



المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي

L'institut National Pédagogique de la Formation Paramédical



Revue de  
L' INFP

Une Revue Semestrielle éditée par  
l'institut National pédagogique de la  
formation paramédicale

Numéro :

**03**

1er semestre

**2019**

ISSN : 2602-7909

# Revue de l'INPFP



INPFP

## Editorial

La mise en place, la structuration et le développement de la recherche clinique paramédicale constituent un objectif majeur faisant partie intégrante de notre triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Je suis fière que cette revue voit le jour. Elle est dédiée à la recherche paramédicale et surtout à la formation continue, aux échanges entre professionnels et partage des expériences et connaissances.

J'ai rencontré au cours de ma formation des hommes et des femmes qui m'ont beaucoup apporté, ils étaient aides-soignants et agents de salle, ils m'ont transmis un savoir précieux. Ils ne sont plus de ce monde, mais ce qu'ils ont laissé derrière eux, leur rend le plus bel hommage.

Le médecin et le progrès de médecine est directement dépendant du personnel paramédical qui à son tour doit suivre les avancées de la médecine et s'améliorer en permanence et valoriser ce qu'il accompli. Chacun de nous peut être maître dans son métier.

Prenons la peine de lire, écrire, nous concerter et exposer les problèmes qui se posent à nous.

La formation continue est incontournable et le respect que nous doivent les collègues, les médecins et la société ne peut que suivre.

"L'humanisation des hôpitaux, prônée par les paramédicaux, fait appel également et inéluctablement à leurs compétences : relationnelles, éducatives et techniques" Monsieur Ahmed MEBARKI Ex-Sous-directeur des activités paramédicales CHU de Bab-el-Oued.

Sachez que je suis profondément convaincue que vous allez vous améliorer la médecine en Algérie.



Revue de l'inpfp  
N° 3



Professeur KALEM Kheira  
Présidente du conseil scientifique  
de l'INPFP.

# Intérêt De L'instauration Du Dossier De Soins Dans Les Etablissements Hospitaliers Algérien



Mr. BENABED MOHAMED  
PEPM INFSPM de MASCARA

## 1.Introduction :

Dans le monde entier , surtout les pays les plus avances où la discipline infirmière est de mise, où considérée comme une entité professionnelle la tenue du dossier infirmier est **une obligation** même pour un malade à domicile .

L'évolution des techniques et des connaissances concernant la sante et la maladie conduit l infirmier (e) à réajuster en permanence son savoir spécifique en soins infirmiers et l'invite à acquérir des connaissances provenant d'autres disciplines.

L'infirmier(e) doit posséder de grandes capacités d'adaptation pour faire faces à la diversité des situations qu'il /elle rencontre au quotidien.

Pour dispenser des soins de qualité, l'infirmier(e) doit acquérir des compétences techniques, éducatives et relationnelles et savoir maitriser les outils méthodologiques qui fondent sa pratique professionnelle.

L'instauration du dossier soins dans les hôpitaux algériens contribuera de façon positive dans l'organisation des soins en contribuant à formalisation des processus de soins en intégrant un ensemble d'outils de mesure de la qualité des soins : Le dossier de soins infirmier

## 2. Définition des concepts :

### ➤ Dossier de soins :

« C'est un document nominative et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière. Ce dossier a pour but d'améliorer :

- la qualité des soins : efficacité, continuité, sécurité,
- l'organisation des soins ».

Il fait partie **intégrante du dossier médical**.

➤ **Démarche de soins**

Est une méthode organisée, centrée sur les réactions particulières d'une personne (ou d'un groupe), dans le but de produire un jugement clinique sur l'état de santé de la personne afin de prendre des décisions aux soins à donner.

- **Les transmissions écrites** sont des informations apposées au dossier de la personne soignée par les acteurs de soins
- **Les transmissions orales** sont un échange d'information, de débat, de raisonnement, de choix stratégiques et d'attente. Ils permettent aussi l'expression des soignants et la régulation des soins.
- **Les transmissions ciblées** sont une méthode pour organiser la partie narrative du dossier de la personne soignée, pour comprendre rapidement sa situation et les soins nécessaires à dispenser.

### **3. Intérêt du dossier de soins infirmiers :**

- Mise à disposition d'informations nécessaires à la prise en soin et au suivi du patient; aide à la décision thérapeutique par son contenu
- Sécurité des soins
- Traçabilité des soins et des actions correctives ou non entreprises auprès du patient
- Continuité des soins
- Lieu de recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices/ risques et de la traçabilité de la décision
- Evaluation de la qualité des soins et de la tenue du dossier
- Enseignement et recherche, formation des stagiaires
- Document légal

### **4. La valeur juridique du dossier soins :**

#### **4.1. Document légal:**

- Rôle juridique dans le cas d'une recherche de responsabilité
- Le dossier de soin contient des informations qui ont une valeur probante devant les tribunaux
- L'importance des écrits est capitale en cas de plainte ou de procès mettant en cause la qualité des soins dispensés à un malade.

#### **4.2. Les valeurs professionnelles du dossier de soins :**

- C'est un outil qui permet le suivi des patients sous la responsabilité infirmière: il engage l'implication professionnelle des acteurs compétents responsables.
- C'est une référence pluridisciplinaire qui permet une prise en soin efficace du patient pour une continuité de soins personnalisés
- C'est un facteur indéniable de reconnaissance professionnelle
- L'éthique exige un support respectant le secret professionnel et ne comportant que des faits objectifs, précis, et utilisables sans jugement de valeur.

## **5. Les buts du dossier de soins**

- Fournir les données nécessaires pour planifier les soins et permettre la continuité afin d'optimiser la qualité et l'efficacité des soins en tenant compte de la globalité de la personne soignée
- Communiquer avec les autres professionnels de santé des données subjectives et objectives écrites et signées par les soignants responsables
- Démontrer pourquoi le malade a reçu des soins ; avec quels résultats; et quels réajustements nécessaires
- Documenter les soins en cas de problèmes médico-légaux
- Surveiller et évaluer les soins tant sur le plan quantitatif que qualitatif

### **5.1. Les objectifs du dossier de soins :**

- Transcrire tous les éléments relatifs au rôle propre infirmier, au projet de soins et permettre le suivi du patient;
- Coordonner les actions de soins des paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, kinésithérapeutes, diététiciens.....) autour d'objectifs communs ;
- Tracer les prises en charge pour assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins
- Apprécier l'évolution de l'état de santé du patient ;
- Faciliter l'intégration des professionnels ;
- Donner des informations aux patients et à leur entourage conformément à la réglementation
- Disposer de données relatives aux soins et aux prises en charge des patients permettant une analyse a posteriori pour améliorer les pratiques et développer les opportunités de recherche en soins ;

## 6. Enjeux pour les patients, les professionnels et les établissements de santé algérien

Le dossier de soins est indispensable pour assurer 24h sur 24 la continuité des soins et grâce à une traçabilité des informations structurées, objectives, actualisées, il permet de dispenser des soins de qualité, en toute sécurité pour les patients.

Le contenu du dossier de soins contribue à rendre visible et à reconnaître l'activité des professionnels paramédicaux.

Les écrits montrent :

1. La prise en charge qu'ils assurent auprès des patients, des familles et de leurs proches ;
2. Leurs compétences ;
3. Leur apport singulier dans la prise en charge des patients.

La formalisation dans le dossier de soins a également une portée pédagogique pour les étudiants car elle contribue à l'intégration des connaissances et à la professionnalisation.

## 7. Conclusion :

Le dossier infirmier est synonyme d'organisation dans les activités, de compétences dans la transcription, la coordination et de suivi des actes accomplis dans les services de l'établissement de santé.

La mise en place du dossier de soins infirmier dans les hôpitaux algériens sera un :

- Outil d'amélioration de la qualité des soins,
- Support indispensable à la délivrance de soins de bonne qualité

Le **dossier de soins**, peut justifier un besoin de formation tant initiale que continue pour une meilleure maîtrise de son contenu et l'organisation pratique de sa mise en place.

Le **dossier de soins** est synonyme d'organisation dans les activités, de compétences dans la transcription, la coordination et de suivi dans les actes accomplis dans les services de l'établissement de santé.



## L'utilisation de la check-list : Sécurité du patient au bloc opératoire : Au service de maternité du CHU de Béni-Messous en 2015 Alger – Algérie



**Ghania BRAHIMI<sup>1</sup>,  
Sarah AIT SEDDIK<sup>1</sup>,  
Hadjer OULD BABA  
ALI<sup>1</sup>, Sabrina  
AMRIT,  
Youcef TAYBI<sup>2</sup>, Rosa  
BELKAID<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Service d'Epidémiologie et  
de Médecine Préventive, CHU  
Béni-Messous, Alger,  
(Algérie)

<sup>2</sup>Service de Gynécologie  
Obstétrique, CHU Béni-  
Messous, Alger, (Algérie).

### Résumé

**Mots clés** : check-list, bloc opératoire, maternité, infections du site opératoire, évaluation

### Introduction

Notre CHU a introduit la Check-List (CL) au le bloc opératoire (BO) du service de maternité, dans le but de réduire les complications postopératoires et principalement le risque infectieux qui est une complication fréquente

### L'objectif:

Evaluer l'utilisation de la CL au BO chez les patientes césarisées,  
Déterminer la proportion de CL renseignées et leur complétude  
Déterminer l'incidence des ISO.

### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une évaluation prospective de toutes les CL renseignées par le personnel du BO pour les césariennes effectuées du 01 février au 30 Mai 2015. Les données sont saisies, et analysées sur le logiciel Epi-Info6

### Résultats

Au total, 300 césariennes ont été réalisées, 57% des interventions ont été pratiquées en urgence et 43% en élective.

Le nombre de césariennes réalisées avec CL remplies est de 60% ; et le nombre de CL complètement remplies est de est 149 soit un taux de complétude de 83.2%.

90% des CL ont été réalisées pendant les jours ouvrables et 79.9% ont été réalisées la journée versus 20.1% la nuit. La CL a été renseignée pour 64.4% des césariennes réalisées de façon programmée. Les complications post opératoires liées aux infections ont été enregistrées chez 2.2% des césariennes réalisées avec CL renseignées versus 8.5% avec CL non renseignées ( $p < 0.01$ ).

### **Conclusion**

L'incidence des ISO a bien été réduite grâce à l'introduction de la CL, celle-ci mérite d'être généralisée à l'ensemble des actes chirurgicaux.

### **Introduction**

Notre CHU a introduit la check-list(CL) au bloc opératoire(BO) du service de maternité dont l'efficacité a été démontrée<sup>[i]</sup>, dans le but de réduire les complications postopératoires et principalement le risque infectieux qui est une complication fréquente avec un taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO) de 16.8% enregistré en 2014<sup>[ii]</sup>

### **Objectifs**

Evaluer l'utilisation de la CL au bloc opératoire chez les patientes césariennes,

Déterminer la proportion de CL renseignées et leur complétude,

Décrire son rôle dans la prévention des infections du site opératoire.

### **Matériel et Méthode**

Il s'agit d'une évaluation prospective de toutes les check-lists renseignées par le personnel du bloc opératoire au niveau de la maternité du CHU de Béni-Messous d'Alger pour les césariennes effectuées durant la période du 01 février au 30 Mai 2015. Les données sont saisies, et analysées sur le logiciel Epi-Info6.

### **Résultats**

Au total 179 CL ont été renseignées Pour les 300 actes de césariennes pratiquées entre 15 février et 15 mai 2015, soit un taux d'observance de 60%.

La CL était remplie par le coordinateur, dans tous les cas, il s'agit d'un personnel infirmier (technicien anesthésiste, instrumentiste, ou IDE).

Le nombre de césariennes réalisées avec CL remplies était de 179 (60%) et le nombre de CL complètement remplies (100% des items cochés) était de 149 soit un taux de complétude de 83.2%.

La majorité des CL ont été réalisées pendant les jours ouvrables 90% versus 10% le week-end et 79.9% (143/179) ont été réalisées la journée versus 20.1% (36/179) la nuit (pendant la garde). Ceci peut s'expliquer par la présence dans les salles opératoires de coordinateurs motivés qui travaillent à temps plein et qui ont suivi la formation sur la mise en place de la CL.

La CL a été renseignée pour 65.35% (83/127) des césariennes réalisées de façon programmée versus 56.14% (96/171) en urgence (DNS).

L'observance de la CL pour les actes de césariennes était meilleure pendant les jours ouvrables (63.14% des cas versus 40% le week-end ( $p < 0.01$ )).

Le taux de césariennes avec CL remplie pendant la journée est de 69.7% (143/205), versus 37.9% (36/95) le soir ( $p < 0.001$ ).

L'introduction de la CL a été bien suivie, 67% des césariennes ont été réalisées avec CL remplie pendant les deux premiers mois versus 48% pour les deux derniers mois ( $p < 0.001$ ).

**Tableau n°1** : Comparaison des moyennes (en %) des cases cochées pour chaque temps clé (Sign in, Time out, Sign out)

Temps	Moyenne	item avec le % le moins renseigné	item avec le % le plus élevé
<b>AVANT INDUCTION ANESTHESIQUE</b> <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	96.5 %	La patiente présente-t-elle un risque de saignement important? une information écrite, relative à la préparation cutanée a été donnée à la patiente items non renseignés dans 7.8 %	De l'identité de la patiente item renseigné dans 98.3 %
<b>AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE</b> <i>Temps de pause avant incision</i>	91.9%	La désinfection chirurgicale des mains par friction ou lavage chirurgical <u>de l'instrumentiste(s)</u> item non renseigné dans 54.7 %	La désinfection chirurgicale des mains par friction ou lavage chirurgical du <u>chirurgien</u> item renseigné dans 100 %
<b>APRES INTERVENTION</b> <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>	93.2 %.	les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe item non renseigné dans 12.8 %	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe de l'intervention enregistrée

			item renseigné 97.8%
--	--	--	----------------------

A l'analyse des résultats de la partie « compliance », on ne note aucune variabilité entre les trois temps-clé de la CL: avant induction de l'anesthésie, avant incision, et avant que la patiente ne quitte la salle d'opération. Le taux moyen de remplissage de chacune des trois parties est respectivement de 96.5 %, 91.9 % et 93.2 % (DNS). Toutefois, au sein d'un même temps-clé, l'analyse démontre que certains items ont été plus cochés que d'autres.

**Tableau n°2 : Temps avant induction de l'anesthésie (Sign in)**

<b>Temps avant induction de l'anesthésie</b>	<b>Vérifié</b>	<b>% Oui</b>
« Le patiente a-t-elle confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement »	<b>98.3 %</b>	100%
la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle	97.3%	91.6%
le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereux pour la patiente	97.8%	96.5%
une information écrite, relative à la préparation cutanée a été donnée à la patiente avec une épilation appropriée des poils	92.2	57.5%
l'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements	95%	94.4%
risque allergique	97.8%	18.4%
risque inhalation/difficulté intubation	<b>84.4%</b>	22.3%
risque de saignement important	93.9%	37.4%

Pour les « Procédures initiales », avant l'induction de l'anesthésie, le coordonnateur de la CL, en présence de l'infirmier(ère) et de l'anesthésiste, confirme oralement avec la patiente (quand c'est possible) son identité, le site chirurgical et l'intervention, ainsi que le fait que son consentement est donné, l'information sur la préparation cutanée de l'opéré.

Le coordonnateur confirme que le site est marqué (le cas échéant) et il passe en revue oralement avec l'anesthésiste le risque d'hémorragie, de difficultés respiratoires et d'allergie du patient. Il confirme aussi que la vérification de la sécurité de l'appareillage et des médicaments utilisés pour l'anesthésie a été effectuée. L'idéal serait que le chirurgien soit présent lors de cette procédure, car il se peut qu'il



moyenne de 91.9%, les éléments à vérifier lors de ce second temps-clé sont les moins suivis.

Nous avons enregistré un taux de remplissage relativement plus élevé pour les items « l'équipe confirme le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision » dans 98.3%, la désinfection chirurgicale des mains par le personnel médical avec une moyenne de 98%, par contre cette étape est moins vérifiée pour le personnel para médical avec une moyenne de 66%.

Le taux d'administration de l'antibioprophylaxie est bien indiqué (95.5%), ainsi que les 4 phases de la préparation cutanée de l'opéré et le nombre de badigeonnage. Il s'agit des éléments qui sont susceptibles de renforcer la communication et le travail en équipe au sein du bloc opératoire.

**Tableau n°4** : Temps avant que la patiente ne quitte la salle d'opération (Sign out)

Pause avant sortie de salle d'opération	Vérifié %	% Oui
Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :		
- de l'intervention enregistrée	97.8%	97.8%
- du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments	95.5%	95.5%
- l'étiquetage des prélèvements /pièces opératoires	95%	13.4%
-du signalement de dysfonctionnements matériels et des évènements indésirables	82.2%	2.23%
Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe	87.2%	87.2%

Avec une moyenne de 93.2 %, les éléments à vérifier lors de cette troisième et dernière partie ont été relativement bien suivis.

Nous avons enregistré un taux de remplissage de 95.5% pour le compte final des compresses, aiguilles et instruments.

Un taux de remplissage de 82.2% pour lesignalement de dysfonctionnements du matériels et des évènements indésirables.

Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointedans 87.2% des cas.

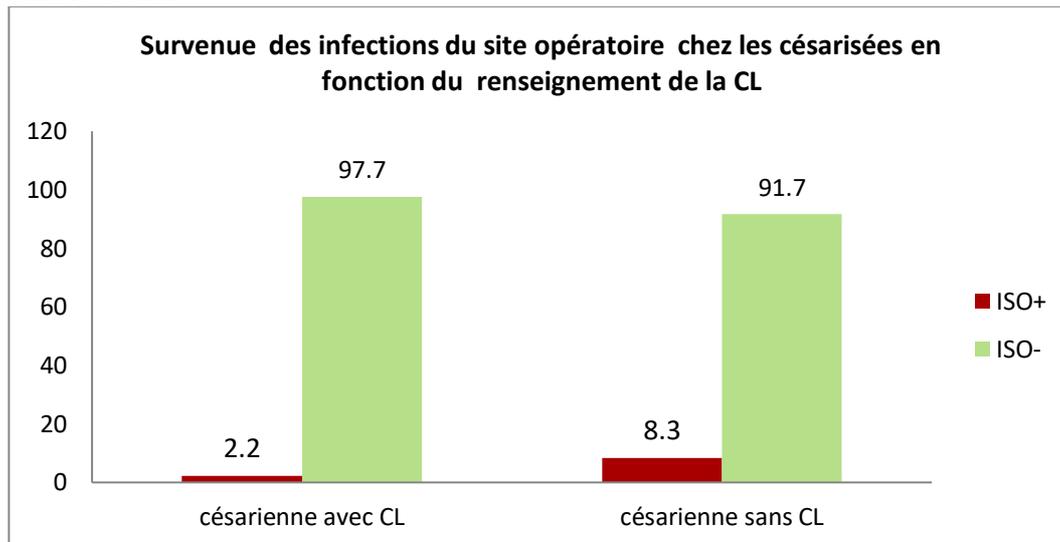
## **Les évènements indésirables**

### **Pendant l'acte opératoire**

Le risque de survenue d'évènements indésirables a été rappelé sur la CL quand celle-ci est remplie dans :

- 18.4% pour l'allergie
- 22.3% pour l'inhalation/difficulté intubation,
- 37.4% des cas pour le saignement important (4 cas d'hémorragie importants sont survenus).

### Pendant le suivi



**Figure n°1:** Complications post opératoires liées aux infections

En combinant les résultats de l'évaluation de la CL à ceux de la surveillance des ISO, nous avons enregistré des complications post opératoires liées à l'ISO chez 2.2% des parturientes césariées réalisées avec contrôle de la CL versus 8.3% des parturientes césariées sans CL ( $p < 0.01$ ).

### Discussion

Malgré la simplicité de la CL et son efficacité incontestable fondée sur des données probantes<sup>[iii, iv, v, vi, vii, viii]</sup>, la proportion des CL renseignées n'a pas dépassé les 2/3 (60.4%), 31.6% des CL ont été remplies pour les actes de césariennes réalisés le soir versus 68.3% la journée, ( $p < 0.001$ ) et 40% des CL ont été renseignées pour les actes réalisés le week-end versus 63.14% les jours ouvrables ( $p < 0.008$ ) ceci peut s'expliquer par la charge de travail importante et l'effectif réduit pendant les week-end et la nuit, mais en ce qui concerne le contexte urgent ou non de l'acte chirurgical, aucune différence n'a été observée, car 56.14%

(96/171) des CL ont été renseignées pour les actes réalisés en urgence et 65.35% (83/127) pour les interventions programmées, ceci est lié à la présence (urgence, froid) de coordinateurs motivés qui travaillent à temps plein dans les deux blocs opératoires qui ont suivi la formation sur la mise en place de la CL.

Dans une étude réalisée par Fourcade et al.<sup>[ix]</sup> dans les centres français, ils avaient un taux de réalisation de la CL de 95,5% et de 95,8%, mais les taux de complétudes étaient de 64% et 68%.

Paugam-Burtz et al.<sup>[x]</sup> retrouvent un taux d'utilisation de la CL de 88, 89 et 76 % sur une évaluation de trois périodes de 15 jours, le taux de renseignement était de 90 % pour les items préinduction et préincision et de 75 % pour les items postopératoires. L'étude de BECRET et al.<sup>[xi]</sup> réalisée à l'hôpital médicochirurgical Bouffard (HMCB), en République de Djibouti trouve un taux de réalisation de 49% mais de très mauvais résultats en termes de qualité de remplissage (24%), malgré son statut obligatoire.

Dans notre étude, même si le taux d'observance n'a pas dépassé les 2/3, mais en terme de qualité de remplissage le taux de complétude était de 83.2%, ceci peut s'expliquer par la présence de coordinateurs à temps plein dans les deux blocs opératoires (salle d'urgence et froid) ayant suivi la formation sur la mise en place de la CL, motivés et impliqués dans la gestion de risque opératoire.

La CL a été bien suivie dès son implantation pendant le mois de février et mars, mais non soutenus par les responsables, un relâchement a été observé en mois d'avril et mai (67% versus 48%,  $p < 0.001$ ).

Ce relâchement est peut-être dû aussi à son statut facultatif dans nos blocs opératoires. La CL n'est pas imposée dans notre pays malgré les recommandations de l'OMS<sup>[xii, xiii]</sup> et il n'y a pas de réglementation Algérienne relative à l'hygiène hospitalière, mais, une circulaire concernant l'application des « directives nationales formulées en décembre 2015 a été adoptée depuis février 2016.

Aucun dysfonctionnement majeur n'a été signalé, aucune intervention n'a été annulée, par contre les patientes césarisées sans l'application de la CL avaient 3.7 fois plus de risque de développer une ISO par rapport aux patientes opérées après vérification de la liste de contrôle (IC à 95% [1.20- 11.5]).

## **Conclusion**

La sécurité des patientes au bloc opératoire est un élément primordial, les équipes sur le terrain, doivent continuer à utiliser la CL lors de chaque intervention

chirurgicale. Certes l'introduction de la CL a été bien suivie pour les actes de césariennes, toutefois on note un relâchement dans le temps; l'accent doit être mis sur son usage systématique pour le reste des actes chirurgicaux et pour les autres services de chirurgie.

### **Bibliographie**

<sup>1</sup> Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 2006;355 (26):2725-2732

<sup>1</sup> Brahimi G., Belkaid R., et al. La désinfection chirurgicale des mains au bloc opératoire : résultats d'un audit réalisé dans la maternité du CHU de Béni-Messous en 2014, Alger, Algérie - XXVI<sup>e</sup> Congrès national de la SF2H - TOURS 3, 4 et 5 juin 2015

<sup>1</sup> Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA, Safe surgery saves lives investigators and study group. Effect of 19-item surgical safety checklist during urgent operations in global patient population. *Ann Surg* 2010;251:976—80.

<sup>1</sup> Weiser TG, Haynes AB, Lashoher A, Dziekan G, Boorman DJ, Berry WR, et al. Perspectives in quality: designing the WHO surgical safety checklist. *Int J Qual Health Care* 2010;22:365—70.

<sup>1</sup> Davidoff F. Checklist and guidelines: imaging techniques for visualizing what to do. *JAMA* 2010;304:206—7.

<sup>1</sup> Pronovost PJ, Freischlag JA. Improving teamwork to reduce surgical mortality. *JAMA* 2010;304:1721—2.

<sup>1</sup> Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010; 363:1928—37.

<sup>1</sup> Neilly J et al Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA.* 2010;304(15):1693-1700.

<sup>1</sup> Fourcade A, Minvielle E, Blache J-L, Bourgain J-L. Evaluation et applicabilité de la check-list HAS au quotidien : expérience des centres de lutte contre le cancer. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011 ; 30 : 495-500.

<sup>1</sup> Paugam-Burtz C, GUERRERO O. check-list sécurité au bloc opératoire : le bilan après un an de déploiement à l'hôpital Beaujon Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. Volume 30, n° 6 pages 475-478 (juin 2011).

<sup>1</sup> Bécrot A, Clapson P, Andro C, Chapelier X, Gauthier J, Kaiser E. Etude de la faisabilité et de la pertinence de la check-list au bloc opératoire pour un pays en développement : exemple d'un hôpital français à Djibouti. *Med Sante Trop* 2013 ; 23 : 417-420. doi : 10.1684/mst.2013.0257

<sup>1</sup> Deuxième défi mondial pour la sécurité des patients - une chirurgie plus sûre pour épargner des vies alliance mondiale pour la sécurité des patients  
<http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/index.html> (consulté le 07/02/2014)

<sup>1</sup>WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cité 21 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143243/>(Consulté le 28/06/2016).

## LES SOINS DE DEVELOPPEMENT



**Abdelkader BOUSBAA**  
PEPM/ INFSPM/  
Mostaganem/Algérie

Au cours des dernières années, le nombre de naissances prématurées n'a cessé d'augmenter. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'en 2010, 15 millions de naissances, soit 9,6 % de la natalité mondiale totale, sont intervenues avant terme.

Avant les années 1970, 80 % des enfants pesant moins de 1200 grammes mouraient. Depuis 1980, les chiffres se sont inversés, 80% des enfants nés prématurément survivent. En vingt ans, la médecine néonatale a considérablement évolué grâce au développement des soins médicaux qui ont révolutionné le pronostic vital du prématuré. Ainsi, longtemps préoccupés par leur combat contre la mort, absorbés par la maîtrise des techniques de plus en plus sophistiquées et efficaces, les spécialistes de néonatalogie n'ont été que récemment attentifs aux caractéristiques et aux effets de l'environnement de l'enfant prématuré. Mais, ces enfants vulnérables et au cerveau encore très immature restent fragiles et ne sont pas à l'abri de complications pouvant grever leur avenir moteur, sensoriel ou neurocomportemental à long terme.

A la suite des travaux de l'observation comportementale du nouveau-né, une théorie a vu le jour expliquant que les très nombreuses agressions que subit le prématuré comme la douleur, l'excès de bruit ou de lumière, les nombreuses manipulations, les perturbations du sommeil et la séparation de la mère... pouvaient être des stimuli nocifs, car non filtrés par un système nerveux très immature. Ainsi, en plus des recommandations sur l'amélioration de l'environnement du bébé en réanimation appelées « soins de développement », est né le « Programme néonatal individualisé d'évaluation et des soins de développement » ou NIDCAP (Néonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program).

Ce programme novateur considère le prématuré comme acteur de son propre développement, aidé par des soins individualisés grâce à des observations comportementales très fines et codifiées, en collaboration avec les parents qui deviennent co-auteurs de ces soins. C'est donc une nouvelle philosophie de soins qui ajoute de l'humanité aux soins conventionnels sans nuire à leur sécurité.

Dans nos établissements de santé, en particuliers nos unités néonatales, le nouveau-né prématuré pris en charge subit de nombreuses agressions qui influencent négativement son développement, à cause de l'environnement agressif; la salle d'accouchement et le service de néonatalogie sont situés séparément, l'ascenseur étant souvent occupé ou parfois en panne, un personnel non qualifié (femme de ménage) des fois transporte le nouveau-né prématuré simplement enveloppé d'un linge ou d'une couverture, se trouvant obligé d'emprunter les escaliers. Dès son arrivée au service néonatalogie, il est installé sur une table chauffante avec d'autres bébés avant d'être transféré dans une couveuse, quelque fois cette période d'attente est plus longue. Malgré son installation dans une couveuse, il présente toujours des agitations, perturbation, malaises, des gestes inexplicables, gémissements continus et parfois même des apnées; une perturbation du sommeil par plusieurs réveils pendant la journée suite à des bruits engendrés par: les sonneries des appareils (Scopes et portable), le mouvement du personnel (les discussions près des couveuses); sans oublier la lumière intense car les salles sont éclairées par plusieurs sources lumineuses. D'autre part le bébé prématuré est dérangé plusieurs fois dans la journée par la visite médicale, les actes de soins répartis en plusieurs interventions; voir aussi l'absence du lien affectif mère enfant par l'interdiction de le porter, pensant prévenir une infection du côté maternel.

L'ensemble de ces comportements engendre souvent des complications nocives de type détresse respiratoire avec risque accru de mortalité nécessitant souvent une intubation en urgence provoquant plusieurs manipulations de ce prématuré fragile.

Les soins de développement constituent une nouvelle approche de soins individualisés qui considèrent le nouveau-né prématuré et sa famille comme étant au cœur de l'expérience vécue dans une unité néonatale.

De façon concrète, ces soins visent à réduire le stress du nouveau-né prématuré et à lui offrir des conditions optimales pour son développement. L'adoption des soins de développement dans les unités néonatales représente un défi de taille.

. Cela demande du temps, de l'investissement professionnel et un désir de vouloir comprendre le langage corporel des nouveau-nés afin de prodiguer des soins personnalisés qui feront une différence dans leurs vies et dans celles de leurs familles.

Leur application devra être un souci partagé par l'ensemble des responsables des établissements de santé et du personnel soignant afin d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés prématurés par la mise en place des soins de développements dans nos services de néonatalogie.

### ***Bibliographie***

- ✓ CAMBONIE. Guide à l'usage des soignants : *comprendre le comportement du bébé prématuré*. Dragen médical : Montpellier, 2010, 27 pages ;
- ✓ SABELLE MILETTE. Les soins de développement : *une grande introduction au gros bon sens !* Editions du CHU Sainte-Justine, 2011, 61 pages ;
- ✓ MARIE MARTEL, ISABELLE MILETTE. Les soins du développement : *des soins sur-mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU SainteJustine : Montréal (Québec), 2006, 194 pages ;
- ✓ JULIANA DUBOSSON. Le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, promotion 2007-2010 ;
- ✓ T. MONTAGNON. L'IDE NIDCAP dans la prise en charge des naissances prématurées, promotion 2007-2010.

# L'identité professionnelle



**Abdelkader BOUSBAA**  
PEPM/ INFSPM/  
Mostaganem/Algérie

La construction de l'identité professionnelle est le sentiment d'appartenir à un groupe de professionnels, de concevoir sa vie future comme ancrée dans un contexte de travail, devenir un acteur social productif. Ces changements entraînent des transformations identitaires profondes et une réorganisation de la hiérarchie des activités et priorités.

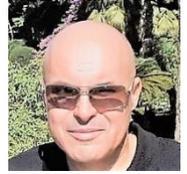
La construction identitaire se fait autour de deux processus identitaires complexes, hétérogènes mais autonomes, dont le premier est l'identité pour soi, qui fait appel au processus biographique (sentiment d'appartenance), ici l'identité professionnelle de base constitue non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir avec l'anticipation d'une trajectoire d'emploi et la mise en œuvre d'une logique d'apprentissage ou de formation.

Le second processus est celui de l'identité pour autrui qui fait appel au processus relationnel (identité au travers de la relation avec les autres).

C'est en entrant dans des relations de travail, en participant à des activités collectives dans des organisations et en intervenant dans des jeux d'acteurs que les individus parviennent à construire une identité professionnelle spécifique.

Le processus de la construction identitaire professionnelle est un chemin long et difficile à parcourir notamment lorsqu'il intègre un milieu professionnel spécifique qui favorise l'émergence de nouvelles compétences, notamment grâce à la transmission des savoirs par des pairs expérimentés.

# LA BLOUSE MEDICALE



**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.

## **Introduction**

*Le vêtement est l'instrument de la dignité de l'homme et le symbole de sa fonction humaine*(André LEROI-GOURHAN)

Selon les écrits, pour le professionnel de santé, le principal élément de la tenue vestimentaire est le vêtement, qu'il s'agisse d'un uniforme, de vêtements personnels ou d'un sarrau. Les autres éléments qui y sont également associés sont le porte-nom ou la carte d'identité, les cheveux, la barbe, les couvre-chefs, les ongles, les bijoux, les anneaux, les pendentifs et autres bijoux corporels, les colliers, les cravates et les cordons portés au cou, le parfum, le maquillage et les chaussures <sup>[24]</sup>.

Le vêtement commun à tous les corps de métiers de la santé est sans nul doute la blouse médicale.

Ainsi, le point d'achoppement qu'est le port de la blouse médicale, que ce soit en établissement de formation, en stage, ou pendant l'exercice de notre profession ; sa coupe, sa couleur, sont le plus souvent sujet à des discussions houleuses, passionnées, pétris de convictions et de ressentis personnels.

Chacun défend son point de vue en développant des arguments forgés par un vécu et une expérience plus ou moins riche en affect et en émotion ; preuve en est, et n'en déplaise à certains esprits réducteurs pour lesquels elle n'est qu'un bout de tissu blanc, qu'un mélange de polyester et de coton, et qu'au-delà des fonctions de base que nous pouvons lui attribuer en tant que vêtement de travail ; la blouse reste emblématique, chargée d'une lourde symbolique, porteuse de nombreuses valeurs.

Pour une meilleure vision et un nouvel éclairage de la question, un passage en revue de la littérature est nécessaire.

Dans un 1<sup>er</sup> temps dans ce numéro de la revue de l'INPFP\*, et dans une approche logique sans l'intention d'être exhaustive, nous allons traiter les 2 premières fonctions sur les 4 que définit le psychologue et psychanalyste Marc-Alain Descamps<sup>[1]</sup> au vêtement, c'est-à-dire en l'occurrence : *La protection et La pudeur*,

### **La protection**

En regard du contexte professionnel de notre métier qu'est la santé, la première fonction d'une blouse médicale, est certainement la protection et l'hygiène.

Remplit-elle réellement se rôle, ou à l'inverse, ne favorise-t-elle pas, plutôt la contamination ?

Les données les plus récentes -2018-<sup>[8]</sup> ne sont pas arrivées à démontrée de façon catégorique que les vêtements peuvent être des vecteurs pour la transmission des infections, mais il existe plutôt un faisceau d'éléments probant et de nombreuses hypothèses qui vont en ce sens <sup>[1] [30] [39]</sup>.

Il a été démontré que certaines activités et interventions de l'infirmière, notamment en soins critiques, ou lors de procédures générant des éclaboussures comme les soins de plaies, entraînent une plus grande contamination de ses vêtements<sup>[33] [40]</sup>.

Dans une publication de American Journal of Infection paru en 2011 ; 65% des uniformes des infirmières et 60% de ceux des médecins, comportaient des agents pathogènes. Parmi les agents identifiés, 21 uniformes d'infirmières et 6 de médecins comportaient des bactéries multi-résistantes, et 8 le Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)\*\*<sup>[2]</sup>.

\*INPFP : Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale.

\*\* SARM : Staphylococcus aureus résistant à la méticilline.

L'épidémiologie locale ainsi que la présence d'une éclosion dans le milieu de travail ont également un rôle à jouer dans la quantité et la pathogénicité des microorganismes retrouvés sur les uniformes. Donc, compte tenu du fait que les vêtements portés lors de la prestation de soins se retrouvent contaminés par de nombreux pathogènes, il est hautement recommandé que l'infirmière change de tenue de travail quotidiennement et en fasse un entretien régulier <sup>[1] [13] [23]</sup>. De plus, il est souhaitable que l'infirmière porte son uniforme uniquement sur les lieux de travail afin d'éviter de circuler dans les endroits publics avec ses vêtements contaminés <sup>[28] [29]</sup>.

Mais malgré les recommandations et les règles de bon sens qui *veut qu'on se lave les mains et change de vêtements tous les jours. Non seulement pour éviter tout risque de contamination à l'extérieur, mais aussi pour éviter de ramener des bactéries à la maison* [3]. Et en regard de la logistique nécessaire et des coûts à supporter pour respecter ses recommandations, « Quotidiennement » est-ce possible ?

Un jeu de 2 blouses et un passage à l'autoclave de la blouse souillée quotidiennement, avec le lavage des mains qui reste la pierre angulaire de la protection ; ne sont pas grand-chose par rapport à la sécurité du professionnel de santé et celle de ses patients !

### **La Pudeur(al-hayâ),**

La blouse médicale remplit-elle la fonction de pudeur ? Et si c'est le cas quelvaleur a cette pudeur pour le professionnel de santé ?

La pudeur peut être abordée selon différents points de vue, religieux ; culturel, psychologique, psychanalytique.....

Nous nous attarderons sur les aspects, qui à notre sens sont les plus pertinents.

D'un point de vue religieux, en islam il est dit dans la sourate 7 « Les Limbes », verset 26 : **"O fils d'Adam ! Nous avons fait descendre sur vous des vêtements cachant votre nudité, ainsi que des parures ; mais les vêtements de la piété, voilà qui est mieux ! Voilà qui fait partie des signes de Dieu : peut-être se souviendront-ils ?... "**

Le-très-Haut décline la pudeur pour chacun de nos actes et chacune de nos paroles. Il détaille précisément la manière dont elle doit se traduire : dans l'intonation de la voix: « Baisse ta voix, car la plus détestée des voix, c'est bien la voix des ânes » s.31 v.19 ; dans notre manière de marcher : « Et ne foule pas la terre avec arrogance : car Allah n'aime pas le présomptueux plein de gloriole et sois modeste dans ta démarche » s.31 v.18-19 ; dans la manière de regarder : « Dis aux croyants de baisser leurs regards et de garder leur chasteté. C'est plus pur pour eux » s.24 v.30.

La pudeur en islam s'inscrit dans un mode de vie à part entière.

Le Prophète (QSSSL\*\*\*) a évoqué la pudeur dans plusieurs hadiths, l'un d'entre eux dit : « La pudeur et la foi sont liées ensemble, si l'une des deux est enlevée l'autre est enlevée ». [26]

Ces sourates coranique et les hadiths du Prophète (QSSSL\*\*\*),démontre que la pudeur est associée à la foi soulignesa forte intrication dans nos mœurs et notre culture.

Dans la religion chrétienne la pudeur est liée au combat pour la pureté, le Catéchisme de l'Eglise catholique en traite dans la deuxième partie de l'explication du 9ème commandement. Il rappelle que :

- le baptême confère à celui qui le reçoit la grâce de la purification de tous les péchés. Mais - précise-t-il - le baptisé doit continuer à lutter contre la concupiscence de la chair et les convoitises désordonnées. Comment y parvient-il ?
- par la vertu et le don de chasteté, par la pureté d'intention, par la pureté du regard, par la prière.

La pureté demande la pudeur.

Celle-ci est une partie intégrante de la tempérance. La pudeur préserve l'intimité de la personne. Elle désigne le refus de dévoiler ce qui doit être caché.

La pudeur est modestie. Elle inspire le choix du vêtement. Elle se fait discrétion.

**\*\*\*Que la prière d'Allah et Son Salut Soient Sur Lui**

En effet, la pudeur reste un concept très fort et particulièrement cher aux algériens, maisnéanmoins ne peut être considérée comme exclusive et propre à notre culture.

Il en est de même dans la religion juive, la pudeur fait partie de la foi et est associé à la dignité. Pour les vêtements, elle recommande qu'ils témoignent du respect que l'on a pour soi-même, des vêtements qui ne rabaisent pas la personne qui les porte en accentuant le corps de façon exagérée, suggérant que celui-ci – plutôt que l'âme et ses qualités – constitue l'essentiel de la personnalité.

Nous sortons donc avec un consensus du point de vue religieux, car toutes les religions monothéiste partagent et soulignent l'association entre pudeur et vêtement.

Pour le Dictionnaire « Larousse » La pudeur est la disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de choses sexuelles.

La pudeur a enclin les hommes (et encore plus les femmes) à cacher leurs organes de reproduction pour ne pas exciter des convoitises. Puis, par proximité des organes d'élimination,

s'y est adjointe la honte. Aussi notre corps est-il coupé en deux : les parties nobles ou montrables et les "parties honteuses" [1].

Nous pouvons considérer que la blouse médicale est un élément vestimentaire du vêtement professionnel qui remplit pleinement la fonction Pudeur, cette dernière est mise en avant, chez nos professionnels, par le choix de la coupe ainsi que par la manière de la porter.

*Référence :*

- 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 controverses* (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](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](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-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
- 12-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
- 13-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
- 14-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
- 15-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
- 16-Jean-Claude Bologne *Histoire de la pudeur* Paris, Hachette 1986.
- 17-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
- 18-Lise Loumé -*Science & Avenir*- 28/04/2017
- 19-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
- 20-Marc-Alain Descamps dans *Psychosociologie de la mode*, PUF. 1979
- 21-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>
- 22-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
- 23-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
- 24-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](https://www.oiiq.org/documents/20147/1456160/Rapport_statistique_2016-2017.pdf)
- 25-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
- 26-Rapporté par Al Hakim et authentifié par cheikh Albani dans Sahih Targhib n°2636
- 27-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>
- 28-Sande, S. V., et Basak, S. A. (2015). White coats: How much safe are they? *International Journal of Advances in Medicine*, 2(1), 16-20. doi:10.5455/2349-3933.ijam20150204
- 29-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
- 30-Society for Healthcare Epidemiology of America. (2014). Healthcare personnel attire in nonoperating-room settings. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(2), 107-121.
- 31-Spragley, F., et Francis, K. (2006). Nursing uniforms: Professional symbol or outdated relic? *Nursing Management*, 37(10), 55-58.
- 32-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.
- 33-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

- 34-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
- 35-[Today's Surg Nurse](#). 1998 Mar-Apr; 20(2):28-34. Surgical scrubs--where we were, where we are going. [NCBI](#) > [Literature](#) > PubMed
- 36-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->
- 37-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
- 38-Ward, D. J. (2007). Hand adornment and infection control. *British Journal of Nursing*, 16(11), 654-656.
- 39-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
- 40-Wilson, J. A., Loveday, H. P., Hoffman, P. N., et Pratt, R. J. (2007). Uniform : An evidence review of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England). *Journal of Hospital Infection*, 66(4), 301-307.



# Place du portfolio dans l'amélioration de la formation Des laborantins de santé publique



**.Nour el Houda DJEMA**  
Laborantine de santé publique,  
Laboratoire d'Urgence Médico  
Chirurgical , CHU BLIDA -

## Résumé

Dans le souci d'optimiser la formation de l'apprenant dans son parcours en sciences paramédical en ALGERIE, et afin d'assurer l'alternance entre l'apprentissage théorique et pratique l'idée de proposer à introduire un outil pédagogique efficace d'accompagnement m'est venue à l'esprit donnant naissance à cette problématique, comment le portfolio pourras-t-il améliorée la qualité de la formation du Laborantins de santé(LSP) dans une formation fondée sur l'approche par compétence ?

Après avoir mené une enquête dans l'objectif général était de vulgariser cet outil en primo et de détecter les avantages qu'apportera cet instrument chez les acteurs concepteurs ,pour une formation efficace, une étude analytique basée sur le choix d'un questionnaire destiné aux : formateurs, tuteurs et apprenants : qui sont démontrée clairement leurs volonté et engagements à s'approprier ce dossier d'apprentissage très objective qui remplacera la fiche d'évaluation utilisée souvent en apprentissage pratique ou le cahier de stage.

## Mots clés

Formation, portfolio, accompagnement, apprentissage, compétence.

## Introduction

Parmi les critères privilégiés de tout laborantin de santé publique, c'est d'avoir la dextérité, d'être méthodique et surtout d'être précis et agit rapidement tout en ayant confiance en soi, mais pour bien assimilés ces derniers, l'apprenant doit être bien accompagné et guidé lors de son apprentissage.

Grâce à une formation professionnelle, fondée sur l'approche par compétence et à travers une alternance entre deux enseignements l'un théorique et l'autre pratique la formation des laborantins est dite purement technique.

L'apprenant LSP doit acquérir principalement un savoir savant, un savoir-être et un savoir-faire spécifique à cette spécialité ; Tout cela est assuré au sein des instituts supérieurs de formation paramédicale, et complété par des stages pratiqués aux niveaux des laboratoires des établissements de santé publique.

Durant notre cursus de formation de trois années, nous étions encadrés et formés au cœur de l'institut (INSFPM BLIDA), par une équipe d'enseignants pluridisciplinaires, mais lors de nos exercices sur les terrains de stage, j'ai constaté en tant qu'apprenante, que malgré la présence des objectifs du stage et d'une fiche et d'évaluation destinés aux tuteurs des stages, il manquait un outil qui pourrait mieux accompagner, guider et évaluer les apprenants que nous le sommes et cela de façon plus objective.

D'où m'est venue l'idée d'introduire un nouveau dispositif pédagogique plus adapté à notre formation à vocation professionnelle, afin de perfectionner l'accompagnement, l'évaluation et de mieux guider cet apprentissage et ainsi améliorer la qualité de la formation des LSP.

Suite à une documentation assez vaste et riche, l'idée s'est portée sur le **Portfolio** comme l'outil pédagogique d'accompagnement le plus adapté !

Afin de confirmer ou infirmer mon idée ! J'ai suivi le chemin que toute recherche scientifique doit parcourir, c'est bien de mener une enquête analytique dont l'objectif est : d'introduire le **Portfolio**, dans la formation des LSP pour vulgariser ce concept et le rendre ainsi familier chez les différents acteurs majeurs de sa conception (les formateurs, PEPM « professeur d'enseignement paramédical », les tuteurs et les apprenants LSP), moyennant des questionnaires visant ces trois derniers.

Suite à une analyse des résultats obtenus par collecte des réponses des questionnaires, je me suis retrouvé face aux constats suivants :

- La totalité **des tuteurs**, ont exprimés leurs inquiétudes par rapport à l'absence d'un élément très important lors de l'apprentissage ; Qui servira comme instrument d'accompagnement de ces apprenants tous au long de leurs parcours de formation, et par conséquent à ça. Ils ont élus à l'unanimité le **portfolio**, car ce dernier et selon leurs réponses va permettre non seulement d'établir une meilleure coordination entre les acteurs mais aussi il est considéré

comme un outil d'évaluation, de réflexion et de développement professionnel par excellence pour l'apprenant !

D'autant plus, ils ont exprimés leur vif engagement à être formés sur son utilisation, après son instauration officielle, pour une meilleure exploitation lors de la prise en charge du futur laborantin.

- Les apprenants, comme étant des acteurs principaux dans leurs apprentissages, ont affirmés l'existence d'une défaillance dans l'organisation de la formation pratique, au niveau de certains terrains de stage, suite à l'absence de guide de stage et la disponibilité partielle de certains tuteurs.

Ces apprenants se trouvent alors désemparés de plus non assistés convenable ment lors de la réalisation de leurs compétences, ce qu'il les a amené à approuver l'idée de la nécessité d'adapter le portfolio comme un dossier d'accompagnement et de guidance idéal qu'il leur permettra même de s'auto évaluer quotidiennement lors de leurs pratiques.

- La majorité des **formateurs PEPM** confirment l'absence du portfolio et approuvent son utilité au sein de la formation paramédicale, ils considèrent que ce dernier rassemble non seulement un ensemble de travaux institutionnels et des rapports d'évaluation, mais aussi le facilitateur du processus d'auto évaluation, le plus adapté à l'apprenant, donc l'introduire comme dossier d'apprentissage par accompagnement sera primordiale pour l'amélioration de la qualité de la formation paramédicale en améliorant la coordination entre les apprenants, PEPM et les tuteurs.

Par ailleurs, le constat final a révélé une prise de conscience impressionnante de l'utilité de l'introduction **du portfolio** chez les principaux acteurs impliqués dans la formation paramédicale.

A cette affirmation-là ! Ma curiosité scientifique et l'amour que j'éprouve pour ma spécialité, m'ont poussé à compléter ma thématique et à suggérer un modèle type initial d'un portfolio LSP, que j'ai conçu, adapté au programme officiel national de la formation des laborantins de santé publique.

Je souhaite que ce prototype soit complété ultérieurement, après la mise en place de référentiel formation et de référentiel de compétence. Sans oublier la nécessité de former des tuteurs relais et maître de stage, afin de faciliter leur implication dans le processus d'amélioration de la qualité de la formation, en exploitant pour le mieux le portfolio avant son application.

## **Conclusion**

En fin, j'ai clôturé ma thématique en projetant le spot light sur l'idée de développer le portfolio classique vers son format électronique ditel'e-portfolio comme futur projet.

## **Remerciement**

Toutes mes gratitudees et reconnaissances à Mme AOUES.khadidja PEPM chef d'option des laborantins à INFSPM BLIDA pour son encouragement et soutien et surtout ses conseils et instructions tout au long de la conception de cet article, merci de croire en moi dès le premier jour.



# Un exemple d'Apprentissage par l'erreur



BENHABYLES Badia<sup>1,2</sup>, HACHED Nadia<sup>1,2</sup>, BENMAMI Safia<sup>1,2</sup>, TALEB HACINE Ferial<sup>2</sup>, BENHABILES Ouarda<sup>3</sup>, BOUZID Djamel<sup>3</sup> BENALI ABDELLEH Ouassila<sup>3</sup>, OULARBI Nadia<sup>3</sup>, TOURI Kamel<sup>3</sup>, BENALI BENAMER Zakia<sup>3</sup>, BENBOUZID Djazia<sup>3</sup>, LEFFAD Nassima<sup>3</sup>, MEBARKI Naima<sup>3</sup>

1. Faculté de Médecine – Université d'Alger 1 - Algérie  
2. Service d'épidémiologie et de médecine préventive CHU Mustapha – Alger  
3. Réseau de correspondants en hygiène hospitalière- CHU Mustapha – Alger-Algérie

## Résumé

### Introduction

Vu la fréquence élevée d'infections après pose de cathéter veineux périphérique (CVP) confortée par l'audit des pratiques et la surveillance des complications infectieuses, la rédaction du protocole est apparue indispensable.

Après réflexion sur une stratégie d'adhésion d'un maximum de soignants, et une approche plus persuasive, une simulation caricaturant l'acte de soins en exacerbant les erreurs a été retenue pour faire réagir les soignants et les amener à méditer sur leur pratique.

### Matériel et méthode

La rédaction du scénario du jeu de rôle (simulation) a été l'étape la plus longue et la plus importante (analyse de l'acte de soins, identification de chaque étape, détermination des erreurs possibles avec un risque infectieux). Le jeu de rôle, pour en faciliter la diffusion, a été retranscrit sous forme de film pédagogique avec comme soutien auditif un texte poétique

La séance de formation (120 mn) est organisée pour 25 soignants selon une méthodologie pédagogique interactive.

### Résultats

À chaque session, une participation interactive, des exclamations, des rires et de l'autodérision sont notés. Après la simulation, le débriefing montre une prise de conscience. La séance a été proposée à 10 étudiants de dernière année de l'école paramédicale qui ont apprécié la séance, la technique utilisée et l'interactivité et encouragé sa reproduction.

### Discussion – Conclusion

La généralisation de cette approche pédagogique d'apprentissage par l'erreur est faisable, mais nécessite du temps pour sa préparation, sa mise en œuvre. Elle dépend aussi de la disponibilité et de la bonne volonté des enseignants.

## **Mots clés**

Apprentissage par erreur – cathéter veineux périphérique – risque infectieux

## **Introduction**

La formation relative aux gestes de soins est d'un intérêt primordial et concerne tout soignant (médecin, infirmier...). Elle est assurée dans tous les cursus de base et reprise dans les formations continues pour une meilleure implémentation.

Les étudiants acquièrent un savoir-faire. Au cours de leur exercice professionnel, ils possèdent une totale maîtrise de la technicité de l'acte mais en négligent parfois la qualité par manque de temps ou par absence de matériels ou de produits, exposant ainsi le patient à des risques voire eux-mêmes, le risque zéro n'existant pas.

L'insertion d'un CVP est un acte fréquent (27% des patients en sont porteurs), invasif, à risque d'infection multiple pouvant mettre en danger la vie des patients. L'impression rapportée par les correspondants d'une fréquence élevée d'infections après pose de cathéter veineux périphérique (CVP) confortée dans un premier temps par l'absence de protocoles a été confirmée par des enquêtes épidémiologiques.

La surveillance des infections sur CVP dans les services de réanimation en mars - avril 2010 a retrouvé un taux d'incidence des infections de 62 % avec une densité d'incidence de 18 pour 100 jours CVP.

L'audit des pratiques réalisé concomitamment à la surveillance a révélé un taux d'hygiène des mains avant la pose de CVP de 33 % chez les infirmiers, de 0 % chez les médecins, un taux d'élimination immédiate du mandrin de 11% chez les paramédicaux et aucun médecin. Le temps de contact de l'antiseptique était respecté dans 18.8% des cas, du coton non stérile était utilisé pour la désinfection dans 97.5%.

Après restitution des résultats à l'ensemble du réseau de correspondants en hygiène hospitalière, la rédaction du protocole est apparue indispensable et urgente. Un groupe de travail s'est alors formé, composé de volontaires : infirmiers formés en hygiène hospitalière, enseignants de l'école paramédicale, épidémiologistes.

Au fil des séances de travail, la réflexion s'est portée sur un point critique pouvant garantir ou compromettre toute l'opération : l'implémentation du protocole, l'adhésion effective des soignants à l'application du protocole, le défi étant de changer les comportements afin d'assurer la sécurité de la pose de CVP pour le patient et le soignant.

Une réflexion a été menée sur une stratégie qui favoriserait l'adhésion d'un maximum de soignants, et sur un mode d'enseignement plus persuasif mettant les participants face au danger.

Il est apparu fondamental que l'approche pédagogique soit non blâmante, drôle, ludique. C'est ainsi qu'après discussion de diverses approches, l'idée d'une simulation caricaturant l'acte de soins en exacerbant les erreurs a été retenue.

### **Matériel et méthodes:**

Un jeu de rôle retraçant la réalité de l'acte tel qu'observée lors des audits et exagéré par des gestes à risque a été élaboré pour faire réagir les soignants et les amener à méditer sur leur pratique.

La rédaction du scénario du jeu de rôle a été l'étape la plus longue et la plus importante. Il a fallu une analyse de l'acte de soins, une identification précise de chaque étape de la procédure, et la détermination à chaque étape des erreurs possibles avec un risque infectieux pour le patient et l'infirmier.

Pour la rédaction de la simulation, l'identification des risques infectieux, les volontaires médicaux et paramédicaux de différentes spécialités ont collaboré pendant environ 20 heures. Le jeu de rôle a été interprété par 2 infirmières : l'une en tant que patient, l'autre dans son propre rôle.

Le jeu de rôle a d'abord été testé au sein du groupe de travail afin de l'améliorer. La présentation de la simulation a eu lieu dans une salle de classe, elle requiert au moins 3 personnes : 2 pour le jeu de rôle, 1 pour l'organisation.

En raison des contraintes de temps, de disponibilité, et pour en faciliter la diffusion, il a été retranscrit plus tard sous forme de film pédagogique (diaporama de 4 minutes) intitulé « Mauvaises pratiques de pose de cathéter veineux périphérique » (photo 1) avec comme soutien auditif un texte sous forme d'alerte poétique sur les pratiques à risques (poème 1). Il a servi de base à la présentation du protocole lors de formations.

La séance de formation est organisée pour des groupes de 25 soignants selon une méthodologie pédagogique interactive. Chaque séance dure 120 mn. Elle débute par une introduction sur l'infection sur CVP, et sur les résultats des différentes enquêtes (surveillance et audits), puis une séance de simulation.

Cette dernière comprend un briefing avec présentation des objectifs de la séance et de la procédure, suivi par la présentation du jeu de rôle sous forme de scène pour les premiers groupes puis du diaporama pour les groupes suivants où il est demandé aux participants de retrouver les erreurs, à chaque erreur décelée ou non, le film est suspendu et l'erreur discutée. La séance se poursuit par la présentation d'un film pédagogique sur la pratique universelle.

### **Résultats:**

À chaque session, nous avons remarqué une participation interactive, des exclamations, des rires et de l'autodérision.

Après la simulation, le débriefing montre une prise de conscience, les infirmiers se reconnaissent dans les erreurs, admettent qu'ils doivent corriger leur attitude.

L'évaluation de chacune des formations a été positive. Les participants étaient satisfaits, souhaitent participer eux-mêmes à la préparation d'activités similaires sur d'autres thèmes. Ces appréciations positives nous ont encouragés à reproduire la séance de simulation auprès des élèves de dernière année de l'école paramédicale.

La séance a été proposée à 10 étudiants, pour un premier essai, par 2 enseignants universitaires du groupe de travail, extérieurs à l'équipe enseignante de l'école pour permettre aux étudiants d'être plus à l'aise.

Au cours de la séance, les étudiants étaient attentifs, intéressés. Ils participaient, en interagissant avec les images : rires, exclamations, interrogations.

A la fin de la séance, une évaluation verbale a été réalisée sur le contenu de la présentation, l'appréciation de la séance (objectifs, déroulement, durée, technique, apport). Les élèves avaient déjà observé de telles pratiques lors de leur stage, ils ont apprécié la séance et la technique utilisée, l'interactivité. La séance leur a permis de prendre conscience de certains risques, d'« ouvrir les yeux » selon leurs propos, de visualiser les erreurs de pratique. Ils ont compris que c'est essentiellement un problème de comportement. Ils ont suggéré que le film pédagogique de la pratique universelle soit réalisé par la même équipe, avec le même

matériel : (montrer la possibilité d'améliorer l'insertion avec la même personne et le même matériel).

Ils ont conseillé de poursuivre ces séances et de faire de même pour d'autres pratiques de soins.

**2-étudiants ont choisi le thème comme mémoire de graduation.**

### **Discussion - Conclusion:**

La généralisation de cette approche pédagogique d'apprentissage par l'erreur est faisable. Cependant, il faut du temps pour sa préparation, sa mise en œuvre.

Elle dépend aussi de la disponibilité et de la bonne volonté des enseignants.

L'impact sur les pratiques professionnelles n'a pas été mesuré mais nous sommes convaincus qu'il y a un changement positif.

L'engouement suscité par cette approche est un encouragement à poursuivre ce type d'actions afin d'impulser une dynamique de changement de comportement pour une meilleure qualité des soins et une sécurité optimum des patients et des soignants.

Photo 1

Extraits du diaporama « « Mauvaises pratiques de pose de cathéter veineux périphérique » »





Poème 1 :

Alerte poétique

Mohamed NEGGAZI.

Microbiologiste

Ah ! Si tu voulais bien m'écouter  
Je t'en dirais des choses sur les cathé  
La fois où j'ai été infecté  
Ces antibiotiques à supporter  
J'avoue que ça m'a vraiment marqué  
Que depuis dès qu'on me dit cathé  
Je te dirais en toute honnêteté  
Ces gestes où tu as vraiment fauté  
Il faut les bannir sans hésiter  
Rigueur, asepsie, propreté  
Mais si tu veux vraiment éviter  
Mets les moyens à ta portée  
Et regarde de quoi il est doté  
DASRI et autres déchets collectés...  
Transparence et clarté  
Tout contrôler et tout dater

Je t'en dirais des choses sur les cathé  
Je pourrais même te raconter  
Toutes ces semaines alité  
Ah ! Mon Dieu ce que ça m'a coûté  
Ça m'a tellement irrité  
Je dis d'abord sécurité...  
Ces habitudes que t'as héritées  
Ces erreurs d'asepsie que tu as notées  
Et ne plus jamais les répéter  
Je ne vais pas te les dicter  
Ces infections tant redoutées  
Prends ce chariot pour débiter  
Même des sachets pour y jeter  
Et ce sparadrap toute netteté  
Où tu peux tout voir sans t'inquiéter  
Ce n'est nullement pour t'épater

Mais si tu veux vraiment éviter  
Mets ces moyens à ta portée  
Et encore moins le regretter  
Je vous en dirai des choses sur les cathé  
Plein de choses à méditer

Ces infections tant redoutées  
Tu ne vas pas te ruiner ni t'endetter  
Ah ! Si vous vouliez bien m'écouter  
Plein de choses à méditer  
Plein de choses à méditer...

### **Références bibliographiques:**

- Djoudi A, Habet R, Lahdiri R, Kezzar M, Abderahim I, Benmami S, Hached N, Taleb Hacine F, Smail N, Benhabyles B. Cathéters veineux périphériques : Pratique de pose et surveillance du risque infectieux en réanimation médicale - CHU Mustapha- Alger. 22<sup>ème</sup> Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière – Lyon, Juin 2011
- CDC. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. 2011.
- SFHH - HAS (Service des recommandations professionnelles). Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques. Novembre 2005
- SFHH – HAS (Service des recommandations professionnelles). Pose et entretien des cathéters veineux périphériques : Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. 2007.



# LES TUMEURS CUTANÉES MALIGNES



**L**es tumeurs cutanées malignes, dont le carcinome basocellulaire occupe le premier rang avec une fréquence d'environ 70%, représentent les cancers les plus fréquents. Bien que ces cancers se rencontrent également chez le sujet jeune, ils touchent beaucoup plus souvent les personnes âgées à partir de 50 ans ce qui rend l'équipe soignante de Gériatrie un maillon important du dispositif de Prévention et de Dépistage. Ces cancers sont essentiellement représentés par les carcinomes basocellulaires (68 %), spinocellulaires (20 %), les Mélanomes (10 %) et les tumeurs autres (2 %).

Le développement de ces tumeurs se greffe assez souvent sur des lésions dermatologiques pré-existantes dites pré-épithéliomateuses connues et classées en 3 à 4 groupes selon leur potentiel de dégénérescence, alors que pour le Mélanome, on incrimine les naevi, ces fameux « grains de beauté ».

La prise en charge de ces tumeurs est pluridisciplinaire, impliquant dermatologue, chirurgien plasticien, radiothérapeute et oncologue. Le traitement de ces tumeurs cutanées malignes est toujours de façon schématique, chirurgical pour le carcinome basocellulaire, chirurgical avec radiothérapie pour le carcinome spinocellulaire et chirurgical +/- complété par l'immunothérapie dans les formes métastatiques.

Le pronostic de ces tumeurs bien que favorable dans certains cas dépend de la précocité de leur découverte faisant de leur Prévention et leur dépistage, une étape importante de leur traitement.

Ainsi, nous pourrions considérer que toute lésion communément surnommée « BOUTON » :

- Qui ne cicatrise pas,
- Qui ne disparaît pas,
- Qui se modifie au cours du temps,
- Qui disparaît suite à la chute d'une croûte, mais
- Qui récidive à la même place et de façon cyclique,

**Doit faire l'objet d'un avis spécialisé en vue d'une BIOPSIE chirurgicale.**



Lésion perlée



Lésion bourgeonnante



Carcinome Spinocellulaire



Mélanome

# LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES



Les escarres constituées induisent chez les personnes qui en sont porteuses une situation de vie Humiliante et Dégradante. Il s'agit d'une pathologie complexe, onéreuse sur le plan budgétaire pour les petits établissements de soins et préoccupante en matière de politique de Santé.

Compte-tenu du préjudice médical et de l'impact financier qu'elles font supporter, tout doit être entrepris en matière de prévention des escarres chez les patients à risques. **Avant de penser traitement, il faudrait penser PRÉVENTION** car toutes les escarres peuvent être évitées si on se donne le temps et la méthode d'en évaluer les patients à risques dès la première consultation.

## La prévention des escarres repose sur quatre mesures essentielles :

- 1- Evaluation du risque, par une consultation spécialisée établissant un scorage de prédisposition;
- 2- Rechercher les signes d'alerte par un examen global des téguments, notamment au niveau des zones de contacts : sacrum, talons etc...
- 3- Etablir et vérifier la check-list des moyens nécessaires à mettre en place pour le séjour du patient ;
- 4- Eviter en matière de soins ce qui est inutile et préjudiciable pour les téguments.

L'escarre se définit comme une nécrose tissulaire provoquée par une insuffisance vasculaire secondaire à une compression d'une zone anatomique entre un plan de contact (lit, fauteuil, etc..) et une saillie osseuse (talon, sacrum, etc...). Le signe annonciateur de l'escarre est une rougeur persistante qui ne disparaît pas au test de la vitro-pression et qui peut évoluer en l'absence de traitement vers l'apparition d'une phlyctène qui laissera place à une plaque de désépidermisation puis à la nécrose.



Phlyctène



Désépidermisation



Épidermo-nécrose



Ulcération profonde

**Une bonne maitrise du processus des plaies et cicatrisation est indispensable pour tout personnel soignant, régulièrement confronté.**





**Rania inchekef**  
infirmière de santé publique aux urgences  
de médecine interne EPH djilali ben  
khenchir (ex birtraria)elbiar-alger

### Résumé :

Resté traditionnellement dans l'ombre du savoir et du pouvoir médical, sans minimiser l'importance de son rôle de collaboration avec le médecin, l'infirmier se veut aujourd'hui autonome et responsable dans sa dimension spécifique (rôle propre) dans les pays développés. L'évaluation de la qualité des soins infirmiers porte sur les résultats des soins dispensés en tenant compte des interventions infirmières. Cette démarche alimente la réflexion des infirmiers en regard des moyens proposés.

En Algérie les professionnels semblent avoir encore aujourd'hui de la peine à définir, comprendre, assurer et assumer ce rôle propre ; à l'enseigner à l'appréhender comme un outil au service du patient et de la gestion des biens de santé, comme un facteur de qualité du service rendu ; à l'utiliser comme preuve indiscutable de l'unicité de ce rôle propre; à l'enrichir. Ce sont là, pourtant, des défis que notre profession doit relever en tous lieux, pays et continents.

Parmi ces difficultés, le diagnostic infirmier, semble difficilement mis en application malgré l'engrènement dans le programme de formation initiale des soins infirmier.

**Mot clés** : enquête - diagnostic infirmier – science infirmière

### Introduction :

L'évolution de la profession infirmière a connu un essor important au cours des deux dernières décennies un des changements qui ont particulièrement marqué cette évolution est l'élaboration du diagnostic infirmier.

Les diagnostics infirmier créèrent un outil précieux pour structurer les connaissances en soins infirmiers, Mais malgré son importance on a remarqué l'absence de cette démarche dans nos services.

À travers ce travail nous allons décrire de façon précise les raisons de l'absence de diagnostic infirmier et donner des résolutions pour l'intégrer dans le quotidien de l'infirmier de santé publique.

### **Méthode**

Pour cela on a mené une étude descriptive, elle décrit la non application du diagnostic infirmier, le recueil des données vise à approfondir les pratiques professionnelles et l'état de la prise en charge des patients.

La méthode analytique nous facilite à analyser systématiquement toutes les informations ainsi que les données rassemblés auprès des infirmiers

Nous avons choisi d'interroger le personnel infirmier travaillant dans les différents services d'hospitalisation au niveau de centre hospitalo-universitaire issaad hassani beni messous du 8 mars au 5 mai 2015

Ils sont au nombre de 80 infirmiers 14 IDE ; 66 ISP. en utilisant un questionnaire qui nous permet une approche quantitative et statistique de la question soulevée, ainsi qu'un apport qualitatif des réponses obtenues. Combinée de deux formes de questions dont la majorité des questions ouvertes et quelques questions fermées. Qui a pour objectif d'identifier les raisons de non application du diagnostic infirmier et donner des résolutions de son absence.

### **Résultats/ discussion :**

D'après les résultats requise on a trouvé que 68.75 % des infirmiers on définit le diagnostic infirmier étant ,(56.3%)une jugement clinique sur les réactions des malades a un problème de santé ,(50.9%)une évaluation de l'état clinique des malade ,(21.8%)détermination des besoins des malades et (7.2%) des réponses l'on définit étant une méthode d'analyse Et 45% des infirmiers l'appliquent et 5% n'ont pas donner une réponses l'autre 50% ne l'appliquent pas pour des raisons telle que 12.5% Absence du dossier de soins, 11.25% Manque d'effectif, 17.5% Surcharge de travail, 12.5% L'absence d'un ancrage juridique ,12.5% Manque de connaissance et que 62.5% des infirmière leurs responsable hiérarchiquene les incite pas à appliquer la démarche de soin pour des raisons suivantes 3.75% la non existence d'une direction de soin infirmiers pour superviser les activités paramédicales. 8.75% a Le non existence d'un dossier de soin ou l'infirmière peut suivre la traçabilité et le cheminement des soins,et la coordination de la prise en charge entre l'équipe soignant, 37.5% Le manque de connaissance sur ce sujet malgré son existencedans le programme de la formation initiale des infirmières de sante publique, 5% l'absence d'un ancrage juridique ;

D'après cette enquête, on a pu démontrer à l'aide des suggestions des infirmiers la position du diagnostic infirmier dans les pratiques infirmiers et les raisons de la non application de cette démarche essentielle pour une meilleure prise en charge des patients et pour l'évolution de la science infirmière ; on propose les solutions suivantes :

- Renforcer le nombre de personnel infirmier cela peut diminuer le surcharge du travail .
- Créer un dossier de soin adapté à chaque service selon la spécialité ou l'infirmier peut suivre l'évolution de l'état des patients et pour la continuité des soins.
- Faire participer l'équipe soignante dans la visite médicale pour un meilleur suivi des patients.
- La communication avec les patients reste toujours le meilleur outil qui facilite de déterminer les besoins des patients .
- Intégrer le diagnostic infirmier dans le programme initial de la formation des soins infirmier .
- Organiser des formations complémentaires du diagnostic infirmier .
- Familiariser le terme diagnostic infirmier au sein des équipes soignantes
- Diversifier des spécialités en soins infirmier.
- Formaliser le diagnostic infirmier en lui donnant un ancrage juridique.
- Création de la direction des soins infirmiers pour superviser les activités paramédicales.

## **Conclusion**

Le diagnostic infirmier est établi dans le but de rechercher les besoins fondamentaux du patient et non sa pathologie. Un tel processus nous permet de mieux comprendre les besoins de notre malade et de mieux lui apporter une aide à sa guérison.

La traçabilité de l'activité de l'infirmière est capitale pour le patient, également pour l'infirmier lui-même et pour la sécurité des patients, il est important d'utiliser le dossier de soin comme moyen de communication commun autour du malade et où on peut retrouver la trace de chaque observation et de chaque acte, car si chacun note dans son propre document qui n'est ensuite pas consulté par la personne à qui ces informations sont destinées (le médecin), peut produire de très graves accidents en raison de la non prise en compte de l'évolution du patient.

En parallèle du rôle thérapeutique de la profession de l'infirmier il y a le rôle humanitaire son principal objectif est de soutenir et de reconforter le patient sans tout fois confondre de cote immatériel avec l'état de dépendance elle peut soutenir le patient en témoignant, par son attitude et bien être de ce dernier en tant qu'entité globale .

## ASPECTS DU VIEILLISSEMENT HUMAIN



Dr Djamel ADANE  
Géronte SSR, Nîmes. France

. – Dr Djamel ADANE / Géronte SSR, Nîmes. France – .

SEMINAIRE DE GERONTOLOGIE / INPPF d'Alger du 20 au 22 octobre 2018

Selon le dernier rapport sur le vieillissement de l'organisation mondiale de la santé préfacé par sa directrice Mme le docteur Margaret Chan (2015), le vieillissement des populations s'accroît rapidement dans le monde entier. Pour la première fois dans l'histoire, la plupart des gens peuvent espérer vivre jusqu'à 80 ans et même au-delà. Les répercussions sur la santé, les systèmes de santé, le personnel de santé et les budgets sont considérables.

Depuis trois décennies, l'espérance de vie des populations des pays industrialisés ne cesse de s'accroître. Par exemple en France, non seulement l'espérance de vie actuelle dépasse les 82 ans mais les observations et les analyses des démographes s'accroissent à dire que l'âge augmente aussi un tiers de l'espérance de vie à chaque année. En 2018, la tranche des plus de 65 ans avoisine les 20% selon l'INSEE.

Devant l'augmentation des conditions socio-économiques et des conditions de vie ainsi qu'une meilleure accessibilité aux structures de santé après leur indépendance, les pays du Maghreb ne sont pas épargnés eux aussi par le phénomène du vieillissement de leur population. En **Algérie, la transition démographique est déjà enclenchée** comme le confirme les données des différents recensements généraux de la population ainsi que celles de l'office national des statistiques. La tranche d'âge des **plus de 60 ans** est proche des **10 %**, l'espérance de vie à la naissance des algériens est au-delà des 78 ans (77 ans pour les hommes).

Ainsi cette nouvelle situation démographique nous interpelle. Le défi majeur des politiques de santé publique s'opère davantage sur des **actions de prévention** et de meilleure prise en charge des maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies neurodégénératives et les cancers. De nouvelles réflexions et décisions doivent être rapidement élaborées dont la finalité est de mettre en place des dispositifs d'aide à la personne âgée fragile ou qui risque de sombrer dans la dépendance, et qui permettra de préserver la qualité de vie. Les orientations socio-économiques doivent tenir compte par exemple aussi du **financement des soins**, de la **dépendance** à plus forte raison que l'on voit augmenter le nombre de certaines pathologies avec l'avancée en âge (maladie Alzheimer, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, certains cancers, troubles sensoriels...). Le régime des retraites doit être repensé et serait-il pertinent de partir en retraite dès 55 ans ou 60 ans, alors que la personne est encore pleinement saine et qu'il lui reste à vivre en moyenne au moins 20 à 25 ans ?

En effet, le vieillissement de l'individu peut être dit être différent d'une personne à une autre. Il est déterminé par des facteurs intrinsèques non ou très peu modifiables et par des **facteurs extrinsèques majoritairement environnementaux et souvent modifiables**. Pour le gériatre qui

souvent prend en charge des personnes de plus de 70 ans, l'approche bio psychique du vieillissement permet de distinguer facilement 3 types et modèles de vieillissement : le **vieillesse robuste ou réussi auquel nous devons tous converger** le long de notre existence, le vieillissement standard ou usuel et enfin le **vieillesse pathologique que nous devons tous prévenir et éviter**. (1) Un vieillissement optimum de l'individu est possible et veiller à prévenir et à éviter d'une part l'apoptose et la situation de fragilité, d'autre part veiller à renforcer ses capacités fonctionnelles après chaque événement ou maladie aiguë.

Au fur et à mesure que la personne avance en âge, plus le risque de voir apparaître une polyopathie et polymédication est important. Nous devons quotidiennement veiller à une bonne alimentation et hydratation qui préserveront ou **diminueront inéluctablement les effets iatrogènes** et délétères des **médicaments**. Aussi il ne faut surtout pas perdre de vue la malnutrition ou la **dénutrition**, surtout si elle est sévère, qui est l'une des causes de **dérèglement de l'immunité** qui laisse la personne âgée très vulnérable aux infections graves telle que les broncho pneumopathies. Entre autre, la vaccination anti grippale et anti pneumococcique pratiquées chaque début d'automne a un rôle plus que déterminant dans la diminution de la mortalité de nos aînés.

La vulgarisation d'un **vieillesse en bonne santé passe obligatoirement par le maintien et la restitution des réserves fonctionnelles** en réponse à chaque agression physique ou psychologique. La préservation de son autonomie se passe de la pratique d'une activité physique journalière (40 minutes de marche soutenue/jour) qui permet d'augmenter sa force musculaire, de lutter contre la sarcopénie et l'ostéoporose. Un rôle important doit être également donné à l'engagement social et à **lutter contre l'isolement du grand âge** en favorisant la proximité et l'habitat gérontologique.

Il est temps d'un nouveau regard positif sur la vieillesse soit « décrété » par les autorités gouvernementales de chaque pays. **La vieillesse n'est pas une fatalité**. Une part importante dans le changement de nos mentalités doit être guidé ou attribué aux médias et à tous les différents acteurs intervenants dans le champ de la gérontologie (para médicaux, médecins, enseignants, imams, maires, administrations, architectes, urbanistes...<sup>2</sup>). Toutes les structures devant des personnes âgées devraient faire un effort dans la perception de la vieillesse et améliorer leurs conditions d'habitat par exemple des locaux, équipes adaptés...<sup>2</sup>. Il serait très illustrant et bénéfique de s'inspirer par exemple du projet VADA (Ville Amie Des Aînés) initié par l'OMS en août 2006 à Vancouver.

En Algérie, devant les nouvelles données démographiques, de nouvelles politiques de santé publique doivent être instituées et mise en place. Elles auront pour objectif de **favoriser un vieillissement réussi** et de repérer assez rapidement les aînés en situation de fragilité. Des programmes de prévention (dépistage cancer, vaccinations, nutrition, éducation thérapeutique, activité physique...<sup>2</sup>) doivent soutenir toutes les actions de santé. Une coordination gouvernementale est plus que nécessaire pour apporter des réponses adéquates. La priorité sera donnée à la formation et à la mise en place de **programmes d'enseignement** de la gérontologie et de la gériatrie puis secondairement à la mise en place **d'une filière de soins spécifique à la personne âgée** (services soins aigus, service soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, équipe mobile de gériatrie, unités de soins de longue durée) au moins dans chaque CHU et hôpital régional ou de wilaya. Pour une meilleure efficacité de notre système de santé, la mise en place de cette filière permettra de mieux organiser d'une manière plus efficace, plus adaptée et plus rationnelle les soins donnés à une personne très âgée, fragile ou polyopathologique. Ainsi des changements structurels et organisationnels de notre société nous attendent. L'intégration des géronto-technologies peut apporter un grand soutien pour les personnes âgées et permettre d'augmenter en contribuant aussi à améliorer leur qualité de vie. (2)

Contact : adanej@hotmail.com

# Intérêt de la création de consultation pré anesthésique des patients à risque cardiovasculaire : quelle est notre expérience



**Toufik. IAICHE ACHOUR<sup>1</sup>,  
Hichem. BOUSBAH<sup>1</sup>,  
Zakaria DRIS<sup>1</sup>,  
Abdellatif ALLOUACHE<sup>1</sup>,  
Zohra. IMMESSAOUDENE<sup>2</sup>,  
Ahmed. TOUDJI<sup>1</sup>,  
Mustapha. MAAOUI<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Service d'anesthésie réanimation  
de l'Etablissement Public Hospitalier Bachir  
Mentouri, Alger  
<sup>2</sup> Clinique Chirurgicale A du CHU Mustapha  
Pacha Alger  
<sup>3</sup> Service de chirurgie générale de  
l'Etablissement Public Hospitalier Bachir  
Mentouri, Alger

## Résumé

La consultation pré-anesthésique permet au médecin anesthésiste réanimateur d'examiner un patient à distance de l'intervention, de juger de la nécessité ou non d'un bilan paraclinique préopératoire, de proposer au patient la meilleure stratégie anesthésique et analgésique, de prévoir une éventuelle hospitalisation postopératoire dans un service de soins intensifs ou non. La consultation est aussi un temps d'information au cours duquel les techniques anesthésiques sont expliquées au patient et à son entourage.

La consultation pré-anesthésique peut être, dans certains cas source de contraintes importantes en imposant des examens complémentaires cardiologique non orientés. Afin d'éliminer cette contrainte, certaines consultations pré-anesthésiques spécialisées en cardiovasculaire peuvent être réalisées dans l'établissement.

La consultation est alors réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur référent en pathologies cardiovasculaires. Ces consultations sont appelées « Consultations Pré-anesthésiques des Patients à Haut Risque Cardiovasculaire (CAHRCV) ».

Afin de formaliser l'organisation de ces consultations, nous avons créé en 2015 «CAHRCV». Son objectif est d'offrir au patient une consultation pré-anesthésique spécialisée ciblée sur la pathologie cardiovasculaire, et une prise en charge personnalisée du patient cardiaque.

L'intérêt du présent travail est d'évaluer la pratique de la consultation pré-anesthésique de patient à haut risque cardiovasculaire après deux années de son ouverture. Une enquête de satisfaction auprès d'une population de patients ayant bénéficiés d'une consultation pré-anesthésique à haut risque cardiovasculaire, une deuxième enquête de satisfaction auprès des chirurgiens et médecins interniste

pratiquants l'endoscopie digestive, et en fin une enquête de satisfaction auprès des anesthésistes de notre établissement.

Mots clés : Consultation pré anesthésique- haut risque cardiovasculaire- réseaux de soins

## **I. Introduction**

Quelque soit la chirurgie et son mode de pratique, ambulatoire ou intra hospitalière, ou le geste diagnostique nécessitant une anesthésie, telle une endoscopie, l'évaluation pré-anesthésique requiert une attention particulière de l'état de santé du patient, afin de minimiser au maximum le risque que pourrait encourir ce dernier durant la chirurgie ou l'endoscopie; elle est également le moment idéal à la planification du parcours du patient avant, durant et après la chirurgie ou l'endoscopie [1, 2].

De plus en plus la consultation d'anesthésie constitue dans de nombreux pays le moyen idéal pour l'évaluation pré anesthésique, moment important dans l'évaluation du risque, la consultation d'anesthésie dépasse de loin la simple visite préanesthésique la veille de l'intervention, par ses nombreux avantages pour le patient, pour l'anesthésiste et pour la société [2,3].

### **Histoire de la consultation d'anesthésie**

Les premières consultations d'anesthésie remontent aux années 50 dans les pays européens et américains, la consultation d'anesthésie était alors limitée à certains patients considérés à haut risque opératoire [4].

L'organisation de la consultation d'anesthésie restait vague et se pratiquait souvent par un auxiliaire d'anesthésie et le jour d'intervention.

Dans les années 80, la consultation d'anesthésie a commencé à se développer, grâce à l'entrée du médecin dans la politique de santé des pays, le médecin devient un interlocuteur privilégié, raisons qui propulsent la consultation d'anesthésie à être déclarée obligatoire en 1994 en France, alors qu'en Allemagne, en Autriche ou en Suisse, il n'y a pas d'équivalent juridique.

En ce qui concerne les guidelines sur la consultation d'anesthésie des différentes sociétés d'anesthésie, ils sont différents d'un pays à l'autre, et aucune société savante n'a instauré la consultation pré-anesthésique pour patients à haut risque cardiovasculaire à ce jour.

Dans notre pays, la société d'anesthésie réanimation et soins d'urgence (SAARSIU), a pérennisé la consultation de pré- anesthésie en 2014 (journées de printemps à Sétif) lors de la réunion de consensus sur les examens complémentaires en préopératoire.

## **Matériels et Méthode**

C'est une étude rétrospective d'évaluation sur des dossiers de patients ayant consultés en consultation pré-anesthésique à haut risque cardiovasculaire depuis son ouverture de mars 2015 à décembre 2016, nous avons relevé la provenance des patients (chirurgie, ORL, gynéco-obstétrique, endoscopie digestive), la tranche d'âge, la pathologie cardiovasculaire, le score ASA, le délais entre la consultation pré- anesthésique et la programmation chirurgicale, la déprogrammation du patient le jour d'intervention, la satisfaction des patients, la satisfaction des chirurgiens et la satisfaction des anesthésistes de notre établissement.

## **Résultats**

Sur une période de 20 mois, nous avons examiné en consultation pré- anesthésique dite à « haut risque cardiovasculaire » 500 patients, dont la provenance est réparti en : chirurgie générale 278 patients(55,6%), ORL 99 patients (19,7%), gynéco-obstétrique 101 patientes (20,1%), endoscopie digestive 23 (4.6%) voir diagramme 1. La moyenne d'âge est de 62 ans (diagramme 2), les pathologies cardiovasculaires sont dominées par la maladie coronarienne 298 cas soit 59,6%, la valvulopathie 89 cas soit 17,8%, la fibrillation auriculaire (FA) 75 cas soit 15%, autre pathologie cardiaque 38 cas soit 7,6% (diagramme 3).

Le délai moyen entre la consultation pré- anesthésie à haut risque cardiovasculaire et l'intervention chirurgicale est de 20 jours, on ne note pas de déprogrammation le jour d'intervention.

L'enquête de satisfaction auprès des patients, des chirurgiens, et des anesthésistes est respectivement de 100%, 98%, et de 93%, entièrement satisfait de cette prise en charge.

## **DISCUSSION**

Les arguments en faveur de la création de consultation d'anesthésie à haut risque cardiovasculaire

### **Une logique de sécurité**

La prévention du risque est typiquement le point incontournable en faveur de la CAHCV. En effet, en terme d'analyse du risque anesthésique, l'examen du patient à distance de l'opération par un référent en pathologie cardiovasculaire de l'établissement a un rendement bien supérieur à celui d'une simple visite la veille de l'intervention. De plus, les conditions dans lesquelles se déroule la consultation sont bien meilleures. Les facteurs du risque sont anticipés, un bilan insuffisant ou l'ajustement d'un traitement voire une consultation spécialisée, peuvent être réalisés bien avant le terme de l'opération, ce en collaboration avec le médecin traitant. La stratégie chirurgicale est discutée avec le chirurgien et adaptée à l'état du patient et aussi discuter sur l'opportunité de l'intervention. On ne pourra jamais assez encourager toute stratégie qui a pour but de renforcer la préparation du patient. En effet, dans une étude australienne sur la mortalité liée à l'anesthésie, les auteurs ont montré que, dans 25% des décès liés à l'anesthésie, une évaluation et une préparation insuffisantes étaient des facteurs contributifs à l'issue fatale [5].

Bien que l'impact réel de la CAHRCV sur la diminution du risque opératoire est palpable et quantifiable, par la diminution de la mortalité et la durée du séjour hospitalier.

### **Une logique économique**

C'est le domaine le mieux documenté dans la littérature. Il s'articule sur 3 axes principaux :

#### **La réduction des examens préopératoires**

Bien qu'il soit largement reconnu que les examens préopératoires sont demandés en fonction de l'interrogatoire, de l'examen clinique et de l'intervention prévue [28], trop d'examens sont encore demandés pour d'autres raisons, telle une mauvaise organisation de l'hospitalisation, la « routine », la convenance médicale et enfin la méconnaissance de la pathologie cardiovasculaire par les médecins prenant en charge le patient (médecin traitant, chirurgien, et médecin anesthésiste réanimateur), : toutes ces déviations ont un coût [6]. L'organisation d'une

CAHRCV et l'application d'une politique raisonnable dans la demande d'examens peut engendrer une diminution des coûts liés à des examens inutiles [2, 4, 6].

### **La réduction de la durée d'hospitalisation**

La CAHRCV a un impact favorable sur la durée d'hospitalisation en réduisant le délai entre l'hospitalisation et l'intervention, qui pouvant être pratiquée le jour de l'hospitalisation, [2, 4, 7, 8, 9]. En effet, peu d'éléments justifient une hospitalisation 24, voir 48 heures avant l'intervention et raison de plus ce raccourci diminue l'infection liée au soins.

La diminution des retards et des reports d'interventions de dernière minute :

Une partie des retards et des reports d'intervention de dernière minute est en étroite relation avec l'état de préparation du patient. La CAHRCV anticipe bon nombre de problèmes: les bilans et les ajustements de traitements se font de manière ambulatoire, le patient n'étant admis à l'hôpital qu'une fois son état jugé adéquat pour l'intervention, ceci permettant une meilleure gestion de l'activité du bloc opératoire [2, 4, 10].

### **Une logique éthique**

Comment ne pas accepter l'idée que le patient ne puisse pas bénéficier, avant l'acte auquel il va consentir, d'un temps d'explication, d'un délai de réflexion, avant qu'il ne donne son consentement « éclairé ».

De plus, les conditions dans lesquelles se déroule une à distance de l'opération CAHRCV n'ont rien à voir avec le décor de la visite préopératoire la veille de l'intervention. Tout d'abord, il y a le respect de l'intimité du patient. Ensuite, il y a la qualité d'information, qui pourra être discutée avec ses proches, impliquant également la notion d'un deuxième avis. La qualité passe aussi par l'information au patient (« claire, intelligible et adaptée aux capacités intellectuelles du patient »), par une plus grande conformité aux recommandations récentes, par un respect des stratégies proposées et du calendrier de l'opération. La relation médecin- malade s'en trouvera améliorée et l'anxiété préopératoire diminuée [11].

## Une logique de médecine en réseau

Depuis quelques temps déjà, la pratique de l'anesthésie est considérée comme médecine péri-opératoire, lié au fait des connaissances et de l'expérience de l'anesthésiste dans le domaine du patient chirurgical [1, 12]. Dans ce contexte, la CAHRCV représente un élément idéal pour regrouper toutes les informations et spécifier les démarches visant à diminuer le risque du patient, tenant compte de considérations médicales, sociales ou éthiques. De plus, à une époque où les aspects d'une médecine en réseau trouvent un écho favorable dans la société, grâce à la technologie informatique et de communication (TIC), le rôle du médecin référent, surtout en cardiologie interventionnelle, sur l'opportunité d'intervention cardiologique avant ou après l'acte chirurgical.

Dans notre expérience, un réseau est tissé CAHRCV entre le médecin anesthésiste référent en cardiovasculaire et un cardiologue référent en cardiologie et l'équipe chirurgicale ou interniste pour discuter sur l'opportunité d'intervention du patient. Le médecin anesthésiste référent est la pierre angulaire dans cette prise en charge.

## Conclusion

Les publications récentes sur la consultation d'anesthésie ont démontré des avantages certains : une meilleure approche du risque, des économies réalisables et l'insertion de l'anesthésie dans un système de médecine en réseau. La création de la consultation pré-anesthésique de patients à haut risque cardiovasculaire renforce cette stratégie en gain de temps, en gain d'examen complémentaires, et surtout une maîtrise du risque opératoire. En effet lors du passage du patient en CAHRCV, la prise en charge est personnalisée, car le retour d'information au chirurgien est direct, et programmation et éventuellement la stratégie chirurgicale du patient est discutée. Un autre contact aussi est adressé vers le médecin anesthésiste en charge du patient pour préparer une stratégie anesthésique le jour d'intervention (monitorage hémodynamique, AIVOC...).

## Références

1. Saidman LJ. The 33rd Rovenstine Lecture. What I have learned from 9 years and 9'000 papers. *Anesthesiology* 1995;83:191–7.
2. Griffith KE. Preoperative assessment and preparation. *Int Anaesth Clin* 1994;32:17–36.
3. Klopfenstein CE. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anaesth* 2000;47:511–5.
4. Lee A. A preoperative anaesthetic outpatient clinic. *Anaesthesia* 1949;4:169–74.
5. AFNOR. Gérer la qualité. L'expression contrôle de qualité. Mc Kee R ed. The ABC'S for control process. SPC: a prerequisite for world.
6. Allison JG. Unnecessary preoperative investigations: evaluation and cost analysis. *Am Surgeon* 1996; 62:686–9.
7. Pollard JB. Use of outpatient pre-operative evaluation to decrease length of stay for vascular surgery. *Anesth Analg* 1997;85:1307–11.
8. Traber KB et al. The impact of preadmission evaluation of same day surgery patients on improving operating room efficiency. *Anesthesiology* 1993;83:A14.
9. Alpert CA. Anesthesia and peri-operative medicine. *Anesthesiology* 1996;84:712–5.
10. Prause G. 15 Jahre präoperative Ambulanz in Graz. *Anästhesist* 1994;43:223–8.
11. Boothe P. Changing the admission process for elective surgery: an economic analysis. *Can J Anaesth* 1995;42:49.
12. Védrette C. Consultation d'anesthésie de chirurgie cardiovasculaire et thoracique. Enquête de satisfaction des patients et des médecins. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18:834–42.



---