

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



Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

En sciences économiques

Option : Economie de la Santé

Sujet :

**La gestion du service des urgences comme un critère de la
performance hospitalière au sein du CHU de TIZI-OUZOU**

Réalisé par :

BOUTTENA Amina

CHAOUADI Tassadit

Dirigé par :

SEKHER Kahina

Devant le jury composé de :

Présidente : SALMI Samya, Maître-assistante Classe A, UMMTO

Rapporteur : SEKHER Kahina, Maître-assistante Classe A, UMMTO

Examinatrice : MOHAND OUALI Radia, Maître-assistante Classe B, UMMTO

Date de soutenance : Le 14 Décembre 2016

Remerciement

Au terme de ce travail nous remercions le bon Dieu de nous avoir donné son aide et la détermination ainsi que la patience pour pouvoir franchir toutes les épreuves afin d'arriver à ce stade.

Notre profonde gratitude et sincères remerciements vont à notre promotrice M^{elle} SEKHËR Kahina maître-assistante Classe A à l'université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, d'avoir accepté de nous encadrer, et pour toute son aide, ses encouragements et ses orientations.

Nous exprimons nos sincères remerciements à M^r SALMI Madjid professeur à l'université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, responsable de notre spécialité, pour ses orientations, ces conseils, et ses encouragements durant notre formation.

Nos remerciements vont aussi aux membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepté d'évaluer notre travail.

Nous présentons nos sincères remerciements à M^r SEBTI le coordinateur de PU de médecine, M^{me} AKKACHE le cadre paramédicale, M^{me} AIDE la secrétaire générale de DG, M^{me} OUKKID le médecin chef de PU de chirurgie. Qui nous ont accordé un peu de leur temps lors des entretiens.

Nous voudrions remercier également tous ceux qui ont apporté leur aide d'une façon ou d'une autre et contribué à la réalisation de ce mémoire.

Dédicace

Avec l'aide de bon dieu le tout puissant, j'ai pu achever ce travail que je dédie :

A mes très chers parents SAID et SADJIA qui me sont les plus chers au monde en reconnaissance de leurs divers sacrifice, de leurs précieux conseils, de leurs soutien moral et de leurs encouragements que dieu vous protège et vous donne longue vie.

A mon très cher frère Amar que dieu te garde pour nous.

A mes très chers et adorable sœurs, Hadjira, Amina et son mari Karim ainsi que notre petite ange sanna, Meriem et Khadidja, que dieu sera toujours avec vous et illumine vos vie.

A mes deux grandes mères fatma et tassadit.

A tous mes oncles et tantes chaque une de son nom et leurs enfants.

A mes cousins et cousines et leurs enfants.

A tous mes amis (es) précisément les plus proche de mon cœurs Kamelai, Lynda, Fatma, Ahmed, Amina, Hamza, Sliman, Mouh, Bahia, Lyes, Sabrina ...ceux qui mon partager tous les moments de ma vie mauvaises ou bonnes et m'ont aidé et m'ont donné le courage durant ce trajet, à tous ceux qui me sont chères.

A tous les camarades de la promotion Economie de la santé 2016/2017.

A tous ceux qui me connaissent.

TASSADIT

Dédicace

Avec l'aide de bon dieu le tout puissant, j'ai pu achever ce travail que je dédie :

A mes très chers parents AHMED et DJOHLAR qui me sont les plus chers au monde en reconnaissance de leurs divers sacrifice, de leurs précieux conseils, de leurs soutien moral et de leurs encouragements que dieu vous protège et vous donne longue vie.

A mes très cher frères Mohamed, Amar que dieu les garde pour nous.

A mes très chers et adorable sœurs, Samia, et son mari Sid ali ainsi que notre petite ange Samy, Naïma , Mounira et Hakima, Hanane que dieu sera toujours avec vous et illumine vos vie.

A mes deux grandes mères Hmama et fatma.

A tous mes oncles et tantes chaque une de son nom et leurs enfants.

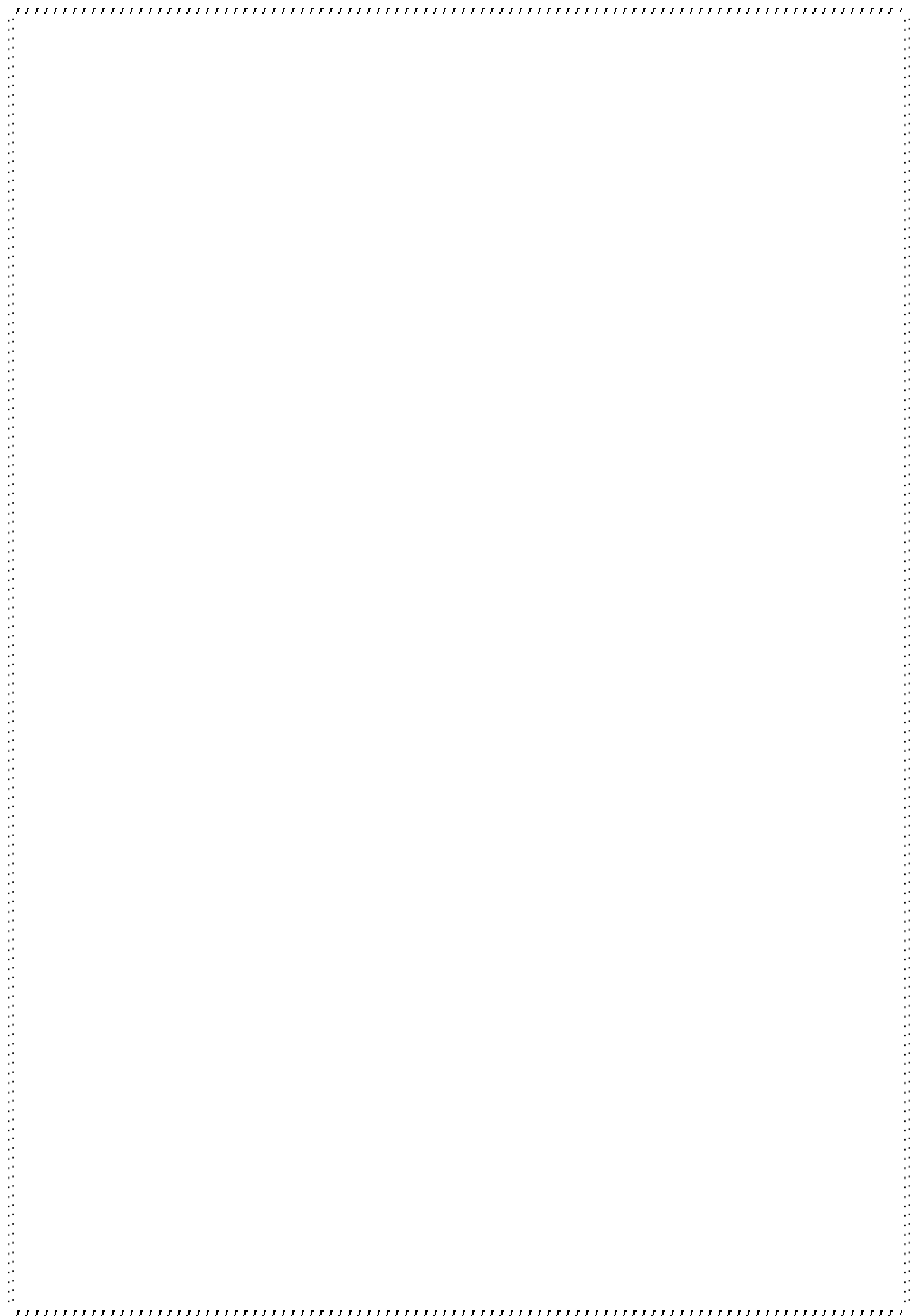
A mes cousins et cousines et leurs enfants.

A tous mes amis (es) ceux qui mon partager tous les moments de ma vie mauvaises ou bonnes et m'ont aidé et m'ont donné le courage durant ce trajet, à tous ceux qui me sont chères.

A tous les camarades de la promotion Economie de la santé 2016/2017.

A tous ceux qui me connaissent.

AMINA



Liste des tableaux

Tableau n° 01 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services chirurgicaux	64
Tableau n° 02 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services médicaux ...	65
Tableau n° 03 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Les Blocs Opératoires	66
Tableau n°04 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Explorations	66
Biologiques	
Tableau n° 05 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Le service de chirurgie dentaire	67
Tableau n° 06 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Services d'Hospitalisations	
.....	67
Tableau n° 07 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Blocs opératoires	68
Tableau n° 08 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Explorations Biologiques et Radiologiques	68
Tableau n°09 : Nombre des lits dans les services des urgences médicaux-chirurgicales	79

Liste des abréviations

A.T.S : Agents Techniques de la Santé

ACEP: American College of Emergency Physicians.

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

AFGI : Association Française de Gestion Industrielle

Ag : Agents.

CCI : Clinique de Chirurgie Infantile

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHU T-O : Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou

CNAS : Caisse Nationale des Assurances Sociales

DG : Directeur Général, Direction Général

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

EPSP : Etablissement Public de Santé Public

IDE : Infirmiers Diplômés d'État,

IOA : Infirmier(e) Organisateur (tric) de l'Accueil

MAR : Médecins Anesthésistes-Réanimateurs,

MI : Médecins Internes,

MR : Médecins Résidents,

MU : Médecins Urgentistes

OMS : Organisation Mondiale de Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PU : Pavillon des Urgences

SAMU : Service d'Accueil Médical des Urgences

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SU : Service des Urgences

UMC : Urgence Médico-Chirurgicale

Résumé

L'urgence est un problème complexe et primordial, le service des urgences c'est un lieu dans lequel sont pris en charge les malades nécessitant des soins immédiats, son rôle est d'accueillir sans sélection 24 heures sur 24h tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situations d'urgence.

Le service d'urgence est marqué par une organisation spécifique et opérationnelle qui a pour but de mettre les soins de qualité à la disposition de la population, et plus spécifiquement des patients, afin d'assurer une performance hospitalière.

L'objectif de cette étude, est de déterminer l'impact d'un bon fonctionnement du service des urgences sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou.

En somme, Le service des urgences représente un lieu hautement stratégique pour la performance des établissements hospitaliers, car il est au cœur des compétences médicales, mais il y a toujours des complications liées à ce dernier, Cependant, en pratique son rôle reste limité

Mots clés : Urgence, service des urgences, la gestion du service des urgences, la performance hospitalière, la qualité des soins.

Summary

The emergency is a complex and primordial problem, the service of the emergencies it is a place in which is taken in charge the patients requiring immediate care, his role is to welcome every day without selection 24 hours on 24h of the year, all person presenting themselves in situations of emergency.

The service of emergency is marked by a specific and operational organization that has for goal to put the care of quality at the disposal of the population, and more specifically of the patients, in order to assure a hospitable performance.

The objective of this survey, to determine the impact of a good working of the service of the emergencies on the performance of FALLEN from Tizi-Ouzou.

In short, The service of the emergencies he/it represents a highly strategic place for the performance of the hospitable establishments, because he/it is at the heart of the medical expertises, but has complications bound at last, However, in practice her remained role limited.

Key words: Emergency, service of the emergencies, the management of the service of the emergencies, the hospitable performance, the quality of the care.

Liste des figures

Figure n° 01 : L'architecteur au service des urgences.....	23
Figure n° 02 : Processus global de prise en charge du patient au sien du service des urgences	48
Figure n° 03 : La gestion des flux du patient au sien du service des urgences	52
Figure n°04 : Structure générale des services médicaux	70
Figure n°05 : Structure générale des services chirurgicaux	70
Figure n° 06 : Organigramme de service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou	71
Figure n° 07 : Architecteur de service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou.....	79
Figure n° 08 : La prise en charge des urgences au sien du CHU Tizi-Ouzou.....	85
Figure n°09 : Impact de la qualité des soins au sien du service d'urgence sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou	100

Sommaire

Introduction générale	2
Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier	9
Section(1) : Vue d'ensemble sur le service des urgences	10
Section(2) : L'organisation du service des urgences	21
Section(3) : La qualité et la performance hospitalière au sien du service des urgences	28
Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences en milieu hospitalier	37
Section(1) : Le pilotage de la prise en charge des patients dans le service d'urgence	37
Section(2) : Les modalités de la gestion du service des urgences	48
Section (3) : Les problèmes rencontrés au niveau du service des urgences	55
Chapitre III : Processus de gestion du service des urgences comme un critère sur la performance au sien du CHU de Tizi-Ouzou.....	63
Section (01) : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou	63
Section (02) : L'organisation du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou.....	71
Section (03) : Modalités de gestion du service des urgences performant du CHU de Tizi-Ouzou	82
Conclusion générale	102
Bibliographie.....	106
Liste des figures et des tableaux	
Liste des abréviations	
Annexes	
Tables des matières	

Introduction générale

La notion d'hôpital désigne tout établissement sanitaire, public ou privé, où sont effectués les soins médicaux et chirurgicaux ainsi que les accouchements. Il est pour mission de soigner les patients dans le respect des principes du service public : principes d'égalité, de neutralité et d'efficacité. Les hôpitaux publics sont également tenus d'assurer un service continu, ils devraient être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert leur services « de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier ».¹

De ce fait, un hôpital donc peut avoir plusieurs services, regroupant les personnes atteintes d'une même pathologie auprès des médecins spécialisés : service chirurgie ; service de maternité ; de pédiatrie ; de psychiatrie, et autre. Parmi les services les plus important qui reconnait une spécificité particulière c'est le service des urgences voir que les urgences représentent une véritable mission de santé publique qui sont exercées par les établissements de santé publics et privés.

Les établissements de santé cherchent à apporter aux patients qu'ils accueillent le meilleur service possible, la prise en charge de ces patients est l'ambition de tous les services de ces établissements de soins².

Le service des urgences est la principale porte d'entrée de l'hôpital, et constituent donc un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers ; il représente un lieu hautement stratégique pour les établissements hospitaliers, car il est au cœur des compétences médicales. Il est par conséquent important pour les hôpitaux d'évaluer les performances des stratégies d'organisation afin d'améliorer le service rendu aux patients et de réduire les coûts d'exploitation³.

¹BONNET, Marie. *L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris. France, terre d'accueil sanitaire ?*[en ligne].Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, en droit de l'homme et libertés publiques, RENNES : Université PARIS X MANTERREE, Filière Directeur d'Hôpital, U.F.R. de Sciences Juridiques, Administratives et Politiques, 2000, p.9. Format PDF. Disponible sur : <http://www.documentation.ehesp.fr/./bonnet.pdf> (consulté le 27/08/2016)

²JLASSI, Jihen. *Amélioration de la performance par la modélisation des flux logistique des patients dans un service d'urgence hospitalier*. Thèse de Doctorat, Méthodes Quantitatives Productique et Génie Industriel, PARIS : Université PARIS 8, Saint-Denis, 2011, p.21.Format PDF. Disponible sur : <http://www.tel.archives-ouvertes.fr/./document> (consulté le 27/07/2016).

³POTEL, G. *l'organisation de l'aval des urgences : Etat des lieux et propositions*[en ligne].In : Actes de la Société Francophone de Médecine d'Urgence SFMU, mai 2005, p.1-34. Format PDF. Disponible sur : <http://www.sfm.org/upload/referentielsSFM...> (consulté le 28/08/2016).

Introduction générale

En effet, la performance hospitalière¹ passe par l'optimisation de la qualité, des coûts et de délai ainsi que le taux d'hospitalisation où un nombre de passages aux urgences moins élevés signent une performance plus élevée d'un établissement de santé.

Dans la plupart des établissements de santé publiques, le service des urgences répond en premier lieu à la dimension de service public, pour répondre aux besoins de la population du bassin de vie qui l'entoure. Selon l'environnement géographique de l'hôpital, le type de population qui fréquente les urgences est différent.

La mission première d'un service d'urgence est de rendre de façon immédiate et continue aux patients dont l'état le requiert², il devrait de garantir l'égalité de traitement, l'accessibilité, la permanence et la continuité de soins. La prise en charge dans ces service d'urgences est faite à la suite de plusieurs étapes: réception, évaluation initiale, stabilisation et début du traitement. L'heure d'arrivée des patients et leurs pathologies étant impossibles à prévoir, un service d'urgences se devrait d'être très bien organisé et l'esprit d'équipe particulièrement présent, tout ceci devrait avoir comme but de stabiliser une condition médicale ou chirurgicale urgente et d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient³.

Le niveau d'organisation du service des urgences reflète l'image de l'hôpital ; qui dispose d'un accueil soignant pour prendre en charge des patients afin de les orienter vers le secteur chirurgical ou médical des urgences ; et d'un accueil administratif où la secrétaire hospitalière va remplir les différents documents nécessaires à l'enregistrement du patient afin de créer son dossier médical.⁴

Les Urgences sont un lieu où nous pouvons parler très clairement d'équipe pluridisciplinaire : voire d'équipe multidisciplinaire, pour une prise en charge globale. Mis à part les acteurs habituels d'un service hospitalier – agents d'entretien, aides-soignants,

¹SAÏD-DRISSI, Driss. *Facteurs influençant le processus de prise en charge des patients au niveau d'un service des urgences : cas de l'hôpital Mohamed V de Casablanca*[en ligne]. Mémoire de Mastère, en administration sanitaire et santé publique, RABAT : Institut National d'Administration Sanitaire INAS, Filière Management des organisations de santé, juillet 2012.P.8. Format PDF. Disponible sur : <http://www.ensp.sante.gov.ma/CDS/Documents/Mem....> (Consulté le 17/07/2016).

²Direction de l'amélioration de l'exercice. Guide d'exercice *complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*[en ligne], direction général ; décembre 1998. P.1-15. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cmqr.org> (consulté le 16/06/2016).

³Ibidem.

⁴TOURE, Aïssata. *Élaboration d'une stratégie organisationnelle pour le service des urgences de l'hôpital universitaire international Cheick Zaïd*[en ligne]. Mémoire de Mastère, en administration sanitaire et santé publique, RABAT : Institut National d'Administration Sanitaire INAS, Filière Management des organisations de santé, juillet 2012.P.3. Format PDF. Disponible sur : [http://www.ensp.sante.gov.ma/./Aisata Toure.pdf](http://www.ensp.sante.gov.ma/./Aisata%20Toure.pdf) (consulté le 5/09/2016).

Introduction générale

infirmiers, cadres infirmiers, internes en médecine, médecins – on retrouve associée une multitude d'autres professionnels.

Afin de garantir le bon fonctionnement du service, les urgences devaient disposer de locaux distribués en trois zones - accueil, examens/soins, et surveillance - sans lesquelles la prise en charge ne saurait être complète.

Certaines études sur les services d'urgences et dans certains pays dans le monde montrent que ces services ont presque tous les mêmes problèmes, qui sont liés à leur organisation comme le manque des personnels soignants , le manque de lits, le manque d'espace et aussi l'augmentation du délai d'attente. Ils sont partout confrontés à une augmentation régulière des demandes de consultations et du niveau de prise en charge des patients. Le concept d'engorgement ou de surcharge des services des urgences (SU) correspond à une situation où la demande de consultation d'urgences excède la capacité du service à donner des soins de qualité dans un délai raisonnable. Pour y répondre, les services d'urgences sont confrontés au défi de mieux s'organiser afin de s'adapter à l'évolution de leur activité tout en conservant la même qualité de soins.

En effet, la cause principale de cette surcharge dans les services d'urgences est les insurmontables difficultés de gestion de l'aval des urgences, qui est largement décriées depuis plusieurs années par les professionnels,

Le ministère de la santé algérien a inscrit parmi ces priorités l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients au niveau des services des urgences. La mise en place de cette vision a été appuyée par plusieurs actions stratégiques structurelle et fonctionnelle de ces services. Cet appui vise à satisfaire les usagers des urgences particulièrement en matière de processus de la qualité des soins. La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers constitue une priorité de santé publique à l'échelle nationale¹.

Problématique

Aujourd'hui, Les services des urgences occupent une place centrale dans le fonctionnement des établissements hospitaliers, notamment universitaires. Lieu privilégié d'accueil de l'activité non programmée, ils constituent une vitrine de l'hôpital. Ils en sont également l'une des portes d'entrée pour les patients, et l'une des voies de recrutement des patients pour l'activité d'hospitalisation en aval.

Ces dernières années en Algérie, Les consultations et hospitalisations en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public. Le service des

¹SAÏD-DRISSI, Driss. *Op.cit.*, p.2.

Introduction générale

urgences étant le plus souvent surchargés, avec des urgences de gravité différentes, est réparties par le secteur sanitaire, identifié dans le cadre de la restructuration par le Ministère de la Santé.

Dans ce contexte nous allons rapprocher vers le service des urgences de centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou pour mener bien à décrire et explorer les critères d'un fonctionnement de ce dernier sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Ce qui nous amène à poser notre problématique comme suit :

Quel sont les critères d'un bon fonctionnement des services des urgences sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou ?

Pour entourer notre champ d'étude nous avons subdivisé notre problématique en trois sous questions :

- Quelle est la mission de service des urgences au sien du CHU de Tizi-Ouzou et comment est-il organisé ?
- En quoi consistent la performance hospitalière, et les différents critères de qualité dans le service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou ?
- Quel sont les modalités de la gestion du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou afin d'atteindre la performance souhaitée et quelles sont les multiples contraintes rencontrées ?

Choix du sujet

Parmi les raisons qui ont motivé le choix de notre sujet :

- En milieu hospitalier, le personnel soignant exerçant dans les services d'urgences rencontre souvent au cours de leurs pratique quotidiennes de multiples contraintes dans leur lutte sans répit contre la souffrance et maladie des patients qu'ils prennent en charge. De ce point de vue, partout dans le monde, le système d'urgence connaît actuellement une augmentation importante d'activités, liée à des facteurs sanitaires, économique, socio-culturels et organisationnels. Il joue un rôle clé dans le système de santé.
- La performance hospitalière fait actuellement l'objet d'un large débat en raison des évolutions profondes du système de santé. La difficulté à définir la performance des systèmes de soins résulte de nombreux facteurs, en particulièrement de son aspect multidimensionnel. Son évolution et son pilotage impliquent la connaissance et la maîtrise des processus mis en jeu au sien des systèmes de soins.

Introduction générale

Objet de la recherche

L'objet de notre recherche est d'étudier les critères d'un bon fonctionnement et la gestion du service des urgences et leur impact sur la performance hospitalière au sien du CHU de Tizi-Ouzou. En tenant compte des problèmes rencontrés au niveau de ce dernier.

Pour bien précisé notre objet, nous nous sommes fixées trois objectifs spécifiques qui sont :

- Déterminer la mission principale du service des urgences et décrire comment est-il organisé au sien du CHU de Tizi-Ouzou.
- Déterminer en quoi consistent la performance hospitalière et les différents critères de la qualité dans le service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou.
- Présenter les modalités de la gestion dans le service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou, et d'identifier les différents problèmes rencontrés dans ce service.

Méthodologie de la recherche

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons adopterons une démarche de travail axée d'une part sur une recherche bibliographique et une recherche empirique.

Notre recherche bibliographique nous a révélé une évolution des intérêts de la recherche sur la gestion des services d'urgences. Celle-ci porte essentiellement sur :

- L'exploitation d'ouvrages et revues qui traitent les questions liées à la gestion des services d'urgences ;
- L'exploitation des travaux universitaires tels que les thèses et mémoires de l'école nationale de santé publique (ENSP) ;
- Le recoure à des textes juridiques ;
- Enfin, l'exploitation des références électroniques.

A côté de cette recherche bibliographique, nous avons adopté une méthode qualitative Qu'on peut la définir comme étant « *un ensemble de techniques d'investigation dont l'usage est très répandu. Elle est Fondé sur des entrevues semi-structurées dans le cadre desquelles l'intervieweur travaille avec un guide de discussion ou un guide d'entrevue élaboré selon le sujet et la cible de l'étude, cette recherche se caractérise par une approche qui vise à décrire et à analyser la culture et le comportement des humains et de leurs groupes du point de vue de ceux qui sont étudiés* »¹. Ou basée essentiellement sur des entretiens non directifs réalisés au niveau du service d'urgence de CHU de la wilaya de Tizi-Ouzou.

¹ <http://www.ernwaca.org> consulté le 12/07/2016

Introduction générale

L'entretien non directif « *est une méthode d'étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens individuels ou collectifs durant lesquels l'animateurs est le moins actifs possible et laisse un maximum de latitude aux interviewés pour exprimer leurs ressentis ou attitudes.* »¹

Nous avons choisi cette méthode dans le but d'acquérir le maximum d'information, et d'avoir une vision très large, et une interprétation plus juste des résultats.

Plan de travail

Le plan de notre travail de recherche sera subdivisé en trois chapitres, et chaque chapitre scindé en trois sections :

Dans le chapitre I, nous commençons par présenter le cadre conceptuel du service des urgences. Ensuite, nous mettrons l'accent sur l'organisation et plus particulièrement sur la qualité et la performance dans ce service des urgences. Cette description nous apparaît nécessaire pour bien situer le contexte de la recherche et de discuter sur notre problématique.

Le fonctionnement du service des urgences seront présenté dans le chapitre II. Nous commençons par décrire l'organisation et le pilotage de la prise en charge des patients, Ensuite nous présenterons les modalités de la gestion dans ce service, Enfin de traite les différents problèmes rencontrés au niveau de ce service.

Le chapitre III de notre travail concerne le cas pratique à savoir le processus de gestion du service d'urgence comme critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou.

¹ <http://www.defenitions-marketing.com> consulté le 06/08/2016

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Introduction du chapitre I

L'urgence est une mission essentielle de l'hôpital public dont l'une des caractéristiques est son aptitude à faire face à tous les besoins exprimés par la population quelle qu'en soit la nature. Outre les notions purement médicales, la médecine d'urgence nécessite de la logistique (avoir le bon équipement et le bon personnel au bon moment et au bon endroit) et de la coopération avec d'autres structures, soit qui seront destinées à accueillir le patient, soit qui peuvent conseiller l'urgentiste dans sa démarche. Cela peut faire intervenir des notions des outils de modélisation et de simulation nécessaires à l'identification des problématiques, à l'identification des profils des patients, à la modélisation des processus, à la maîtrise et à l'optimisation des flux, à la planification et l'ordonnancement des ressources et au pilotage par la performance.¹

Le service des urgences un lieu dans lequel sont pris en charge les malades nécessitant des soins immédiats. Ces services des urgences reflètent l'état de santé de toute notre société et la qualité d'un hôpital, son rôle est d'accueillir sans sélection 24 heures sur 24h tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situations d'urgence.

Une organisation efficace consiste à la bonne mise en marche de tous les services qui la constitue. La place de chaque service au sein de l'hôpital devrait être définie sans ambiguïté et les moyens appropriés devraient leur être consentis pour remédier aux insuffisances

La qualité des soins est le principe directeur auquel tous les autres personnels sont subordonnés. Les efforts devraient donc être dirigés vers une gestion basée sur une amélioration continue de la qualité des soins, voire que les services des urgences sont considérer comme étant une source et la base d'une performance hospitalière².

En ce qui concerne ce premier chapitre, nous allons aborder le cadre conceptuel du service des urgences en milieu hospitalier, ce dernier sera scindé en trois sections :

Section(01) : Vue d'ensemble sur le service des urgences.

¹DAKNOU Amani, *Architecture distribuée à base d'agents pour optimiser la prise en charge des patients dans les services d'urgence en milieu hospitalier*[en ligne]. Thèse de Doctorat, en sciences de l'ingénieur, LILLE : Université Lille Nord de France, 06 Juillet 2011, p.12. Format PDF. Disponible sur : <http://www.tel.archives-ouvertes.fr/./document> (consulté le 23/08/2016).

²Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion de l'unité d'urgence : gestion de l'unité d'urgence*[en ligne]. Association des hôpitaux du Québec(AHQ), 2000, p.7.Format PDF .Disponible sur : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/f...> (consulté le 7/7/2016).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Section(02) : L'organisation du service des urgences.

Section(03) : La qualité et la performance hospitalière au sein du service d'urgence.

Section(1) : Vue d'ensemble sur le service des urgences

Dans cette présente section nous avons présenté l'historique et évolution du service des urgences, spécificité et la législation de ce dernier.

1-1 / Historique et évolution du service des urgences

L'hôpital public « prérévolutionnaire » avait une mission d'hébergement (les nécessiteux, vieillards, et femmes en couche) plus que de soin, le public s'est resserré aux «démunis» à qui l'on propose un accueil qui se double progressivement de soins médicaux jusqu'en 1945. "En cent cinquante ans", le rôle de l'hôpital dans la prise en charge des urgences médicales s'est profondément modifié : le passage d'une notion de permanence des soins, assurée dans chaque établissement par l'interne de garde, à une organisation en réseau des urgences franciliennes¹. Puis, durant l'immédiat après-guerre, l'hôpital ouvre ses portes à tous, pour soigner plutôt que pour héberger, quoique cette fonction secondaire demeure présente jusqu'aux années 70 et que dans les services des urgences pour adultes, les salles d'attentes accueillent encore plus des personnes que des patients et accompagnants².

Au XIX^{ème} siècle, la notion d'urgence n'est pas réellement inscrite dans le fonctionnement médical de l'hôpital ; il est plutôt alors question de continuité des soins, garantie par la garde, principale fonction de l'interne. Depuis 1802 (institution de l'internat en médecine et en chirurgie), les internes assurent aux malades la permanence des soins à toute heure du jour et de la nuit, en l'absence des chefs de service³.

Les services des urgences se sont construits dans le second tiers du XX^e siècle, par étapes successives en même temps que se transformait l'hôpital et que la science médicale prenait son essor.

Les premières structures des urgences apparaissent dès les années 60 lorsque il a y eu un commencement penser à l'accueil des cas urgents dans les hôpitaux.

¹KOÏTA, Kadiatou Keita. *Evaluation des délais de prise en charge des urgences au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Toure*[en ligne]. Thèse de Doctorat, en santé publique, BAMAKO : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odonto- stomatologie du Mali ; 2006, p.5.Format PDF. Disponible sur : <http://www.keneya.net/./06M115.pdf> (consulté le 17/07/2016).

²CHAVE Frédérique *.la prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique*[en ligne]. Rapport d'enquête, en sociologie de la santé, université paris X-Nanterre, école d'architecteur de paris Belleville, laboratoire IPRUS, 2002, p.9. Format PDF. Disponible sur : http://www.i.ville.gouv.fr/download_file/2084/... (consulté Le 23/07/2016).

³Ibidem.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Ces services existent en tant que service public hospitalier depuis les années trente et se développent surtout après 1946. Les tous premiers services des urgences ont ouvert à Paris (première inauguration d'un service d'urgences hospitalier à Marmottant, 1936) au sein des hôpitaux pour accueillir les malades en dehors des horaires de consultation.

A la fin de 20^{ème} siècle des décrets créent une obligation pour l'hôpital de s'équiper de secoure comportant un poste de pansement, matériel pour les soins urgent (réanimation, préserve de sang, oxygène) et quelque chambre individuel, en évolue, ces unités sont adaptées à la société en donnant naissance à des urgences adulte, pédiatrique, psychiatriques.

Depuis 1990, sa fonction est ainsi précisée «*L'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie*»¹. Aujourd'hui, l'urgence tend à devenir une spécialité médicale à part entière et les médecins qui y travaillent revendiquent l'appellation d'urgentistes.

En effet, le rôle que remplissent les services des urgences, situés en milieu hospitalier ont grandement évolués au cours des dernières décennies. Conçus pour traiter les problèmes médicaux urgents, c'est-à-dire requérant non seulement une attention médicale immédiate mais aussi l'équipement et les ressources qu'on retrouve spécifiquement dans les hôpitaux, ils reçoivent maintenant un nombre important d'usagers qui y ont recours pour des problèmes de santé de nature non urgente, nécessitant des soins susceptibles d'être dispensés par une ressource moins spécialisée que l'hôpital.²

1-2 /Les spécificités du service des urgences

Le service des urgences où sont pratiqués des soins d'importance et devrait immédiate, dans l'objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps. Il accueillir toute personne s'y présentant, à tout moment et quel que soit son état pour le soigner ou le diriger vers la structure la mieux adaptée sous la responsabilité d'un médecin qualifié et expérimenté.

¹CHAVE Frédérique .*la prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique*[en ligne]. Rapport d'enquête, en sociologie de la santé, université paris X-Nanterre, école d'architecteur de paris Belleville, laboratoire IPRUS, 2002, p.9. Format PDF. Disponible sur : http://www.i.ville.gouv.fr/download_file/2084/... (consulté Le 23/07/2016).

²OTMANI AMAOUI, lham. *Motifs de recours et structure de la morbidité dans les services des urgences cas du CHP de MOHAMMEDI*[en ligne]. Mémoire de maîtrise, en administration sanitaire et santé publique. MAROC : Institution National d'Administration Sanitaire INAS, Centre collaboration de l'OMS, royaume du MAROC, juillet 2008, p.14. Format PDF. Disponible sur : <http://www.fulltext.bdsp.ehesp.fr/./7513.pdf> (consulté le 01/08/2016).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Ce service est le plus souvent formé d'équipes médicales et paramédicales pluridisciplinaires. Ainsi, les urgences sont l'ouverture de l'hôpital sur la société, lien direct entre la population et le milieu de soins¹.

1-2-1/ Définitions du l'urgence

Elle existe plusieurs définitions à savoir :

Le terme « urgence » vient du latin *urgere* qui signifie « *pousser, pressé, dont on doit s'occuper sans retard* ».

Selon le dictionnaire Larousse, le mot « urgence » est défini, dans le langage courant, comme étant le « *caractère de ce qui est urgent* » et la « *nécessité d'agir vite* ». L'urgence exprime également une « *situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement* »².

Selon la définition médicale du terme, on entend par « urgence », « *toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant* »³.

Selon DEI. JOLME, « *l'urgence est la situation de tout patient qui se présente à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation dont la prise en charge n'a pas été programmée. Il convient cependant de distinguer les patients qui souhaitent être pris en charge rapidement sans qu'un critère de gravité médicalement justifié soit à l'origine de cette demande et ceux qui doivent l'être car leur prise en charge ne souffre d'aucun délai* »⁴.

Le mot d'urgence ne recouvre pas la même réalité pour le public et pour le corps médical :

¹BENATIA Yacine. *L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes* [en ligne]. Mémoire de Magister, en psychologie clinique, CONSTANTINE : Université mentouri de Constantine, faculté des sciences humaines et sociales, 2007, p.1 3. Format PDF. Disponible sur : <http://www.bu.umc.edu.dz/./BEN978.pdf> (consulté le 7/7/2016).

² Dictionnaire Larousse. « Urgence ». France : Éditions Larousse. [En ligne] [Consulté le 23/10/2016] Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>.

³FRÉTIGNY-DANIÉLOU, Geoffroy. *Les Urgences : de la situation de crise à la violence* [en ligne]. Mémoire de fin d'études, en soins infirmiers, PARIS : Assistance Publique – Hôpitaux De PARIS, IFSI Raymond POINCARÉ, 2014, p. 12. Format PDF. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-geoffroy...> (consulté le 24/05/2016).

⁴OUEDRAOGO, Hermann Zosé. *Étude de la prise en charge de l'urgence médicale au centre hospitalier national YALGADO OUEDRAOGO* [en ligne]. Thèse de Doctorat, en sciences de la santé, BURKINA FASO : université d'OUAGADOUGOU, Faculté des sciences de la santé, 1998, p.2. Format PDF. Disponible sur : <http://www.beep.ird.fr/./M07882.pdf> (consulté le 26/05/2016).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Pour les médecins : les urgences sont les pathologies qui mettent la vie ou une fonction importante des malades en danger.

Pour le public, ce sont des détresses qui requièrent l'aide et l'assistance d'un tiers, voire une solution immédiate à une difficulté passagère¹.

La circulaire de la direction des hôpitaux du 14 Mai 1991, définit le service d'urgence comme étant : « *l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie* »²

A partir de cette définition on distingue deux formes d'urgence :

- **Urgence vital (lourde)** : elle est engendrée par un traumatisme ou une maladie grave, mettant en cause le pronostic vital à plus ou moins court terme (polytraumatisés) ;
- **Urgence ressentie** : il n'y a pas de danger réel pour le patient (fièvres à 38°C chez un nourrisson) ;

Cela ne se résume pas uniquement à ces derniers mais il existe d'autres formes d'urgence à savoir :

- **Urgence social** : la précarité grandissante d'une partie de la population, sa marginalisation (personnes âgées isolées, personnes sans revenu, sans logement, sans accès régulier aux soins), créent des situations pour lesquelles les services de soins d'urgence constituent de plus en plus souvent le dernier recours (appel gratuit pour le 15 et pas d'avance de frais lors de consultation aux urgences). Les travailleurs sociaux aux urgences et dans les SAMU œuvrent en réseau avec les institutionnels (département, ville) et les associations pour proposer des prises en charges alternatives à l'hospitalisation ;
- **Urgence fonctionnelle** : elle est engendrée par un traumatisme ou une maladie grave, mettant en cause un pronostic fonctionnel à plus ou moins court terme (plaie délabrant de main)³.

¹JLASSI JURY, Jihéne. *Op, cit.*, p. 27.

²PERCHOC, Mickael. *Prise en charge des sdf aux urgences et acceptation des soins : les compétences relationnel infirmières[en ligne]*. Mémoire de fin d'étude, PARIS : IFSI René Aefferay, 2007-2010, p.11. Format PDF. Disponible sur : <http://www.infermiérs.com/pdf/tfe-mickael-...> (consulté le 21/05/2016).

³H.DEBRIS-GUIGNERY. *Urgence-Réanimation*. Ed Estem, 2002.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

1-2-2/ Les caractéristiques du service d'urgence

Le service des urgences d'un hôpital ou d'une clinique du secteur privé ou public a comme rôle d'être ouvert 24 heures sur 24, 365 jours par année, ces derniers sont aussi appelés porte d'entrée névralgique du système de santé, sont constamment confrontés au défi d'assurer l'accessibilité aux soins.

L'organisation de ces services est flexible afin de répondre aux besoins de chaque patient. En effet un service des urgences est caractérisé par une adaptation permanente :

- A un flux irrégulier d'une heure à l'autre, d'un jour à l'autre, auquel il faut adapter un personnel d'accueil aux horaires fixes chez lequel alternent ainsi les périodes de calme et de surcharge ;
- A une diversité des motifs de consultation (médicaux, psychologiques, psychiatriques, sociaux, chirurgicaux) ;
- A des exigences techniques de qualité et de précocité des soins sur certaines détresses (traumatisés, intoxiqués, insuffisances cardiaques, syndrome psychiatrique...), qui ne représentent qu'un faible pourcentage des admissions ;
- A la nécessité d'un plateau médical technique de plus en plus élaboré, doté d'équipements de laboratoire et d'imagerie performants avec les personnes indispensables à son fonctionnement 24h/24 ;
- A une alternance de problèmes d'urgences graves, détresses vitales nécessitant précocité et qualité des soins et moins graves, pouvant être différés¹.

La spécificité réside dans la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates, extrait du recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier.

1-3 /Le cadre réglementaire du service des urgences en Algérie

Avant d'aborder la législation du service des urgences en Algérie, Il est pertinent de faire le point sur le service des urgences.

¹BENATIA, Yacine. *Op, cit.*, p. 13.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

1-3-1/ Le service d'urgence en Algérie

Dans les systèmes actuels de santé algériens, le service des urgences représente un maillon important de la chaîne de prise en charge des patients.

Premièrement, ils sont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit où les circonstances,

Deuxièmement, le service des urgences devrait évaluer les modalités de suivi des patients, soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire¹.

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

Ce service des urgences : *«C'est Un lieu d'accueil des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle, afin de prendre en charge les défaillances des grandes fonctions vitales dans l'attente de transferts intra ou inter hospitaliers »*².

1-3-1-1/ Les problèmes du service des urgences en Algérie

Le personnel des services d'urgences en Algérie affronte une multitude de contraintes d'ordres professionnels, matériels et organisationnels qui influent sur leur efficacité ainsi que sur la qualité des soins.

Parmi ces problèmes, nous pouvons citer ceux du personnel, mais aussi les problèmes de structures.

➤ Le problème du personnel

En Algérie, le concept de médecine d'urgence n'est pas encore admis par tous les spécialistes traditionnels qui prétendent tous faire de la médecine d'urgence dans leurs services, alors qu'être confronté à l'urgence de temps en temps dans le cadre de la spécialité et vivre dans un service d'urgence sont deux choses diamétralement opposées. Dans les services d'urgence, il ne s'agit pas de se pencher sur de "beaux cas" mais de manipuler le mieux possible un ensemble hétéroclite de patients³

¹CHETOUI, A ; PAPART, J.P. *Les urgences dans un hôpital régional : Profil épidémiologique et étude de la satisfaction des usagers/patients Service régional des urgences de Kébili – Tunisie*[en ligne]. Arch Public Health, 2002, vol. 60, n°1, p. 59-68. Format PDF. Disponible sur : http://www.wiv-isp.be/./aphfull60_59_68.pdf (consulté le 22/05/2016).

²<http://www.sante.dz>

³BENATIA Yacine. *L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes*[en ligne]. Mémoire de Magister, en psychologie clinique, CONSTANTINE : Université mentouri de Constantine, faculté des sciences humaines et

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Ceux qui travaillent dans les services d'urgences ne sont pas forcément les meilleurs et ne sont pas ou peu formés pour cette mission. Ceci est à l'origine des situations conflictuelles parfois justifiées. Les patients désapprouvent l'accueil et le caractère désinvolte du personnel.

Cet état des urgences est la conséquence du fait que le service des urgences est dans la plupart des cas un service impersonnel ou très souvent il est l'appendice, l'annexe lointaine de quelque chose d'autre (un autre service) ou de quelqu'un d'autre (un autre chef de service) avec une structure floue où l'autorité s'exerce à distance et où la répartition des responsabilités est souvent diffuse et confuse. Parfois, c'est le personnel paramédical qui par son dévouement et son esprit d'initiative pallie les faiblesses de l'organisation¹. D'où un déficit, en personnel paramédical, qui se répercute, négativement, sur la prise en charge et le suivi des malades hospitalisés, mais aussi l'inexistence d'une valorisation des infirmiers exerçant en milieu difficile pénible comme les infirmiers en oncologie, sages-femmes, en service de santé mentale².

➤ Le problème des structures

Tous les établissements hospitaliers signalent qu'ils accueillent les urgences sans que pour autant, cette activité repose sur une obligation de moyens aussi bien matériels qu'humains.

Les structures des services d'urgences semblent être inadéquates, dépourvues de moyens et les patients qui consultent sont frappés par la vétusté et l'inconfort des locaux, le bruit et la promiscuité. En résumé, ils constatent une déshumanisation totale de la part de certains professionnels de la santé, se traduisant par le manque de communication et d'affectivité relationnelle dans leurs rapports avec les malades.

Les soignants (médecin, infirmier...) dans l'ignorance complète des dimensions individuelles et sociales en somme du facteur humain du malade, l'insuffisance d'une formation psychologique adéquate, ainsi que la confrontation avec des malades de plus en plus exigeants, et parfois agressifs.

sociales, 2007, p.16. Format PDF. Disponible sur : <http://www.bu.umc.edu.dz/./BEN978.pdf> (consulté le 28/7/2016).

¹BENATIA Yacine. *L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes* [en ligne]. Mémoire de Magister, en psychologie clinique, CONSTANTINE : Université Mentouri de Constantine, faculté des sciences humaines et sociales, 2007, p.17. Format PDF. Disponible sur : <http://www.bu.umc.edu.dz/./BEN978.pdf> (consulté le 28/7/2016).

²Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme. *Rapport sur la visite des établissements hospitaliers* [en ligne], 2009, p.1-107. Format PDF. Disponible sur : [http://www.cncppdh-algerie.org.\(consulté le 14/10/2016\)](http://www.cncppdh-algerie.org.(consulté le 14/10/2016)).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

1-3-1-2/ les stratégies d'amélioration au sien des services des urgences en Algérie

Le Ministère de la santé a inscrit parmi ces prérogatives d'action, L'amélioration de la gestion des services des urgences, qui nécessitera une nouvelle dynamique dont le modèle devrait s'inspirer des principes directeurs suivants :

- Qualité des soins : basé sur une amélioration continue de la qualité des soins et des services en mettant en œuvre des changements et en implantant l'évaluation de la qualité,
- Respect de la personne : respect de la dignité du patient, de la confidentialité et de la sécurité et par des mesures visant à raccourcir la durée de séjour et le temps d'attente des patients.

Les urgences pré-hospitalières et le transport des malades est une nouvelle forme de prise en charge des malades en Algérie. La médicalisation des ambulances de la protection civile au niveau des grands centres urbains seront d'un apport certain pour les malades ; ça permet d'effectuer dans l'immédiat des gestes d'urgences et de réanimation sur les lieux des crises en apportant aux malades plus de chance de guérison, en d'autres terme, l'augmentation de l'espérance de vie et par conséquent la réduction du taux de mortalité.

Cependant, cette nouvelle forme de prise en charge nécessite une bonne coordination et une adhésion des praticiens privés, de l'ensemble des hôpitaux et des services d'un même hôpital pour l'accueil des patients ramenés de leur domicile ou du lieu de l'accident.

Pour ce qui est du transport des patients à l'intérieur d'un hôpital ou autre hôpitaux, il y a un retard considérable. Les transferts parfois injustifiés de malades non transportables dont l'état de santé est instable, ou par la demande de leur famille et s'effectuant dans de très mauvaises conditions ce qui aggrave de plus l'état de santé du patient¹.

1-3-2/ Les textes réglementaire régissant l'organisation et le fonctionnement des services d'urgences

Les soins médicaux d'urgence ont toujours été une préoccupation majeure du système de santé national en plus de la mobilisation des moyens conséquents dans le but de promouvoir cette discipline sensible, des textes réglementaires et plusieurs articles viennent rappeler sans cesse la nécessité d'humaniser l'accueil au niveau de ces structures, et de faciliter l'accessibilité aux soins d'urgences à tous les citoyens.

¹BENATIA Yacine. Op., cit, p.18.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Nous avons fait référence aux quelques articles relatifs à la Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé¹ :

- ✓ Art. 153. - Les hôpitaux sont tenus de transmettre aux médecins traitant toutes les informations qu'il est nécessaire de connaître pour poursuivre le traitement des malades qu'ils ont soignés.
- ✓ Art. 155. - Toutes les unités sanitaires d'urgence sont tenues de dispenser, en permanence, des soins médicaux d'urgence, à toute heure du jour et de la nuit, à tout patient, quel que soit le lieu de son domicile.
- ✓ Toutes les structures sanitaires sont tenues de dispenser les premiers secours, quelle que soit leur spécialité.
- ✓ Les premiers secours doivent également être dispensés sur le lieu des accidents ou des maladies épidémiques, par les équipes des unités sanitaires, en collaboration avec les services et organismes concernés.
- ✓ Art. 156. - L'évacuation d'urgence des blessés, des malades ou des femmes enceintes, par tous moyens de transport est assurée sous la responsabilité de l'unité sanitaire locale. Selon journal officiel de la république algérienne N°63 du 23 novembre 2011 relatif au 27 dhou el hidja 1432 : La sous-direction des urgences chargée² :
 - ✓ De proposer les mesures destinées à assurer l'organisation et le fonctionnement régulier des services des urgences médico-chirurgicales ;
 - ✓ De participer à la définition et à la mise en place des stratégies de prise en charge des effets des calamités, catastrophes et accidents de toute nature,
 - ✓ Notamment par la définition d'un plan de préparation et de riposte aux situations exceptionnelles ;
 - ✓ D'étudier et de proposer toutes mesures destinées à améliorer les performances des services d'urgence et d'assurer la continuité des soins ;

¹Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.

www.transplantobservatory.org/.../afrlegethDZAfr2.pdf, (consulter le 26/5/2016).

²Décret exécutif n° 11-380 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière [en ligne]. Journal officiel de la république algérienne n°63 du 23 novembre 2011 relatif au 27 dhou el hidja 1432, p.1-32. Disponible sur : <http://www.sante.dz> (consulte le 12/03/2016).

²MANUELA, Riesen ; SAMANTHA, Larousse. *La prise en charge d'un patient agité dans un service d'urgences*. Mémoire de Bachelor, en soins infirmiers, SUISSE : Haute Ecole de Santé Vaud, Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale, 2014, p.7. Format PDF. Disponible sur : <http://www.doc.rero.ch/record/234474/files/HES...> (consulté le 23/05/2016).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

- ✓ De définir les moyens humains et matériels des services de soins d'urgence ;
- ✓ Les urgences deviennent un carrefour social où se croisent de nombreux patients aux pathologies très différentes.

De manière générale, le rôle des urgences est d'accueillir les patients, de donner des soins immédiats, de diagnostiquer et d'orienter les malades dans d'autres services hospitaliers, ou assurer de leur retour à domicile.

Selon le Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)¹ : Prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences

- ✓ Art. R. 6123-18. - Tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU.
- ✓ Art. R. 6123-19. - Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas :
 - 1° Au sein de la structure des urgences ;
 - 2° Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée ;
 - 3° Directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques prévues aux articles R. 6123-32 1 à R. 6123 32-9 ;
 - 4° En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;
 - 5° En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer sont transferts ;
 - 6° En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation.

¹Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique[en ligne]. Journal officiel du 23/05/2006, n°119, p.7531. Format PDF. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte> (consulté le 23/05/016).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

- ✓ Art. R. 6123-20. - L'établissement organise l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge par la structure des urgences vers une autre structure de soins ou vers une structure sociale ou vers une structure médico-sociale, selon des protocoles préalablement définis entre les responsables de ces structures.
- ✓ Cette organisation fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés, qui précise les modalités et les conditions d'orientation du patient, ainsi que les modalités de son évaluation médicale et administrative régulière.
- ✓ Art. R. 6123-21. - L'établissement organise la coordination de la prise en charge du patient entre la structure des urgences et les autres structures de soins de courte durée ou de suite de l'établissement lorsqu'il en est pourvu, ou, dans le cas contraire, d'un autre établissement.

A cette fin, les établissements assurent la disponibilité de leurs lits d'hospitalisation, y compris ceux de leur unité d'hospitalisation de courte durée, par l'organisation de la gestion de leurs capacités d'hospitalisation ou la sortie des patients dès que leur état le permet.

- ✓ Art. R. 6123-22. - A la sortie du patient de la structure des urgences, l'établissement propose qu'une prise en charge sanitaire et sociale adaptée soit organisée immédiatement, ou de manière différée si le patient le souhaite ou si son état le nécessite.

A la demande du patient ou lorsque celui-ci lui est adressé par un médecin traitant, la structure des urgences informe ce dernier du passage du patient dans la structure et lui transmet les informations utiles à la continuité de la prise en charge du patient.

- ✓ Art. R. 6123-23. - L'établissement tient dans la structure des urgences un registre chronologique continu sur lequel figurent l'identité des patients accueillis, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour et l'heure de sortie ou de transfert hors de la structure des urgences. Ce registre est informatisé.
- ✓ Art. R. 6123-24. - Une fiche, dont le modèle est arrêté par le ministre chargé de la santé, est établie par la structure des urgences et transmise au directeur d'établissement pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients. Le règlement intérieur de l'établissement prévoit les modalités d'exploitation de ces fiches.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

- ✓ Art. R. 6123-25. - Seuls les établissements de santé autorisés à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 portent à la connaissance du public le fait qu'ils accueillent les urgences et affichent un panneau urgences. S'il s'agit d'un établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences une partie de l'année seulement, les périodes de fonctionnement doivent être indiquées. Seuls les établissements de santé autorisés à faire fonctionner une structure des urgences pédiatriques affichent un panneau urgences pédiatriques.

Les services des urgences ont toujours existé. Depuis l'origine, l'hôpital était le lieu où tout le monde était reçu, en particulier les plus démunis. Tout hôpital d'une certaine importance recevait, de fait, les « urgences » suivant des procédures déterminées par les médecins et les administrateurs hospitaliers. Les urgences constituent une véritable mission de service public, exercées par les établissements publics et privés, qui garantissent au patient égalité de traitement, accessibilité, permanence et continuité.¹

Section(2) : L'organisation du service des urgences

Le système des urgences en milieu hospitalier est organisé de différentes façons selon le pays dans lequel le personnel soignant exerce son activité professionnelle. Les urgences médicales dans la plus part des pays du monde sont organisées des différentes manières en fonction des systèmes de santé, avec cependant la même finalité une prise en charge optimale du l'urgence.

2-1/ Les éléments composant les services des urgences

Les services des urgences sont considérés comme une unité essentielle de l'hôpital, ils présentent une disposition qui varie en fonction de leur implantation dans les établissements de santé.

Pour un bon fonctionnement du service, les urgences devraient disposer de locaux distribués en trois zones : accueil, examen/soins et surveillance sans lesquelles la prise en charge ne saurait être complète.

2-1-1/ La zone d'accueil :

La zone d'accueil du service d'urgence on peut la définir comme suit « *elle constitue le premier contact de citoyen avec la structure d'urgence. Ce premier contact est fondamental*

¹BELAIDI, Aissam. *Op.cit.*, p.7.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

car il va déterminer, en grande partie, l'impression globale du patient et influencer sur la qualité de la prise en charge. La zone d'accueil devraient être accueillante constitue une évidence. »¹

Elle assure l'orientation, le triage et l'admission des patients. Les différentes données administratives, personnelles, ainsi que celle en rapport avec le motif de consultation y sont recueillies. Elle est généralement située à l'entrée du service.

Dans la zone d'accueil, un système radiophonique et/ou audiovisuel nécessaire à l'attente des familles et des malades, des chariots mobiles de transport, ainsi que des chaises roulantes.

2-1-2/ La zone d'examens et de soins :

Elle est défini comme étant : *« elle fait partie du secteur de soins, elle est répartie autour d'un poste centrale de soins, une zone qui est doté d'une salle d'examen, une salle d'accueil des urgences vital, des postes des soins infirmières et des bureaux médicaux équipés de matériel informatique »*. Cette zone d'examens et de soins, permet de réduire les déplacements des soignants, elle assure l'examen clinique et biologique de la personne ainsi que les soins permettant la disparition de ses symptômes.

La salle d'examen et de soins, elle est doté d'un téléphone, un négatoscope, une table d'examen, une sonde d'oxygénation, le matériel nécessaire aux prélèvements biologiques. Le matériel d'aspiration, des fluides muraux, un tensiomètre mural, un thermomètre, un moniteur électrocardiographique, une seringue électrique, un glucomètre, un ophtalmoscope, un spéculum.

2-1-3/ La zone de surveillance :

La zone de la surveillance se défini comme suit : *« tout unité d'observation continue, avec possibilité de monitoring de sécurité, pour des raisons liées à la structure hospitalière, à l'organisation des responsabilités médicales et une mutualisation des moyens au sien d'une entité centrée sur l'urgence et la réanimation »²*

Un circuit long pour des états justifiant des investigations approfondies : l'hébergement de ces patients qui seront ou ne seront pas hospitalisés, mais dont l'attente pouvant se prolonger,

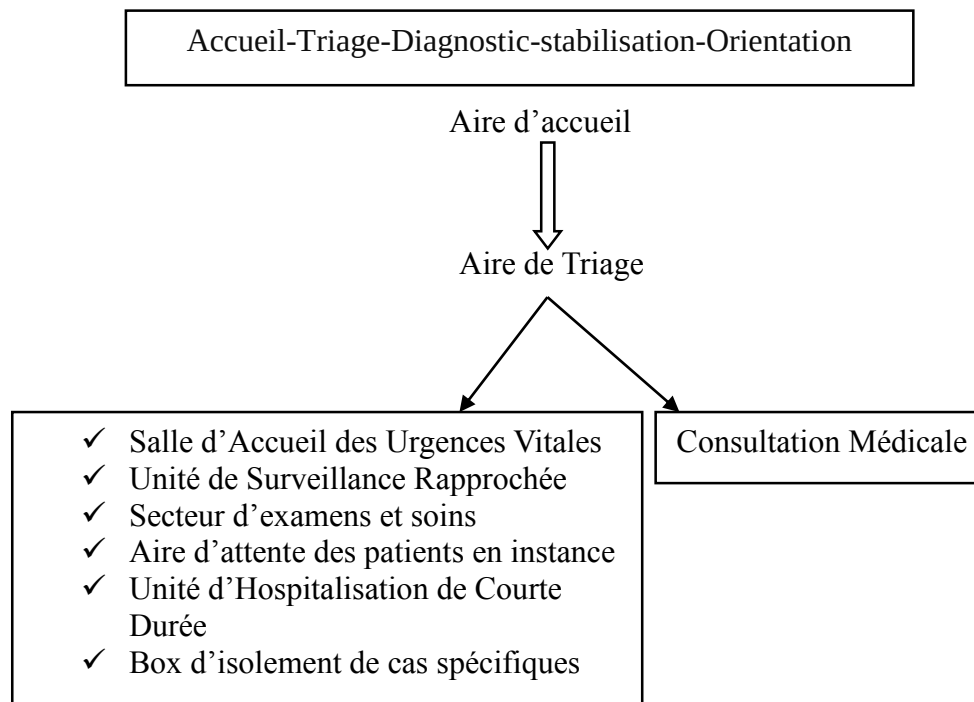
¹ BLEICHNER, Gérard. *Architecture des services d'urgence*. [En ligne] In : actes de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), hôpital Broussais Pavillon Leriche-11-96 rue Didot 75014, paris, 2004, p. 1-46. Format PDF, Disponible sur : <http://www.em-consulte.com> consulté le (07/09/2016).

² GERBEAUX.P ; BOURRIER.P ; GORALSKI.M. *Les unités d'hospitalisation de courte durée*. [en ligne]. In : actes de société francophone de médecine d'urgence : recommandations de la société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences, Paris: masson, 2001, p. 144-152. Format PDF, Disponible sur : http://www.sfmou.org/./ref_uhcd.pdf.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

implique des conditions de confort et de commodité acceptables¹. Cette unité permet de prendre en charge et de surveiller dans les meilleures conditions ne relevant pas d'une hospitalisation classique mais dans l'impossibilité temporaire de retourner à leur domicile. Ainsi l'amélioration de la sécurité des soins et le confort du patient.

Figure 01 : L'architecteur au service des urgences



Source : <http://www.univ.ency-education.com/uploads/1/3...> (consulté le 23 /5 /2016).

L'architecture des services devrait permettre des conditions de travail optimales : salle d'accueil des urgences vitales, unité de surveillance rapprochée, bureaux, secrétariat, salle de soins infirmiers, mais aussi salle d'attente. Ces dernier devraient dispose d'une unité d'hospitalisation de courte durée (24 à 36 heures) d'au moins 2 lits, dont la capacité est adaptée à la structure ;

Le service d'urgence est doté d'un aire d'accueil et d'un aire de triage (zone d'accueil) et aussi des salles d'examens et de soins pour les consultation médical, et pour ainsi faire face à un afflux temporaire de patients.

¹SOPHIE, Calmes. *Op.cit.*, p. 6.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

2-2 / L'accueil dans les services des urgences

Les services des urgences souvent qualifiés de "vitrines" de l'hôpital, sont tout particulièrement tenus d'assurer un accueil de qualité parce qu'ils requièrent des compétences médicales, mais aussi sociales et psychologiques

L'accueil et le traitement des urgences est une mission confiée aux hôpitaux qui proposent une démarche diagnostique, un projet thérapeutique et assurent un suivi.

L'accueil est défini comme : « *une manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit chez soi ou quand il arrive, c'est une prise en charge à l'arrivée* »¹.

L'accueil à l'hôpital est basé, dans un moment particulier de crise, sur la communication, et l'empathie. La spécificité de l'accueil au service des urgences (SU) est de bénéficier d'une prise en charge individualisée, être entendu, être informé, être respecté dans ses besoins, ses croyances, ses sentiments et sa dignité. L'accueil est confronté à différentes réalités, matérielles, administratives, médicales et psychologiques.

Un service d'accueil des urgences (SAU) reçoit et prend en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence médicale ou chirurgicale. La place d'une telle structure est primordiale, elle accueille tous les citoyens dont l'état de santé nécessite rapidement un avis quand ce n'est pas une intervention médicale.

Plaque tournante de l'urgence médicale, c'est là que se réalise le tri entre les patients requérant immédiatement des soins et les patients dont les soins peuvent être différés. Certains attacheront plus d'importance à la relation humaine pour d'autres ce sera le cadre matériel qui déterminera la qualité de l'accueil.

L'accueil aux urgences nécessite une disponibilité importante en rejetant toute stigmatisation et jugement social.

Service d'accueil des urgences : « *Unité qui a pour mission de répondre 24h/24h aux demandes de santé des personnes qui se présentent à l'hôpital sans y avoir un rendez-vous, que leur état soit réellement urgent d'un point de vue médical ou qu'il soit ressenti* »²

De ce fait, l'accueil c'est un lieu qui se trouve juste à l'entrée de l'hôpital, il est visible, c'est le premier contact du client ou du visiteur avec l'hôpital. Il se décompose en deux zones : la zone d'admission, zone de soins ; la salle d'attente des patients debout ou couchés

¹ANGELIQUE Sentilhes-Monkam. *Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest en ligne*. Revue Santé publique, 2011, vol. 23, n° 1, p. 7-17. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique...> (consulter le 30/5/2016).

² Ibid., p.18.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

On distingue deux types d'accueil :

2-2-1/ Accueil administratif

Cette première permet l'édition de dossier de patient, qui est indispensable pour sa prise en charge, pour sa création il devrait présenter sa carte vitale ainsi qu'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire), les coordonnées d'une personne référente ils seront demandées.

De plus, tout patient a la possibilité de désigner une personne de confiance, en remplissant le formulaire pouvant être obtenu auprès du personnel soignant du service.

Une fois le dossier réalisé, ils l'invitent à confier valises et autres objets précieux à l'un de ses proches afin d'éviter toute perte au sein du service.

2-2-2/ L'accueil médical

La prise en charge des patients s'organise en fonction de leur état de santé et non pas à l'ordre d'arrivée au service d'accueil urgences.

Repérer et évaluer les signes cliniques (symptômes), Trier (déterminer la priorité)

La qualité de l'accueil traduit en général la qualité d'un service, l'accueil est un soin à part entière qui a toute son importance malgré la charge de travail, un bon accueil permet aux patients de se sentir bien, bien accueillir c'est déjà soigner.

2-3 / Les personnels soignant et infirmiers aux urgences

Les services d'urgences sont un lieu où l'on peut parler très clairement d'équipes pluridisciplinaires, voire d'équipe multidisciplinaire, pour une prise en charge globale des patients.

Les personnels qui constituent l'accueil médical sont : le personnel médical, personnel paramédical ainsi que d'autres personnels.

2-3-1/ Le personnel médical du service des urgences

La médecine d'urgence est de plus en plus complexe et nécessite une expertise particulière. Le médecin qui travaille à l'urgence ou le médecin urgentiste est considéré comme l'expert en soins médicaux d'urgence. Son rôle est d'assurer des soins médicaux de qualité aux personnes se présentant à l'urgence, il utilise d'une façon optimale, en fonction de ses compétences, les ressources locales ou territoriales à sa disposition pour s'assurer que les patients reçoivent les soins les plus complets possible.

Il est le médecin traitant durant toute la durée des soins à l'urgence, à moins d'un transfert du patient à un médecin spécialiste.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Le fonctionnement adéquat de l'urgence repose sur une équipe médicale stable, crédible et capable d'offrir des services continus et de qualité. Cette équipe s'assure que l'unité évolue dans un esprit d'engagement, axé sur le développement des compétences. À cet effet, surtout dans les milieux universitaires, une organisation médicale de groupe favorise une plus grande implication des membres de l'équipe. Exemples : médecins spécialistes (chirurgien, orthopédiste, cardiologue, pneumologue), médecins généralistes, radiologues, psychiatres.

2-3-2 / Le personnel paramédical du service des urgences

Le personnel paramédical dans le service des urgences assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers et les soins de base des patients qui lui sont confiés.

Les soins à l'urgence représentent un domaine hautement spécialisé où les infirmières et les aides-soignants devraient assurer une surveillance continue de la condition de santé des patients, l'infirmière diminue les risques de morbidité et de mortalité des patients. Plusieurs défis devraient être relevés par les infirmières soignantes pour parvenir à exercer leur rôle dans la gestion des soins des patients de l'urgence, tout en assurant la qualité des soins offerts.

Parmi les personnels paramédicaux de service des urgences on trouve les infirmiers organisateurs de l'accueil(IOA), les aides soignant.

➤ infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA)

La mission générale de l'IOA est d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée, de définir les besoins de santé et les priorités de soins, de décider du lieu le plus adapté aux besoins (salle d'urgences vitales, box de soins, salle d'attente...).

- L'IOA est en lien permanent avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux.
- D'évaluer le degré d'urgence de l'état de santé des patients et d'effectuer aux besoins les premiers soins et les orienter vers une salle d'examen ou vers la salle d'attente appropriée à leur état de santé.
- Repérer et évaluer les signes cliniques (symptômes), Trier (déterminer la priorité).
- L'IOA informe le patient ses proches du d'attente estimé, cette estimation est donnée à titre indicatif.¹

¹FRÉTIGNY-DANIÉLOU, Geoffroy. *Op.cit.*, p. 18.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

➤ l'aide-soignant

Les compétences que devraient développer les aides-soignants sont très diversifiées. Ils devraient être capables ¹:

- D'observer un changement dans l'état physique ou comportemental d'un patient en attente ;
- De mettre en œuvre les soins et anticiper le parcours du patient, ce qui inclut notamment la préparation et l'entretien des salles, du matériel, le brancardage ainsi que la disponibilité pour porter des examens à interpréter en urgence.
- De faire preuve d'une grande réactivité et d'une grande capacité de surveillance des patients, la prise en charge se déroulant dans un contexte moins cadré et plus stressant qu'une unité d'hospitalisation classique ;
- De montrer de l'empathie face à des situations de grande détresse, de garder son sang-froid si le patient se montre agressif ou violent

2-3-3 /Autres professionnels du service des urgences

Des situations d'urgence sont observées dans des circonstances très diverses. Il en résulte un nombre important d'acteurs qui ont chacun leur spécificité. Du premier témoin qui transmet l'alerte jusqu'à l'équipe de réanimation spécialisée, la complémentarité de chacun permet d'optimiser la prise en charge du patient tout au long de la chaîne de l'urgence.

Parmi ces différents acteurs sont :

- ✓ Professionnels extérieurs au centre hospitalier : Sapeurs-pompiers, gendarmes, policiers, ambulanciers privés.
- ✓ Personnels administratifs : secrétaires, agent chargé des admissions, assistantes sociale
- ✓ Le Pharmacien : La disponibilité d'un pharmacien à l'urgence apparaît d'une importance croissante dans les unités d'urgence primaires, secondaires et tertiaires. La présence d'un pharmacien sur place est un avantage certain pour la gestion et la qualité des soins dans les urgences où le volume d'activité le justifie².

¹OUHARZOUNE, Yasmina ; LEQUIEN, Valérie ; TERRAT, Evelyne ; et *all.* *Le mensuel de l'exercice aide-soignant au quotidien***[en ligne]**. *Revue l'aide- soignant*, Elsevier Masson, 2014, n°10. Format PDF. Disponible sur : <http://www.elsevier-masson.fr/laide-soigna...> (consulté le 10/8/2016).

²Ministre de la santé et des services sociaux .*Guide de gestion de l'urgence***[en ligne]**.Québec, 2006, p.1-235. Format PDF, Disponible sur <http://intranetreseau.rtss.qc.ca>.(Consulter le 27/5/2016).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Section(3) : la qualité et la performance hospitalière au sien du service des urgences

Nous allons présenter dans cette section, le concept de la qualité des soins et ces critères avant de nous pencher attentivement sur la performance hospitalier au sien du service des urgences.

3-1/ Les critères de la qualité d'un service d'urgence

Avant de déterminer les différents critères de la qualité des soins nous avons met l'accent sur sa définition.

3-1-1/ Définition de la qualité des soins

De nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité de manière fructueuse en termes clairs.

Selon DONABEDIAN, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « *Maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins* »¹.

L'OMS définit la qualité comme la capacité de « *garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...* »².

3-1-2 / Les indicateurs de qualité au sien du service des urgences

La qualité est aujourd'hui une préoccupation majeure des hôpitaux. Au-delà d'une simple réduction des coûts attachés à la non-qualité, la recherche de la qualité exprime le souci d'une satisfaction permanente des usagers, à l'extérieur de l'hôpital, comme à l'intérieur. Dans ces conditions, les démarches d'évaluation et d'amélioration de cette qualité prennent de plus en plus d'importance dans les modes de gestion des hôpitaux.³

Pour RHEE et DONABEDIAN : il existe quatre phases de prise en charge d'un patient au service des urgences. Les critères de qualité qu'ils vont retenir sont : la rapidité ; un diagnostic et un traitement appropriés ; la validité des décisions diagnostiques ; maintenir la continuité des

¹Zeynep, Or ; Laure Com-Ruelle .*La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer*[en ligne]. Revue d'économie médicale, 2008, vol.26, n°6, p.371-385.Format PDF. Disponible sur : <http://www.irdes.fr> (consulté le 28/05/2016).

² Ididem.

³ JLASSI JURY, Jihéne. *Op.cit.*, p. 34.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

soins et la transmission des informations ; assurer l'éducation du patient ; orienter au mieux le patient. Ces critères sont en fait des indicateurs de performance médicale. Ils ne reflètent pas nécessairement la qualité de la relation avec le patient en termes d'accueil et de transmission de l'information.¹

Il existe des **critères** concernant les moyens et ressources disponibles d'un service des urgences. La conformité devrait répondre à des normes minimales fixées par des textes réglementaires.

L'application de ces recommandations de niveau 1 est obligatoire (accès du SU, environnement à proximité et d'aval, l'équipement matériel, les moyens humains médicaux et paramédicaux, le fonctionnement, les outils de communication : dossier médical, courrier au médecin traitant, consignes au patient, main courante mise à jour quotidiennement).

On peut distinguer trois critères de la qualité des soins dans le service des urgences à savoir :

3-1-2-1/ L'accueil

L'accueil à l'hôpital est basé, dans un moment particulier de crise, sur la communication, l'empathie. La spécificité de l'accueil au service des urgences est de bénéficier d'une prise en charge individualisée, être entendu, être informé, être respecté dans ses besoins, ses croyances, ses sentiments et sa dignité. L'accueil est confronté à différentes réalités, matérielles, administratives, médicales et psychologiques.

Certains attacheront plus d'importance à la relation humaine pour d'autres ce sera le cadre matériel qui déterminera la qualité de l'accueil. L'accueil aux urgences nécessite une disponibilité importante en rejetant toute stigmatisation et jugement social et racial.

3-1-2-2/ La communication

Le fait d'être en relation avec quelqu'un, relation qui remplit la fonction de lien social la communication peut être verbale par transmission d'une information. Le langage utilisé devrait être clair, précis et adapté en tenant compte de l'état d'inquiétude et d'anxiété. La communication non verbale est tout aussi importante. Il s'agit du langage corporel qui repose sur des signes pas toujours immédiatement perceptibles comme, la gestuelle, les silences et autre. Ce type de communication existe dans l'expression comportementale de la douleur par exemple.

¹FELTEN, Eric. *Mise en place d'une démarche qualité au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy*[en ligne]. Thèse de doctorat, en médecine, NANCY : Université Henri Poincaré, Nancy, faculté de médecine de NANCY, 2001, p.42. Format PDF. Disponible sur : <http://www.docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDM...> (consulté le 24/05/2016).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

L'écoute est définie alors comme le fait : "d'être aux aguets, d'être très attentif...". Elle a pour but de saisir ce que l'utilisateur désire et lui faire préciser ces attentes.

C'est aussi la capacité de capter et de comprendre les messages transmis par le patient, verbaux et non verbaux. En médecine, le soin technique est facilement quantifiable. Il n'en est pas de même pour le soin relationnel (rassurer, informer, conseiller). La relation est d'autant plus importante que le soignant connaît le soigné. Celui-ci va reconnaître ses propres attentes à travers le soignant. Il est clair que cette relation personnalisée devrait s'établir dès les premiers instants de l'échange.

A la lumière de ces quelques réflexions, il apparaît que les professionnels de la santé, paramédicaux et médicaux, devraient bénéficier de formation à l'accueil et à la communication. La gestion du stress est de plus en plus demandée dans les services des urgences où les situations difficiles sont fréquentes.

3-1-2-3/ L'attente

Qui devrait être idéalement nulle, Il est difficile de définir l'attente dans un service des urgences. Il faut distinguer "l'attente utile" (le diagnostic positif d'embolie pulmonaire par exemple passe par la réalisation d'examens complémentaires nécessitant un certain temps) de "l'attente inutile" (attendre 2 heures pour être soulagé d'une douleur dentaire insupportable). Dans le premier cas l'urgence peut devenir vitale dans le deuxième la plainte a été jugée bénigne.

Dans le premier cas l'attente a été justifiée et argumentée mais pas dans le second. Le degré d'insatisfaction sera beaucoup plus grand chez le second patient car sa souffrance n'aura pas été soulagée rapidement. L'urgence vitale est devenue rare dans le service des urgences. Il s'agit le plus souvent d'urgence ressentie exceptionnellement hospitalisée. C'est le patient qui définit de plus en plus le caractère urgent de son état de santé. Les médecins du service des urgences jouent souvent le rôle du médecin généraliste que certains patients ne vont plus voir. Mais, un service des urgences a pour obligation de répondre à toute demande de soins 24h sur 24h quel que soit le degré de gravité.

Le processus global de prise en charge au service des urgences à l'air simple mais son fonctionnement est complexe et fait intervenir de nombreux acteurs qui n'ont pas nécessairement les mêmes préoccupations.¹

¹FELTEN, Eric. *Mise en place d'une démarche qualité au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy*[en ligne]. Thèse de doctorat, en médecine, NANCY : Université Henri Poincaré, Nancy, faculté de médecine de

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

3-2/ Définition de la performance hospitalière

L'Amélioration de la qualité des soins a été depuis longtemps l'enjeu majeur des structures hospitalières dans le monde. Les services des urgences n'échappent pas à ce contexte. Ils sont d'ailleurs d'autant plus concernés par la qualité des soins que leur activités ne cesse de croître et que de nombreux problèmes d'organisation et de prise en charge ont été récemment mis en évidence.¹

Le service des urgences ne peut être alors exploité pleinement que s'il y a une amélioration du service rendu aux patients et une réduction des coûts d'exploitation. Toutefois, l'amélioration du temps d'attente des patients est l'un des paramètres indispensable à l'évaluation de la qualité des soins dans le service des urgences. Ce paramètre a aussi une influence sur les coûts².

Il n'est pas toujours aisé d'évaluer objectivement, et à moindre coût, les résultats de l'activité hospitalière et, plus précisément, les résultats de ceux qui y contribuent. En effet, nous pouvons représenter assez facilement ce que peut être un indicateur de performance quand il est question de produire un bien en un temps donné, il est en revanche plus délicat d'appréhender ce que recouvre la notion de performance publique, notamment en matière de santé. La variété des définitions proposées témoigne de la difficulté à caractériser le concept de performance hospitalière³

Au-delà des systèmes de mesure, il reste que la prestation du système de soins de santé dépend des connaissances, compétences et motivations des personnes responsables de la prestation des services. Ces différents acteurs et groupes de travailleurs qui opèrent dans le système de santé peuvent avoir des visions différentes et conflictuelles de la performance. La performance est en effet un concept multidimensionnel et difficile à délimiter.

Selon CHAMPAGNE et AL : la performance d'un système des services de santé englobe plusieurs notions et peut être abordée suivant différentes conceptions : l'efficacité (résultats de

NANCY, 2001, p.63. Format PDF. Disponible sur : <http://www.docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDM...> (consulté le 24/05/2016),

¹M.S. Jarrar, S. Khelifi, W. BenAmor, S. Elafrit, S. Ghannouchi .*L'accueil et la durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached .Etude prospective***[en ligne]**. Revue J.Magh A. Réa Méd Urg, 2003, Vol.14, p 251-251. Format PDF. Disponible sur : <http://www.efurgences.net> (consulté le 23/08/2016).

²Ibidem.

³Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs. Performance hospitalière, motivation et effort au travail : la théorie de l'agence en question. -PHAR n° 50, septembre 2009, p.1-21 .Format PDF. Disponible sur : <http://www.snphar.com> (consulté le 24/5/2016)

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

santé en fonction des ressources utilisées pour les atteindre), l'efficacité (résultats de santé en fonction des objectifs fixés), le rendement (quantité et qualité des services de santé durant une période donnée), la productivité (rapport entre ce qui est produit et les ressources utilisées), la qualité (obtention des meilleurs résultats possibles en fonction du processus), l'accès (service de santé accessibles à la population) et l'équité (répartition juste des services de santé entre les individus en fonction des besoins).¹

Selon BLANC et AL, auteurs d'un rapport relatif aux Agences Régionales d'Hospitalisation et au pilotage des dépenses hospitalières, proposent la définition suivante : « *La performance recouvre à la fois l'efficacité socio-économique (la prestation de soins répond-elle aux besoins de santé, est-elle adaptée au standard de qualité attendu ?), l'efficience (la réalisation du service se fait-elle au moindre coût ?) Et la qualité de service (l'accessibilité des soins, les délais d'attente, etc.)* »²

L'approche de CLAVERANNE et PASCAL complète en partie cette première définition assez générale.

Trois visions interdépendantes de la performance hospitalière sont ainsi distinguées³ :

- ✓ une vision externe, fondée sur des indicateurs sanitaires de santé publique (espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile, etc.) ;
- ✓ une vision médicale, qui suppose une mesure de l'efficacité des résultats relativement à des référents et qui vise à minimiser le risque clinique (évaluation de la douleur, délai d'évaluation d'un accident vasculaire cérébral, etc.) ;
- ✓ une vision administrative, renvoyant à l'efficience des activités d'un établissement de soins.

3-3/ Les indicateurs de la performance dans un service des urgences

Le modèle de simulation permet d'évaluer le système à l'aide de certains indicateurs de performances. De nombreuses définitions des indicateurs de performance ont été données.

Pour l'Association Française de Gestion Industrielle en 1992 (AFGI): « *Un indicateur de performance est une donnée quantifiée qui mesure l'efficacité et/ou l'efficience de tout ou*

¹ Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs. Performance hospitalière, motivation et effort au travail : la théorie de l'agence en question. -PHAR n° 50, septembre 2009, p.1-21 .Format PDF. Disponible sur : <http://www.snphar.com> (consulté le 24/5/2016)

² Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs. Performance hospitalière, motivation et effort au travail : la théorie de l'agence en question. -PHAR n° 50, septembre 2009, p.1-21 .Format PDF. Disponible sur : <http://www.snphar.com> (consulté le 24/5/2016)

³ Ibidem.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

partie d'un processus ou d'un système (réel ou simulé), par rapport à une norme, un plan ou un objectif, déterminé et accepté dans le cadre d'une stratégie d'entreprise.»¹

Cette définition met en avant plusieurs aspects importants de l'indicateur de performance.

La première notion mise en relief est l'aspect quantifié d'un indicateur. C'est en effet avant tout une mesure. Elle n'est pas nécessairement directe et sous-entend généralement une recherche d'information à des niveaux plus ou moins élevés du système évalué.

Une seconde notion sous-jacente de l'indicateur de performance, éclairée par cette définition, est le rapport à l'objectif.

Dans un service des urgences, les indicateurs de performance sont obtenus à partir des modèles de simulation. Nous pouvons citer comme exemple les travaux de Tao et *al.* Pour minimiser le temps du passage des patients, ils ont choisi de modéliser le processus par l'outil de modélisation ARIS. Ce qui a permis de préciser pour chaque fonction les ressources matérielles et humaines. La simulation du processus de passage des patients aux urgences a été réalisée avec ARIS Simulation. Les résultats obtenus ont présenté les indicateurs suivants :

- Temps de consultation en moyenne ;
- Nombre de box disponible en moyenne ;
- Taux de charge du médecin ;
- Temps d'attente avant la fonction de mise en box en moyenne ;
- Nombre de patients retour au domicile en moyenne par jour ;
- Taux de charge des infirmiers diplômés d'Etat².

3-3-1 / Indicateurs de délai :

Évaluer l'impact des différentes pratiques et modalités organisationnelles sur les résultats obtenus dans le cadre du réseau logistique des urgences se traduit par trois dimensions majeures :

- ✓ L'efficacité : caractère de ce qui produit le résultat attendu. Ici l'efficacité renvoie à l'impact sur le patient et à la qualité de sa prise en charge.
- ✓ La pertinence : caractère de ce qui est opportun, approprié à la problématique de santé posée. La pertinence renvoie aux pratiques cliniques de diagnostic et thérapeutique

¹JLASSI JURY, Jihéne. *Op.cit.*, p .89.

² *Ibid.*, p.90.

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

- ✓ L'efficience : caractère de ce qui produit un résultat au moindre coût, dans ce cadre cela renvoie à l'adéquation entre les moyens mis à la disposition des acteurs et les résultats obtenus.

L'évaluation des pratiques professionnelles hospitalières incite les professionnels de santé et particulièrement les professionnels de l'urgence à suivre des indicateurs essentiels de bonnes pratiques médicales, ces indicateurs reposent essentiellement sur la notion de temps (temps de passage, temps prise en charge ...etc.).

La décomposition temporelle de l'activité globale de prise en charge permet la mise à plat de manière transversale des pratiques des acteurs, et ainsi les aider à évaluer leur activité et la qualité de la prise en charge des patients.

Le délai de transport aux urgences permet d'évaluer la réactivité et l'efficacité du moyen de transport mobilisé, en l'occurrence le SAMUR. La durée de séjour aux urgences donne une idée sur la qualité de prise en charge du patient qui nécessite une prise en charge rapide dans le cas du polytraumatisé (où le pronostic vital peut être engagé).¹

3-3-2/ Indicateurs de collaboration

Il est admis de façon classique que le partage d'information a un impact positif sur la performance d'un réseau collaboratif, même si la mise en évidence d'un tel impact n'est pas toujours facile.

Plusieurs travaux montrent notamment que les relations collaboratives améliorent la coordination des activités au sein des chaînes logistiques et permettent d'atteindre une plus grande performance. L'implication dans un réseau collaboratif apporte des bénéfices pour les acteurs participant, en terme de réduction de coût de revient, d'augmentation de profit ou même de partage des risques, de mutualisation des ressources et des compétences. D'un autre côté, se lancer dans un processus collaboratif dans un contexte de diversité de méthodes de travail et de cultures, induira des coûts de transaction et de coordination, des phénomènes de résistance aux changements, ainsi que dans certains cas l'apparition de conflits d'intérêt et de jeux de pouvoirs. Ceci décourage les organisations de manière générale de s'engager dans des solutions de ce type.

¹BELAIDI, Aissam. *Organisation et pilotage de la prise en charge des patients dans le cadre du réseau des urgences*[en ligne]. Thèse de doctorat, en sciences de l'ingénieur, LYON : Université Jean Monnet, Saint-Etienne, 2009, p .113. Format PDF. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00439525> (consulté le 17/07/2016).

Chapitre I : Le cadre conceptuel du service d'urgence en milieu hospitalier

Au niveau de la prise en charge des urgences, le problème est beaucoup plus marqué, la collaboration organisée et structurée inter acteurs reste encore un objectif qui est loin d'être atteint.

Les bénéfices de la collaboration peuvent être des valeurs concrètes comme des coûts réduits, ou des profits réalisés, elles peuvent être aussi des valeurs plus abstraites ou immatérielles comme le niveau de prestige ou de popularité¹.

Conclusion du chapitre

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

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

- Elle permettre l'accès aux soins pour tous, en permanence, et en proximité grâce à un maillage fin du territoire
- Garantir la sécurité et la permanence par l'accès à des professionnels et à un plateau Technique performant et adapté aux besoins du patient ;
- Inscrire le dispositif mis en place dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la politique globale de gestion des risques au sein des établissements de santé.

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

Le deuxième chapitre fera l'objet d'une présentation de fonctionnement et la gestion du service d'urgence, et de mettre l'accent sur les multiples contraintes rencontre ce dernier.

¹ BELAIDI, Aissam. *Organisation et pilotage de la prise en charge des patients dans le cadre du réseau des urgences[en ligne]*. Thèse de doctorat, en sciences de l'ingénieur, LYON : Université Jean Monnet, Saint-Etienne, 2009, p .117. Format PDF. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00439525> (consulté le 17/07/2016).

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

Introduction du chapitre II

L'urgence est intégrée dans le continuum des soins et l'équipe de l'urgence devrait être en mesure d'offrir immédiatement les soins optimaux pour tous les problèmes urgents.

L'urgence devrait être en mesure d'offrir des soins autant aux adultes qu'aux enfants, à moins que l'établissement de santé soit à vocation unique et que cette vocation soit bien connue de la population. Les établissements de santé ayant une vocation unique ou qui sont moins familiers avec certains types de cas devraient planifier des procédures de prise en charge et de transfert dès l'arrivée du patient dont la pathologie ne correspond pas à leur mission.

Ce deuxième chapitre présente dans sa première section le processus de prise en charge des patients à l'urgence où sont déterminées les différentes étapes (l'accès aux soins urgences, le triage, ainsi que la décision médicale), la deuxième section se focalise sur les différentes modalités de la gestion au sein d'un service d'urgence afin de mieux comprendre les causes des problèmes, et pour un bon fonctionnement du service. La dernière section de ce chapitre, sera consacrée à l'identification des problèmes rencontrés aux niveaux de ces services pour une amélioration continue de la qualité des soins.

Section(1) : Le pilotage de la prise en charge des patients dans le service des urgences

Lorsqu'un patient décide de se rendre à l'unité d'urgence, il devrait suivre un certain parcours avant de recevoir les soins requis par sa condition médicale. Il est important de prendre note que la responsabilité de l'hôpital envers le patient débute dès que ce dernier entre sur le terrain de l'hôpital. Certains jalons méritent d'être tracés afin de diminuer le risque de préjudice au patient durant ce parcours.

1-1/ Processus d'accès des patients à l'urgence

Les urgences constituent une véritable mission de service public, exercées par les établissements publics et privés, qui garantissent au patient égalité de traitement, accessibilité, permanence et continuité.

La prise en charge des urgences nécessite la coopération de tous les acteurs intervenant en amont et en aval des services d'urgences, médecine ambulatoire assurant la permanence des soins, ambulanciers privés, services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), mais aussi établissements de santé et organisations médico-sociales¹.

¹ BELAIDI Aissam, organisation et pilotage de la prise en charge des patients dans le cadre du réseau des urgences. Thèse de doctorat en Génie industriel, université Jean Monnet, 2009, p.7 et 8.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

La véritable défi du système de soins aujourd'hui est de parvenir à une gestion plus partagée et complémentaire de la prise en charge des urgences. Les questions d'organisation (interne et externe) sont primordiales.

1-1-1/ Description de l'unité d'urgence

L'unité des urgences d'un centre hospitalier devrait être identifiée adéquatement à l'extérieur de l'établissement. Le patient devrait être en mesure de repérer immédiatement l'entrée de l'urgence. Le lieu où se trouve l'urgence devrait être bien indiqué à chacune des portes du centre hospitalier et le parcours pour s'y rendre devrait être facile. La distinction entre l'entrée principale et l'entrée de l'urgence devrait être claire.

L'entrée des ambulances peut également servir au patient qui se présente en catastrophe à bord d'un véhicule pour une urgence médicale. Dans ces situations, la marche à suivre devrait être bien indiquée afin que le patient puisse avoir accès rapidement aux ressources médicales en place. Le patient qui utilise l'entrée des ambulances ne devrait pas être dirigé vers autre entrée sans que les intervenants n'aient effectué le processus de triage conforme aux procédures en vigueur dans le centre.

L'établissement de santé devrait être en mesure de fournir des fauteuils roulants aux patients qui ont besoin d'aide pour se déplacer. Les agents de sécurité de l'hôpital ou toutes autres personnes mandatées par l'établissement devraient assumer ce rôle d'aide au patient. Des mesures de sécurité et des procédures d'aide à la clientèle devraient être applicables sur l'ensemble du terrain du centre hospitalier.

Dans certains cas, une situation d'urgence peut concerner un employé du centre, un visiteur ou un travailleur indépendant. Cette situation peut se produire dans l'établissement ou sur le terrain du centre hospitalier. Pour ne pas mettre en péril la santé de la personne en difficulté, il faut éviter toute confusion sur l'identité des personnes qui devraient lui porter secours et/ou la conduire à l'unité d'urgence.

Les membres de l'unité d'urgence ou de l'équipe de réanimation du centre, accompagnés de brancardiers, sont probablement les personnes les mieux préparées pour répondre à ce genre de situation.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

L'équipe devrait se déplacer pour prendre en charge le patient en difficulté, qui, au besoin, pourra être conduit à la salle d'urgence¹.

1-1-2 / Les conditions de prise en charge des patients à l'urgence

L'accès direct aux urgences est fondé sur la cohésion sociale et la grande confiance accordée à l'hôpital par la population, près des trois quarts des patients arrivent sans avoir consulté de médecin et par leurs propres moyens. Ceci constitue la cause principale des engorgements aux services d'urgence. Afin de mieux soigner les patients à temps et opportunément en fonction de la gravité de l'urgence, l'état des patients devrait être donc apprécié dès leur arrivée.

Le principe directeur justifiant l'établissement des critères de prise en charge des patients est d'éviter les délais dans l'administration des soins. Le médecin de l'urgence devrait évaluer rapidement si son unité d'urgence est en mesure d'aider le patient qui consulte pour un problème aigu. Un médecin peut prendre en charge un patient dans une salle d'urgence si, après évaluation, les principes suivants sont respectés :

- ✓ Le centre possède les ressources permettant d'évaluer adéquatement le malade et d'établir un diagnostic ;
- ✓ Le médecin de l'urgence et/ou l'institution dispose des ressources pour traiter l'affection adéquatement dans le centre ;
- ✓ Le traitement est susceptible d'améliorer l'état du patient de sorte que ce dernier peut quitter le centre dans un délai de moins de huit heures, lorsqu'il n'y a pas nécessité d'hospitalisation.

Si ces principes ne peuvent être respectés, le médecin devrait prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers le centre Hospitalier approprié².

1-2 /Le Triage des patients

Le triage consiste à déterminer le degré de priorité associé à l'état des patients à la suite de l'évaluation effectuée par l'infirmière et à définir le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et son évaluation médicale.

¹Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion de l'unité d'urgence : gestion de l'unité d'urgence[en ligne]*. Association des hôpitaux du Québec(AHQ), 2000, p.7.Format PDF .Disponible sur : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/f...> (consulté le 02/10/2016).

²Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion d'urgence en ligne*. Québec, 2006, p .50.Format PDF. Disponible sur : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> (consulté le 23/09/2016)

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

Les délais prescrits constituent des buts à atteindre dans le contexte d'évolution et dans le cadre d'une démarche qualité, des critères de tri ont été instaurés.

Ce triage consiste à noter le degré de priorité d'une situation clinique donnée. Il s'avère d'une importance capitale, puisqu'il permet une meilleure organisation des soins prodigués aux patients dès leur arrivée aux urgences. Ce triage devrait respecter trois concepts importants : l'utilité, l'applicabilité et la validité. Le triage permet d'attribuer un de priorité pour chaque patient, évitant ainsi d'utiliser l'ordre d'arrivée comme ordre de prise en charge¹.

1-2-1/ Définitions du concept de triage

Le tri est un concept relativement complexe. Il s'élabore dès l'entrée des patients dans les services d'urgences par des infirmières d'accueil et d'orientation (IAO).

Le tri peut être défini comme suit : « *Le tri est un processus qui consiste à identifier, évaluer et classer les besoins de santé des bénéficiaires qui se présentent aux urgences selon des critères établis et à déterminer la réponse la plus adaptée à leurs besoins dans des limites de temps acceptables* »².

Pour Simon³, des normes de fonctionnement du triage existent :

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

Le tri a pour but une analyse rapide du motif de consultation des patients, d'évaluer les besoins thérapeutiques de leur donner une priorité. Cela permet d'adapter les soins du patient. Chaque hôpital a son propre outil de tri, mais tous se basent sur le même principe. Un outil fiable et précis a été élaboré : la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU). Elle comporte cinq classes (de C1 à C5, du moins grave au plus urgent) complétées de la classe P pour les patients souffrant de problèmes psychologiques sans

¹KOÏTA, Kadiatou Keita. *Op.cit.*, p.16.

²GEINOZ, Elsa. *Un aspect du rôle infirmier autonome dans un service d'urgences somatiques* [en ligne]. Mémoire de Bachelor, en soins infirmiers, FRIBOURG : Haute Ecole de Santé, FRIBOURG, Filière soins infirmiers, 2011, p.9. Format PDF. Disponible sur : <http://www.heds-fr.ch/FR/recherche-develop...> (consulté le 30/05/2016).

³KOÏTA, Kadiatou Keita. *Op.cit.*, p.17.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

problèmes somatiques. Et une classe D pour les patients décédés (aucune réanimation n'ayant été entreprise par le médecin).

1-2-1-1/ Triage avant inscription

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

1-2-1-2/ Orientation après triage

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

Le patient devrait être informé du fait qu'il devrait aviser l'infirmière du triage de toute modification de son état¹.

1-2-2/ Les principaux objectifs visés par le triage

Parmi les objectifs les plus importants sont :

- ✓ L'évaluation rapide de toutes personnes qui se présentent aux urgences.
- ✓ La détermination de la priorité des soins en fonction de l'état de santé de la personne.
- ✓ L'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les personnes dont l'état requiert une intervention immédiate et rapide.

¹Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion d'urgence en ligne*. Québec, 2006, p.36. Format PDF. Disponible sur : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> (consulté le 23/09/2016).

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

- ✓ La réduction des risques de détérioration de l'état clinique par des soins rapides ou une surveillance appropriée.
- ✓ La diminution de l'anxiété et l'amélioration de la satisfaction des bénéficiaires et de leur famille par une information facile à comprendre et pertinente.
- ✓ L'individualisation et l'humanisation de l'accueil.
- ✓ La diminution des frustrations et des inquiétudes du personnel.
- ✓ La réduction du temps d'attente.
- ✓ La réduction des risques d'agression contre le personnel ou les autres personnes dans la salle d'attente.
- ✓ L'amélioration du fonctionnement du service d'urgence.
- ✓ L'éducation et l'information à la clientèle en matière de santé.
- ✓ L'inscription au dossier des résultats du triage à des fins d'appréciation de la qualité¹.

En conclusion, le système de triage permet une meilleure organisation dans le service des urgences. Il est utilisé dans les différents pays du monde afin d'uniformiser le processus de triage par le recour à aux mêmes critères et à la même méthode de classification des patients. Enfin, l'objectif primordial du système de triage est de réduire l'anxiété des patients et d'accroître leur degré de satisfaction en réduisant les temps d'attentes au sien des services d'urgences.

1-3 / La prise en charge médicale du patient dans le service des urgences

La prise en charge se définit comme l'ensemble des soins, dispensés aux patients, des efforts et consommations y afférents. Les différentes prise en charge ont été regroupées en cinq catégories (réanimation, chirurgie, médical, psychiatrie et autre) puis en groupes de passage aux urgences (GPU) de 0 à 15.

Dans le cadre de la prise en charge des urgences, plusieurs intervenants agissent en coordination. Cette coordination a été développée dans le cadre de l'aide médicale urgente. Nous pouvons distingués 05 niveaux à l'aide médicale urgente, qui fait interagir les différents acteurs de soins qui sont :

- ✓ Conseil médical par téléphone ;
- ✓ Envoi d'un médecin de garde ou d'un urgentiste libéral ;

¹Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion d'urgence en ligne*. Québec, 2006, p.10.Format PDF. Disponible sur : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> (consulté le 23/09/2016).

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

- ✓ Conseil de consultation aux urgences de l'hôpital le plus proche ;
- ✓ Envoi d'un véhicule de secours (pompiers) ou d'une ambulance ;
- ✓ Envoi de personnels paramédicaux, type ambulance, ou médicaux types SAMU¹.

1-3-1/ La prise de décision médicale

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

1-3-2/ Les étapes de prise de décision médicale

Les étapes à suivre pour la prise de décision médicale sont au nombre de cinq :

1-3-2-1/ Demande de consultation provenant de l'extérieur

La demande de consultation en provenance de l'extérieur de l'unité d'urgence, tout patient qui s'inscrit à l'unité d'urgence est d'abord sous la responsabilité du médecin de l'urgence, qu'il ait une demande de consultation en spécialité ou non, et ce, jusqu'à la prise en charge du transfert par le consultant. Prise en charge médicale du patient à l'unité d'urgence

Si l'état de santé du patient nécessite des soins urgents, le médecin de garde à l'urgence en prend charge immédiatement. Cette situation évite les préjudices au patient qui présente un risque de morbidité élevé et qui attend sans soins l'évaluation en spécialité.

Si le spécialiste attend la venue d'un patient référé pour condition urgente, il devrait communiquer avec le médecin de l'urgence afin de l'aviser de la visite du patient. Le médecin de l'urgence avise le spécialiste de l'arrivée du patient à l'unité d'urgence. Si le spécialiste est immédiatement disponible, il prend alors le patient en charge.

Si un patient n'est pas attendu par le spécialiste et que le patient dispose d'une demande de consultation en spécialité, le médecin de l'urgence évalue son état et décide s'il devrait être vu par le spécialiste en urgence ou sur rendez-vous. Une référence en spécialité sans entente préalable entre le référant et le spécialiste ne devrait jamais se faire à l'unité d'urgence.

Lorsque le patient se présente à l'urgence avec des demandes d'exams, le médecin de l'urgence qui le prend en charge décide des modalités d'investigation en urgence. Le médecin qui dirige un patient à l'urgence pour consultation a quant à lui la responsabilité de signifier

¹ DUMOUCHE Julia, Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale ; analyse des pratiques de généralistes normands, Thèse de doctorat en médecine, ROUEN, 2012, P.29.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

verbalement au médecin consulté l'urgence de la condition médicale, s'il y a lieu, ou tout élément important pouvant aider au processus d'évaluation. La demande de consultation devrait comprendre l'identification claire du patient, les informations cliniques pertinentes, les résultats des examens récents effectués dans d'autres milieux et non disponibles à l'unité d'urgence ainsi que tout motif de la demande ou résultat attendu.¹

1-3-2-2/ Consultation médicale

Les médecins consultants à l'unité d'urgence jouent un rôle important quant au fonctionnement normal de l'unité. L'exercice harmonieux de ce rôle demande que les éléments suivants soient respectés² :

- Les consultations effectuées à l'unité d'urgence doivent être appropriées et être basées sur l'évaluation et l'investigation adéquate du patient. Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence joue un rôle de soutien important. Les demandes de consultations devraient malgré tout s'effectuer dans les délais prescrits, ce qui implique une décision rapide de référence au spécialiste consulté. Afin d'aider au processus de décision du spécialiste, il est préférable, dans la plupart des circonstances, que l'intervention soit complète et optimale. Cela devrait avoir comme objectif, entre autres, d'éviter les consultations multiples qui allongent indûment le service à l'urgence ;
- À moins qu'un transfert en spécialité ait été accepté, le médecin de l'urgence est le médecin traitant pour la durée du séjour à l'urgence ;
- Le délai de prise de décision par le consultant devrait être établi en tenant compte du milieu et de l'achalandage à l'urgence. En général, surtout pour les urgences lourdes et achalandées, le délai moyen recommandé est de deux heures entre la demande de consultation et la prise de décision du consultant. Tous les efforts devraient être faits pour respecter ce délai après les heures normales, soit en soirée et enfin de semaine. La méthode recommandée pour arriver à cette fin est l'établissement de protocoles individuels avec chaque département dans le but d'assurer une entraide mutuelle pour respecter les délais de consultation ;
- L'unité d'urgence devrait établir un mécanisme de surveillance des délais liés à la consultation : temps de demande ; temps de réponse verbale ; temps de prise de décision.

¹ DUMOUCHE Julia, Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale ; analyse des pratiques de généralistes normands, Thèse de doctorat en médecine, ROUEN, 2012, p. 53.

²Ibidem.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

1-3-2-3/ Suivi du patient à l'urgence

L'urgence n'est pas considérée comme une clinique externe ou une clinique sans rendez-vous. Les visites pour le suivi d'un patient doivent avoir lieu en dehors de l'urgence, soit en clinique externe, ou en cabinet privé. Les situations nécessitant un retour du patient à l'urgence devaient être exceptionnelles.¹

1-3-2-4/ L'organisation du transfert des patients inter établissement

Le médecin de l'urgence devrait prendre en charge un patient dans l'urgence si, après le processus évaluation des patients, les conditions de prise en charge d'un patients ; sont respectés. Si ces éléments ne peuvent être respectés, le médecin devrait prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers l'établissement approprié. Chaque urgence devrait avoir une politique, approuvée par le conseil d'administration de l'établissement, pour les transferts inter établissements.

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

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

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

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

¹ DUMOUCHE Julia, Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale ; analyse des pratiques de généralistes normands, Thèse de doctorat en médecine, ROUEN, 2012, p .55.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

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

Parmi certains principes fondamentaux pour bien circonscrire les conditions et les règles de transfert¹ :

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

¹DUMOUCHE Julia, Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale ; analyse des pratiques de généralistes normands, Thèse de doctorat en médecine, ROUEN, 2012, p .55.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

1-3-2-5/ Le processus d'admission du patient

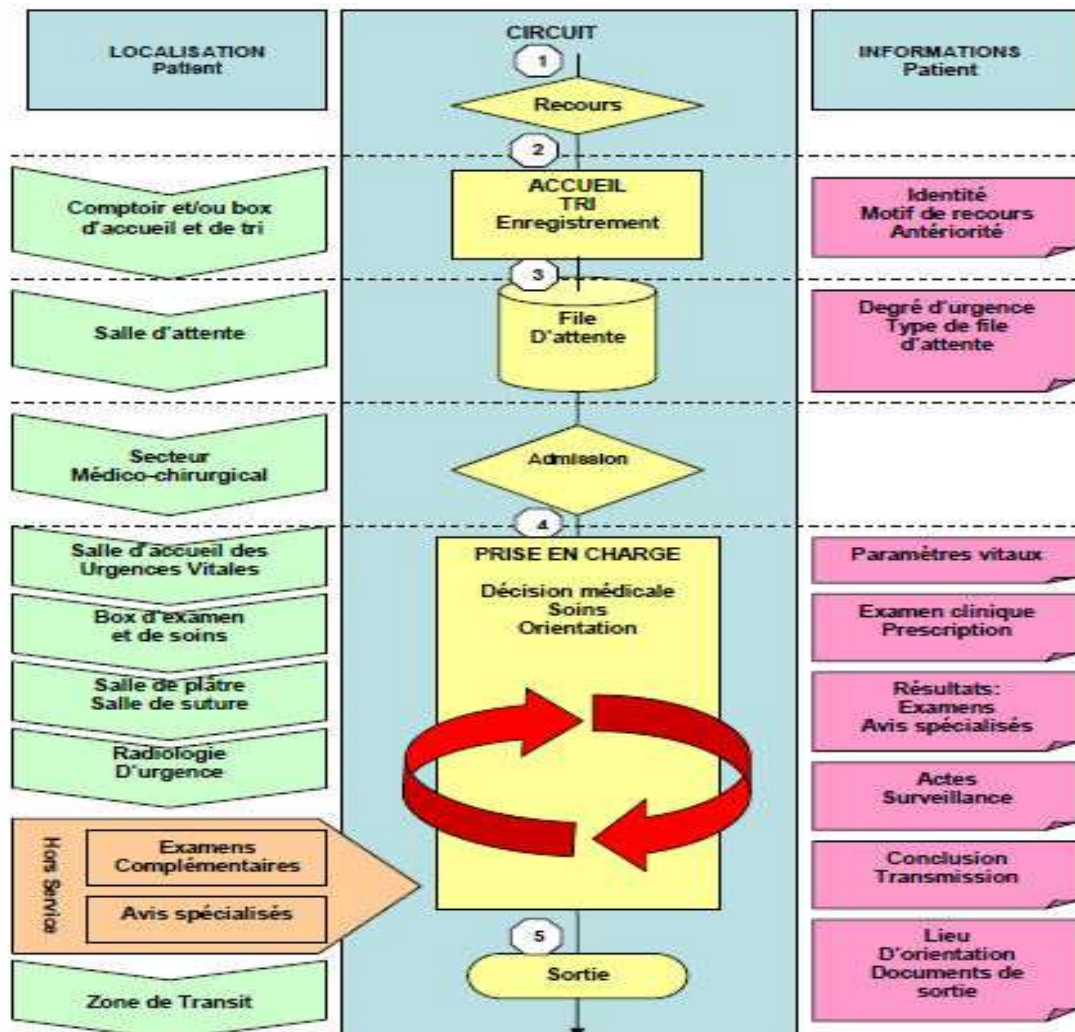
La marche à suivre pour l'admission d'un patient à l'hôpital devrait être clairement établie. Il faut pour cela tenir compte des différentes étapes liées au processus d'admission : la rédaction de la demande comme telle, étape relevant du personnel du service d'admission et processus de transfert de l'urgence vers une autre unité de l'hôpital. Voici quelques exemples d'éléments qu'il est important de prendre en considération¹ :

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

¹ DUMOUCHE Julia, Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale ; analyse des pratiques de généralistes normands, Thèse de doctorat en médecine, ROUEN, 2012, p. 57.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

Figure n°2 : Processus global de prise en charge du patient au sien du service des urgences



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

Cette figure présente le processus globale de prise en charge des patients au sien du service d'urgence, cette dernière illustre les différents étapes de soins à suivre le patient dès l'entrée jusqu'à sa sortie.

Section(2) : Les modalités de la gestion du service des urgences

La gestion en ce qui touche les urgences, c'est l'ensemble des activités en matière de prévention, d'atténuation, d'intervention et de rétablissement.

L'objectif de cette présente section est de mettre l'accent sur la gestion au sien du service des urgences, et plus précisément la gestion des files d'attentes, la gestion des flux des patients, et enfin la gestion d'éthique.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

2-1/ la gestion de temps

Les consultations et hospitalisation en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public, car une augmentation de la fréquentation des urgences est partout observée ces dernières années. Le nombre des patients augmente ainsi de manière continue ; et cela engendre un encombrement majeur et de longs délais d'attentes dans les services d'urgences hospitalières.

- **Le délais d'attente :** *« appelé aussi le temps d'attente, c'est le nombre d'heure entre le moment où le patient rencontre l'infirmière d'accueil et le moment où le patient rencontre le médecin pour la première fois »¹*
- **L'encombrement des urgences :** est un problème international, il est défini comme suit : *« une situation où la demande de service dépasse la capacité à offrir des soins dans un délai raisonnable, rendant impossible l'administration de soins de qualité par les médecins et les infirmières »²*

L'engorgement des services d'urgences hospitalières, est une partie responsable de la formation des délais d'attente. Les délais d'attente n'ont pas une seule et unique cause, il représente un problème à facettes multiples et sont la résultante d'une interaction complexe entre demande et offre. Si, à un instant donné, le nombre des personnes qui demandent un service est supérieur à celui qui peut être satisfait avec la capacité de production du moment, on assistera en règle générale à la formation de délais d'attente. Si la demande s'accroît alors que l'offre reste inchangée, les délais d'attente vont s'allonger.

En plus, les temps d'attentes ne sont toutefois pas tous égaux : certains peuvent être nécessaires d'un point de vue, d'autres sont tout simplement un désagrément. Par ailleurs, de longs délais d'attente peuvent entraîner un départ anticipé des patients (partir avant de voir un médecin), en raison d'une attente jugée trop longue.

Cependant, une évaluation des urgences est nécessaire pour collecter des données concernant les délais d'attente qui seront utiles pour améliorer la gestion des services

¹KESSAI, Melaaz ;TADINE, Sabrina. *Essai d'analyse des déterminants des délais d'attentes dans les services d'urgence hospitaliers en Algérie : Cas des EPSP de la région d'AMIZOUR*. Mémoire de Master, en sciences économiques, BEDJIA : Université Abderrahmane Mira de Bejdia, Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, 2013, p.28.

²Ibidem

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

hospitaliers. Elles devraient servir à suivre la situation existante, prévoir la situation à venir et concevoir différents scénarios possibles, il est envisageables de partager avec des spécialistes des informations permettant d'établir des comparaisons pour déterminer si les services offerts peuvent être amélioré.¹

2-1-1/ Evaluation des délais d'attentes

Pour bien gérer le nombre des patients dans les urgences, pour réduire le temps d'attentes et améliorer la satisfaction du patient, et avant de lancer des politiques de santé, il est nécessaire d'évaluer les services d'urgences afin de cerner et de déterminer les causes structurelles d'allongement des délais d'attentes qui seront utiles pour prendre des décisions judicieuses.

En effet, plusieurs mesures sont calculées afin d'évaluer le temps que les patient passent au service d'urgence et plus précisément les délais d'attentes :

- Durée du séjour au service d'urgence : c'est le délai entre l'inscription ou le triage du patient et le moment où le médecin du service d'urgence prend la décision d'accorder son congé au patient où le moment où le patient est admis à l'hôpital ;
- Délais jusqu'à l'évaluation initiale du médecin : c'est le délai entre l'inscription ou le triage du patient et le moment où le médecin d'évaluer pour la première fois ;
- Délais jusqu'à la sortie : c'est le délai entre l'inscription ou le triage et le moment où le médecin prend une décision concernant la sortie du patient (décision quant au congé ou à l'admission) ;
- Délais jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation : c'est le délais entre la décision d'admettre un patient en soins de courte durée et le moment où le patient est transféré du service d'urgence à l'unité de soins aux patients hospitalisés.²

2-1-2/ Stratégie de réduction des délais d'attente dans le service des urgences

Chaque pays, a opté pour des politiques de santé qui lui semble des solutions adéquates afin de diminuer au maximum le temps d'attente aux urgences. Parmi les politiques mises en

¹Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au canada 2012 : regard sur les temps d'attentes* [en ligne]. Ottawa, 2012, p.29.Format PDF. Disponible sur : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullResport-FRweb.pdf (consulté le 02/09/2016).

²Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au canada 2012 : regard sur les temps d'attentes* [en ligne]. Ottawa, 2012, p.29.Format PDF. Disponible sur : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullResport-FRweb.pdf (consulté le 02/09/2016).

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

œuvre dans le but de réduire des délais d'attentes dans les services d'urgences et qui sont présentées comme suite :

- Politiques financières : cette politique est basée sur la mise en place d'un financement particulier accordée aux hôpitaux dans le but d'une réduction quantifiable du temps d'attente dans leurs services d'urgences ;
- Politique en matière de ressources humains : Elle consiste à la formation des ambulanciers paramédicaux pour évaluer les patients aux centres de soins ;
- Politique d'organisation : dans le but de réorganiser les services d'urgences¹.

L'augmentation croissante en volume d'activité des services d'urgence engendre d'une part une pression sur la redistribution du budget au sein de l'hôpital, et remet en cause d'autre part l'allocation des ressources matérielles et humaines consacrées aux soins d'urgence. Considérés comme « une porte de l'hôpital en permanence ouverte », les services d'urgence sont souvent confrontés au fait de leur engorgement, au mécontentement des patients provoqué par de trop longs temps d'attente. L'amélioration du processus de prise en charge des patients, et la maîtrise des ressources mutualisées deviennent donc primordiales pour réduire le temps d'attente et maintenir une bonne qualité de soins dans les services d'urgence.

2-2 / La gestion des flux des patients

Il est intéressant aux hôpitaux d'aborder la logistique, qui s'intéresse à la gestion des flux en matières et la logistique qui porte sur la gestion des flux patients. La performance de l'hôpital est fortement liée à l'ensemble des performances des services le constituant, notamment le service d'urgence. La gestion des flux des patients au niveau du service des urgences est l'un des problèmes les plus importants à gérer par les directions hospitalières.

L'augmentation en permanence du nombre des patients arrivant sur le service est l'un des facteurs qui rend la gestion de ces flux problématique.

L'arrivée aléatoire des patients au service des urgences est la particularité de ce dernier comparé aux autres services de l'hôpital. Cette arrivée engendre un manque de maîtrise de l'amont et de l'aval du parcours du patient et une faible anticipation du processus de prise en charge des patients. L'objectif principal d'un service des urgences est de garantir une prise en charge rapide et qualitative des patients tout en planifiant les ressources du système hospitalier².

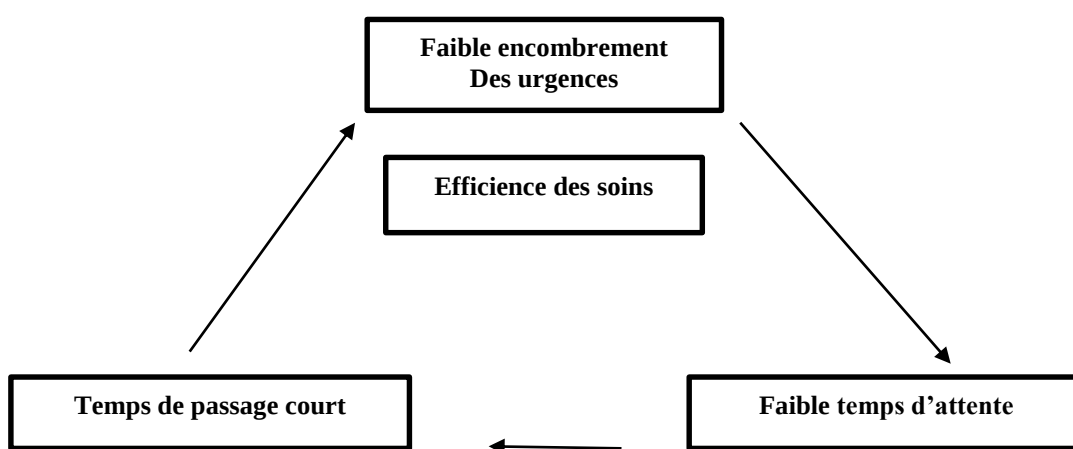
¹Ibid. p .35.

²JLASSI, Jihen. *Amélioration de la performance par la modélisation des flux logistiques des patients dans un service d'urgence hospitalier* [en ligne]. Thèse de Doctorat, Méthodes Quantitatives Productique et Génie

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont confrontés à des flux des patients entrants qui ne cessent de croître. Le temps de passage au SAU est dépendant d'une part de la qualité de l'organisation interne du service et de ses prestataires directs (radiologie, biologie, ...), et surtout de la gestion des flux d'aval pour les patients nécessitant une hospitalisation au décours de leur passage. Le surencombrement des urgences est source de gaspillage des ressources humaines du SAU. Ainsi, pour prodiguer des soins de qualité, il faut désencombrer le SAU en agissant sur le temps de passage qui devrait rester un élément prioritaire¹.

Figure n°3 : la gestion des flux du patient au sien du service des urgences



Source : <http://www.copacamu.org.IMG.PDF.ETC> (consulté le 23 /08 /2016).

Ainsi globalement, la gestion maîtrisée des flux repose donc sur les éléments suivants :

- ✓ organisation du service optimale ;
- ✓ anticipation des besoins en termes d'offre de soins ;
- ✓ connaissance de l'ensemble des lits disponibles de l'offre de soins ;
- ✓ mise en place et développement des réseaux de soins².

Pour la maîtrise et la bonne gestion des flux des patients, le service des urgences devrait suivre quelques directives qui peuvent être présentées comme suit :

- **Mise en place du Pôle des Urgences :** Il est nécessaire de développer et renforcer les partenariats entre les services composant le pôle d'urgence. Les médecins et soignants

Industriel, PARIS : Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, 2009, p.1. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/./document> (consulté 27/07/2016).

¹<http://www.copacamu.org.IMG.PDF.ETC> (consulté le 23 /08 /2016).

² <http://www.copacamu.org.IMG.PDF.ETC> (consulté le 23 /08 /2016).

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

qui y travaillent devraient pouvoir favoriser les échanges voire les mutualisations partielles entre les services en cas de besoin.

Ainsi, en cas d'afflux importants des patients, la possibilité de disposer des ressources disponibles permet de gérer rapidement des pics d'affluence afin d'éviter un surencombrement source de dysfonctionnement

- **Reconnaître la pénibilité et la spécificité du travail :** De nombreux intervenants, qu'ils soient médicaux ou soignants exerçant actuellement au sein des urgences n'y sont souvent pas formés spécifiquement. En outre, le travail au sein des SU est épuisant en cas de flux incessant des patients. Il est impossible de garantir l'efficacité, l'attention et le rendement maximal d'un médecin ou d'un soignant lorsque celui-ci travaille plus de 12 heures d'affiler aux urgences. Il apparaît nécessaire de la mise en place d'un système où seuls des médecins urgentistes spécialisés et des soignants correctement formés travaillent au sein du SU, mais n'exercent pas une activité continue supérieure à 12 heures. Ce type d'activité en temps continu impliquerait, pour les médecins, une disparition des tableaux de garde, mais au prix bien sûr d'un renforcement de l'équipe médicale.

- **Améliorer la formation des équipes médico-soignantes :** La Médecine d'Urgence est reconnue maintenant comme une spécialité médicale, ce qui implique une formation académique des médecins beaucoup plus spécifique qu'elle ne l'est actuellement. Concernant le personnel infirmier, il apparaît de plus en plus nécessaire que la spécialisation d'urgence se développe. Les infirmières travaillant dans les services d'urgence devraient en effet acquérir une compétence spécifique pour certaines activités propres aux urgences telles que la zone de tri formation infirmière organisateur d'accueil (IOA), la zone de déchoquage et l'apprentissage de la gestion simultanée de nombreux patients.

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

- **Améliorer et développer l'informatisation des services d'urgence :** Il sera nécessaire de développer des dossiers informatisés médicaux permettant, outre un gain de temps

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

appréciable, une amélioration de la qualité des informations médicales individuelles et collectives (disponibilité des lits d'aval, base de données, veille sanitaire, communication d'information aux médecins traitants en temps réel,...)¹.

2-3/ La gestion d'éthique

Les moyens diagnostiques et thérapeutiques de l'urgence sont de plus en plus nombreux et perfectionnés, empruntés à de nombreuses spécialités. Plus que toute autre discipline, la médecine d'urgence fait appel à des compétences issues de catégories professionnelles variées. Les praticiens qui l'exercent agissent ponctuellement et disposent d'un temps limité pour prendre une décision qui peut être lourde de conséquences pour le patient, ils doivent se focaliser sur l'essentiel, agir vite, apprendre à gérer plusieurs démarches de soins, à conjoindre les étapes diagnostique et thérapeutique.

La complexité du travail sollicite une équipe solidaire et responsable, mais n'empêche pas tous risques de perte d'information et de dilution de la responsabilité.

Il est demandé au médecin d'être non seulement au meilleur des connaissances et des compétences requises dans son métier mais encore essayer d'acquérir des compétences éthiques, en situation d'urgence².

Les membres de l'unité d'urgence devraient se soumettre à des règles plus spécifiques qui découlent des particularités de la pratique dans cette unité. Les éléments énumérés ci-dessous illustrent certaines responsabilités morales fondamentales des professionnels et du personnel de l'unité d'urgence. Ces règles d'éthique sont adaptées de celles de l'American Collège of Emergency Physicians (ACEP)³. Le professionnel de l'urgence devrait :

- ✓ Reconnaître la primauté du bien-être du patient comme sa responsabilité professionnelle fondamentale ;
- ✓ Répondre rapidement et adéquatement, sans préjugé ou partialité, à toute demande de soins qui constitue une urgence médicale ;

¹<http://www.copacamu.org.IMG.PDF.ETC> (consulté le 23 /08 /2016).

² BENSALID, Ahmed, Les urgences et l'accueil .mémoire de fin d'étude, Alger : école national de santé publique el Marsa-Alger, juin 2005, P.14. Disponible sur :<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad081111.pdf> (consulté 03 /09/2016).

³NSIAMUNU, Edison. *Motifs des consultations chirurgicales à l'unité des urgences de la clinique Bondeko*[en ligne]. Thèse de Doctorat, en sciences biomédicales, CONGO : Université Chrétienne de Kinshasa-médecine générale, 2013.p.2.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

- ✓ Respecter les droits des patients et s'efforcer d'agir dans leur meilleur intérêt, en particulier pour les patients les plus vulnérables ou incapables de choisir un traitement en raison d'une
- ✓ Altération de leur capacité à consentir ;
- ✓ Communiquer sincèrement avec les patients en s'assurant de leur consentement éclairé à tout traitement, à moins que l'urgence de leur condition ne nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate ;
- ✓ Respecter le droit des patients à la confidentialité et ne divulguer des enseignements confidentiels qu'avec le consentement du patient ou lorsque cela est requis en raison d'un devoir supérieur tel que le devoir de protéger autrui ou d'obéir à la loi ;
- ✓ Interagir honnêtement et équitablement avec les collègues de travail et prendre les mesures appropriées pour protéger les patients des prestataires de soins dont les facultés sont affaiblies, qui sont incompetents ou qui s'engagent dans la fraude ou l'escroquerie ;
- ✓ Soutenir les efforts sociaux d'amélioration de la santé publique et de la sécurité ;
- ✓ Soutenir les efforts de réduction des conséquences des blessures et des maladies.

Section(3) : les problèmes rencontrés au niveau du service des urgences

Les urgences représentent une part des consultations non programmées et sont dans la majorité des cas orientées vers le centre hospitalo-universitaire ou l'hôpital du secteur sanitaire le plus proche, sans aucune prise en charge immédiate.

Ceci a pour conséquence le recours immédiat aux services des urgences hospitaliers. De plus, les consultations assurées par ces services et qui ne relèvent pas de l'urgence, représenteraient une part importante de l'activité de ces structures. Ceci explique que ces services sont de plus en plus surchargés.

3-1/ La surcharge des structures des urgences

La surcharge des Structures des Urgences (SU) est une souffrance et une doléance des urgentistes depuis plusieurs années. Toutes les SU connaissent de façon chronique, ou lors de la période plus ou moins longue, une activité qui déborde leurs capacités d'accueil.

L'ensemble des SU a alerté les autorités de tutelle sur une surcharge inhabituelle des services avec des conséquences importantes sur les possibilités et la qualité de prise en charge des patients. Et que cette situation vécue comme intolérable par les professionnels et les patients.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

3-1-1/ Les causes de la surcharge du service d'urgence

Parmi les causes de la surcharge du service d'urgence, nous pouvons citer :

- ✓ Il y a trop de gens qui viennent aux urgences et qui n'ont rien à y faire consultations « non urgentes » est la cause principale de cette surcharge des SU ;
- ✓ diminution du nombre de lits disponibles dans un établissement entraîne une surcharge des Urgences (temps de séjour) ;
- ✓ Forte corrélation : durée séjour aux urgences / taux d'occupation des lits ;
- ✓ Les Urgences saturées sont la conséquence d'une diminution des sorties de l'hôpital.

Il n'y a pas de transfère des patients vers d'autres établissements sans défaut de pouvoir trouver les places suffisantes au sein de l'hôpital, les urgences envoient une partie de leurs patients vers l'extérieur. Les hôpitaux publics et certaines cliniques privées jouent ainsi le rôle de soupape.

3-1-2/ Conséquences d'une surcharge des urgences

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

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

3-1-2-1/ Pour les patients

Outre le mécontentement des patients, lié à des délais de prise en charge jugés trop long et des attentes dans les couloirs, les conséquences d'une surcharge des SU sont maintenant bien connues en termes de morbi-mortalité¹ :

¹BRAUN, François ; PATERON, Dominique ; GIROUD, Mar. *Surcharge des structures des urgences et gestion des Hospitalisations*[en ligne]. Note de synthèse, SAMU-urgences de France, septembre 2013.Format PDF. Disponible sur : <http://www.samu-de-france.fr/documents/act...> (consulté le 27/03/2016).

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

- ✓ 1/3 des évènements sentinelles de dysfonctionnement liés à un mauvais pronostic sont en relation avec une surcharge des urgences ;
- ✓ La prise en compte de la douleur est moins bonne en cas de surcharge des SU ;
- ✓ L'augmentation de la mortalité hospitalière, les délais de mise en route d'une antibiothérapie d'un traitement antalgique et la mortalité à 10 jours est augmentée lors d'une admission en cas de surcharge de service d'urgence.

3-1-2-2/ Pour les professionnels

Cette surcharge dans les structure entraine une surcharge du travail qui créant un environnement malsain, défavorable à la pratique ; en conséquent de tout cela, les personnels exercent leur profession dans un contexte pleine de complexité qui entraine à son tour tel que : un épuisement professionnel. Les facteurs liés à cet épuisement des urgentistes sont connus et pour certains, inhérents à l'exercice professionnel lui-même (pression de l'entourage, rythmes de travail variables, surcharges périodiques de travail.) ;

D'autres sont directement liés à des facteurs organisationnels internes au service, mais aussi à l'ensemble de l'établissement : les non-respects de standards de prise en charge par manque de moyens, les difficultés liées aux lits d'aval et les relations difficiles qui en découlent avec les collègues sont régulièrement rapportés.¹

L'insatisfaction au travail est aussi un élément régulièrement identifié de stress professionnel. L'exercice de l'urgentiste consiste, en un temps contraint (au maximum 24 heures) d'assurer le juste soin à savoir :

- ✓ Qualifier la demande du patient : identifier derrière sa demande, son symptôme, le réel besoin de soins ;
- ✓ Agir pour préserver la vie et /ou la fonction en appliquant les thérapeutiques adaptées ;
- ✓ Orienter le patient, au bon moment, dans la filière de soins adaptée à son état.

Si « qualifier » et « agir » révèlent des compétences mêmes de l'urgentiste et du plateau donc de l'aval des urgences. Ne pouvoir assurer pleinement ses missions, son métier, est un facteur fort de désengagement professionnel et retenti sur l'ensemble de la prise en charge du patient : de nombreux urgentistes reconnaissent, en s'en plaignant, que leur principale

¹ BRAUN, François ; PATERON, Dominique ; GIROUD, Mar. *Surcharge des structures des urgences et gestion des Hospitalisations[en ligne]*. Note de synthèse, SAMU-urgences de France, septembre 2013 p .3.Format PDF. Disponible sur : <http://www.samu-de-france.fr/documents/act...> consulté le 27/03/2016

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

préoccupation à l'arrivée d'un patient devraient plus de se demander « ou le diriger » plutôt que « quelle est sa pathologie ».

3-2/ les problèmes liés à L'accueil

L'accueil des personnes en demande de soins, constitue une priorité pour les usagers .que les symptômes mettent en cause le pronostic vital ou qu'ils soient, d'un point de vue médicale, de nature bénigne, la souffrance physique ou psychologique justifie le recours à ces unités.

Par l'accès à un plateau médicochirurgical, aux soins infirmiers dispensés dès la prescription médicale, aux spécialiste présents et pouvant donner un avis rapidement, l'accès 24h/24 permettant de pouvoir conjuguer travail et soins.

Ces services importants expliquent aussi le choix en faveur des Urgence Médico-Chirurgical (UMC) du secteur public qui demeure gratuit.¹

3-2-1/ L'accueil et l'orientation

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

L'accueil, première étape de la réception du malade souvent négligée dans nos structures d'urgences, est aussi une conséquence d'une mauvaise organisation.

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

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

L'absence d'une porte qui permet l'accès direct des malades graves dont le pronostic vital peut être mis en jeux.²

- L'absence d'un réel sentiment de sécurité ;
- Le passage obligatoire de toute admission par les urgences ;

¹ANTOURI Abdelmalek. *Organisation et fonctionnement des urgences médicochirurgicales*. Mémoire, Formation des praticiens inspecteurs, ALGER : Ecole Nationale de la santé publique, Alger, Juin 2005, p.11

² ANTOURI Abdelmalek. *Organisation et fonctionnement des urgences médicochirurgicales*. Mémoire, Formation des praticiens inspecteurs, ALGER : Ecole Nationale de la santé publique, Alger, Juin 2005, p.12

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

- Durée d'attente reste plus ou moins longue.

3-2-2/ Problème d'aval

Le principal problème n'est pas l'amont mais l'aval : c'est-à-dire la grande difficulté que rencontrent les médecins pour faire sortir les patients des urgences. Le système repose sur une logique assez simple : une fois passés les premiers soins, le patient a vocation à rejoindre assez vite un service de spécialité (cardiologie, néphrologie) de l'hôpital ou une structure de long séjour. Mais bien souvent, les urgentistes n'arrivent pas à trouver des lits disponibles.

3-3/ Les autres problèmes

Parmi autres problèmes liés à la bonne gestion des services d'urgences sont :

3-3-1/ Formation continue

Constitue le point faible de l'urgence, tout corps confondu, médical, paramédical, administratif, en dehors de la formation initiale de la base. Malgré l'importance et l'apport considérable qui peut résulter de la formation continue, il existe une absence d'une véritable politique de formation selon le besoin de santé et la réalité technologique. En effet, rares sont ceux qui ont bénéficié d'une formation pratique ou théorique qui peut garantir une réelle qualité de soins ; et une sécurité du patient, l'absence de protocole ou procédure répandant aux normes de la pratique médicale¹

3-4-2/ La disponibilité des médicaments

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

Une négligence qui fait que des médicaments et consommables qui coûtent très chers se trouvent partout et à la disposition de ce qui n'évite pas le vol et le gaspillage. Souvent des ruptures de certains médicaments et/ou consommables rendent la tâche difficile et justifient l'évacuation d'un malade, ou la réalisation d'une exploration à titre privé, ainsi de demander à une famille de ramener un médicament qui manque à la prise en charge d'un malade. Cette situation est devenue parfois intolérable surtout pour les médicaments qui sont classés à l'usage uniquement hospitalier.

¹ANTOURI Abdelmalek. *Op.cit.*, p.17.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

3-3-3/ Les plateaux techniques

Les garde primaire des urgences souffre du manque de matériel qui est souvent en pannes d'une absence d'une stratégie de maintenance efficace et qualifier ; d'autre secteurs sanitaires disposent de matériel non utilisé stocker. Au sein des CHU souvent le matériel lourd est en panne résultat d'une mauvaise gestion et une mauvaise maintenance aussi bien préventive que curative. L'organisation actuelle ne permet pas de répartir le matériel existant de façon équitable et efficace, ce même matériel peut faire défaut dans une autre structure d'urgence.

L'intérêt d'établir une nomenclature de ce matériel qui devrait être inventoriée et régionalement pour qui y possibilité de le mobiliser afin d'assurer une utilisation efficiente.¹

Un point est très important à soulever dans ce contexte c'est la qualité du matériel. Par conséquence, les soignants ne peuvent pas assurer une prise en charge de qualité et non plus une véritable sécurité des malades avec un grand manque du matériel et d'équipement

3-3-4/ Système d'évaluation

L'évaluation est une mission importante dans la recherche de qualité, c'est le devoir de tout médecins et gestionnaires des établissements d'évaluer périodiquement leur différente activité.

- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé ;
- L'évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité.

Malheureusement cette procédure n'existe pas dans les structures d'urgences par manque de volonté parfois et de formation souvent, à l'exercice des relevés mensuels de statistique des activités des urgences. Chaque étape de la prise en charge du patient devrait faire l'objet des fiches pratiques régulièrement évaluées dans le cadre d'une démarche qualité².

Conclusion du chapitre II

Le service d'urgence est l'unité la plus visible d'un hôpital, sa fonctionnalité projette le reflet de ce qui se passe dans les autres services. Il constitue un élément particulièrement structurant de l'ensemble de l'hôpital, chaque service des urgences est particulier en fonction de son statut, de ses moyens structurels et fonctionnels propres et de ceux de son établissement de santé, des caractéristiques de son réseau de soins, de son bassin de population et des besoins qu'il génère.

¹Ibid., p .20.

² ANTOURI Abdelmalek. *Organisation et fonctionnement des urgences médicochirurgicales*. Mémoire, Formation des praticiens inspecteurs, ALGER : Ecole Nationale de la santé publique, Alger, Juin 2005. p .28.

Chapitre II : Le Fonctionnement du service d'urgence en milieu hospitalier

Prendre en charge un patient correspond de plus en plus à un processus collectivement déterminé, les soins sont dispensés par différentes étapes (l'accès aux soins, le triage, la décision médicale), définie comme étant un processus finalisé, par principe, le patient en est le bénéficiaire de toute amélioration de la qualité des soins.

Le fonctionnement et la gestion du service des urgences devraient être décrits, organisés de façon schématique pour le différencier des classiques locaux (secteur public). Il est confronté à des problèmes liés aux structures, aux personnels de santé, liés à l'accueil, conduisant ainsi à des résultats non satisfaisants et une mauvaise qualité de service ; sa performance est liée directement à ses insuffisances et ces contraintes.

Le troisième chapitre fera l'objet d'une étude de terrain dans l'objectif de comprendre et de décrire l'impact du bon fonctionnement du service d'urgence au sein du CHU de Tizi-Ouzou.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Introduction du chapitre III

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

Dans ce contexte nous sommes rapprochées vers le service des urgences de centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou pour mener bien à décrire et explorer l'impact du fonctionnement de ce dernier sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou à partir d'un biais d'entretien, donc ce chapitre fera l'objet d'une analyse consécutive de terrain.

L'objectif de ce chapitre est de déterminer les résultats obtenus durant notre étude empirique.

Pour arriver à terminer notre travail nous avons abordé les étapes suivantes : dans la première section, nous présentons le CHU de Tizi-Ouzou, dans la deuxième section, nous décrivons l'organisation de service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou et son fonctionnement, enfin, le processus de la gestion du service d'urgence et son effet sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou.

Section (01) : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou

1-1/ 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 (S.S.U) et ceci par l'ouverture d'une formation biomédicale pluridisciplinaire.

Le CHU est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur, car il est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploitation, de soins, de prévention, de formation, d'études et de la recherche.¹

Le Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou est un Etablissement public à caractère administratif d'une capacité de 900 lits organisés, répartis en 42 services

¹Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

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 constitué de deux unités¹ : L'Unité Mère l'Hôpital NEDIR Mohamed, l'unité BELLOUA

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

En effet, la Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed et l'unité BELLOUA représentée dans les tableaux suivants :

Tableau n° 01 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services chirurgicaux

Services chirurgicaux	Nb de lits Réels
Chirurgie viscérale	51
Traumatologie	42
Neurochirurgie	47
Urologie	24
Chirurgie infantile (CCI)	32

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n° 02 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services médicaux

Services Médicaux	Nb de lits Réels
Médecin interne	39
Cardiologie	34
Hématologie	40
Réanimation médicale	12
Réanimation chirurgicale	07
Pédiatrie	58
Maladies infectieuses	32
Psychiatre	10
Néphrologie	18
Hémodialyse	28
Urgence de Médecine	12
Urgence de pédiatrie	12
Urgence de Chirurgie	44

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n° 03 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Les Blocs Opératoires

Blocs opératoires	Nombre de salles	Observations
Chirurgie viscérale	03	Commun à toutes les Spécialités
Traumatologie	04	
Neurochirurgie	02	
Urologie	03	
CCI	03	
Blocs des urgences	05	

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n° 04: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Explorations Biologiques

Structures existantes
Laboratoire de biochimie
Laboratoire de microbiologie parasitologie
Laboratoire d'anatomie pathologique
Laboratoire d'hémobiochimie
Centre de transfusion sanguine
Laboratoire de cytogénétique

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n° 05 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Le service de chirurgie dentaire

N°	Services	Consistance
01	Dentisterie opératoire	Clinique dentaire disposant de 50 fauteuils dentaires
02	Pathologie bucco- dentaire	
03	Prothèse dentaire	
04	Ortho- dentisterie – Faciale	
05	Odontologie Conservatrice	

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n° 06 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Services d'Hospitalisations

Services d'Hospitalisation	Nombre de lits réels
Pneumo-phtisiologie	58
Médecine physique et réadaptation	34
Endocrino-diabétologie	36
O-R-L.	22
Ophtalmologie	22
Dermatologie	15
Rhumatologie	24
Neurologie	26
Oncologie	27
Gynécologie	34
Chirurgie thoracique et vasculaire	16
Chirurgie cardiaque	16

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n°07 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Blocs opératoires

Blocs opératoires	Nombre de salles	Observations
Gynécologie	02	Commun à toutes les Spécialités
ORL	02	
Ophtalmologie	02	

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n° 08 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Explorations Biologiques et Radiologiques

Structures existantes
Laboratoire de biochimie
Laboratoire de neurophysiologie
Radiologie standard

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Le Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatre wilayas (Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdes, Bouira) dont la demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région à l'instar des autres régions du pays.

Le Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement qui couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants. En plus de sa vocation hospitalière, il assure la formation¹.

1-2/ Missions du CHU de Tizi-Ouzou

Dans le cadre des missions, le CHU de Tizi-Ouzou est chargé notamment des tâches suivantes² :

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

² Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

➤ **En matière de santé :**

- ✓ D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;
- ✓ D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- ✓ De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;
- ✓ De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

➤ **En matière de formation :** d'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur 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 ; de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

➤ **En matière de recherche :** d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ; d'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 sciences de santé.

1-3/ Différentes services du CHU de Tizi-Ouzou

Le CHU de Tizi-Ouzou est organisé en différents services, ces services sont les services d'hospitalisation, service des urgences et les services médicotechniques¹.

➤ **Services d'hospitalisation**

Ce sont des services remplissant la fonction d'hébergement des malades. Ces derniers sont ceux nécessitant des soins intensifs et dont l'état de santé demande un suivi thérapeutique en milieu hospitalier. L'admission dans les services hospitaliers s'effectue soit par le biais du service des urgences ou par le biais du malade lui-même sollicitant le service hospitalier.

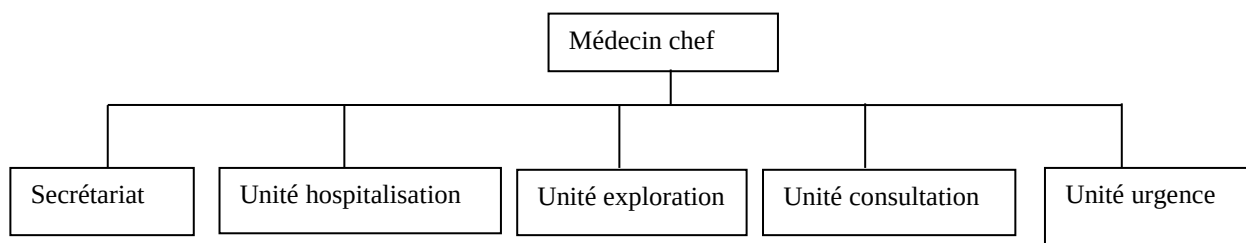
Le CHU du Tizi-Ouzou contient plusieurs services d'hospitalisation notamment :

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

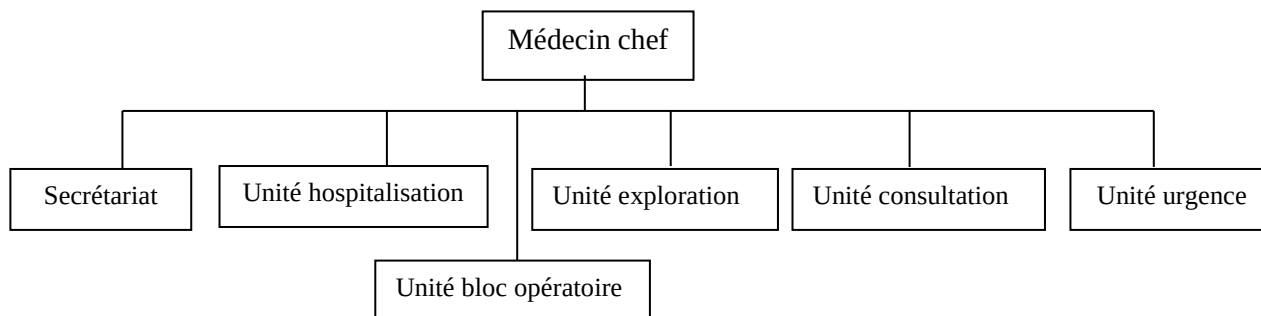
- ✓ **Services chirurgicaux à savoir :** Chirurgie viscérale, Traumatologie, Neurochirurgie, Urologie, Urgence de chirurgie, Pneumo-phtisiologie, Ophtalmologie, Dermatologie, Rhumatologie, Neurologie, Oncologie.
- ✓ **Les Services médicaux à savoir :** Médecin interne, Cardiologie, Hématologie, Réanimation médicale, Réanimation chirurgicale, Pédiatrie, Maladies infectieuses, Psychiatre, Néphrologie, Hémodialyse, Urgence de Médecine, Urgence de pédiatrie, Service de tri...
- ✓ **Services médicotecniques :** Ces services sont représentés principalement par le service de radiologie, et le laboratoire d'analyses médicales, Imagerie Médicale, Pharmacie, Maintenance Bio-Médicale, Centre de Transfusion Sanguine et Service Informatique.
- ✓ **Service des urgences :** Il est le service où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. Ce service regroupe les urgences chirurgicales, urgences médicales, urgence Pédiatrie et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Figure n°04 : Structure générale des services médicaux



Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Figure n°05 : Structure générale des services chirurgicaux



Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

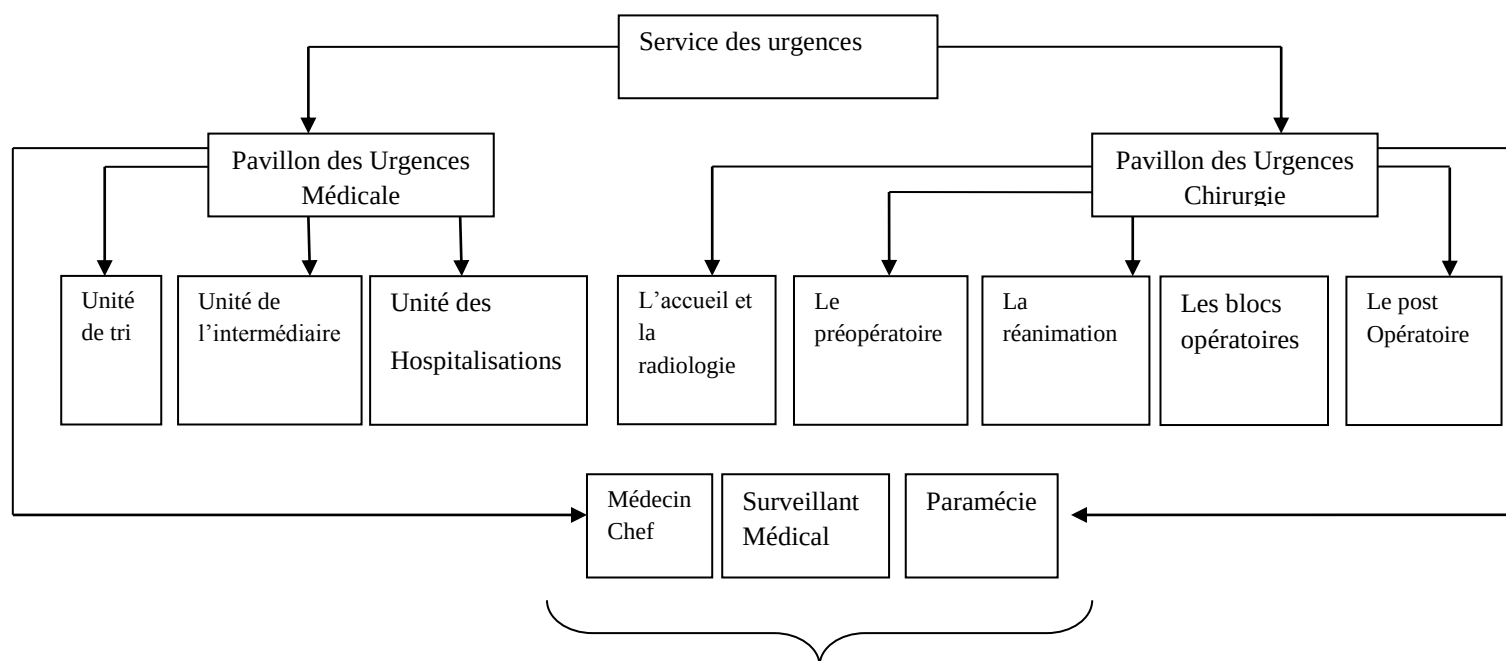
Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Section (02) : L'organisation et le fonctionnement du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou

Il s'agit dans cette section de présenter, l'organisation et le fonctionnement du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou. Ce dernier repose sur une prise en charge hiérarchisée des urgences : Le premier niveau est représenté par la prise en charge des urgences médicales (ambulatoires ou mineures). Le deuxième niveau est d'assurer les soins aux malades qui ne peuvent pas être traités « ambulatoirement » nécessitant une hospitalisation et des techniques d'investigation non disponibles au sein du premier niveau (les urgences chirurgicales)¹.

2-1/ La place du service d'urgence au sein du CHU de Tizi-Ouzou

Figure n°06 : Organigramme du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou



Source : réalisé par nous même

Cette figure représente l'organigramme du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou, ce dernier se décompose en deux pavillons : le pavillon des urgences médical et le pavillon des urgences chirurgical.

¹ OULD-KADA, Mohemmed. *Recueil des textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de santé*, 2010, p. 492.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Le service des urgences est communément appelé l'hôpital de jour en raison de l'impossibilité de garder les malades au-delà de 24 heures.

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

La prise en charge des malades relève de la compétence du médecin de garde qui décide de leur hospitalisation, leur évacuation dans d'autres structures spécialisées ou leur sortie.

La permanence de 24h/24h nécessite de mettre sur pied une équipe de jour de 08h à 16h, remplacée par une équipe de nuit qui prend le relais jusqu'au lendemain. Trois équipes de nuit et deux équipes de jour sont mise sur pied pour assurer cette permanence¹.

Le service des urgences est la première structure de contact du citoyen avec l'hôpital. C'est une structure où se conjuguent de nombreux éléments visant une bonne prise en charge des patients (diagnostic médical, prescription, dispensation et administration).

Il est service où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. Ce sont la médecine interne et la chirurgie générale qui sont astreintes à revoir l'urgence. Celle-ci se distingue par son caractère aléatoire, ce qui signifie que le nombre de malades nécessitant des interventions médicales ou chirurgicales ne pourrait être préalablement.

2-2/ Organisation des unités du service d'urgences au sien de NADIR Mohammed de Tizi-Ouzou

L'organisation du service d'urgence du CHU de Tizi-Ouzou comporte deux unités essentielles qui sont l'unité des urgences médicales et l'unité des urgences chirurgicales

2-2-1/ l'unité des urgences médicales du CHU NADIR Mohamed de Tizi-Ouzou

2-1-1-1/ La population couverte

L'unité des urgences médicales du CHU NADIR Mohamed de Tizi-Ouzou a pour mission d'accueillir toutes les urgences de l'ensemble des secteurs sanitaire de Tizi-Ouzou et

¹ Entretien réalisé avec le coordinateur M^r SEBTI.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

les évacuations de l'ensemble des secteurs sanitaires des wilayas limitrophes : Boumerdes, Bouira et de Bejaia¹ :

- ✓ L'EPSP de Draa Ben Khedda avec une population estimée à 320862 habitants
- ✓ L'EPH de Draa El Mizan ayant une population de 69077 habitants
- ✓ L'EPSP de Ougunenoun avec une population de 206511 habitants
- ✓ L'EPH de Ain El Hammam avec une population estimée à 79877 habitants
- ✓ L'EPH de BOGHNI avec une population de 142949 habitants
- ✓ L'EPH d'Azazga avec une population de 182346 habitants
- ✓ L'EPH de Larba-Nath-Irathen avec une population estimée à 83600 habitants
- ✓ L'EPH de Azefoun avec une population de 38009 habitants
- ✓ Les EPH de la wilaya de Boumerdes avec une population de 707529 habitants
- ✓ Les EPH de la wilaya de Bouira avec une population de 683196 habitants
- ✓ Les EPH de la wilaya de Bejaia avec une population de 935743 habitants

Cette structure assure parallèlement durant le jour des activités de soins et de prévention.

Elles sont instruite en fonction de ²:

- de la densité de la population couverte,
- de la facilité de l'accès,
- de la proximité d'un établissement hospitalier quand il existe.

Elle a pour missions :

- D'examiner, d'accueillir, d'explorer et de distribuer les premiers soins d'urgences aux malades, particulièrement pour :

- les brûlures légères,
- les morsures d'animaux,
- les plaies des parties molles,
- les urgences médicales courantes, les immobilisations des fractures des membres sans déplacement,
- les évacuations des traumatismes graves (fractures ouvertes ou gros déplacement, contusions ou plaies viscérales) et les brûlures graves.
- la mise en condition des malades avant toute évacuation.

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

² OULD-KADA, Mohemmed. *Op.cit.*, p. 493.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

2-2-1-2/ Structures et matériaux du l'unité des urgences médicales du CHU de Tizi-Ouzou

Le service des urgences comporte trois unités, et dispose des moyens humains et matériels à savoir :

A/ Les unités du pavillon des urgences médicales

Cette structure comporte trois (03) unités¹ :

- Une unité de tri ou des consultations
 - Une unité de l'Intermédiaire ou salle d'observation et l'intermédiaire BIS
 - Une unité des Hospitalisations : 14 lits
- **l'unité de consultation (Le TRI) :** Il reçoit les différentes urgences sans lettre d'orientation.il s'occupe de la prise en charge initiale des malades avec éventuelle orientation à l'intermédiaire BIS ou l'intermédiaire pour avis spécialisé ; il comporte :
- ✓ Bureaux de réception
 - ✓ Une salle d'accueil et d'attente des consultants
 - ✓ Une salle d'examen dotée de 4 tables d'examen et des sources d'oxygène
 - ✓ Une salle de soins avec une armoire des produits pharmaceutiques
 - ✓ Un bureau du médecin et une chambre des internes

Cette unité a permis de recevoir et d'examiner plus de 20500 consultants.

- **l'unité de l'intermédiaire ou d'observation :** C'est l'unité accueillant des patients nécessitent des soins de 15 min a quelque heures, par exemple : dyspnée, perfusion d'antalgique, une prise en charge d'un pic hypertensif. Ainsi que les évacués de TRI (BIS) et des autres secteurs sanitaires qui seront examinés directement dans cette unité.

✓ **L'intermédiaire BIS**

- Elle siège à côté du TRI
- Elle prend en charge les malades adressés avec des lettres d'orientation au PU de médecine et les avis spécialisés du tri.

✓ **L'intermédiaire**

C'est une unité qui reçoit les patients graves évacués des différents secteurs sanitaire (surcivière) ou bien venant de l'intermédiaire BIS. Elle siège à côté de l'unité d'hospitalisation et elle contient :

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

- 06 tables d'examen et des sources d'oxygène
- Un bureau du médecin chef
- Une armoire pour les produits pharmaceutiques.

➤ **l'unité d'hospitalisation :**

Cette unité compose de :

- 04 salles pour hospitalisation, chacune dotée de 04 lits et des sources d'oxygène
- Une salle de réanimation avec 02 lits et un paillasse pour déposer les scopes
- Une pharmacie
- Une salle de soins qui contient une armoire à pharmacie
- Une salle de colloque
- Un bureau de médecin chef
- Un bureau pour les médecins assistants
- Un bureau pour le surveillant médical
- Un bureau pour le médecin généraliste comporte aussi une chambre de garde
- une chambre de garde pour les médecins résidents
- une chambre de garde pour les internes
- une chambre de garde pour les infirmiers
- les sanitaires (pour les malades et les personnels)
- Le couloir : où souvent des malades sont hospitalisés

B/ Moyens humains

Ils comprennent :

➤ **Personnels médicales :** qui sont présentés par les médecins généralistes,

➤ **Personnel Paramédical :** sont présentés comme suit :

- Un technicien de la santé (surveillant médical)
- Des techniciens de la santé en radiologie.
- Un technicien de la santé en soins infirmiers.
- Des agents techniques de la santé (A .T .S.), constitués des aides-soignants, hygiène et

entretien.

- Un agent de bureau.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

C/ Moyens matériels

Ils comprennent :

➤ Equipements lourds :

-Un appareil de radiographie standard ; permettent de faire des radiographies osseuses du thorax et de l'abdomen sans préparation.

➤ Moyens de communication et de liaison :

- Liaison de téléphonie avec l'unité hospitalière des urgences de l'hôpital
- Moyens d'évacuation et de transport des malades :
 - Des ambulances,
 - Des chariots, des fauteuils roulants et des brancards.

2-2-2/ l'unité des urgences chirurgicales du CHU NADIR Mohamed de Tizi-Ouzou

2-2-2-1 /La population couverte

L'unité des urgences de chirurgie du CHU de Tizi-Ouzou, est une structure inaugurée le 05 juillet 2000.Elle se situe à gauche a 50 mètres de l'entrée principale. Dessus elle communique avec l'unité « urgences de médecine » par 02 accès et 02 ascenseurs, en dessous, avec le sous-sol où se trouvent les vestiaires de l'ensemble du personnel¹.

Cette unité couvre une population estimée à 3 millions d'habitants, répartis sur 04 Wilayas² :

- Wilaya de Tizi-Ouzou avec 08 secteurs sanitaires.
- Wilaya de Bejaia : 935.743 habitants
- Wilaya de Boumerdes : 707.529 habitants
- Wilaya de Bouira : 685.196 habitants

2-2-2-2/L'organisation de l'unité des urgences chirurgicale

Le pavillon des urgences chirurgicales a pour mission³ :

D'accueillir, d'explorer et de distribuer les premiers soins aux malades debout ou couchés, quel que soit l'heure de la journée ou de la nuit ; D'hospitaliser tous les malades présentant un état pathologique grave ; De déterminer le service spécialisé qui conviendrait au traitement du patient et de l'orienter vers ce service ; il comprend⁴ :

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ozou.

² Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

³ OULD-KADA, Mohemmed. *Op.cit.*, p. 493

⁴ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

- Unité tri : qui comprend 05 salles de consultation, une salle de plâtre et une salle de petite chirurgie
- Pré opératoire : qui comprend 03 salles d'hospitalisation avec 05 Lits chacune et une salle de déchoquage
- Bloc opératoire :
 - Salles opératoires aseptiques
 - Une Salle opératoire septique
- 4. Post-opératoire :
 - 11 chambres
 - Une Salle de réveil à 04 lits
 - Une Salle de réanimation : 06 lits

Cette unité se compose :

A- l'accueil et la radiologie :

C'est une unité qui a pour objectif la prise en charge des consultations dans le cas d'urgence. Elle se compose de :

- **La réception** : avec un bureau à l'entrée ou se trouve le registre des consultations,
- **Une salle de soin** : réservée aux soins, aux structures et autre petites chirurgie. Elle comporte :
 - 02 tables d'examen,
 - 02 chariots de matériels,
 - 02 poupinel
- **Une salle d'ORL et ophtalmologie** : où se trouve le matériel nécessaire pour un examen ORL ou ophtalmologie.
- **Une pharmacie**
- **Une salle de plâtre** : réservée aux patients de traumatologie nécessitant un appareillage plâtré. Elle se comporte :
 - 02 tables d'examen
 - 01petit lavabo
 - 01 paillasse pour la confection des plâtres
 - 01 armoire où est disposé le matériel nécessaire scie, bandes plâtrées, bandes à gaz.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

- **La grande salle** : polyvalente traumatologie+ neurochirurgie et autre ; doté de 05 tables d'examen, 01 négatoscope, 02 sources d'oxygène non fonctionnelles ,01 bureau.
- **Une salle de chirurgie viscérale** : réservé aux urgences de chirurgie viscérale. Elle comporte :
 - Une table d'examen
 - 01 Bureau
 - 01 Lavabo
- **Une salle de radiologie** : pour les Rayons X standards, réservée aux urgences
 - Une salle de CCI :
 - 01 table d'examen
 - 01 bureau

B- le pré opératoire : Elle se décompose comme suit :

- **Salle d'échographie** : qui n'est pas fonctionnelle,
- **Salle de colloque** : dotée d'une grande table avec plusieurs sièges, 01 négatoscope, et 02 armoires réservées aux archives, et où se tiennent les colloques du matin avec les différentes équipes de garde afin de discuter des cas des patients hospitalisés.
- **Salle d'hospitalisation** : au nombre de 04 chacune avec 04 lits. 04 sources d'oxygène
- **Salle de soin** : avec 01 armoire à pharmacie, 01 négatoscope, 01 bureau, 02 tables d'examen, 01 paillasse avec lavabo

C- Le hall

D- La réanimation :

Appelée « salle de réveil D », Permet la prise en charge en des patients en période poste précoce, la préparation pré opératoire, la réanimation des AVC. Elle est dotée de : 06lits, 06 sources d'oxygène et de vide, 01 nébuliseur, 01 bureau, pharmacie, Aspirateurs.

E- Les blocs opératoires : 05 opératoires équipés

F- Le post opératoires : qui accueille les patients convalescents après leur passage en salle réveil. Il se compose de 09 chambres individuelles et une grande salle avec 06 lits, une chambre de garde pour les infirmières du service, un bureau, une salle de soins et des toilettes.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n°09 : Nombre des lits dans les services des urgences médicaux-chirurgicales

Les urgences	38 lits
Le pavillon des urgences de médecine	12
Le pavillon des urgences de chirurgie	16

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Le nombre de lits disponible au service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou est de nombre de 38lits, dont le pavillon des urgences médicales dispose de 12 lits, et le pavillon des urgences chirurgicales le nombre de lits disponible est 16 lits.

Figure n°07 : Architecteur du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou

	Couloir	Salle de détente	
02 ascenseurs		04 ^{ème} salle d'hospitalisation	04 lits
Accès aux urgences de médecine		03 ^{ème} salle d'hospitalisation	04 lits
Toilettes		Salle de soins	Préparation des malades à la chirurgie
Bureau du surveillant médical		02 ^{ème} salle d'hospitalisation	04 lits
Pharmacie		02 ^{ème} salle d'hospitalisation	04 lits
Bureau du médecin chef	Entrée	Salle de colloque	
Secrétariat		Salle d'échographie	

Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

2-3/ Les problèmes rencontrés au sein du service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou

Après avoir présenté le service des urgences comme une vitrine de CHU de Tizi-Ouzou, il est essentiel de souligner que ce dernier a des problèmes liés à l'organisation, à l'accueil, la longueur des files d'attente, ainsi au processus de la gestion de prise en charge.

2-3-1/ Les problèmes liés à l'accueil au niveau du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou

Au sein du CHU de Tizi-Ouzou, les urgences ont toujours constitué une préoccupation majeure, et que l'amélioration de l'accueil, le tri et de prise en charge des malades amenés en urgences est un objectif prioritaire et permanent de la direction générale, mais les actions entreprises n'ont pas engendré des améliorations objectives et le service des urgences demeure toujours vulnérable aux critiques de la part des malades, il n'existe pas de lieu pour l'accueil du patient et de sa famille :

- Absence de locaux et/ou locaux inadaptés.
- Absence de catégories de personnel spécifique et qualifié (hôtesses d'accueil).
- Absence de cellule d'information spécifique, mauvaise répartition des réceptionnistes.
- Absence d'orientation de qualité (basé sur la culture orale).
- Incompréhension du plan de masse existant : les patients et leur famille ont des difficultés à s'orienter au niveau du CHU : (absence du personnel d'accueil, signalisation non adaptée).
- Recrutement défaillant du malade : qualité de sélection au vu des missions du CHU.
- Absence de coordination entre le médecin traitant et le médecin du pavillon des urgences.
- Absence de relation entre le médecin de famille et le médecin d'accueil au sein du CHU.
- L'information reçue par le patient n'est pas toujours comprise.
- Le vocabulaire utilisé n'est pas toujours adapté au patient ; les documents écrits auxquels peut se référer le patient ne sont pas développés.

L'absence d'un service d'accueil et plus précisément le processus de tri qui classe les patient par niveaux de gravité dès leur arrivés aux urgences, sont les principaux problèmes d'organisation des urgences, en plus, le nombre insuffisant de personnel médical qui ne peut pas gérer le nombre accrue des patients dans la salle d'attente¹.

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

2-3-2 /Les problèmes liés à l'organisation au niveau du service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou

Malgré les instructions et les multiples directifs donnés à ce sujet, il demeure que la situation actuelle donne trop souvent lieu à des critiques de la part des malades, de leur famille et même par voie de presse.

Le service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou comme tous autres services, rencontre des problèmes de l'organisation, par ailleurs, les inspections effectuées et les rapports qui en sont établis confirment la persistance de trop nombreuses lacunes, en particulier :

- L'inorganisation de service des urgences,
- Une hygiène des lieux déplorable,
- La non disponibilité de médicaments, de la petite instrumentation, de diagnostic et de traitement¹.

Au sein du pavillon des urgences, on déplore :

- La lenteur et /ou la non disponibilité des explorations entrave la rapidité de la prise en charge du malade.
- Inexistence de protocoles de soins médicaux et paramédicaux.
- L'absence de Kits personnalisés pour les soins.
- Non disponibilité d'un plateau d'urgence étoffé pour l'examen du patient.
- La lenteur dans la prise en charge chirurgicale.
- La durée moyenne de séjour est longue.
- Absence de discernement dans la prise en charge chirurgicale de l'enfant et de l'adulte.

Le service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou affronte une multitude de contraintes d'ordre professionnel, matériel et organisationnel qui influent sur l'efficacité aussi sur la qualité des soins, ces services sont devenus, pour une part très importante des services de consultation non programmées, alors que ces services étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints. D'autre part, les personnes qui fréquentent ces lieux souffrent aussi des temps d'attentes jugées parfois excessifs.

Parmi aussi les dysfonctionnements de l'organisation des urgences de CHU de Tizi-Ouzou, le retard que enregistre par fois le personnel pour s'occuper d'un malade, il faut d'abord attendre l'arrivée du médecin de garde, alors que les souffrances du patient

¹ OULD-KADA, Mohemmed. *Op.cit.*, p. 499.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

deviennent de plus en plus insupportables, le personnel paramédical qui devait intervenir, lui aussi se considère non concerné et attendre également l'arrivée du médecin.

A l'évidence, les insuffisances ainsi relevées ne dénotent que les responsables de service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou, ne prennent pas suffisamment conscience des responsabilités qui leur incombent. Cette constatation suffit pour rappeler instamment que l'organisation et le fonctionnement de ce service ne peuvent se satisfaire d'actions ponctuelles ou épisodiques mais doivent faire l'objet d'une attention quotidienne¹.

2-3-3/ Les problèmes liés aux files d'attente et la surcharge du service des urgences

Les urgences représentent une part des consultations non programmées et sont dans la majorité des cas orientées vers le centre hospitalo-universitaire, sans aucune prise en charge immédiate. Ceci a pour conséquence le recours immédiat au service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou. De plus, les consultations assurées par ce service et qui ne relève pas de l'urgence, représenterait une part importante de l'activité de cette structure. Ceci explique que ce service est de plus en plus surchargé.

Les raisons de l'augmentation de la fréquentation de service urgences est souvent le résultat entre autre de la difficulté d'organisation du système de soin de proximité et d'extrahospitalier (polyclinique, centre de soins) d'assurer la permanence des soins et des consultations au-delà de 16h, en plus, cette augmentation des flux des patients est dû à l'absence de l'ordre dans l'accessibilité des patients aux soins de fait que ces derniers ne respectent pas la hiérarchisation des soins.

Au sein de CHU Tizi-Ouzou nous constatons des difficultés dans la gestion des flux de patients qui est dû en manque d'encadrement de processus de triage de cas d'urgence, les conduites diagnostiques et thérapeutiques sont le plus souvent laissées à l'initiative des résidents ce qui peut provoquer une augmentation de taux des décès et une dégradation de l'image de l'hôpital.

Section (03) : Modalité de gestion du service d'urgence performant du CHU de Tizi-Ouzou

3-1/Le cadre méthodologique

Avant d'approfondir dans la méthodologie de recherche nous allons faire un rappel sur la problématique centrale de notre travail et les sous questions posées.

¹ OULD-KADA, Mohemmed. *Op.cit.* p. 499.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

3-1-1/ Rappel de la problématique centrale et les objectifs de l'étude

Notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante :

Quel sont les critères d'un bon fonctionnement du service des urgences pour la performance du CHU de Tizi-Ouzou ?

Pour entourer notre champ d'étude empirique nous avons subdivisé notre problématique en trois sous questions :

- Quelle est la mission de service des urgences au sien du CHU de Tizi-Ouzou et comment est-il organisé ?
- En quoi consistent la performance hospitalière, et les différents critères de qualité dans le service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou ?
- Quel sont les modalités de la gestion du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou afin d'atteindre la performance souhaitée et quelles sont les multiples contraintes rencontrées ?

Pour répondre à cette problématique. Nous avons fixés les objectifs suivants :

L'objectif principal de notre étude est d'étudier le fonctionnement et la gestion du service des urgences comme un critère pour la performance hospitalière au sien du CHU de Tizi-Ouzou. En tenant compte les problèmes rencontrés au niveau de ce dernier.

3-1-2/ Méthodologie de la recherche

La méthode qualitative se définit comme suit : « *c'est étudié les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter à travers des significations que les gens leur donnent* »¹. Nous pouvons également la définir comme « *un accent mis sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation ou contexte spécifique influencent les phénomènes étudiés.* »²

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

Notre recherche est de nature qualitative et se base sur des notions théoriques fondées sur des recherches bibliographiques, et des données collectées sur le terrain. Dans cette

¹DUMOUCHEL Julie. *Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de Généralistes normands*. Thèse de doctorat en médecine, ROUEN : Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de ROUEN 2012, p.32.

² Ibid

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

recherche nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive, dans le but d'atteindre notre objectif de l'étude.

Pour une bonne validité de l'étude nous avons fait recours à l'entretien non directif avec les différents personnels et responsables de service des urgences de CHU T-O. Les données proviennent des différents documents, d'entrevues approfondies auprès des personnes qui sont impliquées dans le processus étudié.

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

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

3-1-2-1/ Le choix de l'outil de la collecte de données :

Au regard des objectifs fixés, nous avons choisis de réaliser des entretiens non-directifs. Pour des différentes raisons :

- par rapport au sujet traité qui est la gestion des services des urgences une clé de performante dans un hôpital, nous avons réalisé des entretiens non directif afin de cerner l'importance de la situation et de l'analyser objectivement.
- Nous avons choisi d'outil l'entretien, car nous pensons que face aux personnes interviewées les informations seront des réponses claires plus riches et ciblées sur les questions que nous avons déjà posées. En effet, nous pouvons leurs demander d'être plus clairs sur certains points, et eux peuvent nous faire part de leur expérience professionnelle. Ils peuvent également nous donner des informations supplémentaires sur le sujet et de nombreux conseils.

L'entretien est « *procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec des objectifs fixés* »¹.

L'entretien non directif de la collecte d'information laissant la personne libre d'apporter tous les éléments de réponse qu'il désire ; et de permettre un maximum d'attitude aux interviewes pour exprimer leur ressentis ou sur le sujet qui lui a été présenté.

¹AKTOUF, Omar. *Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987, p. 87.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

3-1-2-2/ Caractéristiques de la population et de l'échantillon de l'étude

D'abord nous allons définir la population de notre étude et ses caractéristiques, puis l'échantillon qui est un extrait de cette population.

A/ Caractéristiques de la population de l'étude :

La présente étude s'est déroulée dans le service des urgences d'un centre hospitalo-universitaire « NEDIR Mohamed » de Tizi-Ouzou qu'est un établissement public à caractère administratif et sanitaire, à vocation régional doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, et qui couvre quatre wilaya dont : Tizi-Ouzou ; Boumerdes ; Bouira ; Bejaia ,avec 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 C.H.U de Tizi-Ouzou se compose de deux (02) unités d'hospitalisation à savoir l'unité de NEDIR MOHAMED sise au centre-ville du Tizi-Ouzou et l'unité BELLOUA située à quatre kilomètres du chef-lieu de la wilaya.

B/ Echantillon de l'étude

L'ambition n'est pas tant de pouvoir généraliser mais plutôt de réunir des données très détaillées à propos du phénomène étudié pour le comprendre en profondeur, pour cette raison, l'échantillon utilisé dans notre étude qualitative sera généralement plus réduite et concernera des informations recueillies sur une période de temps assez longue.

Les personnes à interviewer ont été sélectionnées sur la base de leur implication dans le processus de prise en charge des patients au niveau du service des urgences, compte tenu de leur connaissance ou de leur implication dans le projet. C'est donc un échantillonnage non probabiliste, qui est un ensemble des personnes représentatives de la population concernée, selon des techniques non scientifiques¹.

Comme l'étude est qualitative, elle a portée sur Cinq responsables qui ont fréquenté la structure du service des urgences, donc l'échantillon ciblé qui a permis la collecte des données brutes pour notre étude a été sélectionnée comme suit : nous avons fait un entretien avec les personnel qui se trouve au niveau de la surveillance médicale de pavillon des urgence de médecine exactement avec : le coordinateur M^r SEBTI, le cadre paramédicale M^{me} AKKACHE, et aussi nous avons fait un entretien avec la secrétaire générale de DG M^{me} AIDE, et le dernier réaliser avec le médecin chef M^{me} OUKKID de pavillon des urgences de chirurgie

¹ www.ute.umh.ac.be consulté le 11/10/2016

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

3-2/ Mode de fonctionnement du service médicochirurgical du CHU de Tizi-Ouzou

Le fonctionnement du service des urgences médicochirurgical se base sur deux processus à savoir : le processus de prise en charge des patients qui consiste à leur accueil, mais aussi au tri de ces patients. Par la suite, le processus de gestion des flux de ce dernier.

3-2-1/ Le processus de prise en charges des patients au sien du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou

Le processus de la prise en charge des patients au CHU de Tizi-Ouzou est constitué de trois phases qui sont :

3-2-1-1/ l'accueil des patients

Le processus d'accueil au sien des urgences, comme tout processus, comporte des entrées, et des sorties dans l'objectif de soigner le patient. Suivant l'arrivée des patients, il se déclenche tout un processus pour leur présenter les soins nécessaires. Ceci nécessite la disponibilité de plusieurs intervenants des médecins urgentistes (MU) des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), des médecins internes (MI), des médecins résidents (MR), des infirmiers diplômés d'État (IDE), des secrétaires (Sec) et des agents (Ag). À la fin du processus, le patient soigné serait apte à quitter le service des urgences. Dans le cas contraire, le patient serait transféré au service d'hospitalisation adéquat.

La procédure administrative correspond à l'inscription du patient et du règlement des bons et factures. L'orientation permet de diriger le patient vers la consultation de médecine ou la consultation de chirurgie. La consultation permet de faire un diagnostic en vue d'évaluer l'état de santé du patient et par conséquent le degré d'urgence. Permet aussi d'exécuter les différents actes prescrits par le médecin traitant. Le déchoquage correspond à toutes les activités de réanimation présentées au patient dès son entrée à la salle de déchoquage jusqu'à sa sortie. Les examens complémentaires sont des examens radiologiques, avec compte-rendu, demandés par le médecin traitant.

3-2-1-2/ Le tri des patients

A l'arrivée du patient au CHU, il devrait d'abord passer par le service des urgences à l'unité de tri et l'orientation. Dans cette dernière les patients sont triés par degré de gravité et non par selon leur ordres de classements. Ce tri s'effectue en général par une infirmière d'orientation et d'accueil, aidée d'un médecin si besoin. L'évaluation du risque vital, de la douleur, des symptômes (un visage pâle, des yeux fermés, la faiblesse), des constantes vitales et de l'état clinique, pour classer le patient.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Cette unité « de consultation » à avoir la mission de prendre en charge médicalement tout patient qui se présente, même s'il ne relève pas de l'urgence réelle. Et pour les patients classés en « non urgent » doivent attendre plus longtemps après le passage des autres patients jugés en catégories prioritaires, ce qui provoque des mécontentements des patients et rend les conditions de travail plus difficiles. Il serait possible de créer un parcours rapide pour ces patients non urgents qui seraient traités par les médecins généralistes, afin de minimiser l'encombrement des structures des urgences.

3-2-1-3/ Orientation des patients

Après avoir trié les patients par l'infirmière à l'aide d'un médecin, ils les classent en 03 types :(voir figure N°08)

- Les patients en « non urgent » : comme le cas de grippe et les maux de tête, ces dernières vont être traités au niveau de cette unité « de consultation » qu'elle s'occupe de la prise en charge initiale des malades et des soins de base, à l'aide d'un médecin généraliste qui va leur inscrire des médicaments et des comprimés. Selon les médecins, ce type de patient ne nécessite pas un déplacement à CHU au service des urgences, ils peuvent consulter dans les polycliniques ou d'autres secteurs sanitaires les plus proches car sa provoque une surcharge de travail ;
- Les patients en urgences ressenties : des patients nécessitent des soins de 15 minute a quelques heures, par exemple : la fièvre à 40°C, besoin d'une injection d'insuline pour les personnes diabétiques ou hypertension artérielle pour ces cas sont évacuer à l'unité de l'intermédiaire (BIS) qui prend en charge les malades adressés avec des lettres d'orientation au PU de médecine et les avis spécialisés du tri ;
- Les patients en extrême urgence : l'urgence qui mettant en cause un danger réel sur la vie de patient comme un traumatisme ou une maladie grave. Cela nécessite une prise en charge immédiate par l'équipe médicale, où il sera évacuer dans l'immédiat à l'unité d'intermédiaire, pour faire l'ensemble des examens médicales afin que les médecins prennent des décisions médicales pour leurs état, soit l'hospitalisation au niveau de pavillon des urgences de la médecine où la sortie du CHU. s'il s'agit d'un cas qui nécessite une intervention chirurgicale, il sera évacué vers le PU chirurgicale jusqu'à l'hospitalisation ou la sortie du CHU¹.

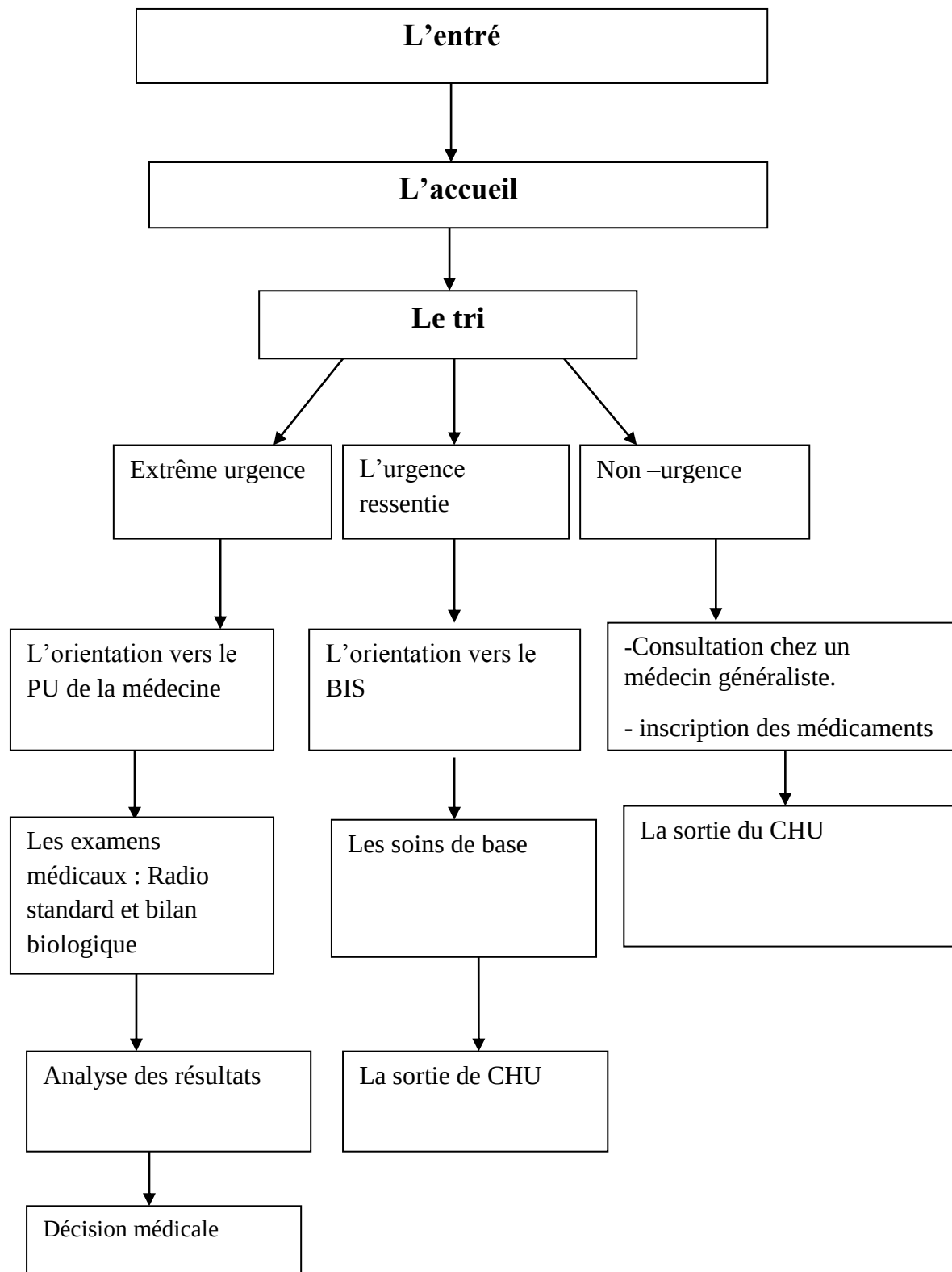
¹ Entretiens avec : M^{me} AKKACHE le cadre paramédical ; M^{me} OUKKIDE le médecin du pavillon des urgences chirurgical chef. Le 18/08/2016.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Nous résumons les étapes de la prise en charge des patients au niveau de service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou dans la figure suivante :

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Figure N°08 : La prise en charge des urgences au sien du CHU Tizi-Ouzou



Source : Conception personnel

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

3-2-2/ Processus de la gestion des flux des patients dans le service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou

La gestion du service des urgences est de manière générale, devenue un pivot du CHU de Tizi-Ouzou. En effet, on distingue la gestion des flux des patients, et la gestion des files d'attente.

3-2-2-1/ La gestion des flux des patients

La gestion des flux des patients peut poser beaucoup de problèmes, à l'heure où les services des urgences du CHU de Tizi-Ouzou connaissent une croissance exponentielle de leurs activités, force est de constater l'impact de cet état de fait sur l'allongement du temps d'attente et sur l'usage optimal des ressources destinées aux traitements des urgences vitales. Ceci nécessite une réflexion sur les modes d'accueil et de prise en charge des patients confronté au service des urgences. Etant donnée l'hétérogénéité des niveaux des urgences et la diversité des attentes des patients, il s'avère nécessaire d'analyser les flux des patients.

La gestion des flux des patients en urgences présente aussi de nombreux intérêts pour l'ensemble du CHU de Tizi-Ouzou. En effet, toutes les mesures qui amélioreront les flux des patients des urgences sont en fait des mesures qui optimisent le fonctionnement de l'hôpital et l'accès aux soins. L'activité d'urgence non programmée son flux est parfaitement prévisible. Elle peut donc être intégrée dans la gestion générale des lits de l'hôpital.

3-2-2-2/ La gestion des files d'attente

Il est bien établi, que la surcharge des services des urgences est un facteur de non qualité provoquant une morbi-mortalité supplémentaire et allongeant la durée de séjour des patients.

De même, il existe une relation directe entre la surcharge des urgences et la saturation des lits, la longue durée d'attente dans le service des urgences est l'une des causes de chez les patients. Elle est due à la mauvaise gestion des flux des patients et des ressources disponibles.

La confrontation du service des urgences aux temps mesurés a permis les responsables du CHU de Tizi-Ouzou, d'identifier des modalités organisationnelles générant des temps de passage plus ou moins longs. Après l'analyse de la situation des files d'attente, ils ont mis en évidence les points suivants :

- La proximité physique et la polyvalence des personnels réalisant l'enregistrement administratif et le triage, l'utilisation d'une classification simple des patients, un interfaçage entre les logiciels administratifs et les logiciels urgences et une visibilité

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

des patients en salle d'attente contribuent à réduire les délais d'attente de l'étape d'enregistrement et de triage des patients ;

- L'envoi des prélèvements à mesure qu'ils sont effectués, la possibilité pour le laboratoire de distinguer les prélèvements des urgences et la mise à disposition précoce des résultats semblent être liés à des délais d'attente moindres à cette étape ;
- L'existence de moyens dédiés en radiologie conventionnelle, la numérisation des clichés, un accès prioritaire au scanner lors de son utilisation programmée, la proximité du service d'imagerie contribuent à réduire les délais d'attente de cette étape. La maîtrise du brancardage des patients par les urgences semble également favoriser des délais courts ;
- Dans le service des urgences présentent des écarts importants de taux d'occupation annuels sont ceux dont le délai d'hospitalisation est le plus long : la répartition des lits en interne doit tendre vers une égalisation des taux d'occupation d'un service à l'autre ;
- Plus les délais d'hospitalisations ne sont courts, plus les services des urgences ont un taux d'hospitalisation élevé¹.

3-3/ Les critères d'un service d'urgence pour performant au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

La performance est perçue selon plusieurs critères .Parmi les différentes dimensions qui sont citées par les acteurs de l'hôpital² et appréhendées par ordre d'importance en terme de :

- Qualité des soins et sécurité des patients ;
- Orientation-patient (satisfaction du patient, accueil)
- Optimisation de ressources humaines et matérielles ;
- Maîtrise des techniques médicales les plus récentes ;
- Enseignement et recherche universitaire.

Bien que les responsables des urgences reconnaissent plusieurs dimensions à la performance hospitalière, chacun des acteurs indique un aspect plus particulier comme prioritaire. La priorité est donnée selon la fonction occupée dans l'institution et la culture de l'établissement.

¹ Entretien avec, M^{me} AIDE la secrétaire de la direction général, le 09/08/2016

² Entretien avec, M^r SABTI le coordinateur du l'unité des urgences médical, le 09/08/2016

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Les médecins (président du conseil médical et médecine-chef) se réfèrent systématiquement à la qualité des soins et très souvent aussi à l'orientation vers le patient. Ces deux dimensions constituent le cœur de leur métier.

Pour tous les acteurs¹, il semble exister une relation étroite entre qualité des soins et prise en charge des patients au sien du CHU de Tizi-Ouzou.

La qualité et la performance peuvent être déclinées selon deux paramètres :

- Structure de l'hôpital à un impact sur la qualité des soins dans la mesure où elle augmente les chances de proposer une prise en charge performante ;
- Les résultats reflétant l'état de santé de l'individu permettant d'apprécier la qualité des soins dans la mesure où une amélioration de l'état de santé du patient est considérée comme le reflet des soins médicaux de qualité.

3-3-1/ Les paramètres de la prise en charge des patients au sien du service d'urgence du CHU de Tizi-Ouzou

Les urgences constituent une préoccupation pour le citoyen et une priorité de la politique nationale de santé ; la continuité du service public devrait trouver en particulier dans les urgences et les activités chirurgicales sa pleine signification.

Le service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou assure la prise en charge des patients 24heure/24heure. Elle comprend trois parties distinctes, mais dont le fonctionnement est complémentaire, (accueil ; hospitalisation ; plateau technique).

3-3-1-1/ Accueil des patients

L'accès devrait être facile et bien indiqué, structure où arrive le malade et où il subit le premier examen médical. Les premiers soins et éventuellement des gestes de déchoquage.

Le service d'accueil des urgences montrent de plus en plus un besoin d'être assistés par des paramètres d'aide à la décision afin de mieux rentabiliser la structure et d'assurer au patient un service rendu adapté et de qualité.

Un regroupement de l'accueil des urgences permet de mieux organiser les ressources humaines et matérielles. Il est constitué :

- D'un local pour l'enregistrement des patients,
- D'une salle d'attente spacieuse
- De cabinets de consultation
- D'une salle de petite chirurgie

¹ Entretien avec M^{me} AIDE, la secrétaire de la direction général, le 12/08/2016

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

- D'une salle de déchoquage

Au niveau de cet accueil, plusieurs paramètres se présentent :

- Maintenir la continuité des soins et la transmission des informations
- Diagnostic et traitement appropriées :
 - L'observation des patients admis au service médico-chirurgical devrait être de courte durée de manière à maintenir la capacité d'accueil de cette unité.
 - Après observation et le diagnostic établi, le malade peut être traité sur place ou évacué vers la discipline dont il relève ou son domicile.
 - Le traitement relève de l'extrême urgence et le malade passe directement à la salle de « déchoquage », soins intensifs ou au bloc opération. Le malade n'est pas déclaré urgent, il est alors orienté vers une consultation ultérieure,
 - Le diagnostic est établi ; le malade en urgent relève exclusivement d'une spécialité, il est pris en charge par la garde de cette spécialité
- La réalisation rapide de la prise en charge diagnostic et thérapeutique des patients, pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates.

3-3-1-2/ Hospitalisation

Il devrait disposer de 04 à 10 lits d'observation selon l'importance de l'unité.

La durée d'hospitalisation ne devrait pas excéder 24 à 48 heures selon le cas, passé ce délai, le praticien responsable du service doit prononcer l'administration du patient dans ce service d'hospitalisation qui convient le mieux à la poursuite du traitement, cette décision est exécutoire sans délais.

Chaque service d'hospitalisation de l'hôpital doit réserver en permanence 02 à 04 lits aux patients adressés par l'unité d'urgence.

3-3-1-3/ Plateau technique

L'unité des urgences (24/24) doit être dotée d'un laboratoire ou à défaut être proche d'un laboratoire. La liaison avec ce laboratoire devraient être rapides tant pour l'acheminement des prélèvements que pour le retour des résultats.

- **Radiologie**

L'unité des urgences (24/24) devrait être dotée d'appareils de radiologie fixés et/ou mobiles, ou à défaut être proche d'un service de radiologie pour avoir les soins nécessaires.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

- **Bloc opératoire et banque de sang**

L'unité devrait être dotée d'un bloc opératoire ou à défaut être à proximité des blocs opératoires des disciplines chirurgicales et dotée également d'une banque de sang, en mesure de répondre 24/24 à toutes les demandes de l'unité des urgences.

- **Médicaments et consommables**

L'unité des urgences devrait disposer d'une réserve en médicaments et de consommables en mesure de répondre 24/24 à toutes les demandes médicales et chirurgicales.

L'organisation et le fonctionnement de l'unité des urgences hospitalières sont confiés à un praticien exerçant à titre permanent.

Il a autorité sur le personnel médical et paramédical qui participe aux urgences et la discipline du service. Il veille particulièrement :

- A la présence effective du personnel médical et paramédical.
- A la qualité de l'accueil et des soins aux malades ainsi qu'à l'accueil des familles, à la réduction des attentes,
- A l'organisation du transport des malades dans l'hôpital, à l'organisation des transferts dans l'autre établissement dans le cas où ils sont nécessaires, il coordonne les activités de cette unité avec différentes équipes de garde dans l'hôpital, il est assisté dans ses tâches d'un surveillant médical exerçant à titre permanent.

- **Moyens humains**

Pour que le service d'urgence prodigue des soins de qualité doive avoir des différentes catégories du personnel qualifiant qui sont comme suit :

Personnel médical permanent : un praticien responsable de l'unité.

Personnel médical non permanent : Médecins réanimateurs, Chirurgiens généralistes Médecins internistes, Médecins résidents (médecine interne, chirurgie générale, réanimation) dans le cas d'un centre hospitalo-universitaire, Stagiaires internés (dans le cadre de leur formation) dans le cas d'un centre hospitalo-universitaire.

Personnel paramédical permanent : Un technicien supérieur de la santé (surveillant médical), Techniciens supérieurs de la santé ou techniciens de la santé (soins intensifs, soins infirmier techniciens supérieurs de la santé en radiologie, Agents techniciens de

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

la santé (soins infirmiers, hygiène et entretien), Agents de bureau (enregistrement des malades), Agent dactylographe, Secrétaire d'administration.

- **Liaisons et moyens de communication**

- Liaisons téléphoniques avec :
 - Les autres services de l'hôpital et le plateau technique
 - La ou les unités des urgences ambulatoires
 - Les autres établissements hospitaliers
 - Le centre répartiteur médicalisé, lequel est relié au dispositif de communication de la Protection Civile.

La situation actuelle de système d'urgence exige la mise en œuvre des mesures énergique et immédiates devant permettre un impact positif par une amélioration significative des conditions de prise en charge du malade et du citoyen.

Ces mesures visent particulièrement l'amélioration de l'accessibilité de l'humanisation de l'accueil aussi bien dans les services de consultation qu'au niveau des urgences. Elles impliquent une mobilisation effective et accrue de tous les personnels de santé.

D'autres actions ayant un impact réel sur le citoyen devraient être initiées dans le sens de l'amélioration de l'accueil. Ces actions portent essentiellement sur le respect de l'hygiène, des conditions d'accueil, de l'information et de l'orientation, du respect des rendez-vous, de l'amélioration des conditions de prise en charge des malades.

Une attention particulière devrait être portée sur la fonctionnalité du plateau technique, la disponibilité des médicaments essentiels, et des consommables et une utilisation rationnelle et efficiente des personnels avec le redéploiement quand la nécessité est établie.

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

Transferts inter-établissements, les transferts intempestifs, sont souvent à l'origine du mécontentement de la population.

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

3-3-2/ La qualité des soins au sien du service d'urgence du CHU de Tizi-Ouzou

Afin d'améliorer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, la réorganisation du système de soins d'urgence incluant les structures hospitalières et

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

extrahospitalières afin d'instaurer une prise en charge plus rapide et plus efficace des urgences, nécessite une connaissance approfondie et claire de la situation sanitaire dans ce domaine. Il est important pour cela de recenser exactement les « structures d'urgence » qui fonctionnent 24 heures sur 24, et de décrire le recours à ces unités sur l'ensemble du territoire.

A cet état des lieux, l'ensemble des responsables du CHU de Tizi-Ouzou ont opéré des changements au sien de l'unité d'urgence. Pour arriver à une amélioration de l'accueil et du traitement des malades, et dispose des plateaux techniques avec le nombre de lits, et le nombre d'ambulances suffisant, l'existence d'un laboratoire et d'une radiologie, ainsi que la possibilité de pratiquer en urgence un électrocardiogramme.

A lumière de ce qui précède, l'amélioration de la qualité de l'accueil et du traitement des malades amenés aux urgences dans les structures de santé est un objectif prioritaire et permanent du CHU de Tizi-Ouzou. Les conditions de prise en charge des patients est l'indicateur le plus sensible du sérieux et de l'efficacité du système de santé. Parmi les réformes entreprises on distingue¹ :

3-2-1 /Accueil

Création d'une structure d'accueil performante dont le rôle consistera à :

- Recevoir, informer et bien orienter les demandeurs de prestations de services et leurs familles.
- Prévoir des guides d'accueil spécifiques patients – familles
- Mettre en place un plan d'orientation visuel avec une schématisation claire et précise avec panneaux de signalisation
- Recruter et sélectionner un personnel qualifié pour ces tâches (hôtesses d'accueil), les identifier (tenues, badges, ...).
- Vulgariser le règlement intérieur de l'établissement et veiller à son application.
- L'exploitation en profondeur du contenu du registre de doléances est obligatoire.
- Affecter un personnel pour les tâches d'accompagnement des demandeurs de prestations (ex. personnes âgées, handicapés, voir analphabètes).
- Création des bureaux d'aide psychologique aux professionnels de santé ainsi qu'aux demandeurs de prestations en cas de besoins (décès, catastrophes naturelles, ...).

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

- Renforcer les outils de communication interne en réseau.
- Utilisation optimale de l'intranet inter service.
- Désigner un personnel chargé de formalités administratives (APC, ...) et sociales (CNAS, ...), (correspondants de liaison).
- Eviter les termes techniques en s'adressant aux patients et à leurs familles (étalonnage linguistique).
- Pémaniser une cellule de veille afin d'assurer une coordination inter structures de santé régissant les transferts de patients.

3-2-2/ Orientation et tri

Problèmes liés au triage des patients :

- Pour les patients non urgents, il serait possible de réorienter ces patients vers d'autres types de prise en charge, afin de minimiser l'encombrement des SU.
- Réaménager un espace normalisé qui servira de tri.
- Revoir et faciliter l'accès (mécanisés et pédestres).
- Création d'un plateau technique aux UMC : biologique et radiologique.
- Rendre efficace la ventilation des malades admis aux urgences.
- Création d'un point de garde d'urgence de chirurgie dentaire.
- Dispenser une formation diplômante d'un personnel urgentiste : médecins, infirmiers, brancardiers.
- Identification des acteurs exerçant au centre de tri (badges, respect des tenues).

3-2-3 /paramètres de l'amélioration de la qualité et de la prise en charge des malades

La qualité aux urgences devrait fournir un accueil, des soins de qualité et de sécurité, et d'optimiser la prise en charge.

La qualité et son utilisation devraient être régulièrement évaluées pour être améliorées et conduire ainsi à une meilleur prise en charge des patients et à l'optimisation du fonctionnement du service et du l'établissement.

A cette raison le service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou devrait adopter un changement dans son activité, l'organisation, aussi la logistique, ces équipements et maintenance .

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

❖ Logistique

- Doter le pavillon des urgences de chariots d'urgences en quantité et qualité suffisantes.
- Assurer une disponibilité permanente (24Heur/24heur, 7jour/7jour) des produits pharmaceutiques.

❖ Activités

- Mettre à la disposition des personnels soignants des kits de soins individualisés.
- Afficher des protocoles de conduite à tenir consensuels pour l'équipe soignante.
- Renforcer quotidiennement l'équipe soignante en la rendant pluridisciplinaire.
- Réduire les délais d'attente et combattre les lenteurs de la prise en charge du patient.
- Dans la prise en charge chirurgicale, il est fortement recommandé de séparer l'enfant de l'adulte avec création d'un pôle mère-enfant.
- Création d'un nouveau pavillon des urgences englobant différentes spécialités.

❖ Organisation

- Rendre efficiente l'exploitation de tout le matériel existant au pavillon des urgences.
- Minimiser les délais d'attente par :
 - La réhabilitation de la hiérarchisation des différentes tâches assignées aux différentes catégories professionnelles.
 - L'organisation de manière obligatoire des réunions quotidiennes de coordination.

❖ Localement

- Nécessité de la présence constante des résidents et des assistants lors de la garde pour un suivi spécialisé des patients.
- Nécessité d'augmenter le personnel paramédical qui va assurer les soins.
- Nécessité de renforcer la sécurité pour assurer une meilleur prise en charge des malades et une sécurité de personnel surtout les internes car ils sont exposés aux agressions des parents des malades.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

❖ Equipement et maintenance

- Afin de réduire les délais d'attente aux urgences médicochirurgicales (UMC), l'aménagement d'une deuxième salle et l'installation d'une nouvelle table de radiologie sont impératifs, pour ne pas envoyer les patients inconscients pour faire les radiographies à distance.
- Remettre en marche le scanner des urgences médicochirurgical (UMC).
- Agrandir la salle d'observation.

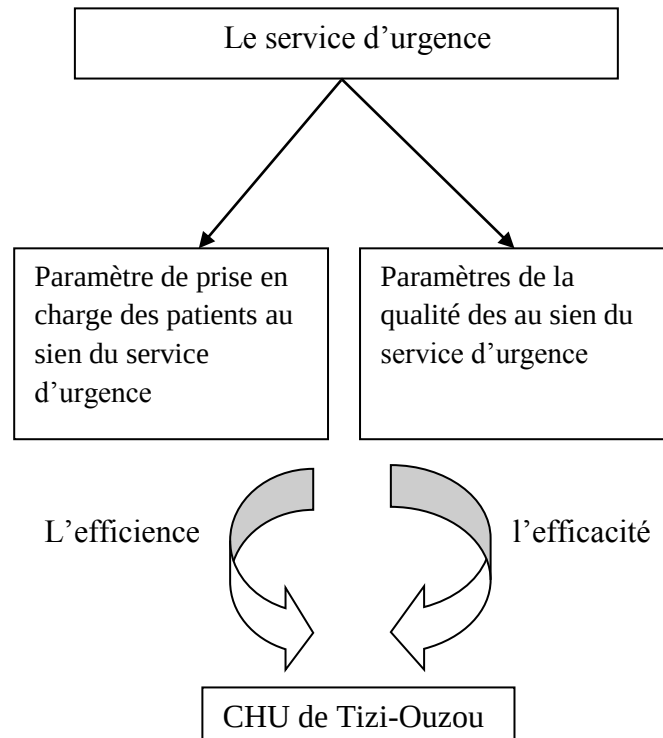
En somme, Evaluation de la qualité et la performance peuvent être déclinées selon trois paramètres : des soins à partir des paramètres de temps et de la réduction des coûts d'exploitation ; la qualité au sien du service d'urgence est évaluée en fonction des différents équipements qui le compose, ainsi la disponibilité des moyens humain et matériels suffisant.

- ✓ Paramètre de temps : La maitrise des facteurs de la qualité a un effet significatif sur l'allongement du temps de passage des patients au service d'urgence ; la mesure de la qualité est la clé d'une bonne démarche d'amélioration elle permet de motiver les acteurs, de suivre l'efficacité et l'efficience de la prise en charge des patients.
- ✓ Paramètre de la réduction des couts d'exploitation : L'amélioration de la performance du service d'urgence, réduite au sens de l'efficience, la réduction des couts d'hospitalisation, passe alors par l'amélioration des modes de pilotage et vise la maitrise de l'attente du patient. Meilleur utilisation des ressources, diminution du temps de séjour.

Chapitre III : Processus de gestion du service d'urgence comme un critère sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou

Nous résumons les paramètres de la qualité et de la prise en charge des patients au niveau de service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou dans la figure suivante :

Figure n°09 : Impact de la qualité des soins au sien du service d'urgence sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou



Source : Conception personnel

Conclusion du chapitre III

A travers l'analyse et l'interprétation des données de terrain nous avons constaté que le service des urgences est la porte d'entrée du CHU de Tizi-Ouzou.

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

Conclusion générale

Notre étude a pour objectif de déterminer Les critères d'un bon fonctionnement du service des urgences sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou.

Afin d'effectuer notre recherche nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue de la littérature, et pour confronté cette étude à la réalité du terrain, nous sommes secondés en deuxième lieu sur une étude qualitative basé sur une étude de cas, à travers un biais des entretiens non directifs réalisés avec le coordinateur M^r SEBTI, le cadre paramédicale Mme AKKACHE, et aussi nous avons fait un entretien avec la secrétaire générale de DG M^{me} AIDE, et le dernier réaliser avec le médecin chef M^{me} OUKKID de PU de chirurgie au sien du CHU de Tizi-Ouzou .

Cette étude nous a permis, de mieux comprendre et décrire la mission et l'organisation du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou, de démontrer le processus de fonctionnement de ce dernier, et enfin d'expliquer les critères d'un bon fonctionnement du service des urgences dans l'amélioration de la qualité de soins et la performance du CHU de Tizi-Ouzou lui-même.

La finalité de notre étude est d'arriver à ces différentes conclusions :

- Les urgences elles constituent une préoccupation pour le citoyen et une priorité de la politique nationale de santé ; la continuité du service public doit trouver en particulier dans les urgences et les activités chirurgicales sa pleine signification, les consultations et hospitalisations en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public.
- Le service des urgences du CHU de NADIR Mohamed assurent une activité de soins d'urgence. Elles occupent une place centrale dans le dispositif des soins. A pour prérogative de prendre en charge 24h sur 24h toutes les urgences médicale du secteur sanitaire de Tizi-Ouzou et les évacuations de l'ensemble des secteurs sanitaires de la wilaya de Tizi-Ouzou et des wilayas limitrophes à savoir : Boumerdes, Bouira et de Bejaia, couvre ainsi une population globale de 3517449 habitants.
- Le service des urgences du C.H.U de Tizi-Ouzou, nous pouvons dire que ce service est une vitrine de l'hôpital, il est décomposé en deux unités, l'unité des urgences médicales et l 'unité des urgences chirurgicales.
- L'unité des urgences médicales est une structure qui assure parallèlement durant le jour des activités de soins et de prévention, a pour missions, d'examiner d'accueillir, d'explorer et de distribuer les premiers soins d'urgences aux malades.

Conclusion générale

- L'unité des urgences chirurgicales pour mission, d'hospitaliser tous les malades présentant un état pathologique grave, de déterminer le service spécialisé qui conviendrait au traitement du patient et de l'orienter vers ce service.
- Le service des urgences est réparties par le secteur sanitaire, identifié dans le cadre de la restructuration par le Ministère de la Santé, elle comprend trois parties distinctes, mais dont le fonctionnement est complémentaire, (accueil ; hospitalisation ; plateau technique).
- Le processus de la gestion dans le pavillon des urgences médicochirurgicale :
 - Le processus de l'accueil et le tri au service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou :
 - Le processus d'accueil des urgences, comme tout processus, comporte des entrées, patients devant être soignés, et des sorties, patients soignés, suivant l'arrivée des patients, il se déclenche tout un processus pour leur présenter les soins nécessaires.
 - L'unité de tri et l'orientation, les patients sont triés par degré de gravité à leur arrivée dans la structure des urgences, ce tri s'effectue en général par une infirmière d'orientation et d'accueil, aidée d'un médecin si besoin. L'évaluation du risque vital, de la douleur, des symptômes (un visage pâle, des yeux fermés, la faiblesse) Des constantes vitales et de l'état clinique, pour classer le patient.
 - La gestion dans le service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou.
 - La gestion du flux de patients peut poser beaucoup de problèmes, à l'heure où les services des urgences du CHU de Tizi-Ouzou connaissent une croissance exponentielle de leurs activités ; cette gestion des flux présente aussi de nombreux intérêts pour l'ensemble du CHU de Tizi-Ouzou, sont en fait des mesures qui optimisent le fonctionnement de l'hôpital et l'accès aux soins.
 - La gestion des files d'attente, la longue durée d'attente dans le service des urgences est l'une des causes de frustration chez les patients. Elle est due à la mauvaise gestion des flux des patients et des ressources humaines et matérielles.

Nous pouvons conclure que le bon fonctionnement de services des urgences influence sur la performance du CHU de Tizi-Ouzou.

Un service des urgences performant vu dire un établissement de qualité, mais toujours il y a des complications liées à ce dernier dont on distingue : 90% des urgences, sont des simples consultations ; accueil des malades au pavillon des urgences est insuffisant et sans professionnalisme, voire absent, d'où la tension et l'énervement des patients et leur

Conclusion générale

accompagnateur ; manque des moyens humains et matériels ; très faible rémunération des gardes, par rapport aux privé ; les gestionnaires font de la démagogie, les responsable et le corps médical sont inconscient de leur responsabilité.

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

- Le manque de formation dispensée aux personnels sur la gestion du service des urgences.
- L'indisponibilité des personnes interviewées, suit à la surcharge du service des urgences.
- Manque des textes réglementaires sur la performance des établissements de santé en Algérie.
- Difficulté par apport à l'accès aux services des urgences, pour collecter le maximum des informations afin répondre à nos interrogations autour de notre problématique.

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

- Evaluation de la performance des services des urgences dans les hôpitaux privés en Algérie.
- Les facteurs influençant sur qualité des soins dans les services des urgences en Algérie.
- Analyse de la gestion des médicaments au sein d'une structure d'accueil des urgences.
- Essai d'analyse des déterminants des délais d'attente dans les services d'urgences en Algérie

Bibliographie

I/ OUVRAGES

- 1- CURCHOD, Claude. *Relation soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Édition Masson Elsevier, 2009.
- 2- H.DEBRIS-GUIGNERY. *Urgence-Réanimation*. Ed Estem, 2002.

II/ ARTICLES ET REVUES

- 3- ANGELIQUE Sentilhes-Monkam. *Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest* **[en ligne]**. *Revue Santé publique*, 2011, vol. 23, n° 1, p. 7-17. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique...>
- 4- CHETOUI, A ; PAPART, J.P. *Les urgences dans un hôpital régional : Profil épidémiologique et étude de la satisfaction des usagers/patients Service régional des urgences de Kébili – Tunisie***[en ligne]**. *Arch Public Health*, 2002, vol. 60, n°1. Format PDF. Disponible sur : http://www.wiv-isp.be/./aphfull60_59_68.pdf.
- 5- M.S.Jarrar, S.Khlifi, W.BenAmor, S.Elafrit, S.Ghannouchi .*L'accueil et la durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached.Etude prospective***[en ligne]**. *Revue J.Magh A. Réa Méd Urg*, 2003, Vol.14, p 251-251. Format PDF. Disponible sur : <http://www.efurgences.net>.
- 6- OUHARZOUNE, Yasmina ; LEQUIEN, Valérie ; TERRAT, Evelyne ; et all. *Le mensuel de l'exercice aide-soignant au quotidien***[en ligne]**. *Revue l'aide- soignant*, Elsevier Masson, 2014, n°10. Format PDF. Disponible sur : <http://www.elsevier-masson.fr/laide-soigna...>
- 7- VASSY, Carine. *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire*. *Mouvements*, 2004, n° 32, p.67-74. Format PDF. Disponible sur : [http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm\(consulté](http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm(consulté).
- 8- Zeynep, Or ; Laure Com-Ruelle .*La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer***[en [ligne]**. *Revue d'économie médicale*, 2008, vol.26, n°6, p.371-385.Format PDF. Disponible sur : <http://www.irdes.fr>.

III/ DICTIONNAIRES

- 9- Dictionnaire *Larousse. Urgence*. France : Éditions Larousse. **[En ligne]** Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>

IV/ COLLOQUES ET SIMINAIRES

- 10- BLEICHNER, Gérard. *Architecture des services d'urgence*. **[En ligne]** In : actes de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), hôpital Broussais Pavillon Leriche-11-96 rue Didot 75014, paris, 2004, p. 1-46.Format PDF, Disponible sur : <http://www.em-consulte.com>.
- 11- GERBEAUX.P ; BOURRIER.P ; GORALSKI.M. *Les unités d'hospitalisation de courte durée*.**[en ligne]**.In :actes de société francophone de médecine d'urgence :recommandations de la société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place , la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences, Paris: masson,2001,p. 144-152.FormatPDF, Disponible sur : http://www.sfmou.org/./ref_uhcd.pdf .
- 12- POTEL, G, (SAU nantes) .*l'organisation de l'aval des urgences : Etat des lieux et propositions***[en ligne]**. In : Actes de la Société Francophone de Médecine d'urgence(SFU), 2005. Format PDF. Disponible sur : <http://www.sfmou.org>.

V/ THESES ET MEMOIRES

- 13- BELAIDI, Aissam. *Organisation et pilotage de la prise en charge des patients dans le cadre du réseau des urgences***[en ligne]**. Thèse de doctorat, en Sciences de l'ingénieur, LYON : Université Jean Monnet, Saint-Etienne, 2009. Format PDF. Disponible sur :<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00439525>
- 14- DAKNOU, Amani, *Architecture distribuée à base d'agents pour optimiser la prise en charge des patients dans les services d'urgence en milieu hospitalier***[en ligne]**, Thèse de Doctorat, en Sciences de l'ingénieur, LILLE : Université Lille Nord de France, 06 Juillet 2011. Format PDF. Disponible sur : <http://www.tel.archives-ouvertes.fr/./document>.
- 15- DUMOUCHEL, Julie. *Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de Généralistes normands*, Thèse de

Bibliographie

- doctorat en médecine, ROUEN : Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de ROUEN 2012.
- 16- FELTEN, Eric. *Mise en place d'une démarche qualité au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy***[en ligne]**. Thèse de doctorat, en médecine, NANCY : Université Henri Poincaré, Nancy, faculté de médecine de NANCY, 2001. Format PDF. Disponible sur : <http://www.docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDM...>
- 17- JLASSI, Jihen. *Amélioration de la performance par la modélisation des flux logistique des patients dans un service d'urgence hospitalier*. Thèse de Doctorat, Méthodes Quantitatives Productique et Génie Industriel, PARIS : Université PARIS 8, Saint-Denis, 2011. Format PDF. Disponible sur : <http://www.tel.archives-ouvertes.fr/./document>
- 18- KOÏTA, Kadiatou Keita. *Evaluation des délais de prise en charge des urgences au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Toure***[en ligne]**. Thèse de Doctorat, en santé publique, BAMAKO : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odonto- stomatologie du Mali ; 2006. Format PDF. Disponible sur : <http://www.keneya.net/./06M115.pdf>
- 19- NSIAMUNU, Edison. *Motifs des consultations chirurgicales à l'unité des urgences de la clinique Bondek* **[en ligne]**. Thèse de Doctorat, en sciences biomédicales, CONGO : Université Chrétienne de Kinshasa-médecine générale, 2013. Disponible sur : <http://www.memoireonline.com>
- 20- OUEDRAOGO, Hermann Zosé. *Étude de la prise en charge de l'urgence médicale au centre hospitalier national YALGADO OUEDRAOGO***[en ligne]**.Thèse de Doctorat, en sciences de la santé, BURKINA FASO : université d'OUAGADOUGOU, Faculté des sciences de la santé, 1998. Format PDF. Disponible sur : <http://www.beep.ird.fr/./M07882.pdf>.
- 21- BENATIA Yacine. *L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes***[en ligne]**. Mémoire de Magister, en psychologie clinique, CONSTANTINE : Université mentouri de Constantine, faculté des sciences humaines et sociales, 2007. Format PDF. Disponible sur : <http://www.bu.umc.edu.dz/./BEN978>.
- 22- KESSAI,Melaaz ;TADINE,Sabrina. *Essai d'analyse des déterminants des délais d'attentes dans les services d'urgence hospitaliers en Algérie : Cas des EPSP de la région d'AMIZOUR*. Mémoire de Master, en sciences économiques, BEDJIA :

Bibliographie

- Université Abderrahmane Mira de Bejdia, Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, 2013.
- 23- SAÏD-DRISSI, Driss. *Facteurs influençant le processus de prise en charge des patients au niveau d'un service des urgences : cas de l'hôpital Mohamed V de Casablanca*[en ligne]. Mémoire de Mastère, en administration sanitaire et santé publique, RABAT : Institut National d'Administration Sanitaire INAS, Filière Management des organisations de santé, juillet 2012. Format PDF. Disponible sur : <http://www.ensp.sante.gov.ma/CDS/Documents/Mem....>
- 24- TOURE, Aïssata. *Élaboration d'une stratégie organisationnelle pour le service des urgences de l'hôpital universitaire international Cheick Zaïd* [en ligne]. Mémoire de Mastère, en administration sanitaire et santé publique, RABAT : Institut National d'Administration Sanitaire INAS, Filière Management des organisations de santé, juillet 2012. Format PDF. Disponible sur : http://www.ensp.sante.gov.ma/./Aisata_Toure.pdf.
- 25- AÏSSATA Toure. *Élaboration d'une stratégie organisationnelle pour le service des urgences de l'hôpital universitaire international cheickzaïd*. Mémoire de fin d'études. Institut national d'administration sanitaire. filière management des organisations de sante.2012.
- 26- ANTOURI Abdelmalek. *Organisation et fonctionnement des urgences médicochirurgicales*. Mémoire, Formation des praticiens inspecteurs, ALGER : Ecole Nationale de la santé publique, Alger, Juin 2005,
- 27- BENSAID Ahmed, Les urgences et l'accueil .mémoire de fin d'étude, Alger : école national de santé publique el Marsa-Alger, juin 2005, p. 2. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad081111.pdf>
- 28- BONNET, Marie. *L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris.France, terre d'accueil sanitaire*. [en ligne].Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, en droit de l'homme et libertés publiques, RENNES : Université PARIS X MANTERREE, Filière Directeur d'Hôpital, U.F.R. de Sciences Juridiques, Administratives et Politiques, 2000, p.9. Format PDF. Disponible sur : <http://www.documentation.ehesp.fr/./bonnet.pdf> (consulté le 27/08/2016).
- 29- FRÉTIGNY-DANIÉLOU, Geoffroy. *Les Urgences : de la situation de crise à la violence*[en ligne].Mémoire de fin d'études, en soins infirmiers, PARIS : Assistance

Bibliographie

- Publique – Hôpitaux De PARIS, IFSI Raymond POINCARÉ, 2014. Format PDF. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-geoffroy...>
- 30- GEINOZ, Elsa .*Un aspect du rôle infirmier autonome dans un service d'urgences somatiques***[en ligne]**. Mémoire de Bachelor, en soins infirmiers, FRIBOURG : Haute Ecole de Santé, FRIBOURG, Filière soins infirmiers, 2011, Format PDF. Disponible sur : <http://www.heds-fr.ch/FR/recherche-develop....>
- 31- MANUELA, Riesen ; SAMANTHA, Larose. *La prise en charge d'un patient agité dans un service d'urgences***[en ligne]**.Mémoire de Bachelor,en soins infirmiers,SUISSE : Haute Ecole de Santé Vaud, Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale, 2014. Format PDF. Disponible sur : <http://www.doc.rero.ch/record/234474/files/HES...> .
- 32- OTMANI AMAOUI, Iham. *Motifs de recours et structure de la morbidité dans les services des urgences cas du CHP de MOHAMMEDI***[en ligne]**. Mémoire de maîtrise, en administration sanitaire et santé publique. MAROC : Institution National d'Administration Sanitaire INAS, Centre collaboration de l'OMS, royaume du MAROC, juillet 2008. Format PDF. Disponible sur : <http://www.fulltext.bdsp.ehesp.fr/./7513.pdf> .
- 33- PERCHOC, Mickael. *Prise en charge des sdf aux urgences et acceptation des soins : les compétences relationnel infirmières***[en ligne]**. Mémoire de fin d'étude, PARIS : IFSI René Aeffray, 2007-2010. Format PDF. Disponible sur : <http://www.infermiers.com/pdf/tfe-mickael-...>

VI/ RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- 34- BRAUN, François ; PATERON, Dominique ; GIROUD, Mar. *Surcharge des structures des urgences et gestion des Hospitalisations***[en ligne]**. Note de synthèse, SAMU-urgences de France, septembre 2013.Format PDF. Disponible sur : <http://www.samu-de-france.fr/documents/act...>
- 35- CHAVE Frédérique .*la prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique***[en ligne]**. Rapport d'enquête, en sociologie de la santé, université paris X-Nanterre, école d'architecteur de paris Belleville, laboratoire IPRUS, 2002. Format PDF. Disponible sur : http://www.i.ville.gouv.fr/download_file/2084/...
- 36- Collègue Des Médecins Du Québec. *Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients : Guide d'exercice***[en ligne]**. collègue des médecins du

Bibliographie

- Québec, décembre 1998. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-19> .
- 37- Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme. *Rapport sur la visite des établissements hospitaliers*[en ligne], 2009, .Format PDF. Disponible sur : <http://www.cncppdh-algerie.org> .
- 38- Direction de l'amélioration de l'exercice. Guide d'exercice .*complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*[en ligne], direction général ; décembre 1998. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cmq.org>.
- 39- Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au canada 2012 : regard sur les temps d'attentes* [en ligne]. Ottawa, 2012. Format PDF. Disponible sur : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullResport-FRweb.pdf
- 40- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion d'urgence* [en ligne]. Québec, 2006. Format PDF. Disponible sur : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca>
- 41- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion de l'unité d'urgence : gestion de L'UNITE D'URGENCE*[en ligne]. Association des hôpitaux du Québec(AHQ), 2000. Format PDF .Disponible sur : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/f....>
- 42- OULD-KADA, Mohemmed. *Recueil des textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de santé*, 2010.

VI/ TEXTES JURIDIQUES

➤ LOIS

- 43- Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122. www.transplantobservatory.org/.../afrlegethDZAfr2.pdf,

➤ DECRET

- 44- *Décret exécutif n° 11-380 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière* [en ligne]. Journal officiel de la république algérienne n°63 du 23 novembre 2011 relatif au 27 dhou el hidja 1432, Disponible sur : <http://www.sante.dz>
- 45- *Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique*[en ligne]. Journal officiel du 23/05/2006, n°119, Format

Bibliographie

PDF. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte>

- 46- Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs. Performance hospitalière, motivation et effort au travail : la théorie de l'agence en question. -PHAR n° 50, septembre 2009.Format PDF. Disponible sur : <http://www.snphar.com>

VII/ SITES INTERNET

- 47- www.chuto.dz
48- <http://www.copacamu.org.IMG.PDF.ETC>
49- <http://www.sante.dz>
50- <http://www.ernwaca.org>
51- <http://www.defenitions-marketing.com>

Liste des annexes

Annexe n°1 : *Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé : Gardes et Urgences*

Annexe n°2 : *Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé : Textes Fondamentaux*

Annexe n°3 : *Processus de prise en charge des patients aux urgences*



الجمهورية الجزائرية
الديمقراطية الشعبية

الجريدة الرسمية

اتفاقات دولية، قوانين، مراسيم
قرارات وآراء، مقررات، منشور، إعلانات وبلاغات

JOURNAL OFFICIEL

DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

CONVENTIONS ET ACCORDS INTERNATIONAUX - LOIS ET DECRETS
ARRETES, DECISIONS, AVIS, COMMUNICATIONS ET ANNONCES

(TRADUCTION FRANÇAISE)

ABONNEMENT ANNUEL	Algérie Tunisie Maroc Libye Mauritanie	ETRANGER (Pays autres que le Maghreb)	DIRECTION ET REDACTION SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT WWW.JORADP.DZ Abonnement et publicité : IMPRIMERIE OFFICIELLE Les Vergers, Bir-Mourad Raïs, BP 376 ALGER-GARE Tél : 021.54.35.06 à 09 021.65.64.63 Fax : 021.54.35.12 C.C.P. 3200-50 ALGER TELEX : 65 180 IMPOF DZ BADR: 060.300.0007 68/KG ETRANGER: (Compte devises) BADR: 060.320.0600 12
	1 An	1 An	
Edition originale.....	1070,00 D.A	2675,00 D.A	
Edition originale et sa traduction.....	2140,00 D.A	5350,00 D.A (Frais d'expédition en sus)	

Edition originale, le numéro : 13,50 dinars. Edition originale et sa traduction, le numéro : 27,00 dinars.
Numéros des années antérieures : suivant barème. Les tables sont fournies gratuitement aux abonnés.
Prière de joindre la dernière bande pour renouvellement, réclamation, et changement d'adresse.
Tarif des insertions : 60,00 dinars la ligne

SOMMAIRE**DECRETS**

Décret exécutif n° 11-377 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 modifiant et complétant le décret exécutif n° 94-248 du 2 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 10 août 1994 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'intérieur et des collectivités locales.....	4
Décret exécutif n° 11-378 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n° 302-136 intitulé "Fonds pour le financement du redéploiement des agents de la garde communale".....	4
Décret exécutif n° 11-379 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les attributions du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.....	5
Décret exécutif n° 11-380 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.....	7

DECISIONS INDIVIDUELLES

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un sous-directeur à la direction générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion au ministère de la justice.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un magistrat.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions du directeur régional des impôts à Oran.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un sous-directeur à la direction générale des douanes.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un chargé d'inspection à l'inspection régionale de l'inspection générale des finances à Laghouat.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'une sous-directrice au ministère de l'énergie et des mines.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions de directeurs des travaux publics de wilayas.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'une sous-directrice au ministère du commerce.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions de directeurs au ministère du commerce.....	19
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions du doyen de la faculté des lettres et des sciences humaines à l'université des sciences islamiques « Emir Abdelkader » à Constantine.....	20
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un directeur d'études au ministère de la poste et des technologies de l'information et de la communication.....	20
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un inspecteur au ministère de la communication.....	20
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions du directeur d'études du département des techniques d'analyse et de contrôle à la Cour des comptes.....	20
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination d'une sous-directrice à l'inspection générale des finances au ministère des finances.....	20
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination d'une sous-directrice au ministère de l'énergie et des mines.....	20

SOMMAIRE (suite)

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination de directeurs des travaux publics de wilayas.....	20
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination de directeurs au ministère du commerce.....	20
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination du secrétaire général de l'université de Tlemcen.....	21
Décrets présidentiels du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination de vice-recteurs d'universités.....	21
Décrets présidentiels du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination de doyens de facultés aux universités.....	21
Décrets présidentiels du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination au ministère du tourisme et de l'artisanat.....	21
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination de la directrice générale de l'agence nationale de l'artisanat traditionnel (ANART).....	21
Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination du directeur du tourisme et de l'artisanat à la wilaya de Guelma.....	21

ARRETES, DECISIONS ET AVIS

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DES COLLECTIVITES LOCALES

Arrêté interministériel du 15 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 13 octobre 2011 fixant les conditions et les modalités d'acquisition, de détention, d'exploitation, d'utilisation et de cession des équipements sensibles.....	22
--	----

MINISTERE DES TRAVAUX PUBLICS

Arrêté interministériel 19 Rajab 1432 correspondant au 21 juin 2011 fixant le cadre d'organisation des concours sur épreuves et examens professionnels pour l'accès aux grades appartenant aux corps spécifiques de l'administration chargée des travaux publics.....	30
---	----

DECRETS

Décret exécutif n° 11-377 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 modifiant et complétant le décret exécutif n° 94-248 du 2 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 10 août 1994 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'intérieur et des collectivités locales.

— — — —

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur et des collectivités locales,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2),

Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-188 du 23 juin 1990 déterminant les structures et les organes de l'administration centrale des ministères ;

Vu le décret exécutif n° 94-247 du 2 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 10 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;

Vu le décret exécutif n° 94-248 du 2 Rabie Aouel 1415 correspondant au 10 août 1994, modifié et complété, portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'intérieur et des collectivités locales ;

Après approbation du Président de la République ;

Décrète :

Article 1er. — Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter le décret exécutif n° 94-248 du 2 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 10 août 1994, susvisé.

Art. 2. — *L'article 3* du décret exécutif n° 94-248 du 2 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 10 août 1994, susvisé, est complété par un point « E » rédigé comme suit :

« Art. 3. — La direction générale des libertés publiques et des affaires juridiques comprend :

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

E. - La direction des titres et documents sécurisés composée de :

1. la sous-direction de l'administration et de l'exploitation des systèmes,

2. la sous-direction de la personnalisation des titres et documents sécurisés,

3. la sous-direction des études, du développement et de la maintenance informatique,

4. la sous-direction de la veille technologique et de la planification informatique,

5. la sous-direction de la certification électronique et de la sécurité informatique ».

Art. 3. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011.

Ahmed OUYAHIA.

— — — — ★ — — — —

Décret exécutif n° 11-378 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n° 302-136 intitulé "Fonds pour le financement du redéploiement des agents de la garde communale".

— — — —

Le Premier ministre,

Sur le rapport conjoint du ministre des finances et du ministre de l'intérieur et des collectivités locales,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;

Vu la loi n° 99-11 du 15 Ramadhan 1420 correspondant au 23 décembre 1999 portant loi de finances pour 2000, notamment son article 89 ;

Vu l'ordonnance n° 10-01 du 16 Ramadhan 1431 correspondant au 26 août 2010 portant loi de finances complémentaire pour 2010, notamment son article 71 ;

Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Après approbation du Président de la République ;

Décète :

Article 1er. — En application des dispositions de l'article 71 de l'ordonnance n° 10-01 du 16 Ramadhan 1431 correspondant au 26 août 2010, susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n° 302-136 intitulé "Fonds pour le financement du redéploiement des agents de la garde communale".

Art. 2. — Le compte d'affectation spéciale n° 302-136 est ouvert dans les écritures du trésorier principal.

L'ordonnateur principal de ce compte est le ministre chargé de l'intérieur et des collectivités locales.

Art. 3. — Le compte retrace :

En recettes :

— une dotation du budget de l'Etat.

En dépenses :

— la compensation financière à la caisse nationale de retraite (CNR) au titre des prestations de retraite exceptionnelles ;

— la compensation financière à la caisse nationale de l'assurance sociale (CNAS) au titre des pensions spécifiques d'invalidité ;

— l'apport personnel des promoteurs dans le cadre des projets de création d'activités, au titre du dispositif "micro-crédit" ;

— la prime de départ volontaire versée aux agents de la garde communale.

Un arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre chargé de l'intérieur et des collectivités locales déterminera la nomenclature des recettes et des dépenses imputables sur ce compte.

Art. 4. — Les modalités de suivi et d'évaluation du compte d'affectation spéciale n° 302-136 intitulé "Fonds pour le financement du redéploiement des agents de la garde communale" sont précisées par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre chargé de l'intérieur et des collectivités locales.

Un programme d'action est établi par l'ordonnateur, précisant les objectifs visés ainsi que les échéances de réalisation.

Art. 5. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011.

Ahmed OUYAHIA.

Décret exécutif n° 11-379 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les attributions du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

— — — —

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Après approbation du Président de la République ;

Décète :

Article 1er. — Dans le cadre de la politique générale du Gouvernement et de son programme d'action, le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière propose les éléments de la politique nationale en matière de santé, de population et de réforme hospitalière et assure le suivi et le contrôle de sa mise en œuvre conformément aux lois et règlements en vigueur.

Il rend compte des résultats de son activité au Premier ministre, au Gouvernement et au Conseil des ministres selon les formes, modalités et échéances établies.

Art. 2. — Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière est chargé, en relation avec les institutions et organismes de l'Etat, les ministères concernés et, en concertation avec les partenaires sociaux, des attributions suivantes :

— d'initier les études prospectives et les réflexions de nature à déterminer les choix du Gouvernement en matière de santé, de population et de réforme hospitalière ;

— d'élaborer et de mettre en œuvre les mesures et normes nécessaires à l'exercice des activités et au fonctionnement des structures du secteur de la santé ;

— d'œuvrer à la consolidation du système national de santé ;

— d'œuvrer à la promotion des relations entre les organismes chargés de la recherche scientifique et le secteur de la santé.

Art. 3. — Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière est chargé dans le domaine de la santé, notamment :

— d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer la stratégie et la politique nationale dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé ;

— d'organiser la prévention, la sauvegarde de la santé, de la population et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;

- d'initier les programmes d'action de santé spécifiques aux populations vulnérables ou en difficulté ;
- d'élaborer les programmes de santé de proximité ;
- de veiller à la lutte contre la toxicomanie et les pratiques addictives ;
- d'élaborer et de proposer l'organisation du système national de santé, notamment l'établissement de la carte sanitaire ;
- d'organiser les soins médicaux dans les structures de santé ;
- de réglementer l'exercice des professions de santé ;
- d'élaborer la politique nationale des produits pharmaceutiques, des dispositifs médicaux et des équipements de santé à usage de la médecine humaine ;
- de veiller à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé et à leur qualité ;
- de veiller à la protection sanitaire en milieux spécifiques ;
- d'impulser les activités liées à la prévention et à la lutte contre les maladies épidémiques, endémiques et non transmissibles et de proposer les mesures de dépistage y afférentes ;
- d'initier et de mettre en œuvre les mesures de lutte contre les nuisances et pollutions ayant un impact sur la santé de la population.

Art. 4. — Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière est chargé dans le domaine de la population, notamment :

- d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer la stratégie et la politique nationale en matière de population ;
- de définir les priorités en matière de maîtrise de la croissance démographique et de la planification familiale ;
- de procéder à des analyses et d'entreprendre toute étude prospective en matière de démographie.

Art. 5. — Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière est chargé dans le domaine de la réforme hospitalière, notamment :

- d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer la stratégie et la politique nationale dans le domaine de la réforme hospitalière ;
- de veiller à l'exécution de la démarche de la qualité des soins en milieu hospitalier ;
- de proposer les mesures destinées à assurer la promotion des soins de haut niveau dans le système national de santé ;
- de proposer et de mettre en œuvre les mesures susceptibles d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des structures de santé publiques et privées ;
- de définir les profils des personnels de santé dans le domaine du développement des structures de santé et de la réforme hospitalière.

Art. 6. — Pour assurer la mise en œuvre des missions et la réalisation des objectifs qui lui sont assignés, le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière propose l'organisation de l'administration centrale placée sous son autorité et veille au fonctionnement des structures et services déconcentrés, ainsi que des organismes et établissements sous tutelle dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Art. 7. — Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière apporte son concours à la formation et au développement des ressources humaines qualifiées nécessaires à la réalisation des activités du secteur.

Il évalue les besoins du secteur en moyens humains, matériels et financiers nécessaires et prend les mesures appropriées pour les satisfaire dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Il veille à l'élaboration des dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires de la santé.

Art. 8. — Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière propose, dans la limite de ses attributions, la mise en place de tout mécanisme de coordination intersectorielle ou de tout organe de consultation et de concertation en mesure d'assurer une meilleure prise en charge des missions qui lui sont dévolues.

Art. 9. — Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière initie et met en place le système d'information et de communication relatives aux activités relevant de son domaine de compétence. Il en fixe les objectifs et établit les stratégies y afférentes.

Art. 10. — Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière :

- contribue aux négociations internationales, bilatérales et multilatérales liées aux activités relevant du domaine de sa compétence ;
- veille à l'application des conventions et accords internationaux et met en œuvre, dans la limite de ses attributions, les mesures y afférentes ;
- assure la représentation du secteur aux activités des organisations et organismes régionaux et internationaux dans les domaines de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Art. 11. — Sont abrogées les dispositions du décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population, susvisé.

Art. 12. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011.

Ahmed OUYAHIA.

Décret exécutif n° 11-380 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

— — — —

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-188 du 23 juin 1990 déterminant les structures et organes de l'administration centrale des ministères ;

Vu le décret exécutif n° 05-428 du 5 Chaoual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Vu le décret exécutif n° 11-379 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les attributions du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Après approbation du Président de la République ;

Décète :

Article 1er. — Sous l'autorité du ministre, l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière comprend :

* **le secrétaire général**, assisté de deux (2) directeurs d'études, et auquel est rattaché le bureau du courrier et de la communication et le bureau ministériel de la sécurité interne de l'établissement ;

* **le chef de cabinet**, assisté de huit (8) chargés d'études et de synthèse, chargés ;

— de la préparation et de l'organisation de la participation du ministre aux activités gouvernementales ;

— de la préparation et de l'organisation des activités du ministre dans le domaine des relations extérieures ;

— du suivi du dossier relatif à la protection du patrimoine et de l'initiation des campagnes d'inspection et de contrôle visant la sécurité des personnes et du patrimoine public ;

— de la préparation, de l'organisation et du suivi des activités du ministre dans le domaine des relations avec les organes d'information ;

— du suivi et de la synthèse des bilans ;

— du suivi des dossiers de la recherche en santé ;

— du suivi du dossier des partenaires sociaux et associations ;

— du suivi des dossiers des activités du ministre dans le domaine des relations publiques ;

* **L'inspection générale** dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par décret exécutif.

*** Les structures suivantes :**

— la direction générale de la prévention et de la promotion de la santé,

— la direction générale des services de la santé et de la réforme hospitalière,

— la direction générale de la pharmacie et des équipements de santé,

— la direction de la population,

— la direction des études et de la planification,

— la direction de la réglementation, du contentieux et de la coopération,

— la direction des ressources humaines,

— la direction de la formation,

— la direction des finances et des moyens,

— la direction des systèmes d'information et de l'informatique.

Art 2. — La direction générale de la prévention et de la promotion de la santé est chargée :

— de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion, d'amélioration et de préservation de la santé de la population, en collaboration avec les structures concernées ;

— d'assurer, dans le cadre de la veille et de l'alerte sanitaires, la surveillance épidémiologique de la population, la préparation aux menaces liées aux maladies émergentes et réémergentes et le contrôle sanitaire aux frontières ;

— d'impulser et d'assurer la mise en œuvre et la supervision des politiques, plans stratégiques et programmes de lutte dans les domaines des maladies transmissibles prévalentes, émergentes et réémergentes, des maladies non transmissibles, de la santé environnementale et de la santé en milieux spécifiques, notamment en matière de prévention ;

— de participer au contrôle de l'application de la législation et de la réglementation en matière d'hygiène des eaux, des aliments et des déchets hospitaliers ;

— d'impulser et d'organiser l'éducation sanitaire et la sensibilisation dans les domaines de ses attributions, notamment par le développement d'actions visant la réduction des facteurs de risques, la promotion de modes de vie sains et de comportements favorables à la santé ;

— d'évaluer les actions entreprises et d'en établir les bilans.

Elle comprend trois (3) directions :

1 - La direction de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, chargée :

- d'élaborer, de proposer et de mettre en œuvre des plans stratégiques, des programmes et des projets de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles ;
- d'élaborer, de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer les programmes de santé relatifs aux vaccinations de la population ;
- d'établir, en liaison avec les structures concernées, un système de veille sanitaire en particulier pour les maladies transmissibles prévalentes et les maladies émergentes et réémergentes ;
- de définir et de mettre en œuvre, en collaboration avec les structures concernées, les plans stratégiques, les programmes et les projets visant la protection de la santé dans les différentes étapes de la vie.

Elle comprend deux (2) sous-directions ;

1.1 - La sous-direction des programmes de vaccination et de la promotion de la santé, chargée :

- de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer le programme élargi de vaccinations obligatoires ;
- de définir, d'actualiser et de développer les stratégies vaccinales ;
- de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer les autres programmes de maladies contrôlables par la vaccination ;
- de suivre et d'évaluer les manifestations post-vaccinales ;
- de définir et de mettre en œuvre les programmes visant la promotion de la santé de la mère et de l'enfant ;
- de suivre et d'évaluer les programmes de santé relatifs à la nutrition et aux maladies infantiles ;
- de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer, en coordination avec les secteurs concernés, les programmes se rapportant à la promotion sanitaire de la petite enfance, de l'adolescence, de la jeunesse, des adultes et des personnes âgées.

1.2 - La sous-direction de la lutte contre les maladies prévalentes et de l'alerte sanitaire, chargée :

- de proposer les programmes de prévention des maladies prévalentes et de veiller à leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation ;
- de recueillir et d'analyser les données épidémiologiques et d'assurer la surveillance épidémiologique ;
- de proposer les programmes de prévention des maladies émergentes et réémergentes ;
- d'assurer la mise en œuvre et le suivi du règlement sanitaire international ;
- d'organiser et de mettre en place la riposte devant la survenue de tout phénomène épidémique ;

- d'assurer les relations et la coordination intersectorielle dans le domaine de la prévention des maladies transmissibles ;

- de suivre et d'évaluer les activités de prévention des maladies prévalentes.

2 - La direction des maladies non transmissibles, chargée :

- d'élaborer et de mettre en œuvre des plans stratégiques, des programmes et des projets de prévention visant à réduire l'incidence des maladies chroniques et à promouvoir leur dépistage ;
- d'assurer, en liaison avec les secteurs concernés, la promotion des modes de vie sains et la lutte contre les facteurs de risques ;
- de mettre en place un système d'information en vue du suivi des maladies non transmissibles ;
- d'assurer, de suivre et d'évaluer les activités de prévention en milieux spécifiques ;
- d'élaborer et de proposer des programmes de protection spécifiques à la santé des populations vulnérables ou en difficulté.

Elle comprend deux (2) sous-directions :

2.1 - La sous-direction de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre les facteurs de risques, chargée :

- de mettre en œuvre des programmes de prévention et de dépistage des maladies métaboliques et génétiques, des cancers, des maladies cardio-vasculaires, des maladies respiratoires chroniques, de l'insuffisance rénale chronique et des autres maladies non transmissibles prévalentes ;
- de proposer des actions de lutte contre le tabagisme ;
- d'assurer, en liaison avec les secteurs concernés, la promotion de modes de vie sains ;
- d'étudier et de proposer, en coordination avec les secteurs concernés, des actions visant à agir sur les déterminants de la santé et les facteurs de vulnérabilité sanitaire.

2.2 - La sous-direction des actions sanitaires spécifiques, chargée :

- d'animer, de contrôler et d'évaluer les activités de prévention en milieu scolaire, ordinaire et spécialisé pour personnes handicapées, universitaire et dans les établissements de formation et d'enseignement professionnels ;
- de contribuer à la prévention et à la promotion de modes de vie sains dans les autres milieux éducatifs, notamment ceux de la petite enfance et les centres de vacances et de loisirs ;
- de mettre en œuvre les programmes d'éducation pour la santé en milieux éducatifs ;
- d'animer, de contrôler et d'évaluer les programmes en matière de protection sanitaire en milieu de travail ;

- de contribuer à la normalisation des activités d'hygiène et de sécurité et à l'élaboration des normes en matière de conditions de travail ;

- de contribuer, en collaboration avec les secteurs concernés, aux activités de prévention et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire ;

- de proposer des actions visant à la protection des catégories vulnérables.

3 - La direction de la prévention socio-environnementale, chargée :

- d'élaborer, de proposer et de mettre en œuvre, avec les structures concernées, un programme d'action relatif à la promotion de la santé mentale et à la lutte contre la drogue et la toxicomanie ;

- d'élaborer, de proposer et de participer à la mise en œuvre des plans stratégiques, des programmes et des projets liés à la protection de l'environnement et à la promotion de la santé ;

- d'élaborer, de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer les programmes et les projets relatifs à la prévention des risques liés à l'alimentation ;

- de définir, de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer les mesures visant à réduire les risques liés aux soins ;

- de définir, de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer avec les structures concernées, les mesures visant à réduire les risques iatrogènes et toxiques.

Elle comprend deux (2) sous-directions :

3.1 - La sous-direction de la promotion de la santé mentale, chargée :

- de proposer et de mettre en œuvre les programmes de promotion de la santé mentale ;

- de développer et de renforcer les actions de proximité dans le domaine de la promotion de la santé mentale ;

- de proposer des actions de lutte contre les pratiques addictives ;

- de proposer toutes mesures visant à renforcer la promotion de la santé mentale, de suivre et d'évaluer toutes les actions entreprises dans ce domaine.

3.2 - La sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, chargée :

- de proposer les programmes de prévention des maladies contrôlables par l'hygiène du milieu, notamment les maladies à transmission hydrique et l'envenimation scorpionique et ophidienne ;

- d'assurer les relations et la coordination intersectorielle dans le domaine de la prévention des maladies liées à l'hygiène du milieu et la prévention des toxi-infections alimentaires ;

- de mettre en œuvre des programmes d'éducation sanitaire de proximité.

- de mettre en œuvre, en collaboration avec les secteurs concernés, des programmes de lutte contre les nuisances sonores ;

- de mettre en œuvre, en collaboration avec les secteurs concernés, des programmes de lutte contre les polluants atmosphériques et autres ;

- de suivre et d'évaluer les programmes de lutte contre les infections nosocomiales ;

- d'étudier et de proposer toutes mesures liées à la gestion et au traitement des déchets hospitaliers ;

- d'identifier les mesures d'hygiène en milieu hospitalier et extra-hospitalier ;

- de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer les programmes de lutte contre les effets indésirables liés aux soins.

Art. 3. — La direction générale des services de santé et de la réforme hospitalière, est chargée :

- d'élaborer, de proposer et de mettre en œuvre un plan général d'organisation sanitaire intégrant l'ensemble des structures de santé, y compris le secteur privé ;

- d'élaborer et de proposer les programmes spécifiques de soins pour une couverture sanitaire équilibrée et complète de la population à travers toutes les étapes de la vie ;

- d'élaborer les plans spécifiques pour la mise en œuvre de toutes les actions visant à promouvoir la gestion en matière de soins des personnes âgées, de santé de proximité, d'urgences médico-chirurgicales et le développement des soins de haut niveau ;

- d'élaborer des schémas de normalisation des méthodes d'organisation, de gestion et d'affectation des moyens des structures de santé et des profils des postes des personnels de santé qui exercent au niveau des structures de soins ;

- de contribuer à l'élaboration et à la mise à jour de la carte sanitaire nationale et de prendre en charge le suivi du programme d'implantation des structures publiques et privées de santé ;

- de veiller au contrôle de l'exercice des professions de santé et des structures publiques et privées de santé ;

- de mettre en œuvre des schémas et dispositifs d'organisation des secours et des urgences en cas de catastrophe ;

- de mettre en place des critères pour l'accréditation des structures de soins et l'habilitation des services de santé ;

- d'évaluer les actions entreprises et d'en établir les bilans.

Elle comprend trois (3) directions :

1 - La direction des programmes de soins, de l'éthique et de la déontologie médicale, chargée :

- d'élaborer et de mettre en place les programmes de prise en charge des soins de la néo-natalité, de l'enfance, de l'adolescence et des adultes ;
- d'élaborer et de mettre en place les programmes spécifiques de soins des personnes âgées ;
- de définir, d'élaborer et de développer les programmes de prise en charge des maladies chroniques ;
- d'élaborer et de développer les programmes de prise en charge des maladies rares ;
- de contribuer à la coordination intersectorielle pour une prise en charge intégrée de certaines catégories de personnes vulnérables ;
- de veiller à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de contrôle en matière d'éthique et de la déontologie médicale ;
- d'animer, de contrôler et d'évaluer les programmes mis en place en matière de soins.

Elle comprend trois (3) sous-directions ;

1.1 - La sous-direction des programmes de soins de la néo-natalité, de l'enfance, de l'adolescence et de la jeunesse, chargée :

- de définir et de mettre en œuvre les programmes de soins relatifs à toutes les étapes de la grossesse ;
- d'étudier et de proposer les normes et critères de performance en matière de programmes liés à la santé de la reproduction, notamment le dépistage des cancers génitaux, la prise en charge des infertilités et la santé génétique dans tous les cycles de la vie ;
- de suivre et d'évaluer la qualité des prestations de la santé reproductive ;
- de mettre en œuvre des programmes de soins spécifiques pour l'enfance, l'adolescence et la jeunesse.

1.2 - La sous-direction des programmes de soins des adultes et des personnes âgées, chargée :

- de définir et de mettre en œuvre des programmes de soins pour les personnes adultes et les personnes âgées ;
- de développer les structures de prise en charge médicale des personnes âgées ;
- de suivre et d'évaluer la qualité des prestations offertes aux personnes âgées ;
- de contribuer aux programmes d'information, d'éducation sanitaire et de communication.

1.3 - La sous-direction de l'éthique et de la déontologie médicale, chargée :

- d'élaborer, en collaboration avec les services concernés de l'administration centrale, tous programmes de contrôle en matière d'éthique et de déontologie médicale en direction des établissements de santé et des professionnels de santé des secteurs public et privé ;
- de contrôler, dans le cadre de l'éthique et de la déontologie médicale, toutes informations médicales en direction des usagers et des professionnels de santé ;
- de contrôler, en matière d'éthique de santé, les procédures de collecte, de traitement et de transmission des données médicales des patients à tous les niveaux du système d'information en santé ;
- d'entretenir des relations de coordination et de collaboration avec les ordres professionnels sur toutes questions se rapportant à l'éthique et à la déontologie médicale ;
- de contrôler, en relation avec les structures concernées, l'activité de service public confiée aux ordres professionnels ;
- de proposer toute mesure et/ou d'élaborer tout rapport relatif aux contrôles effectués en matière d'éthique et de déontologie médicale.

2 - La direction des établissements hospitaliers et de la réforme hospitalière, chargée :

- d'élaborer et de proposer les mesures destinées à l'organisation et au fonctionnement des structures hospitalières publiques et privées ;
- d'élaborer, de proposer et de suivre les actions et programmes liés à la réforme hospitalière ;
- de participer, avec les services concernés, à la définition des critères d'affectation des ressources ;
- de veiller à la répartition équitable des moyens, infrastructures, équipements et personnels à l'effet de satisfaire les besoins en soins hospitaliers et d'en assurer la normalisation, la coordination et le contrôle ;
- d'évaluer toutes les actions liées à la réforme hospitalière et de prendre les mesures nécessaires pour l'atteinte des objectifs arrêtés ;
- de contrôler et d'évaluer le fonctionnement des établissements hospitaliers et en établir des rapports périodiques.

Elle comprend trois (3) sous-directions :

2.1 - La sous-direction des établissements publics hospitaliers, chargée :

- de mettre en œuvre les actions et programmes liés à la réforme hospitalière ;
- de proposer toutes mesures destinées à assurer la rationalisation du fonctionnement des établissements hospitaliers et la mise à jour de la carte de leur implantation ;

- de participer à la définition des besoins en soins et en moyens hospitaliers correspondants ;

- d'étudier et de proposer les mesures destinées à l'organisation et au fonctionnement des maternités et des services ou unités de néonatalogie ;

- de contrôler et d'évaluer le fonctionnement des structures, des activités, des professionnels et des équipements de santé ;

- de définir les modes d'organisation de l'hospitalisation à domicile.

2.2 - La sous-direction des établissements hospitaliers privés, chargée :

- d'étudier et de proposer toutes mesures susceptibles d'assurer la promotion et l'intégration des structures hospitalières privées dans le système national de santé ;

- de mettre en œuvre les actions et programmes liés à la réforme hospitalière ;

- d'étudier et de proposer toutes mesures susceptibles d'encourager et d'inciter l'implantation des structures hospitalières privées de façon à couvrir, de manière équilibrée, les besoins prioritaires de la population ;

- de proposer les mesures destinées à l'encadrement des activités des établissements, des équipements et des professions de santé ;

- d'étudier la conformité des dossiers d'agrément des établissements hospitaliers privés et de délivrer les agréments y afférents ;

- de contrôler et d'évaluer le fonctionnement des activités de soins et l'exercice des professions de santé.

2.3 - La sous-direction des urgences, chargée :

- de proposer les mesures destinées à assurer l'organisation et le fonctionnement régulier des services des urgences médico-chirurgicales ;

- de participer à la définition et à la mise en place de stratégies de prise en charge des effets des calamités, catastrophes et accidents de toute nature, notamment par la définition d'un plan de préparation et de riposte aux situations exceptionnelles ;

- de participer à l'établissement d'une carte nationale des urgences et d'en assurer le suivi et la mise à jour ;

- d'étudier et de proposer toutes mesures destinées à améliorer les performances des services d'urgence et d'assurer la continuité des soins ;

- de définir les moyens humains et matériels des services de soins d'urgence ;

- d'étudier, d'organiser et de proposer les mesures destinées à assurer et à améliorer la garde médico-chirurgicale dans les secteurs public et privé ;

- d'évaluer les activités des urgences et de la garde.

3 - La direction des structures de santé de proximité, chargée :

- d'étudier, de proposer et de mettre en œuvre toutes les mesures susceptibles d'encourager et d'inciter l'implantation de structures de santé de proximité de façon à couvrir de manière équilibrée les besoins en soins de base de la population ;

- d'élaborer des plans et programmes de soins alternatifs à l'hospitalisation à travers les unités sanitaires mobiles ;

- d'élaborer et de proposer toutes mesures destinées à assurer la promotion et l'intégration de la médecine privée dans le système national de santé ;

- de définir toutes les mesures visant la normalisation des méthodes d'organisation et de gestion des structures de santé de proximité publiques et privées.

Elle comprend deux (2) sous-directions ;

3.1 - La sous-direction des structures de santé de proximité et des soins à domicile, chargée :

- de suivre la mise en œuvre de l'organisation des activités et le fonctionnement des structures de santé de proximité publiques et privées et d'en assurer l'évaluation ;

- de participer à la définition des besoins sanitaires de base et d'assurer leur satisfaction ;

- de proposer toutes mesures destinées à promouvoir et encadrer les activités de santé dans les structures de proximité de santé ;

- d'étudier la conformité des dossiers d'agrément des structures privées de santé de proximité et de délivrer les agréments y afférents ;

- de contrôler et d'évaluer l'exercice des professions et des structures de santé de proximité ;

- de définir les modes d'organisation des soins à domicile et des unités sanitaires mobiles.

3.2 - La sous-direction de la médecine privée, chargée :

- de proposer les mesures destinées à l'encadrement des activités des structures et équipements et des professions de la médecine privée ;

- d'organiser et de normaliser les activités de la médecine privée ;

- d'étudier la conformité des dossiers des structures privées de santé et délivrer les agréments y afférents ;

- de contrôler et d'évaluer l'exercice des professions et des structures privées de santé.

Art. 4. — La direction générale de la pharmacie et des équipements de santé est chargée :

- de développer la politique du secteur en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé, de suivre et de contrôler sa mise en œuvre ;

- de développer la politique d'enregistrement et d'homologation des produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé et d'en évaluer la mise en œuvre ;

- de définir les besoins en produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé et d'élaborer les mesures appropriées destinées à assurer leur régulation et leur disponibilité ;

- de contribuer à la promotion et au suivi des investissements en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé ;

- d'évaluer les coûts et budgets relatifs aux produits pharmaceutiques, aux dispositifs médicaux et équipements de santé ;

- d'étudier et de proposer toutes mesures destinées à assurer l'organisation de la pharmacie, notamment la pharmacie hospitalière ;

- d'élaborer et de suivre, avec les structures et départements ministériels concernés, la politique de détermination des prix des produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé ;

- d'assurer un équilibre en matière de couverture en officines de pharmacie ;

- d'initier et d'impulser les études visant à apprécier la satisfaction des besoins de la population en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé ;

- de développer un système d'information statistique visant à connaître l'évolution de la demande et de l'offre en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé ;

- de contrôler et de formaliser les dossiers d'autorisation des essais cliniques et de bio-équivalence et de prendre toutes mesures visant leur promotion ;

- de procéder à l'évaluation des actions entreprises en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé et d'en établir les bilans.

Elle comprend deux (2) directions :

1 - La direction des produits pharmaceutiques, chargée :

- de mettre en œuvre la stratégie du secteur en matière de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- d'identifier et d'analyser les besoins en produits pharmaceutiques et de proposer les mesures destinées à en assurer la régulation ;

- de mettre en place un système d'information statistique visant à connaître l'évolution de la demande et de l'offre en matière de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- de participer à l'élaboration de la liste des produits pharmaceutiques éligibles au remboursement ;

- de proposer toutes mesures visant la détermination des prix des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- d'étudier et de proposer les mesures destinées à la régulation de la consommation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- de contribuer à la promotion et au suivi des investissements en matière de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- d'assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- d'organiser et de fixer les procédures de gestion et de contrôle des pharmacies hospitalières ;

- de réhabiliter les préparations pharmaceutiques ;

- de veiller à l'implantation équilibrée des officines de pharmacie et d'assurer leur contrôle ;

- de veiller au respect de la procédure de la validation des essais cliniques des médicaments.

Elle comprend quatre (4) sous-directions :

1-1 - La sous-direction de la promotion des produits pharmaceutiques, chargée :

- d'impulser la promotion de la production nationale des produits pharmaceutiques ;

- de suivre les investissements en matière de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- de délivrer les autorisations d'exploitation des établissements de production et/ou de distribution des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- d'assurer l'inspection et l'audit des unités de production et des établissements de biotechnologie ;

- d'initier et d'encourager les études visant à évaluer la satisfaction des besoins de la population en matière de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- d'examiner les demandes de réalisation des essais cliniques et de bio-équivalence, d'établir les autorisations y afférentes et d'en suivre le déroulement ;

- de suivre les activités des comités d'éthique des essais cliniques ;

- d'agréer les sociétés de prestations de services dans le domaine des essais cliniques ;

- de suivre les activités de pharmacovigilance et matériovigilance.

1.2 - La sous-direction de l'enregistrement des produits pharmaceutiques, chargée :

- de l'enregistrement des produits pharmaceutiques ;

- de l'élaboration et de la mise à jour périodique des nomenclatures nationales des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;

- d'établir et de mettre à jour la liste des médicaments essentiels ;

- de l'homologation des dispositifs médicaux.

1.3 - La sous-direction de la régulation et des activités techniques, chargée :

- de veiller au respect des conditions d'exercice de la profession et à la régulation du marché des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;
- d'étudier et de proposer les mesures destinées à assurer la régulation de la consommation pharmaceutique et l'importation ;
- d'évaluer le marché des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux et d'en assurer la disponibilité ;
- de contrôler la publicité et de valider la promotion de l'information médico-pharmaceutique ;
- de suivre et d'évaluer l'utilisation des psychotropes ;
- de délivrer les agréments des sociétés de promotion médicale et les décisions d'exercice des délégués médicaux ;
- de veiller à l'implantation équilibrée des officines de pharmacie et à leur contrôle.

1.4 - La sous-direction de la pharmacie hospitalière, chargée :

- d'assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux dans les structures hospitalières et de soins ;
- d'organiser et de fixer les procédures de gestion et de contrôle des pharmacies hospitalières ;
- d'élaborer et de mettre à jour les nomenclatures hospitalières des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux par type d'établissement et par service ;
- de promouvoir les préparations hospitalières dans les établissements.

2. La direction des équipements de santé, chargée :

- d'identifier et d'analyser les besoins en équipements de santé ;
- de proposer et de mettre en œuvre les mesures destinées à la régulation de l'utilisation et/ou de la consommation des équipements de santé ;
- d'établir la nomenclature des équipements de santé ;
- de développer un système d'informations statistiques visant à connaître l'évolution de la demande et de l'offre en matière d'équipements de santé et d'en assurer la régulation ;
- de participer à la définition des normes en matière d'équipements de santé et d'instrumentation ;
- de proposer des mesures destinées à l'homologation des équipements médicaux, de l'instrumentation et des consommables et d'assurer leur mise en œuvre ;
- de contribuer à la définition des modalités d'approvisionnement et de maintenance des équipements de santé ;
- d'impulser la promotion de la production nationale des équipements de santé ;

Elle comprend trois (3) sous-directions :

2.1 - La sous-direction de l'homologation des équipements de santé, chargée :

- de participer à la définition des normes en matière d'équipements et d'instrumentation médicaux ;
- de proposer les mesures destinées à l'homologation des équipements de santé et de l'instrumentation ;
- d'établir la nomenclature des équipements de santé et de veiller à son actualisation ;
- d'évaluer les besoins en équipements de santé ;
- d'impulser la promotion de la production nationale des équipements de santé ;
- de suivre les investissements en matière d'équipements de santé ;
- de délivrer les autorisations d'exploitation des établissements de production et/ou de distribution des équipements de santé.

2.2 - La sous-direction de la régulation et de l'approvisionnement en équipements de santé, chargée :

- de gérer et d'assurer le suivi et l'évaluation du programme des contrats d'importation d'équipements de santé ;
- d'assurer le suivi et l'évaluation du marché des équipements de santé ;
- d'organiser et d'assurer le suivi de l'activité de distribution des équipements de santé.

2.3 - La sous-direction de l'appui technique, chargée :

- de proposer et de suivre toutes mesures susceptibles de concourir à la maintenance des équipements de santé ;
- de contribuer à l'élaboration des cahiers des clauses techniques relatifs à l'acquisition des équipements médicaux et à leur harmonisation, notamment en matière de caractéristiques techniques et de clauses de maintenance ;
- de veiller à la constitution d'équipes techniques locales chargées de la maintenance des équipements au niveau des établissements de santé.

Art. 5. — La direction de la population est chargée :

- de définir les objectifs et stratégies en matière de population ;
- d'œuvrer à l'intégration de la variable démographique dans les stratégies et programmes sectoriels de développement économique et social ;
- de coordonner, de suivre et d'évaluer les plans sectoriels et actions entreprises dans ce domaine ;
- de contribuer à l'amélioration de la connaissance factuelle de la dynamique démographique et de ses déterminants ;

- d'initier et d'impulser les études, analyses et recherches en population pour un meilleur suivi et évaluation des objectifs fixés dans ce domaine ;

- de concevoir, de suivre et d'évaluer les programmes visant à améliorer l'accès et la qualité des soins de la santé reproductive et de planification familiale au niveau national et local.

Elle comprend quatre (4) sous-directions :

1 - La sous-direction de la santé reproductive et de la planification familiale, chargée :

- de faciliter l'accès aux services de santé reproductive et planification familiale et d'améliorer la qualité des prestations ;

- de développer les composantes de la santé reproductive et de renforcer le lien avec la planification familiale ;

- de développer et de mettre en œuvre les mécanismes et procédures de gestion et d'évaluation des programmes de santé reproductive ;

- d'étudier et de proposer les normes et critères de performances, incluant la formation continue des prestataires ;

- d'identifier, de suivre et d'évaluer les programmes prioritaires en santé de la reproduction incluant le dépistage des cancers génitaux, la prise en charge des infertilités par le développement des activités d'assistance médicale à la procréation et la santé génésique dans tous les cycles de vie.

2 - La sous-direction des études, recherches et analyses, chargée :

- d'initier et de développer les études, analyses et recherches en matière de population et de démographie ;

- de contribuer à l'amélioration de la connaissance factuelle de la dynamique démographique et ses déterminants ;

- d'améliorer la collecte des informations et mettre en place une base de données dynamique sur la politique nationale de population et développement ;

- de promouvoir les échanges avec les institutions d'enseignement et de recherche dans les domaines de la santé, population et développement ;

- de promouvoir les études des populations à dimension pluridisciplinaire.

3 - La sous-direction de la prospective et de la veille démographique, chargée :

- d'œuvrer à l'observation régulière des phénomènes démographiques et sociodémographiques émergents ;

- de contribuer à la mise en place et au développement d'un système d'information en population et développement et d'une base de données dynamique ;

- de contribuer à la diffusion des informations démographiques ;

- d'établir, avec les instances compétentes, les hypothèses et projections de population au niveau national et local ;

- de promouvoir la sauvegarde du patrimoine démographique.

4 - La sous-direction des stratégies et programmes de population, chargée :

- d'identifier de façon périodique les objectifs, stratégies et programmes en matière de population en vue de l'équilibre entre la croissance démographique et le développement économique et social ;

- de promouvoir l'approche multisectorielle, de coordonner, de suivre et d'évaluer les actions entreprises dans le domaine au niveau national et local ;

- de contribuer à l'intégration de la dimension « population » dans les plans de développement ;

- de renforcer les activités d'information, d'éducation et de communication en matière de population et développement ;

- de promouvoir le partenariat et la coopération technique et scientifique pour la mobilisation des ressources ;

- de participer à l'identification et à la mise en place des programmes spécifiques aux besoins locaux de la population.

Art. 6. — La direction des études et de la planification est chargée :

- d'initier, d'élaborer, de mettre en œuvre, d'évaluer les études, enquêtes et recherches en matière de planification et d'investissement concernant le secteur de la santé ;

- de contribuer, en relation avec les structures concernées, à l'élaboration d'indicateurs permettant l'identification des besoins sanitaires et la planification des moyens nécessaires aux activités pour les couvrir ;

- d'élaborer et de tenir à jour les plans directeurs du secteur ;

- d'assurer le suivi de l'exécution des projets d'investissement publics inscrits au profit du secteur de la santé.

Elle comprend deux (2) sous-directions :

1 - La sous-direction des études et des programmes d'investissement, chargée :

- de mener et de valider des études-types pour la réalisation des différents projets d'investissement en santé ;

- d'élaborer et/ou de valider les cahiers des charges pour la réalisation, la réhabilitation et l'équipement des établissements publics de santé ;

- de faire réaliser et de valider les études types pour l'assistance à la maîtrise d'ouvrage ;

— de tenir à jour un fichier des bureaux d'études nationaux et internationaux spécialisés dans la réalisation des infrastructures et des équipements du secteur de la santé.

— d'assurer le suivi, l'évaluation et le contrôle des réalisations et des acquisitions des infrastructures, moyens et équipements du secteur ;

— de tenir à jour les informations relatives aux projets d'investissement ;

— d'élaborer, en coordination avec les structures centrales concernées, les programmes d'équipements annuels et pluriannuels à gestion centralisée et déconcentrée et d'assurer le suivi de leur réalisation ;

— de déterminer, en coordination avec les services et les organismes relevant du secteur, les besoins en équipements ;

— d'élaborer les bilans relatifs à l'exécution des programmes d'investissement inscrits et tenir à jour la nomenclature des opérations d'équipement ;

— d'assurer le suivi, la coordination et l'évaluation des programmes de réalisation et d'implantation des infrastructures relevant du secteur.

2 - La sous-direction de la planification, chargée :

— d'élaborer les programmes d'équipements annuels et pluriannuels du secteur ;

— d'assurer la couverture des besoins en équipements liés aux infrastructures et de proposer les mesures appropriées destinées à assurer leur régulation et leur disponibilité ;

— de proposer et de suivre la normalisation des moyens et ressources du secteur ;

— de réaliser des dossiers de typification des équipements sanitaires et de les mettre à la disposition des structures déconcentrées ;

— de participer à l'élaboration et à l'actualisation de la carte sanitaire nationale ;

— de mener des études prospectives nécessaires au développement du secteur ;

— de proposer un schéma directeur sectoriel de la santé ;

— de recueillir, d'analyser et d'exploiter les informations permettant l'évaluation des besoins sanitaires ;

— de proposer, en collaboration avec les structures centrales et déconcentrées ainsi que les organismes concernés, des plans de développement en matière de santé ;

— de définir les normes en vue d'une utilisation rationnelle des ressources humaines, financières et matérielles ;

— de participer à la normalisation des moyens par discipline et activité ;

— d'établir, de façon périodique, le bilan des actions entreprises dans le domaine de la normalisation.

Art. 7. — La direction de la réglementation, du contentieux et de la coopération est chargée :

— de mener toutes études et travaux d'élaboration, de coordination et de synthèse relatifs à l'application de la législation et de la réglementation régissant les activités dévolues au secteur de la santé ;

— d'assurer le suivi du traitement des affaires contentieuses du secteur ;

— de réaliser des études juridiques au profit du secteur de la santé, dans le cadre de la réalisation de ses missions ;

— de promouvoir et de suivre, en collaboration avec les structures, organismes et les secteurs concernés, la coopération bilatérale et multilatérale ;

— de promouvoir et de suivre, en collaboration avec les structures concernées, les accords et conventions avec les secteurs et institutions partenaires ;

— d'assurer le suivi de l'application des conventions et accords internationaux relatifs au secteur, en collaboration avec les structures et les secteurs concernés ;

— d'assurer le fonctionnement de la commission ministérielle des marchés publics et de veiller au respect des procédures d'établissement des marchés.

Elle comprend quatre (4) sous-directions ;

1 - La sous-direction de la réglementation, chargée :

— d'étudier les projets de textes émanant des autres ministères, en concertation avec les structures concernées relevant du secteur ;

— d'élaborer, d'assurer et de suivre la confection et la diffusion du bulletin officiel du ministère chargé de la santé ;

— de coordonner et d'assurer la cohérence des projets de textes élaborés par les structures de l'administration centrale et de veiller à leur conformité avec la législation et la réglementation en vigueur ;

— de formaliser les projets de textes du secteur et de les proposer pour étude aux institutions et secteurs concernés ;

— de veiller, en collaboration avec les structures concernées, au suivi du processus d'adoption et de publication des textes législatifs et réglementaires du secteur ;

— d'effectuer les opérations nécessaires à la codification des textes en vigueur concernant le secteur de la santé.

2 - La sous-direction du contentieux, chargée :

— d'engager, pour le compte du ministère chargé de la santé, les procédures de toutes actions en justice devant les juridictions compétentes ;

— de suivre les actions contentieuses du secteur et de s'assurer de leur traitement dans les délais requis ;

— d'assurer l'évaluation et l'analyse périodiques des affaires contentieuses ;

- de traiter les affaires pré-contentieuses en favorisant les modes alternatifs de règlement des litiges dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;

- d'examiner, en liaison avec la structure concernée, toute mesure disciplinaire proposée par les ordres professionnels visant l'interdiction de l'exercice et/ou la fermeture d'une structure ou établissement de santé privé et suggérer les suites à donner ;

- d'étudier et de proposer des solutions aux situations conflictuelles ou litigieuses liées à l'activité de service public des ordres professionnels ;

- de proposer toute mesure d'organisation et de fonctionnement des établissements et des services de santé susceptible de prévenir la survenue de contentieux liés à la prise en charge des usagers.

3 - La sous-direction des études juridiques, chargée :

- de mener des recherches dans le domaine juridique, doctrinal, jurisprudentiel et autres à même d'aider à la résolution des problèmes pré-contentieux, contentieux et à une correcte compréhension des textes juridiques ;

- d'apporter assistance et conseil aux différentes structures du secteur dans son domaine de compétence ;

- d'entreprendre les travaux d'études et de préparer la synthèse de chaque dossier pour en faciliter l'exploitation ;

- de constituer un fonds documentaire nécessaire aux activités du secteur ;

- d'élaborer des propositions de solutions permettant d'opérer des choix juridiques judicieux en fonction des objectifs visés ;

- de contribuer à l'amélioration du dispositif législatif et réglementaire régissant le secteur.

4 - La sous-direction de la coopération, chargée :

- de promouvoir la coopération bilatérale et multilatérale et de préparer et coordonner la participation du secteur aux réunions des organisations internationales et régionales spécialisées ;

- de participer, dans le cadre des procédures établies, à l'élaboration des accords et conventions internationaux concernant le secteur ;

- de suivre l'application des conventions et accords internationaux relatifs aux activités du secteur ;

- de préparer les dossiers techniques dans le cadre des commissions mixtes de coopération ;

- de mettre en œuvre la coopération et l'échange avec les organisations et administrations similaires étrangères ;

- de promouvoir et de définir le cadre du partenariat et de l'échange avec les administrations et organismes nationaux ;

- d'élaborer les bilans se rapportant aux programmes de coopération du secteur.

Art. 8. — La direction des ressources humaines est chargée :

- de définir et de mettre en œuvre la politique de développement et de valorisation des ressources humaines du secteur ;

- d'initier et de proposer, en liaison avec les structures concernées de l'administration centrale, les projets de textes relatifs aux statuts des personnels de santé ;

- de suivre et d'évaluer la gestion des ressources humaines ;

- de gérer les fichiers de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux du secteur ;

- de gérer les fichiers de l'ensemble des personnels administratifs et techniques du secteur ;

- de participer, en liaison avec les structures concernées de l'administration centrale, à la normalisation des effectifs ;

- d'entreprendre toute mesure susceptible d'assurer les conditions adéquates de travail et la gestion efficace des relations de travail.

Elle comprend deux (2) sous-directions :

1 - La sous-direction du personnel médical et paramédical, chargée :

- d'étudier et de proposer, en liaison avec les structures concernées de l'administration centrale, les projets de textes relatifs aux statuts des personnels médical, paramédical et autres catégories de personnels et à l'organisation de la gestion de leur carrière ;

- de participer à l'évaluation des besoins en personnels médical, paramédical et autres catégories de personnels du secteur ;

- d'assurer la gestion prévisionnelle des recrutements des personnels médical et paramédical et autres catégories de personnels du secteur ;

- d'assurer la gestion, l'organisation et la promotion de la carrière du personnel médical du secteur ;

- d'assurer la gestion des personnels étrangers exerçant au titre de la coopération technique en application des dispositions des conventions ratifiées et des accords signés ;

- d'établir et de tenir à jour le fichier central des personnels médical et paramédical et autres catégories du secteur.

2 - La sous-direction des personnels administratifs et techniques, chargée :

- de participer à l'évaluation des besoins en personnels administratifs et techniques ;

- d'assurer le recrutement et la gestion des personnels de l'administration centrale ;

- d'assurer le recrutement et la gestion des carrières des administrateurs de santé ;

- d'établir et de tenir à jour le fichier central des personnels administratifs et techniques du secteur.

Art. 9. — **La direction de la formation** est chargée :

- d'élaborer et de mettre en œuvre un plan stratégique de formation spécifique au secteur ;
- de définir, en concertation et en collaboration avec les secteurs et organismes concernés, la politique de formation des personnels de santé ;
- d'étudier et de proposer, en collaboration avec les structures et les institutions concernées, un état prévisionnel de formation des ressources humaines nécessaires au fonctionnement des structures du secteur ;
- de définir, de proposer et de mettre en œuvre les programmes sectoriels annuels et pluriannuels de formation à même de répondre aux besoins du secteur ;
- de procéder, en relation avec les institutions de formation concernées, à la révision et à l'enrichissement permanent des programmes de formation initiale et continue des personnels de santé ;
- de participer à la détermination des profils de postes et des profils de formation des personnels de santé.

Elle comprend deux (2) sous-directions :

1 - La sous-direction de la formation initiale, chargée :

- d'élaborer des programmes, des méthodes et des moyens didactiques et d'assurer le contrôle de leur mise en œuvre ;
- de valider les programmes de formation initiale ;
- d'évaluer les besoins en formation initiale ;
- d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer les plans de formation annuels et/ou pluriannuels de formation paramédicale ;
- de proposer, en relation avec les institutions et secteurs concernés, toute mesure susceptible d'améliorer les programmes de formation initiale ;
- de délivrer les diplômes et les équivalences en matière de formation paramédicale et des autres catégories de personnels de la santé ;
- d'étudier les demandes de création d'établissements privés de formation paramédicale et autres catégories d'auxiliaires médicaux et d'en délivrer les agréments ;
- d'assurer la tutelle pédagogique des établissements publics et privés de formation relevant du secteur de la santé ;
- de procéder, en relation avec les institutions de formation concernées, à l'amélioration et à l'enrichissement permanent des programmes de formation initiale applicables aux personnels chargés de l'administration et de la gestion.

2 - La sous-direction de la formation continue, chargée :

- d'identifier, en liaison avec les structures concernées, les besoins en formation continue des personnels du secteur de la santé ;
- de valider les plans de formation continue spécifiques au secteur ;
- d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer le plan de formation continue annuel et/ou pluriannuel des personnels du secteur ;
- d'évaluer l'impact de la formation continue sur la qualité des prestations.

Art. 10. — **La direction des finances et des moyens** est chargée :

- d'évaluer les besoins en crédits de fonctionnement de l'administration centrale et des services déconcentrés relevant du secteur ;
- d'exécuter le budget de fonctionnement et d'équipement de l'administration centrale du ministère chargé de la santé ;
- de procéder à l'évaluation de la gestion financière et comptable et d'analyser l'information financière ;
- de procéder au contrôle de la gestion financière et comptable des établissements publics de santé et de proposer toutes mesures visant à améliorer l'efficacité et l'efficience de leur gestion ;
- d'assurer le suivi de la contractualisation et des mesures prises dans le cadre de la réforme hospitalière ;
- de proposer toutes mesures susceptibles d'assurer la maintenance des biens de l'administration centrale ;
- de procéder à l'inventaire des biens meubles et immeubles de l'administration centrale ;
- de gérer les moyens généraux du ministère.

Elle comprend deux (2) sous-directions :

1 - La sous-direction du budget et de la comptabilité, chargée :

- de centraliser, d'examiner et d'élaborer les projets du budget de fonctionnement et d'équipement des structures et établissements publics relevant du secteur de la santé, en liaison avec les services du ministère chargé des finances ;
- d'assurer l'exécution du budget de l'administration centrale ;
- d'étudier et de proposer les mesures destinées à l'amélioration des modalités d'exécution du budget ;
- d'assurer le fonctionnement du bureau des marchés publics ;

- d'assurer le contrôle de l'exécution du budget et de proposer toutes mesures susceptibles de rationaliser l'utilisation des moyens financiers ;

- de mettre en œuvre un système informatisé de comptabilité ;

- de centraliser les situations comptables du budget de fonctionnement et d'équipement.

2 - La sous-direction des moyens généraux, chargée :

- de gérer les moyens de l'administration centrale ;

- de veiller à l'hygiène et à l'entretien des biens meubles et immeubles de l'administration centrale ;

- de déterminer et de satisfaire les besoins en matériels, fournitures et moyens de toute nature de l'administration centrale ;

- d'assurer les conditions matérielles nécessaires aux activités des structures de l'administration centrale ;

- d'assurer la gestion et la conservation des archives de l'administration centrale.

Art. 11. — La direction des systèmes d'information et de l'informatique est chargée :

- de définir la stratégie nationale du système d'information du secteur de la santé ;

- de définir les outils et méthodes d'organisation du système d'information de la santé ;

- de valider les plans directeurs du système d'information de la santé ;

- d'initier et de participer à l'élaboration des procédures relatives à l'échange et à la protection des données et informations ;

- de coordonner et de veiller à la cohérence des différents sous-systèmes d'information de la santé en relation avec le système national d'information ;

- d'œuvrer à la généralisation de l'utilisation des technologies d'information et de communication ;

- de développer le réseau informatique du secteur et d'en garantir la sécurité ;

- d'opérer des choix de solutions informatiques nécessaires au secteur.

Elle comprend deux (2) sous-directions :

1 - La sous-direction de l'organisation et du système d'information, chargée :

- de définir et de mettre en place les outils et méthodes d'organisation ;

- de définir les supports d'information et d'assurer leur circulation et la mise à jour des fichiers ;

- d'élaborer le schéma directeur informatique du secteur ;

- de concevoir les applications informatiques pour les différents domaines d'activité du secteur ;

- de développer et de réaliser les logiciels et applications informatiques conformément au schéma directeur du secteur ;

- de contribuer à l'élaboration des schémas directeurs des établissements et institutions relevant du secteur ;

- d'assurer la confidentialité, la sécurité logicielle et l'hébergement des données.

2 - La sous-direction des réseaux informatiques, chargée :

- de mettre en place les réseaux locaux des établissements et structures de la santé ;

- de développer le réseau d'interconnexion entre les établissements de santé et les autres partenaires du secteur ;

- de définir les procédés d'accès au réseau ;

- de développer la transmission d'informations à travers les réseaux informatiques ;

- de définir et d'établir un plan de sécurité sur les réseaux internes et externes du secteur ;

- de garantir la sécurité des équipements et données ;

- de participer à l'élaboration et à la validation des cahiers des charges du secteur concernant l'acquisition de logiciels et progiciels.

Art. 12. — Les structures de l'administration centrale chargées de la santé, de la population et de la réforme hospitalière exercent, chacune en ce qui la concerne, sur les organismes et les établissements du secteur, les prérogatives et missions qui leur sont confiées dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Art. 13. — L'organisation en bureaux de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière est fixée par arrêté conjoint du ministre des finances, du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et de l'autorité chargée de la fonction publique, dans la limite de deux (2) à quatre (4) bureaux par sous-direction.

Art. 14. — Les dispositions du décret exécutif n° 05-428 du 5 Chaoual 1426 correspondant au 7 novembre 2005, susvisé, sont abrogées.

Art. 15. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011.

Ahmed OUYAHIA.

DECISIONS INDIVIDUELLES

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un sous-directeur à la direction générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion au ministère de la justice.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de sous-directeur de l'application des peines à la direction générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion au ministère de la justice, exercées par M. Mourad Kichah, appelé à réintégrer son grade d'origine.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un magistrat.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de juge au tribunal de Aïn El Melh, exercées par M. Brahim Boulahia, admis à la retraite.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions du directeur régional des impôts à Oran.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de directeur régional des impôts à Oran, exercées par M. Abdellah Saâd, admis à la retraite.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un sous-directeur à la direction générale des douanes.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de sous-directeur des brigades à la direction générale des douanes, exercées par M. Ahmed Maâcha, appelé à réintégrer son grade d'origine.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un chargé d'inspection à l'inspection régionale de l'inspection générale des finances à Laghouat.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de chargé d'inspection à l'inspection régionale de l'inspection générale des finances à Laghouat, exercées par M. Abderrahmane Mahmoudi, admis à la retraite.

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'une sous-directrice au ministère de l'énergie et des mines.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de sous-directrice de la maîtrise de l'énergie au ministère de l'énergie et des mines, exercées par Mme Nora Zouaoui, appelée à exercer une autre fonction.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions de directeurs des travaux publics de wilayas.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de directeurs des travaux publics aux wilayas suivantes, exercées par MM. :

- Moussa Sala, à la wilaya de Médéa ;
 - Azeddine Khenaka, à la wilaya de Boumerdès ;
 - Nouredine Boubaâ, à la wilaya de Mila ;
- appelés à exercer d'autres fonctions.
- ★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'une sous-directrice au ministère du commerce.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de sous-directrice des opérations budgétaires et de la comptabilité au ministère du commerce, exercées par Mme Farida Ghezali, appelée à exercer une autre fonction.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions de directeurs au ministère du commerce.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de directeurs au ministère du commerce, exercées par Mme et M. :

- Hassina Djadoun, directrice du contrôle de la qualité et de la répression des fraudes ;
 - Abdelhakim Zebiri, directeur des études, de la prospective et de l'information économique ;
- appelés à exercer d'autres fonctions.

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions du doyen de la faculté des lettres et des sciences humaines à l'université des sciences islamiques « Emir Abdelkader » à Constantine.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin, à compter du 6 février 2011, aux fonctions de doyen de la faculté des lettres et des sciences humaines à l'université des sciences islamiques « Emir Abdelkader » à Constantine, exercées par M. Ahmed Sarri, pour suppression de structure.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un directeur d'études au ministère de la poste et des technologies de l'information et de la communication.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de directeur d'études au ministère de la poste et des technologies de l'information et de la communication, exercées par M. Ammar Bensissaïd, admis à la retraite.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions d'un inspecteur au ministère de la communication.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions d'inspecteur au ministère de la communication, exercées par M. Abdellah Bensebti, admis à la retraite.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 mettant fin aux fonctions du directeur d'études du département des techniques d'analyse et de contrôle à la Cour des comptes.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, il est mis fin aux fonctions de directeur d'études du département des techniques d'analyse et de contrôle à la Cour des comptes, exercées par M. Khaled Bachene, admis à la retraite.

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination d'une sous-directrice à l'inspection générale des finances au ministère des finances.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, Mme Farida Ghezali est nommée sous-directrice du budget et de la comptabilité à l'inspection générale des finances au ministère des finances.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination d'une sous-directrice au ministère de l'énergie et des mines.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, Mme Nora Zouaoui est nommée sous-directrice de l'efficacité énergétique à la direction générale de l'énergie au ministère de l'énergie et des mines.

-----★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination de directeurs des travaux publics de wilayas.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, sont nommés directeurs des travaux publics aux wilayas suivantes, MM. :

- Moussa Sala, à la wilaya de Sétif ;
 - Nouredine Boubaa, à la wilaya de Médéa ;
 - Azeddine Khenaka, à la wilaya de Mila.
- ★-----

Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011 portant nomination de directeurs au ministère du commerce.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, sont nommés directeurs au ministère du commerce, Mme et M. :

- Hassina Djadoun, directrice de la réglementation et des affaires juridiques ;
- Abdelhakim Zebiri, directeur du suivi et de la promotion des échanges commerciaux.

**Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432
correspondant au 26 octobre 2011 portant
nomination du secrétaire général de l'université
de Tlemcen.**

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, M. Abdelhafid Guettaïa est nommé secrétaire général de l'université de Tlemcen.

-----★-----

**Décrets présidentiels du 28 Dhou El Kaada 1432
correspondant au 26 octobre 2011 portant
nomination de vice-recteurs d'universités.**

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, M. Abdelhafid Hellal est nommé vice-recteur chargé des relations extérieures, la coopération, l'animation, la communication et les manifestations scientifiques à l'université de Laghouat.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, M. Kamel Haddouche est nommé vice-recteur chargé du développement, la prospective et l'orientation à l'université de Tiaret.

-----★-----

**Décrets présidentiels du 28 Dhou El Kaada 1432
correspondant au 26 octobre 2011 portant
nomination de doyens de facultés aux universités.**

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, Mme Khelloudja Megherbi est nommée doyenne de la faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion à l'université de Béjaïa.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, M. Abdellaziz Amokrane est nommé doyen de la faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion à l'université de Tizi-Ouzou.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, M. Mohammed Brahim Salhi est nommé doyen de la faculté des sciences humaines et sociales à l'université de Tizi-Ouzou.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, M. Tahar Belaïouar est nommé doyen de la faculté des lettres et langues et des sciences sociales à l'université de Jijel.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, M. Mohammed Khamadja est nommé doyen de la faculté des sciences de l'ingénieur à l'université de Constantine.

**Décrets présidentiels du 28 Dhou El Kaada 1432
correspondant au 26 octobre 2011 portant
nomination au ministère du tourisme et de
l'artisanat.**

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, sont nommés au ministère du tourisme et de l'artisanat, Mmes et MM. :

— Abderraouf Khalef, directeur de l'évaluation et du soutien des projets touristiques ;

— Zakia Kasbadji, sous-directrice des études ;

— Mustapha Larachiche, sous-directeur de la régulation et du contrôle ;

— Asmah-Hayat Nadji, sous-directrice des affaires juridiques et du contentieux ;

— Toufik Bouzouaid, sous-directeur des moyens généraux.

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, sont nommés sous-directeurs au ministère du tourisme et de l'artisanat, Mmes et M. :

— Souad Chennouf, sous-directrice de la comptabilité et des finances ;

— Rabia Zekhmi, sous-directrice des études économiques ;

— Djamel Alili, sous-directeur de la valorisation de l'utilisation des eaux thermales.

-----★-----

**Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432
correspondant au 26 octobre 2011 portant
nomination de la directrice générale de l'agence
nationale de l'artisanat traditionnel (ANART).**

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, Mme Fazia Aberkane est nommée directrice générale de l'agence nationale de l'artisanat traditionnel (ANART).

-----★-----

**Décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432
correspondant au 26 octobre 2011 portant
nomination du directeur du tourisme et de
l'artisanat à la wilaya de Guelma.**

Par décret présidentiel du 28 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 26 octobre 2011, M. Ouahid Benkhakhecha est nommé directeur du tourisme et de l'artisanat à la wilaya de Guelma.

ARRETES, DECISIONS ET AVIS

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DES COLLECTIVITES LOCALES

Arrêté interministériel du 15 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 13 octobre 2011 fixant les conditions et les modalités d'acquisition, de détention, d'exploitation, d'utilisation et de cession des équipements sensibles.

— — — —

Le ministre de la défense nationale,

Le ministre de l'intérieur et des collectivités locales,

Le ministre des finances,

Le ministre des transports,

Le ministre de la poste et des technologies de l'information et de la communication,

Vu le décret présidentiel n° 05-162 du 23 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 2 mai 2005 fixant les missions et attributions du ministre délégué auprès du ministre de la défense nationale ;

Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 89-165 du 29 août 1989, modifié et complété, fixant les attributions du ministre des transports ;

Vu le décret exécutif n° 94-247 du 2 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 10 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;

Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;

Vu le décret exécutif n° 03-57 du 4 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 5 février 2003 fixant les attributions du ministre de la poste et des technologies de l'information et de la communication ;

Vu le décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009 fixant les règles de sécurité applicables aux activités portant sur les équipements sensibles, notamment ses articles 13, 14 et 21 ;

Vu l'arrêté interministériel du 9 Joumada El Oula 1424 correspondant au 9 juillet 2003, complété, fixant les conditions et les modalités d'importation, d'acquisition, de détention, d'exploitation, de cession et le transport des équipements sensibles ;

Arrêtent :

Article 1er. — En application des dispositions des articles 13, 14 et 21 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé, le présent arrêté a pour objet de définir les conditions et les modalités d'acquisition des équipements

sensibles par les opérateurs agréés ainsi que les conditions et les modalités d'acquisition, de détention, d'exploitation, d'utilisation et de cession des équipements sensibles par les personnes physiques et morales aux fins de détention et d'utilisation.

Chapitre 1er

Procédure d'acquisition des équipements sensibles par les opérateurs agréés

Art. 2. — L'acquisition des équipements sensibles, au niveau national par les opérateurs, est soumise à une autorisation préalable délivrée par le wali du lieu d'activité pour les opérateurs personnes physiques, ou du siège social pour les opérateurs personnes morales, après avis de la commission de sécurité de la wilaya.

Art. 3. — La demande d'autorisation d'acquisition doit mentionner notamment :

— l'identité ou la raison sociale, l'adresse et la nationalité de l'opérateur demandeur ;

— l'activité de l'opérateur, telle que définie par l'article 6 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé ;

— la désignation complète (type, marque, modèle) des équipements, objet de la demande d'autorisation, et leur quantité ;

— l'origine des équipements et les modalités de transport ;

— le(s) lieu(x) d'entreposage et d'utilisation, ainsi que les conditions de conservation en sécurité des équipements.

La demande d'autorisation d'acquisition doit être accompagnée d'un dossier comportant :

— une copie certifiée conforme de l'agrément de l'opérateur demandeur en cours de validité ;

— une copie certifiée conforme de l'autorisation d'exploitation du destinataire final lorsque la demande porte sur l'acquisition des équipements classés dans les sous-sections 1, 2 et 3 de la section A de la nomenclature des équipements sensibles figurant à l'annexe I du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé ;

— une copie des caractéristiques techniques des équipements.

La demande d'autorisation d'acquisition ne doit porter que sur les équipements figurant dans l'agrément.

Art. 4. — La demande d'autorisation suscitée, établie selon le modèle joint en annexe I du présent arrêté, est déposée, contre récépissé, auprès des services de la réglementation de la wilaya territorialement compétente.

Elle est traitée dans un délai n'excédant pas soixante (60) jours à compter de la date de son dépôt.

L'autorisation d'acquisition, établie conformément au modèle figurant à l'annexe II du présent arrêté, est notifiée à l'intéressé par les services chargés de la réglementation de la wilaya territorialement compétente, dans le délai fixé à l'alinéa ci-dessus. L'autorisation d'acquisition est personnelle, elle ne peut être ni cédée ni échangée.

Le rejet de la demande doit être dûment motivé.

En cas de rejet de la demande, l'opérateur reçoit notification de la décision suivant le même canal et dans le même délai.

Art. 5. — L'acquisition des équipements sensibles, sur le marché national, ne peut avoir lieu qu'auprès d'un opérateur dûment agréé pour la commercialisation de ces équipements ou un particulier dûment autorisé.

Lorsque l'équipement est acquis auprès d'un opérateur, celui-ci doit apposer son cachet humide sur l'autorisation d'acquisition indiquant que cette dernière a été consommée et a donné lieu à l'achat des équipements qui y sont mentionnés en précisant leurs numéros de série.

L'original de l'autorisation est rendu à l'acheteur avec facture d'achat et une copie est gardée par l'opérateur.

L'acquisition des équipements sensibles classés dans la sous-section 2 de la section B auprès d'un particulier dûment autorisé, dans le cadre de transfert de propriété, doit être effectuée après vérification de l'autorisation d'acquisition par les services de la commune territorialement compétente. L'autorité de délivrance de l'autorisation d'acquisition en est informée.

Lorsque le cédant et le cessionnaire ne résident pas dans la même wilaya, le wali du lieu de résidence du cessionnaire en est également informé.

Art. 6. — L'acquisition des équipements sensibles sur le marché extérieur est soumise à un visa établi conformément aux dispositions de l'article 14 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé.

La demande de visa est déposée par l'opérateur auprès du ministère concerné ou de la wilaya du lieu d'activité, accompagnée des documents suivants :

- une copie de l'agrément de l'opérateur demandeur en cours de validité ;
- la copie originale de l'autorisation d'acquisition, délivrée par le wali territorialement compétent ;
- une copie des caractéristiques techniques des équipements.

La demande de visa doit indiquer le pays de provenance des équipements.

Après vérification de la conformité de la demande, celle-ci est transmise dans les cinq (5) jours ouvrables qui suivent la date de dépôt à l'autorité chargée de l'établissement du visa.

Les suites réservées à la demande de visa sont notifiées à l'intéressé par les services de la wilaya du lieu de dépôt de la demande, dans un délai de soixante (60) jours ouvrables à compter de la date de dépôt de la demande.

Art. 7. — Le dédouanement des équipements sensibles s'effectue au vu de l'autorisation d'acquisition originale visée conformément aux dispositions de l'article 14 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé.

Le dédouanement des équipements sensibles doit s'effectuer dans les délais fixés à l'alinéa 2 de l'article 8 et à l'alinéa 2 de l'article 16 ci-dessous.

L'autorisation d'acquisition des équipements sensibles sur le marché extérieur dûment visée est renseignée par les services des douanes qui apposent un cachet humide indiquant que celle-ci a été consommée et a donné lieu au dédouanement des équipements qui y sont mentionnés en précisant le numéro de série des équipements importés. Une copie de l'autorisation est conservée au niveau du service des douanes concerné.

Un état des équipements acquis sur le marché extérieur est transmis trimestriellement par les services des douanes à l'autorité ayant établi le visa qui en informe les services des ministères chargés de la défense nationale et de l'intérieur.

L'état précité doit préciser pour chaque visa établi :

- la quantité des équipements, leur type, marque, modèle et numéro de série,
- la référence du visa,
- la référence de l'autorisation d'acquisition et l'autorité de délivrance.

Art. 8. — L'acquisition au niveau national des équipements sensibles, objet de l'autorisation par les opérateurs, doit être réalisée dans un délai n'excédant pas six (6) mois à compter de la date de notification de l'autorisation.

Ce délai est porté à une (1) année lorsqu'il s'agit d'acquisition sur le marché extérieur à compter de la date de notification du visa. L'acquisition sur le marché extérieur est réalisée en une seule opération.

Chapitre 2

Procédure d'acquisition, de détention, d'exploitation, d'utilisation et de cession des équipements sensibles par les personnes physiques et morales aux fins de détention et d'utilisation

Art. 9. — L'acquisition des équipements sensibles aux fins de détention et d'utilisation est subordonnée à l'obtention de l'autorisation d'acquisition prévue à l'article 17 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé.

Art 10. — La demande d'autorisation d'acquisition mentionne :

- l'identité ou la raison sociale, l'adresse, la profession ou l'activité du demandeur ;
- la désignation complète (type, marque, modèle) des équipements, objet de la demande d'autorisation ;
- les caractéristiques techniques des équipements ;
- la quantité des équipements ;
- l'origine des équipements et les modalités de transport, ainsi que le pays de provenance ;
- le(s) lieu(x) d'entreposage et d'utilisation, ainsi que les conditions de conservation en sécurité des équipements.

La demande doit être accompagnée d'un dossier comportant :

Pour les personnes physiques :

- une fiche d'état civil ;
- un (1) extrait du casier judiciaire (bulletin n° 3) datant de moins de trois (3) mois ;
- une (1) certificat de résidence ;
- un (1) certificat de nationalité ;
- le titre de séjour pour les résidents étrangers ;
- l'état descriptif des moyens prévus pour la conservation en sécurité de l'équipement objet de la demande ;
- une copie certifiée conforme de l'autorisation d'exploitation des équipements classés dans les sous-sections 1, 2 et 3 de la section A de la nomenclature des équipements sensibles.

Pour les personnes morales :

- une copie (1) des statuts ;
- une (1) fiche d'état civil, un (1) extrait du casier judiciaire (bulletin n° 3) datant de moins de trois (3) mois et un (1) certificat de nationalité pour chacun des gérants, actionnaires et dirigeants ;
- l'état descriptif des moyens prévus pour la conservation en sécurité de l'équipement objet de la demande ;
- une copie certifiée conforme de l'autorisation d'exploitation des équipements classés dans les sous-sections 1, 2 et 3 de la section A de la nomenclature des équipements sensibles ;
- le titre de séjour pour les gérants de nationalité étrangère.

Art. 11. — La demande d'autorisation, établie en quatre (4) exemplaires selon le modèle joint en annexe I du présent arrêté, est déposée, contre remise de récépissé, auprès des services de la wilaya territorialement compétente.

Après vérification de la conformité de la demande, celle-ci est transmise dans les cinq (5) jours ouvrables qui suivent la date de dépôt au :

- ministère chargé des technologies de l'information et de la communication pour ce qui concerne les équipements classés dans la section A de la nomenclature des équipements sensibles ;
- ministère des transports pour ce qui concerne les équipements classés dans la sous-section 1 de la section B de la nomenclature des équipements sensibles.

Lorsque la demande d'autorisation porte sur des équipements sensibles classés dans les sous-sections 2 et 3 de la section B et de la section C de la nomenclature des équipements sensibles, celle-ci est traitée par la direction de la réglementation de la wilaya.

La demande d'autorisation est traitée dans un délai n'excédant pas soixante (60) jours ouvrables à compter de la date de dépôt.

L'autorisation d'acquisition établie par l'autorité habilitée citée ci-dessus, selon le modèle figurant à l'annexe II du présent arrêté, est transmise sans délai au wali territorialement compétent. L'autorisation d'acquisition est personnelle, elle ne peut être ni cédée ni échangée.

L'autorisation d'acquisition est notifiée à l'intéressé, par les services de la wilaya de lieu de dépôt de la demande dans les cinq (5) jours ouvrables qui suivent la date de réception de l'autorisation.

Pour les institutions ou administrations publiques à gestion centralisée, la demande d'autorisation est déposée, contre récépissé, auprès des services du ministère concerné.

Le rejet de la demande, dûment motivé, est notifié à l'intéressé dans les mêmes formes.

Art. 12. — Les autorisations d'acquisition d'équipements sensibles sur le marché national ou sur le marché extérieur par les représentations et agents diplomatiques accrédités en Algérie sont délivrées, dans le cadre des procédures établies en la matière, par les services :

- du ministère chargé des technologies de l'information et de la communication en ce qui concerne les équipements sensibles classés dans les sous-sections 1 et 2 de la section A de la nomenclature des équipements sensibles ;
- du ministère chargé des transports en ce qui concerne les équipements classés à la section B de la nomenclature des équipements sensibles ;
- du ministère chargé de l'intérieur en ce qui concerne les équipements classés à la section C de la nomenclature des équipements sensibles.

Les représentations diplomatiques sont exclues de l'application de la procédure d'autorisation d'acquisition des équipements sensibles classés dans la sous-section 3 de la section A de la nomenclature des équipements sensibles.

La demande d'autorisation d'acquisition doit indiquer selon le cas, l'identité de la représentation et les nom, prénoms du demandeur, son adresse et type et quantité des équipements objet de la demande ainsi que leurs caractéristiques techniques.

La demande d'autorisation est transmise, sous le couvert de la mission diplomatique dont relève le demandeur aux services du ministère des affaires étrangères. Elle est enregistrée et transmise à l'autorité de délivrance de l'autorisation, revêtue de l'avis motivé des services du ministère des affaires étrangères.

L'autorisation d'acquisition est retournée aux services du ministère des affaires étrangères qui la transmettent à leur tour à la mission diplomatique concernée.

En cas de rejet de la demande, celui-ci est notifié dans les mêmes formes prévues par le présent article.

Art. 13. — L'autorisation d'acquisition visée à l'article 9 ci-dessus n'ouvre droit à l'acquisition sur le marché extérieur qu'après avoir été visée par les autorités citées à l'article 14 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé.

La demande de visa est déposée auprès des services du ministère concerné ou des services de la wilaya territorialement compétents, accompagnée des documents suivants :

- la copie originale de l'autorisation d'acquisition ;
- une copie des caractéristiques techniques des équipements.

La demande de visa doit indiquer le pays de provenance des équipements.

Après vérification de la conformité de la demande, celle-ci est transmise dans les cinq (5) jours ouvrables qui suivent la date de dépôt à l'autorité chargée de l'établissement du visa.

Les suites réservées à la demande de visa sont notifiées à l'intéressé par les services de la wilaya du lieu de dépôt de la demande, dans un délai de soixante (60) jours ouvrables à compter de la date de dépôt de la demande.

Art. 14. — L'acquisition sur le marché national d'équipements sensibles ne peut avoir lieu qu'auprès d'un opérateur dûment agréé pour la commercialisation de ces équipements ou un particulier dûment autorisé, conformément aux dispositions de l'article 5 du présent arrêté.

Art. 15. — Le dédouanement des équipements sensibles s'effectue conformément aux dispositions des alinéas 1, 2 et 3 de l'article 7 du présent arrêté.

Un état des équipements acquis sur le marché extérieur est transmis par les services des douanes conformément aux dispositions des alinéas 3 et 4 de l'article 7 du présent arrêté.

Art. 16. — L'acquisition des équipements sensibles objet de l'autorisation doit être réalisée dans un délai n'excédant pas six (6) mois à compter de la date de notification de l'autorisation.

Ce délai est porté à une (1) année lorsqu'il s'agit d'acquisition sur le marché extérieur. Le délai commence à courir à compter de la date de notification du visa d'importation. L'acquisition sur le marché extérieur est réalisée en une seule opération.

Art. 17. — L'autorisation d'exploitation des équipements sensibles prévus par les articles 20 et 21 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé, est établie conformément au modèle figurant à l'annexe IV du présent arrêté.

La demande d'autorisation établie conformément au modèle prévu à l'annexe III du présent arrêté est déposée contre récépissé auprès des services de l'autorité concernée visée à l'article 20 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé.

La demande doit mentionner notamment :

— l'identité ou la raison sociale, l'adresse, la profession ou l'activité du demandeur ;

— la désignation des équipements (type, marque, modèle et quantité),

— le numéro de série et le numéro d'immatriculation lorsque la demande porte sur des équipements sensibles classés dans la sous-section 1 de la section B ou la sous-section 1 de la section C ;

— l'origine des équipements et leurs caractéristiques techniques ;

— l'usage de l'équipement (personnel ou professionnel, en précisant la nature des activités s'il s'agit de la seconde hypothèse) ;

— le lieu d'utilisation ;

— la copie certifiée conforme de l'autorisation d'acquisition, le cas échéant.

Lorsque la demande porte sur l'exploitation des équipements sensibles classés dans les sous-sections 1, 2 et 3 de la section A, le demandeur doit communiquer à l'autorité de délivrance de l'autorisation d'exploitation les numéros de série et/ou les numéros d'immatriculation des équipements, objet de la demande dès leur acquisition.

Art. 18. — La demande d'autorisation d'exploitation des équipements de vidéosurveillance classés dans la sous-section 1, paragraphe 1 de la section C de la nomenclature des équipements sensibles est accompagnée des documents complémentaires suivants :

— un plan de masse des bâtiments de l'exploitant et du périmètre immédiat avec indication de la localisation des caméras ;

— l'identification de la (ou des) personne(s) responsable(s) du système, de son exploitation et de sa maintenance.

Art. 19. — La cession des équipements sensibles détenus par des personnes physiques ou morales est strictement interdite, sauf autorisation préalable de cession délivrée par l'autorité visée à l'article 11 ci-dessus. Cette cession ne peut s'effectuer qu'au profit d'un opérateur dûment agréé ou d'une personne physique ou morale dûment autorisée.

Art. 20. — Les personnes physiques et morales, qui possèdent des équipements sensibles aux fins de détention et d'utilisation, sont tenues d'en faire déclaration auprès des services de la wilaya du lieu de détention desdits équipements.

Les institutions ou administrations publiques à gestion centralisée adressent leur déclaration aux services du ministère chargé de l'intérieur.

La déclaration des équipements doit s'effectuer conformément aux procédures prévues par le présent arrêté, dans un délai de six (6) mois à compter de la date de publication du présent arrêté au *Journal officiel*.

Art. 21. — L'arrêté interministériel du 9 Joumada El Oula 1424 correspondant au 9 juillet 2003, complété, susvisé, est abrogé.

Art. 22. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 13 octobre 2011.

Pour le ministre
de la défense nationale
*Le ministre délégué auprès
du ministre de la défense
nationale*
Abdelmalek GUENAIZIA

Le ministre de l'intérieur
et des collectivités
locales
Dahou
OULD KABLIA

Le ministre des finances
Karim DJOUDI

Le ministre des transports
Amar TOU

Le ministre de la poste et des technologies
de l'information et de la communication
Moussa BENHAMADI

ANNEXE I

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ACQUISITION
D'EQUIPEMENTS SENSIBLES**

Le soussigné,

Identité du demandeur (1).....

Né (e) le :à.....

Nationalité :

Adresse (2)

.....

Profession (3):.....

Type d'activité (4)

Référence de l'agrément (5).....

Sollicite une autorisation d'acquisition des équipements sensibles désignés ci-après :

Désignation des équipements	Nature des équipements (type, marque et modèle)	Section	Sous-section	Quantité

A le

(Signature du demandeur)

(1) Mentionner les nom et prénoms ou la raison sociale du demandeur.

(2) Indiquer l'adresse personnelle ou l'adresse du siège social du demandeur.

(3) Lorsque la demande est introduite par une personne physique ou morale non opérateurs.

(4) et (5) Lorsque la demande est introduite par un opérateur agréé.

ANNEXE II

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Le (1)

Référence :

AUTORISATION D'ACQUISITION D'EQUIPEMENTS SENSIBLES

Le : (1)

Vu le décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009 fixant les règles de sécurité applicables aux activités portant sur les équipements sensibles ;

Vu l'arrêté interministériel du 15 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 13 octobre 2011 fixant les conditions et les modalités d'acquisition, de détention, d'exploitation, d'utilisation et de cession des équipements sensibles ;

Après avis du (2)

Arrête :

Article unique : La présente autorisation d'acquisition est accordée à :

— désignation du bénéficiaire :

.....

Références de l'agrément. (3)

— désignation des équipements :

Désignation des équipements	Nature des équipements	Section	Sous-section	Quantité

Fait à le

Le (1)

Autorisation notifiée le

Cachet

Visa pour l'acquisition sur le marché extérieur à

titre (4) : - définitif
- temporaire

Etabli par le,

Notifié le par (5)

Cachet et signature

Partie réservée aux services des douanes

Equipements objet de la présente
autorisation dédouanés.....le

cachet

Nature et numéro de
série des équipements

Régime et type d'escorte (6).....

— Service de sécurité publique.....

— Société d'escorte dûment agréée.....

1 - Indiquer l'autorité d'établissement de l'autorisation telle que fixée à l'article 2, 9 ou 12 de l'arrêté interministériel susvisé selon le cas.

2 - Indiquer la commission ou l'(les) autorité (s) consultée (s) pour avis conformément à l'article 2 ou 9 de l'arrêté interministériel susvisé.

3 - Pour les opérateurs prévus à l'article 6 du décret exécutif n° 2009-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009 susvisé.

4 - Rayer la mention inutile.

5 - Indiquer l'autorité d'établissement du visa telle que fixée à l'article 6 ou 13 de l'arrêté interministériel, susvisé.

6 - Indiquer le régime et le type d'escorte conformément aux dispositions du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé.

N.B : - L'autorisation d'acquisition est personnelle.

- La quantité à importer ne peut pas être fractionnée.

ANNEXE III

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**DEMANDE D'AUTORISATION D'EXPLOITATION
D'EQUIPEMENTS SENSIBLES**

Identité du demandeur (1)

Adresse (2)

Profession ou activité exercée :

Sollicite une autorisation d'exploitation des équipements sensibles désignés ci-après :

Désignation des équipements	Nature des équipements (type, marque et modèle)	Quantité des équipements	Numéro de série ou numéro d'immatriculation (3)	Origine des équipements	Usage des équipements (personnel ou professionnel)	Lieu d'utilisation

Fait à le

(Signature du demandeur)

1 - Mentionner les nom et prénoms ou la raison sociale du demandeur.

2 - Indiquer l'adresse personnelle ou l'adresse du siège social du demandeur.

3 - Indiquer le numéro d'immatriculation lorsque la demande porte sur des équipements sensibles classés à la sous-section 1 de la section B ou la section 1 de la section C de la nomenclature des équipements sensibles.

ANNEXE IV

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

AUTORISATION D'EXPLOITATION D'EQUIPEMENTS SENSIBLES

Le, (1)

Vu le décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009 fixant les règles de sécurité applicables aux activités portant sur les équipements sensibles ;

Vu l'arrêté interministériel du 15 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 13 octobre 2011 fixant les conditions et les modalités d'acquisition, de détention, d'exploitation, d'utilisation et de cession des équipements sensibles ;

Après avis de(2)

Arrête :

Article unique : La présente autorisation d'exploitation est accordée à :

— désignation du bénéficiaire :

.....

— désignation des équipements :

Désignation des équipements	Nature des équipements (type, marque et modèle)	Section	Sous-section	Quantité

Fait à, le

Le (1)

— — — — —

1 - Indiquer l'autorité d'établissement de l'autorisation telle que définie à l'article 20 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009, susvisé.

2 - Indiquer la commission ou l'(les) autorité (s) consultée (s) pour avis conformément à l'article 20 du décret exécutif n° 09-410 du 23 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 10 décembre 2009 susvisé.

N.B : L'autorisation d'exploitation est personnelle.

MINISTERE DES TRAVAUX PUBLICS

Arrêté interministériel 19 Rajab 1432 correspondant au 21 juin 2011 fixant le cadre d'organisation des concours sur épreuves et examens professionnels pour l'accès aux grades appartenant aux corps spécifiques de l'administration chargée des travaux publics.

— — — —

Le secrétaire général du Gouvernement,

Le ministre des travaux publics,

Vu le décret n° 66-145 du 2 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'élaboration et la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires ;

Vu le décret n° 66-146 du 2 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'accès aux emplois publics et au reclassement des membres de l'Armée de libération nationale et de l'Organisation du Front de libération nationale ;

Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas et des communes, ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;

Vu le décret exécutif n° 09-391 du 5 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 22 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps spécifiques de l'administration chargée des travaux publics ;

Vu le décret présidentiel du 7 Rabie Ethani 1423 correspondant au 18 juin 2002 portant nomination du secrétaire général du Gouvernement ;

Vu l'arrêté interministériel du 6 Ramadhan 1417 correspondant au 15 janvier 1997 portant organisation de concours sur titres, examens et tests professionnels pour l'accès aux corps spécifiques de l'administration chargée de l'équipement et de l'aménagement du territoire ;

Arrêtent :

Article 1er. — Le présent arrêté a pour objet de fixer le cadre d'organisation des concours sur épreuves et examens professionnels pour l'accès aux grades appartenant aux corps spécifiques de l'administration chargée des travaux publics.

Art. 2. — L'ouverture des concours sur épreuves et des examens professionnels est prononcée par arrêté ou décision de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

L'arrêté ou la décision d'ouverture des concours sur épreuves et des examens professionnels, prévu à l'alinéa ci-dessus, doit faire l'objet de publication sous forme d'avis par voie de presse écrite et sur le site web de la direction générale de la fonction publique ou par voie d'affichage interne, selon le cas.

Art. 3. — Des bonifications sont accordées aux candidats ayant la qualité de fils de Chahid ou de veuve de Chahid, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 4. — Les dossiers de candidature doivent comporter les pièces suivantes :

A) Pour les candidats non fonctionnaires :

- une demande manuscrite de participation ;
- deux (2) photos d'identité ;
- une copie certifiée conforme à l'original de la carte d'identité nationale en cours de validité ;
- une copie certifiée conforme à l'original du titre, diplôme requis ou du niveau scolaire ;
- une copie certifiée conforme à l'original de l'attestation justifiant la position du candidat vis-à-vis des obligations du service national ;
- un (1) extrait du casier judiciaire (bulletin n° 3) en cours de validité.

Après leur admission définitive aux concours sur épreuves, les candidats doivent compléter leur dossier par les pièces suivantes :

- un certificat de nationalité algérienne ;
- une (1) fiche familiale d'état civil, le cas échéant ;
- deux (2) certificats médicaux (médecine générale et phthisiologie délivré par un médecin spécialiste) attestant de l'aptitude du candidat à occuper l'emploi postulé ;
- quatre (4) photos d'identité.

B) Pour les candidats fonctionnaires :

S'agissant des fonctionnaires remplissant les conditions statutaires de participation aux examens professionnels, l'administration procède, en temps utile, à l'affichage sur les lieux de travail de la liste des fonctionnaires concernés ainsi que les notifications individuelles aux concernés.

Les fonctionnaires en question sont tenus, dans les dix (10) jours qui suivent ladite notification, de confirmer par écrit leur participation à l'examen professionnel.

Art. 5. — Les concours sur épreuves comportent les épreuves suivantes :

Grade d'ingénieur d'Etat des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 3 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve de langue étrangère (français ou anglais) (durée 2 heures : coefficient 1).

Grade d'ingénieur principal des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 4 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve de langue étrangère (français ou anglais) (durée 2 heures : coefficient 1).

Grade de technicien des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 3 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve de langue étrangère (français ou anglais) (durée 2 heures : coefficient 1).

Grade de technicien supérieur des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 3 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve de langue étrangère (français ou anglais) (durée 2 heures : coefficient 1).

Grade d'adjoint technique des travaux publics :

- 1- une épreuve d'étude de textes (durée 2 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 2 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve sur la terminologie scientifique et technique (durée 1 heure : coefficient 1).

Art. 6. — Les examens professionnels comportent les épreuves suivantes :

Grade d'ingénieur d'Etat des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur l'élaboration d'un projet technique (durée 3 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve de rédaction administrative (durée 2 heures : coefficient 2).

Grade d'ingénieur principal des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur l'élaboration et l'analyse d'un projet technique (durée 4 heures : coefficient 3).
- 3- une épreuve de rédaction administrative (durée 2 heures : coefficient 2).

Grade d'ingénieur en chef des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur l'élaboration, l'analyse et l'évaluation d'un projet technique (durée 4 heures : coefficient 3).
- 3- une épreuve de rédaction administrative (durée 3 heures : coefficient 2).

Grade de technicien des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 3 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve de rédaction administrative (durée 2 heures : coefficient 1).

Grade de technicien supérieur des travaux publics :

- 1- une épreuve de culture générale (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 3 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve de rédaction administrative (durée 2 heures : coefficient 1).

Grade d'adjoint technique des travaux publics :

- 1- une épreuve d'étude de textes (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 3 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve pratique dans la spécialité (durée 2 heures : coefficient 1).

Grade d'agent technique spécialisé des travaux publics :

- 1- une épreuve d'étude de textes (durée 3 heures : coefficient 2) ;
- 2- une épreuve sur un thème technique dans la spécialité (durée 3 heures : coefficient 3) ;
- 3- une épreuve pratique dans la spécialité (durée 1 heure, coefficient 1).

Art. 7. — Toute note inférieure à 5/20 dans l'une des épreuves prévues ci-dessus est éliminatoire.

Art. 8. — Seuls les candidats ayant obtenu une moyenne générale égale ou supérieure à 10/20 sont déclarés définitivement admis aux concours sur épreuves ou aux examens professionnels, selon l'ordre de mérite et dans la limite des postes budgétaires à pourvoir.

Art. 9. — La liste des candidats admis définitivement aux concours sur épreuves ou aux examens professionnels est établie par le jury d'admission définitive prévu à l'article 10 ci-dessous.

La liste fait l'objet d'un affichage au niveau du centre d'examen et de l'administration employeur.

Art. 10. — Le jury d'admission définitive comprend :

- l'autorité ayant pouvoir de nomination ou son représentant dûment habilité ;
- le représentant de l'autorité chargée de la fonction publique.

Art. 11. — Le responsable de l'établissement érigé en centre d'examens est tenu de remettre aux membres du jury d'admission définitive, notamment, les documents suivants :

- une copie des sujets des épreuves ;
- une copie du procès-verbal d'ouverture des plis des sujets ;
- une copie du procès-verbal du déroulement des épreuves ;
- une copie du relevé de notes des épreuves.

Art. 12. — Tout candidat déclaré définitivement admis et n'ayant pas rejoint son poste d'affectation ou l'établissement de formation, au plus tard dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de la notification de son admission au concours sur épreuves ou aux examens professionnels, perd le droit au bénéfice de son admission et sera remplacé par le candidat figurant sur la liste d'attente, suivant l'ordre de classement.

Art. 13. — Les candidats aux concours sur épreuves ou aux examens professionnels prévus par le présent arrêté doivent réunir au préalable, l'ensemble des conditions statutaires exigées pour l'accès aux différents corps et grades spécifiques de l'administration chargée des travaux publics telles que fixées par les dispositions du décret exécutif n° 09-391 du 5 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 22 novembre 2009, susvisé.

Art. 14. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles du présent arrêté.

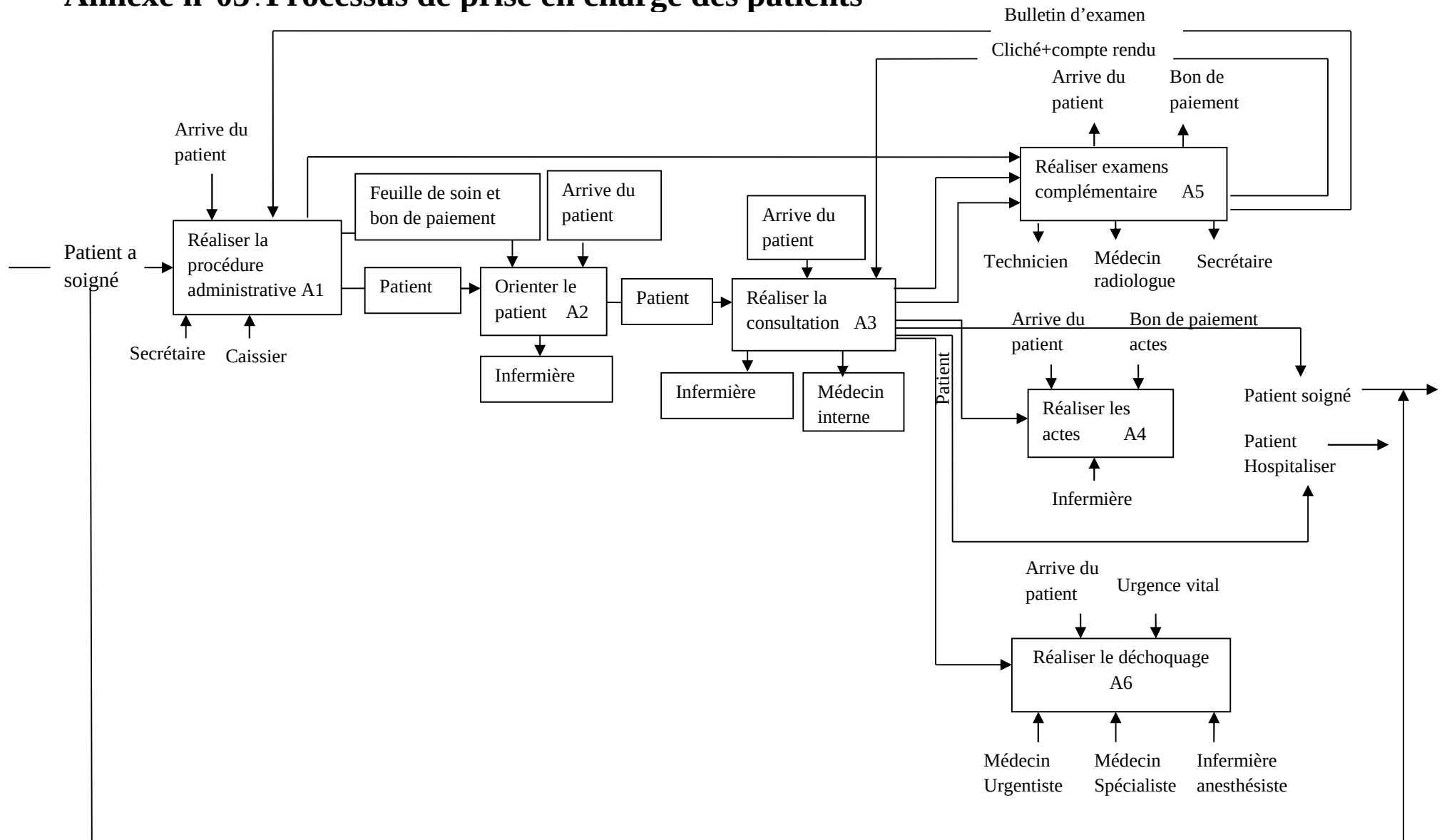
Art. 15. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Rajab 1432 correspondant au 21 juin 2011.

Le ministre
des
travaux publics
Amar GHOU

Pour le secrétaire général
du Gouvernement et par délégation
*Le directeur général
de la fonction publique*
Belkacem BOUCHEMAL

Annexe n°03: Processus de prise en charge des patients



Source : MOULAY ALI El Oualidi, SAADI Janah, ARTIBA Abdelhakim, et *all.* Modélisation et simulation du flux des patients au service des urgences. Cas de l'hôpital Ibn Rochd à Casablanca (Maroc) .In : Conférence READS, Septembre 2010, P.6.

Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Résumé	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Introduction générale	2
Chapitre I : Le cadre conceptuel du service des urgences	9
Introduction du chapitre I	9
Section(01) : Vue d'ensemble sur le service des urgences	10
1-1/ L'historique et évolution du service des urgences	10
1-2 Les spécificités du service des urgences.....	11
1-2-1/ Définition du l'urgence	12
1-2-2/ Les caractéristiques du service d'urgence.....	14
1-3/ Le cadre réglementaire du service des urgences en Algérie	14
1-3-1/ Le service d'urgence en Algérie	15
1-3-1-1/ Les problèmes du service d'urgence en Algérie.....	15
1-3-1-2/ Stratégies d'amélioration du service des urgences en Algérie	17
1-3-2/ Les textes réglementaire régissant l'organisation et le fonctionnement des services d'urgences	17
Section(02) :L'organisation du service des urgences	21
2-1/ Les éléments composants le service des urgences	21
2-1-1/ La zone d'accueil	21
2-1-2/ La zone d'exams et de soins.....	22
2-1-3/ La zone de surveillance	22
2-2/ L'accueil dans le service des urgences	24
2-2-1/ Accueil administratif.....	25
2-2-2 /Accueil médical.....	25
2-3/ Les personnels soignant et infirmiers au sien du service des urgences.....	25
2-3-1/ Le personnel médical du service des urgences	25
2-3-2/ Le personnel paramédical du service des urgences	26
2-3-3/ Autres professionnels du service des urgences	27

Table des matières

Section(03) : La qualité et la performance hospitalière au sien du service des urgences	28
3-1/ Les critères de la qualité d'un service d'urgence	28
3-1-1/ Définition de la qualité des soins	28
3-1-2/ Les indicateurs de la qualité au sien du service d'urgence	28
3-1-2-1/ L'accueil	29
3-1-2-2/ La communication	29
3-1-2-3/ L'attente	30
3-2/ Définition de la performance hospitalière	31
3-3/ Les indicateurs de la performance dans un service des urgences.....	32
3-3-1/ Indicateurs de délai	33
3-3-2/ Indicateurs de collaboration	34
Conclusion du chapitre I	35
Chapitre II : Le fonctionnement du service des urgences en milieu hospitalier. 37	
Introduction du chapitre II	37
Section(01) : Le pilotage de la prise en charge des patients dans le service des urgences	37
1-1 Processus d'accès des patients à l'urgence	37
1-1-1/ Description de l'unité d'urgence.....	38
1-1-2/ Les conditions de prise en charge des patients à l'urgence	39
1-2 /Le triage des patients.....	39
1-2-1/ Définitions du concept du triage	40
1-2-1-1/ Le triage avant inscription	41
1-2-1-2 /L'orientation après triage	41
1-2-2 /Les principaux objectifs du triage	41
1-3 /La prise en charge médicale du patient dans le service des urgences	42
1-3-1/ La prise de décision médicale	43
1-3-2/ Les étapes de prise de décision médicale	43
1-3-2-1/ Demande de consultation provenant de l'extérieur	43
1-3-2-3/ Consultation médicale	44
1-3-2-2/ Suivi du patient à l'urgence	45
1-3-2-5/L'organisation du transfert des patients inter établissement.....	45
1-3-2-4 /Le processus d'admission du patient	47
Section(02) : Les modalités de la gestion du service des urgences	48

Table des matières

2-1 /La gestion de temps	49
2-1-1/ Evaluation des délais d'attentes	50
2-1-2 / Stratégie de réduction des délais d'attente dans le service des urgences	50
2-2/ La gestion des flux des patients.....	51
2-3 /La gestion d'éthique	54
Section(03) : les problèmes rencontrés au niveau du service des urgences	55
3-1/ La surcharge des structures des urgences	55
3-1-1/ Les causes de la surcharge des services des urgences	56
3-1-2/ Conséquences d'une surcharge des urgences.....	56
3-1-2-1/ Pour les patients	56
3-1-2-2/ Pour les professionnels	57
3-2/ Les problèmes liés à l'accueil.....	58
3-2-1/L'accueil et l'orientation	58
3-2-2 /Problème d'aval	59
3-3/ Les autres problèmes	59
3-3-1/ Formation continue	59
3-3-2/La disponibilité des médicaments	59
3-3-3/ Les plateaux techniques	60
3-3-4/ Système d'évaluation	60
Conclusion du chapitre II.....	60
Chapitre III : Processus de gestion du service des urgences comme critère sur la performance au sein du CHU de Tizi-Ouzou	63
Introduction du chapitre III	63
Section(01) : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou.....	63
1-1/ Historique du CHU de Tizi-Ouzou	63
1-2 Missions du CHU de Tizi-Ouzou	68
1-3/ Différents services du CHU de Tizi-Ouzou.....	69
Section(02) : Organisation du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou	71
2-1/ La place du service d'urgence CHU de Tizi-Ouzou	71
2-2/Organisation des unités du service d'urgence au sien NADIR Mohamed de Tizi-Ouzou.....	72
2-2-1/ L'unité des urgences médicales du CHU NADIR Mohamed de Tizi-Ouzou...	72
2-1-1-1 /La population couverte	72

Table des matières

2-2-1-2 /Structures et matériaux du l'unité des urgences médicales du CHU de Tizi-Ouzou	74
2-2-2/ L'unité des urgences chirurgicales du CHU NADIR Mohamed de Tizi-Ouzou	76
2-2-2-1/ La population couverte	76
2-2-2-2/ L'organisation de l'unité des urgences chirurgicale	76
2-3/ Les problèmes rencontrés au sein du service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou	80
2-3-1/ Les problèmes liés à l'accueil au niveau du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou :	80
2-3-2/ Les problèmes liés à l'organisation niveau du service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou	81
2-3-3/ Les problèmes liés aux files d'attente et la surcharge du service des urgences de CHU de Tizi-Ouzou	82
Section (03) : Modalités de gestion du service d'urgence performant au sien du CHU de Tizi-Ouzou	82
3-1/ Le cadre méthodologique	82
3-1-1/ Rappel de la problématique centrale et les objectifs de l'étude	83
3-1-2/Méthodologie de la recherche	83
3-1-2-1/ Choix de l'outil de la collecte des données.....	84
3-1-2-2/ Caractéristiques de la population et de l'échantillon de l'étude	85
3-2/ Le mode de fonctionnement du service médicochirurgicale du CHU de Tizi-Ouzou	86
3-2-1/ Le processus de prise en charge des patients	86
3-2-1-1/ L'accueil des patients.....	86
3-2-1-2/ Le tri des patients	86
3-2-1-3/ Orientation	87
3-2-2/Processus de la gestion dans le service des urgences au niveau du CHU de Tizi-Ouzo	90
3-2-2-1/ La gestion des flux des patients	90
3-2-2-2 / La gestion des files d'attentes	90
3-3/ Les critères d'un service performant au niveau du CHU de Tizi-Ouzou	91

Table des matières

3-3-1/ Les paramètres de la prise en charge des patients au sien du CHU de Tizi-Ouzou.....	92
3-3-1-1/ L'accueil des patients.....	92
3-3-1-2/ Hospitalisation	93
3-3-1-3/ Plateau technique	93
3-3-2/ La qualité de soins au sien du CHU de Tizi-Ouzou.....	95
3-3-2-1/Accueil	96
3-3-2-2/ Orientation et tri	97
3-3-2-3/Paramètre de l'amélioration de la qualité et de la prise en charge des malades	97
Conclusion du chapitre III	100
Conclusion générale	102
Bibliographie	106
Annexes	
Table des matières	