes musculaires et les douleurs articulaires, et on a remarqué que l'apparition de ces signes rend les soins plus difficiles à réaliser, et une perturbation de l'humeur suite au stress. Tous ces facteurs peuvent retentir sur la qualité de communication entre les membres de l'équipe.

Certains services où travaillent les ISP observés, disposent de moyens ergonomiques mais ils sont mal exploités, tel que le fauteuil de prélèvement, les autres services n'ont pas.

Concernant l'environnement, quelques services sont bien éclairés et disposent de matériel pour assurer le confort thermique, et dans d'autres, l'éclairage est de faible puissance ce qui nécessite une source externe de lumière, et parfois absence, ce qui a provoqué des troubles visuelles chez certains ISP.

Le projet

L'action de notre projet pratique est intitulée :

La réalisation d'un prélèvement sanguin en suivant les principes ergonomiques. L'action a été choisie car ce soin est le plus répété et est réalisé en adoptant la majorité du temps des positions contraignantes.

Parmi ces objectifs :

- Sensibiliser les infirmières sur l'importance de l'ergonomie ;
- Acquérir aux infirmières les gestes sécuritaires professionnels ;
- Faciliter le déroulement des soins ;
- Promouvoir la santé des infirmières et leurs aptitudes au travail ;
- Assurer une meilleure qualité de soins.

6 patients sans prendre en considération leur sexe et leur âge, ont constitué l'échantillon de notre projet. 3 d'entre eux ont été choisis comme un échantillon pour l'application de méthode ergonomique (Annexe I fig. n°2) lors de la réalisation du prélèvement sanguin et les 3 autres patients, vu leur situation en décubitus dorsale, la réalisation du prélèvement a été faite sans

application des principes ergonomiques (Annexe I fig. n°1). Ces deux situations ont été prises pour une comparaison entre les méthodes lors de la réalisation du soin de prélèvement.

On a utilisé 2 moyens ergonomiques principaux pour pouvoir mener à bien notre projet, le premier est un fauteuil ergonomique de prélèvement qui répond aux critères suivant :

- Dossier et coussins de pied inclinable pour assurer le confort optimal du patient ;
- Possibilité d'adapter les housses pour appui bras selon l'angle souhaitable par l'infirmière ;
- Hauteur du fauteuil adapté à la hauteur de l'infirmière.

Et un deuxième outil ergonomique ; le tabouret rotatif, ce choix était basé sur un article d'un conseiller scientifique Professeur Helmut Krueger, docteur en médecine, directeur de l'Institut d'hygiène et de physiologie du travail de l'Ecole polytechnique fédérale (EPF) de Zurich, qui a mis en exergue l'utilisation du tabouret rotatif :

- Hauteur réglable facilement pour garantir un appui confortable des pieds sur le sol et qui doit permettre aux jambes d'être à 90° lors du réglage ;
- Appuie lombaire (dossier) réglable pour assurer un soutien optimal dans chaque position pour le dos et la colonne vertébrale ;
- Une surface d'assise de forme anatomique complémentaire utilisée afin que le dossier puisse assurer sa fonction de soutien. En cas de profondeur d'assise trop faible, l'infirmière peut avoir l'impression de glisser de son siège. Les contraintes exercées sur les jambes augmentent, En cas de profondeur d'assise trop importante, l'infirmière n'occupe que la partie avant du siège. La liberté de mouvement du bassin et du tronc s'en trouve entravée et le dos est alors soumis à des sollicitations excessives.
- Assise pivotante et des roulettes pour garantir des mouvements coordonnés et des déplacements sans danger.

Evaluation

Après avoir mis en place notre projet, son évaluation a été faite au sein de service le jour même, par manque du temps. On a utilisé une observation systématisée basée sur une grille d'observation.

On constate que l'infirmière a préféré l'utilisation du tabouret rotatif et du fauteuil ergonomique lors de la réalisation des prélèvements, car cette méthode lui a assuré un confort physique et une sollicitation minimale des muscles ainsi que un soulagement musculaire

ressenti dans la région dorsale et au niveau des membres inférieures, ceci grâce à l'adoption d'une position dorsale neutre (angle dos-cuisse entre 90° et 120°).

Elle a aussi déclaré que l'organisation ergonomique de la zone de travail lui a facilité l'accès au matériel nécessaire.

L'infirmière a ensuite déclaré que la raison du non application de cette méthode de travail était l'indisponibilité des moyens ergonomiques dans le service.

L'infirmière a mis l'accent sur l'absence des roulettes dans le tabouret rotatif utilisé lors de l'expérimentation ce qui a constitué un obstacle lors de la réalisation du soin au chevet du malade (évitement en cas d'accident d'exposition au sang).

A la fin de l'expérimentation elle nous a assuré son adhésion à une éventuelle application future des principes ergonomiques lors de la réalisation des soins, tout en exprimant ainsi que ces collègues leur satisfaction envers ce projet.

Suggestions :

- Mettre en application le poster qui montre les principes ergonomiques lors de la réalisation d'un prélèvement sanguin (voir annexe II) ;
- Fournir des moyens ergonomiques dans toutes les salles de soins tels que le tabouret rotatif...;
- Mettre à disposition des salles de détente afin de garantir un repos optimal pour les infirmiers de santé publique ;
- Introduire l'ergonomie comme un module dans le cursus initial de la formation des ISP ;
- Assurer des formations continues et complémentaires aux ISP pour apprendre les principes ergonomiques lors de la réalisation des soins ;
- Légiférer les TMS, et les considérer comme maladies professionnelles ;
- Classifier les TMS dans le tableau de maladies professionnelles en Algérie.

Conclusion

Les résultats après avoir fait un état des lieux et après analyses des questionnaires et recherche sur terrain, montrent que presque toutes les infirmières n'appliquaient pas les règles ergonomiques par ignorance de celles-ci, ce qui justifie leur souffrance physique après la réalisation des soins.

Après application de notre projet sur terrain dans lequel on s'est basé sur l'étude des cas cliniques en appliquant les règles ergonomiques sollicitant les mécaniques corporelles, les infirmières souffrant de signes de TMS ont pu adopter et appliquer une position assise

correcte, favorisant le maintien et la durabilité de l'ossature musculo-squelettique lors de la réalisation des soins. Ce soulagement suite à l'adoption d'une posture correcte de certaines ISP a suscité l'engouement des uns et des autres et leur adhésion à notre projet.

En effet notre travail de recherche est venu confirmer que l'application d'une meilleure hygiène ergonomique de travail a un impact positif sur la survenance des TMS et par conséquent une forme de prévention et qui permette aussi à chacun de produire des prestations de qualité

Bibliographie

BENCHAKROUN Tahar Hakim et al. Octobre (2015). *Les Application de l'Ergonomie dans les Pays en Voie de Développement «Réalité et Perspectives» Le cas de l'Afrique*. Les Actes de la troisième Conférence internationale sur Les application de l'ergonomie dans les pays en voie de développement, Tunisie.

BERNARD Claude Alin et al. (2007). *Introduction à l'hygiène de travail (OMS)*. <<Format PDF>>

CANAVY Berirand et al. (2014). *Mieux vivre avec une pathologie professionnelle*. Lulu Press Inc

CARDINAELS Johan. (2014). *Maladies professionnelles : pathologies et causes*, Belgique : Wolters Kluwer.

DEMARET Jean-Philie. (2010). *Prévention des troubles musculo-squelettiques dans le secteur hospitalier* << Format PDF >>

ESTRYN-BEHAR. (2011). *Ergonomie hospitalière théorie et pratique*. France: Octarès Editions

FOUQUET Bernard et al. (2007) *Neuropathies et pathologies professionnelles*. Paris : MASSON Elsevier

HERISSON Christian et al. (2001) *Membres supérieures et pathologies professionnelles (troubles musculo-squelettiques)*. Paris : MASSON Elsevier

KARNAS Guy. (2002). *Psychologie de travail*. France : Presses universitaires de France

La Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique française (DGAFP). (2015). *Guide pratique Démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques [TMS]* <<Format PDF>>

LANOUZIERE Hervé. (2012). *Prévenir la santé et sécurité au travail vol.2*. France : Lamy : Wolters Kluwer

MARTIN Christian et GADBOIS Charles. (2004). *Ergonomie*. France : Presses Universitaires de France.

MONOD Hugues et KAPITANIAK Bronislaw. (1999). *Ergonomie*. Éditions Masson

MOTMANS Roeland. (2013). *L'ergonomie sur le lieu de travail*. Belgique : Woters kluwer

NEBOIT Micheal. *Histoire de l'ergonomie* <<format PDF>>

REINHARDT Bernt. (1995). *L'école de dos*. France : Vigot

SAGOT Jean Claude, (2006), L'ergonomie à l'hôpital : une façon d'améliorer la qualité de l'accueil et des soins aux patients et de faciliter la relation soignants / soignés, *En directe le journal de la recherche et du transfert du l'arc jurassien*, volume numéro 205.

STELLMAN Jeanne Mager et al. (2000) *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3eme édition française traduction de 4eme édition anglaise). Genève : Bureau international du travail.

VILLATE Robert (1993) *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital*. France : Interéditions.

Annexe I



Fig N°1: patient (1)



Fig N°2: patient (4)

Annexe II

Appliquer l'ergonomie... C'est préserver votre santé au travail

