

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques
Spécialité : Economie de la Santé

Sujet

Le bureau des entrées : les indicateurs d'activités utilisés et leurs usages Cas : CHU de Tizi-Ouzou

Réalisé par :

- KEBAILI Mourad
- MEZIANI Abdenour

Dirigé par :

MOHELLEBI Samya

Devant le jury composé de :

- **Président : M^{me} ANNANE**
- **Examineur : M^{me} LOUGAR Rosa**
- **Rapporteur : M^{me} MOHELLEBI Samya**

Année universitaire 2020/2021

Remerciements

**Nos vifs remerciements vont d'emblée à ALLAH le
miséricordieux.**

**Ma réalisation du présent travail a été rendue possible grâce au
soutien et à la contribution de plusieurs personnes que nous
tenons à remercier.**

**Nous remercions notre promotrice Mme SALMI pour ses
orientations, ses précieux conseils, ainsi que pour ses qualités
humaines et relationnelles à l'égard de l'ensemble des
étudiants, et aux efforts qu'elle fournit pour la réussite de cette
formation.**

**Nous adressons aussi nos remerciements au personnel du
service de bureau des entrées du CHU de TIZI-OUZOU.
Nous ne saurions omettre de remercier très sincèrement tous
les enseignants de la faculté des sciences économiques, science
de gestion et commerciales de l'université de Mouloud
MAMMERI de TIZI-OUZOU.**

**Sans oublier toutes les personnes rencontrées lors des
recherches effectuées et qui ont accepté de répondre à nos
questions avec gentillesse.**

Dédicace

**Tous les mots ne seraient exprimer la gratitude,
l'amour, le respect, la reconnaissance....!**

**Aussi c'est tout simplement je dédie ce modeste
ouvrage :**

**A ma très chère mère, TASSADIT, des mots ne
pourront jamais exprimer la profondeur de mon cœur,
a toi maman l'être le plus cher à mes yeux.**

**A mon très cher père, BELAID, aucun mot, aucune
dédicace ne sera exprimer mon respect, ma gratitude,
pour m'avoir laissé la liberté du choix, pour avoir
confiance en moi.**

A ma jolie sœur, ZAKIA et mon très cher frère YACINE

**A mon cher ami, mon binôme ABDENOUR ainsi que sa
famille.**

Mourad

Dédicace

Je dédie ce travail :

A celle qui m'a couvert de tendresse, d'amour et qui n'a rien épargné pour me voir heureux, à toi ma chère mère ;

A la source de ma persévérance, mon plus grand pilier, à toi mon cher père ;

A mes frères et sœurs ;

A mon binôme Mourad et toute sa famille ;

A tous mes amis(es).

Abdenour

Liste des figures

Figure n°01 : Les termes associés de soins du patient	12
Figure n°02 : Les procédures de parcours de patient	14
Figure n°03 : Vue générale sur l'hôpital	18
Figure n°04 : Typologie des hôpitaux	21
Figure n°05 : Organisation du bureau des entrées	49
Figure n°06 : La facture PMJH	54
Figure n°07 : Facture par décomptes des sommes dues.....	56
Figure n°08 : Organigramme de l'hôpital	73
Figure n°09 : Le menu option du LP à la saisie de l'admission	85
Figure n°10 : La page de saisie les transferts inter-services	87
Figure n°11 : La page de saisie le bulletin d'admission ou billet de salle	88
Figure n°12 : Le menu option pour les renseignements.....	89
Figure n°13 : La page des renseignements	90
Figure n°14 : Le menu option pour saisie la sortie	91
Figure n°15 : la page de la saisie de la sortie	91

Liste des tableaux

Tableau n°01 : Etat du mouvement de la population hospitalière (le troisième trimestre de l'année 2021).....	53
Tableau n°02 : Le personnel du bureau des entrées	78

Sommaire

Introduction générale.....	01
----------------------------	----

CHAPITRE 1 : CONCEPT GENERAUX DE L'HOPITAL

Introduction	05
Section 1 : Généralités sur les concepts de base	06
Section 2 : Le contexte hospitalier	15
Section 3 : Les dossiers d'admission à l'hôpital	24
Conclusion	36

CHAPITRE 2 : LES INDICATEURS DANS LES BUREAUX DES ENTREES

Introduction	37
Section 1 : Système de santé algérien	38
Section 2 : Le bureau des entrées.....	45
Section 3 : Les indicateurs de santé et leurs usages	58
Conclusion.....	68

CHAPITRE 3 : LA GESTIONS DES MOUVEMENTS DES PATIENTS AU SEIN DU CHU T-O

Introduction	69
Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou	70
Section 2 : Présentation du champ d'étude	74
Section 3 : Démarche et procédures d'admission des malades	77
Conclusion	92
Conclusion générale	93

Bibliographie

Annexes

Table des matières



Introduction Générale



Introduction Générale

En cas de maladie, l'être humain devient un demandeur de soins. De ce fait, l'hôpital est un lieu de prestation de service qui permet la prise en charge des besoins de l'individu et/ou de la population toute entière. Il représente tout établissement sanitaire, public ou privé, où sont effectués les soins médicaux et chirurgicaux ainsi que les accouchements. Il a pour mission de soigner les patients dans le respect des principes du service public : principes d'égalité, de neutralité et d'efficacité¹. Les hôpitaux publics sont également tenus d'assurer un service continu qu'ils devraient être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert.²

Dans ce contexte, tout patient devant être hospitalisé doit suivre un cheminement précis au sein des établissements de santé. En premier lieu, le malade attire au niveau du service des urgences, ensuite une demande d'hospitalisation rédigée par le médecin qui décide d'admettre le patient. A la présentation de cette demande d'hospitalisation, le patient est inscrit dans le registre des admissions et un billet d'hôpital est rempli. À partir de ce point, le cheminement commence.

L'Hôpital est « *un établissement public a caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière* 1 », autrement dit, il est considéré comme une entreprise a une gestion difficile puisqu'il compose de plusieurs services: tels que les services médicaux et les services administratifs. Notre étude vise un service administratif très important à l'hôpital, qui est le bureau des entrées,

Le bureau des entrées représente une structure administrative sur laquelle s'appuie toute la gestion de l'établissement hospitalier. Cette gestion ne se limite pas seulement par le suivi du malade et l'orientation de la population, elle vise également l'évaluation et l'exploitation d'un certain nombre d'informations et de statistiques inscrites sur les supports papiers.

Le bureau des entrées est considéré comme un service essentiel d'un établissement public de santé, c'est une structure administrative sur laquelle s'appuie toute la gestion du mouvement des malades (l'admission, renseignement et orientation de la population, séjour et sortie du malade). Ces tâches relèvent d'une gestion qui implique la mise en œuvre des supports papiers tels que: le registre journal, registre répertoire, registre de naissance et de décès, registre matricule..., dont le but est d'archiver les informations concernant le mouvement des malades.

¹ GIULIANO.B & GUIRAUD.P & MEUR.H. « 10 règles pour tracer le parcours du patient » France, 1er édition, p1

² MINTZBERG. Henry. « *Structure et dynamiques des organisations* » Paris : Édition d'Organisation, 1982

Introduction Générale

Notre étude vise un service administratif très important à l'hôpital, qui est le bureau des entrées.

Cependant, il est utile de prendre connaissance des indicateurs de santé utilisés par les bureaux des entrées.

Intérêt et importance de sujet

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé. L'intérêt personnel de ce sujet, est d'attirer l'attention des économistes de la santé sur les indicateurs utilisés dans les bureaux des entrées au sein d'un établissement public.

L'importance de ce sujet se distingue par le manque des travaux universitaires dans ce domaine.

Motifs de choix du sujet de recherche

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il est nécessaire de présenter les motifs de choix de celui-ci :

- Notre thème est un sujet très riche en informations;
- Thème d'actualité notamment dans le contexte actuel de l'Algérie;
- Ce sujet permet d'enrichir nos connaissances dans ce domaine.
- Notre thème est un sujet liée directement à notre master « économie de la santé » ;
- En traitant ce sujet on approfondit nos connaissances dans ce domaine
- Le choix du *CHU NEDIR MOHAMED* pour le cas pratique est dû au fait que celui-ci soit un établissement public à caractère administratif, et à la proximité du lieu qui nous permettrait d'avoir un accès plus facile à l'information et des déplacements assez fréquents.

Problématique

Pour mieux appréhender l'objet de la recherche, nous avons de ce fait, axé la problématique de notre recherche sur la question centrale suivante :

Quel est l'utilité des indicateurs de santé utilisés dans le bureau des entrées au sein du CHU de Tizi-Ouzou?

Objet d'étude

Il s'agit dans ce travail de recherche, d'étudier et d'analyser les différents indicateurs de santé utilisés dans le bureau des entrées aux hôpitaux publics en Algérie et leurs utilités.

Objectifs de la recherche

Les informations qu'on a collectées durant notre stage pratique au niveau du CHU de Tizi-Ouzou permettent de bien éclairer notre objet de recherche, par la fixation de ces objectifs :

- Comprendre les différents concepts liés à l'hôpital ;
- Expliquer le fonctionnement du bureau d'entrée au sein d'un hôpital public ;
- Comprendre les différents indicateurs de la santé et leurs usages.

Méthodologie de la recherche

Pour effectuer ce travail, nous avons adopté une démarche descriptive basée sur des notions théoriques et fondée sur des recherches bibliographiques portant essentiellement sur :

- L'exploitation des travaux qui traitent les questions liées la santé, parcours de soins de patient, au projet d'établissement hospitalier ;
- Des articles, des chiffres et des statistiques de l'OMS;
- Les textes juridiques et la réglementation régissant les hôpitaux publics.

Nous avons puisé divers sources en exploitant notamment les rapports du programme d'appui au secteur de la santé concernant les enquêtes menées auprès des établissements publics hospitaliers en Algérie concernant notre sujet.

À côté de cette recherche bibliographique nous avons adopté une démarche qualitative qui est : « *une analyse qui s'intéresse au fait que des thèmes, des mots ou des concepts soient ou non présents dans un contenu. L'importance à accorder à ces thèmes, mots ou concepts ne se mesure pas alors au nombre ou à la fréquence, mais plutôt à l'intérêt particulier, la nouveauté ou le poids sémantique par rapport au contexte³.* » elle vise à répondre à notre problématique à travers l'analyse des données et des informations collectées au moyen d'entretiens non directifs, « *ce type d'entretien peut aider à définir un sujet sur lequel on ne*

³ DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. Le mémoire de master. Du choix du sujet à la soutenance ; méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de gestion et des sciences commerciales. Edition EL-AMEL, 2015, p.126

*sait rien où presque rien. On y a recourt pour une recherche d'informations ou d'opinions de niveau assez général*⁴.» dont le but d'atteindre notre objectif de recherche.

Structure de la recherche

Le premier chapitre est consacré à la présentation des généralités sur les notions de bases. Afin de développer ces concepts, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traite des définitions des concepts de bases, la deuxième est consacrée au concept de l'hôpital et, la troisième est consacrée aux dossiers d'admission à l'hôpital.

Dans le deuxième chapitre, nous allons présenter le système de santé en Algérie. Ainsi que le rôle du bureau des entrées dans le fonctionnement de l'hôpital et sa relation avec les différents documents, nous allons plus précisément parler des différents indicateurs de santé.

Le troisième chapitre portera sur la démarche et procédure d'admission des malades au sein du CHU de Tizi-Ouzou.

⁴ DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. Le mémoire de master. Du choix du sujet à la soutenance ; méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de gestion et des sciences commerciales. Edition EL-AMEL, 2015,. p.96

Chapitre 1



Concepts généraux de l'hôpital



Introduction

La santé est la condition normale et naturelle de tous les êtres vivants, car cette capacité est inhérente à la vie. Donc, elle est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie.

La maladie désigne un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme en redondance une influence négative sur la santé d'une personne. Cette dernière qui souffre d'une maladie, nécessitant un traitement thérapeutique. Dans ce contexte, le suivi de patients constitue aujourd'hui la majeure partie des activités médicales, que ce soit en ambulatoire comme en établissements de santé qui est un lieu de prise en charge ses besoins en matière de santé. Le parcours de soins de ces patients s'étale dans la durée et fait appel à l'ensemble des compétences des différents professionnels s'intervenant dans la prise en charge.

Ce premier chapitre est consacré à présenter des généralités sur les notions de bases. Afin de développer ces concepts, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traitera des définitions des concepts de bases, la deuxième sera consacrée au concept de l'hôpital et, la troisième sera consacrée aux dossiers d'admission à l'hôpital

Section 1 : Généralités sur les concepts de base

Cette présente section présentera tous les concepts de bases liées à notre sujet. De ce fait, nous commencerons par le concept de la santé puis le malade(le patient), la maladie, l'hôpital et enfin le bureau des admissions.

1. La notion de santé

La santé est universellement reconnue comme l'un des besoins essentiels des êtres humains, au point de constituer l'un des indicateurs principaux du développement. En effet, la santé est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle. La santé est une préoccupation majeure pour tous les individus est encore plus difficile à définir car elle ne peut pas être ressentir de la même façon par tous.⁵

Parmi ses définitions, la plus fréquente c'est celle de l'Organisation Mondiale de Santé, qui l'a défini comme étant: «un état de bien-être complet, comprenant l'état physique, mental, social, environnemental... »⁶. Autrement dit, le concept de santé se répercute sur l'absence de maladies et affections. En d'autres termes, la santé peut être définie comme étant le niveau d'efficacité fonctionnelle et métabolique d'un organisme sur le plan micro (cellulaire) et macro (social).

Le style de vie, c'est-à-dire l'ensemble des comportements développés par une personne, peut être bénéfique ou nuisible à la santé. Par exemple, une personne qui entretient une alimentation équilibrée et qui pratique du sport (ou qui bouge) au quotidien a de plus grandes possibilités de bénéficier d'une bonne santé. Au contraire, une personne qui mange et qui boit en excès, qui dort peu et qui fume, risque de souffrir des maladies pouvant être évitées.⁷

En général, la santé peut être divisée en santé physique et santé mentale, bien qu'en réalité ce soit deux aspects qui sont en rapport. Pour veiller à la santé physique, il est recommandé de bouger de façon régulière, d'avoir une alimentation équilibrée et saine, en variant les nutriments et les protéines.⁸

⁵ <https://fr.wikipedia.org/wiki/maladie>

⁶ BRAS Pierre-louis et al, «Traité d'économie et de gestion de la santé».France: Editions de santé, 2009, p.05.

⁷ Le dico des définitions. Définition de santé. Disponible sur :<http://lesdefinitions.fr/sante>(consulté Le:28-09-2017)

⁸ *Ibid.*

La santé mentale, d'autre part, est liée au bien-être émotionnel et psychologique où un être humain peut utiliser ses capacités cognitives et émotionnelles, se développer en société et résoudre les enjeux qui se présentent au quotidien. Il ya lieu de retenir que les sciences de la santé sont celles qui apportent les connaissances adéquates pour la prévention des maladies et la promotion de la santé et du bien-être aussi bien de l'individu que de la communauté. La biochimie, la bromatologie, la médecine et la psychologie, entre autres, sont des sciences de la santé.

2. La notion du malade

Un malade est une personne souffrant d'une maladie, qu'elle soit déterminé ou non. La plupart du temps ce terme est utilisé pour désigner un être humain lorsque il est pris en charge par un médecin ou qu'il reçoit une attention médicale, on parle alors de patient.

Le patient désigne l'individu qui est examiné médicalement ou qui se voit administrer un traitement. Provenant du verbe latin "pati", qui veut dire" celui qui souffre, le patient est donc une personne soignée. Le terme de patient peut être Décliné de plusieurs façons. On l'appelle "sujet" dans la recherche. Les Anglo-saxons, eux, parlent plus facilement de "clients". Une nouvelle terminologie prend de l'ampleur : "actient". Ce mot contracte "action" et "patient". Il est utilisé pour parler des personnes qui pratiquent l'automédication.

3. La notion de la maladie

La maladie se présente comme : « un trouble des équilibres et des substances naturelles, correspondant à une tentative de réaction contre une agression pathogène, les formations toxiques produites par la société et relevées par débord à l'époque doivent suffire à dépasser tous les seuils de défense possible, puisqu'ils ne cessent de proliférer à la manière de tumeurs cancéreuses : pollution chimique, radioactive, sonore, invasion de substances quasi indestructibles et ne s'intégrant pas au cycle universel de la transformation de la matière »⁹. Et, comme on a pu apprendre depuis 1971 : « modification climatique accidentelle ou volontaire, manipulation du patrimoine génétique du vivant en général, modification de la formation psychique au profit d'une perte de sensibilité à l'espace-temps valorisée comme facteur économique profitable, etc. »¹⁰

⁹ Le dico des définitions .Définition de maladie. Disponible sur : <http://lesdefinitions.fr/maladie>

¹⁰ *Ibid.*

Mais si la racine ultime de la maladie est à chercher comme toujours ailleurs que dans les symptômes, elle doit également être cette fois cherchée ailleurs que dans des facteurs exogènes qui produiraient ce résultat. La maladie se manifeste en Effet comme une puissance devenue étrangère à soi-même, comme une action dont Le but et le résultat n'ont plus rien en commun, comme une action qui vise la richesse Monétaire quantitative et produit la misère matérielle, quantitative et qualitative : Comme une action profondément aliénée¹¹

À titre éducatif nous avons relevé les maladies les plus fréquentes sont au cœur de dossiers exhaustifs et didactiques réalisés par doctissime. Symptômes, traitements et mesures de prévention sont clairement exposés afin de vous permettre devenir un véritable acteur de votre santé. Donc on a : Maladies cardiovasculaires ; Cancers ; Système nerveux, cerveau... ; Problèmes respiratoires ; Maladies de peau ; Troubles digestifs ; Os et articulations

En peut parler aussi des grandes maladies qui existent dans le monde. En plus des infections bactériennes et virales, des dysfonctionnements du système hormonal ou immunitaire, d'autres maladies ont le vent en poupe. Directement liées à notre mode de vie, le surpoids, l'obésité ou le diabète connaissent une véritable explosion.

4. Le parcours de soins du patient

Le parcours de soins doit être une préoccupation de tous les acteurs à chaque articulation des diverses interfaces. Fluidifier le parcours de soins, nécessite de travailler ensemble sur la qualité et la sécurité de la prise en charge. Les soignants doivent être associés à cette réflexion pour que le parcours de soins, vive et soit visible. À partir de l'appropriation par les professionnels, le patient pourra plus facilement comprendre, s'orienter et adhérer à sa prise en charge.

4.1. Les définitions du parcours de soins

Il existe plusieurs définitions de parcours de patient¹², nous relevons celle de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Raisonner en termes de parcours : « Est de cerner les besoins des personnes et d'assurer leur accompagnement au quotidien, dans les grandes étapes de leur vie ou lors de périodes de crises. »

¹¹ LANGLADE, Renaud. Le concept de maladie. 19 novembre 2004. Disponible sur : <https://www.fp.ulaval.ca/fileadmin/philo/document>.

¹² Lemaire, Claude. Le parcours de soins du patient : visible et partagé, Le challenge du directeur des soins pour l'avenir .Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Décembre 2014, p.06

Par contre L'Agence Régionale de Santé(ARS) qui se trouve en France définit « un parcours comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.»¹³

L'ARS englobe dans le parcours de soins : les soins de premier recours, l'hospitalisation évitable au sein des services des urgences, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, l'unité de soins de longue durée (USLD) et les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cependant l'ARS, identifie aussi le parcours de santé qu'elle définit comme un « parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile »¹⁴ 2 .Le parcours de soins et le parcours de santé du patient s'inscrivent dans un parcours de vie correspondant au parcours de la personne dans son environnement : scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne [...]. Cette notion interroge les politiques.

Pour résumer, nous pouvons dire que le parcours de soins peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge. C'est pourquoi, chaque parcours de soins est individualisé et vise à donner une réponse adaptée aux besoins de l'individu, avec l'ensemble des composantes humaines, culturelles, sociologiques qui le structurent. Si certains parcours de soins peuvent rester simple en réponse à une pathologie «classique», de nombreux parcours sont complexes et renvoient à la notion de trajectoire, tel que décrit par J.P.CLAVERANNEET C.PASCAL :«Chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire propre qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs

¹³ Le maire, Claude. Op.cit.p.06

¹⁴ *Idem.*

participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter de maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle de la maladie »¹⁵

4.2. Les termes associés au parcours de soins du patient

Dans le cadre du parcours de soins, des termes associés sont utilisés fréquemment et sont nécessaires à définir. Ceux-ci accompagnent la notion de parcours de soins du patient dans sa continuité, sa fluidité, sa coordination, son accessibilité, son égalité d'accès aux soins.¹⁶

4.2.1. La continuité

Elle est nécessaire au parcours de soins du patient. Elle est définie dans le dictionnaire le Petit Robert comme «le caractère de ce qui est continu : constance, enchaînement, permanence, persistance. La continuité d'une action. Absence de rupture. [...] le contraire : discontinuité, interruption, suspension.»¹⁷. La Direction générale de la santé, en 2012, conçoit la continuité du parcours de soins selon six dimensions : temporelle, géographique, interdisciplinaire (recours au juste niveau d'expertise), relationnelle (attentes partagées), informationnelle (Communication adéquate), économique.

4.2.2. La fluidité

Dans le cadre d'un parcours de soins fluide, la définition de fluidité, nous amène à la notion de l'état de ce qui est fluide et il se définit « en parlant de la circulation routière, qui se fait à une cadence et à une vitesse normale (sans embouteillages, sans ralentissements) »¹⁸

4.2.3. La coordination

Elle est un axe incontournable, la coordination se définit comme un « agencement des parties d'un tout selon un plan logique, pour une fin déterminée [...] »¹⁹ Si nous reprenons le terme dans le sens grammatical de conjonction de coordination, liant les éléments lexicaux (mots) ou syntaxiques. Ce la nous mène à retenir le terme de « liant » qui est nécessaire dans le

¹⁵ *Ibid.* p.08

¹⁶ PERRUCHET, Céline. Le parcours de soins coordonnés. Mémoire de master endroit Social. France : Université Paris II Panthéon-Assas.2013.p.11.

¹⁷ CAILLAVET-BACHELLEZ, Viviane. Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les communautés Hospitalières de territoire. Mémoire de l'école des Hautes études en santé publique-septembre 2010, p.06

¹⁸ *Ibid.* p.07

¹⁹ *Idem.*

parcours de soins du patient pour assurer une prise en charge fluide entre les interfaces et les divers professionnels de santé.. DONABEDIANA vedis définit la coordination dans le champ sanitaire et médico-social, comme « un processus par le quel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale. »²⁰ En 2011, le rapport de l'IGAS, définit la coordination comme « l'organisation mise en place autour d'un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel et géographique).»²¹Ce rapport mentionne la nécessité d'un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels²² du champ sanitaire, médico-social et social, et repose sur des outils qui sont : les fiches de liaison pour l'échange d'information, les protocoles de prise en charge pour proposer des repères techniques et des recommandations pratiques pour la prise en charge de la personne, un dossier médical et social partagé pour les échanges extérieurs à l'établissement de santé. Dans le cadre du parcours de soins, le patient doit pouvoir accéder aux soins.

4.2.4. L'accessibilité aux soins

Pascal Bonnet définit l'accessibilité aux soins comme étant : « la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé » avec « [...] deux dimensions sanitaire et sociale. Elle touche aussi l'accessibilité sociale, financière aux ressources sanitaires tout autant que géographique.» Il indique qu'un niveau d'accessibilité aux services de santé se concrétise par l'utilisation des services et l'amélioration de l'état de santé des populations. En 2012, HPICHERAL dans « le dictionnaire raisonné de géographie de la santé », y ajoute la notion matérielle sur la fonction du couple distance et temps donc de proximité ou d'éloignement du cabinet du médecin, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet. Sur la dimension sociale, il précise que l'accessibilité des soins concerne aussi la possibilité financière d'y recourir : la plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). L'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque.

²⁰ ibidem

²¹ Ibid. p.08

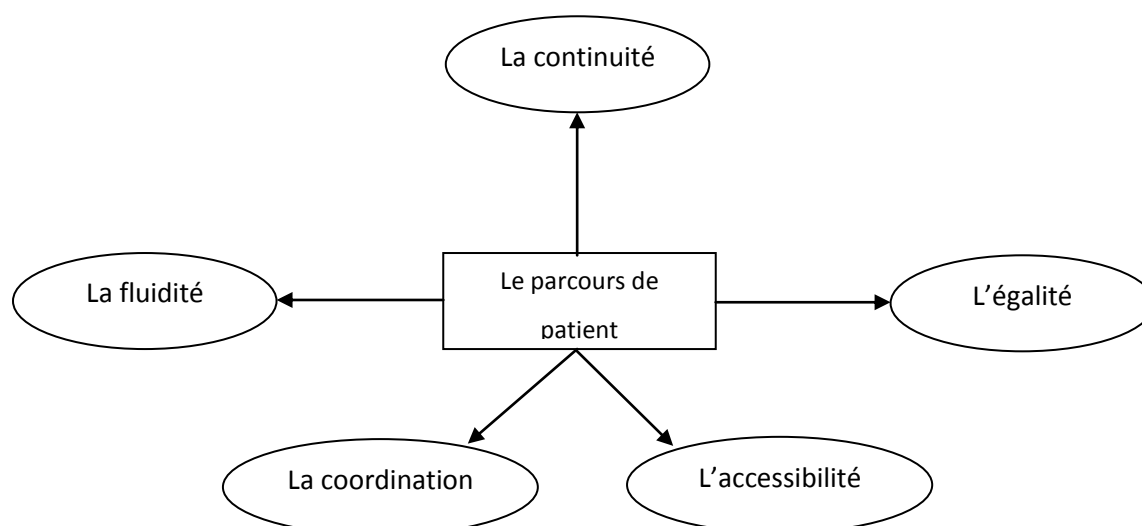
²² BONNET, Pascal .Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins. DEA GEOS, Université Paul Valéry Montpellier 3, 2002, p.14

4.2.5. L'égalité

Cependant, il faut noter que les bases de l'égal accès aux soins sont retrouvés dans les principes fondamentaux au sein du préambule de la Constitution de 1946, à l'article 11, la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection à la santé. Puis la loi de Rolland, dans le même esprit précise que tous les services publics, dont le service public hospitalier est tenu au respect des principes fondamentaux d'égalité, de continuité, de neutralité et de mutabilité ou d'adaptabilité.

De ce fait, les termes associés au parcours de soins du patient peuvent être Présentés dans la figure suivante :

Figure n°01 : Les termes associés de soins du patient



Source : Réalisé par nous même à partir des données citer précédemment

4.3. Les éléments de parcours de patient

Ce qui validera un parcours de soins en établissement, c'est sa pertinence Dont il faudra démontrer la réalité dans toutes ses composantes :²³

- Pertinence de l'organisation de la prise en charge hospitalière ;
- Pertinence du système d'information (informations entrantes et informations sortantes);
- Pertinence des soins ; elle recouvre un périmètre large :

²³ LBDA, Nîmes .Parcours patient : de la théorie à la pratique. 6ieme forum infirmier du Languedoc-Roussillon 3 avril 2013, p.04

- ✓ La pertinence des actes (chirurgicaux et médicaux)
- ✓ La pertinence des examens et prescriptions : examens de biologie ou d'imagerie, prescriptions de transports ou de médicaments.
- ✓ La pertinence des modes de prise en charge : type de séjours hospitaliers
- Pertinence de la traçabilité des actes et du suivi ;
- Pertinence du Plan de Soins Personnalisé (intra et extra hospitalier) ;
- Pertinence de l'initiation ou de l'éducation thérapeutique ;
- Pertinence de l'orientation de la prise en charge ;
- Pertinence de la coordination et du suivi extrahospitalier ;
- Pertinence du service médical rendu

Le temps hospitalier repose sur une analyse rigoureuse du processus de prise en charge qui, comparé aux bonnes pratiques reconnues, se traduira par une formalisation des conduites à tenir de type :

- Pertinence de soins ;
- Chemin clinique ;
- Algorithme décisionnel ;
- Arbre décisionnel ;
- Procédures, protocoles, modes opératoires...le temps extra hospitalier repose sur :
- Une coordination du suivi de la prise en charge (Plan de Soins Personnalisé) et une information du patient lui permettant de mieux gérer son quotidien en vivant mieux sa maladie (auto-soins, auto-mesures, complaisance au traitement...) ;
- Et en optimisant ses capacités d'adaptation de son existence aux situations nouvelles— que lui impose sa pathologie (alertes de survie, auto-traitement, activités physique, hygiène...).

4.4. Procédure concernant le parcours du malade

Au cours de parcours de patient, il est obligé de respecter certaines procédures qui sont comme suit:²⁴

- Le patient vient pour une consultation externe ou un examen para clinique, qu'il soit référé ou non : après avoir pris le rendez-vous pour la consultation ou l'examen, il se

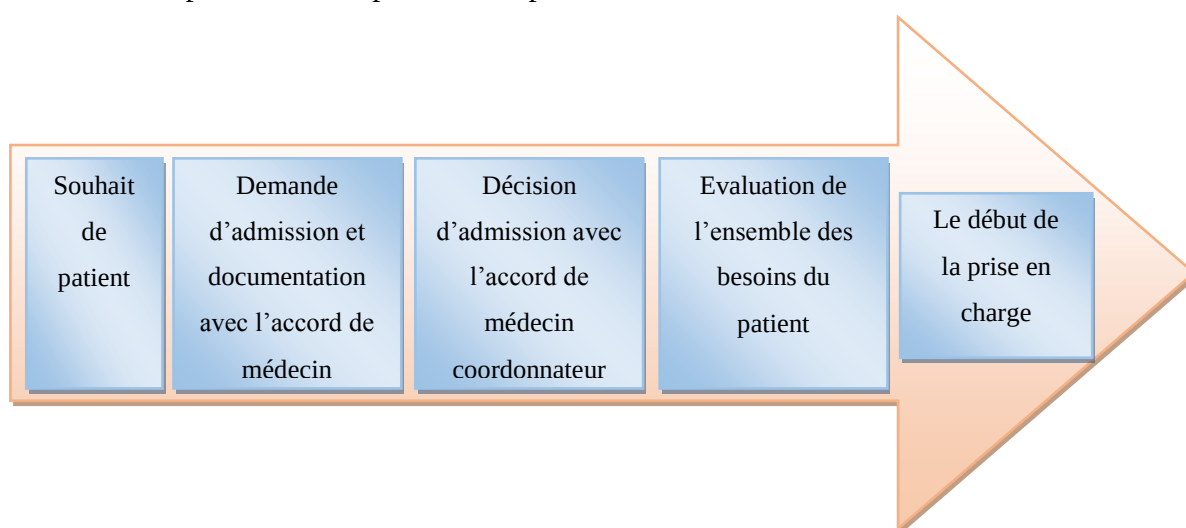
²⁴ Ministère de la santé. Description des supports de recueil de données de l'hôpital. Supports du system d'information Hospitalier. Description et guide d'utilisation. Mali, 2012, p.20.

présente le jour de l'examen au bureau des entrées (BE) où il est enregistré dans le registre des prestations externes. Il va ensuite à la caisse où il s'acquitte des frais et reçoit sa quittance. Il peut ensuite se présenter pour la prestation muni de la prescription et de la quittance. À l'issue de la consultation, si une hospitalisation doit être prononcée, le médecin rédige une demande d'hospitalisation avec la quelle le patient se présente au BE le jour de l'hospitalisation. Il est alors enregistré dans le registre des admissions et un billet d'hôpital lui est remis. Il va alors au guichet pour s'acquitter de la provision et se rend en suite dans le service, muni de son billet d'hôpital.

- Si le patient est référé pour hospitalisation ou s'il arrive en urgence, il est reçu par le service des urgences où il est consulté avant d'être admis dans le service. La même procédure d'enregistrement est appliquée.
- A sa sortie, le patient se présente muni de la partie administrative de son billet d'hôpital au bureau des entrées où sa sortie est enregistrée dans le registre des admissions et le nombre de journée d'hospitalisation calculé. Il se présente en suite à la caisse pour régler le solde de ses frais de séjour. Une quittance du trésor lui est alors remise. Une fois la saisie informatique des données du billet d'hôpital faite, il est archivé au niveau du BE.

Dans ce contexte, les procédures de parcours de patient peuvent être présentées dans la figure suivante:

Figure n°02 : Les procédures de parcours de patient



Source : GIUSIANO, Bernard. PIERRE Guiraud. HERVÉ, Meur. 10 règles pour tracer le parcours du Patient dans un réseau de santé. Le guide des patients. France, 2011, p.14

Section 2 : Le contexte hospitalier

L'hôpital est un établissement destiné à prendre en charge des pathologies, son objectif est de soigner et de possible guérir des malades. Les établissements de santé assurent deux fonctions: une fonction d'accueil et une fonction technique qui prédomine de plus en plus. Pour accomplir ses fonctions les hôpitaux disposent de certaines ressources et emploie un personnel nombreux, réparti en catégories aux fonctions distinctes.

1. L'évolution de l'hôpital

L'origine historique des hôpitaux en France et en Europe prend ses racines dans l'histoire religieuse de notre société. Les premiers lieux d'accueil des malades furent. En effet, au Moyen Age, les Hôtels, Dieu situés proximité des Églises et des congrégations religieuses dont les membres se consacrent aux soins aux malades. Il existait par ailleurs une volonté de mise distance du cœur de ville d'une population sans ressources que l'on isolait dans des Établissements adaptés leur situation sociale ou leurs maladies(les incurables, les victimes d'épidémies, les pauvres honteux).²⁵

La population hospitalière Étant d'origine modeste, la notion de charité prévalait sur celle de droit aux soins. Les accès et les circulations Étaient conçus dans un souci de surveillance. Selon un concept architectural qui a perduré longtemps, un mur élevé entourait l'hôpital au quel on ne pouvait accéder que par une seule porte, c'est pourquoi, jusque dans les années 1960, il fallait attendre l'heure des visites dans la rue.²⁶

À l'intérieur des murs, le plan général est souvent organisé en croix autour d'une chapelle elle-même organisée en chapelles secondaires autour de l'axe central a fin d'assurer une séparation des différentes catégories de malades. Des communications étaient parfois établies entre les différentes divisions par des galeries ou des souterrains. Saisissant de leur gestion, un point clé mérite d'être rappelé dans l'histoire des hôpitaux : c'est la décision prise par Louis XIV de charger les villes de la gestion de leurs hôpitaux. Il faut dire que leur situation était devenue très difficile, le nombre de mendiants et surtout d'orphelins ayant cru

²⁵ Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières, 2014, p.07.

²⁶ Ibidem

dans des proportions très importantes. C'est de cette époque (1662) que date l'interdit que portent les conseils municipaux aux hôpitaux de leur territoire²⁷

Cette décision a été complétée d'abord par le Directoire, par la loi du 7 octobre 1796, puis par Napoléon Bonaparte qui a tenté de rétablir la situation des "hospices civils" devenue catastrophique après la révolution de 1789. Les biens confisqués²⁸ de nombreux établissements charitables leur fut restitués. De plus, certains établissements particuliers accueillant des aveugles, des sourds ou muet furent classés établissements nationaux. Enfin ce sont les municipalités qui prirent en charge la surveillance des hospices civils de leur circonscription. Les hôpitaux généraux, détaillés très diverses, au nombre de 2500 étaient la plupart du temps de Petits hôpitaux hospices de faible capacité, se côtoyaient les enfants abandonnés, Les malades, les vieillards, les mendiants, les aliènes et les filles de mauvaise vie.

Le développement d'hygiène pasteurienne de la fin du XIXe au début du XXe siècle et le développement des spécialisations médicales ont conduit²⁹ des constructions isolées, de type pavillonnaire étendant sur des surfaces importantes. À cette même période des sociétés de secours mutuel ont été créées pour répondre aux nouveaux problèmes apportés par le développement industriel et des établissements de santé privés sont apparus pour combler les lacunes laissée par les établissements publics repliés sur le territoire communal et se chargeant essentiellement de l'indigence. Peu les hôpitaux publics se sont ouverts toutes les couches de la population surtout après la Deuxième Guerre mondiale, pour devenir progressivement de véritables centres de hautes technologies médicales²⁸

Dans les années 1930-1950 apparaissent des hôpitaux blocs permettant une concentration des moyens et des facilités de communication et de circulation. Les nouvelles tendances humanisation dans les années 1970 conduisent édifier des établissements plus petits, taille humaine, plus facile gérer, autour de 500 lits. C'est également cette période que l'hôpital public acquiert la personnalité morale et l'autonomie financière et qu'il n'est plus rattaché que territorialement la collectivité locale²⁹

²⁷ Ibid., p.08

²⁸ Idem

²⁹ Idem

Cette lente évolution du rôle des hôpitaux et des populations prises en charge explique les grandes modifications dans l'organisation, la structure et dans la conception architecturale des établissements de santé.

2. Définition de l'hôpital

Du latin *hospitālis*, un hôpital est l'établissement destiné au diagnostic et au traitement des malades, où l'on pratique aussi la recherche et l'enseignement. Comme apposition, le terme navire-hôpital est employé pour désigner le bâtiment (un navire dument aménagé) servant à soigner et à transporter les malades et les blessés.³⁰

Le concept d'hôpital tire son origine du vocable *hospes* («hôte» ou «visite»), dérivant après en *hospitalitas* («hospitalité»). Au fil du temps, la notion est devenue connue pour le fait d'accueillir et d'héberger quelqu'un chez soi (voire d'accorder asile) gracieusement par charité ou amitié.

L'hôpital a reçu deux définitions de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.). La première est pratique : « établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers ». L'autre définition décrit la fonction que l'hôpital moderne devrait assumer : « L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio sociale. »³¹

Autrefois, un hôpital était un endroit où l'on exerce la charité aux personnes pauvres, malades, orphelines, âgées et aux pèlerins, accueillis et bienveillamment traités par des moines et des sœurs (des religieuses).

La structure des hôpitaux est conçue pour répondre à l'exigence requise concernant les fonctions de prévention, diagnostic et de traitement de maladies.

Toutefois, beaucoup d'hôpitaux modernes suivent une modalité connue sous le nom de soins progressifs, où il n'y a pas de salles divisées par spécialités médicales, mais plutôt une

³⁰ Le dico des définitions. Définition du l'hôpital. <http://lesdefinitions.fr/hopital>

³¹ DAMART, Sébastien. Innovations managériales en établissement de santé. Paris : Edition EMS, 2013, p.135

unité où le malade est traité/soigné progressivement en fonction de la gravité et de la complexité.³²

Dans un hôpital, il existe le système d'assistance (l'aide directe à la personne par les professionnels de l'équipe médicale : médecins, infirmiers, chirurgiens, etc.), le système administratif et comptable (pour l'admission des patients, l'organisation des équipes de nuit, des services de garde ainsi que les audits, parmi d'autres tâches), le système managérial (qui organise ou dirige le fonctionnement global de l'hôpital), etc.³³

Il ya lieu de mentionner que les hôpitaux peuvent se classer en généraux, psychiatriques, gériatriques et ceux disposant de la protection maternelle et infantile et d'un service de néo-natalité (les maternités), parmi d'autres spécialités

De cela, la figure suivante illustre une vue générale sur l'hôpital :

Figure n°03 : Vue générale sur l'hôpital



Source : BENKACI, Youcef..Système d'information & la contractualisation. Tizi-Ouzou, 2005

- **L'hôpital : lieu de production de prestations de services**

Le fait d'employer le terme de « production » à l'hôpital est inhabituel. On s'intéresse aux malades, aux pathologies, aux matériels, aux actes réalisés, mais la connotation gestionnaire ou ingénierique de la « production » semble inopportune, du moins, dans un lieu où les producteurs directs de soins sont des professionnels du champ sanitaire.³⁴ La logique

³² BENOIT, Christine. Manager un établissement de santé. 2ème éd. Paris: Edition GERESO, 2015, p.147

³³ Ibidem

³⁴ VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », thèse de doctorat es Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999, p. 213.

apparente, affichée, ne sera pas de produire du soin, mais de susciter la guérison, de faire recourir au patient un meilleur état de santé.

On parle aussi à l'hôpital, de la production de la distinction, qui se décline d'abord au niveau des rapports entre médecins, elle se retrouve également aussi au niveau de la direction de l'établissement.

Notre positionnement gestionnaire nous conduit à penser l'hôpital comme lieu de production de prestations de services. Il s'agira de tenter une caractérisation de cette production et de son organisation.

HATCHUEL A. et SARDAS J.C.³⁵ caractérisent le système productif comme un agencement d'entités, de ressources, de tâches et de modes de pilotage. Les entités constituent les cibles, leur circulation constitue la nature des activités productives. Les ressources concourent à la transformation des entités, ce sont donc, des machines, des locaux, des savoirs, des compétences des acteurs et du financement. Les tâches précisent le niveau de description des opérations. Une tâche permet de croiser une entité avec les ressources mobilisées. Les modes de pilotage de la production réunissent les actions réalisées par un ensemble d'acteurs, ces modes sont dépendants de la définition de la performance.

D'après MINVIELLE E,³⁶ le système de production hospitalière peut être approché de la façon suivante : le patient est une entité qui est l'objet du processus envisagé, les ressources sont notamment constituées du personnel des services cliniques ou logistique, mais également des techniques utilisées, les tâches servent de support à l'organisation du travail, assurant la prise en charge du patient, et enfin, le pilotage se situe dans les unités de soins.

Le pilotage de la prise en charge ne se satisfait donc pas de la seule expertise médicale, mais peut difficilement se suffire d'un ajustement entre les seules unités de soins. L'ensemble doit être coordonné au sein de l'établissement par une fonction, s'assurant de la mise en œuvre et du suivi du dispositif et de la formalisation de la prise en charge.

³⁵ Idem, p.214

³⁶ Idem, p.215

3. Typologie d'hôpitaux

Il y a lieu de distinguer les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux catégoriels et les hôpitaux universitaires.³⁷

3.1. Les hôpitaux généraux

Reçoivent les patients jour et nuit pour une aide médicale spécialisée. L'hôpital doit disposer d'au moins 150 lits agréés et posséder au moins un service de chirurgie et de médecine interne. Les activités suivantes sont également présentes dans un hôpital de base : anesthésiologie, radiologie, activités de base en biologie clinique, réadaptation fonctionnelle et activité de base en officine hospitalière, ainsi que le programme de soins de base en oncologie. Un hôpital général peut également offrir les services de gériatrie, de maternité, de pédiatrie et de neuropsychiatrie.

3.2. Les hôpitaux psychiatriques

Dispensent des traitements et des soins aux personnes atteintes de troubles psychiques graves. Outre l'hospitalisation à temps plein et les soins psychiatriques, un hôpital psychiatrique peut offrir une consultation polyclinique ou un traitement de jour. Il peut également contribuer à créer et à gérer des habitations protégées. Pour un traitement médical non psychiatrique, ces patients doivent être transférés vers un hôpital général.

3.3. Les hôpitaux catégoriels, ou spécialisés

Sont des hôpitaux plus petits qui offrent des soins spécifiques à un groupe-cible déterminé. Ce sont généralement des hôpitaux axés sur la réadaptation fonctionnelle ou s'occupent de soins aux personnes âgées (hôpitaux avec services G isolés).

3.4. Les hôpitaux universitaires

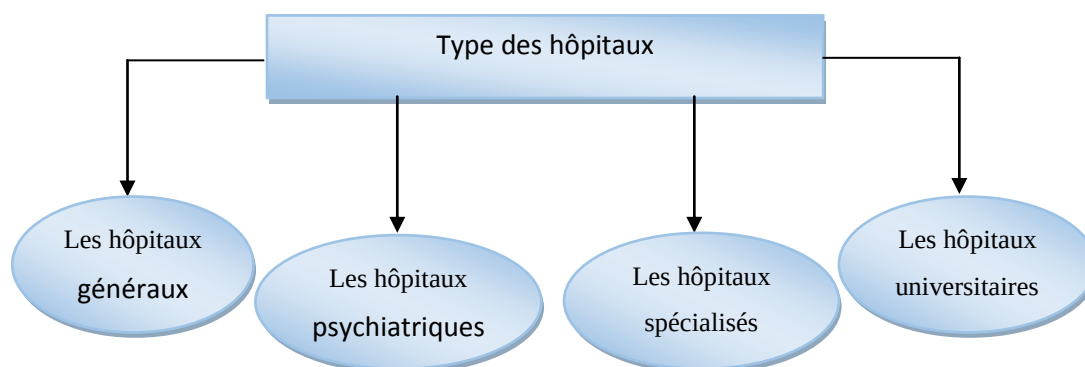
Traitent et soignent des patients, bien sûr, mais ils ont également pour mission de contribuer à la formation des médecins et des praticiens de l'art infirmier, d'être actifs dans le domaine de la recherche scientifique et de participer au développement de nouvelles technologies. Ils comptent au moins les mêmes services que les hôpitaux généraux. En règle générale, c'est en leur sein (ou dans quelques hôpitaux généraux de grande taille) que sont admis les patients qui nécessitent un traitement très spécialisé. Un seul hôpital peut être

³⁷ CROMMELYNCK, Anja. L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info Supplément à MC

désigné en qualité d'hôpital universitaire Pour chaque université qui dispose d'une faculté de médecine offrant un Cours complet.

De ce fait, les types des hôpitaux peuvent être présentés dans la figure suivante :

Figure n°04 : Typologies des hôpitaux.



Source : Réalisé par nous même à partir des données citer précédemment

4. Les hôpitaux en Algérie

L'offre de soins en Algérie est caractérisée par un secteur public dominant et symboliquement payant, celle-ci est subdivisée en deux catégories d'infrastructures : infrastructures extrahospitalières (polyclinique, centre de santé et salles de soins et de consultation leurs missions est la prévention sanitaire et la promotion de la santé) et infrastructures hospitalières (CHU, EHS, hôpitaux et maternités appartenant secteur sanitaire (SS), avec un secteur privé payant, en expansion rapide depuis les année :³⁸

4.1. Secteur public

Après l'indépendance, la France a légué à l'Algérie 143 hôpitaux, dans des sanatoriums des centres de santé, un centre de lutte contre le cancer, 13 cliniques totalisant 40000 lits d'hospitalisations¹², 820 unités légères (160 polycliniques et 660 centres de santé), la plupart résultant de reconversion de différentes unités légères, 1344 salles de soins. À partir des années 80, les investissements en infrastructures se sont fortement étendus, améliorant la couverture sanitaire de la population par des services de santé publique répartis sur tout le

³⁸ Ait Medjane Ouahiba. Les réformes du système de sante En Algérie : État des lieux et analyses. Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de master en sciences Économiques Option : économie de la santé. Université Abderrahmane MIRA de Bejaia Faculté des sciences économiques, commerciales et Des sciences de gestion

territoire nationale. En 2005, le réseau se compose de : 243 : hôpitaux auxquels s'ajoutent 54 EHS, totalisant près de 60000 lits d'hospitalisation. La progression est de 1,7% en moyen annuelle en termes de lits¹³. jusqu'à 2007, Les secteurs sanitaires (SS) (Décret 97- 466 du 2 Décembre 97), constituaient la base de la pyramide des soins. Leur création date des années 80 (Décret 81- 242 du 5 septembre 81).Le secteur public est composé de 13 CHU, 1 EHU, 68 EHS, 185 EHP totalisant 63680 lits. On comptait en 2007, 185 SS auxquels étaient rattachées toutes les unités de base, autrefois gérées par les communes. Chaque SS desservait en moyenne un bassin de population de 100.000 à 300.000 habitants et était composé :

- d'un hôpital général ;
- d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) ;
- de structures légères (polycliniques, centres de santé, Salles de soins) ;
- d'unités de soins scolaires (UDSS), réparties par groupements d'écoles.

L'organisation et le fonctionnement des SS ont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme les 185 SS en 189 établissements publics hospitaliers (EPH) et 273 établissements publics de sante de proximité (EPSP). Toutes les structures extrahospitalières des ex SS (les polycliniques, salles de soins...) sont ainsi séparées des hôpitaux. Les deux (2) établissements publics nouvellement créés ont les mêmes statuts. D'autres hôpitaux auraient été construits dans le cadre du programme de développement 2005-2009.

- Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS): (Décret 97-465 du 2décembre\ 97) sont au nombre de 31en 2005, 50 peut être en 2008, implantés en majorité dans le nord du pays. Ils couvrent environ, une dizaine de spécialités (cancérologie, Cardiologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, Traumatologie, neurochirurgie et maladies infectieuses).
- Les centres hospitalo-universitaires (CHU) :(Décret 97 – 467 du 2décembre 97). Suite à la promulgation du décret du 11 février 1986, 13hôpitaux régionaux sont transformés en centre hospitalo-universitaires(C.H.U.). Ces 13 CHU sont, depuis leur création, implantés dans 10wilayas du pays. Ils sont sous la double tutelle du ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherches scientifique (MESRS). Ces C.H.U. sont chargés d'une triple mission : l'enseignement des sciences médicales, la recherche scientifique dans le domaine de la médecine et les soins hautement spécialisés. Leur

gestion est autonome par rapport au secteur sanitaire, ainsi que leur budget. Sur le plan de l'organisation de cette offre.

Le secteur public a pour rôle d'assurer les soins primaires et les urgences, les soins spécialisés et la prévention. Il est réparti à travers tout le territoire national, mais avec un désavantage pour les régions des hauts plateaux et du sud, surtout en spécialistes et en plateaux techniques.

4.2. Le secteur privé

L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 60 et 70. En effet, les possibilités d'installation difficilement accordées, sont limitées par la mise en place des procédures suivantes :³⁹

- Service Nationale préalable à l'autorisation d'installation.
- Obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publiques.
- Et enfin zoning, dans le souci d'équilibre régional.

À partir de 1986 tous ces obstacles ont été progressivement levés et l'installation des cliniques privées est autorisée à partir de 1988. Suite aux conditions de fonctionnement du secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements et une forte bureaucratisation. Des cabinets médicaux privés sont multipliés très rapidement d'abord par les médecins généralistes puis par les spécialistes.

Le secteur privé ne concerne pratiquement que l'extrême nord du pays et ne dispense pas de soins primaires, ni de soins aux malades démunis. En 2011 ce secteur compte des milliers de cabinets médicaux (de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de chirurgiens dentistes, de rééducation fonctionnelle) et d'officines pharmaceutiques et un peu plus de 221 cliniques, totalisant 340017 lits d'hospitalisation, répartis sur 32 wilayas. Il emploie environ 25.000 praticiens.

En Algérie il existe des infrastructures hospitalières suivantes :⁴⁰

- 14 CHU
- 1 EHU
- 5 EH

³⁹ ibid

⁴⁰ Ibid

- 68 EHS
- 195 EPH
- 271 EPSP
- 1375 polycliniques
- 5376 salles de soins

Dans ce contexte le total de ses infrastructures est :

- Hôpitaux publics : 282
- Structures de proximité : 7022
- Structures privées : 330
- structures + 111 centres de dialyse
- 68 154 lits (publics + privés) : 1 lit pour 500 habitants
- Couverture globale en lits d'hospitalisation satisfaisante mais très disparate entre les Wilayas

Section 3 : Les dossiers d'admission à l'hôpital

Dans la deuxième section, on présentera les formalités administratives lors d'une admission à l'hôpital et les différents dossiers d'admission à l'hôpital dont on trouve le dossier administratif et la fiche navette.

1. Le dossier administratif

Pour tout patient pris en charge dans un établissement de soins, l'administration hospitalière doit constituer un dossier administratif distinct du dossier des professionnels de santé.

Du dossier administratif sont extraites l'identification du patient et les données sociodémographiques qui vont enrichir le dossier du patient. L'authenticité des informations administratives recueillies doit être garantie. Elles doivent être régulièrement tenues à jour (suivi de l'identité de l'état civil, de la couverture sociale, du statut matrimonial, des employeurs, etc.).⁴¹

⁴¹ Service évaluation des pratiques., « évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, dossier du patient » réglementation et recommandations, juin 2003, p5

Le dossier administratif est un dossier qui s'effectue à l'administration de l'hôpital au niveau du bureau des entrées où sont enregistrées toutes les informations concernant le circuit du malade dès l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Donc le dossier administratif résume le parcours du patient dans l'hôpital. Le patient vient pour une consultation externe ou un examen paraclinique, qu'il soit référé ou non : après avoir pris le rendez-vous pour la consultation ou l'examen, il se présente le jour de l'examen au BE où il est enregistré dans le registre des prestations externes. Il va ensuite à la caisse où il s'acquitte des frais et reçoit sa quittance. Il peut ensuite se présenter pour la prestation munie de la prescription et de la quittance.

A l'issue de la consultation, si une hospitalisation doit être prononcée, le médecin rédige une demande d'hospitalisation avec laquelle le patient se présente au BE le jour de l'hospitalisation. Il est alors enregistré dans le registre des admissions et un billet d'hôpital lui est remis. Il va alors au guichet pour s'acquitter de la provision et se rend ensuite dans le service, muni de son billet d'hôpital.

Si le patient est référé pour hospitalisation ou s'il arrive en urgence, il est reçu par le service des urgences où il est consulté avant d'être admis dans le service. La même procédure d'enregistrement est appliquée.

1.1. Modalités d'admission à l'hôpital

L'admission à l'hôpital peut être faite par différentes façons :

1.1.1. Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée sur présentation d'un certificat médical attestant de la nécessité de l'hospitalisation. Celui-ci est accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

1.1.2. Admission programmée

En cas d'admission programmée, une convocation est remise ou adressée au patient. Afin d'organiser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au Bureau des entrées où il sera informé sur les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

1.1.3. Admission directe

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.⁴²

1.1.4. Transfert suite à une admission

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient ou d'un blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le Directeur Général doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

Sauf urgence, la personne doit être informée préalablement de son transfert, provisoire ou définitif, qui ne peut être effectué sans son consentement. L'admission dans ce nouvel établissement est décidée par son Directeur.

1.1.5. Admission en urgence

Le directeur général prend toutes mesures, si l'état d'un malade ou d'un blessé le nécessite, pour que les soins urgents soient assurés au sein du CHU sous la responsabilité directe d'un médecin. Le Directeur prononce l'admission, même en l'absence de tout renseignement sur l'identité de la personne ou sur les conditions dans lesquelles les frais seront remboursés à l'établissement. Le cas échéant, les informations nécessaires à la constitution du dossier de la personne admise en urgence doivent être recueillies le plus rapidement possible. Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal du refus est établi et contresigné par deux agents du service. Lorsqu'un malade ou un blessé, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'établissement, il peut être selon le cas soit reconduit à la sortie de l'hôpital soit adressé à un organisme à caractère social.

⁴² Dispositions relatives à l'admission au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées, textes référence circulaire n° 2005/57 du 2 février 2005, p35.

1.1.6. Admission des mineurs

Sauf dispositions légales spécifiques, l'admission des mineurs est prononcée à la demande du ou des représentant(s) de l'autorité parentale, du tuteur ou de l'autorité judiciaire.

Pour les mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur a été confié par son père, mère ou tuteur.⁴³

1.2. Les composants du dossier d'admission

Le dossier d'admission d'un malade doit comporter :

- Demande d'hospitalisation ;
- Le billet de salle ;
- Fiche navette ;
- Certificat de séjour.

Toute hospitalisation d'un malade doit être obligatoirement enregistrée au niveau de la section des admissions.

1.2.1. La demande d'hospitalisation

Dans le cas où le patient nécessite une hospitalisation, le médecin traitant lui fait une demande d'hospitalisation, qui est un document qui porte la date de l'entrée et l'heure, le service et la spécialité, le nom et le prénom de patient et de son garde malade, et aussi le nom et la signature du médecin traitant.

Une fois que cette demande est remplie et signé par le médecin traitant, elle va être transférée par les services des traitants et le service des urgences au bureau des entrées afin de compléter le dossier.⁴⁴

1.2.2. Le billet de salle

Un document appelé « billet de salle » contenant une fiche navette et un bulletin d'admission est rempli afin de recueillir les informations relatives au patient.

⁴³ Dispositions relatives à l'admission au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées., op.cit. p38.

⁴⁴ LEPANE JP, ARBABZADEH-BOUCHEZ S, LAFAY N, SENON JL, « Modalité d'hospitalisation en psychiatrie », disponible sur : <http://senon.pagesperso-orange.fr>

Remarque : le bulletin d'admission est un formulaire se trouvant dans le logiciel « patient » ce dernier sera rempli avec toutes les informations concernant le malade qui serait enregistrées et imprimées en double exemplaire :

- Le premier exemplaire et la fiche navette partent avec le patient (ou quelque fois subordonne par un agent) pour le service concerné.
- Le deuxième exemplaire et l'accord d'hospitalisation aident à remplir le registre « main courante » contenant les informations suivantes :

Numéro matricule (nom, prénom, âge, adresse) et le service (où le patient est hospitalisé).

1.2.3. La fiche navette

Après que le patient ait effectué son séjour en matière d'examen et le traitement, contenant les actes médicaux (médicaments prescrits, analyse etc....), la date prévue de sortie et la signature du médecin ou du résident avec sa griffe.⁴⁵

1.2.4. Certificat de séjour

Dans le certificat de séjour ou bien la sortie on trouve le nom et prénom du patient et leur âge, matricule, service et la date d'admission et de sortie, et enfin le type de sortie.

1.2.5. Les types de sortie

1.2.5.1. Sortie Normale

Elle est décidée par le médecin traitant, et peut se faire tous les jours après 13h, excepté les week-ends et les jours fériés. Pour les enfants mineurs, la présence de tuteur est obligatoire.

A la sortie du malade la fiche navette est restituée au bureau des entrées pour la facturation du séjour.

Le bureau des admissions peut, à la demande du concerné fournir un certificat de séjour, comme justification de son hospitalisation, destiné à votre employeur, ou à toute autre fin utile.⁴⁶

⁴⁵ BOUAMRANE S., « système d'information hospitalier : admission et planification des blocs opératoires » ; mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de magister en informatique option informatique et automatique université d'Oran ; 2010 ; p 40.

⁴⁶ La sortie du patient. Disponible sur www.chuto.dz/patient/sortie.php

1.2.5.2. Sortie par Décès

- **Cause Naturelle**

Le malade décède suite à sa maladie. Suite au décès du malade le personnel du bureau des admissions en collaboration avec le médecin ayant constaté le décès, délivre les documents ci-dessous :

- Un certificat de décès ;
- Une déclaration de décès ;
- Un certificat de non contagion.

Ces documents seront remis aux parents du défunt afin de permettre le retrait :

- D'un permis d'inhumer au niveau de la mairie de Tizi Ouzou.
- Une autorisation de transport de corps au niveau de la wilaya.
- D'une attestation de mise en terre au niveau de la sûreté de la wilaya.

- **Cause non naturelle**

Un certificat de constatation de décès est remis à l'un des parents du défunt. Le parent du malade se présentera au tribunal ou au le procureur de la république le cas échéant :

- Cas 1 : délivrera d'emblée un permis d'inhumer (cas : d'un accident de la circulation).
- Cas 1 : exigera une autopsie en désignant le médecin légiste qui la pratiquera. Une fois réalisée, le rapport d'autopsie sera remis à monsieur le procureur de la république qui délivrera par la suite un permis d'inhumer.

1.2.5.3. Sortie par Evacuation

Lors d'une évacuation vers un établissement de santé national, le malade devrait être accompagné par un personnel paramédical et devrait se munir d'une prise en charge de la structure d'origine.

- **Transfert à l'étranger**

Pour manque de matériel ou de compétence le conseil scientifique décide après étude du dossier du malade, le transfert de celui-ci à l'étranger.⁴⁷

⁴⁷ La sortie du patient. Disponible sur www.chuto.dz/patient/sortie.php.op.cit

- **Sortie contre avis médical**

La décision de sortie est prise par le malade lui-même ou par son entourage et cela se fait à base d'un engagement de sortie signé avec l'administration du service.

- **Sortie par évasion**

Pour des raisons qui le concernent le malade décide de quitter le service d'hospitalisation sans aviser l'administration de ce dernier. La sûreté de la wilaya est aussitôt informée de ce fait par le bureau des admissions du CHU.⁴⁸

2. La fiche navette

Il est important de présenter à ce niveau la fiche navette et son utilité.

2.1. Définition

La fiche navette accompagne le malade durant tout son séjour hospitalier. C'est un support d'information à même de rendre compte des activités hospitalières et de leur coût.⁴⁹

2.2. Présentation de la fiche navette

Avec l'avènement de la gratuité des soins en Algérie en 1974, la fiche navette a été simplement et carrément supprimée puis rétablie par la suite. Elle comporte huit pages dont chacune est destinée à la collecte d'un certain nombre d'informations qui seront exploitées par le bureau des entrées. Cette fiche fait partie de la liste des supports d'information et de gestion normalisés. La tenue et l'exploitation de la fiche navette vont permettre de recueillir une panoplie d'informations sur le malade admis dans les services hospitaliers d'un hôpital, sur sa maladie, sur les actes médicaux, chirurgicaux, examens pratiqués sur lui à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement hospitalier, les soins infirmiers correspondant aux actes paramédicaux effectués dans l'établissement d'hospitalisation, les médicaments qui lui ont été prescrits et administrés et enfin la fiche navette comporte des indications sur la sortie du malade de l'établissement où il a reçu des soins.

Dans sa première page, la fiche navette regroupe les informations relatives à l'identification du patient à savoir son nom, son prénom, son âge, son groupe sanguin, son

⁴⁸ La sortie du patient. Disponible sur www.chuto.dz/patient/sortie.php.op.cit.

⁴⁹ 7 SALMI M., « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en sciences économique., université Mouloud Mammeri T.O, 2009, p105.

numéro d'admission, de même que les informations concernant le service allant accueillir le malade : nom de salle, le numéro de lit ainsi que la date et l'heure d'entrée dans le service. Des informations sont en outre collectées sur la personne du chef de service et sur celle du médecin traitant. Le mode d'entrée du patient est signalé sur la fiche navette qui, signifie que le malade a été orienté vers le service par les urgences du même établissement ou évacué d'un établissement extérieur. Un code d'entrée est attribué par le bureau des entrées pour chaque malade admis dans un service de l'établissement pour des contrôles éventuels des malades séjournant ayant été effectivement transités et recensés par ce bureau.⁵⁰ D'autres informations sont susceptibles par ailleurs d'être recueillies à l'occasion du transfert du malade dans un autre service au sein du même établissement ou en dehors de celui-ci.

La deuxième et la troisième page de la fiche navette sont destinées à la transcription des actes médicaux, chirurgicaux et les divers examens pratiqués sur le malade dans l'établissement d'hospitalisation. Les actes que les professionnels de soins peuvent avoir à effectuer sont établis par une nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et autres auxiliaires médicaux. Cette nomenclature impose aux praticiens et auxiliaires médicaux de communiquer à l'administration de l'établissement sanitaire le type et la valeur des actes techniques qu'ils effectuent. Cette dernière est censée mesurer les activités des différents services et à calculer les coûts de santé, en d'autres termes les coûts de prise en charge des malades. Ces coûts seront communiqués aux organismes de sécurité sociale en vue d'effectuer le calcul de leur participation au financement de structures de soins et du secteur de la santé en général. Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient. La lettre-clé est un signe pour désigner soit un acte accompli par un médecin généraliste dont la lettre-clé est la lettre C, l'acte accompli par un spécialiste est désigné par la lettre CS, celui effectué par un psychiatre prend la lettre C PSY, l'acte du chirurgien-dentiste prend la lettre CD, l'acte de sage-femme prend la lettre C.SF. Par ailleurs il existe d'autres actes désignés par d'autres lettres-clés⁵¹:

- PC qui désigne des actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.
- k désigne des actes de chirurgie et de spécialité.
- D désigne des actes pratiqués par le chirurgien-dentiste.
- DS désigne des actes accomplis par le chirurgien-dentiste spécialiste.

⁵⁰ SALMI M., op.cit. P106

⁵¹ Le décret N° 85 283 du 12 novembre 1985 établit la liste des actes professionnels des médecins et autres auxiliaires médicaux avec leur cotation

- SF désigne des actes de soins effectués par une sage-femme.
- AMI désigne des actes de soins pratiqués par l'infirmier.
- R et B désignent respectivement les actes de radiologie et les actes d'analyses médicales.
- Enfin, la lettre KB désigne des actes de prélèvement pour analyses médicales effectués par un praticien non médecin ou par un biologiste non médecin
- Chaque lettre-clé possède une valeur monétaire établie par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs des soins médicaux et autres. Le coefficient qui suit chaque acte est un nombre indiquant la valeur relative de celui-ci. Aussi, pour la cotation d'un acte ou sa notation il suffit pour cela pour le praticien médical ou autre d'inscrire la lettre-clé prévue à cet effet qui correspond à une valeur monétaire et d'inscrire immédiatement après le coefficient fixé par la nomenclature pour désigner la valeur relative de cet acte par rapport aux autres actes pratiqués. Ainsi l'acte de radiologie est désigné par la lettre-clé R, ayant pour valeur monétaire 2,50 DA, sa cotation se fera tout juste en multipliant cette valeur monétaire par le coefficient fixé pour cet acte pour trouver sa valeur relative. Tous les actes effectués sur les malades doivent être en principe transcrits sur la fiche navette. Ces actes doivent être en outre datés par chacun des services intervenant lors de la prise en charge de ses patients. La nature de chaque acte ou examen correspond à sa désignation par le médecin intervenant directement sur le malade qui déclare son identité à savoir son nom, son prénom et sa qualité de praticien : médecin généraliste ou spécialiste (dans les pages 2 et 3 de la fiche navette)⁵²

Dans sa page n°02

Actes médicaux, chirurgicaux et examens pratiqués dans l'établissement d'hospitalisation y compris les consultations effectuées par les praticiens externes au service

Dans sa page n°03

Actes médicaux, chirurgicaux et examens pratiques dans l'établissement d'hospitalisation y compris les consultations effectuées par les praticiens externes au service (suite)

⁵² SALMI M., op.cit. p108

Dans sa page n° 04

Soins infirmiers (actes paramédicaux) effectués dans l'établissement d'hospitalisation

La page quatre de la fiche navette correspond aux soins infirmiers ou aux actes paramédicaux effectués dans l'établissement d'hospitalisation. Chaque soin infirmier doit être transcrit, daté, par ce service qui l'effectue suivant un code ayant pour lettre-clé : AMI. Lorsqu'un acte est effectué par une sage-femme la lettre-clé utilisée dans ce cas est la lettre SF. Les actes infirmiers doivent être désignés par leur nature. Le nom ainsi que le prénom et la qualité du paramédical doivent être dûment mentionnés.

Dans sa page n°05

Actes médicaux, chirurgicaux et examens effectués dans une structure externe (Publique ou privée)

La page cinq de la fiche navette correspond aux actes médicaux, chirurgicaux et examens effectués dans une structure externe publique ou privée. En effet, le malade peut être transféré lors de son traitement dans d'autres structures pour bénéficier de soins ou de traitements complémentaires en raison de l'indisponibilité de moyens humains, matériels ou thérapeutiques dans la structure l'ayant accueilli préalablement. Ce transfert s'opère en attribuant au malade un numéro de prise en charge (santé).

Dans sa page n° 06

La page six de la fiche navette correspond aux médicaments prescrits au malade lors de son traitement. Cette page comprend plusieurs rubriques notamment le libellé du médicament prescrit en fonction de la dénomination commune internationale D.C.I laquelle sert à indiquer la composition chimique d'un quelconque médicament pour le distinguer du nom commercial qui lui est attribué.⁵³

Cette D.C.I permet de sélectionner les médicaments en fonction des besoins exprimés par les différents services de soins qui ne seront pas tentés d'acquérir un produit pharmaceutique tout en sachant qu'il est destiné à un usage particulier n'étant requis par aucun service opérant dans l'établissement⁵⁴. Les autres rubriques composant cette page font

⁵³ SALMI M., op.cit. p108.

⁵⁴ SALMI.M., « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic. Cas du secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Irathen », mémoire de Magister, Tizi-Ouzou, 1999, P 84.

référence à la date de prescription du médicament, son code D.C.I, la quantité prescrite, la quantité fournie, le nom et le prénom ainsi que la qualité du prescripteur. La page sept faisant toujours référence au médicament avec les mêmes rubriques.

La dernière page de la fiche navette est la page « sortie » qui comporte un cadre réservé au praticien ainsi qu'un cadre réservé à l'administration de l'établissement.

a- Le cadre du praticien comporte plusieurs indications entre autres :

- La date et l'heure de sortie du malade du service ou de l'établissement l'ayant accueilli ;
- Le mode de sortie signifie que le malade est complètement guéri de sa maladie ce qui suppose qu'il est orienté vers son domicile avec autorisation du praticien ou bien qu'il nécessite encore un suivi en consultation mais peut éventuellement quitter l'établissement de soins contre avis médical ou enfin que le malade est décédé ;
- Le code de sortie est une rubrique qui reste à l'heure actuelle tout à fait vierge ;
- Le diagnostic ou le motif d'entrée correspond à la maladie ayant motivé l'hospitalisation du malade ;
- Le diagnostic de sortie correspond à l'état de santé du malade juste avant que celui-ci ne quitte l'établissement de santé car des affections déjà traitées ou de nouvelles affections peuvent éventuellement survenir durant la période de soins ;
- Le code CIM ou la codification internationale des affections mortelles et non mortelles servant à la classification internationale des maladies est une rubrique qui reste à l'heure actuelle vierge ;
- Le code GHM « groupe homogène de malades » est un système de classification des patients hospitalisés qui n'est pas d'usage dans nos établissements de soins ;
- Le nom ainsi que le prénom et le grade du praticien et enfin le visa du chef de service.

b- Le cadre réservé à l'administration de l'établissement comporte plusieurs rubriques entre autres :

- Le numéro de facture est une rubrique qui reste vierge ;
- La date de sortie ;
- Le montant total de la prestation qui correspond à l'heure actuelle aux frais d'hébergement des malades dans les services hospitaliers calculés forfaitairement sur la base de 100 DA la nuit ;

- Le numéro de quittance ;
- La part de la sécurité sociale qui représente la contribution de la sécurité sociale aux frais de soins de son personnel et de ses affiliés. Cette rubrique n'est pas, à l'heure actuelle, remplie car la sécurité sociale ne prend pas en charge directement les frais hospitaliers du malade sur le plan individuel mais indirectement, sur le plan collectif, en participant à travers une contribution forfaitaire aux dépenses de santé à l'échelle du pays tout entier par le biais d'un forfait hôpitaux ;
- La part du patient est celle revenant directement à l'utilisateur du système de soins qui supporte au jour d'aujourd'hui le montant total de la prestation de soins qui lui est offerte ;
- La nature de document de sortie est une rubrique destinée soit aux malades chroniques qui sont exonérés du paiement de la contribution forfaitaire d'accès aux soins dans les structures publiques de santé, soit aux indigents n'ayant pas les moyens pour payer les frais de leur prise en charge ou enfin aux personnes n'exerçant aucune activité ;
- Le numéro de document qu'il soit un certificat d'indigence, une attestation de non activité ou enfin une attestation de non perception d'un revenu sont tous des documents délivrés au niveau de la mairie ;
- L'établissement d'accueil correspond à celui où l'on a transféré le malade avec un numéro de prise en charge ;
- Le nom de la personne qui accompagne le malade mineur à sa sortie de l'hôpital ;
- Enfin, le nom, le prénom et la fonction du signataire ou l'employé du bureau des entrées.⁵⁵

⁵⁵ SALMI M., « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en sciences économique., université Mouloud Mammeri T.O, 2009, p 111.

Conclusion

Après avoir développé certain notion, nous pouvons souligner que la santé est une notion qui évolue dans le temps. Elle est devenue un enjeu sensible en raison de la montée de l'individualisme dans nos sociétés. Elle n'est plus seulement perçue comme l'absence de maladie ou de handicap mais elle tend à se rapprocher de la notion de bien-être, de bonheur, de mieux être voire de performance.

Pour réussir l'opération de prise en charge il est important d'avoir un flux d'informations qui sont mentionnées sur des différents documents.

Ces documents sont le moyen de partage des informations à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital sur ce qui concerne l'identification et les actes médicaux et paramédicaux et les examens pratiqués sur le patient sont enregistrés sur le dossier administratif, la fiche navette, le dossier médical et le dossier des soins infirmier prodigué pour le malade.

Chapitre 2

Les indicateurs dans les bureaux des entrées

Introduction

La santé est la condition normale et naturelle de tous les êtres vivants, car cette capacité est inhérente à la vie. Donc, elle est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie.

Pour assurer les soins les hôpitaux sont destinés à prendre en charge des patients dans toutes leurs composantes physiques et sociales, alors pour garantir cette fonction il est nécessaire d'avoir certaines étapes à suivre dès l'admission jusque-là sortie du patient.

A l'arrivée du patient à l'hôpital pour une consultation comme pour une hospitalisation il devrait se présenter à l'accueil des admissions afin d'enregistrer des informations relatives au patient, donc c'est le début de constitution d'un ensemble de dossiers qui suit le malade durant ses séjours. On trouve ici la fiche navette et le dossier médical qui porte des informations sur la situation du patient et les traitements à suivre dans l'objectif de partage des informations entre les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge.

Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section est consacrée pour présenter le CHU de TO. La deuxième section sera consacrée à la présentation des fonctions du bureau des entrées, quant à la troisième section, elle portera sur les indicateurs de santé et leurs usages.

Section 1 : Système de santé algérien

L'Algérie lors de son indépendance est confrontée à de multiples contraintes, en effet, l'état de santé de la population a connue une dégradation, associé au processus de transitions sur le plan démographique et sanitaire, qui nécessite la prise en charge des problèmes de santé de la population.

1. Évolution du système de santé Algérien

L'évolution du système de santé en Algérie est marquée par quatre périodes s'étendant schématiquement de 1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003 et de 2004 à aujourd'hui.

1.1. La première période (1962-1973)

Cette période, appelée aussi période socialiste, orientée vers un projet de développement accéléré, est caractérisée par une prédominance de l'État et de l'administration sur l'économie et une sanction des mécanismes du marché ainsi qu'une ambition de rupture avec l'économie mondiale capitaliste. Le budget de la nation à l'indépendance s'élève à 2,914 millions de DA. En revanche, deux tiers de ce budget est consacré aux dépenses de fonctionnement. La santé bénéficie de 194 millions de DA, soit 6,6 % du budget globale au cours de cette période.¹

En effet, la population algérienne à l'indépendance été d'environ 9 millions d'habitants, dont le nombre des diplômés été d'environ 387, 285 médecins, 15 chirurgiens dentistes et 70 pharmaciens.² Durant cette période, la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, de pharmacie et de chirurgie dentaire, a été mise en place. Cette réforme, élaborée en 1970, a pour objet de former 1000 médecins par an, sa mise en place définitivement a été en 1973.³

1.2. La deuxième période 1974-1985

La hausse des couts du pétrole (chocs pétroliers de 1973 et 79) permet à l'Algérie d'avoir une situation financière favorable jusqu'à 1986. Ceci suscite donc une amélioration des budgets de l'ensemble des secteurs, l'augmentation relative des effectifs en santé, une

¹ Bouhdiba.S. « Le Système de santé au Maghreb », Governing Health Systems in Africa, décembre 2008.p 100-101

² OUFRIHA. F.Z, « La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? », Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993, pages 7-58.

³ AGUERCIF.M, AGUERCIF-MEZIANE.F, « Le système de santé publique en Algérie (Évaluation 1974-1989 et perspectives), Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993, pages 97-109.

légère amélioration du contexte épidémiologique et la gratuité des soins. Cette période a été marquée par 4 faits majeurs :⁴

- **Instauration de la gratuité des soins (janvier 1974) :** généralisation de l'accessibilité♣ de la population aux services de santé ;
- **Réforme des études médicales :** amélioration qualité de l'enseignement, renforcement de l'encadrement entraînant augmentation du nombre de praticiens médicaux (toutes spécialités) ;
- **Création du secteur sanitaire :** pierre angulaire de l'organisation du système national de santé auquel ont été rattachées toutes les unités de soins de base, autrefois gérées par les communes ou le secteur parapublic.

Dans les années 1980, l'économie algérienne avait vécu un déficit et un frein brutal dans tous les domaines suite au choc pétrolier et à l'endettement de l'Algérie, ainsi que l'augmentation de la demande de soins en raison de la gratuité des soins.

1.3. La troisième période 1986-2003

Cette période est caractérisée par la crise économique, en raison de la chute brutale des revenus pétroliers, où le prix de baril du pétrole chute au dessous de 10 dollars US en 1986. Ce qui a imposé pour l'Algérie de faire appel à des emprunts à court terme avec des taux d'intérêts très importants. A cet effet, le secteur sanitaire algérien a connu :

- un recul des programmes de santé sur tout le territoire national ;
- Une dégradation continue des prestations dans le secteur public ;
- La perturbation dans le déroulement des programmes nationaux de prévention, en particulier le programme élargi de vaccination ;
- L'insuffisance des médicaments.

Parmi les actions qui ont été mises en place pendant cette période on peut citer :

- La création de 13 CHU chargés d'une triple mission de soins, de formation et de recherche.

⁴ YUCEF Bouzid ; KEBAILI Rebiha, « le système de santé algérien : Reformes et perspectives », mémoire de master ;option économie de la santé ,umt,2016/2017,p.9

- La création de l'école nationale de santé publique en 1989, et le laboratoire national pour le control des produits pharmaceutiques, suite au décret exécutif 93-140 du 14 juin 1993.

1.4. La quatrième période de 2004 à nos jours

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires du fait de la rente pétrolière et en dépit des crises financières mondiales. Pendant cette période, les transitions épidémiologique et démographique se poursuivent :

- Progression accélérée des maladies non transmissibles (pathologies dites modernes) : maladies neuropsychiatriques, cancers, diabète, pathologies respiratoires et cardio-vasculaires en rapport avec le changement de rythme et de mode de vie du citoyen ;
- Vieillesse de la population, lié à l'allongement de l'espérance de vie.

Depuis 1999, avec l'arrivée du président Bouteflika qui soutient et relance l'économie, les indicateurs de santé publique connaissent une amélioration significative : Rattrapage sur le plan infrastructurel : nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale. Maintien des réformes (contractualisation et libéralisation total, émergence des cliniques privées...⁵

2. L'organisation du système de santé algérien

Des modifications d'une période à l'autre, qui mènent le ministre de la santé à se diriger à une amélioration d'une organisation qui va qualifier vers une rationalisation de la gestion et l'amélioration de la qualité des prestations.

Le rapport sur la santé dans le monde 2000 de l'OMS, l'Algérie occupe les 45 places en termes de niveau de santé, parmi les 191 Etats membres du classement. Elle est classée au 81claces en matière de performance globale du système de santé. Le système est dirigé par le ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Le ministre a pour mandat de mettre en application le programme du président de la république à travers le plan d'action du gouvernement.

⁵ AMRI larebi, financement de la santé en Algérie :université d'alger :<http://www.ressna.ma/doc%5CSYTENE%20Algerie-finacement.pfd>.

Ce plan d'action adopté en mai 2009 comporte, pour le secteur de la santé, cinq volets:

- Améliorer la couverture sanitaire ;
- Améliorer la qualité des prestations ;
- Prendre en charge les transitions démographique et épidémiologique ;
- Atteindre les objectifs du millénaire pour 2015 ;
- Rationaliser la gestion et promouvoir la coordination avec les autres secteurs.

Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au ministre de la Santé. Le président du conseil d'administration de ces institutions est le représentant du ministre au sein du conseil. Ces institutions peuvent être classées en :⁶

2.1. Organismes de sécurité sanitaire

L'Institut national de santé publique (INSP), le Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques (LCPP), l'Agence nationale du sang (ANS), le Centre national de pharmacovigilance et de matériel vigilance (CNPM), le Centre national de toxicologie (CNT).

2.2. Organismes d'appui logistique

L'Institut Pasteur d'Algérie (IPA), la Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) ;

2.3. Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information

L'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale (INPFP), L'Ecole nationale de santé publique (ENSP), les écoles de formation paramédicale et l'Agence nationale de documentation en santé (EFPANDS). Les personnels et les structures de santé sont, dans chacune des 48 wilayas, placés sous l'autorité du directeur de la santé de la wilaya qui est membre de l'exécutif de wilaya. Actuellement, au sein de ce système coexistent trois sous-ensembles : Le secteur public, le secteur parapublic et le secteur privé.

3. Le financement du système de santé algérien

En Algérie, le financement de la santé reste une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et la population. Il doit être fondé sur la solidarité nationale afin d'atteindre l'accessibilité de soins de santé pour tous, à partir de janvier 1974 c'est l'instauration de la

⁶ FARID CHAOUÏ, MICHEL LEGROS, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, IPEMED, N° 13 Avril 2012

gratuité des soins dans les structure publique, le système de santé à principalement été financé par deux bailleur de fonds : le budget de l'état et la sécurité sociale.⁷

3.1. Les sources de financement de la santé en Algérie

Le financement du système de santé algérien relève de plusieurs sources de financement sont les suivantes :

3.1.1. L'Etat

L'Etat prend en charge les dépenses de fonctionnement et d'équipement alloués annuellement au ministère de la santé et de la population.⁸ Différents programmes de prévention et de lutte contre les principales maladies ont été entrepris et de gros investissements liés à la construction des établissements publics sanitaires et hospitaliers sont pris en charge par l'Etat.

3.1.2. La sécurité sociale

La sécurité sociale couvre les assurances sociales qui offrent des prestations aux profits des assurés. Elle prend en charge le remboursement des médicaments (80% du taux de responsabilité et 100% pour certaines pathologies comme les maladies chroniques) et des soins des patients transférés à l'étranger.

3.1.3. Les ménages

La participation des ménages au financement prend plusieurs formes : le ticket modérateur, quant aux ménages non assurés ils prennent en charge la totalité des frais de médicaments.

3.1.4. Les mutuelles

L'article 06 de la loi 90-33 stipule que les travailleurs salariés d'institutions, d'établissement publics, d'entreprises publiques et privés et les personnes. exerçant pour leur

⁷ BOULAHBAL. B : « besoin sociaux à l'Horizon 2025 », l'Algérie de demain, Alger, décembre 2008, in <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/06423.pdf> consulté le 11/02/2022.

⁸ ZIANI. Z : « Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012, p. 38.

propre compte peuvent constituer des mutuelles.⁹ Les mutuelles interviennent dans la prise en charge des 20% de dépenses des adhérents et ayant droit.

3.1.5. Les collectivités locales

Les collectivités locales participent au financement de la santé à travers le financement des actions de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire.

3.2. Les différents types de dépenses de santé en Algérie

Par définition, la dépense nationale de santé regroupe l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement qui permettent la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de santé de la population et qui sont en grande partie à la charge du secteur public, du secteur privé national, des organismes de sécurité sociale et des usagers ou ménages.¹⁰

3.2.1. Dépenses publiques de santé

D'une manière générale les dépenses publiques de santé représentent l'ensemble des dépenses consacrées à la santé telle que les dépenses de santé financées par l'impôt, les dépenses de sécurité sociale, et les dépenses financées par des ressources extérieures. Elles incluent la rémunération des personnels des hôpitaux et des unités extra hospitalières, les dépenses d'administration du système de santé, les investissements en faveur des établissements médicaux, le financement de la plupart des systèmes extrabudgétaires, les subventions destinées à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements médicaux et à combler leurs déficits budgétaires.

3.2.2. Les dépenses du ministère de la santé

L'impôt et la sécurité sociale sont les deux principales sources de financement qui alimentent le budget du fonctionnement du Ministère de la santé. Les dépenses de santé financées par l'impôt représentent toutes les dépenses publiques de fonctionnement et d'équipement engagées à l'échelon centrale, régional ou local, destinées aux interventions de santé à exclusion des transferts entre administrations y compris les subventions aux producteurs de biens et de services médicaux, les investissements en faveur des établissements publics de santé, les paiements de transfert aux ménages en compensation des dépenses de soins médicaux et des fonds extra budgétaires.

⁹ MSPRH: Compte nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003, p.45.

¹⁰ MSPRH, « comptes nationaux de la santé pour l'Algérie », Alger, 2003, p.59.

Leurs sources provenant de l'État sont, conformément aux lois en vigueur destinés à la prise en charge des dépenses de prévention, aux soins dispensés aux démunis non assurés sociaux, à la formation et la recherche médicale.¹¹

3.2.3. Les dépenses de fonctionnement

Le budget de fonctionnement du MSPRH comprend dix (10) postes : le personnel, la formation, l'alimentation, les médicaments et autres produits à usage médical, l'entretien des infrastructures sanitaires, les autres dépenses de fonctionnement, les matériels et les outillages médicaux, la prévention, les œuvres sociales et les dépenses de recherche médicale créées depuis 1990.

3.2.4. Les dépenses de santé financées par la sécurité sociale

Ces dépenses concernent la contribution des organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) au financement des établissements publics de santé (forfaits hôpitaux) destinée à la prise en charge des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droits. La CNAS intervient aussi par la prise en charge des soins de haut niveau dans le cadre des conventions signées avec les établissements publics de santé liées à la CNAS par un contrat spécifique qui prévoit les activités et programmes à réaliser ainsi que les modalités de financement.¹²

3.2.5. Les dépenses d'investissement

Le budget d'équipement de la santé comporte deux catégories de dépenses :

- Les dépenses relatives aux opérations d'équipement public centralisées appelées programmes sectoriels centralisés (PSC) sont destinées à l'acquisition d'équipements médicaux (imagerie médicale, fauteuils dentaires...) et le lancement de la réalisation de nouveaux CHU ;
- Les dépenses qui sont effectuées aux niveaux déconcentrés constituées par les programmes sectoriels déconcentrés.

3.2.6. Dépenses du secteur privé en investissement

Elles peuvent être évaluées sur la base des données disponibles au niveau du Ministère de la Santé (Fichier des établissements et installations à titre privé). Ces dépenses concernent

¹¹ Mohand Boulahrik, « financement du système du santé Algérien », volume 20 p15.

¹² Mohand Boulahrik, Op.cit., p. 21.

les projets en cours de réalisation et les réalisations (structures achevées de l'année considérée) au titre des années retenues. Pour les dépenses en infrastructures, il a été tenu compte du cout global de la construction, de l'importance de la structure (classement par niveaux) et du délai de réalisation. Leur cout est réparti selon un pourcentage qui tient compte de la pratique en vigueur (40% pour la 1ère année et 30% pour chacune des deux dernières années). Pour les dépenses en équipements, il a été tenu compte des acquisitions de l'année considérée.

3.2.7. Les dépenses des autres départements ministériels

La plupart des autres départements ministériels participent de manière active aux actions de lutte contre le SIDA et le tabagisme, ils investissent dans la construction d'unités de dépistage et de suivi. Certains ministères disposent aussi de structures de soins pour la prise en charge de populations particulières à titre préventif et curatif.¹³

Section 2 : Le bureau des entrées

Le bureau des entrées compte parmi les rouages les plus importants des établissements hospitaliers puisqu'il assure le recouvrement de la presque totalité des recettes ordinaires. Etant l'un des services administratifs les plus importants des établissements de santé, il joue un rôle essentiel dans l'enregistrement du mouvement hospitalier de la population (entrées, séjours, sorties des malades), il fait également office du bureau d'accueil et d'orientation du public.

Le bureau des entrées est la pièce maîtresse du système d'information hospitalier. Si la taille et l'activité de l'hôpital l'exige, une permanence doit être assurée 24h/24. Tout patient venant à l'hôpital pour une consultation, un examen ou une hospitalisation doit transiter par le BE (qu'il soit payant ou non payant) afin d'y être enregistré¹⁴

1. Définition du bureau des entrées

Il s'agit d'un guichet où une hôtesse inscrit le patient comme étant hospitalisé et ce grâce à une demande faite par un médecin à l'hôpital. Cette demande est importante pour le remboursement de la mutuelle.

¹³ Mohand Boulahrik, Op.cit., p.21.

¹⁴ LOUARN J., « Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement » ; Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé en. Paris : université de Montréal, Juin 2002, p.26.

L'admission du patient à l'hôpital nécessite que le médecin responsable puisse examiner le dossier médical du patient et la raison pour laquelle la demande est faite. Ceci pour éviter les hospitalisations sans fondement, mais aussi que le patient pourra bénéficier réellement de l'encadrement mis à sa disposition. Le dossier permet encore de bien orienter le patient dans l'établissement. Il est donc très important que le dossier soit complet, chaque question est importante¹⁵.

2. Les Fonctions du bureau des entrées

L'admission d'un malade donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à son identité et à la protection sociale dont il bénéficie.

La prise de ces renseignements doit être extrêmement rigoureuse pour constituer un dossier « complet » et permettre une facturation rapide ou un encaissement immédiat des frais d'hospitalisation et/ ou de soins externes, lors de la sortie du patient¹⁶.

Toutes les données recueillies sont strictement confidentielles, les agents hospitaliers étant tenus au secret professionnel pour « tous les faits, informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions ». Le dossier administratif comporte trois rubriques : État civil ; Débiteurs ; Entourage du patient et renseignements divers¹⁷ :

- **L'état civil du patient**

Elle comprend les éléments suivants

- Nom, prénom, sexe ;
- Date et lieu de naissance, pays de naissance ;
- Nationalité ;
- Situation familiale, nombre d'enfants ;
- Adresse et téléphone ;
- Employeur (adresse, téléphone), le cas échéant.

¹⁵ Silva médical. Dossier d'admission disponible sur www.static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf consulter le 22-09-2018.

¹⁶ Ministère des solidarités et de la santé. *Op.cit.*, p 14

¹⁷ *Idem*

- **Les débiteurs**

Les frais d'hospitalisation ou de soins externes peuvent être facturés à l'encontre des débiteurs suivants :

- La sécurité sociale, au titre :
 - de la couverture maladie universelle de base (CMU) ;
 - de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).
- L'aide médicale de l'État (AME) ;
- L'aide sociale ;
- Les mutuelles ;
- Les assurances privées ;
- Les organismes de sécurité sociale dans le cadre des conventions internationales ;
- Les organismes étrangers ;
- Divers (autres établissements, laboratoires...) ;
- Les patients payants.

- **L'entourage du patient** : proches et personnes à prévenir

Il est important d'être particulièrement attentif à la rubrique « Entourage du patient ».

Pour toute admission, il faut obligatoirement :

- Renseigner le nom de la personne à prévenir et ses coordonnées (téléphone et adresse en France et/ou à l'étranger) ;
- Faire préciser au patient les liens qui l'unissent à cette personne.

Etant l'un des services le plus important de l'établissement, les missions du bureau des entrées sont multiples :

- Accueil et orientation
- Différentes procédures d'admission malade ordinaire :
 - Accidentée ;
 - Malade trouvé sur la voie publique ;
 - Malade mental ;
 - Détenu ;
 - Enfant mineur.

3. L'importance de l'accueil au bureau des entrées

L'accueil est l'affaire de tous les acteurs hospitalier .Il doit se pratiquer a tous les niveaux. Tous les cors sont impliqués dans la démarche (administratifs paramédicaux, médicaux et d'entretien). Le bureau des entrées et en principe, le seul service administratif ou les malades se présentent. Il constitue donc l'image administrative de l'hôpital.

L'accueil fait dans ce service doit permettre : d'assurer aux malades et aux familles, une aide, un accompagnement dans des accomplissements des formalités administratives et d'optimiser la facturation et l'encaissement des produits hospitaliers.

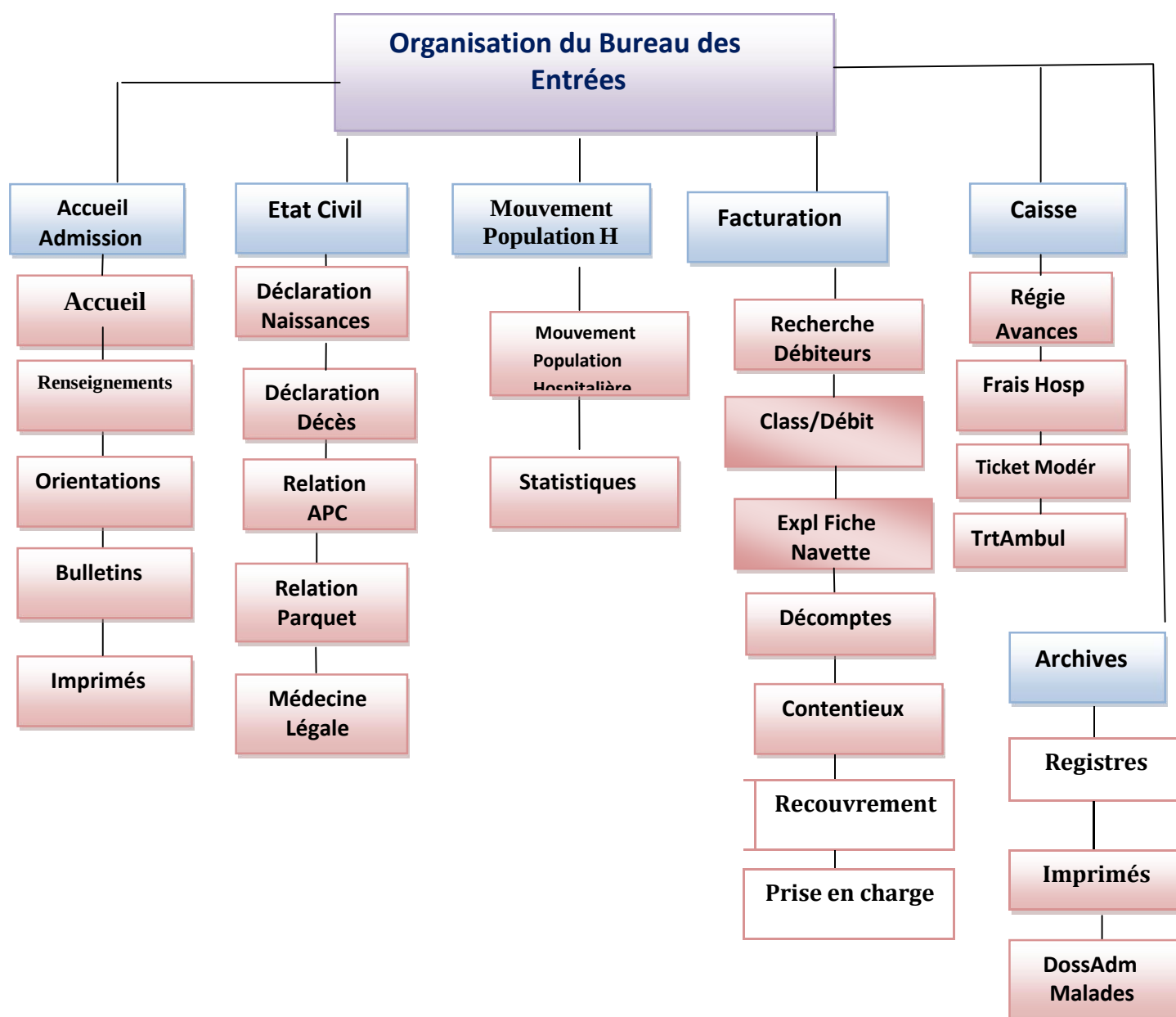
4. Organigramme du bureau des entrées

Le schéma général d'organisation ci-après identifie la prise en charge des missions et champs d'attribution dévolus au bureau des entrées.

- Le bureau des entrées doit être facile d'accès tant pour les usagers que pour les différents services internes ayant des relations étroites avec celui-ci. Il doit être également signalé par les panneaux placés aux endroits appropriés. Les structures physiques doivent être suffisamment spacieuses pour permettre une prise en charge fonctionnelle des missions dévolues au bureau des entrées.
- Compte tenu de l'importance stratégique du bureau des entrées, le responsable devra être choisi parmi les administrateurs des services de santé où les personnels titulaires d'un grade équivalent.
- Le niveau de qualification des personnels préposés au bureau des entrées doit être en adéquation avec les diverses fonctions à assumer.
- Les critères de sélection devront tenir compte aussi bien des qualités humaines que professionnels et ce, eu égard à l'importance des aspects relationnels de cette fonction qu'il est indispensable de valoriser en vue de l'amélioration de l'accueil dans tous nos établissements de santé¹⁸.

¹⁸OULD-KADA M., « Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé », Textes réunis et classés par : Décembre 2010.

Figure n°03 : Organisation du bureau des entrées



Source : Document inter au CHU de Tizi-Ouzou

La mise en place de cette organisation est accompagnée de l'uniformisation des supports de gestion de l'information. Le schéma d'organisation ci-après définit chaque mission et champ d'attribution qui lui est dévolu, qui sont constitués de :

- Unité d'Admission ;
- Unité de l'Etat Civil ;
- Unité de Mouvement ;
- Médecins chargés de l'information médicale (CIM) ;
- Unité de statistique et de facturation ;
- Unité d'archivage.

4.1. Unité d'Admission

Cette unité se charge de l'établissement du bulletin d'admission du malade. Ce dernier est établi exclusivement sur la présentation de la demande d'hospitalisation délivré par un médecin et ce quel que soit le mode d'admission du malade.

Cette unité est indispensable pour établir un bulletin d'admission après avoir identifié le malade à l'accueil.

Les différents cas d'admission sont :

- Admission normale
- Evacuation
- Accident
- Maternité
- Naissance
- Urgence
- Hôpital de jour
- Victime d'événement A l'heure actuelle un seul poste IDAAS est disponible pour l'identification des patients, où ce dernier appartient exclusivement à la CNAS.

Cette unité assure aussi d'autres fonctions

- Orientation des malades
- Renseignements sur les malades hospitalisés

Les supports d'information et de gestions Normalisés dans l'unité d'admission sont :

- La demande d'hospitalisation ;
- La pièce d'identité et la carte d'assurance, livret de famille ;
- L'engagement à payer ;
- Le bulletin d'admission ;
- La fiche navette : hôpital de jour et d'hospitalisation ;
- Le permis de retrait des mineurs ;
- Le certificat de séjour et de présence ;
- La fiche d'évacuation.

4.2. Unité d'Etat Civil

Les règles particulières applicables aux divers actes de l'état civil sont décrites dans l'Ordonnance N° 76-20 du FEVRIER 1970.

L'officier de l'état civil fait :

- Les déclarations de décès dans un délai de 24h à compter de la date du décès.
- Un Registre de décès est obligatoire sur lequel sont inscrites ses déclarations et renseignements.

Il est utile de préciser que toute transcription à l'état civil doit être rigoureuse, car toute erreur serait préjudiciable et ne peut être rétablie que par suite d'un jugement très long et très coûteux :

- Déclaration de décès.
- Cas d'un mort-né, cas d'une mort contagieuse, transport de corps, Réquisition de dépôt de corps.
- Autopsie : pour un intérêt scientifique voir la loi n°85 de 12/02/85 portant promotion et protection de la santé modifiée et complétée par la loi de 1991.
- Autopsie : ordonnée par le procureur de la république.
- La levée du corps est subordonnée à la présentation des documents suivants :
- Bulletin de décès délivré par les services de la commune de décès.
- Permis d'inhumer délivré par la commune ou sera inhumé le défunt.
- -Autorisation de transport du corps (délivré par la Daïra de la commune de décès et par les services de la DRAG lorsqu'il s'agit d'un transport inter Wilaya)
- Mise en bière délivrée par la sûreté de Daïra.

- **Les différents registres**

Il existe dans le bureau des entrées de six registres. Ils sont saisis manuellement et permettent de donner les informations sur les patients.

- Registre Répertoires : c'est un document qui enregistre les malades par ordre alphabétique, afin de permettre d'accéder facilement aux informations concernant le patient. Il permet, notamment, de fournir des informations aux familles des patients.
- Registre journal des entrées : c'est un document qui enregistre quotidiennement les informations sur les malades, par date et par numéro d'admission. Il permet notamment, de déterminer le nombre des malades ayant transité par l'hôpital.
- Registre matricule : c'est un document qui enregistre les informations d'un malade par service. Il sert à identifier les malades et la nature de séjour.

- Registre des évacuations : c'est un document qui enregistre les informations sur les malades évacués (nom, prénom, motif d'évacuation ...) Il permet notamment de connaître le nombre des malades évacués.
- Registre de mouvement des populations : comme l'agenda du mouvement des malades, Il permet d'établir un état mensuel par service de mouvement des malades. Le registre de mouvement des populations permet de donner, à la fin de chaque mois, l'état des lieux en termes de malades et de garde malades entrants et sortants ainsi que le nombre de journée d'hospitalisation.
- Registre décès : c'est un document qui enregistre les informations sur les personnes décédées au niveau de l'hôpital, il permet de savoir le nombre de décès et de saisir les déclarations des décès hospitaliers¹⁹.

4.3. Unité de mouvement hospitalier de la population

Le personnel qualifié à assurer le mouvement de la population hospitalière revoit :

- La sortie des malades.
- Le transfert inter services.
- La saisie des permissions.
- L'établissement de l'effectif journalier des malades.
- Le classement des malades par débiteurs.
- L'effectif pour cuisine.
- La tenue du mouvement de la population hospitalière.
- Les statistiques périodiques (Admissions, journées d'hospitalisation, taux d'occupation...)

¹⁹TACINE Y, « le financement de l'implantation d'un système d'information hospitalier cas de l'hôpital d'AZAZGA » ; en vue d'obtention du diplôme de licence en science commerciale, UMMTO 2013.

Tableau n°01 : Etat du mouvement de la population hospitalière (le troisième trimestre de l'année 2021)

Service	Mouvement des malades dans quelques services						
	Nbre de lits	Nbre de malades admis	Nbre j/hosp	Nbre de consultations externes	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation moyen (TOM) (%)	Coût moyen de séjour (CMS)
Pédiatrie	30	291	3793	705	13,03	140,40	7786,10 94
Psychiatrie	40	102	1470	2451	14,41	40,80	17193,0 117
Médecine interne	57	305	2888	1405	9,87	56,30	21658,0 975
Chirurgie générale	57	568	3107	2260	5,47	60,57	13606,4 193
Total	184	1266	11258	6821	42,78	298,07	60243,6 379

Source : réalisé par nous même à partir des données du CHU Nedir Mohamed de TIZI OUZOU.

4.4. Médecins chargés de l'information médicale (CIM)

Le médecin désigné à ces activités joue un rôle primordial, il est notamment chargé :

- De veiller au bon renseignement de la fiche navette et à accès au dossier médical du malade pour vérifier et valider les informations transcrites dans la fiche navette.
- De renseigner le résumé standard de sortie de la fiche selon la CIM 10 et puis transmettre ses derniers dans un logiciel patient établi par MSPRH.
- Principal interlocuteur avec les médecins conseils des organismes de sécurité sociale, il leur donne l'accès pour voir les fiches navettes de l'établissement ainsi que l'accès vers les services médicochirurgicaux pour contrôler le dossier médical.
- S'assurer des malades admis aux urgences médico-chirurgicales que la durée d'hospitalisation ne doit pas dépasser les 48 heures.

4.5. Unité des statistiques et de la facturation

Cette unité est la base pour une bonne évaluation de l'établissement selon les états statistiques cités ci-après :

- Le Nombre d'Admission : hôpital de jour et d'hospitalisation.
- Nombre d'admission des assurés et non assurés sociaux.

- Nombre de journées d'hospitalisation de chaque période.
- Nombre de lits en service pendant l'année.
- L'effectif du personnel au 31 décembre de l'année considérée.
- Un registre de statistique est indispensable.

Les étapes de la facturation exigent l'exploitation de la fiche navette pour traitement de la facture :

- Saisie de données renseignées sur la fiche navette effectuées par le personnel soignant suivant la codification des actes et des produits dument administrés. Il faut saisir dans le logiciel patient tous les bilans biologiques et radiologiques. Il s'agit du code et cotation qui résulte un prix pour chaque bilan, puis ceux des médicaments nécessaires et leur DCI qui résulte aussi leur prix unitaire. Sans oublier le diagnostic principal et les diagnostics associés.
- Recherche de débiteurs au recouvrement des frais d'hospitalisation.
- Edition des décomptes.
- Un classement par débiteur.

Dont on distingue deux modes de facture :

- **Mode de facturation PMJH** : c'est une facture qui déclare les vrais montants d'une journée d'hospitalisation

Figure n°06 : La facture PMJH

Nom et prénom				Dt. Entrée	Dt. Sortie	
				28/06/2018	30/06/2018	
Adresse : DEBITEUR						
FRAIS DE SEJOUR						
PERIODE		Nbre De Jours	Prix jour Forfait	DEDIGNATIONS DU SERVICE		
Du	Au					
28/06/2018	30/06/2018	2	5000,00	URGENCE MEDICALES		
TOTAL FRAIS DE SEJOUR						
Part de la caisse 80%.....						
Part restante 20%.....						
MEDICAMENTS						
					Date	Code

Source : données internes du CHU de TIZI OU

- La facture PMJH

La facture selon ce mode serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée et le coût des soins sont administrés aux patients sera calculé sur la base d'un forfait.

- Explication de la facture

A gauche : On trouve la date d'entrée et de sortie du patient

A droite : On trouve le nom et le prénom du patient ; la mutualité chargée de remboursement (CNAS) et le numéro d'immatriculation de l'assuré.

Dans le tableau de facture on trouve le frais de séjour (comporte la période de séjour « du...au » pour déclarer le nombre de jours, et la désignation du service d'hospitalisation et le prix d'une journée ; et cette facture comporte : total frais de séjour dans ce cas le patient ne paient que 20% de la facture et les 80% restant seront payé par la mutualité chargée du remboursement.

Enfin la facture comporte autre supplément ou autre montant qui contiennent le code DCI et la quantité avec le tarif de chaque médicament utilisé pour le malade (mais la facture ne déclare pas ces médicament)

NB : cette facture n'est pas prise en considération dans l'hôpital malgré qu'elle déclare le vrai coût de séjour mais à cause de la négligence de la prescription des actes médicaux sur la fiche navette par les médecins, donc cette facture ne déclare que le coût moyen d'une journée.

Dans le cas d'exploitation de cette facture avec chaque acte prodigué pour le malade il faut l'impulsion de la contractualisation²⁰ (un grand nombre d'établissement sont inscrit dans des démarche contractuelles de retour à l'équilibre financier avec les autorités de tutelles)²¹ qui est liée avec les établissements de santé dans l'objectif d'encourager la transcription des actes dans les documents standardisés liés aux patients, en vue de leur faire part des factures dont ils seront destinataires.

²⁰ La contractualisation dans les systèmes de santé améliore l'efficacité des systèmes de financement de santé en Algérie, elle constitue un objectif essentiel de toute politique de santé.

²¹ SEBASTIEN D., « innovations managériales en établissements de santé vers un management « intégratif » » Ems édition management et société France, novembre 2013, p21.

➤ **Les actes**

• **Définition**

La production des services médicaux et médico techniques prend la forme d'actes (consultations, radiographies, examens, ...). Ces actes sont regroupés en spécialités (Chirurgie, ophtalmologie, orl, ...) Chaque acte est caractérisé par :

- Son code, il identifie la famille « Prestations médicales et Paramédicales » ;
- Sa désignation en clair sur 80 positions alphanumériques ;
- Son unité d'œuvre, celle-ci devrait être la même pour tous les actes d'une spécialité ;
- Sa cotation, ce paramètre numérique correspond à la valorisation relative de l'acte ;

Elle permettra de déterminer son coût. Si la cotation d'un acte A est le double de celle d'un acte B, l'acte A coûtera le double de l'acte B. On peut dire aussi que la cotation égale le nombre d'unités d'œuvre « consommées » pour réaliser un acte donné ; on parlera de cotation K ou 25R ou 50D (K, R et D sont des unités d'œuvre) ; son état : disponible ou non. La liste des actes renferme l'ensemble des actes pratiqués dans tous les établissements hospitaliers. Il est clair que certains hôpitaux, notamment les EHS, ne pratiqueront pas la totalité de ces actes. Pour indiquer au logiciel qu'un acte n'est pas pratiqué dans l'hôpital, il faut attribuer la valeur 'NON' à cet attribut. Ceci évitera de surcharger les divers états et résultats produits par le système d'informations inutiles²².

- **Facture (participation de citoyen)** c'est une facture qui déclare le prix de jour d'hospitalisation par un forfait

Figure n°07 : Facture par décomptes des sommes dues

Nom et prénom				Dt. Entrée		Dt. Sortie	
				28/06/2018		30/06/2018	
Adresse :				DEBITEUR			
FRAIS DE SEJOUR						HONORAIRE	
PERIODE		Nbre De Jours	Prix jour Forfait	DEDIGNATIONS	Date	Code	
Du	Au						
28/06/2018	30/06/2018	2	100,00	URGENCE MEDICALES			
MONTANT DE LA FACTURE							

Source : données internes du CHU de TO

²² LAKAB H., OUAKKOUCHE A., « Etude de l'impact du nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) sur la gestion des hôpitaux publics Cas du CHU de BEJAIA » ; mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques Spécialité : Economie de la santé ; université Abderrahmane Mira de Bejaia, 2013, p82.

La facture avec décomptes des sommes dues est une facture qui déclare que le prix de jour par forfait est de 100 DA.

Le projet de la gratuité des soins qui figure dans tous les documents doctrinaux de la révolution algérienne voit sa mise application en 1974 (ordonnance de décembre 1973 portant gratuité des soins) : c'est le premier tournant et le plus décisif. Il marque une rupture en même temps qu'il clôt une période d'affrontements directs avec les médecins²³.

Selon l'article 1, en application des dispositions de l'article 165 de l'ordonnance n° 94-03 du 31/12/1994 portant loi de finances pour 1995, modifiant et complétant l'article 12 de la loi n° 84-21 du 24/12/1984 portant loi des finances pour 1985, le présent arrêté a pour objet de fixer la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de Santé.

La contribution des patients aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier est fixée à Cent Dinars (100 DA).²⁴

L'objectif est de modifier le système actuel d'allocation budgétaire aux établissements de santé qui est global qui ne différencie donc pas les structures performantes des autres et de faire en sorte que dans un prochain avenir le financement de chacune d'entre elle (Services d'hospitalisation, laboratoire, radiologie) est lié directement à son activité.

Une caisse pour les frais de participation à l'hôtellerie et à la restauration où doit passer le malade pour payer son séjour est mise à la disposition des usagers. Certaines catégories de la population en sont exonérées notamment :

- Les démunis ;
- Les enfants de moins de 05 ans ;
- Les maladies chroniques ;
- Tous les cas relevant des programmes nationaux de santé publique ;
- Les invalides ;
- Les ayants droits.

²³OUZRIHA F., « cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie » ; office des publications universitaires place centrale de Ben-Aknoun (Alger), p13.

²⁴ OULD-KADA M., « Bureau des Entrées au niveau des Etablissements Publics de Santé », Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie, 2016.

4.6. Unité d'archivage

Le personnel responsable de cette unité se charge du classement des unités médicales administrative par ordre alphabétique, et par mois, un registre y est affecté.

Section 3 : Les indicateurs de santé et leurs usages

Pour mesurer l'état de santé d'une population, des données appelées **indicateurs de santé** sont utilisées.

Trois dimensions servent de repérer pour caractériser la santé d'une population :

- **les caractéristiques de la population** : les problèmes de santé ne sont pas répartis de manière uniforme dans la population; mais se concentre plus particulièrement dans un groupe spécifique (H/F, groupe d'âge, catégories socio professionnelles ...)
- **le temps** : l'état de santé d'un groupe varie au cours du temps.
- **l'espace** : l'état de santé des groupes qui vivent en des lieux différent d'une même localité, d'un même département, d'une même région ou d'un même pays peut présenter des écarts significatifs qui appellent des explications et peuvent justifier ici encore des efforts particuliers pour réduire ces inégalités, lorsqu'elles sont jugées inacceptables.

1. Définition

- **Indicateurs** : un indicateur est un « instrument qui fournit une indication » (Le Robert), un « outil de mesure ou un critère d'appréciation de l'état d'un phénomène à un moment donné» (Lexique économique, 1984). Eléments ou données qui reflètent l'état ou la situation.
- **Santé** : Donner une définition de la santé relève de l'impossible ; en effet, ce concept reflète des notions très différentes selon les lieux, les temps. Pour l'OMS, la santé est « un état de bien-être à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».
- **Indicateurs de santé** : Variable qualitative ou quantitative permettant d'évaluer l'état de santé. Ce sont des mesures utilisées pour décrire l'état de santé et de bien-être de la population et les facteurs déterminant ou influençant la santé.

2. Intérêt des indicateurs de santé

- Connaitre et évaluer l'état de santé d'une population à une date donnée.
- Classer les problèmes de santé pour déterminer les priorités en santé publique.
- Appréhender de façon la plus exacte possible l'offre des soins hospitaliers
- Apprécier l'évolution de la consommation médicale.
- Prévenir la maladie (recherche étiologique)
- Promouvoir la santé (information de la population, étude de l'utilité des actions sanitaires)
- Evaluer les actions de soins entreprises.
- Evaluer les progrès grâce à la chute de la mortalité ou de la morbidité
- Planifier la maladie

3. Les outils de calculs

Toute mesure en épidémiologie doit être précédée par une définition précise des deux termes du rapport :

- définition d'un cas=numérateur
- définition de la population=dénominateur

Les indicateurs de santé s'expriment en :

- **NOMBRE:** nombre absolu dans une zone ou dans une population.
- **PROPORTION :** Est un rapport dans lequel le numérateur est un sous-ensemble du dénominateur.

$$p = A / (A+B).$$

Elle s'exprime sous forme d'un nombre compris entre 0 et 1 ou bien en pourcentage (ou par mille, pour deux milles pour cent mille....)

Exemple : Dans une population de 7500 enfants de moins de cinq ans, on constate que 5300 sont correctement vaccinés contre la rougeole. La proportion d'enfants vaccinés est de $5300/7500=0,707 = 70,7\%$. Cette proportion est communément appelée « couverture vaccinale ».

- **TAUX :** est un rapport qui prend la notion de temps

-Est le rapport entre le nombre de personnes ayant subi un événement donné pendant une période donnée et l'ensemble de personnes susceptibles de connaître l'événement pendant cette période. $T = A / (A+B)$ pendant une période t

- **RATIO:** Est le rapport entre 2 nombres appartenant à des classes mutuellement exclusive d'une même variable.

Ratio = A / B

Il s'exprime en nombre sans unité

Exemple : dans une population de 100 individus il ya 49 hommes et 51 femmes

Ratio homme / femme = $49/51 = 0,96$.

- **COTE :** est le rapport(le ratio) de la probabilité de survenue d'un événement sur sa probabilité de non Survenue. On l'utilise parfois pour exprimer un ratio donc il est principalement utilisé dans les enquêtes étiologiques : la cote des exposés sur les non-exposés. Elle s'exprime en nombre d'unités du numérateur pour une unité du dénominateur.

Exemple : Lors d'une épidémie de 75 cas d'une maladie, on a observé 53 cas ayant consommé un aliment X et 22 cas n'en ayant pas consommé :

Cote d'exposition chez les cas : $53/22 = 2,4$ cas exposés pour 1 cas non-exposé

- **INDICE:** Est le rapport entre deux quantités désignant des effectifs différents de nature différente.

Exemple : -nombre de lits d'hôpital par médecin ; 85 lits par 1 médecin

4. Critères de choix des indicateurs

Le choix d'un indicateur (c'est-à-dire de l'instrument de mesure) dépendra de certaines de ses caractéristiques parmi lesquelles :

- **Sa validité :** son aptitude à mesurer la dimension de l'état de santé.
- **Sa sensibilité au changement :** sa capacité à rendre compte rapidement et de façon importante de variations réelles de l'état de santé dans un groupe au cours du temps.
- **Sa spécificité :** sa capacité à varier lorsque le phénomène mesuré varie lui-même.

- **Sa fiabilité ou précision** : sa capacité à caractériser l'importance des erreurs de mesure aléatoire de l'instrument.

La fiabilité peut être appréciée par :

- La reproductibilité (dispersion plus ou moins importante des résultats de mesures répétées à brève échéance).
- La concordance inter observateurs.
- La cohérence interne (homogénéité du questionnaire ou d'un indice complexe).

En plus il doit être construit selon un but précis, Facile à obtenir, facile à comprendre, Accessible et simple, acceptable et quantitatif.

5. Les différents indicateurs de santé

On distingue deux types d'indicateurs d'état : Epidémiologiques et Démographiques.

On peut avoir aussi : indicateurs de moyens, indicateurs d'environnement, indicateurs socioéconomiques, indicateurs de production.

5.1. Les indicateurs épidémiologiques

Selon le phénomène observé, maladie ou décès on distingue ;

- Les indicateurs de morbidité qui décrivent la fréquence des maladies.
- Les indicateurs de mortalité qui décrivent la fréquence des décès

Lorsqu'un phénomène est étudié à un moment donné sans préjuger de son évolution dans le temps les indicateurs utilisés sont des **indicateurs statiques** : prévalence, mortalité proportionnelle, létalité

Lorsqu'il s'agit d'étudier l'évolution du phénomène les **indicateurs** sont dits **dynamiques** : taux d'incidence, taux de mortalité.

5.1.1. Indicateur de mortalité

C'est le nombre de décès sur une période de temps. Il s'agit d'un bon indicateur quantitatif qui permet de mesurer l'évolution d'un état de santé.

5.1.1.1. Le taux de mortalité

C'est le nombre de décès pendant une période par rapport à la population pendant la même période

$$\frac{\text{Nombre de décès sur un an}}{\text{Population moyenne la même année}} \times 1\,000$$

5.1.1.2. Taux brut de mortalité (TBM)

Le qualificatif « brut » indique qu'il s'agit d'un taux global qui ne tient compte d'aucun facteur associé, il a pour expression le rapport suivant.

$$\text{T.B.M.} = \frac{\text{Nombre de décès sur un an}}{\text{Population moyenne la même année}} \times 1\,000$$

5.1.1.3. La mortalité prématurée

C'est le nombre de décès avant 65 ans pendant une période par rapport à la population ayant moins de 65 ans pendant la même période.

5.1.1.4. La mortalité évitable

Décès prématurés (avant 65 ans), répartis en :

-décès évitables par des modifications des habitudes de vie

(tabac, alcool) dont les décès dus aux :

- cancers broncho-pulmonaires,
- cancers des voies aérodigestives supérieures,
- à l'alcoolisme,
- accidents de la circulation,
- aux suicides et au sida ;

-décès évitables par une meilleure réponse du système de soins

Dont les décès par :

- cardiopathies ischémiques,

- accidents vasculaires cérébraux dus à l'hypertension artérielle,
- cancers du sein et de l'utérus,
- ulcères digestifs,
- appendicites,
- hernies abdominales,
- les mortalités périnatale et maternelle.

5.1.1.5. Taux de mortalité spécifique (TMS)

- Taux de mortalité spécifique par âge

$$\text{TMS par âge} = \frac{\text{Nombre de décès dans une tranche d'âge pendant l'année}}{\text{Population moyenne de la même tranche d'âge cette année là}} \times 1\,000$$

- Taux de mortalité spécifique par sexe

$$\text{TMS par sexe} = \frac{\text{Nombre de décès dans l'un ou l'autre sexe pendant l'année}}{\text{Population moyenne du même sexe la même année}} \times 1\,000$$

- Taux de mortalité spécifique par cause

$$\text{TMS par cause} = \frac{\text{Nombre de décès dus à une cause pendant l'année}}{\text{population moyenne de la même année}} \times 1\,000$$

5.1.1.6. Taux de létalité

Représente la part des décès due à une maladie donnée parmi les malades atteints de cette maladie.

$$\text{Taux de létalité par cause} = \frac{\text{Nombre de décès dus à une cause pendant l'année}}{\text{Nombre de sujets atteints de la même cause la même année}} \times 1\,000$$

5.1.1.7. Taux de mortalité proportionnelle

$$\text{Taux de mortalité proportionnelle} = \frac{\text{Nombre de décès dus à une cause donnée pendant l'année}}{\text{Nombre total de décès cette année là}} \times 1\,000$$

5.1.1.8. Autres expressions de mortalité

- Taux de mortalité infantile

$$\text{Taux} = \frac{\text{Nombre d'enfants décédés avant l'âge de 1 an pendant une année}}{\text{Nombre de naissances vivantes la même année}} \times 1\,000$$

- Taux de mortalité périnatale

$$\frac{\text{Nombre d'enfants mort nés + Nombre d'enfants décédés entre la naissance et 6 jours révolus sur une année}}{\text{Nombre de naissances totales la même année}} \times 10^3$$

- Taux de mortinatalité

$$\frac{\text{Nombre de morts foetales après 28 SA jusqu'à la naissance pendant une année}}{\text{Nombre de naissances totales la même année}} \times 10^3$$

- Taux de mortalité néonatale

$$\frac{\text{Nombre d'enfants qui décèdent pendant les 28 premiers jours de vie sur une année}}{\text{Nombre de naissances vivantes la même année}} \times 10^3$$

- Taux de mortalité néonatale précoce ; : la première semaine ;

- Taux de mortalité néonatale tardive ; du 8ème au 28ème jour

- Taux de mortalité postnatale

$$\frac{\text{Nombre d'enfants décédés entre le 28ème et le 365 ème jour de vie pendant une année}}{\text{Nombre de naissances vivantes la même année}} \times 10^3$$

-Taux de mortalité de moins de cinq ans:(TMM5)

Le nombre de décès des enfants âgés de moins de cinq ans pendant une période donnée / naissances vivantes de la même période

-Taux de mortalité maternelle

Nombre total de décès de femmes par suite de complication de grossesse, de l'accouchement et de suites de couches avant le 42^{ème} jour post-partum pendant une période donnée /

Nombre total de naissances vivantes au cours de la même période

5.1.2. Indicateur de morbidité**5.1.2.1. Taux de prévalence**

C'est un indicateur qui prends en compte l'ensemble des cas d'un évènement observé à un instant donné(ou une période donnée) dans une population donnée en permettant de connaitre son état de santé à cet instant. Donc c'est le nombre de cas (nouveaux + ancien) d'une maladie à un moment donné sur la population dont sont issus ces cas au même moment.

C'est une proportion et pas un taux.

$$\frac{\text{Nombre total de cas d'une maladie donnée à un moment donné}}{\text{Population à risque au même moment}} \times 1000$$

➤ **Prévalence instantanée**

$$\text{TPI} = [\text{Ensemble des cas d'une maladie à un instant donné} / \text{Population Moyenne}] * 1000$$

➤ **Prévalence périodique**

$$\text{TPP} = [\text{Ensemble des cas d'une maladie pendant une période donnée} / \text{Population Moyenne}] * 1000$$

- **Utilité**

Permet de planifier les services de soins car elle mesure la charge que représente une maladie donnée pour une collectivité considérée.

5.1.2.2. Taux d'incidence

C'est un taux qui prend en compte la vitesse de survenue d'un évènement dans une population en figurant au numérateur le nombre de nouveaux cas apparus pendant une période de temps donnée.

Et selon la période de temps on distingue plusieurs façons de calculer l'incidence (qu'on va détailler par la suite).

TI = [Nombre de nouveaux cas d'une maladie apparaissant sur une période définie / Nombre de personnes-temps susceptibles d'être atteintes pour la même période]

- Le taux d'incidence peut être un outil permettant d'évaluer l'efficacité d'une action de prévention primaire.
- La prévention primaire doit permettre en effet de limiter l'apparition de nouveaux cas et donc de diminuer l'incidence de celle-ci dans une population.
- Selon la manière d'évaluer la population exposée, seront calculés l'incidence cumulée ([Population initiale + population finale]/ 2) ou la densité d'incidence :

Densité d'incidence = [Nombre de nouveaux cas d'une affection au cours d'une période donnée / Nombre de personnes-années exposées au risque]

- **Utilité**
 - Besoins en soins préventifs
 - Utile pour les maladies aiguës et chroniques.
 - Évaluer l'efficacité des mesures de contrôle d'une maladie à caractère de masse.

5.1.2.3. Taux d'attaque (TA)

TA= [Nombre de nouveaux cas d'une maladie apparaissant sur une période définie / Sujets susceptibles d'être atteints]*1000

- Très utile lors d'une épidémie.

5.2. Les indicateurs démographiques

5.2.1. Taux Brut de Natalité (TBN)

TBN = [Nombre de naissances vivantes sur une période définie/Population moyenne pour la même période] x1000

Le taux brut de natalité ne tient pas compte de la structure par âge de la population, il doit être complété par l'étude de la fécondité.

5.2.2. Taux Global de Fécondité (TGF)

TGF = Nombre de naissances vivantes sur une période définie/Nombre moyen de femmes d'un âge donné pour cette même période.

5.2.3. Espérance de vie à la naissance

Il s'agit du nombre probable d'années à vivre de la naissance à la mort (espérance de vie à la naissance : EVN). C'est l'un des indicateurs de l'état de santé les plus fréquemment utilisés.

L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance peut être attribuée à plusieurs facteurs, dont l'élévation du niveau de vie, l'amélioration du mode de vie et l'augmentation du niveau d'instruction, ainsi qu'un accès plus large à des services de santé de qualité. Cet indicateur est présenté sous la forme d'un chiffre global et pour chaque sexe, et il est exprimé en années.

5.2.4. Pyramide des âges

La pyramide des âges représente la répartition par sexe et âge de la population à un instant donné. Elle est constituée de deux histogrammes, un pour chaque sexe (par convention, les hommes à gauche et les femmes à droite), où les effectifs sont portés horizontalement et les âges verticalement. Les effectifs par sexe et âge dépendent des interactions passées de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Mais la forme de la pyramide et les variations de celles-ci avec les années sont avant tout tributaires des variations de la fécondité.

Conclusion

Le bureau d'entrée fonctionne à la base des différentes unités et chaque unité a un rôle bien précis et qui porte des informations sur les patients dès l'admission jusqu'à la sortie, c'est dans l'utilité de déterminer le nombre de malade admis et de déterminer tous les actes médicaux et paramédicaux prescrit sur la fiche navette pour facturer le vrai coût de séjours mais à cause de la négligence de prescription des médecins sur la fiche navette laisse des pertes pour les établissements de santé surtout avec l'absence de la contractualisation dans le système de santé Algérien et avec la gratuité des soins dans les hôpitaux reste impossible de déterminer la vrai facture avec chaque actes.

Aborder un problème de santé se fait sous un angle différent selon que l'investigateur de l'étude est un patient, un professionnel de soins, un responsable financier, un décideur politique etc. L'interprétation des chiffres fournis se fera donc toujours prudemment.

La mesure de l'état de santé d'une population implique plusieurs notions :

- La connaissance de la population ;
- La connaissance des outils.

Son appréciation permet :

- D'identifier les problèmes de santé de la population (apparition d'une épidémie, accroissement de la fréquence d'une pathologie...) ;
- D'orienter la recherche étiologique ;
- De préciser les priorités (en fonction de la fréquence, de la gravité, de l'impact social.) ;
- D'évaluer les résultats des actions et des interventions réalisées (campagne de vaccination ; mise en service d'un hôpital...).
- la comparaison des populations entre elles.

Il n'existe pas d'indicateur de santé universel; selon l'indicateur choisi, les résultats (et donc les priorités que ces résultats suggèrent) sont différents. Plus généralement, il n'existe pas de réponse exclusivement technique (même épidémiologique) à la question de priorité de santé, qui nécessite un débat démocratique, que les indicateurs de santé peuvent éclairer.

Chapitre 3

*La gestion des mouvements des patients au
sein du CHU T-O*

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

Introduction

Durant notre stage pratique au niveau de la sous direction de la gestion administrative du malade, j'ai constaté de nombreuses ' imperfections et insuffisances, ainsi qu'un manque dans la gestion des documents administratifs du malade. Cette partie est donc consacrée à l'étude des documents utilisés dans la sous direction de la gestion administrative du malade et leurs gestions, tout en définissant les objectifs, les avantages et les inconvénients de celle ci. Aussi, j'insiste sur les obstacles rencontrés et les résultats obtenus dans la gestion de ces derniers. La deuxième partie, complément de la première, qui est l'aspect théorique, Se penche surtout sur l'organisation et les activités de cette sous direction.

La Présentation du système de gestion d'un document administratif pratiqué au niveau de la sous direction de la gestion administrative du malade et l'étude des documents utilisés dans cette sous direction ainsi que leur gestion et les procédures d'admissions et suivi d'hospitalisation des patients.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou

Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif. D'une capacité de 1043 lits organisés et répartis-en 42 services, englobant ainsi l'ensemble des disciplines : médico-chirurgicales, plateau de biologie, de radiologie et autres explorations.

1. Historique du CHU de Tizi-Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré précisément le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales

En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire.

Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, crée par le décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifié par le décret n°86/294 du 16 Décembre 1986

Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed⁵⁶.

2. Informations générales sur le CHU de TO

Le Centre Hospitalier Universitaire de Tizi-Ouzou, Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou ou CHU de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif qui gère les structures sanitaires de la commune de Tizi-Ouzou, et qui relève de la direction de la santé de la population (DSP) de la wilaya.

Le CHU a une capacité de 1043 lits organisés, répartis-en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement qui couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants et il couvre les quatre wilayas

⁵⁶ Information collectées auprès du CHU TO.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

suivantes : Tizi-Ouzou, Béjaia, Boumerdès et Bouira. En plus de sa vocation hospitalière, il assure la formation.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est constitué de deux unités :

- L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed
- L'Unité BELLOUA
- La clinique dentaire

2.1. L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed

Elle est construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1953, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades.

2.2. L'Unité BELLOUA

L'Unité BELLOUA « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, la superficie du site est de 62 500 m². Elle est constituée en quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés.

2.3. La clinique dentaire

La clinique dentaire d'une superficie de 1209km² dont érige cinq services, deux petits laboratoires, une direction, un secrétariat, un amphithéâtre, la caisse et un bureau d'accueil et renseignement.

3. Les Missions du CHU de TO

Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en sciences médicales, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'étude et de recherche.⁵⁷

3.1. En matière de santé

- Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médicochirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé et de la population.

⁵⁷ Information collectées auprès du CHU TO.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

- Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.
- Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

3.2. En matière de formation

- Assurer, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.
- Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

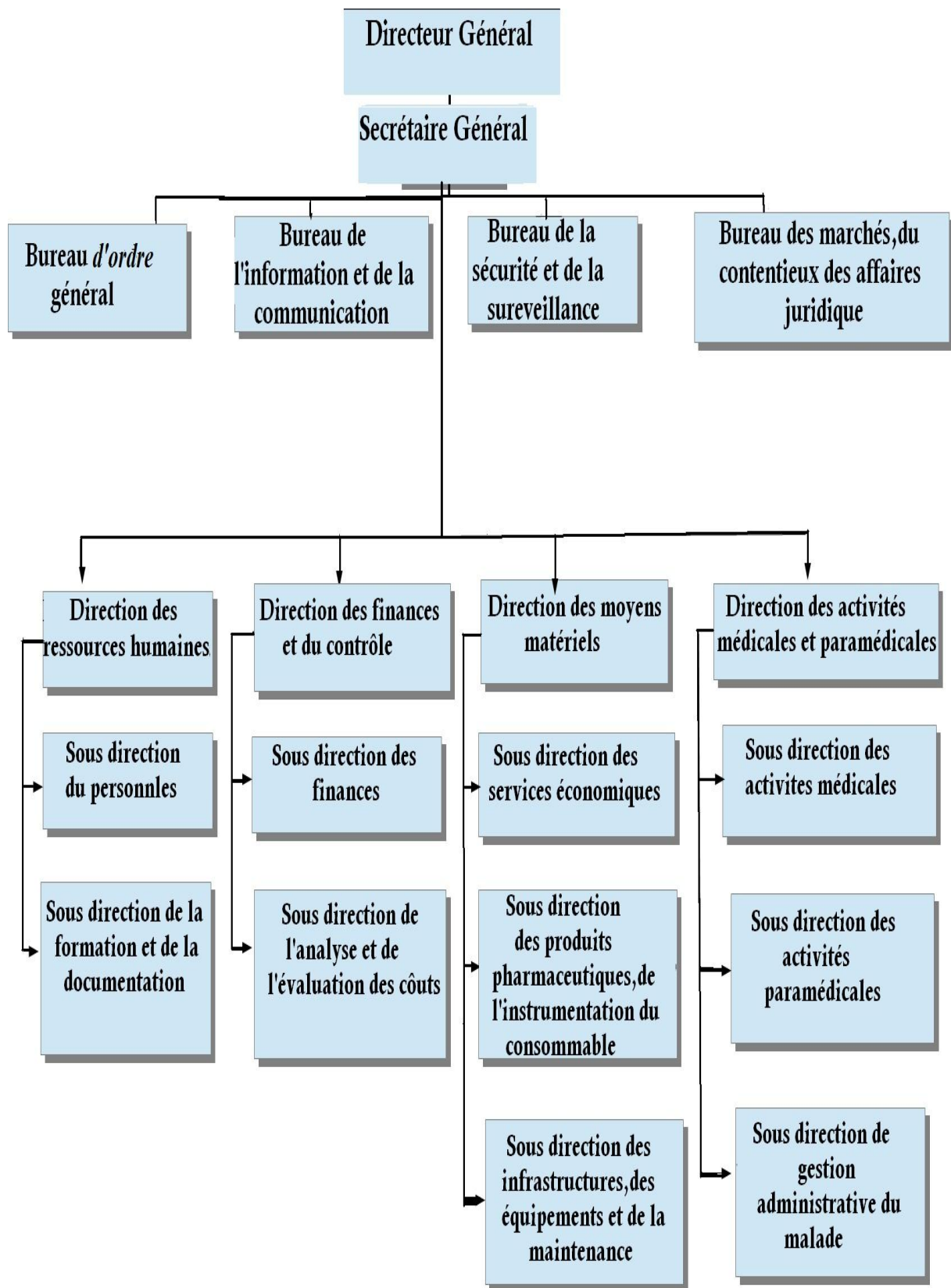
3.3. En matière de recherche

- Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences de santé, Organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de santé⁵⁸.

⁵⁸Information collectées auprès du CHU TO.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

Figure n°08 : Organigramme de l'hôpital



Source : Document interne au CHU de Tizi-Ouzou

Section 2 : Présentation du champ d'étude

Le choix d'un système de gestion change au gré des politiques et de la conjoncture du moment, ceci se répercute directement sur la gestion des établissements sanitaires en générale et de leurs bureaux des entrées en particulier, vu leurs qualités de centre névralgiques et sensible a tout changement touchant le secteur de la santé, en matière de gestion et d'organisation. Aussi nous développerons les différents choix de ces systèmes en le liant à différentes périodes.

1. Historique du bureau des entrées, nouvellement ériges-en sous direction

1.1. Période allant de 1955 à 1961

Le système de la gestion appliqué à cette période est pratiquement le même. que celui appliqué durant la période colonial. Celle-ci est caractérisé par une absence total de documents de références, malgré la disponibilité de certains registres (répertoires, transmissions), dont le contenu en information ne concerne que l'état •civil ainsi que la durée du séjour du malade. Aussi on ne peut que déplorer le fait que les archives de la structure ainsi que la bibliothèque de l'institution soient encore dépourvues de cette précieuse documentation de référence.

1.2. Période allant de 1962 à 1973

« Accès aux soins payants » Conformément a la loi 62-157 du 31/12/1962 une nouvelle politique dans la gestion des établissements sanitaires donc des bureaux des entées est instauré cette période est marquée par la diversité des sources de financement des hôpitaux publics « état, sécurité sociale, assurances, collectivités locales , malades payants » l'accès au soin n'étant pas gratuit un décompte des frais de séjours est arrêté sur la base d'un prix de revient d'une journée d'hospitalisation.¹

1.3. Période allant de 1974 à 1988 : « Instauration de la médecine gratuite»

Cette période est marquée par l'institution de la gratuite des soins vu l'ordonnance 73-65, du 28/12/1973, mettant ainsi fin à l'accès payant au soin, c'est l'avènement de la médecine gratuite. Le budget de financement des structures de santé est désormais dépendant de l'état. Ce système a aussi engendré des effets néfastes dans le domaine de la gestion et de l'organisation des bureaux des entrées par la suppression de sections entières de cette structure, a savoir : l'exploitation de la fiche navette, la comptabilité et la facturation.

1.4. Période allant de 1989 à 1994: « retour à l'exploitation de la fiche navette »

Cette période est caractérisée par la remise en circulation de la fiche navette codifiée, le but recherché par cette démarche est de collecter tous les renseignements concernant les actes, exploration et bilans ainsi que le nombre de malades affiliés ou non à la sécurité sociale ainsi que le nombre de journées d'hospitalisation de chacun d'eux. Une nomenclature d'actes professionnels est éditée à cet effet. Ceci dans le but de l'établissement d'état statistique justifiant les dépenses de l'institution au profit de ces malades. Exigeant une enveloppe financière conséquente, dès lors que le financement de celle-ci dépend de l'état.

1.5. Période allant de 1995 à 2006

C'est une très longue période de transition qui a vu l'introduction de réformes dans le secteur de la santé et de la sécurité sociale, celle-ci s'est traduite par :

- la révision des statuts.
- la révision des organigrammes.
- la participation du malade au frais de séjours.
- Et enfin des formations continues au profit des personnels concernés, D'où la mission de nombreuses équipes de réflexion ayant pour objectif la mise en œuvre d'un système de gestion du dossier médical administratif du patient, notamment, celui de la fiche navette, document de recueil de l'information et d'évaluation par excellence.

Désormais, une nouvelle politique de gestion est instaurée, il s'agit de l'association des différents organismes assureurs, et des collectivités locales sur la base d'un rapport contractuel.

2. Description de la sous direction de la gestion administrative du malade

La sous direction de la gestion administrative du malade est organisée comme suit :

- Le bureau du sous directeur.
- Le bureau de l'assistant « chef de bureau ».
- Le bureau des entrées :

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

Cette dernière est structurée en sections :

- La Section admission. la section mouvement des malades et statistiques. la section exploitation de la fiche navette.
- La section état civil. la section archives.
- Le bureau d'accueil et de l'orientation qui englobe : la section accueil, renseignements et orientation et les activités socio thérapeutiques.

2.1. Activités de la sous direction de la gestion administrative du malade:

Le Bureau du sou directeur : La mission du sou directeur consiste en :

- La coordination entre les différents bureaux et sections.
- La signature et le contrôle de tout document entrant ou sortant de cette structure.
- La notation et le suivi interne du personnel.
- La participation les réunions et staffs de direction.
- La participation aux séminaires.
- L'application stricte des directives.
- L'application stricte des textes et lois.
- L'étude et l'avis a toutes demandes de permission de sortie ou de congé annuel du personnel placé sous son autorité.
- La formation, l'encadrement ainsi que la promotion des stagiaires.

2.2. Bureau de l'assistant chef de bureau

Sa mission consiste a :

- Intervenir dans le règlement des conflits propres aux différentes sections. - Assurer la coordination entre les différentes sections et le sous directeur.
- Veiller à l'application des directives émanant du sous directeur.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

- Veiller sur la qualité du travail journalier (tenue des registres, ponctualité des agents, et leur comportement envers le malade et le public.

Section 3 : Démarche et procédures d'admission des malades

1. Opérations d'admission des patients

La mission des agents charges de cette section est:

- Le contrôle de la demande d'hospitalisation.
- Le contrôle de la carte d'identité.
- La saisie et délivrance de billets de salles.
- La délivrance de fiches navettes.
- La mise à jour des différents registres.
- L'établissement de certificats de séjour

Ce bureau suit les mouvements des malades et statistiques : son rôle est :

- Contrôle du mouvement journalier des malades.
- L'enregistrement des entrants et sortants, quotidiennement.
- Contrôle et suivi du mouvement des malades.
- La mise à jour des registres matricules.
- L'établissement d'état statistique.

Section exploitation de la fiche navette : Elle a pour tâches :

- le classement des fiches navettes.
- la collecte des codes et cotations y figurant.
- l'identification des débiteurs.
- la mise à jour des registres fiches navettes (enregistrement des codes et cotation).

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

2. Le personnel du bureau des entrées

Le bureau des entrées de CHU de Tizi-Ouzou est composé de :

Tableau n°02 : Le personnel du bureau des entrées

Corps	Nombre
Ingénieurs en informatique	02
Représentants médicaux	02
Paramédicaux	02
Responsable s chargées des admissions	02

Source : Donnée interne du bureau des entrées au niveau de CHU Tizi-Ouzou

3. Le document administratif

3.1. Définition d'un document

Un document, est un objet matériel qui nous apprend quelques choses de nouveau, ou qui nous rappelle quelques choses d'oubliée. Tout objet matériel pouvant apporter lui mêmes des informations ou des connaissances, peut être considéré comme étant un document. D'après la définition de l'UFOD « union française des organismes de la documentation » : c'est tout objet susceptible d'être utilisé pour consultation, étude ou preuve.

3.2. Les caractéristiques d'un document

Le document, présente deux caractéristiques distinctes, qui sont :

3.2.1. Les caractéristiques physiques

Elles sont liées à la nature et au support de celui-ci :

- La nature d'un doctement : Il peut être textuel, chiffré (des statistiques), non textuel (audiovisuel) et iconographique (radiographie).
- Le support d'un document : Il peut être traditionnel, tel que le papier ou nouveau, telles que les disquettes et les pellicules.

3.2.2. Les caractéristiques intellectuelles

Il peut être document original, document source ou document secondaire, répertoriant les documents primaires sous forme de fiches signalétiques. Un document administratif, doit présenter certaines caractéristiques. Il doit émaner de la collectivité territoriale, il peut s'agir de délibérations, arrêtés, convocation, contrats, notes, procès verbaux ou rapport. Il peut avoir un lien avec une activité de service public. Par ailleurs, il ne doit en aucun cas être un document préparatoire à une prise de décision, mais être achevé.

Il existe des documents administratifs, sur support informatique, pouvant être obtenus par un traitement automatisé, d'usage courant. D'une manière* générale, des documents administratifs, ayant trait aux différentes actions administratives. A l'hôpital, un document administratif est un document où sont stockés des renseignements concernant les malades ou les personnels.

3.3. La nature des documents administratifs

Les documents administratifs sont divisés en deux types.

3.3.1. Les documents administratifs internes

Se sont des documents circulant seulement à l'intérieur de l'organisme. Parmi ceux-ci, on trouve les documents de position (utilisés seulement dans le service de leurs créations) et les documents de liaison (qui transitent entre les services de l'établissement).

3.3.2. Les documents administratifs externes

Se sont des documents qui proviennent ou qui sont destinés à des services ou à des personnes étrangères à l'organisme. e) - La Protection d'un document administratif :

Toute information recueillie est notée dans un document administratif, est couverte par le secret professionnel, ainsi la loi n° 90-17 du 31 juillet 1990 modifiant et complétant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection du secret professionnel notamment dans son article 206, stipulant, Sauf dérogation légale, l'obligation du secret professionnel est générale et absolue en l'absence de l'autorisation du concerné.

Le secret couvre également la protection des documents administratifs sauf en cas de mandat judiciaire ou de perquisition.

3.4. L'utilité d'un document administratif

- C'est un outil de travail et d'évaluation.
- C'est un instrument multidisciplinaire d'un intérêt collectif, il sert de lien entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge du concerné.
- C'est un élément fondamental d'information.

Il doit être :

- Conforme à la réalité.
- Conforme à la réglementation.
- Evalué dans un souci d'amélioration.

C'est un moyen d'identification, contenant les informations nécessaires à l'identification du malade. C'est un support d'informations médicales légal, servant de justification pour des besoins d'ordre juridiques. C'est un support de gestion. Servant a des études, des recherches cliniques, des analyses d'activités des services hospitaliers, des recherches pour des études statistiques et épidémiologiques et enfin de justification pour la dotation budgétaire.

4. Admission du Patient

L'admission du malade au niveau du CHU peut s'effectuer:

- Mode Normal: Sur Rendez-vous;
- En Urgence;
- Par Evacuation;
- Sur Réquisition;

Le bureau des entrées organise la gestion administrative des malades :

- **Admission** : se faite par l'élaboration du billet de salle et le certificat de séjours. Il assure également l'accueil des malades et visiteurs, orienter et fournir les renseignements accessibles.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

- **Etat civil** : établir la déclaration de naissance et décès a l'APC, le traitement des courriers.
- **Mouvement des malades** : la gestion des entrées, séjour, sortie des malades, de plus il est important d'enregistrer avec précision toutes les informations qui permettent de suivre les mouvements des malades, exploitation de la fiche navette.

Le médecin consultant fournit au malade (ou au parent accompagnateur) une demande d'hospitalisation, avec laquelle il se présente au bureau des admissions (structure se trouvant à l'entrée du CHU). Après présentation de cette demande et suite d'une entrevue avec le malade, un Bulletin d'admission contenant les données administratives du malade sera établi. Le malade doit se munir des Pièces suivantes:

- Carte d'identité du malade ou carte de sécurité sociale;
- D'une Carte de démunie ou d'un ayant droit (Cas sociaux);
- D'une Autorisation du tuteur pour les mineurs;
- Un exemplaire du Bulletin d'admission ainsi qu'une fiche navette seront alors remises au malade pour son séjour dans l'un des services d'hospitalisation.
- La fiche navette doit contenir tous les actes médicaux, paramédicaux et diagnostics réalisés durant le séjour.

Sauf en cas d'urgence, dès l'arrivée du patient à l'hôpital, 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 concernant le patient est primordial pour assurer la sécurité de ses soins et sa prise en charge financière.

L'accomplissement des formalités administratives est la première étape de l'hospitalisation. En effet, il est important d'établir un dossier patient correct et complet.

Pour cela, le patient doit se munir des documents justifiant son identité et de sa couverture sociale. Le patient peut préparer son dossier dès que la date de son hospitalisation est fixée, en remplissant le formulaire de pré-admission fourni par le service de soins et en le déposant au bureau des admissions.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

Dans le cadre d'une hospitalisation, le patient ou la personne qui l'accompagne doit se présenter au bureau des admissions de l'établissement pour constituer le dossier. Ce dernier comporte des informations relatives à l'identité et à la couverture sociale du patient.

Ces informations sont confidentielles. Les agents hospitaliers sont tenus au secret professionnel "pour les faits, 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.

- **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 démunis 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.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

- **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 remettre ensuite, le dossier à l'APC qui doit déclarer le décès et leur remettre l'acte de décès qui leur permettra de retirer le permis de transport de la dépouille, puis se déplacer au siège de la Police Nationale de afin qu'ils se déplacent au CHU pour sceller le cercueil, dans le cas où le défunt réside dans une autre wilaya, les proches doivent se déplacer au siège de la wilaya de Tizi-Ouzou (DRAG) pour récupérer le permis de transport de la dépouille.

5. Le logiciel patient au CHU de Tizi-Ouzou

Le logiciel patient a été acquis au mois de septembre 2001 par le CHU de Tizi-Ouzou. En premier lieu ce logiciel était exploité au bureau informatique pour savoir réaliser :

- La saisie des billets de salle,
- La saisie des données de bases (listes des services, des salles, des praticiens...)

Etablissement d'une liste des anomalies rencontrées lors de l'exploitation du logiciel 01/12/2001 le logiciel patient est opérationnel au niveau du bureau des admissions pour les deux structures du CHU de Tizi-Ouzou (Nedir Mohamed et l'Hôpital Balleoua), son exploitation est réalisée sur monoposte (un seul ordinateur).

La machine sur laquelle est installé ce logiciel est une machine de dernière génération mais qui n'est pas performante (machine sans marque).¹ En premier temps l'exploitation et la facturation de la fiche navette sur le logiciel n'est pas réalisé parce que :

- Il existe que des opérations d'admissions, mouvements, statistiques qui peuvent être réalisés en monoposte ;
- Les codifications des actes sur la fiche navette ne correspond pas à la codification des actes de la nomenclature du logiciel et pour palier a ce problème ils ont réalisé l'édicions et l'affectation des nomenclatures par services et spécialités (laboratoire,

chirurgie, radiologie...) afin de familiariser le personnel chargé de remplir la fiche navette avec les Codifications des actes de la nomenclature du logiciel.

Après le mois d'avril 2002 la direction de santé publique autorisant les responsables du CHU de Tizi-Ouzou à mettre en place un réseau d'ordinateur au bureau des entrées du matériel informatique à été réceptionné au bureau informatique pour la mise en place de ce réseau». Puis l'exploitation et la facturation de la fiche navette sur le logiciel est au champ exécutable.

5.1. La gestion manuelle du mouvement des malades

Le dossier papier des services hospitalo-universitaires constitue la principale source d'information dans l'activité hospitalière, et aussi une recherche clinique. Ces dossiers contiennent généralement des données écrites et des examens cliniques. Dans cette pratique, on enregistre toutes les informations manuellement sur des supports en papier par la réalisation d'une application simple de gestion des entrées/sorties des malades dans un établissement hospitalier, c'est le moyen le plus sûr pour le traitement et la sauvegarde de l'information.

Les supports papiers sont créés dans les services qui accueillent les malades. Ils sont finalisés aux services admissions avec les éléments nécessaires à la vérification des droits sécurités sociale et mutuelle permettant la facturation aux divers organismes ou aux patients

- **Les supports d'information et de gestion normalisée (supports papiers)**

Tous les patients admettent en hospitalisation doivent être enregistrés. Cette opération s'effectue dans les registres qui constituent les pièces essentielles justificatives de contrôle de la gestion hospitalière. Qui servent par la suite à l'établissement des pièces comptables, statistiques, utilité médico-légale. Les registres : L'enregistrement : C'est la transcription d'une manière concise et précise de renseignements concernant une personne ou un établissement sur des registres conçus à cet effet. Il est élaboré des méthodes d'enregistrement. Cet enregistrement concerne les renseignements tels que :

- L'enregistrement des malades entrants.
- L'enregistrement des malades sortants.
- L'enregistrement des évacuations.

- L'enregistrement des naissances.
- L'enregistrement des décès.

5.2. Les fonctions principales du logiciel patient

5.2.1. Admission du malade

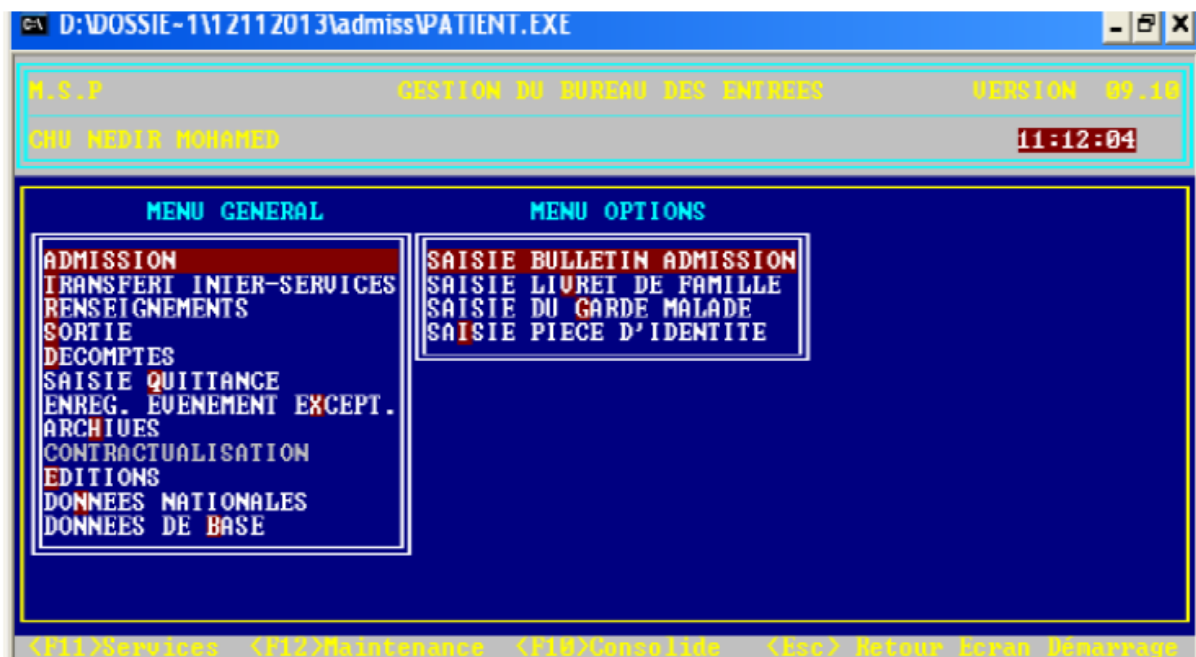
L'admission d'un malade se fait au bureau des entrées, avec un accord d'hospitalisation fourni par le médecin traitant, il existe plusieurs modes d'admission (normale, évacuation, accèdent, maternité, naissance et hôpital de jour)

5.2.2. Entrée normale

A l'arrivée, le malade ou un membre de sa famille se présente au bureau des entrées avec :

- Une pièce d'identité ;
- Le livret de famille s'il est marié ;
- La pièce d'identité du garde malade s'ils ont exigé un garde malade ;
- Une demande d'hospitalisation qui porte le nom, le cachet de médecin et celui du service d'hospitalisation.

Figure n°09 : Le menu option du LP à la saisie de l'admission



Source : Service informatique du CHU de Tizi-Ouzou

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

Pour saisir l'admission d'un malade sur le logiciel patient, on suit les processus suivants :

- Cliquer sur le module admission pour afficher son menu option ;
- Saisir le bulletin d'admission, et le garde malade s'il est exigé ;
- Saisir le livret de famille et la pièce d'identité qui sont généralement négligés.

Dans cette page il saisit le numéro d'admission, le nom, prénom, le lieu et la date de naissance de l'époux, ainsi son adresse, cette saisie est faite généralement à l'admission de maternité.

5.2.3. Evacuation

C'est d'évacuer un malade d'un établissement extérieur vers cet établissement. A cause : du manque de spécialités, manque de matériels, manque de places. À l'arrivée, le malade ou un membre de sa famille ou un infirmier doit présenter au bureau des admissions avec le dossier d'évacuation :

- Une fiche d'évacuation
- Une copie d'un accord de l'établissement ;
- La pièce d'identité du malade.

5.2.4. Transfert inter-service

C'est de transférer le malade d'un service à un autre dans une même unité par exemple de service des urgences au service cardiologie, Hématologie... dans ce cas le 1er service envoie au bureau des entrées une fiche de transfère avec le nom de service où ils vont transférer le malade, puis l'agent de saisie enregistre le transfert sur le logiciel pour être transféré administrativement.

Figure n°10 : La page de saisie les transferts inter-services

The screenshot shows a Windows-style application window titled 'D:\DOSSIE-1\12112013\admiss\PATIENT.EXE'. The interface has a blue header bar with the text 'M.S.P. GESTION DU BUREAU DES ENTREES VERSION 89.18' and a status bar at the bottom right showing '11:14:43'. Below the header, there is a section for data entry with the following fields:

- Nunéro d'entrée : 15/00/
- Non et prénoms :
- Entré le :
- Service d'origine :

The main area of the window is a large blue rectangle. At the bottom right of this area, there is a yellow button labeled 'Alt+Q Sortie'. The top of the window features a standard Windows toolbar with icons for navigation, zoom (61 / 118, 101%), and other functions.

Sur la fiche de saisie des évacuations inter-services on enregistre son numéro d'admission le nom et prénom, la date d'entrée et le service d'hospitalisation vont apparus automatiquement, puis l'agent saisit le service actuel et clique sur enregistrer pour que le transfert du malade soit administratif.

La saisie de l'admission du malade permette de lui attribuer une matricule (le numéro d'admission) qui est un numéro automatique par un ordre chronologique. Il existe Trois tranches de matriculassions :

- **La maternité** : ils ont distingué tous ce qui est maternité par une matriculassions commence toujours par le numéro 4.
- L'hôpital de jours (HDJ) : il est un peu spécifique, on parle de HDJ quand le malade fait une journée d'hospitalisation c'est-à-dire entre et sort dans le même jour, son numéro d'admission commence par 2.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

- Admission normale, urgence, accèdent... : tous ça ont une tranche de matriculations qui commence par le numéro 1.

Le but de la saisie des différentes informations concernant le malade et son mode d'entrée est de remplir et d'imprimer un billet de salle (un bulletin d'admission) en deux exemplaires un pour le donner au malade suivi d'une fiche navette rempli de son nom et prénom, la date et l'heure de son admission , le service d'hospitalisation et le nom de médecin traitant pour les accompagner durant son séjour , et l'autre gardé au bureau des entrées pour l'enregistrer sur les registres.

Figure n°11: La page de saisie le bulletin d'admission ou billet de salle

The screenshot shows a DOS-style window titled 'C:\DOCUME-1\Clinique\Bureau\ADMISS-2\PATIENT.EXE'. The interface has a yellow header bar with 'H.S.P' on the left, 'GESTION DU BUREAU DES ENTREES' in the center, and 'VERSION 89.10' on the right. Below this is a blue bar with '- SAISIE BULLETIN D'ADMISSION -' and a digital clock showing '10:46:41'. The main area is a dark blue screen with white text for data entry. It includes fields for 'Mode D'admission', 'N° entrée', 'Date d'hospitalisation' (with fields for day, month, and year), 'Service/Unité', 'Non', 'Prénoms', 'Sexe', 'Né (e) le', 'à', 'Fils(fille) de', 'Et de', 'Adresse', 'lieu', 'Sit. Fan.', 'Epoux (se) de', 'Nationalité', 'N° de tel', 'Profession', 'Personne à contacter' (with fields for 'Nom', 'Prénom', and 'lieu'), 'Adresse', 'malade accompagné par', and 'Groupe sanguin'. At the bottom, a grey bar contains function key shortcuts: 'F2 Services', 'F3 Salles', 'F4 Nationalités', 'F5 C.S.P', and 'Alt+Q Sortie'.

A l'entrée du malade, en saisissant sur la fiche du saisie du bulletin d'admission l'identification du malade : le mode d'admission, la date et l'heur d'entrée, ainsi le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'adresse du malade et le nom de ses parents et son époux (se) s'il(elle) est marié(e), aussi le nom, le prénom et l'adresse de la personne à contacter en cas d'urgence, il saisit le lien familiale relier le malade avec la personne présentée au bureau des entrées par

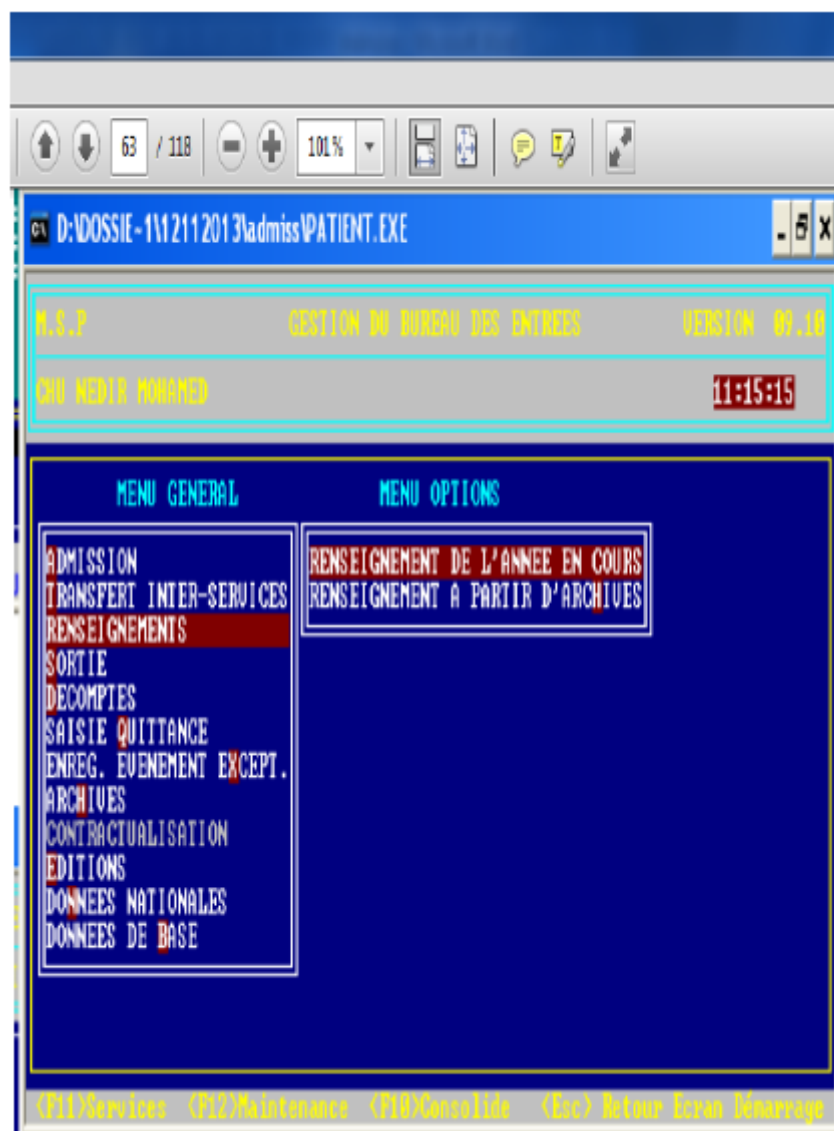
Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

exemple : sa mère, sa fille, son fils, son oncle , son frère.... , puis cliquer sur ok puis O, en imprimant le bulletin d'admission.

5.2.5. Renseignement des visiteurs, parents et proches du malade :

La plupart des personnes qui se présentent à l'hôpital pour la visite d'un malade, passent au niveau du BE pour renseigner. L'agent qui travaille sur le logiciel patient lui précise le service d'hospitalisation si le malade est encore hospitalisé, s'il est sorti, lui précise le mode de son sortie.

Figure n°12 : Le menu option pour les renseignements



Source : Service informatique du CHU de Tizi-Ouzou

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

Pour renseigner à un visiteur sur le service d'hospitalisation de son proche : l'agent choisi dans le menu général du logiciel patient le module renseignements puis dans le menu option, renseignement de l'année en cours, il saisit le nom du malade puis cliquer ok, tous les malades de ce nom s'affichent et en choisissant le concerné.

Figure n°13 : La page des renseignements

D:\DOSSIE-1\12112013\admiss\PATIENT.EXE

M.S.P. GESTION DU BUREAU DES ENTREES VERSION 09.10

- RENSEIGNEMENTS POUR INFORMATION DES UTILISATEURS - 11:16:25

Nom du malade : A Prénoms :
Nom de l'époux: Nom du G.M. :
Condition d'admission :
Date d'entrée : / / N° d'entrée : / /

Liste des Malades répondant aux Conditions ci-dessus

N° entrées	Nom et Prénom du malad	Nom epoux	date sortie	S e r v i c e
------------	------------------------	-----------	-------------	---------------

Source : Service informatique du CHU de Tizi-Ouzou

5.2.6. Sortie du malade

A la sortie normale, le malade remet au bureau des entrées le bulletin d'admission et la fiche navette qui porte la date et les diagnostics de sortie délivré par son médecin, ainsi les actes médicaux, actes paramédicaux, examens et les médicaments consommés par le malade durant son séjour à l'hôpital, elle remplit par les personnels médicaux et paramédicaux. À fin de lui établir un certificat de séjour.

Chapitre 3 : La gestion des mouvements des patients au sein du CHU T-O

Figure n°14 : Le menu option pour saisie la sortie

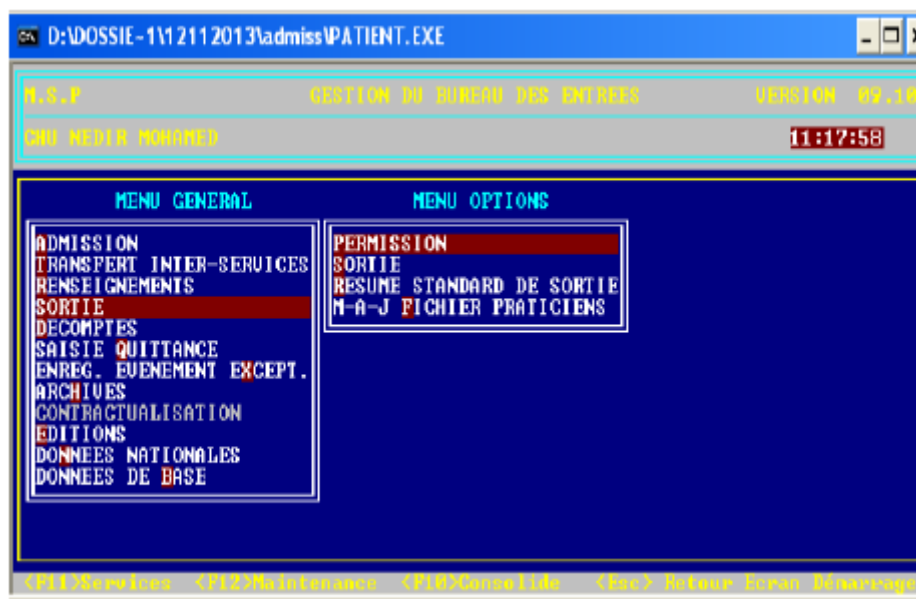
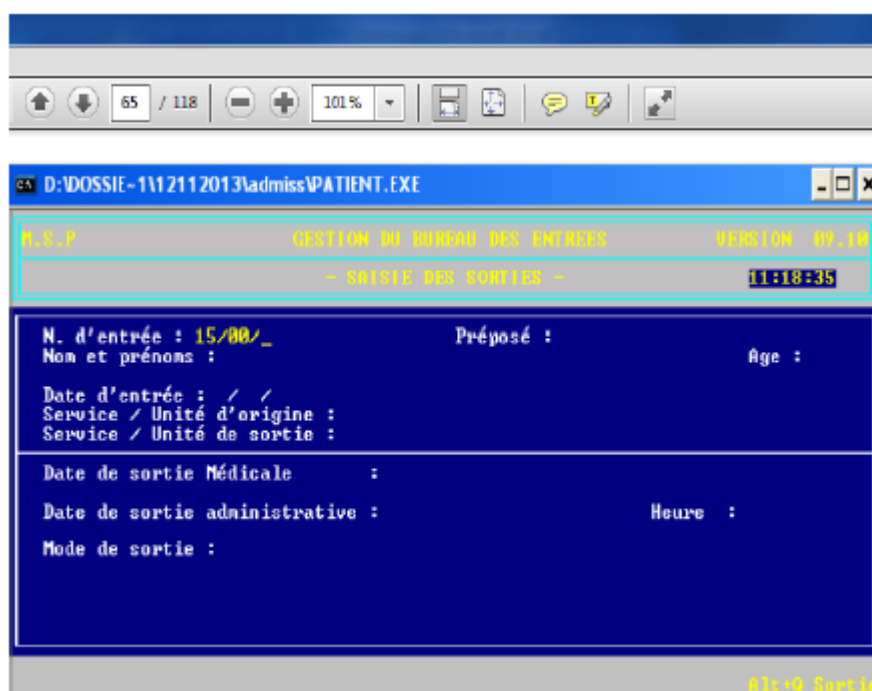


Figure n°15 : la page de la saisie de la sortie



Conclusion

Nous concluons, par dire que le bureau des entrées souffre d'insuffisance en matière de gestion quant à ses documents administratifs.

Il n'est pas dans notre intention de vouloir changer la manière de gérer ces documents administratifs, connaissant le nombre impressionnant de problèmes dans lequel se débat ce service.

Cependant, il serait déjà utile de prendre connaissance de la démarche entreprendre afin de remédier à ceux-ci, et éventuellement, proposer une autre méthodologie de gestion et ceci, en fonction des moyens disponibles.

La méthodologie de gestion des documents administratifs ne cesse de progresser d'année en année, et ceci en fonction des découvertes technologiques qui apparaissent. Il est toujours utile d'être à l'écoute de ce qui se fait ailleurs, et en fonction de nos moyens, essayer de proposer mieux.

La sous direction de la gestion administrative des malades est un des services dont le volume de travail est très important. D'où, la nécessité de mettre à la disposition de cette structure, tous les moyens humains et matériels afin même de mener à bien les nouvelles dispositions inhérentes à la contractualisation, et de matérialiser les directives émanant des différentes autorités hiérarchiques (direction de la santé, ministère de la santé publique et direction générale).

Cette sous direction et ses agents; se voient assigner les missions inhérentes à la gestion et au contrôle de toutes les tâches concernant le document administratif.

Pour cette raison, les responsables sont appelés à choisir parmi les éléments les plus compétents et les plus engagés afin d'aboutir à de meilleures méthodes de présentation et de protection, dans le but de réaliser un bon suivi du dit document.



Conclusion Générale



Conclusion Générale

L'objet principal de notre recherche est de montrer les différents indicateurs de santé utilisés dans le bureau d'entrée au sein de l'hôpital Nedir Mohamed.

Nous avons d'abord définie quelques concepts de base du contexte hospitalier ainsi que les différents documents nécessaires pour le dossier d'admission à l'hôpital.

Ensuite, nous avons parlé de l'évolution du système de santé en générale et le système de santé en Algérie en particulier.

Et enfin, nous avons présenté le CHU de Tizi-Ouzou ainsi que le fonctionnement du bureau d'entrée et les indicateurs utilisés.

Dans ce travail, nous avons collecté des informations au niveau du bureau des admissions qui assure justement l'enregistrement de tous les mouvements de la population hospitalière.

Pour gérer tout ce qui est en relation avec ce service, le logiciel patient a été intégré dans le CHU de TO depuis 2001. Son rôle est de déterminer les actes médicaux et les médicaments afin de maîtriser les dépenses. Donc celui-ci joue un rôle très important pour recueillir l'ensemble de l'information liée aux patients.

A l'issue de ce travail, il nous est possible de retenir les conclusions suivantes :

- Le centre hospitalo-universitaire est considéré comme un établissement de soins et comme centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale, de par les tâches d'encadrement qui s'y effectuent.
- L'hôpital est le lieu de partage des informations entre les professionnels de santé et toutes les informations y sont enregistrées sur les différents dossiers, dont chacun porte des données personnelles sur l'état de santé du patient et les médicaments consommés, en vue d'évaluer les coûts.
- Le dossier administratif porte l'identification du patient et les différentes données sociodémographiques qui vont enrichir le dossier du patient. Et qui porte les différentes modalités d'admissions à l'hôpital, ce qui permet de définir le rayonnement de l'hôpital.
- La fiche navette est une fiche qui porte huit pages, chacune est destinée à collecter un certain nombre d'informations qui seront exploitées dans le bureau des entrées.

Conclusion Générale

- La fiche navette enregistre des informations sur la maladie et sur les actes médicaux, chirurgicaux, examens pratiqués sur lui à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement hospitalier.
- La fiche navette reflète l'activité d'un service au sein d'un établissement de santé. Elle permet en outre, à l'établissement de facturer sa prestation aux organismes chargé du financement et sa tenue doit être de ce fait exigée.
- Le DSI se trouve au cœur de la pratique infirmière et il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et rationnel du soin.
- Le DSI à une relation avec les autres dossiers il contient des informations administratives, médicales.
- La facturation dans l'hôpital se fait à travers des données enregistrées sur la fiche navette car elle enregistre tous les actes médicaux et paramédicaux prodigués pour le malade dès l'admission jusqu'à la sortie et la négligence des médecins, l'importance de prescription sur cette dernière conduit à un énorme gaspillage.
- Pour maitriser les dépenses et gérer ce gaspillage il existe deux méthodes dans les hôpitaux en Algérie, premièrement par la méthode des sections homogènes qui sert à calculer les différents coûts de chaque service qu'il soit auxiliaire ou principal et la deuxième méthode des groupes homogènes des malades qui sert à évaluer les coûts d'hospitalisation et la prise en charge selon une classification par des pathologies.
- Tous ses dossiers jouent une importance majeure à l'avenir du patient que pour les praticiens car ils sont conservés au niveau d'unité d'archivage à l'hôpital parce que cette opération répond à plusieurs intérêts.

Nous pouvons conclure que le bureau des admissions est le lieu de fonctionnement de la majorité des dossiers existants à l'hôpital, et il est considéré comme le lieu d'accueil pour les patients et les usagers, il a un lien direct avec les autres services.

Lors de la réalisation de ce travail, nous avons rencontré certains obstacles résumés comme suit :

- L'indisponibilité des personnes à interviewer comme le chef de service du bureau des entrées ainsi que le chef de service informatique ;
- Courte durée du stage pratique en raison de la crise sanitaire COVID-19 ;
- Manque de personnels qualifiés qui peuvent nous aider à bien comprendre le contenu des indicateurs de santé ;

Conclusion Générale

- Manque des textes réglementaires sur l'informatisation du bureau des entrées ;
- Manque de documents, de références et de travaux de recherche traitant les dysfonctionnements liés au fonctionnement du bureau d'entrée ;
- L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles.

Pour terminer, nous estimons qu'avec le développement des TIC, la e- santé occupe une place de plus en plus importante dans le monde. Désormais, la santé suscite énormément d'attentes et ce secteur ambitionne de voir son potentiel enfin s'exprimer totalement. Le besoin exponentiel en informations et le flux des connaissances scientifiques et médicales vont innover les moyens de traitement et de diffusion de la connaissance entre professionnels et patients. Que ce soit en termes de stockages des données mais également d'analyses, de diffusion et de partage de ces données. A ce titre, ce thème peut bien être traité sous l'angle du rôle des technologies de l'information et de la communication.



Bibliographie



Bibliographie

Ouvrages

- BENOIT C., « manager un établissement de santé » ; 2ème édition, Paris : édition GERESO ; 2015 ;
- BONNET, Pascal .Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins. DEA GEOS, Université Paul Valéry Montpellier 3, 2002
- BRAS Pierre-louis *et al*, « Traité d'économie et de gestion de la santé ».France : Éditions de santé, 2009
- DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. Le mémoire de master. Du choix du sujet à la soutenance ; méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de gestion et des sciences commerciales. Edition EL-AMEL, 2015
- DAMART, Sébastien. *Innovations managériales en établissement de santé*. Paris : Edition EMS, 2013
- GIULIANO, Bernard, GUIRAUD, Pierre, MEUR, Hervé. *10 règles pour tracer le parcours du patient*, France
- GIUSIANO, Bernard. PIERRE Guiraud. HERVÉ, Meur.10 règles pour tracer le parcours du Patient dans un réseau de santé. Le guide des patients. France, 2011
- Le dictionnaire Larousse
- MINTZBERG, Henry. *Structure et dynamiques des organisations*. Paris: Edition d'organisation 1982
- OULD-KADA M., « Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé », Textes réunis et classés par : Décembre 2010
- OUZRIHA F., « cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie » ; office des publications universitaires place centrale de Ben-Aknoun (Alger)
- SEBASTIEN D., « innovations managériales en établissements de santé vers un management « intégratif » » ; 2ems édition management et société France, novembre 2013

Bibliographie

Articles et autres

- Charles Vogel. (Service de gestion administrative des patients) disponible sur <http://www.chuv.ch/fiches.htm?GAP>
- CROMMELYNCK, Anja. L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info Supplément à MC
- Décret exécutif n°05-257 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens - dentistes et des auxiliaires médicaux. [En ligne]. Journal Officiel, correspondant au 20 juillet 2005. Disponible sur <http://www.santemaghreb.com/algerie/dec0705.pdf>
- Dispositions relatives à l'admission au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées, textes référence circulaire n° 2005/57 du 2 février 2005
- Fascicule spécial. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de connexes CIM-10 FR à usage PMSI. [En ligne] Bulletin officiel N° 2015/ 9bis, édition 2015. Format PDF, disponible sur http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.
- La contractualisation dans les systèmes de santé améliore l'efficacité des systèmes de financement de santé en Algérie, elle constitue un objectif essentiel de toute politique de santé.
- LANGLADE, Renaud. Le concept de maladie. 19 novembre 2004. Disponible sur : <https://www.fp.ulaval.ca/fileadmin/philo/document>.
- LBDA, Nîmes .Parcours patient : de la théorie à la pratique. 6ieme forum infirmier du Languedoc-Roussillon 3 avril 2013
- Le décret N° 85 283 du 12 novembre 1985 établit la liste des actes professionnels des médecins et autres auxiliaires médicaux avec leur cotation
- Lemaire, Claude. Le parcours de soins du patient : visible et partagé, Le challenge du directeur des soins pour l'avenir .Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Décembre 2014
- LEPANE JP, ARBABZADEH-BOUCHEZ S, LAFAY N, SENON JL, « Modalité d'hospitalisation en psychiatrie », disponible sur : <http://senon.pagesperso-orange.fr>
- Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières, 2014

Bibliographie

- Ministère de la santé. Description des supports de recueil de données de l'hôpital. Supports du system d'information Hospitalier. Description et guide d'utilisation. Mali, 2012
- Service évaluation des pratiques., « évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, dossier du patient » réglementation et recommandations, juin 2003
- Silva médical. Dossier d'admission disponible sur www.static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf
- Tévolys réalisation agence. Gestion administrative du patient. Un suivi du parcours administratif du patient et de la facturation.2011. Disponible sur <http://www.cpage.fr/fr/produits/patients/gestion-administrative-du-patient>

Mémoires

- Ait Medjane Ouahiba. Les réformes du système de sante En Algérie : État des lieux et analyses. Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de master en sciences Économiques Option : économie de la santé. Université Abderrahmane MIRA de Bejaia Faculté des sciences économiques, commerciales et Des sciences de gestion
- BOUAMRANE S., « système d'information hospitalier : admission et planification des blocs opératoires » ; mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de magister en informatique option informatique et automatique université d'Oran ; 2010
- CAILLAVET-BACHELLEZ, Viviane. Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les communautés Hospitalières de territoire. Mémoire de l'école des Hautes études en santé publique-septembre 2010
- KASHI; Tinhinane. TILMATINE ; Karima., SADEG; Salima. Informatique Médicale. Faculté des sciences, commerciales et des sciences économiques, Diplôme de licence, Option : monnaie, Finance, Banque, 2010/2011
- LAKAB H., OUAKKOUCHE A., « Etude de l'impact du nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) sur la gestion des hôpitaux publics Cas du CHU de BEJAIA » ; mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques Spécialité : Economie de la santé ; université Abderrahmane Mira de Bejaia, 2013
- Lemaire, Claude. Le parcours de soins du patient : visible et partagé, Le challenge du directeur des soins pour l'avenir .Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Décembre 2014

Bibliographie

- LOUARN J., « Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement » ; Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé en. Paris : université de Montréal, Juin 2002
- PERRUCHET, Céline. Le parcours de soins coordonnés. Mémoire de master endroit Social. France : Université Paris II Panthéon-Assas.2013
- SALMI M., « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en sciences économique., université Mouloud Mammeri T.O, 2009
- SALMI.M., « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic. Cas du secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Irathen », mémoire de Magister, Tizi-Ouzou, 1999
- TACINE Y, « le financement de l'implantation d'un système d'information hospitalier cas de l'hôpital d'AZAZGA » ; en vue d'obtention du diplôme de licence en science commerciale, UMMTO 2013.
- VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », thèse de doctorat es Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999

Webographie

- <http://lesdefinitions.fr/maladie>
- <http://perso.modulonet.fr/placurie/Ressources/BTS1-ALSI/Chap-1-Le%20logiciel.pdf>
- <http://www.gestion administrative du malade2016.pdf>
- <http://www.santé.dz>
- http://www.santemaghreb.com/algerie/recueil_txt_regl.pdf
- <https://fr.wikipedia.org/wiki/maladie>
- www.chuto.dz/patient/sortie.php



Annexes



Annexe 01 : La fiche navette

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE TIZI-OUZOU

Fiche Navette

IDENTIFICATION DU PATIENT

1. N° D'ADMISSION	2. GROUPE SANGUIN	3. AGE
4. Nom :..... 5. Nom de jeune fille :..... 6. Prénom :.....		

7. Service :	8. Nom et qualité du chef de service :
9. Date d'Entrée :	10. Heure d'Entrée :
11. Nom de salle :	12.N° de lit :
13. Nom, Prénom et Qualité du médecin traitant :	
14. Mode d'Entrée : 15. Code Entrée :	

HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE

(MOUVEMENT DU MALADE)

16. Service	17. Date d'Entrée	18. Heure d'Entrée	19. Nom de Salle /N° Lit	20. Médecin traitant
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

1. ACTES MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET EXAMENS PRATIQUES DANS L'ETABLISSEMENT
D'HOSPITALISATION Y COMPRIS LES CONSULTATIONS EFFECTUEES PAR LES PRATICIENS EXTERNES AU
SERVICE

[illegible]

Se conformer au manuel des actes professionnels

4. MEDICAMENTS (*)

[illegible]

Annexe 01 : La fiche navette

--	--	--	--	--

Annexe 01 : La fiche navette

SORTIE

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Date de sortie : | 2. Heure de Sortie : |
| 3. Mode de Sortie : | 4. Code de Sortie : |
| 5. Diagnostic ou Motif d'Entrée : | |
| 6. Diagnostic de Sortie : | |
| 7. Code C.I.M : | 8. Code G.H.M : |

Nom Prénom et Grade du Praticien

Visa du Chef de Service

.....

.....

Date et Cachet

.....

.....

Signature,

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT

- | | | |
|---|-------------------------|--|
| 9. N° de Facture..... | 10. Date : | 11. Montant total de la Prestation : |
| 12. N° de Quittance : | 13. Part S.S : | 14. Part Patient |
| 15. Nature de Document de Sortie : | 16. N° Document : | |
| 17. Etablissement d'Accueil : | 18. N° Document : | |
| 19. Mineur Accompagné à sa Sortie par : | | |

Nom, Prénom et Fonction du Signataire

Date et Cachet

.....

.....

Signature,

Annexe 02 : Le billet d'admission

Centre Hospitalo - Universitaire
de Tizi - Ouzou

Bulletin d'Admission

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Imp. AZUR - N.-Ville - T.-O. - Tél/Fax : (026) 21.29.21 Port. (070) 48.72.60

1.0. N° D'ADMISSION

1.1. Qualité du patient vis-à-vis de l'assurance : 1.2. 1.3. 2.1. Nom : 2.2. Nom de jeune fille : 2.3. Prénom : 2.4. Fille de : 2.5. et de : 3.0. Sexe : 1 1 4.2. Nationalité : 4.1. Date de Naissance : 1 1 1 1 1 1 1 1 5.0. Situation Familiale : 1 1 6.1. Lieu de Naissance : 6.2. Code Wilaya : 1 1 1 7.1. Profession : 7.2. Code Profession : 1 1 1 8.1. Adresse de Résidence : 8.2. Code Wilaya : 1 1 1 8.3. Nom et Prénom de la personne à contacter : 8.4. N° : 9.1. Adresse de contact : 9.2. Code Wilaya : 1 1 1

IDENTIFICATION DE L'ASSURE :

10.0. Immatriculation

N° Prise en charge Date

10.1. Nom : 10.2. Nom de jeune fille : 10.3. Prénoms : 11.1. Date de Naissance : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 12.1. Profession : 12.2. Code Profession : 1 1 1 13.1. Adresse de l'Assuré : 13.2. Code Lieu : 1 1 1 14.1. Employeur (Raison Sociale) : 14.2. Code Lieu : 1 1 1 (P r é c i s e r) 15.0. Caisse d'Affiliation : 15.1. C.A.S.N.O.S. ☐ 15.2. C.N.A.S. ☐ 15.3. Autre ☐ 15.4. Code Lieu : 1 1 1

HOSPITALISATION :

16.1. Service d'hospitalisation : 16.2. Date d'entrée : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 16.3. Heure : 1 1 1 1 1 1 17.1. Nom de la Salle : 17.2. N° Salle : 17.3. N° de Lit : 17.4. Médecin traitant : 18.1. Mode d'entrée : 18.2. Code entrée : 1 1 1 18.3. N° Prise en charge (santé) : 19.1. Etablissement d'origine : 19.2. Code Wilaya : 1 1 1

A C C I D E N T :

20.0. Type d'accident : 20.1. : 20.2. : 21.1. Date de l'enlèvement : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 21.2. Heure : 1 1 1 1 1 1 1 1 21.3. Lieu : 22.1. Patient transporté par : 22.2. Références : 23.1. Autorité chargée de l'enquête :

Annexe 03 : Le certificat de séjour

CERTIFICAT DE SEJOUR

Je soussigné, directeur du : CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

NEDIR MOHAMED – TIZI OUZOU - certifie que :

Le (la) nommé(e) : Matricule :

Agé(e) de :

Est entré(e) le :

Est sorti(e) : Mode de sortie :

Service :

TIZI OUZOU le :

P. le Directeur et P.O.
La chef du bureau des entrées

Annexe 04 : Le certificat de présence

CERTIFICAT DE PRESENCE

Je soussigné, directeur du : CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

NEDIR MOHAMED – TIZI OUZOU - certifie que :

M : Matricule :

Né : à : est hospitalisé(e)

dans le service de :

à compter du :

Le présent certificat est délivré à la demande de l'intéressé pour servir et valoir ce que de doit.

Fait Le, ...

P. le Directeur et P.O.
La chef du bureau des entrées

Annexe 05 : Le résumé standard de sortie

RESUME STANDARD DE SORTIE	
Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou Service de : Chef de Service :	Réservé au Bureau des Entrées
Matricule : N° Dossier dans le Sce. :	Code Sce. :
Nom et Prénoms : Date de naissance (âge) : Sexe : Lieu de naissance : Lieu de résidence (Wilaya) : Date d'admission à l'hôpital :	Code commune de naissance : Code wilaya de résidence :
Dernier service d'hospitalisation	
Date d'entrée au service : Médecin traitant : Mode de sortie (1) : Date de sortie de l'hôpital :	Matricule du Praticien : Code mode de sortie :
Motif d'hospitalisation : Diagnostic principal de sortie : Diagnostics associées 1- 2- 3-	CIM' 10 - DP : CIM' 10 - DA1 : CIM' 10 - DA2 : CIM' 10 - DA3 :

Le Chef de Service,

Le Médecin Traitant,

Annexe 06 : Résumé clinique de

**Centre Hospitalo-Universitaire
De Tizi-ouzou**

N° Matricule :

N° de Dossier :

Résumé Clinique de Sortie

Nom & 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 du Sce :

Motif d'hospitalisation

Bilan biologique

Bilan radiologique

Autres examens

Diagnostic principal de sortie

Diagnostics associés

Actes et traitements

Le Chef de Service

Le Médecin traitant

NOM ET P r é n o m s						Dt, entrée	Dt, sortie	Mode de sortie	N° entrée	N° titre		
KA HA						02/01/2017	9/1/2017	SORTIE NORMALE	17/00/000123	17/000009		
-DEBITEUR- <u>BUDGET DE L'ETAT</u>												
FRAIS DE SEJOUR						HONORAIRES MEDICAUX				Montant Total	Part Du Débiteur	
P E R I O D E		NBRE DE Jours	Prix Jour Forfait	%	Désignations	Date	Code	Tarif	Coef/ nbre			
DU	AU											
02/01/2017	09/01/2017	7	100,00		MEDECINE INTERNE					700,00	700,00	
MONTANT DE LA FACTURE											700,00	700,00

RECEVEUR DE : CHU NEDIR MOHAMED

TIZI OUZOU,
L'ORDONNATEUR

MONTANT à Payer : 0,00 (ZERO)

Exonère du paiement Pour le motif suivant : MALADIE CHRONIQUE

Annexe 08 : Mode de facturation PMJH

DECOMPTE DES SOMMES DUES

(Mode de Facturation PMJH)

N O M E T P r é n o m s		Dt, entrée	Dt, sortie	Mode de sortie
Sa ma		01 /01/2017	04/01/2017	SORTIE NORMAL
<u>-D E B I T E U R-</u>				
F R A I S D E S E J O U R				
P E R I O D E		Nbre De Jours	P.M.J.H	D E S I G N A T I O N D U S E R V I C E
DU	AU			
01/01/2017	04/01/2017	3	5000,00	URGENCES MEDICALES
TOTAL. FRAIT DE SEJOUR				
Part du débiteur 100%				
M E D I C A M E N T S				
D e s i g n a t i o n		Date	Cod DCI	Tarif

Annexe 09 : Déclaration de décès

WILAYA DE TIZI OU ZOU
Centre
Hospitalo - Universitaire
de Tizi-ouzou

DECLARATION DE DECES

Délivrée à titre de renseignements

N°

L'an deux mille

Écrire le nom en grosses lettres

et le

du mois de

Nom :

Nous, soussigné :

Prénoms :

Directeur du Centre Hospitalo - Universitaire de Tizi-ouzou

et Docteur

Médecin

Domicile des parents :

traitant du dit Centre Hospitalo - Universitaire , déclarent à

monsieur le président de L'assemblée populaire communale ,

officier de l'état civil de la dite commune que

L Nommé(e)

Célibataire - marié (e) - veuf (ve)

Né(e) le

à

wilaya de

Fil .. de

et de

Entré (e) au C.H.U de TIZI OUZOU

DEPOTS:

Décédé(e) le

à

H

minute

Par suite de :

Le Médecin Traitant,

P/O le Directeur,

Annexe 09 : Déclaration de décès

**CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE TIZI-OUZOU**

CERTIFICAT DE NON CONTAGION

Je soussigné :

Médecin du

Certifie que le (la) nommé (e) :

Entré (e) le :

Décédé (e) le :

Service :

Maladie non contagieuse.

Tizi-Ouzou, le

Le Médecin

Annexe 09 : Déclaration de décès

MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTAT DE DECES REMPLI PAR LE MEDECIN et adressé au SEMEP, DSP et INSP

Commune de décès :	Wilaya de décès :	Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci contre survenue Le à h..... Est réelle et constante de Cause naturelle /...../ Cause violente /...../ Cause indéterminé /...../ Cause non naturelle /...../ A le Signature et cachet du médecin	
Nom :	Prénom :		Sexe :
Date et lieu de naissance :	Age :		en
si enfant de moins de 1 an, préciser l'âge en mois, si moins d'1 mois, préciser l'âge en jours Lieu de résidence (commune et wilaya) :			
Fils de : et de :			
Lieu de décès : Domicile /...../ Structure de santé publique /...../ Structure de santé privée /...../ voie publique /...../ Autres (à préciser) :			
Réservé à la commune N° /...../ N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre décès des actes de l'état civil Ce N° doit être reproduit sur le certificat médical de la cause de décès			

A remplir et à clore par le médecin (confidentiel) : partie à séparer de celle de l'état civil et à adresser à la tutelle car anonyme

Commune et Wilaya de décès :	sexe :	Partie réservée à la codification de la cause du décès (ne rien inscrire)	
Commune de résidence :	Wilaya de résidence :		
Date de naissance :	Date de décès :		Age :
(si enfant de moins de 1 an, préciser l'âge en mois, si moins d'un 1 mois préciser l'âge en jour) Lieu de décès : (préciser l'un des lieux sus cités)			
Causes du Décès : Mentionner tous les événements morbides ayant précédé le décès Partie I : Maladies (s) ou affection (s) morbides (s) ayant directement provoqué le décès (la dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale)			
a) due à ou consécutive à : b) due à ou consécutive à : c) due à ou consécutive à : d)			
* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : défaillance cardiaque, syncope, mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort Partie II : autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant pu contribué au décès, mais non mentionnée en partie I (si décès maternel : Femme décédée durant une grossesse, un avortement, un accouchement ou dans les 42 jours après un accouchement ou un avortement dans ce cas remplir correctement la partie I et préciser cet état clairement)			
Exemples : a) Embolie pulmonaire I. a) septicémie I. a) détresse respiratoire I. a) Coma b) fracture pathologique b) Péritonite b) embolie pulmonaire b) Oedème cérébral c) cancer secondaire du fémur c) perforation d'ulcère c) l'hébite c) Trauma crânien d) cancer du sein d) ulcère duodénal d) Accouchement d) Accident de route			
I Alcoolisme II Varices II			

A le Signature et Cachet du Médecin

Annexe 12 : La fiche d'évacuation de malade entre établissements

FICHE D'EVACUATION DE MALADE ENTRE ETABLISSEMENTS

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

Public :

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 : wilaya

- Caisse de sécurité sociale : Numéro d'immatriculation.....

- Autres

Renseignements cliniques:.....

.....

.....

Prestations dispensées :

.....

Motif d'évacuation:.....

Identification de l'établissement d'accueil:.....

Moyens d'évacuation : Ambulance- ambulance médicalisées- Autres moyens

Identification de ou des accompagnateurs et signature :

SIGNATURES

Le médecin

Le Directeur d'établissement
Ou son représentant

Auxiliaire médical

Le Directeur de garde

Ou

Le Directeur médical

Ou

Le médecin de cabinet privé

Ou

Le responsable du centre médico-social (CMS)

Annexe 13. : La fiche de réception de malade

FICHE DE RECEPTION DE MALADE

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

- Public :

- Privé :

Date..... heure d'arrivée du malade évacué :

Identification du service d'accueil :

Identification du médecin d'accueil :

Renseignements sur le malade :

- Nom : Prénom :

- Nom de l'époux :

- Date et lieu de naissance :

- Adresse : wilaya

- Caisse de sécurité sociale : Numéro d'immatriculation.....

- Autres

Etat du malade à l'arrivée :- Vivant.....DCD.....

Identification de l'établissement évacuateur :

Identification de ou des accompagnateurs et signature :

SIGNATURES

Le médecin

Le Directeur d'établissement
Ou son représentant

Auxiliaire médical

Le Directeur de garde

Annexe 14 : Circulaire N° 3637 MSP/ DSS DU 23 / 12 / 1985

CIRCULAIRE N° 3637 MSP/ DSS DU 23 / 12 / 1985

DESTINATAIRES :

Messieurs les Walis : (Direction de la Santé de la Wilaya) **pour information et suivi**

Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers.

Pour Exécution

Objet : Fiche navette

J'ai l'honneur de vous informer qu'il a été décidé de remettre en circulation à tous les services d'hospitalisation des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers la fiche navette, dont le modèle est ci-joint, à dater du 1er janvier 1986.

Cette fiche navette devra accompagner le malade lors de son hospitalisation à toutes les interventions qui sont entreprises doivent être inscrites. Que ces investigations soient pratiquées par le service d'hospitalisation ou même dans un autre service de l'hôpital ou d'un autre secteur sanitaire. Les soins courants ne doivent y être mentionnés.

Cette fiche navette permettra une évaluation non seulement de l'activité d'hospitalisation du service mais également des actes de diagnostic.

Elle sera servie à différents niveaux de la façon suivante :

BUREAU DES ADMISSIONS :

L'agent préposé aux admissions transcrira sur la fiche navette toutes les informations à caractère administratif.

A la sortie du malade la fiche navette est retournée au bureau des admissions.

L'agent devra alors porter sur les registres les informations concernant la somme des coefficients des actes qui ont été accomplis au malade par les différents services.

L'évaluation mensuelle, trimestrielle et annuelle par service sera effectuée par ce bureau.

SERVICES MEDICAUX :

Le surveillant médical est responsable de l'inscription sur la fiche navette de chaque acte accompli conformément à la nomenclature. Il devra porter la lettre clé suivie du coefficient correspondant à l'acte pratiqué et faire signer le praticien.

Les registres mis en place au niveau du bureau des admissions seront conformes aux modèles ci-joints. Ces registres permettront une évaluation mensuelle de la somme des coefficients des actes pratiqués par service.

Un état trimestriel devra être transmis à la direction des structures de la santé pour évaluation.

Une nomenclature provisoire des actes médicaux vous sera transmise dans les prochains jours en attendant la diffusion de la nomenclature officielle qui sera adoptée par la commission nationale.

Toute difficulté de mise en application de cette circulaire doit m'être signalée sous le présent timbre.



Table des matières



Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Liste des figures

Liste des tableaux

Sommaire

Introduction générale..... 01

CHAPITRE 1 : CONCEPT GÉNÉRAUX DE L'HOPITAL

Introduction 05

Section 1 : Généralités sur les concepts de base 06

1. La notion de santé 06

2. La notion du malade 07

3. La notion de la maladie 07

4. Le parcours de soins du patient 08

4.1. Les définitions du parcours de soins 08

4.2. Les termes associés au parcours de soins du patient 10

4.2.1. La continuité..... 10

4.2.2. La fluidité 10

4.2.3. La coordination 10

4.2.4. L'accessibilité aux soins..... 11

4.2.5. L'égalité 12

4.3. Les éléments de parcours de patient..... 12

4.4. Procédure concernant le parcours du malade 13

Section 2 : Le contexte hospitalier 15

1. L'évolution de l'hôpital..... 15

2. Définition de l'hôpital 17

3. Typologie d'hôpitaux 20

3.1. Les hôpitaux généraux 20

3.2. Les hôpitaux psychiatriques 20

3.3. Les hôpitaux catégoriels, ou spécialisés..... 20

3.4. Les hôpitaux universitaires..... 20

4. Les hôpitaux en Algérie 21

4.1. Secteur public 21

4.2. Le secteur privé 23

Section 3 : Les dossiers d'admission à l'hôpital 24

1. Le dossier administratif 24

Table des matières

1.1. Modalités d'admission à l'hôpital	25
1.1.1. Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation.....	25
1.1.2. Admission programmée	25
1.1.3. Admission directe.....	26
1.1.4. Transfert suite à une admission	26
1.1.5. Admission en urgence	26
1.1.6.. Admission des mineurs	27
1.2. Les composants du dossier d'admission	27
1.2.1. La demande d'hospitalisation.....	27
1.2.2. Le billet de salle	27
1.2.3. La fiche navette	28
1.2.4. Certificat de séjour	28
1.2.5. Les types de sortie	28
1.2.5.1. Sortie Normale	28
1.2.5.2. Sortie par Décès	29
1.2.5.3. Sortie par Evacuation	29
2. La fiche navette	30
2.1. Définition	30
2.2. Présentation de la fiche navette	30
Conclusion	36

CHAPITRE 2 : LES INDICATEURS DANS LES BUREAUX DES ENTREES

Introduction	37
Section 1 : Système de santé algérien	38
1. Évolution du système de santé Algérien	38
1.1. La première période (1962-1973)	38
1.2. La deuxième période 1974-1985.....	38
1.3. La troisième période 1986-2003	39
1.4. La quatrième période de 2004 à nos jours.....	40
2. L'organisation du système de santé algérien.....	40
2.1. Organismes de sécurité sanitaire	41
2.2. Organismes d'appui logistique.....	41
2.3. Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information	41
3. Le financement du système de santé algérien	41

Table des matières

3.1. Les sources de financement de la santé en Algérie	42
3.1.1. L'Etat.....	42
3.1.2. La sécurité sociale	42
3.1.3. Les ménages	42
3.1.4. Les mutuelles.....	42
3.1.5. Les collectivités locales.....	43
3.2. Les différents types de dépenses de santé en Algérie	43
3.2.1. Dépenses publiques de santé	43
3.2.2. Les dépenses du ministère de la santé	43
3.2.3. Les dépenses de fonctionnement.....	44
3.2.4. Les dépenses de santé financées par la sécurité sociale	44
3.2.5. Les dépenses d'investissement.....	44
3.2.6. Dépenses du secteur privé en investissement	44
3.2.7. Les dépenses des autres départements ministériels.....	45
Section 2 : Le bureau des entrées.....	45
1. Définition du bureau des entrées	45
2. Les Fonctions du bureau des entrées.....	46
3. L'importance de l'accueil au bureau des entrées	48
4. Organigramme du bureau des entrées	48
4.1. Unité d'Admission	50
4.2. Unité d'Etat Civil	50
4.3. Unité de mouvement hospitalier de la population	52
4.4. Médecins chargés de l'information médicale (CIM)	53
4.5. Unité des statistiques et de la facturation	53
4.6. Unité d'archivage	58
Section 3 : Les indicateurs de santé et leurs usages	58
1. Définition.....	58
2. Intérêt des indicateurs de santé.....	59
3. Les outils de calculs	59
4. Critères de choix des indicateurs.....	60
5. Les différents indicateurs de santé	61
5.1. Les indicateurs épidémiologiques	61
5.1.1. Indicateur de mortalité	61

Table des matières

5.1.1.1. Le taux de mortalité.....	62
5.1.1.2. Taux brut de mortalité (TBM)	62
5.1.1.3. La mortalité prématurée	62
5.1.1.4. La mortalité évitable	62
5.1.1.5. Taux de mortalité spécifique (TMS)	63
5.1.1.6. Taux de létalité	63
5.1.1.7. Taux de mortalité proportionnelle.....	63
5.1.1.8. Autres expressions de mortalité	64
5.1.2. Indicateur de morbidité	65
5.1.2.1. Taux de prévalence.....	65
5.1.2.2. Taux d'incidence	65
5.1.2.3. Taux d'attaque (TA).....	66
5.2. Les indicateurs démographiques	66
5.2.1. Taux Brut de Natalité (TBN)	66
5.2.2. Taux Global de Fécondité (TGF)	67
5.2.3. Espérance de vie à la naissance	67
5.2.4. Pyramide des âges	67
Conclusion.....	68
CHAPITRE 3 : LA GESTION DES MOUVEMENTS DES PATIENTS AU SEIN DU CHU T-O	
Introduction	69
Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou.....	70
1. Historique du CHU de Tizi-Ouzou	70
2. Informations générales sur le CHU de TO.....	70
2.1. L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed	71
2.2. L'Unité BELLOUA.....	71
2.3. La clinique dentaire	71
3. Les Missions du CHU de TO	71
3.1. En matière de santé	71
3.2. En matière de formation	72
3.3. En matière de recherche	72
Section 2 : Présentation du champ d'étude	74
1. Historique du bureau des entrées, nouvellement ériges-en sous direction	74
1.1. Période allant de 1955 à 1961	74

Table des matières

1.2. Période allant de 1962 à 1973	74
1.3. Période allant de 1974 à 1988 : « Instauration de la médecine gratuite»	74
1.4. Période allant de 1989 à 1994: « retour à l'exploitation de la fiche navette »	75
1.5. Période allant de 1995 à 2006	75
2. Description de la sous direction de la gestion administrative du malade	75
2.1. Activités de la sous direction de la gestion administrative du malade.....	76
2.2. Bureau de l'assistant chef de bureau	76
Section 3 : Démarche et procédures d'admission des malades	77
1. Opérations d'admission des patients	77
2. Le personnel du bureau des entrées	78
3. Le document administratif	78
3.1. Définition d'un document	78
3.2. Les caractéristiques d'un document	78
3.2.1. Les caractéristiques physiques	78
3.2.2. Les caractéristiques intellectuelles	79
3.3. La nature des documents administratifs	79
3.3.1. Les documents administratifs internes	79
3.3.2. Les documents administratifs externes	79
3.4. L'utilité d'un document administratif	80
4. Admission du Patient	80
5. Le logiciel patient au CHU de Tizi-Ouzou	83
5.1. La gestion manuelle du mouvement des malades	84
5.2. Les fonctions principales du logiciel patient	85
5.2.1. Admission du malade	85
5.2.2. Entrée normale	85
5.2.3. Evacuation	86
5.2.4. Transfert inter-service	86
5.2.5. Renseignement des visiteurs, parents et proches du malade	89
5.2.6. Sortie du malade	90
Conclusion	92
Conclusion générale	93
Bibliographie	
Annexes	
Table des matières	

Résumé

La santé revêt une importance vitale pour tous les êtres humains dans le monde. L'hôpital est le lieu de la prise en charge des patients, et dès l'admission il faut construire un dossier comportant un ensemble de documents qui porteront des données sur l'état des patients pour une meilleure prise en charge.

Le bureau des entrées fait office de premier contact entre l'hospitalisation et les consultations. C'est un service très important qui a pour mission d'accueillir et d'assurer la gestion administrative des patients lors de leur entrée et de leur sortie. Il est en charge des relations avec les caisses d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Il se charge de facturer les séjours et/ou les actes et prestations au bon débiteur. Il a aussi en charge la déclaration des décès auprès de la mairie et assure un rôle intermédiaire avec les services d'état civil. Enfin, la gestion des identités fait également partie de son domaine de compétences.

Mots clés : Hôpital, bureau d'entrée,, santé, indicateurs de santé

Abstract

Health is of vital importance to all human beings around the world. The hospital is the place of patient care, and upon admission, a file must be built comprising a set of documents that will contain data on the condition of the patients for better care.

The admissions office acts as the first contact between hospitalization and consultations. This is a very important service whose mission is to welcome and ensure the administrative management of patients upon their entry and discharge. He is in charge of relations with the compulsory and complementary health insurance funds. He is responsible for invoicing stays and / or acts and services to the correct debtor. He is also in charge of declaring deaths to the town hall and plays an intermediary role with the civil status services. Finally, identity management is also part of its area of expertise.

Keywords: Hospital, entry office, health, health indicator.