

UNIVERSITE MOULOD MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



MEMOIRE DE MASTER

SPECIALITE : Economie de la Santé

THEME

**L'organisation et le fonctionnement du service des urgences
dans les établissements publics de santé en Algérie**
Cas de l'EPH de Draa-El-Mizan

Présenté par:

ALLEL Mohamed Achour

BELMAHDI Karim

Soutenu publiquement devant le jury composé de :

Président : Mr SALMI Madjid, Maitre de conférences, classe A à l'U.M.M.T.O.

Rapporteur : Mr ABIDI Mohamed, Maitre de conférences, classe B à l'U.M.M.T.O.

Examineur : Mr KARA Rabah, Docteur en science économie à l'U.M.M.T.O.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui on voudrait témoigner notre reconnaissance.

On voudrait tout d'abord adresser toute notre gratitude à notre promoteur Mr ABIDI et à Mme KHELFI, pour leur patience, leur disponibilité et surtout leurs judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter nos réflexions.

On désire aussi remercier Mr SALMI et Mme SALMI professeurs à l'université mouloud mammeri de tizi-ouzou, qui nous ont fourni les outils nécessaires à la réussite de nos études universitaires.

On voudrait exprimer notre reconnaissance envers les amis et collègues qui nous ont apporté leur support moral et intellectuel tout au long de notre démarche. Un grand merci aux personnels de l'EPH de D-E-M, Mer DJEMEAA responsable informatique, Melle Oggab responsable de gestion de la pharmacie ainsi que le cadre paramédical Mer MIHOUBI qui ont grandement facilité notre travail.

Enfin, on tient à témoigner toute notre gratitude à tous ceux qui ont apporté leur aide d'une façon ou d'une autre et contribué à la réalisation de ce mémoire.

Liste des abréviations

A.N.A.C.O.R : antenne d'accueil et d'orientation des urgences

A.P.C : assemblée populaire communal

A.T.S : agent technique de la santé

A.V.C : arrêt vasculaire cérébrale

C.C.M.U : classification clinique des malades des urgences

C.H.U : centre hospitalo-universitaire

C.H.U.O : centre hospitalo-universitaire d'Oran

D-E-M : Draa-El-Mizan

D.S.P : direction de la santé et de la population

E.C.G : Electrocardiogramme

E.P.H : établissement public hospitalier

H/24 : 24h/24h

I.A.D.E : infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

I.A.O : infirmier organisateur de l'accueil

I.B : infirmier breveté

I.B.O.D.E : infirmier du bloc opératoire de la formation à l'exercice

I.D.E : infirmier diplômé d'Etat

I.I.M : injection intramusculaire

I.I.V : injection intraveineuse

I.R.M : imagerie par résonance magnétique

I.V.D : injection intraveineuse direct

I.S : infirmier spécialisé

I.S.P : infirmier de santé publique

O2 : oxygène

O.M.S : organisation mondiale de la santé

O.R.L : Oto-Rhino-Laryngologie

P.U : pavillon d'urgence

R.D.V : rendez-vous

S.A.M.U : service d'aide médical d'urgence

S.A.U : service d'accueil d'urgence

S.A.U.V : salle d'accueil des urgences vitales

S.R.O.S : schéma régional d'organisation sanitaire

S.S.R : soin de suite et de réadaptation

S.U : service des urgences

S.U.M.C : service des urgences médicochirurgicales

U.H.C.D : unité d'hospitalisation de courte durée

U.S.A : United state of America (Etats-Unis)

Liste des figures

Figure n°1 : Processus global de prise en charge du patient au sien du service des urgences.22

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N01 : Bilan d'activité trimestrielle de l'EPH KRIM BELKACEM de Draa-el-milan.....	59
Tableau N02 : Activités du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan	60
Tableau N03 : L'effectif de l'hôpital KRIM BELKACEM de Draa- El –Mizan.....	67
Tableau N04 : Le matériel utilisé au service des urgences médico-chirurgical de L'EPH de Draa-El-Mizan.....	70

Sommaire

Introduction générale	1
Chapitre I : Cadre conceptuel du service des urgences	6
Introduction	6
1.1. Vue d'ensemble sur le service des urgences	6
1.2. Textes réglementaire	10
1.3. Le rôle et l'organisation du service des urgences.....	14
Conclusion	19
Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences	21
Introduction	21
2.1. Les processus de prise en charge des malades.....	22
2.2. Les modes de gestion du service des urgences	29
2.3. Les contraintes liées au service des urgences.....	47
Conclusion	54
Chapitre III : L'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan	56
Introduction	56
3.1. Cadre méthodologique de l'étude	56
3.2. L'organisation et le fonctionnement du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan.....	61
3.3. Analyse et interprétation des résultats de l'étude	75
Conclusion.....	86
Conclusion générale	87
Bibliographie	89
Annexes	95

Table des matières

Remerciements	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Introduction générale	2
Chapitre I : cadre conceptuel du service des urgences	8
Introduction	8
1-1/ : Vue globale sur le service des urgences	8
1-1-1/définition de urgence.....	8
1-1-2 définition des soins d'urgences	9
1-1-3/définition du service des urgences	10
1-1-4/ Les spécificités d'un service d'urgence	10
1-1-5/Composition d'un service des urgences	11
1-2/ Texte réglementaires	12
1-3/ Rôle et organisation du service des urgences	16
1-3-1/Rôle du service des urgences	16
1-3-2/ L'organisation du service des urgences	17
1-3-2-1/ En Allemagne	17
1-3-2-2/ : En France	18
1-3-2-3/ Aux USA.....	18
1-3-2-4/ En Algérie	19
Conclusion	22
Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences	24
Introduction.....	24
2-1/ Le processus de prise en charge des malades	25
2-1-1/L'accueil et l'échelle de tri.....	26
2-1-2/ Le tri.....	27
2-1-2-1/ Fonctionnement du triage	27
2-1-2-2/ Triage avant inscription	29
2-1-2-3/ Orientation après triage et enregistrement	29
2-1-2-4/ La prise de décision médicale	30
2-2/ Les modes de gestion du service des urgences.....	32
2-2-1/ Gestion des flux de patients aux urgences	32

Table des matières

2-2-1-1/ Maitrise des flux sortants de patients et gestion du délai d'attente	33
2-2-1-2/ Organisation interne du service des urgences.....	33
2-2-1-3/ Anticipation des besoins en termes d'offre de soins.....	34
2-2-1-4/ Développer d'avalier les partenariats et les réseaux avec services.....	34
2-2-2/ Gestion du délai d'attente a l'urgence	35
2-2-2-1/Définition du délai d'attente	36
2-2-2-2/ Attente et heure d'arrivée	37
2-2-2-3/ Attente et degré de gravité des patients	37
2-2-4/ La gestion du stress	39
2-2-4-1/ Le stress aux urgences	39
2-2-4-2/ Définition du stress	40
2-2-4-3/ Conséquence du stress sur les soins aux urgences	40
2-2-5 / La gestion de la violence.....	44
2-2-5-1/ Définition de la violence.....	44
2-2-5-2 / L'expression de la violence du patient aux urgences peut revêtir différentes formes	44
2-2-5-3/ Les répercussion de la violence sur les soignions	45
2-2-5-4 /Les facteurs favorisant la violence aux urgences	47
2-3/ Les contrainte liées au service des urgences	50
2-3-1/ Surcharge engorgement des urgences	51
2-3-2/ Les cause de l'engorgement des urgences	52
2-3-2-1/ Nombre d'entrées trop important	53
2-3-2-2/ Consultation non urgentes	53
2-3-2-3 /Les habituer des services d'urgence.....	53
2-3-2-4/ Conséquences de la surcharge aux services des urgences	54
2-3-3/ Solution à la surcharge et engorgement des urgences.....	55
Conclusion	58
Chapitre III : L'impact du fonctionnement et de gestion du service des urgences sur la performance de L'EPH de Draa-El-Mizan	60
3-1-/ Méthodologie de recherche.....	61
3-1-1/ Le choix de l'outil de la collecte de donnée	62
3-1-2/ Caractéristique de la population d'étude.....	62
3-1-3 / Echantillon d'étude	64

Table des matières

3-2/ L'organisation et le fonctionnement du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan	65
3-2-1/ Présentation et description du champ d'étude.....	65
3-2-2/ Activités développées au sein de l'EPH KRIM BELKACEM de Draa-El-Mizan	
70	
3-2-3/ Le service des urgences médico-chirurgicales de l'EPH de Draa-El-Mizan ..	73
3-2-4/ Fonctionnement de l'établissement	77
3-3/ Analyse et interprétation des résultats.....	80
3-3-1/ Particularité des services des urgences	80
3-3-2/ L'accueil et l'orientation	81
3-3-3 / La prise en charge proprement dit (qualité)	83
3-3-3-1/ Qualité de la prise en charge.....	83
3-3-3-2/ Les urgences pédiatriques.....	83
3-3-4/ Médicament et consommables	84
3-3-5/ Comité de garde des urgences.....	85
3-3-6/ personnel.....	86
3-3-7/ Formation	87
3-3-8/ Le système d'information et de communication.....	89
3-3-9 / Les locaux	91
3-3-10/ La régulation et le transport médicalisé	91
Conclusion	91
Conclusion générale	93
Bibliographie.....	96
Annexes	
Table des matières	

Introduction Générale

Les urgences, quelle que soit leur nature, chirurgicale ou médicale, constituent une priorité. Les prestations offertes dans le cadre des urgences peuvent être considérées comme étant les plus nobles dans un système de santé.

La crédibilité des hôpitaux et celle de l'ensemble des institutions de la santé sont conditionnés par la qualité de la prise en charge initiale des patients admis en urgence.

L'organisation des services d'urgences, en raison d'une activité non programmée pose des problèmes, même dans les pays les plus développés.

Les services des urgences reflètent l'état de santé de toute notre société et la qualité d'un hôpital.

Le rôle d'un service d'urgence est d'accueillir sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situations d'urgence, y compris psychiatrique, et de le prendre en charge notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.

En Algérie les urgences ont toujours constitué une préoccupation des pouvoirs publics de la santé, mais les actions entreprises n'ont pas engendré d'amélioration objective de la qualité des soins, des insuffisances nombreuses constatées dans ce domaine engagent la responsabilité de l'établissement sanitaire et du personnel soignant médical ou paramédical, sont parfois justifiées par des conditions inadéquates rendant peu crédible ce services public.

Les raisons de l'augmentation de la fréquentation des services d'urgences sont souvent le résultat entre autre de la difficulté d'organiser le système de soin de proximité, c'est-à-dire l'extrahospitalier (polyclinique, centre de soins...) de manière à assurer la permanence des soins et des consultations au-delà de 16h, (malgré l'opération de la polyclinique jusqu'à 20h).

Les urgences pédiatriques, quant à elles, se sont rarement vues reconnaître une spécificité particulière et les urgences néonatales sont totalement inexistantes.

Le secteur de santé en Algérie a connu une amélioration de tous les paramètres de santé quantifiables. Des progrès ont été réalisés, surtout depuis le début des années 2000, grâce à une priorité redonnée à la garantie de l'accès à la santé et une part croissante du budget de l'Etat consacrée à la santé. La dépense courante de santé en Algérie représente pour 2014, 12,1 % du produit intérieur brut, soit 60 milliards de DA de budget annuel sectoriel. La Santé est ainsi le quatrième poste de dépense avec 366 milliards de DA à dépenser en 2014.¹

La rareté des ressources, l'augmentation des besoins de notre population en matière de santé d'urgence (accidents de circulations, maladies chroniques, intoxications, affections psychiatriques...) obligent l'Etat, les professionnels de la santé et tous les partenaires sociaux, économiques et bailleurs de fond à adapter une réorganisation de notre système de soins y compris les urgences basées sur :

- Une utilisation efficace et efficiente des moyens humains et matériels disponibles.
- Un système d'information fiable et efficace.
- Donner de l'importance à la communication et le partage de l'information.
- Privilégier la gestion participative et la coordination.
- Une politique de formation continue globale de la qualité sur le plan pratique et théorique qui touche tout le personnel des urgences afin d'accéder à des nouvelles techniques et pratiques.

Les réformes hospitalières entamées par le gouvernement promettent une nouvelle organisation territoriale de la carte des soins par la création des régions sanitaires qui seront dotées de véritables pouvoirs de régulation et de planification, c'est une partie du pouvoir décentralisé de ressources humaines et financières.

Quel que soit la stratégie qui doit être adaptée, elle devra mettre les structures des urgences au centre des réformes et la qualité de soins comme un objectif principal.

Une réelle réorganisation territoriale doit aboutir à l'aide des schémas régionaux (création des régions sanitaires) à un véritable réseau de réponses aux urgences.

Un réseau qui doit nécessairement impliquer tout le monde, (les professionnels de la santé privés et publics ; les autorités, etc.)

¹[Algérie : le top 10 des ministères les plus riches en 2014 \[archive\]](#), Par NeilaLatrous, *Algérie-Focus*, 29 octobre 2013

Afin que réellement la qualité et la sécurité des urgences dans notre pays soient à la hauteur de nos ambitions légitimes, l'organisation de cette prise en charge sera parfois différente mais le résultat doit être le même, la compétence des professionnels doit être garantie et la qualité de l'organisation est fondamentale.

Il s'agit de définir des processus à mettre en œuvre pour assurer la qualité de la prise en charge, ces processus doivent être classés sur le circuit patient pour son passage aux urgences de l'accueil jusqu'à sa sortie avec des références et des normes qui doivent être claires et bien définis.

Problématique

Aujourd'hui, Les services des urgences occupent une place centrale dans le fonctionnement des établissements hospitaliers. Ils constituent une vitrine de l'hôpital et en sont également l'une des portes d'entrée pour les patients.

Ces dernières années en Algérie, les consultations et hospitalisations en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public. Le service des urgences étant le plus souvent surchargé, avec des urgences de gravité différentes.

Notre travail consiste à s'approcher du service des urgences de l'établissement public hospitalier de Draa-El-Mizan, afin de présenter et de décrire l'impact du fonctionnement et de la gestion de celui-ci sur la performance de cet EPH.

Ce qui nous amène à poser la problématique suivante :

-Quel est l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la prise en charge des malades à l'EPH de Draa-El-Mizan ?

Afin de mieux éclaircir notre question principal nous l'avons compléter par les questions suivantes :

- Quel est le rôle du service des urgences au sein de l'EPH de Draa-El-Mizan, et comment ce dernier est-il organisé ?
- Quels sont les modes de gestion du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan afin de bien répondre aux besoins et aux exigences des malades ?
- Quels sont les problèmes rencontrés au sein du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan et comment peut-on faire face à ceux-ci ?

Choix du sujet :

Voici quelques raisons qui nous ont poussés à choisir ce sujet :

- Au sein du service des urgences, il y'a plusieurs dysfonctionnements qu'il faut remettre en question.
- Le personnel soignant qui exerce dans le service des urgences rencontre au cœur de leurs pratiques de tous les jours, des problèmes quotidiens qui peuvent nuire à son activité pour ainsi freiner l'accès au soin pour les malades.

Objet de la recherche :

L'objectif de notre recherche c'est d'étudier le fonctionnement et l'organisation du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan et son impact sur la prise en charge des malades. En tenant compte des problèmes rencontrés par cet établissement public de santé.

Nous nous sommes fixés trois objectifs principaux :

- Connaitre le service des urgences, déterminer ses missions principales et savoir comment est-il organisé au sein de l'EPH de Draa-El-Mizan.
- Présenter les modes de gestion dans le service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan.
- Identifier les différents problèmes rencontrés dans le service des urgences au sein de l'EPH de Draa-El-Mizan.

Méthodologie de la recherche :

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons tout d'abord adopté une démarche descriptive basé sur des notions théoriques, en donnant un aperçu sur le service d'urgence et sur le fonctionnement ainsi que sur l'organisation de celui-ci.

Nous avons également adopté la même méthode afin de présenter le fonctionnement du service des urgences ainsi que son organisation et son impact sur la prise en charge des malades.

Pour atteindre cet objectif nous avons effectué des recherches bibliographiques et web graphiques portant essentiellement sur :

- L'exploration des travaux qui traite les questions liées aux services des urgences dans les établissements publics de santé.
- L'exploration des travaux universitaires, article de revue, mémoire et thèse.
- Des articles, des rapports et des statistiques établies par le ministère de la santé.
- Des textes juridiques portant sur le fonctionnement du service des urgences.
- L'exploitation des références électroniques.

Pour la partie pratique nous avons adopté la méthode analytique dans la réalisation d'une étude qualitative qui a pour objectif l'évaluation du service des urgences et son impact sur la qualité de la prise en charge des malades.

Deux enquêtes quantitatives ont été réalisées, la première auprès du personnel et la deuxième auprès des malades de l'EPH de Draa-El-Mizan qui ont pour objectif de relever les facteurs qui influencent la qualité des soins. Ces deux enquêtes ont été réalisées à l'aide d'un questionnaire portant sur l'évaluation de la satisfaction des patients de l'EPH.

Plan de rédaction :

Pour la restitution des résultats nous avons adopté un plan en trois chapitres.

Dans le premier chapitre nous commencerons par présenter le cadre conceptuel du service des urgences en mettant l'accent sur l'organisation de ce dernier.

Le deuxième chapitre nous conduira à présenter le fonctionnement du service des urgences, en commençant par décrire tout d'abord le processus de prise en charge des patients, ainsi que les problèmes rencontrés au sein de ce service des urgences.

Enfin dans le troisième et dernier chapitre nous exposerons notre étude de cas et ses principaux résultats à travers une enquête qui a pour objet l'évaluation de la qualité des soins au sein du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan, ainsi qu'une double enquête quantitative qui a pour objet d'évaluer la satisfaction des patients de l'EPH

Chapitre I: Cadre conceptuel du service des urgences

Introduction

Dans le domaine médical, les urgences correspondent au terme générique utilisé pour désigner le service hospitalier qui accueille à toutes heures de la journée, les patients amenés par les services de secours ou tout autre patient vivant une situation d'urgence médicale. Le caractère urgent d'une situation est graduable. L'urgence vitale engage le pronostic vital d'un individu tandis que l'urgence fonctionnelle met en jeu le pronostic fonctionnel du patient. Il existe également des urgences ressenties qui, elles, ne présentent pas de dangers immédiats, mais se réfèrent davantage à un contexte angoissant. L'urgence sociale s'apparente plutôt à un contexte social difficile.¹

Dans ce chapitre, appeler : Cadre conceptuel du service des urgences, nous allons éclaircir le sujet du thème par une vue globale sur le service des urgences, ensuite on va continuer par la présentation des différents textes réglementaire et en fin en terminera par présenter l'organisation du service des urgences.

1.1. Vue globale sur le service des urgences

Chaque service de l'hôpital a une spécificité. De ce fait, les urgences sont « le service hospitalier chargé d'accueillir et de prendre en charge les malades et les blessés qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours (pompiers).²

1.1.1. Définition de l'urgence

Le terme urgence provient du mot Latin « URGERE » qui signifie « presser » ou « se presser » ou encore « pousser à agir ».

Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse, le mot urgence se définit comme « une situation particulière impliquant une procédure accélérée » (Larousse, 1979).³

Pour les soignants⁴ de manière générale, l'urgence désigne toute affection ou lésion mettant en jeu le pronostic vital à brève échéance, ou susceptible d'entraîner des séquelles

¹<http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/33145-urgences-definition> consulté le 26/06/2017

²<http://www.hopitale.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-continuite-des-soins> consulté le 26/06/2017

³ Dictionnaire encyclopédique Larousse (1979) Paris : librairie Larousse.

invalidantes sévères. Il s'agit-là d'une définition de technicien qui nécessite une évaluation technique initiale, la mise en jeu rapide de moyens de réanimation et qui bien sur obligera presque toujours à une hospitalisation.

On peut dire alors que l'urgence représente la qualité d'une situation qui commande le déploiement rapide des moyens efficaces pour y répondre.

Le terme urgence n'est pas utilisé exclusivement en médecine, il couvre des situations hétérogènes.

En pratique médicale, la définition de l'urgence est tous ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue : douleur aiguë, une anxiété, un malaise, un traumatisme, une détresse médicale, sociale ou psychologique.

Askenasi et Unger (cité par Ait Slimane, 2004) ⁵soulignent que « la médecine d'urgence est sans doute la seule spécialité définie par le lieu où elle se pratique. Ses fonctions particulières, les pressions qu'on y subit, l'imprévisible, et le chaos imminent qui y règnent façonnent la pratique de ceux qui y consacrent leur temps mais définit également le contenu de la spécialité. Le service des urgences est un creusé où se fondent une multitude de problèmes. »

Les services des urgences sont des services où sont pratiqués des soins d'importance immédiate ou l'on se pose comme objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps. De par l'aspect urgent qui les caractérise, la spécialité réside dans la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique, pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates.

1.1.2. Définition des soins d'urgence

L'expression "soins d'urgence" désigne habituellement les soins accordés aux patients dont les besoins sont urgents et critiques, ces soins comportent la collecte des données concernant l'état psychologique et physiologique du patient.

⁴ Walter HESBEEN donne une définition du soignant, qui montre bien son implication dans le prendre soin : le terme soignant regroupe l'ensemble des intervenant de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre en charge les personnes, et ce quel que soit la spécificité de leur métiers.

⁵ AIT Slimane, A (2004) le guide de la médecine et de la santé en Algérie : la médecine d'urgence.

Ces données qui sont recueillies auprès du patient sont d'ordre psychologique et physiologique, l'infirmier tient compte de l'évaluation de l'expression affective, du degré d'anxiété et du fonctionnement cognitif (la capacité de s'orienter dans le temps et dans l'espace, et de reconnaître ceux qui entourent le patient), quant aux aspects physiologique, il doit effectuer rapidement un examen axé sur le problème clinique qui a motivé la visite.

Il est difficile de cibler le patient type pour qui les services d'urgence sont indiqués.

Le patient n'a pas les connaissances pour déterminer la nature de son problème de santé et encore moins la compétence pour évaluer l'urgence de sa condition. Il est recommandé d'adopter la définition de l'Américain College Of Emergency Physicians (ACEP).⁶ « *Les soins d'urgences sont des services de santé prodigués pour évaluer et traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez sévères pour qu'une personne prudente procédant un niveau moyen de connaissances en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire.* ».

1.1.3. Définition du service des urgences :

Le service des urgences est le fer de lance de tout système de santé et de ce fait devaient fournir en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition.

Ce dernier on peut le définir comme suit : « *C'est un lieu d'accueil des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle, afin de prendre en charge les défaillances des grandes fonctions vitales dans l'attente de transferts intra ou extra hospitaliers* »⁷

1.1.4. Les spécificités d'un service d'urgence

Le service des urgences d'un hôpital ou d'une clinique du secteur privé ou publique a comme rôle d'être ouvert 24H/24, 7J/7, 365 jours par an. Il doit accueillir toute personne s'y présentant, à tout moment et quel que soit son état pour la soigner ou la diriger vers la structure la mieux adaptée. Ce service est le plus souvent formé d'équipes médicales et paramédicales pluridisciplinaires.

En effet un service d'urgence est caractérisé par une adaptation permanente :

⁶ Guide de gestion de l'unité d'URGENCE. Ministère de la santé et des services sociaux « guide de l'unité d'urgence novembre 2000, page 7.

⁷<http://www.sante.dz> consulté le 26/06/2017

- A un flux irrégulier d'une heure à l'autre, d'un jour à l'autre, auquel il faut adapter un personnel d'accueil aux horaires fixes chez lequel alternent ainsi les périodes de calme et de surcharge.
- A des problèmes médicaux (urgence vrai ou urgence ressentie) et médico-sociaux (personne âgées, drogués, sans abri...etc.)
- A des exigences technique de qualité et de précocité des soins sur certains détreesses (traumatisés, intoxiqués, insuffisance cardiaque, syndrome psychiatrique...), qui ne représente qu'un faible pourcentage des admissions.
- A la nécessité d'un plateau médico-technique de plus en plus élaboré, doté d'équipements de laboratoire et d'imagerie performants avec les personnes indispensables à son fonctionnement 24H/24.
- A une alternance de problème d'urgence grave, détresse vital nécessitant précocité et qualité des soins et moins grave ; les services d'urgences aussi appelés porte d'entrée névralgique du système de santé, sont constamment confronté au défi d'assurer l'accessibilité aux soins. L'organisation de ce service est flexible afin de répondre aux besoins de chaque patient.

1.1.5. Composition d'un service des urgences

Les sévices des urgences sont considérés comme l'une des vitrines de l'hôpital, ils présentent une disposition qui varie en fonction de leur implantation dans l'établissement.

Afin de garantir le bon fonctionnement du service, les urgences doivent disposer de locaux distribués en trois zones : accueil, examen/soin et surveillance sans lesquelles la prise en charge ne saurait être complète.

L'architecture de ces services devrait permettre des conditions de travail optimales : bureau, secrétariat, salle de soins infirmiers, mais aussi salle d'attente. Les hôpitaux important peuvent disposer de lits de très court séjour (24 à 36 heures) et tous les établissements devraient réfléchir à l'aménagement de surfaces de dégagement pour faire face à un afflux temporaire de patients (accident en chaine, catastrophe...).

L'accès au service des urgences doit se faire aisément. Il est nécessaire qu'il se situe au rez-de-chaussée du bâtiment. Les ambulances et les véhicules sanitaire doivent pouvoir l'atteindre facilement. Il doit y avoir un parking à proximité et un accès sur la rue.

Une première zone, la zone d'accueil, permet aux patients de se présenter à l'agent administratif afin d'effectuer son admission.

Une salle d'attente est nécessaire pour faire patienter les malades. Ils peuvent être assis ou couchés sur un brancard selon leur état. Un affichage permettant l'information des patients et de leur famille est souvent mis à disposition dans cette salle. Dans certains hôpitaux, il existe deux salles d'attente : l'une pour les orientations de médecine et l'autre pour les indications chirurgicales. C'est un lieu qui se doit de rester calme et le plus accueillant possible.

La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) et le déchoquage permettent la prise en charge des défaillances unique ou multiples des fonctions vitales. Son emplacement permet un accès facile des ambulances ainsi qu'au plateau technique (réanimation, bloc opératoire, imagerie médicale...). Son emplacement doit être connu de tous. Le patient peut y être admis avant d'être transféré dans une unité de réanimation ou de surveillance continue.

Enfin, une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) est intégrée dans le service des urgences. Elle vise à accueillir des patients nécessitant une continuité de surveillance, une investigation ou une mise en place de traitement.

1.2. Textes réglementaires concernant le service des urgences en Algérie :⁸

Les soins médicaux d'urgence ont toujours été une préoccupation majeure du système de santé national.

En plus de la mobilisation de moyens conséquents dans le but de promouvoir cette discipline sensible, des textes réglementaires viennent rappeler sans cesse la nécessité d'humaniser l'accueil au niveau de ces structures, et de faciliter l'accessibilité aux soins d'urgences à tous les citoyens.

⁸ Mémoire de fin d'études-spécialité : Formation des praticiens inspecteur-Thème : LES URGENCES & L'ACCEUIL-Réaliser par : Dr Ahmed BENSAID-Année 2005

- **La loi 85-05 du 16/02/1985 stipule dans son article 155 que :**

Toutes les unités sanitaires d'urgence sont tenues de dispenser, en permanence, des soins médicaux d'urgence, à toute heure de jour et de la nuit, à tout patient, quel que soit son lieu de domicile. Toutes les structures sanitaires sont tenues de dispenser les premiers secours, quel que soit leur spécialité. Les premiers secours doivent également être dispensés sur les lieux des accidents ou des maladies épidémiques, par les équipes des unités sanitaires, en collaboration avec les services et les organismes concernés.

- **La circulaire n°004 MSP/CAB du 06/08/1994** relative à la réhabilitation du service public dans les établissements du secteur de la santé.
- **La circulaire n°005 MSP/MIN du 21/02/1995 relative à l'accueil des citoyens :**

... les structures d'accueil, d'orientation et d'information du public devront être clairement identifiées. Elles devront être encadrées par un personnel qualifié.

- **La circulaire n°016 MSP/MIN du 01/01/1997** dont l'objet et la mise en œuvre de l'instruction n°10 du président de la république définit les mesures et procédures à mettre en place notamment en matière d'accueil et de prise en charge de la manière suivante :

L'accueil et la prise en charge des patients constituent les missions cardinales de tout établissement de santé et l'organisation appropriée pour répondre aux besoins et problèmes de santé des citoyens doit rester notre souci permanent.

Ces missions qui ont fait l'objet maintes fois d'instructions et circulaires ne sauraient s'accommoder d'actions de circonstance ou de conjoncture.

Elles doivent s'inscrire dans la tradition de nos structures de santé comme invariants.

Les confiances de nos citoyens se trouvent devant la conscience des professionnels de la santé et toutes les mesures de la consolidation de cette relation doivent être préservé et renforcées.

- Humanisation et accueil : tous les établissements de santé doivent être dotés d'un bureau d'accueil et d'assistance des patients, de leurs parents ou accompagnateurs.
- Amélioration des conditions d'hygiène.

- Information et assistance du public.
 - Identification des structures et horaires d'ouvertures et de fermeture
 - L'identification des praticiens responsables ainsi que les horaires et les jours d'activités
 - Panneaux et flèches qui facilitent aux malades et visiteurs l'accès aux différents services
 - Disponibilité des personnels de santé
 - Respect du port de la tenue réglementaire et des badges
- **L'instruction n°001 MSP/CAB du 07/01/1998** relative aux modalités d'application du décret exécutif n°97.437 du 17/10/1997 relatif au suivi du fonctionnement des établissements de santé vient rappeler qu'au niveau des services de garde :
- Le staff médical soit tenu quotidiennement après chaque garde, et les travaux consignés sur le registre spécialement tenu à cet effet.
 - Les supports normalisés relatifs aux activités de garde soient tenus et respectés conformément à la réglementation en vigueur et aux procédures établies en matière médico-légale.
 - Tout personnel de garde ne puisse quitter le service, qu'une fois que la relève est effectivement assurée.
- **L'instruction N°07 MSP/MIN du 23/08/2001 relative au renforcement des actions de santé stipule :**

La situation actuelle de notre système national de santé exige la mise en œuvre de mesures énergiques et immédiates devant permettre un impact positif par une amélioration significative des conditions de prise en charge du malade et du citoyen.

Ces mesures visent particulièrement l'amélioration de l'accessibilité, la l'humanisation et de l'accueil aussi bien dans les services de consultation qu'au niveau des urgences.

Les urgences : elles constituent une préoccupation pour le citoyen et une priorité de la politique nationale de santé.

La continuité du service public doit trouver en particulier dans les urgences et les activités chirurgicales sa pleine signification.

Les dépenses devront être orientées vers les actions essentielles et utiles ayant un impact direct sur les conditions de prise en charge de la santé du citoyen.

Transfert inter-établissement.

Les transferts intempestifs, sont souvent à l'origine du mécontentement de la population.

Les évacuations sanitaires sans prescription médicale justifiée et sans l'accord préalable des services d'accueil sont strictement interdites. Cette question importante concerne aussi bien la sécurité du malade que la dignité du patient et de sa famille...

➤ **L'instruction N° 14 du 02/10/2001 relative à l'amélioration des prestations fournis aux citoyens.**

... les actions devant être exécutées sont :

- Accueil du malade dès son entrée dans la structure et son orientation vers le service médical
- Disponibilité des informations et des renseignements à tous les niveaux où le malade a besoin d'être renseigné ou informé en utilisant une signalisation adéquate et simple tenant compte des personnes non alphabétiques...
- Organisation des transferts et des évacuations des malades dans le respect des dispositions nécessaires à la sécurité du malade...
- Amélioration de l'hygiène à l'intérieur de l'établissement ou de la structure et ses environs
- Facilitation du mouvement des flux des malades au niveau des urgences en organisant les lieux réservés à l'attente et à l'orientation afin d'éviter l'encombrement des accès.

➤ **L'instruction N°16 MSP/MIN en date du 22/09/2002** incite les gestionnaires à mobiliser les énergies pour moderniser le secteur public et permettre de garantir réellement la gratuité des soins au profit des démunis, des assurés sociaux et leur ayant droits, toute les personnes en difficulté qui sont incapables de supporter les frais de soins et les malades concernés par les programmes nationaux de santé...renforcer par les moyens humains et matériels les activités essentielles : maternités, urgence, bloc opératoires, soins intensifs...

➤ **La note circulaire N°04 MSPRH/MIN en date du 07/08/2003** ayant pour objet la contribution à l'humanisation des hôpitaux et dont voici un extrait :

L'humanisation des établissements de santé constitue l'un des objectifs majeurs arrêté dans le cadre de la mise en œuvre des mesures urgentes de la réforme hospitalière.

En effet, le confort et la sécurité du malade, de même que la qualité des soins qui lui sont dispensés, sont placés au cœur du changement escomptés en matière d'organisation et du fonctionnement de nos hôpitaux. L'objectif d'humanisation intègre aussi bien l'amélioration des conditions d'accueil et de séjour du malade que l'orientation et l'information des usagers sur les modalités de fonctionnement de l'hôpital et les services qui y sont offerts.

En effet, les usagers de la santé ont le droit d'être écoutés, d'être accompagnés et de comprendre toute les modalités de prise en charge.

1.3. Rôle et organisation du service des urgences

Le service des urgences a comme rôle d'être ouverte tous les jours et doit répondre aux exigences de la communauté en terme de soins sans discrimination dans toute sa zone géographique ainsi que ces alentours. Il doit être doté de moyen humain matériel et financier.

1.3.1. Rôle du service des urgences

Les missions du service des urgences sont d'accueillir, de prendre en charge et de soigner la population se présentant d'elles-mêmes ou transportées par les pompiers ou encore par les ambulanciers privés. Les patients peuvent aussi être adressés par le Service d'Aide Médical d'Urgence (SAMU), par leur médecin traitant ou encore par un autre établissement. L'accueil se fait 24H/24, tous les jours de l'année. Il n'y a pas de discontinuité dans les soins ainsi la permanence des soins est assurée. L'accès aux soins se fait de façon équitable selon un ordre de priorité en fonction du degré d'urgence de prise en charge. Ainsi, l'accès est autorisé à l'ensemble de la population quel que soit leur Age, leur sexe, leur nationalité, leur niveau social, leur origine, leur culte, leur ethnie ou leur croyance ou encore leur état de santé. Aucune discrimination ne doit être faite lors de l'accès aux soins.⁹

Ceci constitue la mission principale du service des urgences mais il a aussi d'autres rôles notamment de participer au développement des connaissances en matière de médecine d'urgence afin de faire progresser la qualité de la prise en charge des patients. Le service des

⁹ NAUDIN D, PAILLARD F, LOSSER M.R (2011), cahier des sciences infirmières Soins d'Urgence et de Réanimation, Masson, pp88

urgences se doit de collaborer afin de former les professionnelles à la gestion de l'urgence. Ce service s'inscrit dans un réseau de partage d'information servant dans le cadre de la veille et de l'alerte sanitaire. Enfin, il met en place des actions de prévention et d'éducation à la santé.

1.3.2. L'organisation du service des urgences

Le système des urgences en milieu hospitalier est organisé de différentes façons selon le pays dans lequel le personnel soignant exerce son activité professionnelle.

Selon BOUHROUM .A¹⁰ les urgences médicales dans les pays occidentaux sont organisées de différentes manières en fonction des systèmes de santé avec cependant la même finalité « une prise en charge optimale de l'urgence ». Nous avons pris quelques exemples d'organisation :

1.3.2.1. En Allemagne :

Il existe 237 centres de contrôle de secours, chacun contrôlant toutes les opérations de secours dans une région précise. Cette coordination des secours dirige toutes les missions d'urgence dans une région dans un rayon de 30 à 50 Km. Le centre de contrôle reçoit tous les messages, donne l'alarme, contrôle et régule les moyens d'intervention d'urgence sur le terrain et les hôpitaux de destination.

Les médecins de l'urgence doivent être spécialistes ou au moins à leur troisième année de spécialité en chirurgie, en anesthésie ou en médecine interne. Ils doivent également avoir travaillé au moins 6 mois dans une unité de soin intensif.

- Les connaissances théoriques sont régulièrement mises à jour à l'aide d'une formation continue obligatoire.
- Les jeunes médecins sont accompagnés de collègues ayant plus d'expérience pendant les premiers mois de leurs activités.
- Le personnel paramédical doit subir un enseignement d'urgence et doit être supervisé par des professionnelles.
- Les ambulanciers doivent avoir des qualifications en techniques de secourisme et de traitements médicaux d'urgence.

¹⁰ BOUHROUM.A Quelle urgence pour notre système de soin ? Laboratoire de la qualité des soins A.N.D.R.S page 12.

- Le transport d'un patient stabilisé se fera non pas à l'hôpital le plus proche mais à l'hôpital approprié qui est déjà informé de l'arrivée du patient.

1.3.2.2. En France :

Il existe une régulation médicale régionale (SAMU qui signifie service d'aide médicale urgente) qui dirige les urgences vers les centres spécialisés en s'assurant dès avant l'arrivée du patient de la mobilisation de l'hôpital pour son accueil.

Le SAMU est un organisme d'évaluation d'une détresse, et de répartition de moyens d'interventions quelle que soit leur origine (publique ou privée), leur qualification (paramédicaux, médecins anesthésistes réanimateurs), les moyens mise en œuvres (praticien libéral, ou paramédical dans son véhicule personnel, ambulance de transport simple, ambulance de réanimation, moyen de transport aériens). Il comprend essentiellement un centre de réception et de régulation des appels.

Le SAMU n'oriente pas tous les malades sur les hôpitaux, certains sont orientés vers le médecin de ville lorsqu'il s'agit d'urgence relevant de sa compétence, réduisant ainsi le nombre de patients s'adressant directement à l'hôpital avec pour effet de désengorger quelque peu les services d'urgences.

Les transports sanitaires sont assurés par les SMUR (service mobile d'urgence réanimation) et les sapeurs-pompiers qui sont les plus souvent médicalisés.

L'accueil : il existe deux types d'accueil

- Les S.A.U : services d'accueil d'urgence en mesure d'accueillir tous les types d'urgence
- Les ANACOR ; antennes d'accueil et d'orientation des urgences qui ont pour vocation d'accueillir les patients relevant de la médecine générale et de maitre en condition les patient relevant d'autres spécialités.

1.3.2.3. Aux USA :

Il existe une régulation régional et des services d'accueils des urgences pluridisciplinaires, une différence avec les pays européens, les transports primaires sont le

plus souvent non médicalisés obéissant à la théorie « Scoop and Run » (évacuation rapide) qui a toujours ses défenseurs.¹¹

1.3.2.4. En Algérie :

Le personnel du service d'urgence en Algérie affronte une multitude de contraintes d'ordres professionnels, matériels et organisationnels qui influent sur leur efficacité ainsi que sur la qualité des soins. Alors que ces services étaient initialement des unités à la prise en charge des malades les plus atteints, ils sont devenus, pour une part très importante **des services de consultation non programmées**. Le manque de moyens médicaux et humains pour apporter une bonne prise en charge des patients se présentant dans les services d'urgences qui ne cessent de s'accroître de temps en temps, le manque de collaboration entre les différents acteurs et les différents services de santé. D'autre part, les personnes qui fréquentent ces lieux souffrent aussi des temps d'attente jugés parfois excessifs mais également la qualité des soins prodigués aux patients et le manque d'organisation. Tous ces facteurs sont **une source d'insatisfaction** et de frustration pour les patients ainsi que leur famille.¹²

En Algérie contrairement aux pays européens, l'accès aux urgences se fait anarchiquement sans contrôle préalable, les malades se dirigent d'eux même ou avec l'aide d'une tierce personne vers le SUMC pour se faire soigner, même si ça nécessite pas des soins d'urgence et cela est due soit au manque de salle de soins pour traiter les urgences bénignes soit au manque de contrôle, de tri et d'orientation pour l'accès au soin.

Prenons l'exemple du service d'urgence du CHU d'Oran et cela afin de comprendre la détresse des services d'urgence, la mauvaise gestion de ce dernier, n'oublions pas de préciser que celui-ci est le reflet de tout le service d'urgence à l'échelle nationale.

[« Il est 20 heures passées. Ce soir-là, l'animation au sein du service des urgences médicochirurgicales du CHU d'Oran bat son plein. Le personnel s'agite dans tous les sens, sans pour autant montrer des signes d'affolement ou de panique quelconque. Juste quelques mots lancés çà et là entre résidents et infirmiers. Devant l'entrée, des malades attendent sur une chaise. Devant l'entrée de la salle de radiologie, une femme et son fils, le visage

¹¹ Ibid., page 13.

¹² Ibid., page 14

ensanglanté, attendent, dossiers médicaux en main. Une autre femme en pleurs, en compagnie de deux autres, attend de voir le médecin pour qu'il ausculte son visage qui porte des hématomes, sans doute battue par son mari. Dans la grande salle, les médecins résidents, dont beaucoup de femmes en hidjab, vont et viennent dans les box aménagés de paravents. «Vous êtes journalistes. Il faut dire à l'opinion et aux responsables comment on travaille ici. Vous voyez comment que ça fonctionne ? Ce ne sont pas de vraies urgences ça ! Il y a beaucoup à dire», confie un jeune résident. Un groupe d'autres résidents prennent en charge un vieux à l'agonie. Ce dernier avait été acheminé vers les UMC par son fils et sa vieille femme à la suite de difficultés respiratoires. Il rendra l'âme peu de temps après son admission. Le fils aîné, en larmes, se fait consoler par les jeunes médecins. D'autres malades pris en charge entendent et voient tout. Les paravents ne permettent aucune discrétion ou intimité. Cela sans compter les risques de contamination et les maladies nosocomiales, très élevées au CHU d'Oran, selon les spécialistes de la question. De temps à autre, les agents de sécurité font irruption dans la grande salle des opérations pour s'informer sur tel ou tel patient. Ces derniers font office d'agents de renseignements également, mais souvent il leur arrive de se tromper dans l'orientation et l'information des malades surtout. Les ambulances arrivent par intermittence sans pour autant alerter du monde. Seuls les agents de sécurité s'agitent avec les brancardiers. On est loin de «Scrubs» ou d'«Urgences».

Cela non pas pour diminuer le personnel médical et paramédical local mais plutôt pour mettre en lumière la faiblesse des équipements, le manque de salubrité et d'hygiène, l'étroitesse des lieux, l'absence de ventilation et d'aération, etc. De 200 à 400 interventions par jour Le service des UMC reçoit quotidiennement une moyenne de 200 à plus de 300 cas par jour. Selon les responsables des urgences, seuls 20% des malades admis sont de vrais cas d'urgence. Selon des statistiques du CHUO, les UMC ont pratiqué plus de 30 000 actes chirurgicaux en 2008. Les urgences médicochirurgicales d'Oran ont pris en charge durant la même période près de 100 000 patients dont plus de 70% proviennent des régions de l'Oranie. Une vocation régionale qui fait dire aux médecins urgentistes que le fardeau des UMC d'Oran doit être allégé par des mesures intelligentes et hardies. En effet, quelque temps après sa réhabilitation et sa rénovation pour un montant de 400 millions de dinars, le service des urgences médicochirurgicales de l'hôpital d'Oran continue de se débattre dans d'inextricables difficultés liées aux faiblesses de la logistique et de l'équipement, a priori, mais surtout aussi à une déstructuration globale dans son mode de fonctionnement. Les personnels de ce service, véritables infirmiers et médecins de guerre, ne savent plus que faire. Face à cette léthargie,

des voix se sont élevées depuis des années déjà pour contribuer au débat et à la réflexion autour des meilleurs moyens existants pour réhabiliter ce service névralgique. Malheureusement les suggestions et les recommandations sont restées sans écho. Des propositions et des remarques Le docteur F. Mohamed Brahim, médecin-chef au CHUO, estime que «les urgences sont devenues un tonneau des Danaïdes, un gouffre financier du fait de leur vétusté». Tout en s'étonnant «des chiffres exagérés communiqués par le DSP sur les statistiques des UMC», il estime que la wilaya d'Oran a besoin d'un vrai service des urgences. Le docteur Mohamed Brahim estime «que le problème de l'organisation des urgences est indispensable». Ce docteur considère que le retour à l'ancienne méthode est nécessaire, c'est-à-dire qu'il faut procéder à un regroupement de tous les autres services, notamment chirurgicaux et médicaux, ainsi que de tous les autres services qui tournent autour. Ce médecin estime qu'il «n'existe aucune forme de coordination entre les quatre services des urgences, notamment la chirurgie, la médecine, la radiologie et la biologie». Pour désengorger ce service, il propose de réhabiliter les hôpitaux et structures sanitaires des régions est et ouest afin d'y installer des unités d'urgences dotées des équipements nécessaires pour faire face aux cas extrêmes. Il s'agit des zones d'Arzew, notamment à l'hôpital des grands brûlés de Mohgoun et de celles d'Aïn El Turk à l'ex-hôpital militaire reconverti en hôpital civil pour les malades chroniques. Selon le DSP, sur la cinquantaine des polycliniques existantes, 17 ont été choisies pour assurer les permanences et prendre en charge les cas d'urgences. Mais dans la réalité, ces unités d'urgences ne sont pas opérationnelles et tous les cas sont pris en charge aux UMC. Besoin d'un vrai hôpital des urgences pour Oran D'aucuns parmi le personnel de ce service névralgique de l'hôpital d'Oran estiment que la wilaya d'Oran a besoin d'un vrai service des urgences. Selon le DSP, le programme quinquennal 2009-2013 comprend le projet d'un nouvel établissement pour des urgences médicochirurgicales à Oran. Seulement, certains professeurs et médecins du CHUO estiment que «cela n'est pas officiel du moment qu'aucune étude, et aucune procédure afférente n'a été entamée». Cela prouverait, si besoin est, selon ces professeurs, que le système de santé à Oran est dépourvu de tout plan directeur de prise en charge «tant du devenir des UMC au CHUO que de celui des urgences de manière globale au sein de la wilaya d'Oran»].¹³

Cette article publié dans un site algérien reflète l'image exacte des services d'urgence algériens, et montre à qu'elle point ces endroits conçus pour soulager la détresse des malades,

¹³<http://www.djazairress.com/fr/latribune/27187> consulté le 29/06/2017

reviens à provoquer un climat de stress et de violace, de malaise pour le personnel travaillant dans ces structures de soins et pour les patients évacués ou présents dans ces dernières.

La mauvaise gestion et le manque de moyens et de personnels soignants est sans doute la raison qui a amené l'urgence hospitalière en Algérie à un fonctionnement plus ou moins catastrophique. Le bon fonctionnement d'un service d'urgences est le reflet d'un bon fonctionnement de l'hôpital. Pour qu'un SAU fonctionne bien, il faut non seulement que l'équipe qui la compose fonctionne bien.

Conclusion

Le service des urgences est une composante essentielle dans un établissement hospitalier qui a pour mission d'accueillir des personnes sans sélection à tout moment, présentés en situation d'urgence, et par excellence un service où la notion d'équipe prend tout son sens, tous les professionnels convergeant, en un même et bref moment vers le même objectif.

Le service d'urgence est marqué par une organisation spécifique et opérationnelle qui a pour but de mettre les soins de qualité à la disposition de la population, plus spécifiquement des patients, et qui poursuit un triple objectif : de proximité, de sécurité d'amélioration de la qualité afin d'assurer une performance hospitalière¹⁴

Le deuxième chapitre va mettre l'accent sur le fonctionnement du service des urgences, la façon dont les malades sont pris en charge, le mode de gestion aux services d'urgence et les problèmes rencontrés, afin de mieux comprendre le fonctionnement de celui-ci.

¹⁴ BOUTTENA Ami ; CHAOUAD Tassadit-Mémoire de fin d'études-Spécialité : Economie de la Santé-Thème : La gestion du service d'urgence comme un critère de la performance hospitalier, 2015-2016.

Chapitre II:

Le fonctionnement du service des urgences

Introduction

Les urgences sont devenues un pivot de l'organisation sanitaire. Opérant à l'interface entre médecine de ville et hôpital, soins de routine et intervention de pointe, action médicale et gestion du social, ces services sont soumis à des demandes contrastées auxquelles ils ont du mal à répondre, même avec des moyens augmentés. Les tensions entre prise en charge des « petits bobos », SAMU social et réanimation après accident ne peuvent en effet être réduites sans une réflexion plus générale sur les missions et l'utilité des urgences.

Les services d'urgences hospitalières ont vu leur nombre de patients augmenter de manière continue, Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette attractivité. Ces services sont appréciés du fait de leur image de professionnalisme et de technicité. Le public espère y trouver un personnel compétent, qui lui fera passer en cas de besoin des examens complémentaires, et qui éventuellement pourra l'hospitaliser. De plus, ces services sont disponibles jour et nuit, alors que les cabinets des médecins libéraux ont des horaires restreints. Le succès des services d'urgence tient aussi peut-être à des considérations économiques : s'il n'y a pas d'hospitalisation, le prix d'une simple consultation aux urgences dans un hôpital public n'est pas très élevé. Il y a des possibilités de tiers payant et le paiement de la facture peut être longtemps différé. Enfin, certains professionnels des Urgences soulignent la tendance actuelle des malades à chercher un avis médical pour des problèmes de santé mineurs, qu'on aurait soignés autrefois par automédication, ou qui auraient pu attendre jusqu'à l'ouverture du cabinet du médecin généraliste. Ils pensent aussi, et on y reviendra, que certains patients s'adressent aux Urgences pour des problèmes sociaux ou de mal être psychologique qui ne relèvent pas strictement des urgences.

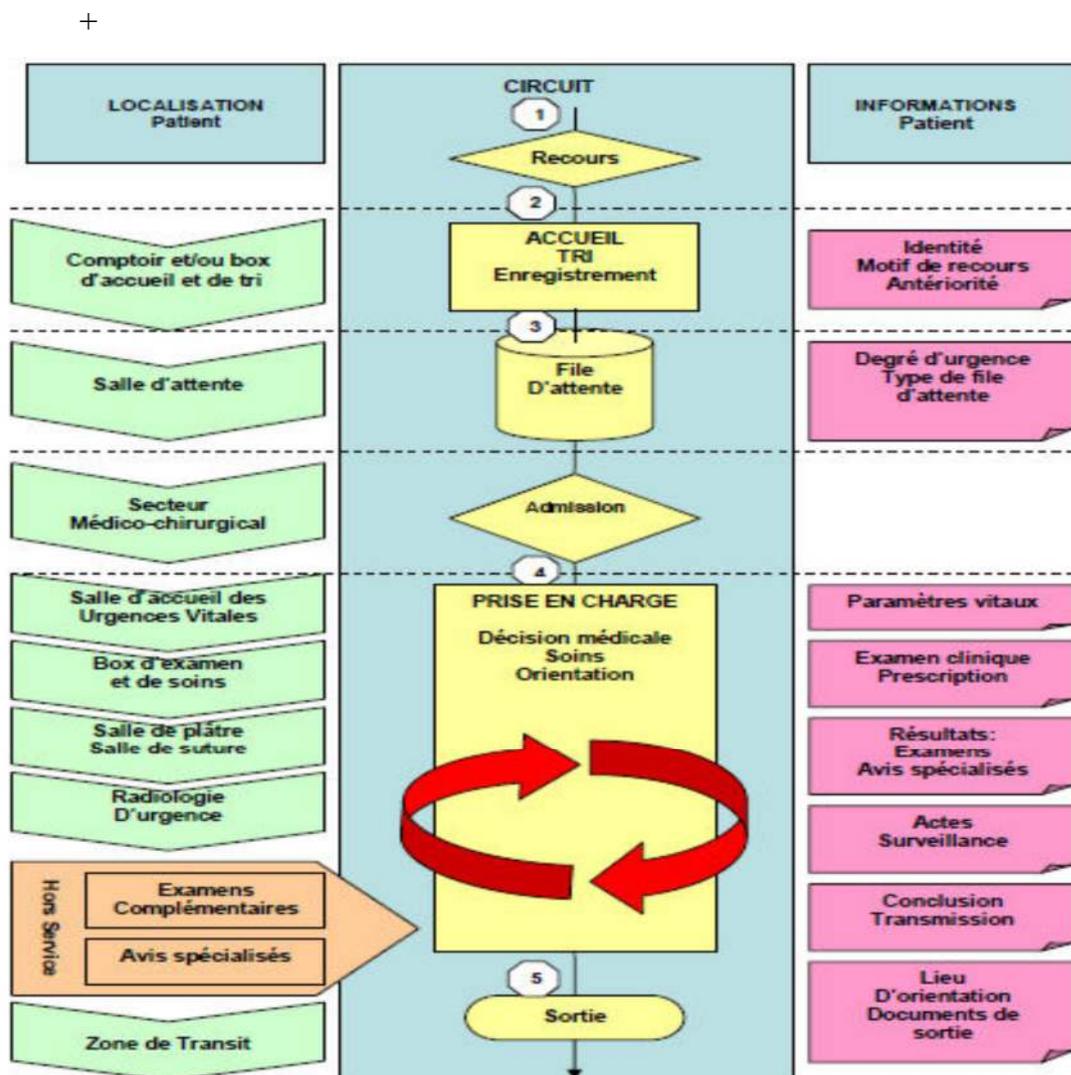
Dans ce deuxième chapitre nous allons voir le processus de prise en charge des malades aux urgences où nous avons déterminé et illustré les différentes étapes de celui-ci qui sont (L'accueil et l'échelle de tri, le tri, la prise de décision médicale), par la suite dans la deuxième partie nous allons voir les modes de gestion des services des urgences et cela afin de mieux illustrer le fonctionnement et les problèmes de ce service.

2.1. Le processus de prise en charge des malades

Lorsqu'un patient décide de se rendre à l'unité d'urgence, il doit suivre un certain parcours avant de recevoir les soins requis par sa condition médicale.

Ci-dessous une figure récapitulative du processus global de prise en charge des patients au service des urgences.

Figure n°1 : Processus global de prise en charge du patient au sien du service des urgences ¹



Source : DAKNOU, Amani. *Op.cit.*,p. 90.

¹DAKNOU, Amani. *Ibid.*,p. 90.

2.1.1. L'accueil et l'échelle de tri

Tout individu est accueilli un jour ou l'autre dans sa vie, que cela soit dans sa famille, dans un groupe d'amis, dans les soins d'urgences.

Le patient est accueilli dès son entrée dans les portes de l'hôpital.

Le fait d'accueillir l'autre n'est pas une finalité en soi mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil. Cette phase ritualisée, voire protocolaire n'est pas sans conséquence sur la relation qu'elle inaugure.

Plusieurs prés-requis sont inscrits pour définir la phase de l'accueil.

Le premier est qu'il faut reconnaître le patient comme partenaire dans la relation. C'est-à-dire que le patient et le soignant ont la même finalité qui est énoncée, ils sont liés par un contrat qui va définir clairement les rôles de chacun, ils vont bénéficier des mêmes droits et assumer les mêmes contraintes et pour finir le partenariat est situé dans un contexte précis et dans sa durée. Cependant, dans les soins, le patient ne va pas se lier avec le soignant comme partenaire car il arrive dans un moment de sa vie où il a besoin d'aide pour affronter ce qui lui arrive.

Le second est la distance relationnelle dans les soins. Le professionnel de la santé doit garder une distance envers le patient. Cela va le protéger de ses émotions, obtenir une meilleure objectivité et efficacité dans les soins. Cependant le soignant doit maîtriser la relation de l'empathie qui est la plus efficiente dans les situations d'accueil.

Celle-ci demande de se mettre à la place de l'autre, ressentir son monde intérieur. L'empathie n'est pas une attitude spontanée, elle nécessite la volonté et la capacité de contrôler ses propres réactions socio-affectives afin de se rendre disponible à l'autre.... Elle est définie par deux composantes selon ABRIC (1995) : la réceptivité aux sentiments vécus par l'autre et la capacité verbale de communiquer cette compréhension.

➤ **Les 3 étapes de l'accueil**

1) **Sécuriser la personne.**

Ce qui est important dans cette phase, c'est la sécurité du patient. En effet, la personne qui se présente dans un hôpital n'aura plus de repères familiers, il y aura un changement majeur dans sa vie. Les locaux ne sont pas prioritaires dans cette phase, il faut pour cela créer une relation sécurisante, laisser la place au patient, le situer dans l'interrelation pour qu'il puisse la saisir.

2) Connaître la personne.

Pour ce fait, le personnel soignant va établir un recueil de données sur la personne. Cette étape peut prendre du temps, ce n'est pas une étape dans l'immédiat. Or, dans un service d'urgence, la relation avec le patient est brève.

3) Adaptation de la personne à sa situation et à son environnement

Cette étape est la dernière dans l'accueil. Le patient s'est adaptée au réseau, il réagit positivement au stress et il est en harmonie avec ce qui l'entoure.

L'accueil est la première prise en charge que le patient reçoit en se présentant dans un service d'urgence. Il doit tenir compte de toutes les dimensions de la personne, c'est-à-dire physique, spirituelle, psychologique, sociale et culturelle afin de prendre la personne dans sa globalité.

Puis pour gérer le flux des patients, une échelle de tri est mise en place. Son but est de permettre aux soignants de déterminer la priorité des soins et son urgence proprement parlée.

2.1.2. Le tri

Selon le **dictionnaire Larousse** : trier signifie choisir certains éléments en les séparant du reste, aux urgences, le tri est défini comme, « un processus qui consiste à identifier, à évaluer et à classer les problèmes de santé des patients qui se présentent au service des urgences selon des critères établis. Ce processus permet de déterminer la réponse la plus appropriée à leurs besoins dans les limites de temps acceptables »

2.1.2.1. Fonctionnement du triage

Chaque service d'urgence doit chaque jour, définir un responsable du tri, qui assure le premier contact avec le patient, ainsi que la surveillance des patients qui n'ont pas encore été vus par un médecin et réévalue la situation et coordonne également la famille ou les accompagnants pour chaque situation.

Chaque patient arrivant pour un maux quelconques est évalué par le responsable du tri et celui-ci va donner une priorité d'urgence numérotée. Le temps d'attente va être défini selon ces degrés.

➤ Exemple d'échelle de triage et de gravité :

Degré 1 : 0 min d'attente

Degré 2 : 20 min d'attente

Degré 3 : 60 min d'attente

Degré 4 : 120 min d'attente

Degré 5 : 180 min d'attente

Des normes de fonctionnement du triage existent² :

- Le triage s'effectue de manière continue : remplacement de la personne affectée au tri lorsqu'elle s'absente.
- Tous les patients qui se présentent doivent faire l'objet du triage, avant l'inscription administrative.
- Le triage doit être rapide et non perturbé par d'autres tâches.
- Le document relatif au triage doit être rempli avec simplicité mais systématique.
- La réévaluation périodique des patients en attente doit être faite

Le tri a pour but une analyse rapide du motif de consultation des patients, d'évaluer les besoins thérapeutiques de leur donner une priorité. Cela permet d'adapter les soins du patient.

➤ Les principaux objectifs visés par le triage

On distingue plusieurs objectifs qui sont :

- L'évaluation rapide de toutes personnes qui se présentent aux urgences.
- La détermination de la priorité des soins en fonction de l'état de santé de la personne.
- L'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les personnes dont l'état requiert une intervention immédiate et rapide.
- La réduction des risques de détérioration de l'état clinique par des soins rapides ou une surveillance appropriée.
- La diminution de l'anxiété et l'amélioration de la satisfaction des bénéficiaires et de leur famille par une information facile à comprendre et pertinente.
- L'individualisation et l'humanisation de l'accueil.
- La diminution des frustrations et des inquiétudes du personnel.
- La réduction du temps d'attente.

²KOÏTA, Kadiatou Keita. *Ibid.* p.17.

- La réduction des risques d'agression contre le personnel ou les autres personnes dans la salle d'attente.
- L'amélioration du fonctionnement du service d'urgence.
- L'éducation et l'information à la clientèle en matière de santé.
- L'inscription au dossier des résultats du triage à des fins d'appréciation de la qualité³.

2.1.2.2. Triage avant inscription

Il est impératif que chaque patient qui consulte pour un problème de santé soit évalué au triage, avant son inscription à l'urgence. L'infirmier du triage doit être disponible en tout temps et l'on doit pouvoir avoir recours à des mécanismes de soutien de façon immédiate durant les périodes de grand achalandage. En effet, le temps d'attente pour être évalué au triage ne doit pas excéder dix minutes et le temps moyen pour effectuer le triage doit être d'environ cinq minutes. De plus, on ne devrait pas tolérer plus de deux patients en attente d'évaluation au triage. Dans les établissements recevant des enfants, il est crucial d'avoir un processus de triage rapide et précis, puisque la condition de l'enfant peut se détériorer rapidement.

2.1.2.3. Orientation après triage et enregistrement

Dans le cas où l'état du patient nécessite des soins urgents après le triage, celui-ci est dirigé dans l'aire de traitement appropriée à son état, où son inscription sera effectuée soit par un accompagnateur, soit par un membre du personnel de l'inscription qui se rendra à son chevet. Dans les autres situations, le patient, une fois évalué au triage, est dirigé à l'inscription et, par la suite, dans la salle d'attente. Le personnel infirmier doit quant à lui être en mesure de surveiller la salle d'attente en tout temps, afin de noter toute détérioration de l'état d'un patient pendant son attente pour une prise en charge médicale.

Le patient doit être informé du fait qu'il doit aviser l'infirmière du triage de toute modification de son état⁴.

³*Ibid.* p.10.

⁴Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion d'urgence en ligne*. Québec, 2006, p.36. Format PDF. Disponible sur : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> (consulté le 23/08/2017).

2.1.2.4 La prise de décision médicale

La prise de décision du médecin d'urgence doit s'effectuer rapidement, à l'intérieur d'un délai de moins de (8) huit heures. Le médecin de l'urgence a la responsabilité de prendre une décision quant à l'orientation des patients, c'est-à-dire de décider s'ils seront **admis, transférés, renvoyés chez eux** ou **orientés** vers un autre service. :

➤ **Admission du patient**

La marche à suivre pour l'admission d'un patient à l'hôpital doit être clairement établie. Il faut pour cela tenir compte des différentes étapes liées au processus d'admission : la rédaction de la demande comme telle, étape relevant du personnel du service d'admission et processus de transfert de l'urgence vers une autre unité de l'hôpital. Voici quelques exemples d'éléments qu'il est important de prendre en considération⁵ :

- L'admission d'un patient se trouvant à l'urgence ne doit en aucun cas être confirmée avant que le consultant n'ait pris connaissance de la demande et accepté l'admission,
- Les hospitalisations doivent être possibles 24 heures par jour.
- Le délai moyen entre la demande d'hospitalisation et l'assignation d'un lit est d'une heure.
- Le délai moyen entre l'assignation d'un lit et le départ pour l'unité de soins est d'une heure.
- Afin de libérer plus rapidement les lits d'hospitalisation, il est possible de mettre une salle de départs à la disposition des patients ayant eu leur congé, mais qui sont dans l'impossibilité de quitter l'établissement immédiatement. On recommande également d'établir des priorités quant à la désinfection des lits dans les différentes unités de l'établissement.

➤ **Transfert des patients et l'organisation de transfert inter établissement**

Le médecin de l'urgence doit prendre en charge un patient dans l'urgence si, après le processus évaluation des patients, les conditions de prise en charge d'un patients ; sont respectés. Si ces éléments ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers l'établissement approprié. Chaque

⁵Ibid., p.57.

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

urgence doit avoir une politique, approuvée par le conseil d'administration de l'établissement, pour les transferts inter établissements.

L'établissement doit établir une politique de transfert, des protocoles d'entente et des corridors de services avec des institutions de plus haut niveau de sa région. L'accès aux soins et aux services doit être rapide ou respecter un délai déterminé dans le protocole d'entente.

L'équipe médicale du centre hospitalier receveur prend la responsabilité du patient dès son arrivée dans le centre. Toutefois, le retour du patient vers le centre ayant effectué la demande doit être organisée dès que le centre receveur a répondu à la demande de services afin que celui-ci puisse répondre adéquatement à sa mission.

Des protocoles d'entente doivent également être établis et respectés dans le cas de certaines sur- spécialités suprarégionales. Ces protocoles doivent prévoir des règles pour la prise en charge des cas nécessitant des soins que l'établissement ne peut offrir, notamment en traumatologie, en cardiologie, en pédiatrie et en psychiatrie.

De plus, pour les établissements situés en région rurale, il est pertinent d'établir des corridors de services, des ententes et des modalités d'accès aux spécialistes en médecine d'urgence ou à d'autres médecins spécialistes (communication établie par un système de télésanté, téléphone, visioconférence, télémétrie, etc.), pour permettre la prise en charge initiale des patients par l'établissement local.

La préparation pour un transfert inter établissements sécuritaire est essentielle pour réduire la mortalité et la morbidité anticipée au cours d'un transfert.

On doit retenir certains principes fondamentaux pour bien circonscrire les conditions et les règles de transfert⁶ :

- La responsabilité du transfert d'un patient vers un autre centre hospitalier revient à l'équipe médicale qui transfère le patient, au médecin en service à l'urgence ou au consultant qui a accepté la prise en charge du patient pendant son séjour à l'urgence.

⁶Ibid. p.36.

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

- Sauf s'il y a eu entente préalable, aucun transfert vers un autre centre hospitalier ne doit être effectué sans que le médecin traitant n'ait communiqué verbalement avec le médecin qui doit recevoir le patient pour s'assurer que celui-ci accepte le transfert et que son centre hospitalier dispose des ressources nécessaires pour traiter le patient. L'infirmier responsable du patient s'assure de transmettre un rapport verbal ou écrit sur l'état du patient à l'intention de l'infirmier du centre receveur.
- Le médecin traitant a la responsabilité de stabiliser la condition médicale du patient avant son transfert. En présence d'une condition médicochirurgicale qui menace immédiatement un organe vital ou présente des dangers pour la vie du patient, le transfert doit être fait après stabilisation, à moins d'indications contraires.
- La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du patient n'entraîne pas son décès ou une atteinte sérieuse de ses fonctions ou de ses organes.
- Le médecin traitant doit déterminer quel type d'accompagnateur sera nécessaire en fonction des besoins du patient : médecin, infirmière. Un mécanisme doit être mis en place pour assurer rapidement la disponibilité de l'accompagnateur, soit dans un délai de moins de 30 minutes, et pour que son remplacement à l'urgence soit effectué, le cas échéant.
- Le médecin traitant doit inscrire au dossier les ordonnances nécessaires pour assurer le bon déroulement du transfert du patient.

2.2 Les modes de gestions du service des urgences :

Il est important de mettre l'accent sur la gestion des délais d'attente, la gestion des flux des patients, du stress ainsi que la violence engendré par le service des urgences. C'est ce qu'on va essayer de détailler dans cette partie.

2.2.1. Gestion des flux de patients aux urgences

Les Services d'Accueil des Urgences sont confrontés à des flux de patients entrants qui ne cessent de croître.

Le nombre de patients présents est directement et forcément corrélé à la fois au nombre d'entrées horaires et au temps de passage. Le temps de passage au SU est dépendant d'une part de la qualité de l'organisation interne du service et de ses prestataires directs (radiologie, biologie, ...), et surtout de la gestion des flux d'aval pour les patients nécessitant une hospitalisation au décours de leur passage. Le surencombrement des urgences est source de gaspillage des ressources humaines du SAU. Ainsi, pour prodiguer des soins de qualité, il faut désencombrer le SU en agissant sur le temps de passage qui doit rester un élément prioritaire.

2.2.1.1 La maîtrise des flux sortants des patients et la gestion du délai d'attente

Il est important de maitre l'accent sur la gestion des flux des patients ainsi que des délais d'attente engendré par le service des urgences.

2.2.1.2. Organisation interne du service des urgences

➤ Mise en place du Pôle des Urgences

Il est nécessaire de développer et renforcer les partenariats entre les services composant le pôle d'urgence. Les médecins et soignants qui y travaillent doivent pouvoir favoriser les échanges voire les mutualisations partielles entre les services en cas de besoin. Ainsi, en cas d'afflux importants de patients, la possibilité de disposer de ressources disponibles permet de gérer rapidement des pics d'affluence afin d'éviter un surencombrement source de dysfonctionnement.

➤ Reconnaître la pénibilité et la spécificité du travail

De nombreux intervenants, qu'ils soient médicaux ou soignants exerçant actuellement au sein des urgences n'y sont souvent pas formés spécifiquement. En outre, le travail au sein des SU est épuisant en cas de flux incessant de patients. Il est impossible de garanti l'efficacité, l'attention et le rendement maximal d'un médecin ou d'un soignant lorsque celui-ci travaille plus de 12 heures d'affiler aux urgences. Aux USA, il a même été montré qu'un début de burn-out apparaissait dès 8 heures continues de travail. Il apparaît donc nécessaire que l'on mette en place un système où seuls des médecins urgentistes spécialisés et des soignants correctement formés travaillent au sein du SU, mais n'exercent pas une activité continue supérieure à 12 heures. Ce type d'activité en temps continu impliquerait, pour les médecins, une disparition des tableaux de garde, mais au prix bien sûr d'un renforcement de l'équipe médicale.

➤ **Améliorer la formation des équipes médico – soignantes**

La Médecine d'Urgence est reconnue maintenant comme une spécialité médicale, ce qui implique une formation académique des médecins beaucoup plus spécifique qu'elle ne l'est actuellement. La mise en place du DESC de Médecine d'Urgence va permettre de répondre à cette exigence. Concernant le personnel infirmier, il apparaît de plus en plus nécessaire que la spécialisation d'urgence se développe, au même titre que celle reconnue pour les IBODE, les IADE ou les puéricultrices. Les infirmières travaillant dans les services d'urgence doivent en effet acquérir une compétence spécifique pour certaines activités propres aux urgences telles que la zone de tri, la zone de déchoquage et L'apprentissage de la gestion simultanée de nombreux patients.

Cette amélioration de la formation initiale des personnels doit s'accompagner d'un programme de formation continue au sein des services à travers le développement de staffs de morbi-mortalité, d'enseignement post universitaire et d'évaluation des pratiques professionnelles.

➤ **Améliorer et développer l'informatisation des services d'urgence**

Il sera nécessaire de développer des dossiers informatisés médicaux permettant, outre un gain de temps appréciable, une amélioration de la qualité des informations médicales individuelles et collectives (disponibilité des lits d'aval, base de données, veille sanitaire, communication d'information aux médecins traitants en temps réel,...).

2.2.1.3. Anticipation des besoins en termes d'offre de soins

Placer ces patients dont l'admission au SU est souvent justifiée par des motifs médicosociaux qui auraient pu se gérer en amont par anticipation. Ainsi, le développement de la filière gériatrique et de l'offre de soins pour les personnes âgées est un des points les plus importants si l'on veut améliorer la qualité des soins prodigués dans les SU. Ceci devra surtout passer par la création de lits de court séjour, de médecine polyvalente. Ceci devra également passer par un renforcement de la présence de l'équipe mobile de gériatrie au sein des SU mais aussi au sein des autres structures d'aval acceptant des patients en provenance des urgences.

2.2.1.4. Développer les partenariats et les réseaux avec les services d'aval

Il est indispensable de renforcer les discussions avec les services d'aval en partenariat avec la Commission des Consultations et Admissions non programmées pour mettre en place

des filières de soins permettant de fluidifier le passage aux urgences. D'après le Plan Urgences, cette commission a notamment pour missions de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes. De même, la commission doit valider les propositions de fermeture temporaire de lits et fixer les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence. Elle doit également valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée. L'ensemble de cette réflexion doit bien entendu s'intégrer dans la nouvelle organisation hospitalière. D'après le nouveau SROS, cette démarche devra s'ouvrir à terme sur la mise en place d'un réseau territorial d'urgence permettant d'exploiter au mieux les différentes ressources sanitaires opérationnelles publiques et privées.⁷

Au total, le problème d'encombrement des urgences est certes la conséquence d'une organisation interne du service et d'une optimisation des moyens, mais il est surtout dépendant des flux d'aval et de la fluidité des filières mises en place. Une amélioration des temps d'attente pourra être obtenue au cours des années qui viennent en redéfinissant clairement les missions de l'hôpital public et en trouvant une solution à l'apparent paradoxe des CHU et des EPH à qui l'on demande en même temps d'assurer un rôle d'hôpital de proximité et celui d'un centre de référence.

2.2.2 Gestion du délai d'attente à l'urgence

Attendre toujours un peu plus longtemps... C'est le reproche récurrent adressé aux Urgences. Flux incessant de patients, médecins débordés... Dans certains hôpitaux privés, on a décidé de limiter au maximum le temps d'attente.

Dans ces hôpitaux, selon l'état du patient, grave ou moins grave, deux circuits long ou courts ont été mis en place. Pour éviter l'encombrement, tout commence par un tri efficace. Et pour mieux gérer le flux des patients, un binôme infirmier-médecin oriente les patients. Un travail d'équipe rationalisé et finalement organisé comme dans une entreprise. Le développement des circuits courts n'est pas l'apanage des hôpitaux privés. Dans les établissements publics, les patients sont également triés et orientés selon l'urgence médicale. Il est alors légitime de se demander pourquoi les délais d'attente y sont plus longs.

⁷Mylène Etchart (cadre de santé), Jacques Levraut (praticien hospitalier)

D'autres causes plus matérielles ont été identifiées dans les hôpitaux publics comme par exemple l'éloignement des plateformes de radiologie et des laboratoires d'analyses. Autant de pistes à prendre en compte pour **améliorer les conditions d'accueil dans les services d'urgences**. *En te qu'un patient qu'on laissera dans un coin".⁸*

2.2.2.1 Définition du délai d'attente

Le délai d'attente est le temps entre l'arrivée aux urgences d'un patient et le début de la consultation médicale ou d'une intervention médico-chirurgicale pouvant être une consultation ou tout autre geste salvateur.⁹

- **Délais de prise en charge médicale** : C'est le délai s'écoulant entre la prise en charge du patient par le médecin et sa sortie du service. Il comprend trois importants délais :
- **Durée d'obtention d'un avis spécialisé** : délais s'écoulant depuis l'appel d'un médecin pour avis spécialisé et son arrivée au SAU.
- **Durée d'obtention des résultats des examens biologiques** : délais entre la demande de l'examen et l'obtention du résultat.
- **Durée d'obtention des examens radiologiques** : délais entre la demande de l'examen et le retour du patient en salle d'examen.

Le délai d'attente est le temps que passe le patient depuis le moment de son arrivée (inscription administrative) jusqu'au début de sa consultation médicale. Sa mesure a souvent été incluse dans l'étude de la satisfaction du patient. Il a été aussi l'un des importants critères d'évaluation qualitative du fonctionnement du SAU.

Les résultats ont montré un délai d'attente en moyenne de 14 ± 18 min. Plus de la moitié des patients (73%) ont attendu 15 min ou moins avant d'être évalués par un médecin. 90% ont attendu moins de 30 min, 97% moins d'une heure et seulement 1% plus que 90 min.

⁸<http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-urgences-comment-reduire-le-temps-d-attente-13930.html-consulter> le:12/07/2017.

⁹<http://www.memoireonline.com/11/13/7870/m-Les-determinants-du-delai-de-prise-en-charge-aux-urgences-dans-les-hpitaux-de-Kinshasa-cas-de-l6.html-consulter> le 24/07/2017

La valeur de la moyenne du délai d'attente est raisonnable en comparaison avec ce qui a été trouvé dans la littérature où les valeurs étaient environ comprises entre 22 min et une heure. Cette moyenne était de 51 min au Canada, proches ou supérieures à une heure en USA et comprises entre 30 min et une heure en France. Les délais d'attente au SAU étaient très variables d'un service à l'autre à cause de la différence en organisation, en ressources humaines disponibles et en nombre de consultants. Les facteurs influençant la durée d'attente remarquée dans notre étude sont :

2.2.2.2. Attente et heure d'arrivée :

Les patients ont attendu plus longtemps avant d'être évalués par un médecin aux heures de flux important de patients. On note aussi une fluctuation du délai moyen d'attente selon l'heure d'arrivée du patient. Une moyenne d'attente de 17 min durant le jour (de 7h à 19h : période de flux important de patients) avec un maximum de 22 min (de 13h à 16h : Période de changement des équipes de travail). Par contre, durant la nuit, où le nombre de patients était plus faible, ce délai n'était que de 5 min. Cette fluctuation de la durée d'attente avec l'heure d'arrivée du patient et le flux des passages a été aussi mentionnée dans plusieurs études.

2.2.2.3. Attente et degré de gravité des patients :

Les patients se présentant au SAU veulent être pris en charge immédiatement. Ceci pourrait être en rapport avec la souffrance et à l'inquiétude qu'ils peuvent ressentir envers leurs santés. Mais le SAU accepte un flux important de malades de gravités différentes ce qui rend sa mission de donner la priorité à des patients consultants en même temps difficile. C'est ici qu'apparaît l'un des importants rôles du personnel médical et paramédical :

- Gérer le flux des patients.
- Calmer les patients.
- Agir efficacement et rapidement dans le but d'aider, en premier les cas les plus graves.

Dans le service d'urgence, ceci se fait sans suivre une méthode de triage systématique des patients par un infirmier et/ou par un médecin, contrairement à ce qui se passe dans plusieurs services. Ce qui peut laisser un malade, nécessitant une prise en charge rapide, attendre plus qu'un autre en état stable. Les résultats de notre étude n'ont pas montré de grande différence entre les moyennes du délai d'attente des différentes classes CCMU :

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

_ Les patients présentant des problèmes de santé non urgents (CCMU 1) attendaient en moyenne 17 min avant de voir un médecin.

_ Les patients moins urgents (CCMU 2), urgents (CCMU 3) et les plus urgents (CCMU 4 et 5) étaient en moyenne pris en charge dans un délai semblable (13 min).

Ces résultats montrent l'important rôle de l'infirmier :

· L'infirmier d'accueil qui par sa présence à côté de l'agent administratif, peut avoir une idée initiale sur l'état du patient (suite à un interrogatoire bref et sans évaluation clinique poussée). Il intervient alors dans l'orientation initiale du patient dans le service et dans sa prise en charge rapide si son état le nécessite.

· L'infirmier des box qui est souvent présent dans le hall d'attente des patients, pour coordonner leur entrée aux box, donne la priorité à ceux qui paraissent plus fatigués.

Mais cette évaluation reste subjective puisqu'elle ne résulte pas d'un examen clinique initial. Ce qui peut avoir comme conséquence des longues durées d'attente, avant la prise en charge médicale, chez des patients nécessitant des soins urgents. C'est le cas de 8% des patients se présentant d'emblée en état grave (CCMU 4 et 5) qui ont dû attendre entre 30 et 60 min. Nous revenons alors à l'importance du tri qui permet, suite à une évaluation clinique initiale du degré de gravité du patient, de donner la priorité de prise en charge médicale aux cas les plus urgents. Plusieurs études intègrent le tri parmi les moyens principaux à utiliser pour donner la priorité aux cas graves et pour diminuer l'attente initiale. En Europe, la notion de tri est très répandue dans les services des urgences. C'est aussi le cas en Amérique où il existait depuis les années 60. Mais de nos jours aucun modèle standard n'a encore été reconnu. Par contre l'Australie mis en place un système national de catégorisation des priorités de soins au tri (ATS) dès les années 90. Au Canada, afin d'optimiser le triage, une échelle de triage et de gravité (ETG) a été mise en place et le programme de la rendre nationale a déjà commencé. Cette échelle permet la prise en charge des patients par ordre de priorité médicale et non d'arrivée. Elle permet aussi une réévaluation de l'état de santé du malade pendant son attente afin de détecter une éventuelle aggravation. Elle impose des délais de triage optimum souhaitables entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale. Plusieurs équipes sont actuellement en train de développer les modes de tri au SAU. C'est le cas d'un service canadien qui a mis en place le triage avancé : il permet à l'infirmier de triage, après avoir reçu une formation spécifique, d'initier des protocoles diagnostiques basés sur des algorithmes approuvés par différents médecins. La mesure de la durée d'attente est aussi un

important moyen d'évaluation de la qualité de soins fournis et du degré de satisfaction du patient. Selon une étude américaine, une attente de plus d'une heure pouvait être considérée comme un effet indésirable. Dans d'autres études, les longs délais d'attente étaient liés à une insatisfaction des patients. Dans l'étude menée par la DREES, 45% des patients avaient trouvé la durée de séjour dans le SAU excessive. Par ailleurs, de longs délais d'attente peuvent entraîner un départ anticipé des patients (partir avant de voir un médecin), en raison d'une attente jugée trop longue.

De plus et selon Liew et coll., une durée d'attente importante aux urgences est associée à une durée d'hospitalisation plus longue et une morbidité plus élevée.

L'Amélioration de la qualité des soins a été depuis longtemps l'enjeu majeur des structures hospitalières dans les pays développés. Les Services des Urgences n'échappent pas à ce contexte. Ils sont d'ailleurs d'autant plus concernés par la qualité des soins que leur activité ne cesse de croître et que de nombreux problèmes d'organisation et de prise en charge ont été récemment mis en évidence. L'étude des délais de prise en charge du patient est l'un des paramètres indispensable à l'évaluation de la qualité des soins dans le service des urgences. Ce paramètre permet le repérage des causes des durées de séjours prolongées et par conséquent avancer des solutions pour améliorer la prise en charge du patient.¹⁰

2.2.4. La gestion du stress

2.2.4.1. Le stress aux urgences

Le passage par le service des urgences est souvent le premier contact des patients et leur famille avec l'hôpital. Cette épreuve risque d'être mal vécue. Il est donc important pour le personnel soignant, de faire en sorte que ce passage forcé dans ce lieu de soins soit le plus court et le plus rassurant possible.

Mais cette tâche n'est guère aussi simple. En effet dans son travail aux urgences, le personnel soignant est confronté à de multiples agents tresseurs, comme les contraintes du travail en équipe pluridisciplinaire, la surcharge de travail, la complexité des soins aux patients, l'exigence constante de l'excellence, les difficultés de répondre aux demandes des familles, le décès des patients.

¹⁰Publication service des urgences CHU Farhat Hached Sousse – <http://www.efurgences.net>

2.2.4.2. Définition du stress :

Selye (1975) définit le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation qui lui est faite (perçue comme agréable ou désagréable) et qui se traduit par un syndrome spécifique, c'est le syndrome général d'adaptation.

Chaque situation stressante met en branle un ensemble de réactions neurologiques hormonales et physiologiques : c'est **le stress**.

Ce syndrome comprend 3 phases :

- **Une réaction d'alarme** : marquée par la libération de catécholamines (adrénaline et noradrénaline) ,destinées à préparer à l'action physique et à une adaptation très rapide au secteur. Elle met l'organisme en état de fuite ou d'attaque du stimulus stressants afin de rétablir l'équilibre interne.

- **Une phase de résistance** : si les stressants se maintiennent, les hormones corticoïdes entrent en action, destinées à favoriser l'endurance et la résistance, en augmentant la synthèse des sucres de l'organisme.

2.2.4.3. Conséquences du stress sur les soins aux urgences

Tout d'abord le stress peut avoir des conséquences positives sur les soins, il peut stimuler et dynamiser les soignants. Ainsi leurs soins deviennent plus précis et efficaces, ce qui aux yeux des malades est très important et rassurant.

Mais souvent l'anxiété des familles des patients est en grande partie responsable du stress des soignants, ce qui entrave la qualité des soins.

En conséquence, il convient donc aux soignants de trouver des solutions visant à diminuer l'anxiété des familles des patients en améliorant leur accueil (sourire, aménagements de la salle d'attente, revues.).

Les soignants doivent également apprendre à mieux gérer leur stress en ayant une bonne hygiène de vie (faire du sport, écouter de la musique, être au calme, se ménager, éviter le tabac, le café, manger équilibré, avoir un rythme de sommeil régulier....) et en utilisant les techniques antistress à leur disposition. (Relaxation, massages....)¹¹

¹¹BENSAID Ahmed, Les urgences et l'accueil .mémoire de fin d'étude, Alger : école nationale de santé publique el Marsa-Alger, juin 2005, p. 2.Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad081111.pdf> (consulté 27 /06/2017).

Notion de « stress du soignant » face à des personnes traumatisées et/ou des personnes qui viennent de décéder

À partir des années 1950, Selye emploie le terme stress pour désigner un ensemble de réactions biologiques, physiologiques et psychologiques présentées face à une agression ou une menace d'agression physique et/ou psychologique. Il est rapidement passé dans le langage courant, en France notamment. D'après *Le Petit Robert*, ce terme apparaît en 1950. Il est issu de l'anglais et signifie dans cette langue « effort intense, tension ». En français, deux sens sont proposés :

– En biologie ou psychologie, un stress ou des stress : « Agent physique ou psychologique provoquant une réaction de l'organisme. » ; le stress : « Ensemble de réactions non spécifiques (physiologique, métabolique, comportementale) à cet agent agressif. »

– Dans le sens courant : « Situation, fait traumatisant pour l'individu, tension nerveuse. » Les termes « agression » et « pression » apparaissent comme synonymes.

D'après cette définition, en biologie ou psychologie, « le » stress chez un soignant serait un ensemble de réactions non spécifiques (physiologique, métabolique, comportementale) du soignant face à « un » stress, autrement dit face à un agent physique ou psychologique, notamment agressif. Remarquons que la composante émotionnelle n'est pas invoquée.

Dans le langage courant, un stress chez un soignant correspondrait à une situation traumatisante provoquant une tension nerveuse et « le » stress à la tension nerveuse qui en découle.

Sur le terrain, la définition par des soignants du « stress » qu'ils peuvent éprouver ne correspond pas toujours à celles proposées par *Le Petit Robert*. Chacun peut définir de manière différente un « stress » et ce qu'il provoque chez lui. Le terme *stress* apparaît ainsi être un mot d'ordre culturellement constitué (dont il conviendrait d'élucider l'histoire de l'apparition et ses enjeux dans un autre travail). C'est un concept passe-partout qui peut tout dire et ne rien dire à la fois.

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

De plus, ce concept est suffisamment flou pour détenir un pouvoir préparatif, justement grâce à cette imprécision. Ce « stress », auquel tout un chacun est ce se être confronté, peut aussi être envisagé comme un mot d'ordre idéologique. Tout se passerait comme si lorsque l'on ne se situait pas d'emblée en position de « stress », la culture, *via* notre langue, nous y plongeait.

En effet, un soignant n'est pas toujours « stressé » au travail. Il ne se sent pas forcément « sous pression/tension » ou « agressé » ou « traumatisé ». Et s'il l'est, les raisons qui sont à l'origine ne sont pas toujours celles qui paraissent les plus évidentes.

Par exemple, certains soignants en soins palliatifs expliquent ne pas être tant « stressés » par la confrontation à des décès ou par le fait de côtoyer au quotidien des personnes en fin de vie mais avant tout par les conditions de travail dans lesquelles sont réalisés ces accompagnements. Les unités de soins palliatifs sont, elles aussi, soumises aux pressions institutionnelles : tarification à l'acte et durée moyenne de séjour... (Les unités nouvellement créées sont en général rattachées à un pôle « court séjour ».) Les urgentistes connaissent sans doute un environnement professionnel analogue qui ne favorise pas toujours la réalisation du travail dans des conditions adéquates.

Par ailleurs, la manière dont un soignant « stresse » dépend du groupe auquel il appartient. Chaque groupe de soignants fonctionne et réagit de façon spécifique selon la nature des échanges qui s'y déroulent et selon son histoire. Autrement dit, les réactions personnelles sont à envisager sous l'angle du collectif. (Désormais au lieu d'employer le terme « stress », pour éviter toute confusion, nous parlerons de

réaction(s) face à une situation/à un événement plus ou moins difficile.)

La façon dont une équipe et ses différents membres réagissent à un événement potentiellement difficile dépend du mode de fonctionnement de l'équipe. Il existe des groupes capables d'affronter et surmonter des événements pénibles sans trop de difficultés. Dans ces groupes, les échanges fonctionnent, on peut parler. Ces groupes sont dits « démocratiques » au sens du partage du pouvoir. Le pouvoir n'est pas détenue par une seule personne, la parole de chacun est entendue et élaborée.

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

Lorsqu'un événement difficile survient, des échanges sont possibles à son sujet (sans être obligés). Les vécus collectifs et individuels peuvent être discutés en équipe ce qui favorise l'élaboration. Tout se passerait comme si les pensées et émotions étaient « détaillées » en petits éléments, traitées une à une par le groupe entier et perdaient ainsi en pouvoir traumatogène.

Si le groupe fonctionne de manière autoritaire, la parole n'est pas possible sur un mode de confiance réciproque. Ce fonctionnement engendre des paquets d'émotions non traitées. Elles correspondent à la quantité d'énergie qu'il a fallu mobiliser pour faire face à la situation délicate. En effet, une situation qui affecte nécessite d'être transformée et élaborée en quantités d'énergies plus petites et fines, et plus stables, ce que l'échange normal rend possible, ce que l'échange autoritaire interdit.

Le fonctionnement d'une équipe dépend de son fonctionnement général et de celui du responsable du service et de son cadre infirmier. En tant que « chefs » désignés, les responsables doivent assumer leurs fonctions d'autorité réglementaires tout en ménageant une place à la dynamique démocratique (ce qui n'est pas des plus commodes...). Ils peuvent tenter de fonctionner sans trop accentuer le pouvoir qui leur est d'emblée attribué dans le fonctionnement hospitalier français actuel. Le fonctionnement de chaque service s'inscrit en plus dans le fonctionnement général de l'établissement qui l'héberge.

Des personnes en position tierce peuvent favoriser un mode de fonctionnement démocratique. Un psychologue dans une équipe permet un échange de paroles excentré parce que non soumis immédiatement aux forces d'autorité en jeu. En effet, un psychologue n'est pas placé sous l'autorité hiérarchique du responsable de service ou du cadre. S'il dépend du responsable du service, c'est d'un point de vue fonctionnel, non hiérarchique. Le seul supérieur hiérarchique du psychologue est le directeur de l'hôpital, lequel peut déléguer cette autorité au directeur des ressources humaines. Néanmoins, l'exercice atteint vite ses limites, parce que le psychologue est membre du groupe, et donc, pris dans sa dynamique.

Ainsi, il ne s'agit pas du « stress du soignant » comme indiqué dans le titre mais du « stress de l'équipe et des soignants qui la composent ». Ce « stress », autrement dit la façon dont le groupe et chaque membre du groupe réagit, dépend du fonctionnement du groupe. Si

le groupe est capable d'échanger au sujet de cet événement, de le penser, les réactions seront moins aiguës.¹²

2.2.5. Gestion de la violence

2.2.5.1. Définition de la violence :

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) la violence est définie comme l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mauvais développement ou une carence.

L'OMS donne, dans ce même rapport, deux définitions complémentaires de la violence psychologique, qui sont les suivantes : tout d'abord, il s'agit d'un comportement répété, d'un type relativement mineur en soi mais dont l'accumulation peut constituer une forme de violence très grave. Si un seul incident peut suffire, la violence psychologique est souvent une action répétée, inopportune, unilatérale et imposée qui peut avoir des effets dévastateurs sur la victime.¹³

La définition comprend aussi bien la violence inter personnelle que les comportements suicidaires et le conflit armés. Elle couvre également toute une série d'actes qui vont au de-là des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation. Outre la mort et le traumatisme, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques ou les problèmes de carence et de développement affectif qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire.¹⁴

2.2.5.2. L'expression de la violence du patient aux Urgences peut revêtir différentes formes :

¹²Interaction entre le stress du soignant et la prise en charge des proches de S. BEHAGHEL1 (*urgence 2012*) PDF page 3, 4, 5.

¹³ Organisation Mondiale de la Santé, Rapport mondial sur la violence et la santé, 30 septembre 2002, Genève, p05.

¹⁴ Christelle C6 Stéphanie P- Marie V – La violence aux urgences : une fatalité ? Institut de formation en soins infirmiers- centre Hospitalier de canne Promotion 2000-2003.

- **La violence verbale** et les incivilités se manifestant par des insultes, des propos grossières ou méprisants, des reproches, des menaces, des entorses aux règles de vie ou encore aux consignes de sécurité. Ce comportement prépare souvent au passage à l'acte de violence physique.
- **La violence physique** qui atteint l'individu dans son corps et porte atteinte à son intégrité physique.
- **La violence psychologique** qui porte atteinte, par sa répétition ou sa gravité, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne ou d'un collectif de travail. Elle peut revêtir différents aspects et se traduit par des humiliations, des menaces, du chantage, des accusations, ... ;
- **La violence sexuelle** qui se manifeste par des paroles, gestes et comportement a conation sexuelle ou consiste à obliger, par divers moyens, une personne à avoir des relations sexuelles non- désirées.

2.2.5.3. Les répercussions de la violence sur les soignants

Alexandre Manoukian note que la violence « quelle qu'en soit sa forme n'est pas sans effets sur l'ensemble des protagonistes en présence¹⁵ ». Elle a des effets sur les soignants, cibles de la violence de leurs patients.

Ces répercussions sont de l'ordre des émotions, de l'intellectualisation et des comportements. Elles interviennent, pour le soignant aussi, en réactions à des besoins non-satisfaits. Le soignant peut ressentir de la peur, directement liée au danger perçu, et, a posteriori, de l'angoisse, due au traumatisme ou au microtraumatisme laissé par l'agression vécue. Cette angoisse est accompagnée de somatisations réactionnelles. Elle peut se traduire par des insomnies et des cauchemars dus à la libération, la nuit, des charges émotionnelles refoulées pendant la journée de travail. Ce sont les besoins de sécurité qui sont en jeu ici.

De la colère peut être exprimée par le soignant. En effet, « la colère inspire assez naturellement de la colère¹⁶ ».

¹⁵ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne (avec la collaboration de). La relation soignant-soigné. 3 e édition. France : Lamarre. Octobre 2008, p. 135. (Soigner et accompagner)

¹⁶ Ibid., p. 136.

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

Le soignant, victime de violence, perd sa confiance en l'autre, mais peut également faire l'expérience de perdre sa confiance en soi. Ses besoins d'estime de soi, de considération et de reconnaissance sont insatisfaits. Cet événement l'amène à remettre en question ses compétences professionnelles, son positionnement, voire sa personnalité. Cette remise en question est un vrai bouleversement, pouvant le conduire à ressentir de la honte et à s'auto-dévaloriser. Un sentiment de culpabilité peut exister : le soignant cherche une raison à la violence dont il a été victime, « s'interroge sur le rôle, involontaire voire carrément inconscient, qu' [il] aurait pu avoir¹⁷ ».

Il y a donc, chez le soignant, une recherche de sens. Les interrogations fusent en lui : « Pourquoi m'a-t-on fait ça ? Qu'ai-je fait ? Méritais-je une telle violence ? Que lui est-il passé par la tête ?¹⁸ ». Autant de questions qui restent sans réponse, provoquant le désarroi et l'incompréhension. Ce sont les besoins d'appartenance, de relation qui n'est pas satisfaits.

Il est difficilement concevable pour un soignant d'être victime de la violence d'un patient, alors que son métier est « d'aider, de soulager, d'accompagner, de soigner¹⁹ » cette même personne. Le patient ne reconnaît pas au soignant son statut social et professionnel, ce dernier pouvant alors ressentir « insatisfaction, sentiment d'insécurité, démotivation²⁰ ».

Ainsi, alors que son métier repose sur la notion de « prendre soin » de l'autre, en lui venant en aide, en lui portant de l'attention et en contribuant à son bien-être, le soignant peut éprouver de la frustration liée à un manque de considération de son rôle. Enfin, le soignant peut ressentir du stress qu'il doit tenter de gérer avec attention, car il peut conduire à la perte de la maîtrise de soi, pouvant aboutir à de l'agressivité réactionnelle, en contre-offensive réflexe à la violence subie : « dans le chaud de l'action, la gifle appelle la gifle, l'injure, une autre injure²¹ ».

¹⁷ Ibid., p. 137.

¹⁸ Ibid., p. 138.

¹⁹ Ibid., p. 136.

²⁰ CASALINO, Enrique ; LANGLOIS, Florence ; et al. « La violence à l'hôpital : l'expérience d'un service d'urgences ». Responsabilité, n°38. Dossier spécial Hôpital : « Les violences à l'hôpital : analyse et solutions ». [format PDF] Paris : Juin 2010, p. 1.

²¹ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne (avec la collaboration de). Op. cit. p. 136

L'écrivain et philosophe Jean-Paul Sartre va également dans ce sens. Pour lui, « la violence se donne toujours pour une contre-violence, c'est-à-dire pour une riposte à la violence de l'autre²² ».

2.2.5.4. Les facteurs favorisant la violence aux Urgences

La survenue de la violence dans les structures des Urgences est multifactorielle. Elle répond à une combinaison de plusieurs facteurs venant progressivement instaurer de la tension et détériorer la prise en charge.

Nous en avons déjà entaperçu et évoqué un certain nombre précédemment, qu'il convient d'étudier de façon plus précise et ciblée. Ces facteurs relèvent du patient ; de ses interactions avec les soignants ; et de l'organisation du service.

➤ Les facteurs liés au patient

Des facteurs intrinsèques au patient peuvent entrer en jeu. Ces facteurs sont liés à sa personnalité, son éducation et son caractère. Une personne de nature impulsive, agressive, ayant une faible tolérance à la frustration, a davantage de prédispositions à un passage à l'acte de nature violente. Son histoire personnelle, ses expériences de vie, viennent aussi influencer ses représentations des Urgences, en faisant parfois appel à des souvenirs douloureux comme le décès d'un proche. Ceci engendre une certaine appréhension et de la méfiance face à un environnement inconnu qui peut lui sembler hostile.

D'autres facteurs internes au patient, liés à sa perception de la situation, entrent en considération. Aux Urgences, le patient vit une crise, laquelle est génératrice de ressentis tels que l'anxiété, l'angoisse, la peur et la colère qui diminuent ses capacités d'écoute et de coopération aux soins, mettant le patient en opposition avec les soignants. La prise en considération de la douleur est aussi une composante à ne pas négliger. En effet, une douleur non-soulagée peut être à l'origine de réponses agressives voire violentes.

Par ailleurs, la survenue de violence peut être consécutive à la consommation, par le patient, de toxiques tels que des stupéfiants, de l'alcool, ou à l'usage de certains médicaments

²² SARTRE, Jean-Paul. Critique de la raison dialectique. Tome I : Théorie des ensembles pratiques. France : Gallimard. Avril 1960, p. 209. (Bibliothèque des Idées)

psycho actifs. La prise de ces substances conduit à une perte du contrôle de soi, liée à une levée d'inhibition et à une perception altérée de la réalité.

➤ Les facteurs liés aux interactions avec les soignants

La violence intervient également lorsque les soignants ne répondent pas suffisamment aux attentes des patients, dont les besoins sont alors insatisfaits.

Le manque d'information fait partie des principales causes de survenue de la violence aux Urgences que celles-ci soient relatives à l'état de santé de la personne, comme au déroulement de sa prise en charge. Un manque d'information (qu'il soit réel ou perçu comme tel par le patient) crée de l'incompréhension, de l'angoisse et un sentiment d'insécurité. Le patient peut alors se montrer violent pour se protéger.

Il peut éprouver un sentiment d'impuissance, le menant là aussi à une attitude défensive, de protection. En effet, le patient, profane dans l'univers hospitalier, ne dispose pas des connaissances que possèdent les soignants et les médecins. Il doit donc « accepter de s'en remettre à autrui pour améliorer son état de santé [et] de ne plus être le seul maître de son corps, de son destin, de ses décisions ²³».

La prise en charge en elle-même peut être perçue, par le patient, comme étant hostile. Bien souvent, le patient nécessitant des soins en box est dévêtu (au moins le haut du corps) dès le passage par l'IOA et ne dispose plus que d'une tunique jetable. Ses vêtements et effets personnels lui sont enlevés et mis dans des sacs fermés. Ceci peut être perçu comme une dépossession de ses biens, créant un climat de stress.

Ses besoins de considération et de reconnaissance sont alors mis à mal, car ôter ses vêtements peut être assimilé à ôter son identité, son statut social. Le patient, à moitié nu, doit tolérer « l'intrusion du soignant dans son espace vital et intime²⁴».

Il est envisageable que certains patients conçoivent cela comme un non-respect et comme une violation de leur intimité. Le soignant revêt alors le masque de l'agresseur, et c'est face à cette agression perçue que le patient peut répondre par la violence.

²³ DELAMOUR, Magali ; MARCELLI, Daniel. « La parole aux urgences : le temps de s'entendre ». Perspectives Psy, vol. 49. Éditeur : EDK, EDP Sciences. Janvier-Mars 2010, n°1, p. 62. ISSN : 0031-6032 [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-1-page-61.htm>

²⁴ MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. Psychologie, sociologie, anthropologie - UE 1.1. France : Elsevier Masson. Juillet 2010, p. 200. (Les Essentiels en IFSI, vol. 8)

➤ Les facteurs liés à l'organisation du SAU

D'après tous les articles et rapports consultés, il semblerait que les professionnels de santé s'accordent à dire que la première cause de survenue de violence aux Urgences soit la notion de temps : la durée de l'attente est très souvent jugée trop longue par les patients : les « événements violents aux Urgences [...] surgissent quand, [...] plus généralement, le temps de la prise en charge devient insupportable²⁵ ». Le manque de moyens humains et matériels, face au flux continu et croissant de personnes se rendant aux Urgences, contribue à cette attente.

La sociologue Carine Vassy précise que « l'agressivité découle plutôt du conflit entre la logique de l'institution et celle de l'individu²⁶», ce dernier estimant que son cas est « une urgence qui doit être traitée rapidement », alors que le SAU instaure « une régulation par l'attente en fonction du degré d'urgence évalué par le personnel ». Cette dualité est liée à l'incompréhension du patient concernant l'organisation de sa prise en charge.

Ceci rejoint la notion d' « interactions asymétriques²⁷ » désignée par la psychologue Christine Sorsana et reprise par Monique Formarier, qui indique qu' « il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et des non initiées (les patients et les familles) qui arrivent dans une micro culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leurs sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas ».

Les soignants agissent selon un raisonnement collectif, prenant en charge l'ensemble des patients qui se présentent au SAU, en étant dans l'acte et dans l'action de prendre soin ; alors les patients, quant à eux, se comportent en suivant un raisonnement individualiste, ne se souciant que de leurs propres situations, en étant dans le ressenti et l'émotion.

²⁵ DELAMOUR, Magali ; MARCELLI, Daniel. « La parole aux urgences : le temps de s'entendre ». Perspectives Psy, vol. 49. Éditeur : EDK, EDP Sciences. Janvier-Mars 2010, n°1, p. 62. ISSN : 0031-6032 [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-1-page-61.htm>

²⁶ VASSY, Carine. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire ». Mouvements, n°32. Éditeur : La Découverte. Mars-Avril 2004, n°2, p. 69. ISBN : 2-7071-4271-9. DOI : 10.3917/mouv.032.0067 [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>

²⁷ 7 FORMARIER, Monique. « La relation de soin, concepts et finalités ». Recherche en Soins Infirmiers, n°89. Éditeur : ARSI. [En ligne] Juin 2007, n°2, p. 35. ISSN : 0297-2964. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

Par ailleurs, « la présence continue des soignants à toute heure du jour et de la nuit entretient le sentiment d'une continuité chez les patients qui admettent donc difficilement d'être confrontés au temps²⁸ ». La présence et le nombre important de soignants au SAU leur donnent une impression de disponibilité, rendant l'attente d'autant plus incompréhensible. La multiplicité des intervenants (infirmiers, aides-soignants, médecins, manipulateurs en électroradiologie, personnels administratifs...) est également un stress et donc une source de tensions supplémentaires entre les équipes soignantes et le patient qui ne sait pas forcément à qui il doit s'adresser pour obtenir des renseignements.

On note également que l'organisation-même des locaux du SAU peut être en cause, quant à la survenue de violences. En effet, l'engorgement du service conjugué à des locaux (salles d'attente, box) parfois exigus, conduisent à la promiscuité avec d'autres patients et donc au manque d'intimité : « C'est déjà une forme d'agression des sens que sont la vue, l'odeur et le toucher de corps souffrants, voire sales ». Le patient se retrouve sans repères, dans un environnement inconnu qui peut alors lui sembler étrange, inquiétant voire même menaçant.

Enfin, le patient peut se sentir en insécurité du fait d'autres patients « qui ont des attitudes et des paroles menaçantes à l'accueil, dans la salle d'attente et dans le reste du service, et qui exercent parfois des violences physiques contre le personnel²⁹ ». Dans une telle situation, les soignants consacreront davantage de temps à prendre en charge la violence de ces patients. Ils se rendent alors moins disponibles et moins à l'écoute des besoins des autres patients, faisant ainsi naître des frustrations et entretenant des « cercles vicieux relationnels³⁰ ».³¹

²⁸ ELCHARDUS, Jean-Marc ; GANSEL, Y. ; et al. « Violence et urgence ». Annales Médico-Psychologiques, vol. 163, Issue 8. Éditeur : Elsevier. [En ligne] Octobre 2005, p. 665. DOI : 10.1016/j.amp.2005.07.015. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448705001629>

²⁹ VASSY, Carine. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire ». Mouvements, n°32. Éditeur : La Découverte. Mars-Avril 2004, n°2, p. 69. ISBN : 2-7071-4271-9. DOI : 10.3917/mouv.032.0067 [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>

³⁰ CURCHOD Claude. Relations soignants-soignés : Prévenir et dépasser les conflits. Figure B : Les cercles vicieux relationnels. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. Mai 2009, p. 5 cf. Annexe VI : Les cercles vicieux relationnels

³¹ MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES EN SOINS INFIRMIER-UE 5.6.S6 –Thème (Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelle) -IFSI Raymond POINCARÉ Promotion 2011-2014 92380 GARCHES-Les Urgences : de la situation de crise à la violence (Directrice de Mémoire : Geoffroy Mme Michèle HOGUET) Restitution : 2 juin 2014 – Soutenance : 17 juin 2014-<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-geoffroy-fretigny-danielou.pdf>.

2.3. Les contraintes liées au service des urgences

Les services d'urgences hospitalières ont vu leur nombre de patients augmenter de manière continue. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette attractivité. Ces services sont appréciés du fait de leur image de professionnalisme et de technicité. Le public espère y trouver un personnel compétent, qui lui fera passer en cas de besoin des examens complémentaires, et qui éventuellement pourra l'hospitaliser.

2.3.1. Surcharge et engorgement des urgences

Les services des urgences hospitalières souffrent d'une fréquentation trop importante, voire record durant le mois de Ramadhan. Outre les «vrais» cas médicaux urgents, ces services accueillent toutes sortes de patients qui ne présentent pas forcément des signes élevés de gravité. Des cas loin d'être urgents qui, selon le ministère de la Santé, doivent être pris en charge par les services de santé de proximité. Cependant, entre le malade et ces structures, la confiance est loin d'être établie. Quelle parade face à cette situation ?

Il y a urgence aux urgences des services hospitaliers. Ces derniers souffriraient d'un réel encombrement en raison de leur succès. Au point où le ministère de la Santé a été contraint de réagir à travers un communiqué. Il appelle les patients dont les cas ne relèvent pas de l'urgence à se rendre dans les structures de santé de proximité. Le département Du ministère de la santé compte même lancer une campagne de sensibilisation pour convaincre les malades de se diriger vers les polycliniques plutôt que vers les services des urgences. Le but étant de désengorger les services des urgences hospitalières pour leur permettre de prendre en charge uniquement les véritable cas d'urgence.

Blessés, accidentés, insuffisants cardiaques ou rénaux..., les urgences hospitalières font face à toutes sortes de maux. Cependant, des patients qui nécessitent un changement de pansement, une injection d'insuline ou autres, certificats médicaux, indigestion ou pour n'importe quel autre simple symptôme affluent vers ces services, entraînant ainsi à perturber leur fonctionnement.

Des actes qui ne nécessitent aucune intervention complémentaire, et censés être assurés par les polycliniques. Les patients n'ont pas tous leur place aux pavillons des urgences des hôpitaux. C'est le message auquel compte sensibiliser le ministère de la Santé. Ce dernier, en raison du flux que connaissent les pavillons des urgences, en particulier durant le mois de Ramadhan et après la rupture du jeûne la rappelons que les services des urgences des

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

établissements hospitaliers sont réservés, comme leur nom l'indique, aux véritables urgences et ne doivent en aucun cas devenir des centres de consultation à froid ou de prise en charge de soins infirmiers pouvant être assurés dans des structures de proximité.» .

Selon ce même département, 80% des cas qui se présentent aux urgences des hôpitaux «ne sont pas des urgences nécessitant une prise en charge hospitalière et peuvent valablement être assurés et pris en charge au niveau des polycliniques qui assurent toutes un service continu de 8h à 20h et pour celles assurant la garde, elles fonctionnent en H24».

A Alger, par exemple, il existe 84 polycliniques fonctionnant jusqu'à 20h dont 34 assurant la garde en H24. Ces structures de base et de proximité dispensent les soins de santé de base ainsi que des consultations spécialisées et elles sont à la disposition des citoyens pour toutes les consultations et les diagnostics de base affichés. «En se rendant à la polyclinique, le citoyen gagne non seulement en proximité mais fait montre d'un grand civisme envers ceux qui nécessitent réellement une prise en charge hospitalière d'urgence en n'occupant pas inutilement leur place», écrit le ministère de la Santé dans un communiqué rendu public.

Citons comme exemple les urgences du CHU de Mustapha qui accueille 500 consultations par jour.

Le pavillon des urgences du CHU Mustapha-Pacha accueille une moyenne de 500 patients par jour, selon le chiffre donné par la cellule de communication de ce CHU. «Les gens viennent consulter même pour une simple grippe chez nous, nous ne pouvons pas les refouler ou les orienter ailleurs même si notre mission est de nous occuper des traitements lourds mais les citoyens n'ont pas la culture des polycliniques», indique-t-on.

➤ **Imposer la rigueur au personnel médical**

L'Algérie répond parfaitement aux normes concernant le nombre de structures de santé de proximité existantes. Soit une polyclinique pour 25 000 habitants. Manque d'organisation, indisponibilité de matériels médicaux nécessaires, démission du personnel soignant... sont autant de dysfonctionnements qui caractérisent ces structures. Un fait récurrent qui dissuade plus d'un de se diriger vers ces structures. Le malade préfère ainsi faire des kilomètres pour se faire une simple injection dans un service d'urgence hospitalier que d'aller vers la structure de proximité. Une situation à laquelle il faut remédier, pour mettre fin aux comportements inappropriés.

2.3.2. Les cause de l'engorgement des urgences

Les causes de surcharge des SU sont multiples et souvent intriquées. La physiopathologie de cette surcharge est complexe et nous la simplifierons ci-après en trois grandes « étiologies » : le nombre d'entrées vers le SU est trop important, l'insuffisance des ressources extérieures nécessaires au fonctionnement du SU (examen complémentaire, avis spécialisé) et le nombre de sorties du SU est trop faible.

2.3.2.1. Nombre d'entrées trop important

La littérature décrit plusieurs causes aboutissant à une augmentation du nombre d'entrées se révélant trop importantes par rapport au personnel, médical et paramédical, présent pour les accueillir. Nous citerons à titre d'exemple les consultations non urgentes, les « habitués » des SU ainsi que les pics d'activité et les variations saisonnières.

2.3.2.2. Consultations non urgentes

Il est habituel d'affirmer que les consultations pour des motifs futiles sont une des principales causes de surcharge en SU. La responsabilité de la surcharge incombe alors au patient qualifié d'indiscipliné et non plus à la collectivité médicale qui devient donc victime. Cependant, on observe les consultations non urgentes en SU. Les auteurs retrouvent que 32 % des patients ont d'abord essayé d'obtenir une consultation avec un médecin généraliste. Les raisons avancées par les patients pour venir consulter en SU sont la nécessité d'obtenir une réponse rapide au motif de consultation mais aussi la difficulté d'obtenir cette réponse ailleurs qu'en SU. La communauté médicale doit donc répondre à cette attente, et la permanence d'accès aux soins, parfois carencée, doit remplir son rôle. Diriger les patients vers le SU n'est pas la meilleure solution et contribue à augmenter l'activité. Cependant, ces patients consomment peu de ressources et sont souvent pris en charge plus rapidement. C'est aussi pour une certaine patientèle le seul moyen d'accès aux soins.

2.3.2.3. Les « habitués » des services d'urgence :

Chaque SU compte parmi ses patients des habitués qui consultent plusieurs fois par semaine ou même par jour. Source d'agacement pour le personnel, ces patients sont souvent accusés de participer à l'engorgement des SU. Toutefois, comme pour les consultations non

urgentes, le motif de fréquentation de ces usagers est moins complexe que celui des utilisateurs ponctuels. Le coût de la visite en SU (examen).³²

2.3.2.4. Conséquences de la surcharge aux services des urgences

L'engorgement des structures d'urgences compromet leur mission et la qualité des soins et provoque des dysfonctionnements. Ces problèmes sont de type organisationnel et logistique qui comporte : les transferts inappropriés, les délais d'attentes importantes dans l'accès aux examens complémentaires, les retards à l'admission, le non suivi des protocoles ou de procédures, les manques dans l'organisation extra hospitalière d'amont (permanence de soins, transports sanitaires...), un refus d'hospitalisation itératifs dans des établissements du territoire ou de la région.

Ces dysfonctionnements rendent la tâche du personnel médical du SU et paramédical pénible et leur affectation aux différents secteurs de la structure devient difficile. En effet, l'afflux massif aux urgences a fait apparaître le problème des temps d'attente ainsi que le problème de dimensionnement des locaux et d'affectation du personnel.

➤ **Pour les patients**

Outre le mécontentement des patients, lié à des délais de prise en charge jugés trop long et des attentes dans les couloirs, les conséquences d'une surcharge des SU sont maintenant bien connues en termes de morbi-mortalité³³ :

- 1/3 des événements sentinelles de dysfonctionnement liés à un mauvais pronostic sont en relation avec une surcharge des urgences.
- La prise en compte de la douleur est moins bonne en cas de surcharge des SU.
- Plus difficile à évaluer, la maltraitance imposée aux patients entassés dans les couloirs sans intimité, est largement dénoncée par les urgentistes.

➤ **Pour les professionnels**

Cette surcharge dans les structure entraîne une surcharge du travail qui créant un environnement malsain, défavorable à la pratique ; en conséquent de tout cela, les personnels exercent leur profession dans un contexte pleine de complexité qui entraîne à son tour :

³² Ann. Fr. Med. Urgence (2014) 4:96-105 page 97.

³³BRAUN, François ; PATERON, Dominique ; GIROUD, Mar. *Surcharge des structures des urgences et gestion des Hospitalisations[en ligne]*. Note de synthèse, SAMU-urgences de France, septembre 2013.Format PDF. Disponible sur : <http://www.samu-de-france.fr/documents/act...> (consulté le 27/08/2017).

- Epuisement professionnel : Les facteurs liés à cet épuisement des urgentistes sont connus et pour certains, inhérents à l'exercice professionnel lui-même : pression de l'entourage, rythmes de travail variables, surcharges périodiques de travail. D'autres sont directement liés à des facteurs organisationnels internes au service mais aussi à l'ensemble de l'établissement : les non-respects de standards de prise en charge par manque de moyens, les difficultés liées aux lits d'aval et les relations difficiles qui en découlent avec les collègues sont régulièrement rapportés.

-L'insatisfaction au travail est aussi un élément régulièrement identifié de stress professionnel.

- La maltraitance des patients est aussi une réelle souffrance pour les soignants, tiraillés entre ces patients- brancards et les patients bénéficiant d'une prise en charge active dans les boxes ; en outre, cette maltraitance des patients est moralement insoutenable et ils "ne reconnaissent plus leur métier" dans ces situations.³⁴

2.3.3. Solution à la surcharge et engorgement des urgences

La surcharge des services d'urgence a fait l'objet de nombreux rapports, aboutissant à de fréquentes situations de surcharge, une augmentation des temps d'attente, des refus de prise en charge, des décisions de réorientation, et un nombre significatif de patients repartis sans consultation.

Au-delà de son impact négatif sur l'indice de satisfaction des patients, cette situation est délétère sur le plan clinique : antalgie débutée trop tardivement, attente excessive avant de démarrer un traitement de répercussion (cérébrale ou cardiaque), ou traitement antibiotique prescrit avec délai, pour citer quelques exemples.

Adoptée par la majorité des services d'urgence, l'utilisation d'échelles de tri pour classer les plaintes et les besoins des patients selon des critères établis, et ainsi définir un degré d'urgence, ou délai acceptable, entre l'arrivée du patient et le début de la prise en charge, apporte-t-elle un autre regard à ce constat ? En d'autres termes, est-ce les patients les moins graves qui attendent ? Malheureusement non ! A quelques nuances près, la majorité des services d'urgence n'arrivent pas à respecter les délais imposés par le tri, et ce, quel que soit le degré d'urgence.³

³⁴Ibid. p. 3.

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

Que faire ? Premièrement, reconnaître que la surcharge des services d'urgence est un problème global des systèmes de santé et non seulement propre aux urgences. Et que l'analyse du problème et ses solutions doivent prendre en considération trois perspectives : *l'amont, les services d'urgence, et l'aval.*

En amont, les systèmes de santé doivent répondre à la demande de soins et offrir des alternatives aux services d'urgence pour des situations ne relevant a priori pas de la médecine aiguë :

- Développer la médecine de premier recours et favoriser les cabinets de groupe permettant aux patients de consulter de manière imprévue, pendant et en dehors des heures ouvrables.
- Eduquer la population afin de changer certains comportements, informer, expliquer, et communiquer sur les alternatives aux services d'urgence.
- Faciliter l'accès aux spécialistes et au plateau technique hospitalier sans le conditionner à un passage préalable du patient par les urgences.
- Améliorer les filières d'hospitalisation directe, sans utiliser les urgences comme «portail d'hospitalisation» pour s'assurer, vu la spécialisation des lits d'aval que «le bon malade est bien dans le bon lit».
- Permettre aux populations précarisées d'accéder à des soins courants sans recourir aux services d'urgence.
- Anticiper une défaillance dans les réseaux qui permette le maintien à domicile des patients fragilisés chez qui, en cas d'événement imprévu, le recours aux urgences est souvent la seule solution.

Au sein des services d'urgence, l'effort doit porter sur une amélioration de l'efficacité passant par :

- Un bon équilibre entre la proportion de médecins seniors et juniors, ainsi qu'entre les médecins urgentistes et ceux qui sont envoyés par les autres services en rotation.

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

- Un transfert de certaines compétences cliniques et techniques, parfois «chasse gardée» des spécialistes, aux urgentistes afin de leur donner plus d'autonomie et de reconnaissance.
- Une supervision clinique et opérationnelle (flux) du service par des cadres médicaux et infirmiers dédiés à cette fonction, disposant d'une reconnaissance et d'une autorité institutionnelle dans cette fonction.
- Une collaboration renforcée avec les spécialistes et le plateau technique aboutissant à un accord sur les délais de prestations.
- Des protocoles de soins harmonisés avec les partenaires pour les situations multidisciplinaires (par exemple : AVC 16 h).
- Une limitation des investigations à ce qui est nécessaire pour établir un diagnostic, un pronostic et une orientation adéquate du patient.

Les difficultés d'accès à l'aval, facteur «clé» pour la circulation des patients, illustrent le décalage entre la demande des usagers et les systèmes hospitaliers qui ont progressivement segmenté leurs soins et réduit l'offre d'hospitalisation. Pour sortir de cette impasse, il est impératif :

- Que chaque institution réponde au manque périodique et récurrent de lits d'hospitalisation par une politique claire d'attribution des lits (urgence vs électif), d'ouverture rapide de lits de débordement, de décloisonnement entre les services dont le mode de fonctionnement par spécialité ou organe peut être dépassé par la typologie des patients.
- De ne pas conditionner l'hospitalisation aux exigences du service receveur.
- De disposer de lits de court séjour pour des situations nécessitant des investigations rapides (24-48 h) souvent réalisées aux urgences par souci d'épargner les lits hospitaliers.
- D'anticiper le besoin croissant de lits spécialisés pour les patients porteurs de germes résistants ou immun compromis.

- De transférer l'hébergement provisoire des patients en attente de lits des services d'urgence vers les services hospitaliers. En effet, ce n'est pas aux urgences d'assumer les carences du système d'aval aux dépens des autres patients qui continuent d'arriver.³⁵

Conclusion

Les services des urgences sont face à des exigences multiples. Ils doivent répondre aussi bien aux accidents individuels qu'aux désastres collectifs, tout en remplissant les lacunes du système de santé, en matière de prise en charge de pathologies bénignes ou de problèmes sociaux, et en respectant les contraintes budgétaires hospitalières. C'est le résultat des évolutions historiques contradictoires des missions de l'institution hospitalière.

Les ancêtres des hôpitaux, que sont les hospices médiévaux, accueillaient les malades pauvres, à une époque où la médecine était impuissante à guérir, mais où le personnel religieux offrait des services spirituels pour soigner les âmes. Cette première mission sociale entre en contradiction avec deux autres, qui se sont affirmées plus récemment : d'une part la professionnalisation de l'hôpital, qui est un gage d'efficacité accrue des soins via la spécialisation des savoirs ; et d'autre part, la recherche d'une meilleure gestion budgétaire, du fait de la forte augmentation des coûts hospitaliers. Aujourd'hui, la diversité du travail accompli et celle de la population accueillie créent des tensions fortes sur l'organisation des services. Deux moments particuliers cristallisent les tensions : celui du tri à l'accueil et celui de l'hospitalisation dans d'autres services. Un certain nombre de ces problèmes peuvent être réglés localement, mais d'autres ne peuvent trouver leur solution que dans des évolutions beaucoup plus importantes du système de santé, voire de la société, qu'il s'agisse de la lutte contre la pauvreté ou de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, de l'organisation de la profession médicale ou de la revalorisation du travail des professions soignantes, administratives et sociales aux urgences.³⁶

Le troisième chapitre fera l'objet d'étude sur le terrain, autrement dit illustrera le résultat de notre stage pratique à l'EPH de Draa-El-Mizan et cela afin de comprendre et montrer comment est le fonctionnement et l'organisation du service d'urgence de cet établissement, les problèmes que rencontre celui-ci et enfin proposer des solutions pour

³⁵ <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-305/Surcharge-des-services-d-urgence-constats-et-solutions-consulter> le 23/07/2017

³⁶ <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm-consulter> le 23/07/2017

Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences

optimiser le rendement et offrir un bon service aux malades et une atmosphère décente pour le personnel.

Chapitre III :
L'impact du fonctionnement et
de la gestion
du service des urgences sur la
performance de
l'hôpital de Draa-El-Mizan

Introduction

Afin de compléter notre étude théorique, nous avons adopté un cadre empirique, dont l'objectif d'avoir des réponses réelles sur la problématique de départ.

Dans ce contexte nous nous sommes rapprochés du service des urgences de l'établissement hospitalier de Draa-El-Mizan afin d'explorer et de décrire l'impact du fonctionnement de ce dernier sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan à partir des entretiens d'interview et de questionnaire. Ainsi ce chapitre fera l'objet d'une analyse consécutive sur le terrain.

Pour arriver à terminer notre travail nous avons abordé les étapes suivantes :

- ✓ dans la première partie, nous présenterons le cadre méthodologique de la recherche.
- ✓ dans la deuxième partie, nous décrirons l'organisation du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan, le fonctionnement ainsi que le processus de la gestion de ce service.
- ✓ Enfin dans la dernière partie, il est question d'analyses et d'interpréter les résultats.

➤ Cadre méthodologique de la recherche :

Avant de parler sur la méthodologie de notre travail, nous allons tout d'abord faire un récapitulatif sur la problématique posée au départ.

Notre problématique traite la question principale suivante :

-Quel est l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la prise en charge des malades à l'EPH de Draa-El-Mizan ?

Cette problématique principale est entourée des questions suivantes :

- quel est le rôle du service des urgences au sein de l'EPH de Draa-El-Mizan, et comment ce dernier est-il organisé ?
- quels sont les modes de gestion du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan afin de bien répondre aux besoins et aux exigences des malades ?

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

- quels sont les problèmes rencontrés au sein du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan et comment peut-on faire face à ceux-ci ?

Afin de répondre à notre problématique, nous avons fixés les objectifs suivants :

- Déterminer le rôle et l'objectif du service des urgences et décrire son organisation au sein de l'EPH de Draa-El-Mizan.
- Déterminer, les modes de gestion et d'organisation du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan.
- Identifier les différents problèmes rencontrés dans le service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan.

3.1. Méthodologie de la recherche :

Pour mieux appréhender et expliquer le phénomène de l'organisation et de la gestion des services des urgences comme un critère de performance à l'hôpital, la méthode qualitative de recueil et d'analyse des données était la plus appropriée.

Notre recherche est de nature qualitative et se base sur des notions théoriques fondées sur des recherches bibliographiques, et des données collectées sur le terrain. Dans cette recherche nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive, dans le but d'atteindre notre objectif de recherche.

Pour une bonne validité de l'étude nous avons fait recours à l'entretien non directif avec les différents personnels et responsables du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan.

La collecte des données s'est déroulée sur deux niveaux : le cadre conceptuel et le cadre empirique, qui nous permettrons d'obtenir un maximum des informations.

Ces données qui sont recueillies au moyen des entrevues ont été transcrites et traitées à l'aide d'une analyse de contenu à travers une étude de cas, qui nous permettrons de déceler les causes plausibles du problème, et de les analyser, elle nous permettrons aussi de comprendre et de d'écrire notre thème.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

3.1.1. Le choix de l'outil de la collecte de donnée :

A l'instar des objectifs fixés, nous avons choisis de réaliser des entretiens et des interviews¹ pour le personnel médical et paramédical travaillant au service des urgences de l'EPH de Draa-el-mizan, afin de les interviewer et avoir des réponses claires, riches et ciblés sur les questions déjà posées. En effet, nous leurs avons demandé d'être plus clairs sur certains points. Ils nous ont fait part de leur expérience professionnelle. Ils nous ont également donné des informations supplémentaires sur le sujet et de nombreux conseils.

Nous avons élaboré des questionnaires pour mieux cerner notre problématique et afin de compléter notre cas pratique. Ces questionnaires sont destinés aux infirmiers, aux aides-soignants, aux médecins et aux malades.

3.1.2. Caractéristique de la population d'étude :

Notre travail de recherche se déroule au sein du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan. C'est un établissement public hospitalier à caractère administratif et sanitaire, à vocation régional. Il couvre toute la région de Draa-El-Mizan ainsi que ses alentours tels que la région de Boghni, Frikat, Ain Zaouïa, Tizi-Ghenif, Mkira, Ait Yahia Moussa...etc.

Nous avons exploité le bilan d'activité trimestrielle de l'EPH KRIM BELKACEM de Draa-el-milan, et nous avons constaté les résultats suivants :

¹Est un jeu de questions/réponses à sens unique entre deux personnes, l'intervieweur qui pose les questions afin d'obtenir des informations de la part de l'interviewé qui répond.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

Tableau N01 : Bilan d'activité trimestrielle l'EPH KRIM BELKACEM de Draa-El-Mizan année 2016²

Services	Nombre de lits	Nombre de malade admis	Nombre de journée d'hospitalisation	Nombre de décès hospitalier
Urgences	6	3096	1568	59
Pédiatrie	18	987	3419	04
Maternité	15	1820	2159	01
Gynécologie	15	1308	2052	00
Médecine interne	60	1306	7088	65
ORL	16	116	201	00
Chirurgie général	60	1227	8754	40
Total	190	9860	25241	169

Source : fais par nous-même en exploitant les données de bilan d'activité trimestrielle l'EPH KRIM BELKACEM de Draa-El-Mizan année 2016

D'après le tableau ci-dessus on peut remarquer que l'EPH de D-E-M possède pas mal de service de soin afin de répondre aux besoins de ces malades, mais y'a un manque considérable des lits dans les différents services par rapport aux nombre de malade admis. C'est pour cela que cet hôpital doit s'investir dans les lits et aussi crée des nouvelles spécialités afin de prendre en charge le plus de malade possible pour ainsi diminuer le nombre de décès.

² Dictionnaire de la santé de la population de la wilaya de Tizi-Ouzou établissement public hospitalier KRIM BELKACEM de Draa-El-Mizan-Bilan des activités année 2016-consulter le 15/05/2017 –tableau N°1

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

Le tableau ci-dessous représente les activités du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan :

Tableau N02 : Activités du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan année 2016³

Nombre des malades reçus	OBS	Curetage	plâtre	Injection	VAR	Soin	ECG	décès	Hôpital du jour (hospitalisation)
83015	2223	02	3323	43737	327	15212	836	59	4599

Source : fais par nous-même d'après les données des activités du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan année 2016

Le tableau ci-dessus représente les activités trimestrielles du service des urgences de l'EPH de D.E.M. on peut remarquer que le nombre des malades admis au service des urgences est élever par rapport à une population de 69077 habitants.

On remarque aussi que le nombre de décès est plutôt faible par rapports aux nombre des malades reçus ce qui nous fais un taux de mortalité des malades admis au service des urgences de 0.07% par 3mois.

3.1.3. Echantillon d'étude :

Dans le but de comprendre le phénomène d'étude, nous avons réunis des données détaillés concernant l'objet de cette étude. L'échantillon utilisé dans notre étude quantitatif généralement plus réduit et concernera des informations recueillis sur une période de 3 mois, qui est la durée de notre stage pratique au sein de l'EPH de Draa-El-Mizan.

Les personnes à interviewer ont été sélectionnées sur la base de leur implication dans le processus de PEC des patients au niveau du service des urgences, compte tenu de leur connaissance ou de leur implication dans le projet. C'est donc un

³ Dictionnaire de la santé de la population de la wilaya de Tizi-Ouzou établissement public hospitalier KRIM BELKACEM de Draa-El-Mizan-Bilan des activités année 2016-consulter le 15/05/2017- tableau N°2

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

échantillonnage non probabiliste, qui est un ensemble des personnes représentatives de la population concernée, selon des techniques non scientifiques⁴.

Comme l'étude était qualitative, l'échantillon qui a permis la collecte de ces données brute pour notre étude a été sélectionné comme suit :

Nous avons fait un entretien avec les personnels qui se trouvent au niveau de leur surveillance médicale du pavillon des urgences, exactement avec le Dr OUALI médecin urgentiste dans le PU, ainsi que le responsable informatique Mr DJEMAA, le cadre paramédical Mr MIHOUBI et nous avons fait aussi un entretien avec la responsable du matériel et du suivi du matériel hospitalier Mme HABEL.

Nous avons aussi questionné le personnel présent au service des urgences constitué d'infirmier, tel que Mr DAMOUN et la responsable de gestion de stock de la pharmacie des urgences Mlle OGAB qui nous ont fourni des informations précieuses quant au fonctionnement de ce service et la prise en charge des malades.

3.2. L'organisation et le fonctionnement du service des urgences de l'EPH de

3.2.1. Présentation et description du champ d'étude :

➤ Situation géographique de l'EPH de Draa-El-Mizan :

L'hôpital KRIM BELKACEM de Draa-El-Mizan de 240 lits est construit sur les hauteurs de la ville en surplombant sur le côté est de la ville. On y accède par la route reliant Draa-El-Mizan à Bouira.

Les alentours de l'hôpital sont des terrains plantés d'arbustes de toutes sortes sur le flanc Sud.

Sur la côte Ouest passe la route nationale N° 23 et sur le flanc nord une plantation d'arbres d'eucalyptus qui offre un calme serein et un air pur, frais bénéfique aux malades

⁴www.ute.umh.ac.be-consulter le 12/09/2017.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

C'est une structure hospitalière moderne non pavillonnaire mais en système intègre, constituée de deux bloc implantés d'une façade parallèle dans la direction Est et Ouest qui expose les façades (fenêtres et chambres).⁵

➤ **Le premier bloc est constitué de :**

D'un plateau technique est constitué de différents services de consultations spécialisées, de chirurgie, de médecine interne, pédiatrie, O.R.L, ophtalmologie hémodialyse, service des urgences médico-chirurgical, des services para clinique, de radiologie, laboratoire, cabinet dentaire et du bureau des entrées.

L'hôpital étant construit sur une pente, de ce fait ; le plateau technique à un seul étage et il est au même niveau que le deuxième étage du second bloc, comprenant les services auxquels il est relié par passerelle située sur le flanc sud.⁶

➤ **Le deuxième bloc est constitué de :**

- 1er étage : service de Pédiatrie.
- 2eme étage : service de maternité ; gynécologie et de l'unité de dépistage du cancer du col utérin
- 3eme étage : service de médecine interne
- 4eme étage : service ophtalmologie et service O.R.L
- 5ème étage : service de chirurgie

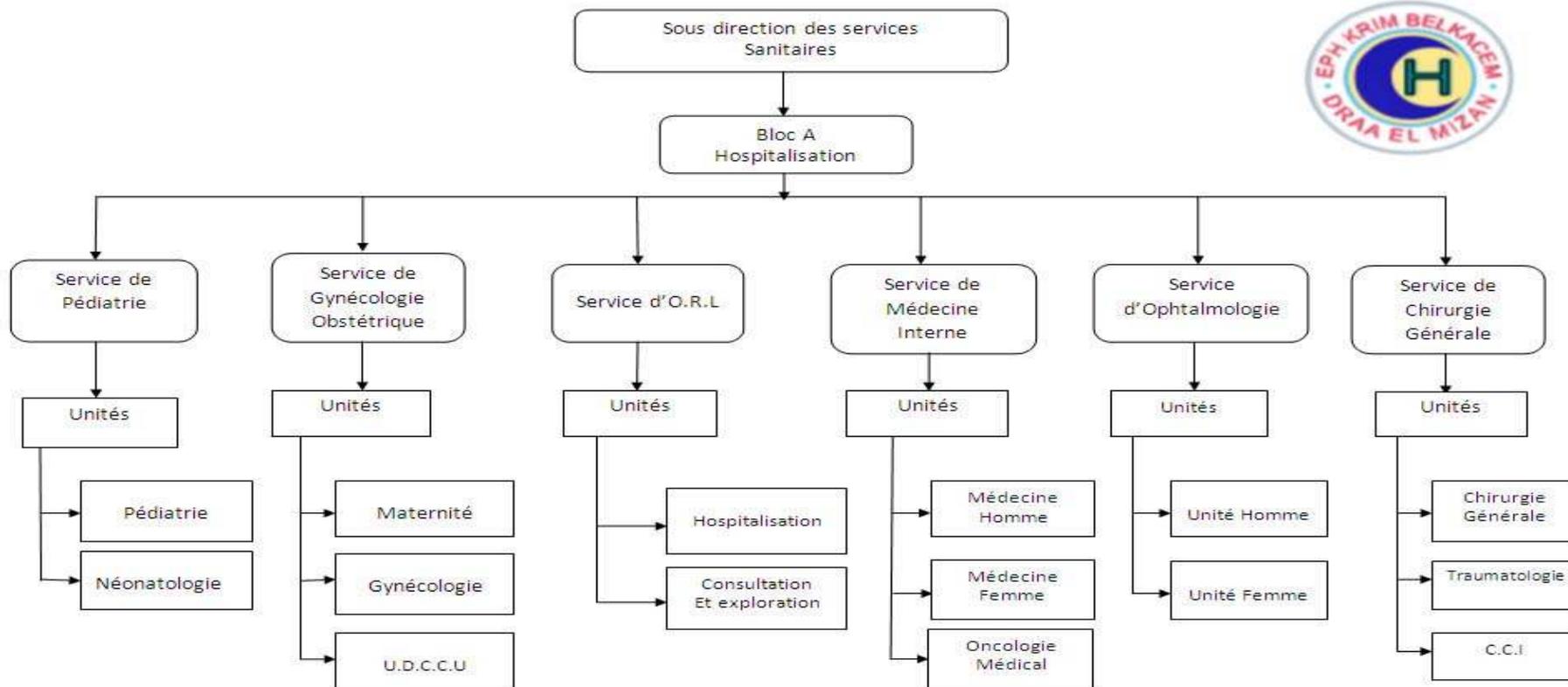
Le premier étage auquel on accède par une voie parée permise par le nivellement du site, abrite le service administratif et le service de pédiatrie après le réez de chaussé, ayant aussi accès par la lingerie, la cantine, service généraux, la chaudière les accès aux ouvertures des vides ordures et sur le même niveau les trois bâches a eau qui constituent la réserve en eau potable de l'hôpital.⁷

⁵<http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/presentation-> consulter le 20/09/2017.

⁶<http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/presentation> - consulter le 20/09/217.

⁷<http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/presentation-> consulter le 2/09/2017.

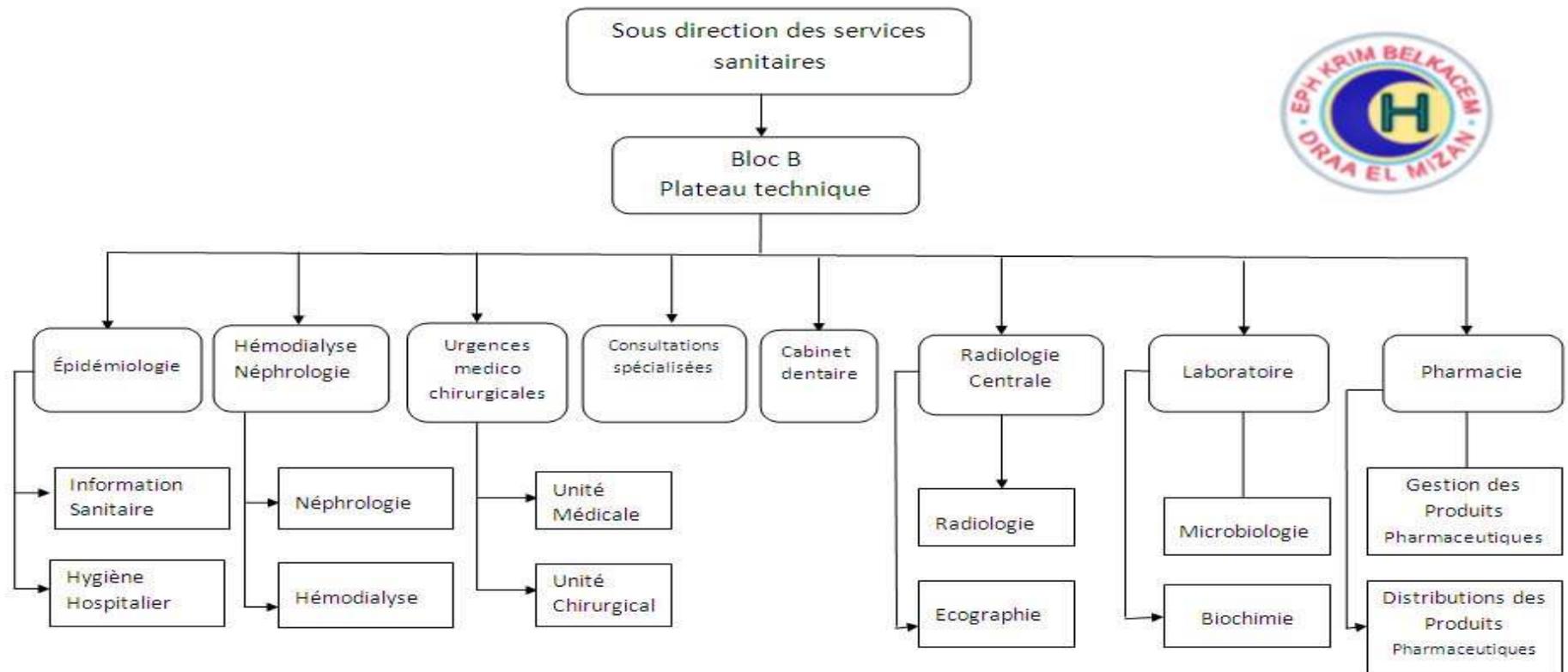
Organigramme du service technique de l'EPH de Draa-El-Mizan (Bloc A): 2016



LE DIRECTEUR ;

Organigramme des services techniques

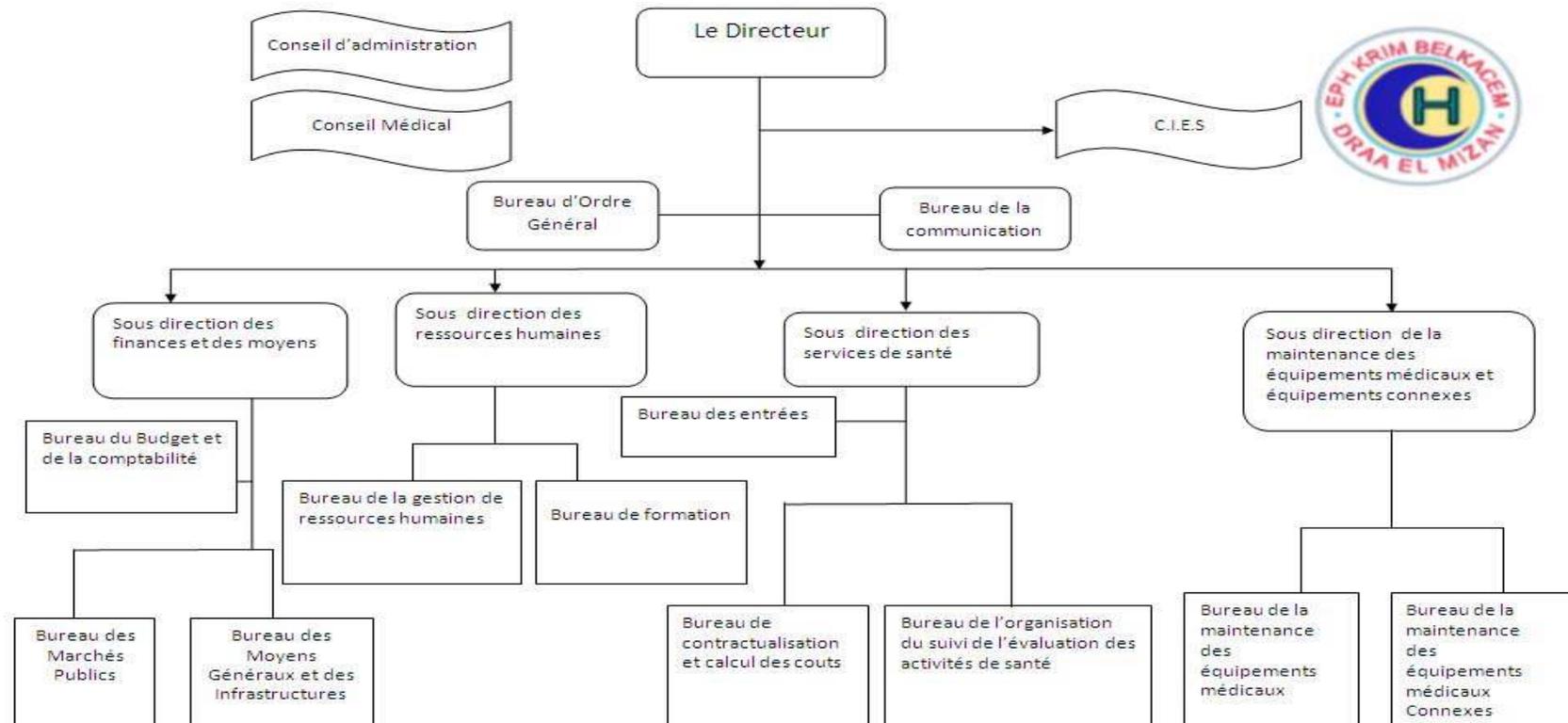
Organigramme du service technique de l'EPH de Draa-El-Mizan (Bloc B): 2016



LE DIRECTEUR ;

Organigramme des services techniques

Organigramme général de l'EPH de Draa-El-Mizan année 2016



3.2.2. Activités développées au sein de l'EPH KRIM BELKACEM de Draa-el-mizan⁸ :

- **Activité des urgences médico-chirurgicales.**
- **Activité opératoire urgence et froid.**
 - Chirurgie générale.
 - C.C.I.
 - ophtalmologie.
 - traumatologie.
 - gynécologie
 - O.R.L.
 - Maxillo-faciale
- **Activité de dépistage du col Utérin**
- **Consultation spécialisées disponible**
 - Consultation de chirurgie générale
 - Consultation de pédiatrie
 - Consultation O.R.L.
 - Consultation pneumo-ptisiologie
 - Consultation. Médecine interne et endocrinologie et diabétologie
 - Consultation Anesthésie réanimation
 - Consultation gynécologie
 - Consultation traumatologie
 - Consultation néphrologie
 - Consultation C.C.I.
 - Consultation psychologie
 - Consultation de maxillo-faciale

⁸<http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/activites-developpees> consulter le 21/09/2017.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

- Activités de dépistage du col Utérin
- Activités de radiologie
- Activités de laboratoire
- Activités de transfusion sanguine
- Activités d'hospitalisation
- Activités d'hémodialyse

L'effectif de l'hôpital KRIM BELKACEM de Draa- El –Mizan est de **431** employés, qui sont répartis comme suit :

Tableau N03 : L'effectif de l'hôpital KRIM BELKACEM de Draa- El –Mizan

➤ **Praticien médicaux :**

Corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique	39
Médecin généraliste	23
Chirurgien-dentiste	01
Pharmacien	02

➤ **Corps des paramédicaux :**

Corps des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimateur de santé publique	10
Corps des sages-femmes de santé publique	19
Corps paramédicaux de santé publique comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • préparateur en pharmacie • manipulateur en imagerie médical • infirmier spécialisé 	198

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

<ul style="list-style-type: none"> • infirmier de santé publique • infirmier diplômé d'état (IDE) • infirmier breveté (IB) • aide-soignant de santé publique (ATS) • laborantin de santé publique • assistant médicaux de santé publique • ergothérapeute de santé publique • kinésithérapeute 	
--	--

Corps psychologue clinicien de santé publique	01
Corps de psychologue orthophoniste	01

Corps des biologistes de santé publique	07
---	-----------

Corps des ouvriers professionnels conducteurs automobiles	40
---	-----------

Corps des contractuelles à temps plein	59
--	-----------

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

Corps des contractuelles à temps partielles	31
---	----

Source : fais par nous-même d'après Exploitation des données de l'EPH de draa-el-mizan

D'après ce tableau on remarque que l'effectif de l'EPH de Draa-El-Mizan est plutôt insatisfaisant pour couvrir les besoins en santé de ces malades, la solution est de former et recruter plus de personnel médical et paramédical.

3.2.3. Le service des urgences médico-chirurgicales de l'EPH de Draa-El-Mizan :

On entend par « urgence » le besoin exprimé d'une prise en charge Diagnostique ou thérapeutique rapide, non programmée, entraînant la consultation dans un établissement de soins ou l'hospitalisation. Le service des urgences de l'établissement public hospitalier de **Draa-El-Mizan** se trouve à quelque mètre à droite de l'accès principal il est organisé comme suit :

a) Equipements et Infrastructures

- Deux salles de consultation
- Une salle de d'échouage
- Une salle d'injection
- Trois salles d'observation de six lits
- Pharmacie des urgences
- Chambre de garde pour les infirmiers
- Une salle d'attente

b) Moyens Humains

Equipe de jour

- 03 médecins Généralistes
- 08 paramédicaux 08h16h
- 02 chauffeurs ambulanciers

Equipe de nuit

- Deux médecins généralistes

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

- 04 paramédicaux
- 02 Chauffeurs ambulanciers

c) Circuit du malade

Le malade atterrit aux urgences dans une salle d'attente qui donne directement accès aux deux salles de consultations, une fois vu par les médecins, le malade est, soit orienté dans une salle de mise en observation où il bénéficiera des soins d'urgence pour ensuite qu'il soit revu par les médecins qui vont le libérer avec un traitement, soit, le malade transféré directement dans le service d'hospitalisation d'urgence où il séjournera jusqu'à ce que son état permet son transfert dans un service spécialisé.

Les extrêmes urgences sont accueillies dans la salle de déchoquage, où l'équipe médicale, paramédicale lui procurent les soins nécessaires pour rééquilibrer le malade et permettre l'exploration de sa maladie.

Il existe aussi deux salles qui procurent aux malades des soins d'urgence prescrits par le médecin injection intra musculaire, intraveineuse, salle de plâtre, salle d'ECG, avant que le malade ne reparte chez lui avec une ordonnance.

d) Le matériel utilisé au service des urgences médico-chirurgical :

L'EPH de Draa-El-Mizan possède pas mal de matériaux et d'outils sophistiqués afin de répondre aux besoins de ces patient en terme d'accès au soin, de qualité de soin et de sécurité de soin.

Tableau N04 : Le matériel utilisé au service des urgences médico-chirurgical de L'EPH de Draa-El-Mizan

Le Matériel	Son utilisation
Stérilisateur	Pour désinfecter les outils et éliminer tous les microbes pour ne pas contaminer le malade.
Appareil aérosol	permet de transformer certains liquides en un nuage de particules extrêmement fines pour le traitement des maladies respiratoires telles que la rhinite, la sinusite, la bronchiolite, l'asthme ou la mucoviscidose. ⁹

⁹<https://www.materielmedical.fr/CT-2410-aerosol-inhalateur-nebuliseur.aspx> consulter le 21/09/2017.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

Appareil radiologie mobile	Permet de faire des radios pour les malade et d'obtenir rapidement des images de bonne qualité avec une meilleur maniabilité (tractable, on l'emmène ou on veut).
Électrocardiogramme (ECG)	correspond à l'enregistrement de l'activité électrique du cœur, nécessaire à ses contractions. Pour cela, on dispose des électrodes au niveau des chevilles, des poignets et sur la poitrine des patients
Moniteur de surveillance	Utiliser pour la surveillance des signes vitaux des malade, il est conçu aussi pour être utilisé dans les ambulances et les services d'urgences et pour les transports médicalisés.
Pousse seringue électrique	Les pousse seringues électriques (PSE) ou seringues auto pousseuses (SAP), sont couramment utilisés en soins infirmiers. ¹⁰
Aspirateur chirurgical	L'aspirateur est un appareil permettant d'aspirer et d'éliminer des substances de nature variée, provenant de l'organisme lui-même (sang, liquide digestif, liquide articulaire etc.) ou de l'extérieur (antiseptique entre autres, liquide physiologique etc.). ¹¹
Appareil d'anesthésie	L'appareil d'anesthésie permet l'administration d'O ₂ et d'agent anesthésiques par inhalation, ou éventuellement d'un mélange O ₂ -air additionné ou non de vapeur anesthésique halogénée. Il permet la ventilation spontanée, manuelle et mécanique. ¹²
Défibrillateur cardiaque mobile	est un appareil portable, fonctionnant au moyen d'une batterie, dont le rôle est d'analyser l'activité du cœur d'une personne en arrêt cardio-respiratoire. ¹³
Bain marie	Est un appareil de laboratoire, On utilise principalement le bain-marie pour effectuer des

¹⁰<https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/les-pousse-seringue-electriques.html>- consulter le 23/09/2017.

¹¹<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/aspirateur-chirurgical/>- consulter le 23/09/2017.

¹²<http://sfar.org/lappareil-danesthesie-et-sa-verification-avant-utilisation/>- consulter le 23/09/2017.

¹³https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9fibrillateur_automatique- consulter le 23/09/2017.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

	dénaturations par exemple. Pour des applications à plus basse température.
Négatoscope	est une plage lumineuse : il permet de lire des radiographies, que ce soit en cabinet ou en bloc opératoire.
Pèse personne	est un type de balance destiné à indiquer la masse d'une personne debout, immobile sur un plateau.
Table d'opération en salle de cloquage	La table d'opération est une table standard respectant un ensemble de normes précises, permettant plusieurs options. Celle-ci peut être équipée de « bras », pour écarter les jambes d'un patient (pour des interventions gynécologiques, par exemple). De plus, une pédale ou télécommande permettent de régler la position du malade par rapport au chirurgien, l'inclinaison de la table (ou de certaines parties de celle-ci), la hauteur, le roulis.
Scialytique	Est un système d'éclairage utilisé dans les salles opératoires. Elle est Orientable et composé de nombreuses sources de lumière et de miroirs, il présente la particularité de diffuser une lumière blanche (pour mieux distinguer les tissus et organes), uniforme et sans ombres portées.
Tensiomètre	est un appareil de mesure médical utilisé pour mesurer la pression artérielle.
Stéthoscope	est un instrument acoustique, servant principalement dans le domaine médical pour l'auscultation, c'est-à-dire l'écoute des sons internes du corps.

Source : fais par nous-même d'après l'exploitation des données de l'EPH de Draa-El-Mizan

D'après le tableau ci-dessus on note que le service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan manque considérablement de moyen matériel, ce qui ralentit son efficacité et son rendement.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

Lors de notre stage pratique on a constaté que le matériel utilisé dans ce service est datée pour ne pas dire usée c'est un vrai frein pour le personnel soignant qui ne sait plus comment faire face à tous ces problème.

3.3.4. Fonctionnement de l'établissement :

➤ Horaires de travail

Administration : du dimanche au jeudi

- 08H00-12H00
- 13H00-16H30

Bureau des admissions : 07/07 24H/24

➤ Consultations externes : du dimanche au jeudi

- 08H00-12H00
- 13H00-16H30.

Radiologie : 24H/24 07/07J

Laboratoire : H/24 pour les malades admis aux urgences et malades hospitalisés.

➤ Gardes de nuit

Journées ouvrables : de 16H00 jusqu'au lendemain 08H00

Week end et jours fériés : 08-20H00, 20H au lendemain 08H00

Visites : Quotidiennes, de 13H30 à 15H00 (sauf visites interdites par le médecin traitant).

Interdiction d'accès pour les mineurs de moins de 14 ans.¹⁴

➤ Condition d'admission :

✓ L'hospitalisation se fait comme suit :

- A l'établissement par le médecin des urgences d'une demande d'admission.

¹⁴<http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/9-news-> consulter le 23/09/2017.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

- Par un RDV obtenu préalablement lors d'une consultation externe.
- Le livret de famille est obligatoire pour le service de maternité.
- L'agent du bureau des admissions enregistre l'hospitalisation et établit un bulletin d'admission sur lequel figure le nom du service et une fiche navette, qui seront remis par les parents au surveillant médical de l'unité où sera hospitalisé le patient.
- Une pièce d'identité du patient avec sa carte d'assurance ou de démuni.

✓ La sortie :

La sortie peut être décidée par le médecin traitant ou par un des parents contre avis médical.

Pour la sortie, décidée par le médecin, le praticien signe la sortie sur le bulletin d'admission et remet le dossier au bureau d'admissions.¹⁵

✓ Avant l'admission du malade à l'hôpital de Draa-el-mizan :

1. L'arrivée à l'hôpital :

Sauf en cas d'urgence, dès l'arrivée du patient à l'hôpital, il (ou la personne qui l'accompagne) doit se rendre à un point d'accueil administratif, généralement situé dans le hall d'accueil de l'Hôpital (Bureau des admissions), pour accomplir les formalités administratives en présentant les documents en sa possession. L'enregistrement correct des informations le concernant est primordial pour assurer la sécurité de ses soins et sa prise en charge financière. Si le malade est salarié, il doit prévenir son employeur. Il lui confirmera son hospitalisation à l'aide d'un bulletin de situation établi par l'Hôpital. L'accomplissement des formalités administratives est la première étape de son hospitalisation. En effet, il est important d'établir un dossier correct et complet. Pour cela, il faut se munir des documents justifiant de l'identité et de la couverture sociale. Il faut préparer son dossier dès que la date de l'hospitalisation est fixée, en remplissant le formulaire de pré-admission fourni par le service de soins et en le déposant au bureau des admissions. Dans le cadre d'une hospitalisation, il faut se présenter au bureau des admissions de l'établissement pour constituer le dossier. Ce dossier comporte des informations relatives à l'identité du patient et à sa couverture sociale. Ces informations sont confidentielles. Les agents hospitaliers sont tenus au secret professionnel "pour les faits,

¹⁵<http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/9-news-> consulter le 29/09/2017.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leur fonction" Les documents à présenter sont les suivants :

- * Une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire, livret de famille,
- * la carte CHIFA (ou l'attestation papier correspondante).
- * La convocation du service de soins. Le cas échéant, il vous faudra présenter : la notification de prise en charge à 100% des frais de soins.¹⁶

2. L'arrivée aux urgences :

Aucune formalité ne retardera l'entrée à l'urgence. Dès que possible, il est important que le patient régularise son dossier, soit par un membre de son entourage, soit par lui-même.

3. Sortie du malade :

La sortie peut être décidée par le médecin traitant ou par un des parents contre avis médical. Pour la sortie, décidée par le médecin, le praticien signe la sortie sur le bulletin d'admission et la fiche navette et remet le dossier administratif et médical au bureau d'admissions. Le patient passe au niveau du bureau des entrées (guichet de la régie) d'où il récupère son dossier médical avec une carte de RDV pour contrôle après avoir honoré ses frais d'hospitalisation, dans le cas échéant, présenter une carte d'exemption de paiement, exemple (carte de démuné ou de malade chronique). Ensuite, la fiche navette sera transférée au bureau des admissions où la sortie administrative de ce malade sera enregistrée. A noter que le patient peut demander un certificat de présence lors de son hospitalisation et un certificat de séjour à sa sortie de l'hôpital. Dans le cas où le patient décède à l'hôpital, le dossier est transféré au bureau des entrées en plus du constat de décès, une fois la sortie faite, les parents ou proches du défunt récupèrent le dossier suivant : Constat de décès, la Non contagion et la déclaration de décès du bureau des admissions et le remettent à l'APC de Draa El Mizan qui doit déclarer le décès et leur remettre l'acte de décès qui leur permettra de retirer le permis de transport de la dépouille au niveau de la Daïra de Draa El Mizan, puis se déplacer au siège de la Police Nationale de Draa El Mizan afin qu'elle se déplace à l'EPH pour sceller le cercueil, dans le

¹⁶<http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/9-news-> consulter le 25/09/2017.

cas où le défunt réside dans une autre wilaya, les proches doivent se déplacer au siège de la wilaya de Tazi Ouzou (DRAG) pour récupérer le permis de transport de la dépouille.¹⁷

3.3. Analyse et interprétation des résultats :

Les services d'urgences hospitalières ont vu leur nombre de patients augmenter de manière continue. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette attractivité. Ces services sont appréciés du fait de leur image de professionnalisme et de technicité. Le public espère y trouver un personnel compétent, qui lui fera passer en cas de besoin des examens complémentaires, et qui éventuellement pourra l'hospitaliser.

3.3.1. Particularité des services des urgences :

L'orientation des flux des patients venant de plus en plus aux structures des urgences cherchent une réponse à un besoin de soins immédiats de gravité variable, cette réalité se confirme tous les jours, le nombre de patients vus aux urgences augmente.

L'environnement des urgences est agressif physiquement, psychologiquement et que ce soit pour les médecins ou pour le personnel paramédical.

Le personnel travaillant aux urgences n'arrive pas à gérer le temps de travail, à cause d'un stress important.

La médecine d'urgence avec ses différentes composantes médicochirurgicales souffre de grands problèmes de gestion.

La pénibilité est aussi dans la difficulté d'obtenir des lits pour les patients qui restent plus de 48h aux urgences le transformant à un véritable service d'hospitalisation et diminuant la capacité d'accueil des urgences médico-chirurgicale.

Difficulté d'obtenir des examens complémentaires urgents pour des raisons multiples (manque de matériels, panne, absence de personnel compétent).

¹⁷<http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/9-news-> consulter le 25/09/2017.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

Le non-respect de la hiérarchisation de soin, la plupart des malades se présente au service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan même si celui-ci ne requiert pas de soin d'urgence tout en négligeant les polycliniques et les salles de soin.

3.3.2. L'Accueil et l'orientation :

L'accueil des personnes en demande de soins, constitue une priorité pour les usagers. Les symptômes mettant en cause le pronostic vital ou qu'ils soient, d'un point de vue médical, de nature bénigne, tel que la souffrance physique ou psychologique, justifie le recours à cette unité d'urgence.

L'absence d'un réel service d'orientation du malade, la prise en charge psychologique des malades et de leur familles et totalement négliger souvent par manque de personnels compétents malgré l'importance de cette tâche elle, est aussi importante que la prise en charge thérapeutique.

L'accueil, qui est la première étape de la réception du malade, est souvent négligé dans les structures d'urgences, elle est une conséquence d'une mauvaise organisation.

Les lieux sont étroits, non confortables ne permettent pas une circulation fluide des patients et du personnel soignant

Le nombre important des patients qui fréquentent les urgences ne relève pas toujours directement de la vocation d'un service d'urgence, il en résulte un encombrement du service (la recherche d'une consultation ; régularisation vignette, voir un ami, examen complémentaire, radiologique, ou biologique)

L'absence d'une porte qui permet l'accès direct des malades graves dont le diagnostic vital peut être mis en jeu.

- L'absence d'un réel sentiment de sécurité
- Le passage obligatoire de toute admission par les urgences
- La durée d'attente reste plus ou moins longue

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

➤ Propositions :

- L'amélioration de nos structures d'urgences est devenue plus que jamais une priorité sollicitant la contribution de tous les professionnels de la santé administrative et technique.
- L'accueil des patients à leur arrivée dans les services d'urgence pose un certain nombre de problèmes d'où l'intérêt de réaliser un boxe d'accueil et orientation.
- L'accès aux urgences doit être organisé, facile, et fait l'objet d'une information claire.
- les professionnels de santé sont informés des activités de l'établissement.
- Les secteurs d'activité sont signalés clairement à l'intérieur de l'établissement afin de faciliter la circulation de tous.
- L'accueil et l'orientation doivent être assurés de jour comme de nuit.
- L'établissement organise sans délai la prise en charge de toute personne se présentant pour une urgence, en tenant compte du degré de l'urgence, d'où l'intérêt d'adopter des codes en fonction du degré de l'urgence
- Si la situation du patient ne relève pas de ses compétences, l'établissement l'adresse a une structure appropriée, après un avis de la structure d'accueil.

Des dispositions de qualité de l'accueil aux urgences doit aussi passée par :

- La formation de tout le personnel du service d'urgences (médecins, infirmiers, agents d'accueil secrétaires, assistantes sociaux...) Cette formation permettra de rappeler la mission des services d'urgences et de mieux connaître les différentes catégories de personnes
- Les grands axes d'un accueil professionnel seront précisés (savoir prendre sont tramps, respecter, apprivoiser, rendre chacun sa dignité...).
- La formation doit être ciblée dans les sciences humaines, la technique de communication.
- Une formation de base, commune a toute l'équipe, doit être complétée par des formations complémentaires adaptées à chaque catégorie. Aussi les médecins seront formés à l'accueil et aux pathologies spécifiques qu'ils auront à traiter.

3.3.3. La Prise en charge proprement dite (qualité)

3.3.3.1. Qualité de la prise en charge

La qualité aux urgences doit fournir un accueil, des soins de qualité et de sécurité et optimiser la prise en charge des patients, mais elle se heurte à l'absence des normes et de référentiel en matière d'urgence et l'inadéquation entre la chaîne de soins et les objectifs de santé publique.

A l'état actuel des choses, de l'accueil jusqu'à la sortie du patient rien ne peut garantir une qualité de soins dans les structures sanitaires.

Les activités de garde au sein de toutes les structures sanitaires sont assurées par des médecins généralistes dans plus de 70% qui ne sont pas formés pour l'urgence, souvent sans aucune expérience (les plus jeunes sont affectés au service d'urgence)

Les patients sont mis en conditions par le médecin généraliste de garde (examen clinique, bilan radiologique, et biologique selon le diagnostic initial en attendant une prise en charge spécialisée ou une éventuelle évacuation vers une autre structure plus adéquate, cette évacuation reste dans la plus part des cas non programmée et sans avis du service d'accueil causant ainsi un grand pêne pour le patient au risque de ne pas être prise en charge.

On ne dispose pas de procédures opérationnelles standardisées, pour la prise en charge des différentes pathologies (diagnostique et thérapeutique) on ne dispose même pas de normes et d'indicateur de qualité qui peuvent assurer la sécurité du malade.

Les services d'urgence n'ont pas les moyens matériels et humains d'assurer cette qualité. Le recueil des informations est pauvre et inconstant, il n'y a pas de traçabilité du patient dans la chaîne de soins en urgence.

La qualité commence par se doter d'un personnel formé et compétent, et surtout motivé.

Les moyens seront donc un renforcement du personnel médical et paramédical qualifié en nombre suffisant.

3.3.3.2. Les urgences pédiatriques :

Une attention bien particulière doit être donnée aux urgences pédiatriques qui constituent plus de 30% de l'activité globale des UMC, notamment par la création de services

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

des urgences pédiatrique au sein de toutes les grandes villes qui ne disposent pas d'établissement pédiatrique spécialisé avec un personnel compétant et des moyens adéquats.

La qualité de soin c'est aussi les bons tenus du dossier qui contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge.

Elle est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité, le dossier permet des actions dévaluation et d'amélioration de la qualité des soins. C'est un outil central dans le cadre de la contractualisation des soins dans un établissement d'urgences.

Sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évaluées pour être améliorées et conduire ainsi à une meilleure prise en charge du patient et à l'optimisation du fonctionnement de l'établissement.

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, pré, et poste opératoire du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission écrite des informations.

3.3.4. Médicaments et consommables :

Dans la plus parte des cas malgré la disponibilité d'un logiciel de gestion de pharmacie, d'une nomenclature des médicaments et consommables propre au service, cette dernière n'est pas mise à jour, la gestion du médicament est assurée par des agents non qualifiés souvent sans formation. La tenue du registre de médicaments n'est pas contrôlée.

Une négligence qui fait des médicaments et consommables qui coute très chères se trouve par tout à la disposition de tous ce qui n'évite pas le vol et le gaspillage.

Souvent des ruptures de certain médicament, et ou consommable rend la tâche difficile et justifie l'évacuation d'un malade, ou la réalisation d'une exploration à titre privé, ainsi que de demander à une famille de ramener un médicament qui manque à la prise en charge de leur malade.

Cette situation est devenue parfois intolérable surtout pour les médicaments qui sont classés usage uniquement hospitalier.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

➤ Propositions :

- Qualification et recyclage des personnes gérant du médicament.
- Etablir une nomenclature type a toutes les structures en fonction des spécialités disponibles.
 - Les passations de consignes entre les différents responsables de pharmacie doivent se faire par écrit
 - Renforcer le control interne et externe à tous les niveaux
 - Mettre en place les outils nécessaires pour assurer la traçabilité du médicament et autre consommables.
 - Mettre en place des règles relatives aux conditions de prescription, de validation de la prescription, d'acheminement et de délivrance de médicament
 - Assigner des conditions d'utilisation du médicament et du dispositif médical.

3.3.5. Comité de garde des urgences :

Malgré la mise en place des différents comités à tous les niveaux, la qualité de leur composante et leur prérogative, l'apport de ce dispositif reste insignifiant dans l'organisation des UMC

On a l'impression qu'il ya un désengagement total de ces comités entraînant le système de fonctionnement des urgences dans une sorte d'hibernation, sans aucune évaluation.

➤ Les missions normalement confiées à ces comités sont :

- D'organiser, de suivre et de contrôler les gardes et les urgences des structures de santé et de veiller à leur bon fonctionnement.
- De définir le type de structure, les moyens humains et matériels nécessaires aux activités de garde et des urgences et de veiller à leur mise en œuvre.
- D'analyser, dévaluer et de diffuser périodiquement l'information relative aux activités de urgences.

➤ Ces comités sont institués au niveau :

- De l'administration centrale.
- De la wilaya
- Du centre Hospitalo-universitaire.
- Du secteur sanitaire de l'établissement spécialisé.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

➤ **Périodicité des réunions des comités :**

- Le comité se réunit obligatoirement en séance ordinaire
- Pour le comité de l'administration centrale ; une fois par trimestre,
- Pour le comité de wilaya ; une fois par trimestre,
- Pour le comité du CHU une fois tous les deux mois
- Pour le comité d'établissement ; une fois par mois

En cas de nécessité, le comité peut être convoqué en séance extraordinaire par son président ou à la demande de la majorité des membres.

3.3.6. Personnels

➤ **personnel médical :**

Le secteur public se vide progressivement de ses compétences médicales notamment en matière de spécialités chirurgicales et la réanimation au bénéfice d'un secteur privé qui n'intervient globalement que dans la prise en charge des pathologies en dehors des urgences. Cette situation ne peut pas rester sans influence sur la qualité de la prise en charge des urgences.

De plus le fort potentiel humain expérimenté venu en grande partie du secteur public, exercent à temps plein dans les cliniques privées, est quasiment perdu aux plans du progrès scientifique, de la formation et de la contribution à l'accessibilité et à la qualité des soins.

Le généraliste de garde se trouve devant l'obligation d'évacuer les patients vers les CHU, par manque de moyen ou par manque de professionnels qualifiés.

Cette réalité reflète une répartition inégale des ressources humaines notamment des praticiens spécialisés qui sont en majorité concentrés dans les grandes villes du nord du pays à titre d'exemple la wilaya d'Alger qui dispose de 29% de l'effectif de spécialiste.

Les départs massifs des spécialistes de l'EPH de draa-el-mizan vers les cliniques privées ; à cause d'un salaire faible, du manque de moyen et de l'inconfort des salariés dans leur espace de travail.

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

➤ personnel paramédical

En absence de normes de références il est très difficile de juger objectivement l'effectif qui devrait assurer les soins aux urgences, pour garantirai une sécurité aux malades, mais souvent certains dysfonctionnements sont attribués à un personnel insuffisamment qualifié.

En absence d'un statut particulier attractif pour le personnel exercent au PU qui devrait les motivés, les urgences sont devenues le synonyme de sanctions administratives ; dans ce conteste aussi on relève l'absence d'une réelle étude (audit), qui peut déterminer combien faut-il exactement d'argent paramédical dans telle ou telle structure de ce fait souvent les responsable se plaint du manque de personnel notamment pendant la période des congés ou les fait de les remplacés devient presque impossibles dans la plus part du temps ceux qui sont affectés considèrent comme étant une mesure disciplinaire.

La participation d'une partie non négligeable du personnel aux activités du secteur privé clandestinement, notamment en radiologie, laboratoire, anesthésie, personnel du bloc opératoire aggrave à son tour cette situation...

➤ Propositions :

- Une répartition équitable des spécialistes en prenant comme indicateur :
 - La situation démographique
 - Les particularités géographiques
 - L'importance des activités.
- Mettre en place un statut particulier pour le personnel des urgences
- Revoir l'indemnité de garde
- Amélioration des conditions de garde : restauration, hébergement.
- Mettre fin au temps complémentaire
- Renforcer les inspections et le contrôle.

3.3.7. Formation

A : Formation initiale :

- Donner plus d'importance à l'enseignement de la médecine d'urgence.
- Encourager les études en économie de santé
- Former les professionnels en management dans le domaine de santé

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

➤ Favoriser la communication entre tous les professionnels dans tous les services de cet EPH.

B : Formation continue :

Elle constitue le point faible de l'urgence. Tout corps confondu, médical, paramédical et administratif, en dehors de la formation initiale de base.

Malgré l'importance et l'apport considérable qui peut résulter de la formation continue on constate l'absence d'une véritable politique de formation selon les besoins de santé et la réalité technologique en effet rare sont ceux qui ont bénéficié d'une formation pratique ou théorique qui peut garantir une réelle qualité de soins ; et une sécurité du patient l'absence de protocole ou procédure répondant aux normes de la pratique médicale.

➤ **Propositions**

La formation dans le domaine de l'urgence doit avoir un objectif spécifique à plusieurs niveaux

- Améliorer la compétence en matière d'urgence des médecins généralistes et favoriser leur plus grande implication dans la prise en charge quotidienne de l'urgence
- Favoriser des séances de formation et des stages rémunérés.
- Renforcement de l'enseignement de l'urgence dans le cycle de formation
- Création d'une spécialité en matière de médecine d'urgence.
- Formation de 3 à 6 mois dans des services spécialisés (CHU) traumatologie, gynécologie, pédiatrie cardiologie, réanimation...
- Les stagiaires doivent être formés et suivis par un professionnel qualifié.

➤ **Spécialiste :**

- Les spécialistes doivent subir un stage de perfectionnement et de mise à niveau.

➤ **Paramédicale :**

- Une amélioration de la formation des paramédicaux est indispensable et une place importante doit être réservée à la question qui est relative à l'urgence dans le programme de formation des infirmiers diplômés d'état (I.D.E).

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

- Mise en place d'un programme de formation continue du personnel, pratique et théorique obligatoire sanctionner par des attestations valorisantes permettant la progression dans leur carrière professionnelle.
- Réaliser des stages de 03 mois minimum dans les services de réanimation, traumatologie, radiologie, laboratoire
- Pour les chefs de service et chefs d'équipes ; des stages de gestion, de communication, de moyens de contrôle et dévaluation des activités médicales et paramédicales leur permettent d'améliorer leur gestion, contrôler la qualité de soins.

➤ **Surveillants médicaux :**

- Acquérir des méthodes et outils d'organisation prenant en comptes les aspects multiples d'un service d'urgences
- Promouvoir une organisation efficiente du service d'urgence
- Gestion de l'information dans le service et inter service.
- Organisation du travail et des locaux
- Organisation des équipes
- Donner plus d'importance à la formation et maintenir les compétences qui veillent sur la formation en agissant sur le plan des rémunérations qui doivent être sensiblement aménagées de façon à réduire l'écart qui les séparent de celles du secteur libéral.
- Création d'une bibliothèque propre aux services disposant de différents ouvrages de médecine d'urgence et de toutes spécialités outil informatique, Cd-rom, internet...etc....

3.3.8. Le système d'information et de communication :

A : l'information :

Par le manque de plaque de signalisation et 'affiche, les patients doivent toujours faire recoure a un agent ou un citoyen pour qu'ils les orientent vers les structures, et leurs informent sur l'existence de tel spécialité ou la présence de tel médecin...

Chapitre III : l'impact du fonctionnement et de la gestion du service des urgences sur la performance de l'EPH de Draa-El-Mizan

- Nos structures fonctionnent dans une opacité presque totale, le public n'est pas informé de manière claire sur les compétences et les moyens existants au sein des points d'urgence, sur l'état de santé des patients spontanément
- Les moyens de communication entre les différentes équipes soignantes, les passations de consignes ne se font pas souvent par écrit on préfère toujours le verbale même quand il s'agit des soins au malade.
- Les dossiers des malades ne sont pas correctement tenus.

B : la communication :

Malgré que le champ de la communication prend de plus en plus une place prépondérante dans le monde de gestion (management participatif) comme le confirme, des spécialistes. L'enjeu actuellement et celui de la communication et de l'information.

La maîtrise de différentes techniques pouvant rendre la communication efficace en l'adaptant à des diverses situations rencontrées chaque jour à l'urgence.

Nos structures des urgences souffrent d'un manque énorme de communication non seulement avec les usagers (malades et familles) mais aussi entre les professionnels eux même, de même structure ou entre les différentes structures.

Le fait d'une simple communication claire et respectueuse avec les malades influence la qualité d'une bonne relation entre le médecin et son patient.

La prise en compte de la parole du malade n'est pas un luxe, un surplus, mais c'est à travers elle que les actions des professionnels de santé prennent sens.

Mettre en place un véritable système régional d'information facilite la liaison directe des différentes structures et des différents acteurs des urgences entre eux ; permettant ainsi le transfert rapide des patients au sein de services plus adaptés à leur prise en charge. Ceci n'est vraiment possible que par l'introduction et la généralisation de la gestion informatisée des UMC (réseau informatique régional).

3.3.9. Les locaux

Les salles d'attente sont étroites avec une absence d'humanisation des locaux.

Les zones d'observation et de déchoquage sont souvent communes ; on note l'absence de boxes individuels.

Les structures d'urgence ne disposent pas de moyens adéquats à la prise en charge pédiatrique.

Du fait de la densité humaine et la polyvalence des activités des urgences, la qualité d'hygiène demeure non satisfaisante, augmentant ainsi le risque d'infection nosocomiale.

Les services des urgences vont devoir se restructurer pour se mettre en conformité avec les conditions d'hygiène et de sécurité et doivent faire l'objet d'inspections et d'évaluations régulières...

3.3.10. La régulation et le transport médicalisé :

En dehors des grandes villes, Hospitalo-universitaires, l'inexistence de ce dispositif de régulation pré hospitalière et de transport sanitaire d'urgence, sanctionne une très grande partie de la population d'une prise en charge urgente et adéquate, surtout en cas d'accident de circulation, retardant ainsi une évacuation dans de meilleures conditions vers les structures les plus adaptées, mettant la vie des patients en danger.

Même au sein de CHU cette activité se trouve à un stade embryonnaire mais structurée, sous équipe. Il est temps pour évaluer cette activité et planifier sa généralisation à toutes les wilayas.

Conclusion

Pour finir, le constat de l'interprétation de la donnée recueillie aux services d'urgence est sans appel.

La réalité c'est qu'il n'y a pas une véritable hiérarchisation de soins des urgences pour cela il faut mettre en place une organisation bien structurée faisant partie d'un système de soins qui définit les activités à chaque niveau et les doter réellement de moyens humains et matériels nécessaires et d'instaurer une politique claire sans ambiguïté.

Conclusion générale

Conclusion générale

La présence du service des urgences est une des composantes d'égalité des chances et de lien social intense.

Les réformes hospitalières ne doivent se faire qu'en maintenant des services d'urgences parfaitement efficaces, bien organisés, dotés de moyens humains et matériels suffisants.

Un réel service d'orientation et de tri de malades, ainsi que la prise en charge psychologique des malades et de leur familles doit faire partie de l'accueil vu l'importance de cette tâche, elle est aussi importante que la prise en charge thérapeutique.

La recherche de la performance et la rentabilité malgré la rareté des ressources pouvant être contractés à la santé, rend obligatoire l'efficacité, une responsabilité managériale.

Tout cela conduit obligatoirement à une réorganisation des urgences basée sur :

- La définition des tâches de chacun.
- Mettre à la disposition des professionnels les moyens matériels et les coûts de contrôle de qualité pouvant assurer la sécurité de l'utilisateur
- Un savoir et des compétences très spécifiques doivent se développer du fait de la diversité de la demande des usagers à laquelle répondent la capacité d'adaptation et le sens moral des professionnels impliqués dans ces réalités délicates du soin.

Les urgences hospitalières représentent un espace au sein duquel des professionnels affirment leur volonté de vouloir concilier ce que beaucoup considèrent comme incompatibles.

Au bout de ce mémoire une réalité se dégage. Enormément d'efforts ont été déployés en matière de moyens matériels et humains malgré certaines failles, mais l'organisation actuelle à tous les niveaux, central ; régional et local rend la mission de l'urgence très difficile.

L'absence d'une hiérarchisation des soins, d'un bon système d'informatisation qui doit être transparent et à la portée de tous les professionnels de la santé permet de savoir réellement qui fait quoi à tel ou tel endroit, de mobiliser des ressources humaines et matériels permettant ainsi une utilisation rationnelle et efficace ; ceci n'est possible que si le pouvoir de gestion de ces structures soit décentralisé par la création de régions sanitaires et la mise en place d'outils de travail modernes répondant aux conditions de management.

Conclusion générale

La création d'un système informatisé à l'échelle régionale connectant les différentes structures, facilite une bonne prise en charge des patients évitant les évacuations souvent inutiles.

Un processus aussi complexe que la réforme ne se réalise pas du jour au lendemain, il n'est jamais totalement acquis.

La structure des urgences doit s'adapter à l'évolution continue des besoins et au progrès scientifique.

La place des urgences dans le système de santé doit être capitale d'où l'intérêt de créer une commission régionale des urgences composée de professionnels qualifiés et aura pour missions :

- Création d'une carte sanitaire des urgences.
- Recenser tout le matériel médical existant par structure et leur état.
- Identifier toutes les compétences humaines existantes par spécialité et par structure.
- Etablir et évaluer les différentes activités.
- Etablir des normes et des procédures au sein de chaque service et veillera leur respect en collaboration avec les DSP.
- Suivre l'état du parc roulant.
- Evaluation des structures elle-même.
- Mettre en place un bon système d'information régional permettant la collecte, l'analyse de l'information dans de bons délais et assure la rétro information.
- Veiller au respect des normes architecturales et l'implantation de nouveaux sites.
- Relève les dysfonctionnements et propose en concertation avec les différents intervenants DSP – SS conseil médicale, conseil d'administration, la solution.
- Impliquer les pouvoirs publics (wilaya) à la gestion de ces structures.
- Encourager la participation du secteur privé à l'urgence :
 - a) Etablir un modèle de convention négociable selon la situation de la couverture sanitaire (rémunérateur convenable garde effective, astreinte....)
 - b) Obliger les établissements privés à assurer les gardes et au respect de la réglementation.

C'est le point pivot de l'organisation à mettre en place pour la bonne prise en charges des patients, sa place dans le système doit être définie sans ambiguïté.

Conclusion générale

Lors de cette étude sur le terrain nous avons rencontrés des problèmes qui sont :

- L'indisponibilité des données dont on a besoin sur la gestion des services des urgences
- L'indisponibilité des personnes interviewées, suit à la surcharge du service des urgences.
- Manque des textes réglementaires sur la performance des établissements de santé en Algérie.
- Difficulté par apport à l'accès aux services des urgences, de fait que ce dernier est un service médical qui ne répond pas à nos interrogations autour de notre problématique.
- Manque des travaux universitaire sur la gestion des services des services des urgences en Algérie.

D'après notre sujet de recherche d'autres études plus approfondies peuvent être effectués pour réaliser des recherche ultérieures dont nous citons :

- Evaluation de la performance des services des urgences dans les hôpitaux privés en Algérie.
- Etudes comparatives entre la gestion des files d'attentes dans les services des urgences des établissements publics et privé en Algérie.
- Les facteurs influençant sur qualité des soins dans les services des urgences en Algérie.
- L'amélioration du processus de prise en charges des patients par la modernisation de la gestion des services des urgences en Algérie.

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrage :

1. AIT Slimane, A (2004) le guide de la médecine et de la santé en Algérie : la médecine d'urgence.
2. Ann. Fr. Med. Urgence (2014) 4:96-105 page 97.
3. BOUHROUM.A Quelle urgence pour notre système de soin ? Laboratoire de la qualité des soins A.N.D.R.S page 12.
4. BRAUN, François ; PATERON, Dominique ; GIROUD, Mar. *Surcharge des structures des urgences et gestion des Hospitalisation*. Note de synthèse, SAMU-urgences de France, septembre 2013.Format PDF.
5. CASALINO, Enrique ; LANGLOIS, Florence ; et al. « La violence à l'hôpital : l'expérience d'un service d'urgences ». Responsabilité, n°38. Dossier spécial Hôpital : « Les violences à l'hôpital : analyse et solutions ». [format PDF] Paris : Juin 2010, p. 1.
6. Christelle C6 Stéphanie P- Marie V – La violence aux urgences : une fatalité ? Institut de formation en soins infirmiers- centre Hospitalier de canne Promotion 2000-2003.
7. CURCHOD Claude. Relations soignants–soignés : Prévenir et dépasser les conflits. Figure B : Les cercles vicieux relationnels. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. Mai 2009, p. 5 cf. Annexe VI : Les cercles vicieux relationnels
8. DAKNOU, Amani. *Op.cit.*,p. 90.
9. DELAMOUR, Magali ; MARCELLI, Daniel. « La parole aux urgences : le temps de s'entendre ». Perspectives Psy, vol. 49. Éditeur : EDK, EDP Sciences. Janvier-Mars 2010, n°1, p. 62. ISSN : 0031-6032 [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-1-page-61.htm>
10. DELAMOUR, Magali ; MARCELLI, Daniel. « La parole aux urgences : le temps de s'entendre ». Perspectives Psy, vol. 49. Éditeur : EDK, EDP Sciences. Janvier-Mars 2010, n°1, p. 62. ISSN : 0031-6032 [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-1-page-61.htm>
11. ELCHARDUS, Jean-Marc ; GANSEL, Y. ; et al. « Violence et urgence ». Annales Médico-Psychologiques, vol. 163, Issue 8. Éditeur : Elsevier. [En ligne] Octobre 2005, p. 665. DOI : 10.1016/j.amp.2005.07.015. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448705001629>
12. FORMARIER, Monique. « La relation de soin, concepts et finalités ». Recherche en Soins Infirmiers, n°89. Éditeur : ARSI. [En ligne] Juin 2007, n°2, p. 35. ISSN : 0297-

Bibliographie

2964. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>
13. Guide de gestion de l'unité d'URGENCE. Ministère de la santé et des services sociaux « guide de l'unité d'urgence novembre 2000, page 7.
14. KOÏTA, Kadiatou Keita. *Op.cit.*, p.17.
15. MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne (avec la collaboration de). La relation soignant-soigné. 3 e édition. France : Lamarre. Octobre 2008, p. 135. (Soigner et accompagner
16. MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne (avec la collaboration de). La relation soignant-soigné. 3 e édition. France : Lamarre. Octobre 2008, p. 136. (Soigner et accompagner)
17. MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne (avec la collaboration de). *Op. cit.* p. 136
18. MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. Psychologie, sociologie, anthropologie - UE 1.1. France : Elsevier Masson. Juillet 2010, p. 200. (Les Essentiels en IFSI, vol. 8)
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion d'urgence en ligne*. Québec, 2006, p.36. Format PDF.
20. Mylène Etchart (cadre de santé), Jacques Levraut (praticien hospitalier)
21. NAUDIN D, PAILLARD F, LOSSER M.R (2011), cahier des sciences infirmières Soins d'Urgence et de Réanimation, Masson, pp88
22. SARTRE, Jean-Paul. Critique de la raison dialectique. Tome I : Théorie des ensembles pratiques. France : Gallimard. Avril 1960, p. 209. (Bibliothèque des Idées)
23. VASSY, Carine. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire ». *Mouvements*, n°32. Éditeur : La Découverte. Mars-Avril 2004, n°2, p. 69. ISBN : 2-7071-4271-9. DOI : 10.3917/mouv.032.0067 [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>
24. VASSY, Carine. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire ». *Mouvements*, n°32. Éditeur : La Découverte. Mars-Avril 2004, n°2, p. 69. ISBN : 2-7071-4271-9. DOI : 10.3917/mouv.032.0067 [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>
25. Walter HESBEEN donne une définition du soignant, qui montre bien son implication dans le prendre soin : le terme soignant regroupe l'ensemble des intervenant de

Bibliographie

l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre en charge les personnes, et ce quel que soit la spécificité de leur métiers

DICTIONNAIRES, ENCYCLOPEDIES ET MANUELS

26. Dictionnaire encyclopédique Larousse (1979) Paris : librairie Larousse.
27. Dictionnaire de la santé de la population de la wilaya de Tizi-Ouzou établissement public hospitalier KRIM BELKACEM de Draa-El-Mizan-Bilan des activités année 2016-consulter le 15/05/2017 –tableau N°1
28. Dictionnaire de la santé de la population de la wilaya de Tizi-Ouzou établissement public hospitalier KRIM BELKACEM de Draa-El-Mizan-Bilan des activités année 2016-consulter le 15/05/2017- tableau N°2

COLLOQUES ET SIMINAIRES

29. Organisation Mondiale de la Santé, Rapport mondial sur la violence et la santé, 30 septembre 2002, Genève, p05.
30. *Publication service des urgences CHU Farhat Hached Sousse* – <http://www.efurgences.net>

Mémoires

31. BENSALD Ahmed, Les urgences et l'accueil .mémoire de fin d'étude, Alger : école national de santé publique el Marsa-Alger, juin 2005, p. 2.
32. Mémoire de fin d'études-Spécialité : Economie de la Santé-Thème : La gestion du service d'urgence comme un critère de la performance hospitalier.-Réaliser par : Melle BOUTTENA Amira, M^{elle} CHAOUADI Tassadit-Promotion 2015-2016.
33. MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES EN SOINS INFIRMIER-UE 5.6.S6 –Thème (Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelle) -IFSI Raymond POINCARÉ Promotion 2011-2014 92380 GARCHES-Les Urgences : de la situation de crise à la violence (Directrice de Mémoire : Geoffroy Mme Michèle HOGUET) Restitution : 2 juin 2014 – Soutenance : 17 juin 2014- <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-geoffroy-fretigny-danielou.pdf>

Bibliographie

34. Mémoire de fin d'études-spécialité : Formation des praticiens inspecteur-Thème : LES URGENCES & L'ACCEUIL-Réaliser par : Dr Ahmed BENSAID-Année 2005

RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

35. Organisation Mondiale de la Santé, Rapport mondial sur la violence et la santé, 30 septembre 2002, Genève, p05.

SITES INTERNET

36. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/33145-urgences-definition>
37. <http://www.hopitale.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-continuite-des-soins>
38. <http://www.sante.dz>
39. <http://www.djazairess.com/fr/latribune/2718>
40. <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> (consulté le 23/09/2016).
41. <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> (consulté le 23/09/2016).
42. http://www.memoireonline.com/11/13/7870/m_Les-determinants-du-delai-de-prise-en-charge-aux-urgences-dans-les-hpitaux-de-Kinshasa-cas-de-l6.html
43. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad081111.pdf> (consulté 27/06/2017).
44. <http://www.samu-de-france.fr/documents/act...> (consulté le 27/03/2016).
45. <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-305/Surcharge-des-services-d-urgence-constats-et-solutions>
46. <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>
47. <http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/presentation>.
48. <http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/presentation>
49. <http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/activites-developpees>.
50. Exploitation des données de l'EPH de draa-el-mizan.
51. <https://www.materielmedical.fr/CT-2410-aerosol-inhalateur-nebuliseur.aspx>¹<https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/les-pousse-seringue-electriques.html>.
52. <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/aspirateur-chirurgical>.
53. <http://sfar.org/lappareil-danesthesie-et-sa-verification-avant-utilisation/>

Bibliographie

54. <https://www.equipmedical.com/fr/negatoscope-a-quoi-sert-il-comment-le-choisir--gc81.html>.
55. <http://www.eph-draaelmizan.dz/index.php/9-news>.
56. www.ute.umh.ac.be

FICHE NAVETTE

IDENTIFICATION DU PATIENT

1. N° D'ADMISSION	2. DATE DE NAISSANCE	3. GROUPE SANGUIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Nom :		
5. Nom de jeune fille :		
6. Prénom :		
7. Adresse :		

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

8. Caisse :	9. Matricule Assuré <input type="text"/>
10. Nom, Prénom :	11. Date de Naissance : <input type="text"/>
12. Qualité du malade :	13. Nom :
	14. Prénom :
15. N° Prise en charge :	16. Date : <input type="text"/>

SERVICE D'HOSPITALISATION

17. Service :	18. Nom et qualité du chef de service :
19. Date d'entrée : <input type="text"/>	20. Heure d'entrée :
21. N° de salle :	22. N° Lit :
23. Nom, Prénoms et qualité du médecin traitant :	
24. Mode d'entrée :	25. Code d'entrée :

HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE (MOUVEMENT DU MALADE)

26 Service	27. Date d'entrée	28. Heure d'entrée	29. Nom de salle / N° Lit	30. Médecin traitant
.....
.....
.....
.....
.....

Annexes

WILAYA DE TIZI-OUZOU
ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER
DE DRAA-EL-MIZAN

NUMERO :
(Fait à titre de renseignements)

*** DECLARATION DE DECES ***

L'AN DEUX MILLE :

NOUS SOUSSIGNE :

PREPOSE AUX ENTREES DU :

MEDECIN DU DIT CENTRE. DECLARONS A MONSIEUR LE PRESIDENT DE L'APC (OFFICIER

DE L'ETAT CIVIL) DE LA DITE COMMUNE QUE LE(A) NOMME(E)

MARIE(E) ; VEUF(VE) SEPARÉ (E) DIVORCÉ(E)

DEMEURANT A

WILAYA DE

AGE DE ANS. NE LE A

FIL DE ET DE

ENTRE AU LE DEUX MILLE

Y DECEDE LE DEUX MILLE

A HEURES PAR SUITE DE

SERVICE DE MR SALLE

LE MEDECIN DE GARDE

LE PREPOSE AUX ENTREES

Annexes

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

ETABLISSEMENT

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Service : Spécialité :

Nom du praticien ayant accordé l'hospitalisation :

Grade :

PATIENT

NOM :	N° matricule d'admission :
Prénom :	Salle : Lit N° :
Epouse :	Entrée : Sortie :
Date et naissance :	Sécurité Sociale :
Lieu de naissance :	N° du dossier :
Domicile :	N° du registre de naissance :
Profession :	

MALADE ORIENTE OU ADRESSE PAR

NOM ET PRENOM DU MEDECIN :

GRADE : ETABLISSEMENT :

ETABLISSEMENT / UNITE / SERVICE :

GARDE MALADE

NOM ET PRENOM DU GARDE MALADE :

TYPE DE PIECE D'IDENTITE PRESENTEE : N° :

DELIVREE LE : PAR :

Signature,

Date et Visa du Praticien,

....., le

Annexes

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

FICHE D'EVACUATION DE MALADE ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE

(Support N° 03)

Identification de l'établissement évacuateur (Nom et Adresse exacte) :

- Public : Etablissement Public Hospitalier de Draa El Mizan. Wilaya : Tizi-Ouzou.

- Parapublic :

- Privé :

- Date : Heure de départ de l'évacuation :

- Identification du service évacuateur :

- Identification du médecin évacuateur :

Renseignements sur le malade :

- Nom : Prénom :

- Nom de l'époux :

- Date et lieu de naissance :

- Adresse :

- Caisse de sécurité sociale : Numéro d'immatriculation :

- Autres :

Renseignements cliniques :

Prestations dépensées :

Motif d'évacuation :

Identification de l'établissement d'accueil :

Moyens d'évacuation : Ambulance - Ambulance médicalisée - Autres moyens :

Identification de ou des accompagnateurs et signatures :

SIGNATURES

Le Médecin ;

Le directeur d'établissement
Ou son représentant ;

Auxiliaire médical ;

Le directeur de garde / ou

Le directeur médical / ou

Le médecin du cabinet privé / ou

Le responsable du centre médico-social.

NB. La présente fiche doit être remplie attentivement et complètement.

Annexes

ETABLISSEMENT:..... N° Matricule:.....
..... N° de Dossier:.....

RESUME CLINIQUE DE SORTIE

Nom et Prénoms:..... Date de naissance:..... Sexe:.....
Lieu de naissance(Commune):..... Wilaya:.....
Date d'hospitalisation :..... Mode d'entrée:.....
Service:..... Date d'entrée au Sce:..... Date de sortie de Sce:.....

Motif d'hospitalisation:.....
.....
Examen Clinique:.....
.....
Bilan biologique:.....
.....
Bilan radiologique:.....
.....
Autres examens:.....
.....
Actes et traitements:.....
.....
Evolution:.....
.....
Diagnostic principal de sortie:.....
.....
Diagnosics associés:.....
.....
.....

Le Chef de Service,

Le Médecin traitant

Annexes

SECTEUR SANITAIRE DE DRAA EL-MIZAN

HÔPITAL d

BULLETIN D'ADMISSION

Hospitalisation du 20, à heures N° d'entrée

Service N° du lit

NOM Prénoms

Né (e) le à

Fil (le) de et de Sexe

Célibataire - Marié (e) - Divorcé (e) - Veuf (ve) (1)

Nationalité Profession

Adresse du malade

Adresse des parents

Malade : Assuré (A.-E.-C.-E.N.H.-G.M.-A.T.-A.C.) (1)-(2)

Caisse de Sécurité Sociale

Nom et prénom de l'assuré

N° d'immatriculation

Nom et adresse du dernier employeur

Assisté médical

Catégorie

Payant

Prise en charge

ACCIDENT DU TRAVAIL : Malade évacué par

Date Lieu

Circonstances

Nom et adresse de l'employeur

Compagnie d'assurance

Autorité chargée de l'enquête

Transporté (e) par

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

Cadre réservé à la Caisse de Sécurité Sociale

Cadre réservé à l'Hôpital

CADRE RÉSERVÉ A LA MATERNITÉ

*Je soussigné, certifie que l'hospitalisée a accouché le.....
à.....heures, d'un enfant vivant-mort-né (1) à qui elle a déclaré
vouloir donner les prénoms indiqués ci-dessous lors de son admission.*

SEXE : Masculin - Féminin (1)

La Sage-Femme

Poids

Renseignements sur le père de l'enfant

Livret de famille N°..... Daira

Profession..... Né le.....

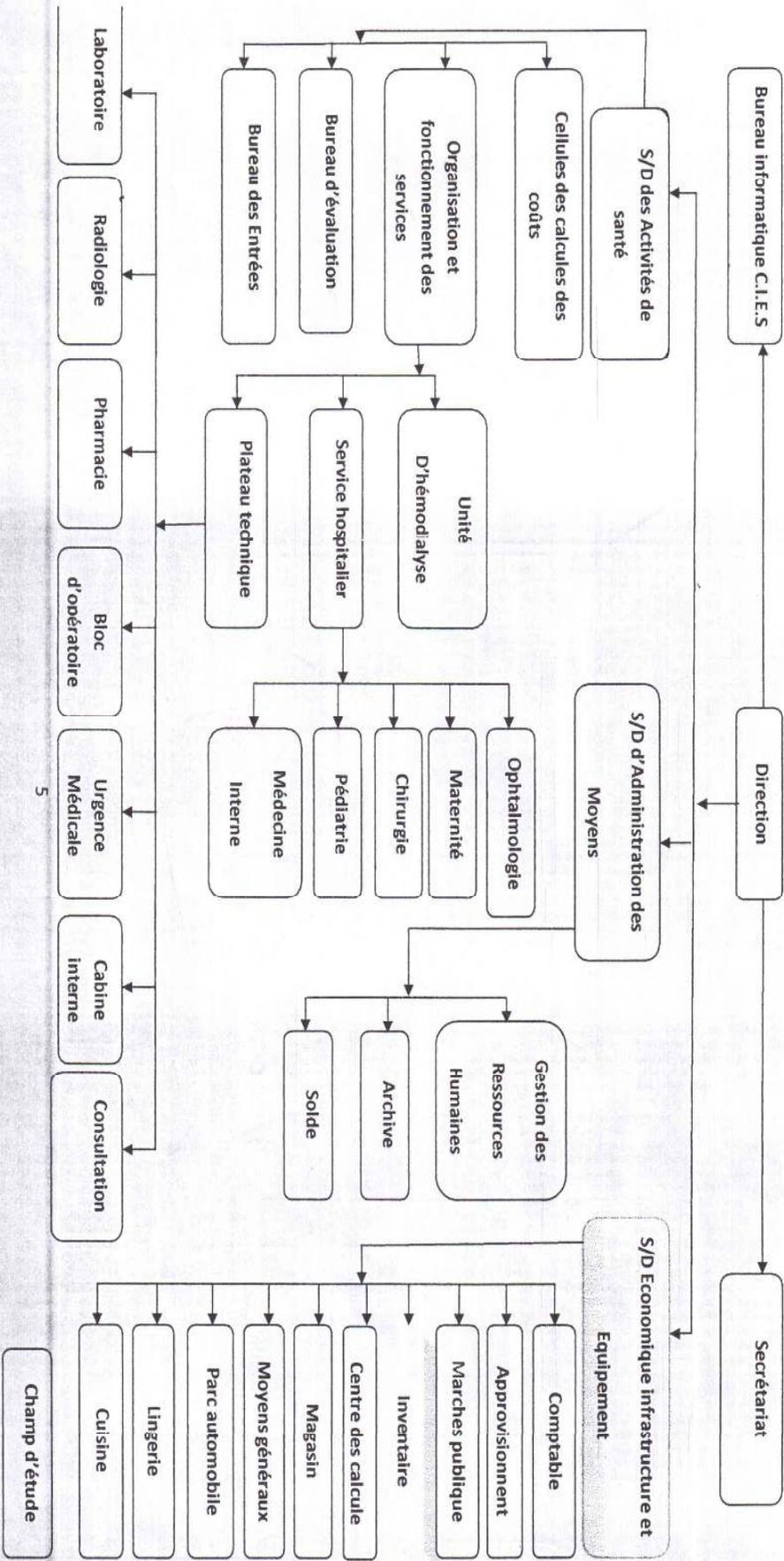
A..... Daira..... Wilaya.....

Prénoms choisis pour l'enfant : Garçon.....

Fille.....

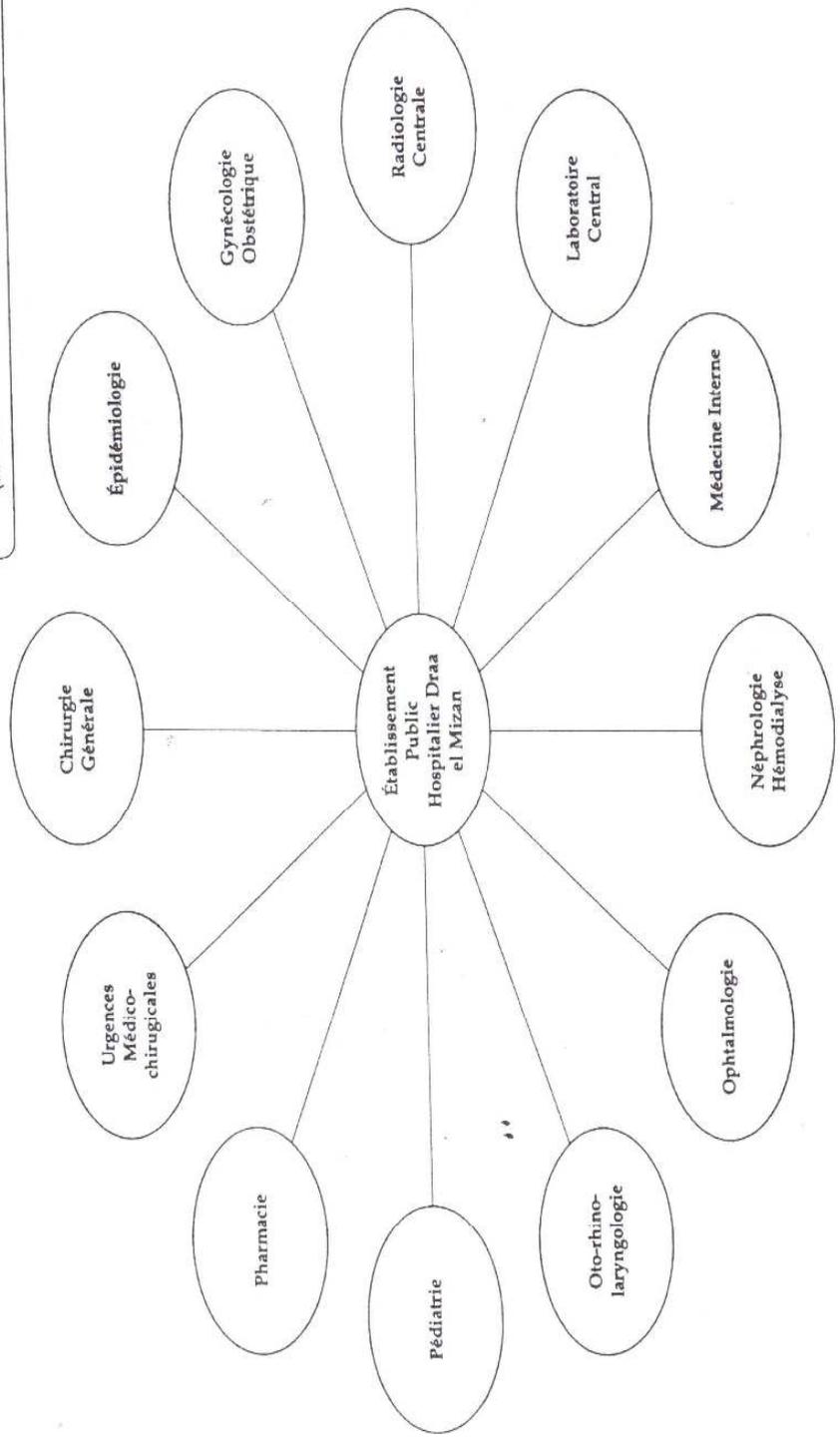
(1) Rayer la mention

Organigramme générale de l'E-P-H de Draa-El-Mizan

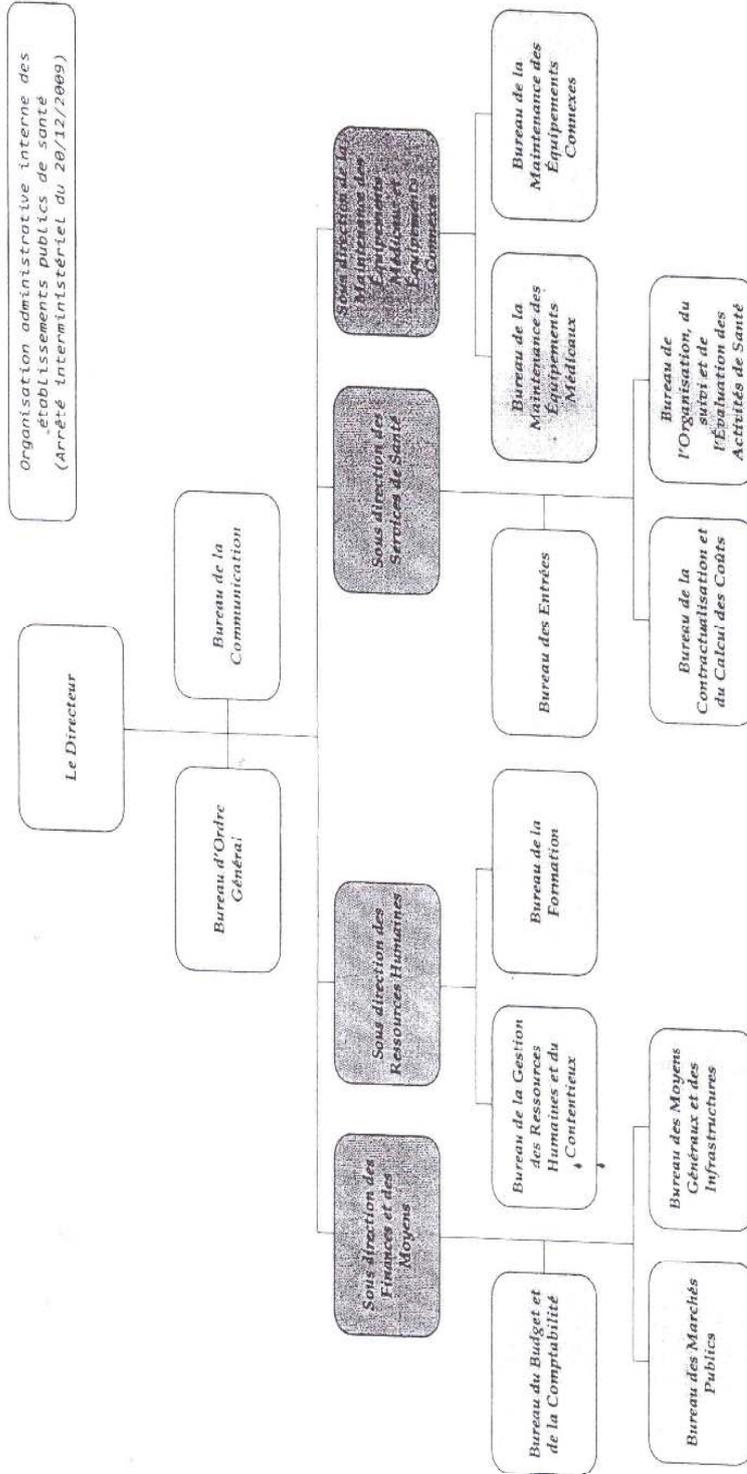


Annexes

Organisation technique interne de l'établissement public hospitalier de Draa el Mizan (Arrêté ministériel N° 2489 du 08/11/2007)



Annexes



SORTIE

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

1. Date de Sortie : <input type="text"/>	2. Heure de Sortie <input type="text"/>
3. Mode de Sortie :	4. Code de Sortie : <input type="text"/>
5. Diagnostic ou Motif d'Entrée :	
6. Diagnostic de Sortie :	
7. Code C.I.M <input type="text"/>	8. Code G.H.M <input type="text"/>

Nom, Prénoms et Grade du Praticien

Visa du Chef de Service

.....

Date et Cachet

.....

Signature

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT

9. N° de Factre :	10. Date :	11. Montant Total de la Prestation :
12. N° de Quittance :	13. Part S.S :	14. Part Patient :
15. Nature du Document de Sortie :		16. N° Document :
17. Etablissement d'Accueil :		18. N° Prise en Charge (Santé) :
19. Mineur Accompagné à sa Sortie par :		

Nom, Prénoms, et Fonction du Signataire

Date et Cachet

.....

.....

Signature

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

« Pour améliorer la qualité de la prestations, votre avis compte »

Ce questionnaire est à destination des patients séjournant au sein du service des urgences de l'EPH de Draa-El-Mizan

Il permet de recueillir votre niveau de satisfaction concernant certains aspects de votre séjour, afin que nous puissions améliorer continuellement la qualité de nos prestations.

Nous vous invitons à donner votre appréciation au travers ce questionnaire puis à le remettre soit

- à un agent du service ou au secrétariat
- dans la boîte aux lettres des urgences ou celle du hall d'entrée de l'hôpital.

Service des urgences

Votre nom (facultatif) :

Date de votre sortie : / /

Votre appréciation

Totalement satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
				✓

Votre accueil					✓ Non concerné
L'accessibilité au service des urgences (Transport, parking)					
La signalisation de l'accès aux urgences					
Votre accueil par le personnel au bureau des entrées					
Votre accueil aux urgences (amabilité, écoute)					
L'information sur l'existence des représentants des usagers					
Vos commentaires et suggestions					

Votre délai de prise en charge

Quel temps s'est écoulé entre votre accueil par l'infirmier et la prise en charge par le médecin ?	<input type="checkbox"/> moins de 5 minutes	<input type="checkbox"/> moins de 20 minutes
	<input type="checkbox"/> plus de 20 minutes à une heure	<input type="checkbox"/> plus d'1 heure .Précisez.....

Votre séjour et confort					✓ Non concerné
L'horaire de visite pour vos proches					
La propreté de votre chambre					
La température ambiante de votre chambre					
Le confort de votre chambre					
La tranquillité de votre chambre					
La qualité de la nourriture servie					
La variété des plats servis					
Les repas proposés pour vos accompagnants					
Le service de télévision proposé					
Vos commentaires et suggestions					

Vos soins et vos relations avec le personnel soignant						✓ Non concerné
L'explication reçue spontanément sur votre état de santé						
La clarté de la réponse à vos questions posées aux médecins						
La prise en compte de votre consentement dans la prise de décisions						
L'information sur le déroulement de vos examens						
L'écoute dont vous avez bénéficié						
Le soutien du personnel qui vous a pris en charge						
Le respect de la confidentialité et du secret professionnel						
La qualité de vos soins reçus						
La disponibilité du personnel soignant pour les activités courantes (se laver, se déplacer)						
L'évaluation de la prise en charge de votre douleur						
La prise en charge de votre inconfort lié à votre maladie ou traitement						
Le respect de votre intimité						
Le respect de votre dignité						
Le respect de vos convictions						
Le transport (Brancardage, transport de véhicule)						
L'identification du personnel (badge, présentation)						
Vos commentaires et suggestions						

Votre retour à domicile						✓ Non concerné
La façon dont a été organisée votre sortie/transfert (annonce de la date, destination)						
L'information sur vos médicaments après votre passage aux urgences (posologie, horaires ...)						
L'information sur la reprise de vos activités						
L'information sur les signes de complication pour lesquelles seriez amené à nous recontacter						
L'information donnée pour le suivi après votre sortie/transfert						
L'organisation administrative de votre sortie/transfert						
Vos commentaires et suggestions						

Votre satisfaction						✓ Non concerné
Dans l'ensemble, votre impression sur votre séjour						
Recommanderiez-vous le service des Urgences à un de vos proches ?	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON			
Si vous deviez de nouveau être hospitalisé, reviendrez-vous dans cet établissement ?	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON			

Quels sont les points sur lesquels vous souhaitez que le service des Urgences apporte des modifications ou des améliorations :

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.

Questionnaire destiné aux infirmiers et aux médecins
travaillant aux urgences de l'EPH de D-E-M

1. Quel âge avez-vous ?
.....
2. Eté-vous médecin ou infirmier ?
.....
3. Quel est votre ancienneté au sein du service des urgences ?
.....
4. Qu'est-ce qui vous a poussé à travailler au service des urgences ?
.....
5. Travaillez-vous de jour ou de nuit ?
.....
6. Qu'entendez-vous par soin d'urgences ?
.....
7. Citez ceux que vous pratiquez le plus couramment dans le service d'urgence ?
.....
.....
8. Comment définissez-vous un soi efficace ?
.....
.....
.....
9. Au cours des soins invasifs, respectez-vous :
 - L'hygiène
 - La sécurité
 - Les priorités du moment
 - Les peurs du patient
 - L'organisation
 - L'économie
 - Le confort
 - La rapidité de l'acte
 - La gestion du stress
 - La pudeur

10. Avez-vous déjà été contraint à ne pas respecter les règles de sécurité au sein du service ?

- Oui
- non

Si oui dans quelles circonstances ?.....

11. comment qualifieriez-vous le climat des urgences ?

- stressant
- sécurisant
- sous pression
- rapide
- efficace
- épuisant
- contraignant
- autre...

12. Pensez-vous que l'atmosphère des urgences influe sur les soins apportés ?

- oui
- non

Pourquoi ?

.....

13. Pensez-vous qu'il existe des points à améliorer au sein des urgences pour que la prise en charge du patient soit optimale ?

- oui
- non

Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation !!!