

Revue de l'INPFP



INPFP

Editorial

En ces temps où la technologie, dans toutes ses formes, se meut pour la maîtrise de l'excellence en termes de recherche et d'innovation scientifique, les sciences paramédicales ne peuvent se permettre de rester à la traîne ou être indéfiniment assistées ou constamment parrainées par les autres sciences.

A cet effet, dans le cadre de la complémentarité et du partenariat avec les divers horizons scientifiques, l'Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale (INPFP) lance, sous l'égide du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, à travers les réseaux sociaux et autres canaux de la promotion de la santé et des sciences paramédicales, une revue électronique accessible, conçue et perfectible par et pour les praticiens paramédicaux hospitaliers et extra-hospitaliers (exerçant au niveau des polycliniques et des centres de santé).

Cette revue électronique, de par sa diffusion rapide et son accessibilité facile et gratuite, se veut être un espace d'échanges et de partages des expériences constructives, pratiques revêtant le sceau d'un professionnalisme avéré.

Pour ce faire, l'INPFP a mis en place tout un comité technique et scientifique composé d'experts médico-sanitaires, de pédagogues paramédicaux (PEPM) et de linguistes, ainsi qu'une plateforme logistique de réception et d'émission des articles et travaux de recherche.

Vos contributions écrites via les canaux électroniques seront, bien évidemment, lues, corrigées et expertisées par le comité selon une grille scientifique ; et diffusées aussitôt au nom de l'auteur qui détiendrait l'exclusivité de son expérience en terme de référence et de droit d'auteur.

Le premier objectif de cette initiative, tracée par l'INPFP, est d'encourager expressément tous les paramédicaux toutes filières confondues à ECRIRE et par la même occasion à LIRE et SE FAIRE LIRE.

Donc, la sauvegarde et le maintien de votre niveau scientifique et pratique dépendent indéniablement de vos compétences et de vos contributions écrites régulières.

Chers(es) collègues, à vos plumes et menons ensemble la promotion et le développement des sciences paramédicales en Algérie.

Toutefois, l'INPFP demeure attentif et à l'écoute de vos remarques et suggestions positives et constructives.



Revue de l'inpfp
N° 1



Morad YAHIA CHERIF
DIRECTEUR DE L'INPFP

Formation des formateurs référents



ELBIR Bousad.
Chef de Département
Documentation et
Recherche INPPF.

Dans le cadre du plan cancer 2015/2019 initié par son Excellence le Président de la République, le Département de la documentation et de la recherche de l'INPPF, en partenariat avec le centre Pierre et Marie CURIE, a organisé une session de formation au profit des professeurs d'enseignement paramédical de l'ensemble des instituts nationaux de formation supérieure paramédicale du territoire national ainsi que les trois instituts nationaux supérieurs des sages femmes et ce du 11 au 14 Mars au siège de l'INPPF. Cette session de formation s'inscrit dans l'optique de la formation des infirmiers spécialisés en cancérologie de santé publique en application du décret exécutif numéro 11/121 du 20 Mars 2011.

Elle constitue la suite de la session organisée en 2017 qui s'est focalisée sur la formation initiale des infirmiers de santé publique ; par contre, celle-ci est à visée de spécialisation s'intitulant : Développement de compétences des professeurs d'enseignement paramédical (PEPM) en oncologie.



CarolineTête,
ChristinePaillard
SIDOC.

Les documentalistes du SIDOC ont récemment organisé un colloque dédié à l'écriture soignante en terre algérienne. Le plateau d'orateurs proposés lors de cet événement a permis à l'assistance de mieux appréhender les modes de rédaction des textes scientifiques, professionnels, voire poétiques. Nous avons également eu l'opportunité de faire un retour d'expérience sur ce thème.

Les documentalistes du SIDOC (Sciences infirmières documentation) (<http://sidoc.fr/>) ont organisé un colloque le 11 mai 2016 à La Cité de la santé pour évoquer la littérature en soins infirmiers. Celui-ci a rencontré un vif succès en terre africaine, si bien que nous avons renouvelé l'expérience le 3 avril 2017 à l'Institut national pédagogique de la formation paramédicale d'Alger. Écrire, souvent une contrainte pour un paramédical. D'après Ferdinand Buisson [1], "Pour être lu, il faut écrire avec netteté, comme pour être entendu, il faut parler avec clarté...". Écrire dans le domaine paramédical relève souvent de la contrainte. Du mémoire de fin d'études à la thèse, il y a la méthodologie, les dates à respecter,

les fautes à corriger, les synonymes à trouver, travailler sous le regard d'un pair

et l'espérance d'une note positive. Les contraintes éditoriales sont nombreuses mais ne sont pas négatives au regard des intentions pédagogiques. La motivation devient ici un outil de réflexion invitant l'apprenant à poursuivre un but réalisable. Être obligé

d'écrire pour valider un parcours professionnalisant, c'est être obligé de "bien faire" et donc relève du véritable

bénéfice, au sens premier du terme [2]. Écrire, c'est aussi sortir de l'isolement, s'émanciper de l'ignorance, c'est faciliter une transformation sociale, c'est la première chaîne vers l'acquisition des

connaissances, du soi vers les autres.. Il en résulte la nécessité de l'entraînement technique indispensable pour une meilleure adaptation de l'apprenant, dans sa réalité professionnelle [3]. Cette journée porte sur les différents aspects de l'écriture dans le champ paramédical Il est question de poésie, de vulgarisation scientifique, d'écriture dite sensible, de rédiger des articles ou des mémoires professionnels et enfin, de savoir rédiger sur le Web.

Une session dédiée aux articles professionnels

Idriss Farota Romejko, infirmier en soins palliatifs, membre du comité de lecture à la revue de l'infirmière, a communiqué sur Les articles professionnels. Écrire pour une infirmière en Algérie ou en France est une question : sur quoi écrire, comment écrire, pour qui écrire ? Cette rencontre franco-algérienne met en lumière le fait que les infirmières ont encore aujourd'hui un complexe à écrire et que ce complexe est d'autant plus important lorsque la langue de l'écriture n'est pas la langue maternelle (anglais pour les français et français pour les algériens).

M. Ahmed Mebarki, médecin auxiliaire dans les années 1980, puis enseignant et écrivain est doctorant en littérature, a évoqué La santé et la poésie : quand la poésie rime avec science. Ce colloque dédié à l'écriture devrait s'ouvrir sur les autres écritures porteuses de connaissances et de savoirs fondateurs

de civilisations et de cultures fécondes ou perfectibles et tolérantes basées sur l'altérité ou le respect de l'autre...

La caractéristique impersonnelle de l'écriture scientifique

M. Abdelhamid Zaïdi, médecin à la retraite, enseignant et écrivain, a parlé de L'écriture et la vulgarisation scientifique.

L'écriture scientifique se caractérise par une langue dite "froide", "neutre", "dénuée de sentiments" et de "superlatifs".

C'est aussi autrement dit, l'ensemble des actions qui permettent au public d'accéder à la culture au sens large.

Le style de l'écriture scientifique doit être "impersonnel". La vulgarisation scientifique est une forme de diffusion pédagogique des connaissances qui consiste à mettre le savoir à la portée d'un public non expert...

M. Djamal IFTICENE, responsable du centre de documentation à Tizi Ouzou, a communiqué sur L'accompagnement des étudiants infirmiers dans l'élaboration de leurs travaux personnels et de leurs mémoires professionnels.

Il est question ici d'accéder plus facilement aux ressources documentaires disponibles en fonction du thème à traiter en lien avec un accompagnement didactique.

Le centre de documentation doit comporter des informations fiables pour répondre aux besoins réels des étudiants.

L'accompagnement des étudiants est l'apanage du documentaliste qui doit mettre toutes ses compétences et son expérience à la disposition des usagers

en quête d'informations pertinentes. Notre expérience de l'écriture soignante Christine Paillard, Présidente du Sidoc, membre du comité de rédaction IZEOS, a partagé son expérience de rédactrice avec L'écriture sur le Web. Écrire sur le Web implique de nouvelles contraintes, comme l'utilisation du multimédia. Rédiger des articles pour IZEOS (infirmiers.com ou cadresante.com) demande le respect d'une politique éditoriale bien rodée, au regard des contraintes techniques, langagières, humaines. L'article est conçu dans une perspective collaborative, hypertextuelle. Les titres et intertitres interviennent dans la logique de référencement, le choix des mots renvoie donc aux statistiques... Caroline Tête est documentaliste au Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie en France. Elle a échangé autour des écritures soignantes en soins palliatifs. Écrire en soins palliatifs permet de laisser une trace, c'est le cas de l'écriture fonctionnelle qui retrace les faits et actes effectués sur le patient ou de l'écriture prescriptive qui formalise les décisions du médecin. Écrire permet aussi aux soignants de transmettre des connaissances et des savoirs : l'écriture scientifique en est un bon exemple. Elle met à disposition des pairs les résultats de la recherche ou une réflexion relative à la pratique professionnelle. Enfin, écrire, c'est aussi se décharger de la tension émotionnelle inhérente à la pratique des soins palliatifs. L'écriture

créative et sensible, fictionnelle mais inspirée de l'expérience professionnelle, reflète la réalité des soignants et des patients. Elle autorise le soignant à prendre du recul vis-à-vis de sa pratique et à témoigner de ses propres émotions. Une table ronde pour conclure Tous les intervenants se sont enfin réunis autour de la journaliste Khadija Chouit, directrice de la revue socio-culturelle Esprit bavard, pour évoquer les difficultés de publication en Algérie. Les enseignants, des directeurs d'instituts, des professionnels en santé et des documentalistes ont échangé autour des contraintes éditoriales mais aussi sur l'accompagnement des étudiants pour décrire une pratique soignante dans un bassin linguistique complexe (apprentissage en langue arabe et mémoire en langue française). Il a été question des compétences des soignants qu'ils peuvent valoriser en créant une communauté de rédacteurs sur Internet. Le Web semble être l'espace le plus approprié (blogs, site...) pour partager des expériences. Des projets ont été lancés à la fin du colloque. Le Professeur Bah Keita, représentant de l'OMS, a évoqué des publications possibles avec l'OMS et Morad Yahia Cherif, directeur de l'institut national pédagogique de la formation paramédicale d'Alger, a proposé aux personnes intéressées de redynamiser la publication de la revue Savoirs et compétences. La possibilité de créer un

comité de lecture propre à l'institut a également émergé afin d'offrir une assistance aux soignants algériens qui se lanceront dans l'écriture. Pour le Sidoc, cette journée fait écho à la formation

réalisée pour les documentalistes des instituts paramédicaux en Algérie visant la démarche qualité des centres de ressources dans l'institut paramédical.



Introduction de L'analyse des pratiques professionnelles Dans la formation initiale et continue pour/dans les métiers de la santé



SALHI Hakim.
Professeur de
l'enseignement paramédical.
INFPF

En tant qu'enseignants formateurs, nous sommes amenés à accompagner les étudiants à analyser des situations vécues pendant leurs stages. Lors des séances dédiées à l'analyse des pratiques professionnelles (APP) au niveau des Instituts Nationaux Supérieurs de la formation paramédicale et des sages-femmes, nous avons pu ressortir et identifier auprès des apprenants toutes les situations professionnelles vécues sur le terrain qui s'avèrent, à leur tour, souvent porteuses d'expériences et de savoirs. Cet article a pour objectif de mettre en relief l'importance et la pertinence de l'APP dans la formation initiale et continue dans le secteur de la santé.

Mots-clés

Formation, stages, situations, analyse des pratiques, professionnalisation

Catégorie d'article

Texte de réflexion en lien avec les

pratiques pédagogiques du formateur L'introduction de l'analyse des pratiques professionnelles dans la formation paramédicale et des sages-femmes n'est pas anodine, les changements radicaux qui l'ont pensés et conçus la rendent plus que nécessaire voire un levier incontournable dans les enseignements cliniques et diagnostics de soins généraux et de techniques maïeutiques. Ainsi, elle facilite, énormément, aux formateurs-enseignants le suivi des étudiants dans les stages ; elle permet aussi de revoir des situations d'appel vécues par les stagiaires assujettis à la dite analyse de la situation et d'effectuer un retour sur l'action réalisée. Cependant, une confrontation des groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) est souvent impérieuse pour opérer d'éventuels et nécessaires réajustements des pratiques de l'apprenant avant son transfert dans le milieu professionnel. Nous avancerons l'idée qu'il s'agit là

d'une formation d'accompagnement pédagogique et technique pouvant s'intégrer dans une démarche de formation initiale ou continue. Cette formation diffère certes des scénarios habituels, (stages, séminaires, conférences pédagogiques, etc.), mais dont la cohérence avec les théories d'apprentissage, aujourd'hui préconisées dans le milieu de l'enseignement, est évidente.

Contribution de l'analyse des pratiques à la professionnalisation
L'analyse des pratiques permet le développement de certaines compétences et semble être bien utilisée comme moyen méthodologique et didactique avéré par de nombreux promoteurs de ces dispositifs. D'ailleurs, L'auto-analyse des pratiques par le futur professionnel lui permet d'en tirer d'autres approches d'apprentissage et d'écoute, car, d'une part, le dispositif d'application est collectif et, d'autre part, l'incitation à co-construire, par anticipation, de nouvelles attitudes praticiennes. C'est une manière efficace de susciter l'apprenant à prendre du recul par rapport à ses pratiques et à cerner un apprentissage à partir de ses activités professionnelles durant ses stages. Nous pourrions appeler compétence de processus toute compétence développée à la lumière de l'exécution de l'exercice effectif d'analyse de ses pratiques, c'est à dire une compétence orientée vers l'analyse

de ses actions.
Actuellement, une telle compétence est fortement valorisée dans les systèmes de travail, puisqu'elle permet de rendre le professionnel moins « rigide ou figé » ; en d'autres termes, lui octroyer la capacité de changer plus facilement ses modes opératoires. Néanmoins, Nous tenons à défendre et à argumenter l'idée ou la thèse selon laquelle l'analyse des pratiques participe ainsi de la professionnalisation des individus prédestinés à la formation au sens large du terme.

Mais comment définit-on la professionnalisation ?

Le mot " professionnalisation " revêt trois sens différents :

- ▶ la professionnalisation des activités, au sens de l'organisation sociale d'un ensemble d'activités (création de règles d'exercice de ces activités, reconnaissance sociale de leur utilité, construction de programmes de formation à ces activités,...) ;
- ▶ la professionnalisation des organisations, au sens de la construction d'un discours par l'organisation sur elle-même (formalisation des règles de gestion,...)
- ▶ la professionnalisation des acteurs, au sens à la fois de la transmission/production de savoirs et de compétences – considérées comme nécessaires pour exercer la profession et

de la construction d'une identité du futur professionnel.

La professionnalisation est donc soit un processus de négociation, par le jeu des groupes sociaux, en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités, soit un processus de formation d'individus aux contenus d'une profession existante. Dans le premier cas, il s'agit de construire une nouvelle représentation d'un vécu professionnel, et dans le second de former des individus à une profession existante.

Détermination de la situation et de la spécificité de l'analyse des pratiques dans la conception de la professionnalisation par la formation et le travail

Les différentes phases d'une séance d'analyse des pratiques professionnelles

En première phase, le travail réalisé lors d'ateliers d'analyse de pratiques, en groupe (GAPP) de 15 étudiants environ et suivant une méthodologie spécifique, celle de Patrick Robo, à savoir : choix d'une situation par le groupe, présentation par l'apprenant des éléments significatifs de celle-ci et éventuellement une interpellation, questionnement du groupe, hypothèses explicatives et synthèse réalisée par l'étudiant ayant proposé la situation.

Une dernière phase méta, portant sur le travail d'analyse, peut être réalisée. Il est important de préciser que ce travail d'analyse n'est pas une analyse de situation ou résolution de problèmes, mais s'intéresse à l'étudiant en tant qu'acteur dans sa situation. En second lieu, les situations qui font lien avec des moments vécus lors des stages par les étudiants, portant sur des thématiques préalablement déterminées par l'équipe pédagogique formatrice. Par exemple : l'accompagnement d'un patient en fin de vie et de sa famille, la confrontation à la maladie grave ou chronique, l'agressivité, la prise en charge d'une urgence vitale, le refus de soins, le secret professionnel ou la gestion de conflits interpersonnels, l'élaboration d'un projet de soins, la réalisation d'activités de soins, etc....

► En moyenne, une vingtaine de séances sont généralement proposées dans l'année.

► Chaque séance dure au maximum 1h15mn

► Chaque séance est cadrée, délimitée par le temps (minutée), les phases (4-6), le contenu (situation professionnelle, éducative ou de formation) ainsi que des règles de prise de parole et de respect des participants et du fonctionnement.

Les étapes successives

- ♣ Le rappel des principes et du fonctionnement du GAPP (0–5 minutes) et le choix de la situation qui sera exposée ;
- ♣ L'exposé d'une situation par un exposant volontaire (10–15 minutes) ;
- ♣ Les questions des participants (15–45 minutes) ;
- ♣ L'émission d'hypothèses pour aider à analyser, à comprendre la situation ou à induire la recherche du modifiable (15–45 minutes) ;
- ♣ la reprise de parole de l'exposant (0–5 minutes) ;
- ♣ l'analyse du fonctionnement, sauf le cas exposé (5–30 minutes). L'animation–régulation devrait être assurée par un animateur compétent et volontaire

Analyse des pratiques professionnelles
levier dans les pratiques pédagogiques
des formateurs

Ce dispositif de formation est intéressant à divers titres. Nous en retiendrons quelques-uns :

- la production de savoirs de la pratique favorisant sa théorisation.
- la démultiplication par des formateurs ayant eux-mêmes fait l'analyse de pratiques professionnelles.
- la centration sur des personnes engagées.
- la mise en œuvre avec des moyens existants.

- la souplesse et l'adaptabilité organisationnelles.
- la professionnalisation de chacun par les effets produits sur tous les participants ;
- la problématisation : l'étudiant s'appuie à travers ce courant à se questionner et ainsi construire son projet professionnel.
- La réflexivité est une finalité attendue chez les futurs professionnels.

En conclusion, l'analyse de pratiques professionnelles semble bien remplir plusieurs fonctions. L'analyse rétrospective permet de mettre à jour les pratiques professionnelles souvent ignorées (par l'environnement de travail) contribuant ainsi à faire émerger le système d'expertise d'une profession (et ainsi parfois à construire les nouveaux contours pendant la formation). Cette analyse rétrospective suscite également le développement de savoirs partagés (entre les apprenants du groupe) et des apprentissages individuels (apprendre de la mise à jour de sa pratique). Quant à l'analyse anticipatrice de changements, à propos des pratiques, elle assure une fonction de production d'une identité de groupe qui se révèle comme un levier moteur, entre les apprenants–analystes et le formateur ; elle permet également de définir de nouveaux savoirs d'action professionnels qui constituent les contours d'une nouvelle professionnalité. L'analyse des pratiques, qu'elle soit rétrospective ou anticipatrice, permet aux

formés de développer des compétences de processus qui lui permettent de gérer ses pratiques. Les démarches d'analyse de pratiques constituent donc des moyens de professionnalisation ou de « reprofessionnalisation » tant des activités que des individus. Elles remplissent conjointement des fonctions de formation des personnes (professionnalisation) à partir du travail réel effectué pendant les stages cliniques pour les apprenants, d'évaluation des pratiques professionnelles et de constitution d'identités professionnelles communes.

Bibliographie

1. Lire partout infirmier, infirmière. Edition Masson 2014
2. Lévy André, "Analyse des pratiques" in : Vocabulaire de psychosociologie, sous la direction de J. Barus-Michel, E. Enriquez, A. Lévy, Ramonville Saint Agne, Érès, 2002, p. 505-517.
3. Beillerot J. "L'analyse des pratiques professionnelles : pourquoi cette expression ?", in : Analyser les pratiques professionnelles, Blanchard-Laville C., Fablet D., Paris, L'Harmattan, 2000, p. 384.
4. Beillerot J., p. 22.
5. Boutinet J.-P., L'Immaturité de la vie adulte, Paris, Éditions Puf, 1999, p. 197
6. Ibid. p. 197.
7. Ibid. p. 198.
8. Mauvais P., Potier M., "De l'émotion à la réflexion autour d'un travail d'équipe au service du petit enfant et de ses parents : l'analyse des pratiques professionnelles en école de puériculture", in : Analyser les pratiques professionnelles, Blanchard-Laville C., Fablet D., Paris, L'Harmattan, 2000, p. 384.
9. DPC : Développement professionnel continu, décret 2022-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux.
10. Isabelle Bonnaudet-Jousseume dans les IFSI
11. Dominique millet-Bernard Segulier De l'analyse des pratiques professionnelles en formation-édition Nathan 2012

Pour une approche didactique numérisée dans la formation paramédicale



Ahmed MEBARKI.
Ex-Sous-directeur des activités paramédicales.
Doctorant en langue et littératures francophones.

Le mardi du 20 juin 2017 de 11h à 12h heures françaises, une web-conférence est diffusée dans la toile dont la thématique didactique s'intitule : « Comment le numérique peut-il faire évoluer vos programmes de formation en santé ». Cette web-conférence s'organise sous l'égide de la SimForHealth France.

Elle concerne tous les professionnels de la santé : les médicaux, les paramédicaux et les pharmaciens. Sa vocation première s'articule autour de la qualité scientifique et pédagogique ainsi que didactique des programmes à enseigner. Cette dernière octroie toutes les latitudes scientifiques en terme de Savoir surtout le savoir-faire, c'est-à-dire accroître une attitude praticienne de l'apprenant médical ou paramédical, par l'accès [pour le moment gratuit] aux cas cliniques virtuels. L'accès à cette forme d'apprentissage s'opère sous l'assistance et l'aval d'app.medicativ.com qui s'annonce être un outil-auteur de formation. Cet outil en question permet la mise en œuvre de la stratégie promotrice de l'interactivité

interprofessionnelle qui ne donne plus à prouver sa nécessité spatio-temporelle et

qui le rend efficacement aux patients réels ultérieurement. Nous suggérons aux instituts de formation paramédicale

d'Algérie équipés de processus numériques d'opter pour cette démarche fortement didactique, car elle concilie en termes d'efficacité et d'efficience la théorie et la pratique. L'apprenant à partir du virtuel intériorisé, se dissipe en lui toute appréhension quant à la prise en charge réelle d'un cas clinique. A titre illustratif et pour montrer la dimension pédagogique et didactique de cette approche numérisée, tout une liste de questions à poser aux malades est établie contenant celles qui sont

pertinentes pour accéder au vrai diagnostic et celles qui ne le sont pas. Cette manière de procéder développe la capacité intellectuelle de discernement de l'apprenant et écarte toute tendance vers l'automatisme. L'apprenant réfléchit et réalise sa pratique selon les protocoles contextualisés et validés. Pour pallier à toute insuffisance inhérente à la réalité du terrain, cette méthode demeure une

alternative louable pour maintenir le cap vers la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Le site de cette institution reste ouvert et à l'écoute des professionnels de la santé (formateurs – praticiens médicaux et paramédicaux). Il n'en demeure que la prise d'initiative ciblant la qualité grandissante de la formation paramédicale en Algérie.



Zoom sur une formation



ELBIR Boussad.
Chef de Département
Documentation et
Recherche INPPF.

Depuis la promulgation du décret exécutif n° 11/121 du 20 Mars 2011. La formation paramédicale a balancé du système classique vers le système Licence Master Doctorat (LMD) qui confère de ce fait aux diplômés un statut d'universitaires.

Cette érection a été précédée un mois au préalable du décret exécutif n° 11-92 du 24 février 2011 ; qui à son tour érige les écoles de formation paramédicale en instituts nationaux de formation supérieure paramédicale et le décret exécutif n° 11-94 de la même date érige trois écoles de formation paramédicales en instituts nationaux de formation supérieure de sages-femmes dont la formation de cinq année est sanctionnée en fin de cursus par un master à cursus intégré de licence (MCIL)

- ▶ INFSSF de Tizi-Ouzou ;
- ▶ INFSSF d'Annaba ;
- ▶ INFSSF de Tlemcen.

Les INFSPM au nombre de vingt-cinq couvrant ainsi l'ensemble du territoire national, Procèdent et réalisent en outre les actions de formations continues, de perfectionnement et de promotion des

personnels exerçant au niveau des établissements de santé ainsi que les professionnels de la santé exerçant sous la tutelle des autres ministères. La mission principale des instituts supérieurs étant la formation initiale des bacheliers cette formation est du domaine de la science de la vie et de la nature (SNV) avec un professeur de rang magistral à la tête du domaine, celle-ci est structurée en quatre filières :

- ▶ Filière soins ;
- ▶ Filière rééducation, réadaptation ;
- ▶ Filière médicoteknique ;
- ▶ Filière médico-sociale.

Capitalisant au total dix-sept licences de chacune de ces licences jaillit un certain nombre de spécialités, nous retrouvons pour la filière soins seize spécialités, neuf pour la filière rééducation-réadaptation, cinq pour la

médicotechnique et enfin deux pour la filière médico-sociale.

En parallèle de la formation initiale les instituts de formation supérieure forment également des cadres paramédicaux :

- ▶ Cadres gestionnaires ;
- Cadres formateurs pour la formation pratique seulement, car la formation théorique s'effectue dans des pôles d'excellences.

Le travail académique des instituts supérieurs au nombre de vingt-cinq et des instituts de formation paramédicale au nombre de cinq, auxquels s'ajoute une école de formation paramédicale. Ce travail est assuré par l'institut national pédagogique de la formation paramédicale qui exerce une tutelle pédagogique sur l'ensemble des instituts de formation.

Ce dernier créé par décret exécutif n° 96-148 du 27 avril 1996 placé sous la tutelle du Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière dont les missions sont :

- mise en œuvre de la politique de la formation paramédicale arrêtée par le Ministre chargé de la Santé ;
- ▶ mise à la disposition des

établissements de formation paramédicale tous supports et méthodes en vue de l'amélioration de la formation ;

- conception, élaboration, évaluation et proposition de programmes de formation paramédicale ;

- ▶ organisation et contrôle des examens et concours pour l'accès aux établissements de formation paramédicale et l'obtention des diplômes ;

- ▶ suivi et évaluation la qualité de la formation dispensée ;

- ▶ initiation et de développement de la recherche en pédagogie pour l'enseignement des techniques paramédicales ;

- ▶ participation à la formation et à l'encadrement des personnels enseignants, d'encadrement pédagogique et de contrôle pédagogique ;

- ▶ contribution à toute action de perfectionnement et de formation continue des personnels enseignants des établissements de formation paramédicale ;

- ▶ entreprise de toute étude en rapport avec ses missions.



Le paramédical, maillon indispensable dans la réforme hospitalière



Ahmed MEBARKI.
Ex-Sous-directeur des
activités paramédicales.
Doctorant en langue et
littératures francophones.

La tutelle ministérielle par l'institutionnalisation de la réforme hospitalière compte impérieusement rendre l'accessibilité aux soins hospitaliers et de santé de qualité et de sécurité à des coûts budgétaires rationnels économiquement parlant.

La logique dans cette réforme hospitalière, c'est de refaire une « santé » au système hospitalier et de le rendre, par la même occasion, performant. Cette réforme devra s'inscrire dans le plan général de développement dit durable. Ainsi, la réussite de ce plan profitera aux générations présentes et surtout futures.

Il est certain que toutes les ressources financières, matérielles, logistiques et humaines seront mises à la portée des opérateurs et managers. Ces derniers, pour mener à terme la mission qui leur est dévolue, doivent prôner le management participatif dont le principe actif est de rendre l'adhésion possible, réaliste et acceptée dans le fond et la forme pour tout projet d'entreprise ou d'établissement.

La composante paramédicale du système de santé ne devra pas être reléguée à l'étape suivante de la réforme hospitalière. Ces paramédicaux diplômés, issus des écoles de formation, doivent être concertés et investis de missions à tous les niveaux de décision et d'action. En d'autres termes, le paramédical, toutes filières confondues, doit être considéré par les autorités compétentes comme étant un partenaire incontournable. Les paramédicaux dont l'effectif actif est très important, sont les garants de l'humanisation réelle et effective des hôpitaux. Car cette perspective demeure le socle de tout le système

hospitalier et représente sans équivoque l'image de prestige de l'entité hospitalière digne de ce nom.

Comment redynamiser l'humanisation de l'hôpital ?

La redynamisation de l'humanisation de l'hôpital certes repose, de prime abord, sur les paramédicaux, mais les autres professionnels de la santé sont très concernés et ne doivent en aucune manière ou raison de se démettre ou d'entraver cette démarche ou l'outrepasser en dévalorisant les activités des paramédicaux. Tout dépassement constaté, dans l'exercice des fonctions paramédicales, doit être signalé et étudié déontologiquement et éthiquement parlant auprès des commissions initiées et instituées à cet effet. L'humanisation des hôpitaux, prônée par les paramédicaux, fait appel également et inéluctablement à leurs compétences : relationnelles, éducatives et techniques. Ces dernières sont interdépendantes et répondent positivement à un processus dit systémique :

Compétences relationnelles.

Compétences éducatives.

Compétences techniques.

Quelles seront les compétences relationnelles ?

Ces compétences sont érigées sur les techniques de la communication et de l'écoute. L'accueil humanisé dans le milieu hospitalier réalisé par les

professionnels de la santé devrait avoir aussi un caractère, par essence, humanisant et humain. Prendre soin du corps de l'autre qui est le patient, en lui assurant les trois comforts vitaux et fondamentaux :

- Confort psychologique ou moral.
- Confort physique ou corporel.
- Confort matériel ; séjour dans une chambre ou espace d'hospitalisation selon les normes médico-techniques conventionnelles.

Quelles seront les compétences éducatives ?

Ces compétences complètent celles de la relationnelle, car elles réactivent tout un processus scientifique et comportemental positif vis-à-vis du patient en premier lieu et l'environnement proximal (famille du patient) et distal (la société dans son ensemble).

Quelles seront les compétences techniques ?

Celles-ci ne réussissent que si les deux compétences sus-mentionnées sont effectivement réalisées. Ces compétences ne sont que des soins paramédicaux prodigués et labellisés en termes de qualité certaine et de sécurité assurée.

Pour réaliser et maintenir ces compétences énoncées dans l'espace et dans le temps, les autorités politiques et médico-sanitaires soucieuses quant au succès de la réforme hospitalière ne doivent à aucun moment lésiner sur les moyens financiers, matériels et humains et doivent aussi légiférer, sur la base des données fiables, des avantages incitatifs et juguler les contraintes du « terrain » ou du champ d'activité réellement perçu dans le contexte présent et parfois futur.



GESTION DE LA FILIERE D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITE DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX : RESULTATS D'UN AUDIT AU CHU BENI MESSOUS EN 2013



**G BRAHIMI, A
LARINOUNA, AL
REBOUH, I ARAREM, H
OULD BABA ALI, S
AMRIT, S AITSEDDIK,
D DJADOUR, R
BELKAID**

Service d'épidémiologie et de
médecine préventive

Mots clés : audit – DASRI– gestion des déchets – tri des déchets

Résumé

Introduction/objectif du travail

Les activités de soins génèrent des déchets exposant à divers risques qu'il convient de réduire pour protéger les individus et l'environnement.

Les objectifs de cet audit sont d'évaluer le respect de la filière d'élimination des DASRI que notre CHU doit organiser et sécuriser, d'identifier les moyens mis en œuvre pour une obligation de résultat et d'analyser les écarts entre les protocoles et la pratique.

Matériel et Méthodes

L'audit s'est déroulé du 16 au 26 décembre 2013, dans les 26 services médicaux et chirurgicaux du CHU, comprenant au total 63 unités. Le recueil des données s'est fait par observation et interview du personnel pendant l'exercice de leur fonction sur une grille d'évaluation tenant compte de la réglementation en vigueur et élaborée par l'unité d'hygiène hospitalière du service d'épidémiologie et de médecine préventive. La saisie et l'analyse des données, ont été réalisées sur Epi-info 6

Résultats

Le CHU génère environ 2000 kg/j de DASRI pour 765 lits avec un taux d'occupation de 70,7%, le traitement des DASRI se fait in situ par incinération installée en périphérie, 7 personnes sont affectées au DAS et 3 camions rarement nettoyés pour la collecte, il existe un local d'entreposage central qui est nettoyé quotidiennement mais jamais désinfecté. Le tri n'est pas toujours réalisé, la présence de DAOM est retrouvée dans 58.8% des sacs de DASRI,

et des DASRI sont visibles dans 73.5% des sacs de DAOM. Le tri à la source est respecté par le personnel ayant reçu une formation ($p < 10^{-4}$) et dans les unités qui disposent de protocoles affichés ($p < 0.01$), les supports de collecteurs pour OPCT sont disponibles uniquement dans l'unité de greffe rénale. Les collecteurs OPCT sont présents sur les chariots de soins dans 26.1% des unités. Les sacs couleurs sont disponibles en quantité suffisante dans 90.5% des unités, mais 84.1% ne sont pas aux normes. Les sacs sont sur supports roulants dans 75.8% des unités. Les déchets sont entreposés dans des

containers dans 47.6% des cas et à même le sol dans 9.5% en l'absence de locaux d'entreposage intermédiaire. Dans 62,1% des cas ils sont entreposés à l'extérieur du service et dans la salle de soins dans 19%. Les déchets sont menés vers le « local d'entreposage intermédiaire » de façon quotidienne dans 69.4% des cas.

Conclusion

Cet audit montre que les trois actions suivantes ont un impact positif sur le respect du tri et de la filière d'élimination des DASRI : la formation du personnel de santé, la présence de protocoles affichés et la disponibilité de matériels normés.



GESTION DES RISQUES ET QUALITÉ : Entre réalité et obligation



Arif Salaheddine
Organisme de gestion
des risques, CHU Sétif
(Algérie)

Dans toute collectivité, en particulier hospitalière ou structure de santé, chacun de nous, professionnel, gestionnaire ou patient, peut détecter des situations de détresse qui entraînent obligatoirement des risques.

Cette notion de perception des risques n'est pas suffisante, en particulier en milieu de soin où il est impossible de prévoir l'intégralité des risques. Dans un tel contexte, que ce soit à l'hôpital, en Pôle ou Maison de soins pluridisciplinaire, ou même en cabinet « de ville », aucun gestionnaire ou professionnel ne peut nier l'importance d'une prise en compte de la question des risques dans les décisions de soin. Bref et heureusement, la sécurité des patients est devenue une priorité non seulement des politiques de santé, des différentes structures de soins, et des soignants eux-mêmes.

La sécurité dans les soins est l'affaire et de la responsabilité de tous les acteurs du processus de soins. C'est aussi un outil indispensable pour le manager, qui doit pouvoir garantir la qualité des soins aux patients, les bonnes pratiques et protocoles aux professionnels et, plus

largement la sécurité de ses équipements. L'organisation de la gestion des risques qui vise à réduire la fréquence des événements indésirables et des aléas thérapeutiques, et la gravité des incidents, lorsqu'ils se produisent, repose sur la mise en place de moyens de détection précoce des risques. Cette même mise en place se base sur l'analyse des retours d'expériences indésirables passées mais aussi sur la formation et l'information des professionnels, des patients et de leur entourage. Enfin, cette gestion des risques exige des gestionnaires formés aussi à gérer les situations de stress, de conflits et de détresse... La norme ISO/IEC guide 73 définit le risque comme « la combinaison de la probabilité d'un événement et des conséquences de celui-ci. Le simple fait d'entreprendre ouvre la possibilité d'évènements dont les conséquences sont potentiellement bénéfiques (aléa

positif) ou préjudiciables (aléa négatif) ». Ø Enfin, il est important de différencier les notions de danger et de risque. Le risque n'est pas un danger, il en est la conséquence s'il y a exposition au danger.

La non-qualité signifie que les soignants n'ont pas été capables de réaliser des soins conformes aux normes et besoins de soin des patients. Elle est responsable des accidents et incidents, dont les accidents iatrogènes, les infections nosocomiales, les dysfonctionnements, défaillances et erreurs, le gaspillage et donc de surcoûts pour l'établissement et le système de santé. Les risques de la « non-qualité » se situent à 3 niveaux de répercussion directe et franche sur la sécurité du malade, sur la qualité des soins apportée par l'établissement et sur la société.

1. Sur le malade : l'existence d'accidents et incidents graves rend la prise en charge du patient très délicate et le met en situation d'inconfort et de détresse identifiées par des sentiments de peur et de crainte. Elles sont identifiées aussi par la prolongation de la durée des séjours voire l'apparition de complications redoutables allant jusqu'à la mort du patient.

2. Sur l'établissement : un des risques majeurs pour les établissements de santé est aussi le risque économique : une mauvaise gestion des risques contraint à plus de dépenses pour répondre aux besoins thérapeutiques et aux

réparations administratives et judiciaires des dommages causés par la « non-qualité ».

3. Sur la société : la non-qualité causée par les soignants est responsable des cumuls d'arrêts de travail, d'handicaps, de développements de climats de conflit et de perte de confiance, sans oublier les longs parcours de recours à la justice pour les demandes de préjudice. La gestion des risques au cœur de toute réflexion : les établissements de santé, dans leurs politiques de redéploiement des activités, doivent intégrer ce maillon très fort et indispensable qui est la gestion des risques et de la qualité de soins. « La gestion des risques est au cœur de toute réflexion » pour pouvoir garantir les meilleures prestations et répondre aux besoins et aux demandes des patients, de leurs proches et des professionnels. Ses inspirations principales sont l'utilisation de facteurs de réussite intrinsèques liés à la politique de l'établissement, les qualités du manager et des personnels, les ressources existantes et globalement, les volontés politiques et humaines. L'analyse des retours d'expériences et les audits participent également au développement du « projet qualité ». Le projet qualité occupe ainsi obligatoirement une partie très importante dans le projet d'établissement Hospitalier. Il doit garantir la sécurité des biens, des personnes ainsi que la diminution du

coût d'hospitalisation en éliminant les sources des dépenses inutiles, liées aux « effets indésirables » ou aux « incidents graves ».

Le gestionnaire des risques –en étroite collaboration avec l'administration–, a pour mission d'identifier, d'étudier et de prévenir des risques potentiels pour ses patients, les personnels et l'ensemble de l'établissement. L'établissement met en œuvre les moyens et les ressources nécessaires pour anticiper les risques et réduire les conséquences des incidents difficilement maîtrisables. Ainsi, le gestionnaire des risques assume les fonctions suivantes :

- Identification des risques : – Avec recensement de toutes les parties exposées aux risques potentiels
- Évaluation des risques : – gravité, – détermination de leur impact potentiel, – étendue des préjudices y afférents ou appréciation du risque.
- Définition des solutions : Le gestionnaire des risques peut définir la solution en fonction du risque lui-même en étudiant la possibilité d'une élimination ou d'une limitation de ses effets. Il peut tenir compte des situations et appliquer certaines modifications de protocole afin de minimiser les risques.
- Mise en œuvre des solutions : après avoir déterminé la solution en fonction des moyens dont dispose l'établissement.
- Contrôle : la gestion des risques nécessite un suivi régulier qui permet de mettre en place des solutions à court, à

moyen et à long terme et d'améliorer les protocoles en continu à partir des retours d'expérience.

Le responsable de projet : la réalisation d'un projet d'amélioration est dirigée par un responsable de projet, qualicien reconnu, expérimenté, motivé, impliqué et bien sûr mandatée par son administration ou par l'établissement. Chaque étape doit répondre à des objectifs précis préalablement discutés et validés. L'enchaînement des étapes doit être respecté au fil du projet. Il permet, le plus souvent, des gains de temps importants.

Le cadre méthodologique de départ ne devra pas être remis en cause dans ses bases, quelle que soit son évolution au fil des projets réalisés, il devra être bien connu des responsables, adapté au projet et à l'établissement concerné. Ceci est fondamental pour assurer la continuité de la démarche : même si des variantes sont possibles entre différents projets, ceux-ci doivent pouvoir toujours être comparés entre eux de manière à apporter au final, à l'ensemble des professionnels une vision commune. Les objectifs de la démarche sont triples :

- Pour le patient :
 - ▶ Guérison ou amélioration de son état, qualité de vie
- Pour les personnels de soin :
 - ▶ Amélioration des conditions de travail
 - ▶ Acte professionnel de qualité
 - ▶ Satisfaction professionnelle
- Pour le gestionnaire

▸ Procédures standardisées moins onéreuses

▸ Correction/suppression des dysfonctionnements/évènements indésirables

La résistance au changement est un vécu obligatoire, qui se traduit fréquemment par des réactions de démotivation, de refus catégorique d'adaptation aux nouvelles techniques, de changements de management et d'acquisition de nouvelles compétences des personnels. Ce vécu, souvent difficile, est un vrai défi pour la mise en œuvre de tout projet d'amélioration de la qualité et entraîne

fréquemment des retards dans l'exécution du projet. Ainsi, avant de penser à corriger les situations de non-qualité, le manager des risques devra bien comprendre la nature des pratiques à modifier et bien réfléchir au moyen d'impliquer les professionnels concernés dans la démarche. Aujourd'hui, aucun manager ne peut gérer un établissement sans tenir compte de la satisfaction des patients, basée sur la qualité et la sécurité des soins. Le passage au management par la qualité est simple, générale, pratique et accessible à tous.



Projet de partenariat.



ELBIR Boussad.
Chef de Département
Documentation et
Recherche INPFP.

L'institut national pédagogique de la formation paramédicale a organisé un séminaire d'information au profit des Directeurs des études et des stages des établissements de formation.

Le séminaire a porté principalement sur le projet de partenariat institutionnel rentrant dans le cadre du programme PROFAS-C+ qui s'inscrit dans la ligne directrice du document cadre de partenariat 2013 - 2017 signé entre l'Algérie et la France affirmant la poursuite du soutien à la coopération hospitalière.

Ce projet met en relation la Direction de la formation du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière d'une part et l'assistance publique des hôpitaux de Paris d'autre part. L'INPFP étant l'institution publique bénéficiaire du projet. Celui-ci vise la construction et la mise en œuvre d'un dispositif d'encadrement des étudiants infirmiers en stage pratique hospitalier.

Dans le cadre des échanges entre l'AP-HP et l'INPFP qui ont été engagés depuis

2016 qui ont donné lieu à des missions exploratoires à la fois à Alger et Paris. C'est dans le cadre des premières rencontres Algero-Françaises qui ont eu lieu à Alger les 02 et 03 décembre 2015 que le contact entre l'INPFP et l'AP-HP a été établi, autour d'un projet de partenariat pour un accompagnement pour le développement de la formation paramédicale.

La démarche projet retenue, vise en conséquence à faire évoluer, au sein des structures de santé les compétences et pratiques des cadres paramédicaux, maillon essentiel de l'animation et la professionnalisation des équipes soignantes en formation ou en exercice dans la prise en charge des patients. Il est donc nécessaire d'impliquer progressivement l'ensemble des acteurs clés et de construire les méthodes et les outils adaptés, d'associer sous l'égide de

l'INPFP les structures pilotes retenues à savoir :

- ▶ L'INFSPM de Médéa ;
- ▶ L'EPH Mohamed BOUDIAF de Médéa ;
- ▶ L'EPSP ZOUBIRIA de Médéa.

Cette démarche se fera au niveau tant, de

la formation opérationnelle des futurs professionnels infirmiers sur le terrain (ingénierie des stages de formation) que de la professionnalisation de l'encadrement paramédical.



La Télémédecine, un défi au service des régions isolées En Algérie



AOUES Khadidja.

Introduction

De nos jours ; l'avènement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) a révolutionné les relations entre les individus et les collectivités et a permis d'envisager de nouvelles façons d'exercer la médecine et d'offrir des services médicaux spécialisés ou ultra spécialisés dans des régions qui ne pouvaient en bénéficier.

L'Algérie ambitionne dans sa réforme hospitalière d'introduire progressivement la télémédecine spécifiquement aux populations des régions du Sud et des Hauts Plateaux qui ont grandement besoin de cette technique ; Avant d'être élargie à tous les hôpitaux à travers le territoire national.

1 / Télémédecine Définie par l'OMS comme « la fourniture de services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par des professionnels des soins de santé faisant appel aux NTIC, d'une part, pour assurer l'échange d'informations valides à des fins de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies et des blessures et, d'autre part, pour les besoins tant des activités de la formation permanente des prestataires de soins de santé que des

travaux de recherche et d'évaluation, toujours dans l'optique de l'amélioration de la santé des individus et des communautés dont ils font partie » [1] . La télémédecine est le plus bénéfique pour les populations vivant dans les régions éloignées. Elle est appliquée dans pratiquement tous les domaines médicaux (radiologie, cardiologie...), et rassemble différentes disciplines à savoir : la téléconsultation, la téléassistance médicale, la télé-expertise, la télésurveillance [2], la téléchirurgie et la cyber-formation. Cette technique de santé innovante permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie [3].

2/ Le système de santé en Algérie
En 2016 la population d'Algérie est

évaluée à 40,4 millions d'habitants/km² très inégalement répartie sur une superficie de 2.381.741 km² dont 80% de désert [4]. Sur le plan administratif, l'Algérie est divisée en 48 wilayas : 14 wilayas des hauts plateaux (747,60 habitants /km²) ,04 wilayas principales du sud (40,41habitants /km²) [5]. Notre pays compte 13 Centres hospitalo-universitaires(CHU), 31 Structures spécialisées, 185 centres régionaux de santé, 56210 médecins généralistes et spécialistes, 80000 infirmiers ; des ratios : 1.1 médecin/640 personnes, 2.1 hôpital/1000 habitants. Les soins sont gratuits dans le secteur public [6]. Au niveau national, le secteur public présente plusieurs problèmes : déficits en professionnels de santé pluridisciplinaire, le manque d'infrastructure sanitaire, la qualité d'enseignements insuffisants, etc. Ces problèmes sont plus aigus dans les régions éloignées, ou leur population se trouve limitée en termes d'accès à la santé. Les patients sont obligés de se déplacer pour accéder aux services de santé mais l'accès est rendu difficile par les problèmes de distance, transports et l'état des routes. Par faute de ressources financières, la quasi-totalité des hôpitaux régionaux ne disposent que de quelques spécialistes ; En outre, même si ces spécialistes existent, ils ont besoin d'échanger avec des confrères plus expérimentés pour le diagnostic et/ou la prise en charge des cas de pathologies

peu fréquentes ou compliquées. Ces raisons parmi d'autre étaient des facteurs déclenchant l'utilité d'un changement au niveau du système national de santé, exprimé par une réforme (1992-2002) qui a visé certains ajustements, où le gouvernement a approuvé « l'introduction de la télémédecine pour une meilleure accessibilité des soins » Pour cela, l'intégration des nouvelles technologies dans la prestation de services médicaux dans les régions éloignées s'est imposée afin de relier les centres hospitalo-universitaires (CHU) du nord du pays et les hôpitaux des régions des Hauts Plateaux et du sud : Raison pour laquelle l'Algérie a consacré plus de 120 millions de dollars (budget des TICs dans le domaine de la santé en Afrique en 2009) [7] ;comme elle avait installé un réseau de télécommunication, facilité l'accès à la connexion Internet :10 millions d'abonnés Internet, la 3G couvre 80% du territoire. 78000km fibre optique, intranet....)

3/ Les acquis algériens et télémédecine L'Algérie ambitionne dans sa réforme hospitalière d'introduire progressivement la télémédecine afin de mettre en place une couverture sanitaire satisfaisante par la prise en charge des populations enclavées ; des mesures engagées dans ce sens tenues par la mise en oeuvre d'une feuille de route énumérant 24 points ou la télémédecine figure en 13ème position ainsi qu'un « programme santé sud » dédié à cette catégorie de

population isolée. Parmi les prestations de la télémédecine :

→ faciliter et améliorer la qualité ainsi que l'accessibilité et l'efficacité des soins pour les personnes habitants dans les régions des Hauts Plateaux et du Sud, qui ne seront plus obligées de se déplacer dans le nord du pays ; → assurer les applications de téléconsultations, de téléassistance, de télédiagnostic, de télé-expertise et de formation continue à distance.

→ améliorer les capacités des professionnels de santé exerçant dans les régions éloignées qui deviennent mieux formés et informés. Sachez que notre pays fait preuve d'une volonté affichée, et compte plusieurs expériences dans ce domaine :

- En juillet 2011 à Alger : Une convention relative à la mise en place d'un réseau pilote de télémédecine a été signée entre les deux ministères de la Poste et des technologies de l'information et de la communication et le ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière ; pour la mise en place d'un réseau pilote de télémédecine dénommé "Réseau de Télémédecine Algérie" qui permettra l'accessibilité aux soins de santé à distance allant des transferts des données (contenues dans le dossier du patient: cliniques, para-cliniques et de plateau technique) à l'action directe du praticien sur le malade . Elle doit permettre également la tenue de séances de télémédecine entre les établissements

de zones ou régions enclavées du pays et des centres hospitaliers de référence. •

En février 2014 et dans le cadre du jumelage entre les hôpitaux du Nord et du Sud du pays, a été initié par le ministère de la Santé l'application des pratiques télé-médicales et télé-radiologie entre l'établissement public hospitalier d'Oran et CHU de Bab El Oued ;

- En septembre 2014, la pratique de la TM été initiée. Le centre hospitalo-universitaire de Tlemcen est jumelé avec les établissements sanitaires de la wilaya de Naama et d'El Bayadh (hauts plateaux du sud-ouest d'Algérie) [8].

- En janvier 2016, la mise en place avec succès d'une plateforme pilote (CDTA) entre l'hôpital militaire régional d'Ouargla (HMRO) et l'hôpital central de l'Armée (HCA), sis à Alger, inaugurée par le général major Ahmed GAID SALAH dont le but est la correction des diagnostics des maladies du HMRO via la consultation en simultanée des dossiers médicaux [9].

- En mars 2016, première consultation en cardiologie entre le CHU de Tizi Ouzou et l'établissement hospitalier public (EPH) de Tamanrasset au sud [10]

- En juin 2016, Installation d'équipement de télémédecine et de visioconférence avec la mise en place de la plateforme télémédecine /visioconférence opération mise en oeuvre et pilotée à partir du service de chirurgie générale du CHU d'Oran (déjà doté d'un système de

visioconférence local) permettant aux jeunes résidents de suivre en direct depuis l'auditorium le déroulement de l'intervention chirurgicale mené dans le bloc opératoire [10] . A ce jour, cinq Centres Hospitalo-universitaires (CHU) à savoir les CHU d'Alger Mustapha Bacha, Bab El Oued, Beni-Messous, le CHU de Constantine et le CHU d'Oran prennent en charge douze (12) établissements publics hospitaliers du sud (Adrar, Tamanrasset, Tindouf, Illizi, El Bayadh, Ouargla, Ghardaia, Naâma, Laghouat, Béchar, Biskra et El Oued) ; un site central et une plateforme technique de pilotage du réseau ont été désigné au sein de l'Agence nationale de documentation de la santé (ANDS).

Conclusion :

Dans notre pays la télémédecine peut être un moyen effectif pour améliorer la santé dans les régions éloignées avec leurs différentes insuffisances, sauf qu'il est à préciser que l'emploi de cette technique exige des réseaux disposant de toutes les ressources matérielles et logiciels nécessaires afin de garantir une qualité de services et des conditions de traçabilité, de sécurité et de protection des données personnelles.

Références [1]. La télémédecine en action

- ANAP : 25 projets passés à la loupe, tome 1, page 64. [2] .Duplantie J, Gagnon M-P, Fortin J-P, Landry R (2007).

Telehealth and the recruitment of healthcare professionals in rural and remote communities : a Delphi study. Canadian Journal of Rural Medicine 12 (1), 30-36. [3]. LE MÉDECIN, LA TÉLÉMÉDECINE ET LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION ; 02 /2015 ; GUIDE D'EXERCICE ; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC.

[4] .ONS (Office national des statistique publiées) ; publiée le 30 mars 2017 [5] .Atlas des populations et pays du monde.

3W.populationsondata.net

[6].PDF, les réformes en santé évolution et perspective ; Alger-Décembre 2015

[7] .D'après le rapport sur la santé dans le monde, publié par : OMS, The Health of the People : The African Regional Health Report, 2006.

[8].Technique médicale innovante en cours d'introduction en Algérie, Publié par Dknews le 29-03-2014.

WEB :

[10]. 3W// L courrier-dalgerie.com

[9]. 3W.cdta .dz

[10]. 3w.hospithub.comw