

UNIVERSITE MOULOD 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 Economiques
Option : Économie de la Santé

Sujet :

**Le cheminement du malade en milieu hospitalier : les
dysfonctionnements à l'entrée, à la prise en charge et à la sortie du
malade.**

Cas du CHU de Tizi-Ouzou

Réalisé par :

M^r. DAMENE Noureddine

M^r. DJOUDI Djamel

Devant les jurys composé de :

Présidente : KOLLI Sonia, Maitre Assistante classe A, UMMTO.

Rapporteur : SALMI Madjid Maitre de Conférence classe A, UMMTO.

Examinatrice : LOUGGAR Rosa, Maitre Assistante classe A, UMMTO.

Encadré par : M^r SALMI Madjid

Date de soutenance : 06/12/2017

Remerciements

Avant tout je remercie Dieu le tout puissant qui nous a donné du courage et de volonté pour achever ce travail.

Nos vifs remerciements vont à l'égard de monsieur SALMI Madjid, directeur de notre mémoire, qui nous a beaucoup aidé par ses précieux conseils, ainsi que pour le temps qu'il nous a accordé tout au long de la réalisation de ce travail de recherche.

Nous tenons aussi à remercier vivement l'ensemble du corps enseignant de département des sciences économiques et plus précisément ceux de l'économie de la santé qui nous ont apporté leur savoir-faire, leur disponibilité, ainsi qu'un suivi tout au long de notre formation.

Enfin, nos vifs remerciements vont à toutes personnes qui ont, de loin ou de près, contribués à l'accomplissement de ce travail.

Un merci chaleureux pour madame CHAMAK, pour son aide, ses conseils ainsi ses éclaircissements.

Nous tenons également à remercier : M^{elle} BELMOGHTAR Sabrina et M^{elle} BOUABDELLAH Zahia pour leurs soutiens et leurs aides et leurs générosités. Aussi nous tenons à remercier Mr KABENE pour son soutien et sa générosité.

Nous exprimons notre profonde et respectueuse gratitude aux membres de jury ayant acceptés d'évaluer ce travail, leur relecture attentive ainsi que leur regard à la fois critique et bienveillant.

Dédicaces

À nos chers parents ;

À nos familles ;

À nos amis.

Résumé

La santé est revendiquée dans le monde entier, comme un droit fondamental et une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Ce droit à la santé fait partie de l'un des principes garantis de l'individu. . La maladie est un mal qui est à même d'altérer la santé d'un individu, mais ce dernier nécessite un suivi qui peut paraître parfois long et complexe.

Le parcours de soins concerne le malade et les secteurs d'activités dans un établissement de santé. Il organise et prend en compte les besoins de l'individu et/ou de la population toute entière aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert).Le cheminement du patient en milieu hospitalier rencontre des difficultés qui sont engendrés par les différents dysfonctionnements. De ce fait, on constate une diminution dans la qualité de la prise en charge du malade.

L'objectif de cette étude, est de déterminer les dysfonctionnements liées au cheminement du patient à l'entrée, à la prise en charge et à sa sortie de l'établissement de santé.

Mots clés :

Santé, admission, prise en charge, sortie, dysfonctionnement

Abstract

Health is claimed around the world as a fundamental right and a major resource for social, economic and individual development. This right to health is part of one of the guaranteed principles of the individual. . The disease is a concept that not only destroys health, but requires a sometimes long and complex path to follow.

The care path concerns the management of the establishment and the sectors of activity. It organizes and takes into account the needs of the population at different stages (reception, diagnosis and treatment, exit or transfer). The patient during his journey encounters several difficulties caused by various dysfunctions. As a result, there is a decrease in the quality of care.

The objective of this study, is to determine the dysfunctions related to the path of patient from the moment of its entry to its exit in the health establishments

Key words:

Health,admission, support, exit, malfunction.

Liste des tableaux

Tableau N°01 : les activités des U.M.C durant l'année 2016

Tableau N°02 : les activités des U.M.C le durant premier trimestre de l'année 2017

Tableau N°03 : Les conséquences d'une surcharge des urgences

Liste des figures

Figure N° 01 : Les termes associés au parcours de soins du patient

Figure N°02 : les procédures de parcours de patient.

Figure N° 03 : Vue générale sur l'hôpital.

Figure N°04 : typologies des hôpitaux.

Figure N°05 : l'organisation de bureau des entrés

Figure N°06 : Processus global de prise en charge du patient au sien du service des urgences

Figure N°07 : les dysfonctionnements liés à la prise en charge de patient

Liste des Abréviations

A.N.A.E.S : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

A.M.E : Aide Médicale de l'Etat

A.P.C : Assemblée Populaire Communale

A.R.S : Agence Régionale de Santé

B.E : Bureau des Entrée

C.C.M.U : Classification Clinique de Malades des Urgences

C.H.U : Centre Hospitalo-universitaire

C.I.M : Classification Internationale de Maladie

C.M.U : Couverture Maladie Universelle

C.M.U.C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

D.C.I : Domination Commune International

E.C.G: Electro Cardiogram

E.H: Establishment Hospitalier

E.H.P.A.D: Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

E.H.S : Etablissement Hospitalier Spécialisé

E.H.U : Etablissement Hospitalier Universitaire

E.P.H : Etablissement Public Hospitalier

E.P.S.P : Etablissement Public de Santé de Proximité

H.A.D : Hospitalisation à Domicile

I.A.O : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

I.G.A.S : Inspection Générale des Affaires Sociales

M.E.S.R.S : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

M.S.P.R.H : Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

P.C.H : Pharmacie Centrale des **H**ôpitaux

P.U : Pavillon des Urgence

S.A.M.U : Service d'Aide **M**édicale **U**rgente

S.E.M.E.P : Service d'Epidémiologie et de **M**édecine **P**réventive

S.S : Secteur Sanitaire

S.U : Service des Urgences

S.U : Structure des Urgences

S.S.I.A.D : Service de Soins Infirmier **À** Domicile

S.S.R : Soins de Suite et de **R**éadaptation

S.S.U : Secteur Sanitaire **U**niversitaire

T.O : Tizi-**O**uzou

U.D.S.S : Unité de Soins **S**colaire

U.M.C : Urgence **M**édicale **C**hirurgicale

U.M.S : Urgence **M**édicale de **S**anté

U.S.L.D : Unité de Soins de Langue **D**urée

Liste des Annexes

Annexe N°01 : demande d'hospitalisation

Annexe N°02 : bulletin d'admission

Annexe N°03 : fiche navette

Annexe N°04 : certificat de présence

Annexe N°05 : certificat de séjours

Annexe N°06 : mouvement des malades

Annexe N°07 : la participation des citoyens (100 da pour une nuit d'hospitalisation)

Annexe N°08 : fiche de réception numéro 3 et 4 pour le transfert inter établissements

Sommaire

Introduction générale	1
Chapitre I : Généralités sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...	
Introduction	6
I-1 Généralités sur le concept de base	7
I-2 Le contexte hospitalier	16
I-3 Le bureau des admissions et le logiciel patient.....	28
Conclusion	37
Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier	
Introduction	38
II-1 Le service des urgences comme un début de parcours	39
II-2 L'admission et la prise en charge du malade.....	48
II-3 la Sortie du malade et son suivi.....	59
Conclusion	66
Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement du malade	
Introduction	67
III-1 les dysfonctionnements liés à l'admission du malade	68
III-2 Les dysfonctionnements liés à la prise en charge et à la sortie de patient.....	78
Conclusion	88
Conclusion générale	89
Bibliographie .....	.
Annexes.	
Tables des matières.	

Introduction générale

La santé revêt une importance vitale pour tous les êtres humains dans le monde. Quelles que soient nos différences, la santé est notre bien le plus précieux. Une personne en mauvaise santé ne pourra pas profiter pleinement de sa vie. La santé telle que définit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) "la santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Donc la santé n'est pas seulement le fait d'être malade ou d'être atteint d'une infirmité. C'est une notion relative, ressentie par chaque individu. Aucune mesure réelle ne peut mesurer la santé, puisque la santé est le fait de satisfaire tous les besoins affectifs, nutritionnels, relationnels et sanitaires de l'individu et/ou de la population toute entière. En médecine, la santé est l'absence de maladie.

En cas de maladie, l'être humain devient un demandeur de soins. De ce fait, l'hôpital est un lieu de prestation de service qui permet la prise en charge des besoins de l'individu et/ou de la population toute entière. Il représente tout établissement sanitaire, public ou privé, où sont effectués les soins médicaux et chirurgicaux ainsi que les accouchements. Il a pour mission de soigner les patients dans le respect des principes du service public : principes d'égalité, de neutralité et d'efficacité¹. Les hôpitaux publics sont également tenus d'assurer un service continu qu'ils devraient être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert².

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

Le service public hospitalier a pour fonction principale d'assurer des diagnostics et des soins. Mais il a nécessairement une mission sociale et doit, en outre, concourir aux actions de prévention ainsi qu'à la formation des médecins et du personnel paramédical³. Cette mission de formation incombe aux Centres Hospitalo-universitaires en Algérie. Il existe, par ailleurs, des instituts chargés de former le personnel paramédical.

¹ GIULIANO.B & GUIRAUD.P & MEUR.H. « 10 règles pour tracer le parcours du patient » France, 1^{er} édition, p.1. ² MINTZBERG. Henry. « Structure et dynamiques des organisations » Paris : Édition d'Organisation, 1982.
³ Paul COMET & Raymond PIGANIOL. « L'hôpital public ». Edition BERGER-LEVRAULT, Paris, 3^{ème} édition, 1974, p.18.

Introduction générale

Depuis de nombreuses années, la prise en charge du patient s'appuie sur une succession d'actes de soins morcelés, isolés, réalisés par divers professionnels, sans visibilité. Cette situation, mené à revoir les modalités de prise en charge avec plus de transversalité afin d'améliorer la qualité des soins et afin de structurer le parcours de soins du malade avec efficience⁴.

Face aux besoins du malade, il ya lieu de faire face à diverses contraintes au sein d'un établissement de santé ce qui engendre des dysfonctionnements à plusieurs niveaux de son entrée à sa sortie, donc cet établissement n'arrive pas à répondre aux besoins des individus et/ ou de la population entière. Cependant, il est important de s'inscrire dans une démarche d'optimisation de parcours de soins du malade.

Intérêt et importance de sujet :

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé. L'intérêt personnel de ce sujet, est d'attirer l'attention des économistes de la santé sur les différents dysfonctionnements liés au cheminement d'un patient au sein d'un établissement public afin d'améliorer sa prise en charge.

L'importance de ce sujet vue qui est un sujet d'actualité et se distingue par le manque des travaux universitaires dans le domaine.

Motifs de choix du sujet de recherche :

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il est nécessaire de préciser les motifs de choix de celui-ci qui sont d'ordre objectifs et subjectifs.

Motifs objectifs :

- Notre thème est un sujet très riche en informations ;
- Thème d'actualité notamment dans le contexte actuel de l'Algérie ;
- Ce thème peut contribuer à montrer l'importance de l'identification des dysfonctionnements liés au cheminement du malade pour les établissements de santé afin que ces derniers puisse améliorer sa prise en charge ;
- Ce sujet permet d'enrichir nos connaissances dans ce domaine.

⁴ LEMAIRE. Claude. *Le parcours de soins du patient : visible et partagé*. Mémoire de l'école des hautes études en santé publique, 2014, .p1.

Introduction générale

Motifs subjectifs :

- Notre thème est un sujet liée directement à notre master « économie de la santé » ;
- L’envie d’exercer le métier d’économiste de la santé ;
- La possibilité de poursuivre la recherche jusqu’à l’obtention du doctorat ;
- L’évolution des dysfonctionnements du cheminement du malade liés à l’entrée, la prise en charge et de la sortie du malade en milieu hospitalier.

Problématique :

Une personne atteinte d’une maladie a besoin de se soigner, ce qui nécessite de prendre un chemin très long qui débute par le service des urgences au sein d’un établissement de santé, puis une prise en charge et enfin la sortie. Toutefois ce cheminement est parsemé de difficultés causées par les différents dysfonctionnements.

Notre problématique s’efforce de construire un thème de recherche d’actualité, mais aussi de répondre à une série d’interrogations relatives aux dysfonctionnements liés au cheminement du malade.

Nous avons de ce fait, axé la problématique de notre recherche sur la question suivante : **quels sont les dysfonctionnements liés au cheminement du malade en milieu hospitalier dès son entrée, à sa prise en charge jusqu’à sa sortie ?**

Notre question centrale est suivie par d’autres questions subsidiaires qui peuvent être présenté comme suit :

- Comment peut-on définir les notions suivantes : la santé, la maladie, le patient, le parcours de patient ?
- Comment peut-on présenter le cheminement du malade à l’hôpital ?
- Quels sont les dysfonctionnements liés au cheminement du malade au sein d’un hôpital notamment dans les structures publiques de santé en Algérie ?

Objet de la recherche :

L’objet de recherche est de montrer et de comprendre le parcours du malade au sein d’un établissement de santé et en citant les dysfonctionnements liés à la prise en charge du malade.

Pour bien préciser notre objet en nous basant sur les données collectées nous sommes fixés des objectifs comme suit : l’objectifs assignés à ce travail de recherche est de définir en

Introduction générale

premier lieu les notions suivantes : la santé, la maladie, le patient, le parcours de patient ; ensuite de présenter le cheminement de patient à l'hôpital ; et enfin de déterminer les dysfonctionnements liés au cheminement du malade en milieu hospitalier.

Méthodologie de la recherche

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

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

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

À côté de cette recherche bibliographique nous avons adopté une démarche qualitative de recueil et d'analyse des données. « Celle 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 »⁵.

Plan de Rédaction

Notre travail de recherche est structurer en trois chapitres, les deux premiers chapitres est subdivisés en trois sections et le troisièmes chapitres est subdivisé en deux sections.

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

⁵ BOUTTENA. Amina ; CHAOUADI. Tassadit, *La gestion du service des urgences comme un critère de la performance hospitalière : Cas du CHU de TIZI-OUZOU. Mémoire de master en économie de santé.* TIZI-OUZOU : Université Mouloud MAMMERI. Tizi-Ouzou, FSEGC, promotion 2015-2016, p, 06

Introduction générale

Le deuxième chapitre retrace le cheminement du malade au sein des établissements de santé, en commençant par son entrée, puis sa prise en charge en milieu hospitalier enfin sa sortie

Dans le troisième chapitre, nous tentons d'analyser et de présenter des différents dysfonctionnements liés au parcours de patient. On va présenter les différents dysfonctionnements liés à l'entrée, puis les différents dysfonctionnements liés à la prise en charge et la sortie. Enfin présenter les différents dysfonctionnements liés au cheminement de patient en Algérie et nous présentera les dysfonctionnements du CHU de Tizi-Ouzou comme un exemple explicatif.

Introduction

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

La maladie désigne un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme en redondance une influence négative sur la santé d'une personne. Cette dernière qui souffre d'une maladie, nécessitant un traitement thérapeutique.

Dans ce contexte, le suivi de patients constitue aujourd'hui la majeure partie des activités médicales, que ce soit en ambulatoire comme en établissements de santé qui est un lieu de prise en charge ses besoins en matière de santé. Le parcours de soins de ces patients s'étale dans la durée et fait appel à l'ensemble des compétences des différents professionnels s'intervenant dans la prise en charge.

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

I-1 : généralités sur les concepts de base

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

I-1-1 La notion de santé

La santé est universellement reconnue comme l'un des besoins essentiels des êtres humains, au point de constituer l'un des indicateurs principaux du développement. En effet, la santé est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle. La santé est une préoccupation majeure pour tous les individus est encore plus difficile à définir car elle ne peut pas être ressentir de la même façon par tous¹.

Parmi ses définitions, la plus fréquente c'est celle de l'Organisation Mondiale de Santé, qui l'a défini comme étant: «un état de bien-être complet, comprenant l'état physique, mental, social, environnemental... »². Autrement dit, le concept de santé se répercute sur l'absence de maladies et affections. En d'autres termes, la santé peut être définie comme étant le niveau d'efficacité fonctionnelle et métabolique d'un organisme sur le plan micro (cellulaire) et macro (social).

Le style de vie, c'est-à-dire l'ensemble des comportements développés par une personne, peut être bénéfique ou nuisible à la santé. Par exemple, une personne qui entretient une alimentation équilibrée et qui pratique du sport (ou qui bouge) au quotidien a de plus grandes possibilités de bénéficier d'une bonne santé. Au contraire, une personne qui mange et qui boit en excès, qui dort peu et qui fume, risque de souffrir des maladies pouvant être évitées³.

En général, la santé peut être divisée en santé physique et santé mentale, bien qu'en réalité ce soit deux aspects qui sont en rapport. Pour veiller à la santé physique, il est recommandé de bouger de façon régulière, d'avoir une alimentation équilibrée et saine, en variant les nutriments et les protéines⁴.

La santé mentale, d'autre part, est liée au bien-être émotionnel et psychologique où un être humain peut utiliser ses capacités cognitives et émotionnelles, se développer en société et résoudre les enjeux qui se présentent au quotidien. Il ya lieu de retenir que les sciences de la

¹<https://fr.wikipedia.org/wiki/maladie>

² BRAS Pierre-louis et al, «*Traité d'économie et de gestion de la santé*». France: Editions de santé, 2009, p.05.

³Le dico des définitions. Définition de santé. Disponible sur :<http://lesdefinitions.fr/sante>(consulté Le:28-09-2017)

⁴ Ibidem.

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

santé sont celles qui apportent les connaissances adéquates pour la prévention des maladies et la promotion de la santé et du bien-être aussi bien de l'individu que de la communauté. La biochimie, la bromatologie, la médecine et la psychologie, entre autres, sont des sciences de la santé.

I-1-2 La notion du malade

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

Le patient désigne l'individu qui est examiné médicalement ou qui se voit administrer un traitement. Provenant du verbe latin "pati", qui veut dire "celui qui souffre", le patient est donc une personne soignée. Le terme de patient peut être

Décliné de plusieurs façons. On l'appelle "sujet" dans la recherche. Les Anglo-saxons, eux, parlent plus facilement de "clients". Une nouvelle terminologie prend de l'ampleur : "actient". Ce mot contracte "action" et "patient". Il est utilisé pour parler des personnes qui pratiquent l'automédication.

I-1-3 La notion de la maladie

La maladie se présente comme : « *un trouble des équilibres et des substances naturelles, correspondant à une tentative de réaction contre une agression pathogène, les formations toxiques produites par la société et relevées par débord à l'époque doivent suffire à dépasser tous les seuils de défense possible, puisqu'ils ne cessent de proliférer à la manière de tumeurs cancéreuses : pollution chimique, radioactive, sonore, invasion de substances quasi indestructibles et ne s'intégrant pas au cycle universel de la transformation de la matière* »¹. Et, comme on a pu apprendre depuis 1971 : « *modification climatique accidentelle ou volontaire, manipulation du patrimoine génétique du vivant en général, modification de la formation psychique au profit d'une perte de sensibilité à l'espace-temps valorisée comme facteur économique profitable, etc.* »².

Posons la question à l'institution médicale la plus compétente de notre planète, l'Organisation Mondiale de la Santé. Selon la définition de l'OMS, la maladie équivaut à un manque de santé. Cette définition de la maladie est extrêmement courte et peu précise.

¹Le dico des définitions .Définition de maladie. Disponible sur : <http://lesdefinitions.fr/maladie> (consulté le 18-05-2017)

² Ibidem.

Mais si la racine ultime de la maladie est à chercher comme toujours ailleurs que dans les symptômes, elle doit également être cette fois cherchée ailleurs que dans des facteurs exogènes qui produiraient ce résultat. La maladie se manifeste en Effet comme une puissance devenue étrangère à soi-même, comme une action dont Le but et le résultat n'ont plus rien en commun, comme une action qui vise la richesse Monétaire quantitative et produit la misère matérielle, quantitative et qualitative : Comme une action profondément aliénée¹.

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

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

I-1-4 Le parcours de soins du patient

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

I-1-4-1 Les définitions du parcours de soins

Il existe plusieurs définitions de parcours de patient², nous relevons celle de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Raisonner en termes de parcours : « *Est de cerner les besoins des personnes et d'assurer leur accompagnement au quotidien, dans les grandes étapes de leur vie ou lors de périodes de crises.* »

Par contre L'Agence Régionale de Santé(ARS) qui se trouve en France définit « *un parcours comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action*

¹ LANGLADE, Renaud. *Le concept de maladie*. 19 novembre 2004. Disponible sur : <https://www.fp.ulaval.ca/fileadmin/philo/document>. (consulté le 14-09-2017)

² Lemaire, Claude. *Le parcours de soins du patient : visible et partagé, Le challenge du directeur des soins pour l'avenir*. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Décembre 2014, p.06

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.»¹

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

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

Pour résumé nous pouvons dire que le parcours de soins peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge. C'est pourquoi, chaque parcours de soins est individualisé et vise à donner une réponse adaptée aux besoins de l'individu, avec l'ensemble des composantes humaines, culturelles, sociologiques qui le structurent. Si certains parcours de soins peuvent rester simple en réponse à une pathologie «classique», de nombreux parcours sont complexes et renvoient à la notion de trajectoire, tel que décrit par J.P. CLAVERANNE ET C. PASCAL : «*Chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire propre qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter de maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle de la maladie* »³.

¹ Ibidem.

² Ibidem.

³ Le maire, Claude. Op.cit.p.08

I-1-4-2 Les termes associés au parcours de soins du patient

Dans le cadre du parcours de soins, des termes associés sont utilisés fréquemment et sont nécessaires à définir. Ceux-ci accompagnent la notion de parcours de soins du patient dans sa continuité, sa fluidité, sa coordination, son accessibilité, son égalité d'accès aux soins¹.

✓ La continuité

Elle est nécessaire au parcours de soins du patient. Elle est définie dans le dictionnaire le Petit Robert comme « *le caractère de ce qui est continu : constance, enchaînement, permanence, persistance. La continuité d'une action. Absence de rupture. [...] le contraire : discontinuité, interruption, suspension.* »². La Direction générale de la santé, en 2012, conçoit la continuité du parcours de soins selon six dimensions : temporelle, géographique, interdisciplinaire (recours au juste niveau d'expertise), relationnelle (attentes partagées), informationnelle (Communication adéquate), économique.

✓ La fluidité

Dans le cadre d'un parcours de soins fluide, la définition de fluidité, nous amène à la notion de l'état de ce qui est fluide et il se définit « *en parlant de la circulation routière, qui se fait à une cadence et à une vitesse normale (sans embouteillages, sans ralentissements)* »³.

✓ La coordination

Elle est un axe incontournable, la coordination se définit comme un « *agencement des parties d'un tout selon un plan logique, pour une fin déterminée [...]* »⁴ Si nous reprenons le terme dans le sens grammatical de conjonction de coordination, liant les éléments lexicaux (mots) ou syntaxiques. Ce la nous mène à retenir le terme de « *liant* » qui est nécessaire dans le parcours de soins du patient pour assurer une prise en charge fluide entre les interfaces et les divers professionnels de santé.. DONABEDIANA vedis définit la coordination dans le champ sanitaire et médico-social, comme « *un processus par le quel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale.* »⁵ En 2011, le rapport de l'IGAS, définit la coordination comme « *l'organisation mise en place autour d'un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un*

¹ PERRUCHET, Céline. *Le parcours de soins coordonnés. Mémoire de master endroit Social. France : Université Paris II Panthéon-Assas. 2013.p.11.*

² CAILLAVET-BACHELLEZ, Viviane. *Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les communautés Hospitalières de territoire. Mémoire de l'école des Hautes études en santé publique-septembre 2010, p.06*

³ Ibid. p.07

⁴ Ibidem

⁵ ibidem

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

espace donné (temporel et géographique).»¹ Ce rapport mentionne la nécessité d'un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels² du champ sanitaire, médico-social et social, et repose sur des outils qui sont : les fiches de liaison pour l'échange d'information, les protocoles de prise en charge pour proposer des repères techniques et des recommandations pratiques pour la prise en charge de la personne, un dossier médical et social partagé pour les échanges extérieurs à l'établissement de santé. Dans le cadre du parcours de soins, le patient doit pouvoir accéder aux soins.

✓ L'accessibilité aux soins

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

✓ L'égalité

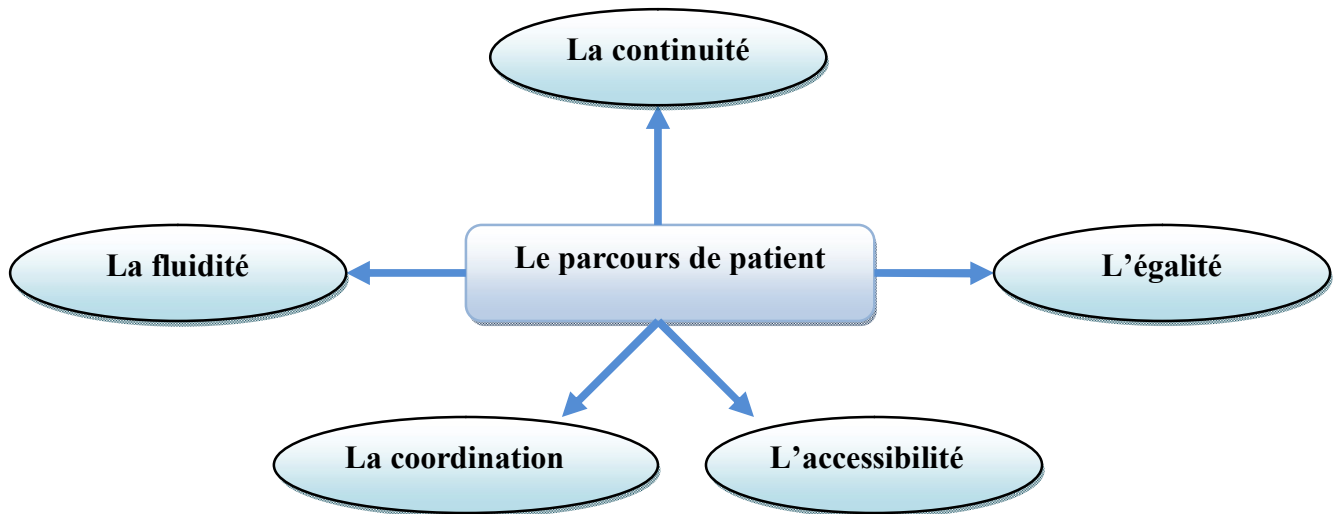
Cependant, il faut noter que les bases de l'égal accès aux soins sont retrouvés dans les principes fondamentaux au sein du préambule de la Constitution de 1946, à l'article 11, la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection à la santé. Puis la loi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

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

¹ *Ibid. p.08*

² *BONNET, Pascal .Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins. DEA GEOS, Université Paul Valéry Montpellier 3, 2002, p.14*

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



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

I-1-4-3 Les éléments de parcours de patient

Ce qui validera un parcours de soins en établissement, c'est sa pertinence
Dont il faudra démontrer la réalité dans toutes ses composantes ¹:

- Pertinence de l'organisation de la prise en charge hospitalière ;
- Pertinence du système d'information (informations entrantes et informations sortantes) ;
- Pertinence des soins ; elle recouvre un périmètre large :
 - ✓ La pertinence des actes (chirurgicaux et médicaux)
 - ✓ La pertinence des examens et prescriptions : examens de biologie ou d'imagerie, prescriptions de transports ou de médicaments
 - ✓ La pertinence des modes de prise en charge : type de séjours hospitaliers
- Pertinence de la traçabilité des actes et du suivi ;
- Pertinence du Plan de Soins Personnalisé (intra et extra hospitalier) ;
- Pertinence de l'initiation ou de l'éducation thérapeutique ;
- Pertinence de l'orientation de la prise en charge ;
- Pertinence de la coordination et du suivi extrahospitalier ;

¹ LBDA, Nîmes .Parcours patient : de la théorie à la pratique. 6ieme forum infirmier du Languedoc-Roussillon 3 avril 2013, p.04.

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

- Pertinence du service médical rendu.

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

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

I-1-4-4 Procédure concernant le parcours du malade:

Au cours de parcours de patient, il est obligé de respecter certaines procédures qui sont comme suit¹:

- Le patient vient pour une consultation externe ou un examen para clinique, qu'il soit référé ou non : après avoir pris le rendez-vous pour la consultation ou l'examen, il se présente le jour de l'examen au bureau des entrées (BE) où il est enregistré dans le registre des prestations externes. Il va ensuite à la caisse où il s'acquitte des frais et reçoit sa quittance. Il peut ensuite se présenter pour la prestation muni de la prescription et de la quittance. À l'issue de la consultation, si une hospitalisation doit être prononcée, le médecin rédige une demande d'hospitalisation avec laquelle le patient se présente au BE le jour de l'hospitalisation. Il est alors enregistré dans le registre des admissions et un billet d'hôpital lui est remis. Il va alors au guichet pour s'acquitter de la provision et se rend en suite dans le service, muni de son billet d'hôpital.
- Si le patient est référé pour hospitalisation ou s'il arrive en urgence, il est reçu par le service des urgences où il est consulté avant d'être admis dans le service. La même procédure d'enregistrement est appliquée.

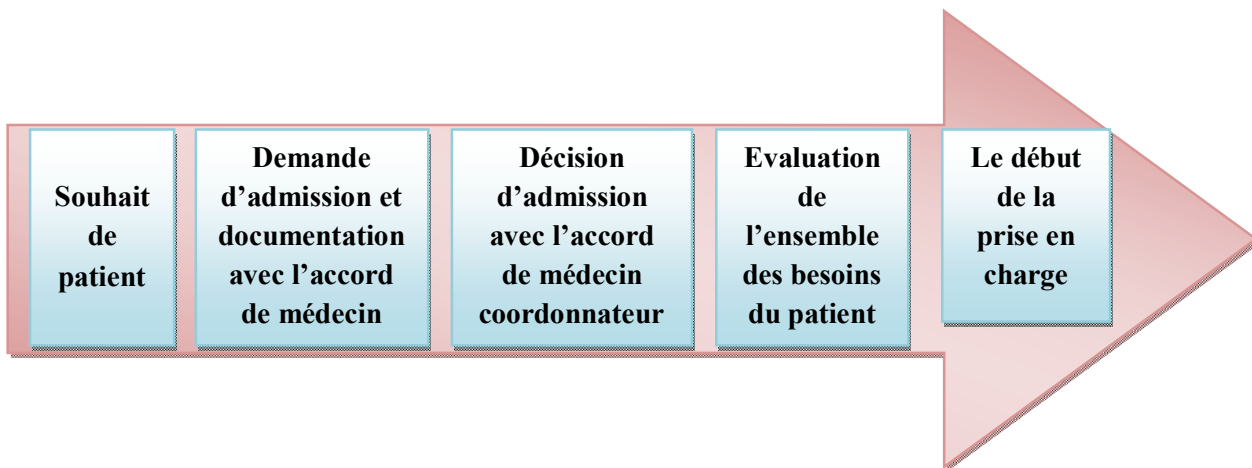
¹ Ministère de la santé. Description des supports de recueil de données de l'hôpital. Supports du system d'information Hospitalier. Description et guide d'utilisation. Mali, 2012, p.20.

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

- A sa sortie, le patient se présente muni de la partie administrative de son billet d'hôpital au bureau des entrées où sa sortie est enregistrée dans le registre des admissions et le nombre de journée d'hospitalisation calculé. Il se présente en suite à la caisse pour régler le solde de ses frais de séjour. Une quittance du trésor lui est alors remise. Une fois la saisie informatique des données du billet d'hôpital faite, il est archivé au niveau du BE.

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

Figure N°02:les procédures de parcours de patient.



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

I-2 Le contexte hospitalier

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

I-2-1 L'évolution de l'hôpital :

L'origine historique des hôpitaux en France et en Europe prend ses racines dans l'histoire religieuse de notre société. Les premiers lieux d'accueil des malades furent. En effet, au Moyen Age, les Hôtels, Dieu situés proximité des Églises et des congrégations religieuses dont les membres se consacrent aux soins aux malades. Il existait par ailleurs une volonté de mise distance du cœur de ville d'une population sans ressources que l'on isolait dans des Établissements adaptés leur situation sociale ou leurs maladies (les incurables, les victimes d'épidémies, les pauvres honteux)¹.

La population hospitalière étant d'origine modeste, la notion de charité prévalait sur celle de droit aux soins. Les accès et les circulations étaient conçus dans un souci de surveillance. Selon un concept architectural qui a perduré longtemps, un mur élevé entourait l'hôpital au quel on ne pouvait accéder que par une seule porte, c'est pourquoi, jusque dans les années 1960, il fallait attendre l'heure des visites dans la rue².

À l'intérieur des murs, le plan général est souvent organisé en croix autour d'une chapelle elle-même organisée en chapelles secondaires autour de l'axe central afin d'assurer une séparation des différentes catégories de malades. Des communications étaient parfois établies entre les différentes divisions par des galeries ou des souterrains. Saisissant de leur gestion, un point clé mérite d'être rappelé dans l'histoire des hôpitaux : c'est la décision prise par Louis XIV de charger les villes de la gestion de leurs hôpitaux. Il faut dire que leur situation était devenue très difficile, le nombre de mendiants et surtout d'orphelins ayant cru dans des proportions très importantes. C'est de cette époque (1662) que date l'interdit que portent les conseils municipaux aux hôpitaux de leur territoire³.

Cette décision a été complétée d'abord par le Directoire, par la loi du 7 octobre 1796, puis par Napoléon Bonaparte qui a tenté de rétablir la situation des "hospices civils" devenue

¹ Ministère de la santé et des solidarités. *Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières, 2014, p.07.*

² *Ibidem*

³ *Ibid., p.08*

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

catastrophique après la révolution de 1789. Les biens confisqués de nombreux établissements charitables leur fut restitués. De plus, certains établissements particuliers accueillant des aveugles, des sourds ou muet furent classés établissements nationaux. Enfin ce sont les municipalités qui prirent en charge la surveillance des hospices civils de leur circonscription. Les hôpitaux généraux, détaillés très diverses, au nombre de 2500 étaient la plupart du temps de Petits hôpitaux hospices de faible capacité, se côtoyaient les enfants abandonnés, Les malades, les vieillards, les mendiants, les aliènes et les filles de mauvaise vie.

Le développement d'hygiène pasteurienne de la fin du XIXe au début du XXe siècle et le développement des spécialisations médicales ont conduit des constructions isolées, de type pavillonnaire étendant sur des surfaces importantes. À cette même période des sociétés de secours mutuel ont été créées pour répondre aux nouveaux problèmes apportés par le développement industriel et des établissements de santé privés sont apparus pour combler les lacunes laissée par les établissements publics repliés sur le territoire communal et se chargeant essentiellement de l'indigence. Peu les hôpitaux publics se sont ouverts toutes les couches de la population surtout après la Deuxième Guerre mondiale, pour devenir progressivement de véritables centres de hautes technologies médicales¹.

Dans les années 1930-1950 apparaissent des hôpitaux blocs permettant une concentration des moyens et des facilités de communication et de circulation. Les nouvelles tendances humanisation dans les années 1970 conduisent édifier des établissements plus petits, taille humaine, plus facile gérer, autour de 500 lits. C'est également cette période que l'hôpital public acquiert la personnalité morale et l'autonomie financière et qu'il n'est plus rattaché que territorialement la collectivité locale².

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

I-2-2 Définition de l'hôpital

Du latin *hospitālis*, un hôpital est l'établissement destiné au diagnostic et au traitement des malades, où l'on pratique aussi la recherche et l'enseignement. Comme apposition, le terme navire-hôpital est employé pour désigner le bâtiment (un navire dument aménagé) servant à soigner et à transporter les malades et les blessés³.

¹ *Ibidem*

² *Ibidem*

³ *Le dico des définitions. Définition du l'hôpital. <http://lesdefinitions.fr/hopital>(consulté le:09-09-2017)*

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

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

L'hôpital a reçu deux définitions de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.). La première est pratique : «*établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers* ». L'autre définition décrit la fonction que l'hôpital moderne devrait assumer : «*L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio sociale.* »¹

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

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

Toute fois, beaucoup d'hôpitaux modernes suivent une modalité connue sous le nom de soins progressifs, où il n'y a pas de salles divisées par spécialités médicales, mais plutôt une unité où le malade est traité/soigné progressivement en fonction de la gravité et de la complexité².

Dans un hôpital, il existe le système d'assistance (l'aide directe à la personne par les professionnels de l'équipe médicale : médecins, infirmiers, chirurgiens, etc.), le système administratif et comptable (pour l'admission des patients, l'organisation des équipes de nuit, des services de garde ainsi que les audits, parmi d'autres tâches), le système managérial (qui organise ou dirige le fonctionnement global de l'hôpital), etc.³.

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

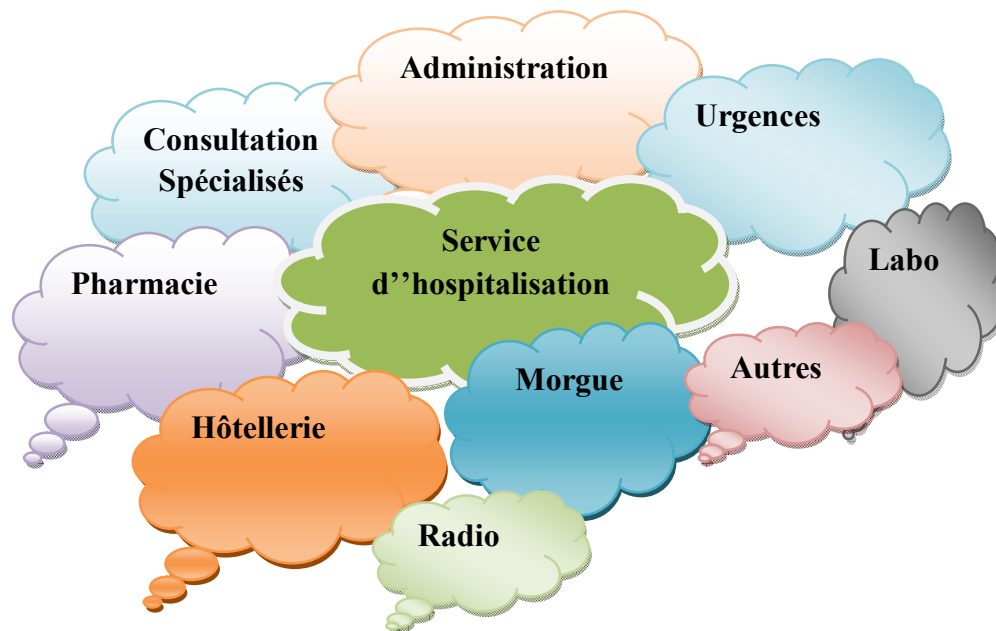
¹DAMART, Sébastien. *Innovations managériales en établissement de santé*. Paris : Edition EMS, 2013, p.135

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

³Ibidem

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

Figure N° 03 : Vue générale sur l'hôpital



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

I-2-2-1 L'hôpital : lieu de production de prestations de services

Le fait d'employer le terme de « production » à l'hôpital est inhabituel. On s'intéresse aux malades, aux pathologies, aux matériels, aux actes réalisés, mais la connotation gestionnaire ou ingénierique de la « production » semble inopportune, du moins, dans un lieu où les producteurs directs de soins sont des professionnels du champ sanitaire¹. La logique apparente, affichée, ne sera pas de produire du soin, mais de susciter la guérison, de faire recourir au patient un meilleur état de santé.

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

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

¹ VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », thèse de doctorat es Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999, p. 213.

HATCHUEL A. et SARDAS J.C.¹ caractérisent le système productif comme un agencement d'entités, de ressources, de tâches et de modes de pilotage. Les entités constituent les cibles, leur circulation constitue la nature des activités productives. Les ressources concourent à la transformation des entités, ce sont donc, des machines, des locaux, des savoirs, des compétences des acteurs et du financement. Les tâches précisent le niveau de description des opérations. Une tâche permet de croiser une entité avec les ressources mobilisées. Les modes de pilotage de la production réunissent les actions réalisées par un ensemble d'acteurs, ces modes sont dépendants de la définition de la performance.

D'après MINVIELLE E.², le système de production hospitalière peut être approché de la façon suivante : le patient est une entité qui est l'objet du processus envisagé, les ressources sont notamment constituées du personnel des services cliniques ou logistique, mais également des techniques utilisées, les tâches servent de support à l'organisation du travail, assurant la prise en charge du patient, et enfin, le pilotage se situe dans les unités de soins.

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

I-2-3 Typologie d'hôpitaux

Il y a lieu de distinguer les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux catégoriels et les hôpitaux universitaires³ :

I-2-3-1 Les hôpitaux généraux

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

¹ *Idem*, p.214

² *Idem*, p.215

³ CROMMELYNCK, Anja. *L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info Supplément à MC*

I-2-3-2 Les hôpitaux psychiatriques

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

I-2-3-3 Les hôpitaux catégoriels, ou spécialisés

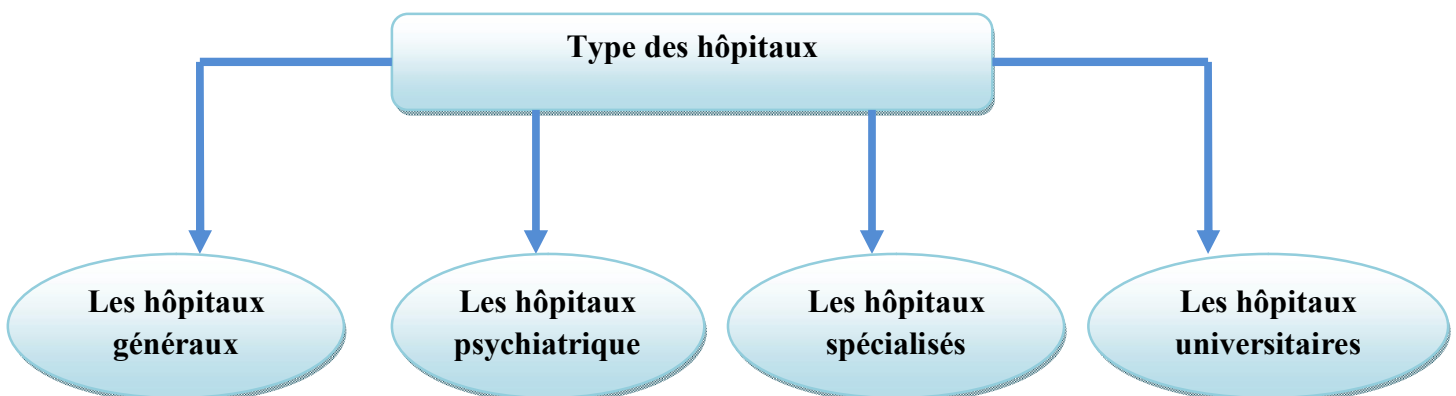
Sont des hôpitaux plus petits qui offrent des soins spécifiques à un groupe-cible déterminé. Ce sont généralement des hôpitaux axés sur la réadaptation fonctionnelle ou s'occupent de soins aux personnes âgées (hôpitaux avec services G isolés).

I-2-3-4 Les hôpitaux universitaires

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

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

Figure n°03 : typologies des hôpitaux.



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

I-2-4 Les hôpitaux en Algérie

L'offre de soins en Algérie est caractérisée par un secteur public dominant et symboliquement payant, celle-ci est subdivisée en deux catégories d'infrastructures : infrastructures extrahospitalières (polyclinique, centre de santé et salles de soins et de consultation leurs missions est la prévention sanitaire et la promotion de la santé) et infrastructures hospitalières (CHU, EHS, hôpitaux et maternités appartenant secteur sanitaire (SS), avec un secteur privé payant, en expansion rapide depuis les années ¹:

- **Secteur public :** Après l'indépendance, la France a légué à l'Algérie 143 hôpitaux, dans des sanatoriums des centres de santé, un centre de lutte contre le cancer, 13 cliniques totalisant 40000 lits d'hospitalisations¹², 820 unités légères (160 polycliniques et 660 centres de santé), la plupart résultant de reconversion de différentes unités légères, 1344 salles de soins. À partir des années 80, les investissements en infrastructures se sont fortement étendus, améliorant la couverture sanitaire de la population par des services de santé publique répartis sur tout le territoire nationale. En 2005, le réseau se compose de : 243 : hôpitaux auxquels s'ajoutent 54 EHS, totalisant près de 60000 lits d'hospitalisation. La progression est de 1,7% en moyen annuelle en termes de lits¹³. jusqu'à 2007, Les secteurs sanitaires (SS) (Décret 97- 466 du 2 Décembre 97), constituaient la base de la pyramide des soins. Leur création date des années 80 (Décret 81- 242 du 5 septembre 81).Le secteur public est composé de 13 CHU, 1 EHU, 68 EHS, 185 EHP totalisant 63680 lits. On comptait en 2007, 185 SS auxquels étaient rattachées toutes les unités de base, autrefois gérées par les communes. Chaque SS desservait en moyenne un bassin de population de 100.000 à 300.000 habitants et était composé :

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

L'organisation et le fonctionnement des SS ont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme les 185 SS en 189 établissements publics hospitaliers (EPH) et 273 établissements publics de

¹ Ait Medjane Ouahiba. *Les réformes du système de sante En Algérie : État des lieux et analyses. Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de master en sciences Économiques Option : économie de la santé. Université Abderrahmane MIRA de Bejaia Faculté des sciences économiques, commerciales et Des sciences de gestion*

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

santé de proximité (EPSP). Toutes les structures extrahospitalières des ex SS (les polycliniques, salles de soins...) sont ainsi séparées des hôpitaux. Les deux (2) établissements publics nouvellement créés ont les mêmes statuts. D'autres hôpitaux auraient été construits dans le cadre du programme de développement 2005-2009¹⁴.

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

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

▪ **Le secteur privé**

L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 60 et 70. En effet, les possibilités d'installation difficilement accordées, sont limitées par la mise en place des procédures suivantes¹⁵ :

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

¹⁴ibide

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

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

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

En Algérie il existe des infrastructures hospitalières suivantes¹ :

- 14 CHU
- 1 EHU
- 5 EH
- 68 EHS
- 195 EPH
- 271 EPSP
- 1375 polycliniques
- 5376 salles de soins

Dans ce contexte le total de ses infrastructures est :

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

I-2-5 Présentation du CHU de Tizi-Ouzou

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

¹Ibid

I-2-5-1 Historique du CHU de TO

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inaugurée; précisément le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales. En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

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

Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, créée par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par Le Décret n°86/294 du 16 Décembre 1986. Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed.

I-2-5-2 Généralités sur le CHU de TO

Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est caractérisé par son envergure régional, il couvre les quartes wilayas suivantes : Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdès et Buirra..

La demande en soin est sans cesse croissante de fait des transitions épidémiologiques que connaît la région a l'instar des autres régions du pays. Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement de référence, il couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants.

En plus de sa vocation hospitalière, il assure la recherche de la formation. IL est composé de deux unités a savoir, l'unité NEDIR Mohamed sise en centre ville de Tizi-Ouzou et de l'unité BELLOUA située a 04 Km de chef lieu de la wilaya, et ainsi que l'existence d'une clinique dentaire a proximité de l'unité NEDIR Mohamed et le service de Médecine du travail en extra muros¹.

¹¹www.chuto.dz site officiel du CHU de TIZI OUZOU

I-2-5-3 Les missions du CHU de TO

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

✓ En matière de santé

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

✓ En matière de formation

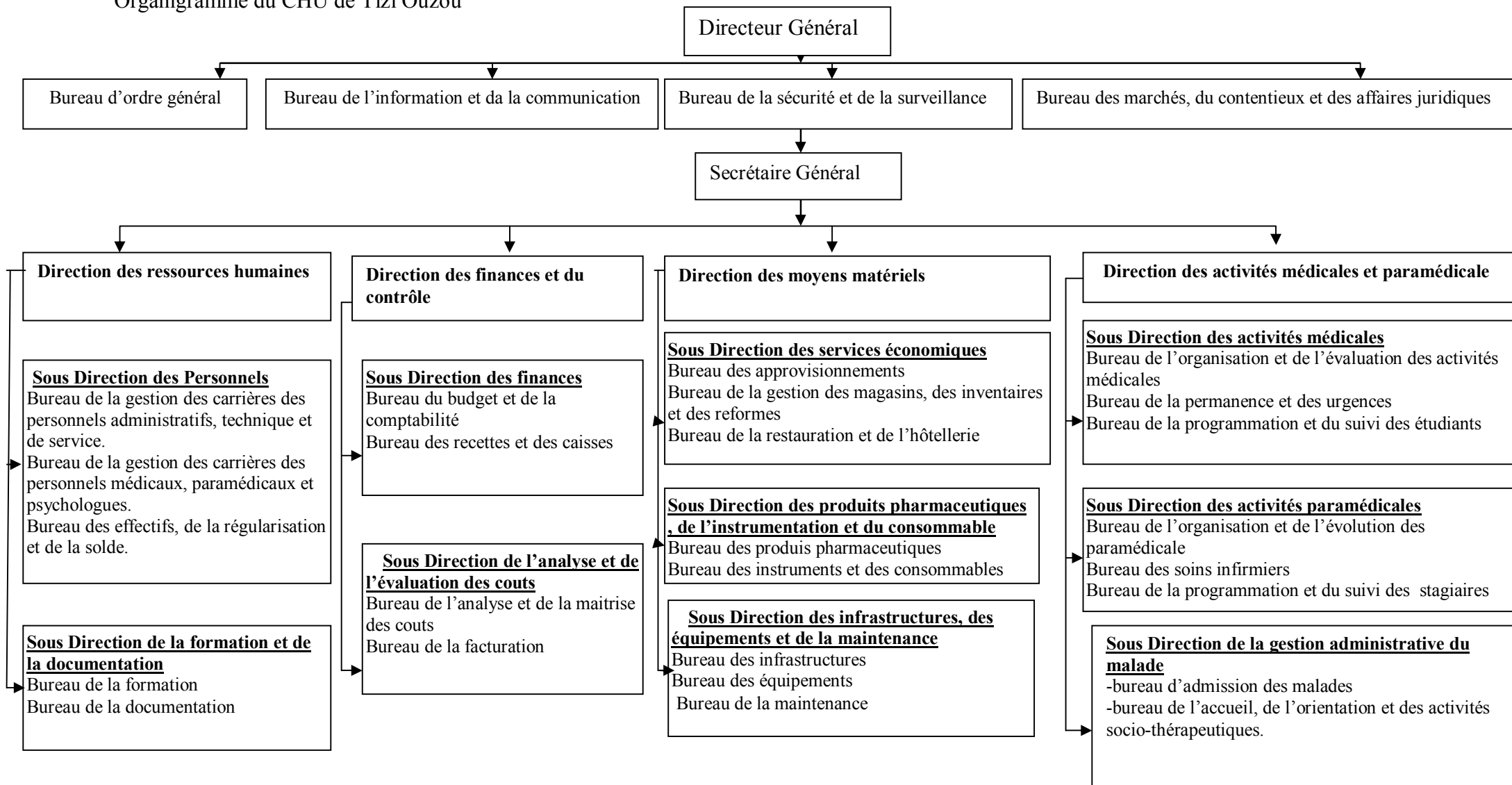
Assurer, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents. Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement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

✓ En matière de recherche

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

Chapitre 1 : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie...

Organigramme du CHU de Tizi Ouzou



I-3 Le bureau des admissions et le logiciel patient

Le bureau des admissions est le premier service et parmi les services les plus essentiels dans les établissements public de santé, su le premier point qu'on va entamer avant de nous pencher sur le logiciel patient et sont fonctionnement.

I-3-1 Le bureau des admissions

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

Le bureau des entrées est la pièce maîtresse du système d'information hospitalier. Si la taille et l'activité de l'hôpital l'exige, une permanence doit être assurée 24h/24. Tout patient venant à l'hôpital pour une consultation, un examen ou une hospitalisation doit venant à transiter par le BE, qu'il soit payant ou non payant, afin d'y être enregistré¹.

I-3-1-1 Définition du bureau des entrées

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

L'admission du patient à l'hôpital nécessite que le médecin responsable puisse examiner le dossier médical du patient et la raison pour laquelle la demande est faite. Ceci pour éviter les hospitalisations sans fondement, mais aussi que le patient pourra bénéficier réellement de l'encadrement mis à sa disposition. Le dossier permet encore de bien orienter le patient dans l'établissement. Il est donc très important que le dossier soit complet, chaque question est importante².

I-3-1-2 Les fonctions du bureau des entrées

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

¹LOUARN, Jacques. *Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement. Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé* en. Paris : université de Montréal, Juin 2002, p.26.

²Silva médical. *Dossier d'admission*. Disponible sur : <https://static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf> (consulter le 22-09-2017)

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

La prise de ces renseignements doit être extrêmement rigoureuse pour constituer un dossier « complet » et permettre une facturation rapide ou un encaissement immédiat des frais d'hospitalisation et/ ou de soins externes, lors de la sortie du patient¹.

Toutes les données recueillies sont strictement confidentielles, les agents hospitaliers étant tenus au secret professionnel pour « tous les faits, informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions ». Le dossier administratif comporte trois rubriques : État civil ; Débiteurs ; Entourage du patient et renseignements divers² :

- **L'état civil du patient** : elle comprend les éléments suivants
 - Nom, prénom, sexe ;
 - Date et lieu de naissance, pays de naissance ;
 - Nationalité ;
 - Situation familiale, nombre d'enfants ;
 - Adresse et téléphone ;
 - Employeur (adresse, téléphone), le cas échéant.
- **Les débiteurs** : les frais d'hospitalisation ou de soins externes peuvent être facturés à l'encontre des débiteurs suivants :
 - La sécurité sociale, au titre :
 - de la couverture maladie universelle de base (CMU) ;
 - de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
 - L'aide médicale de l'État (AME) ;
 - L'aide sociale ;
 - Les mutuelles ;
 - Les assurances privées ;
 - Les organismes de sécurité sociale dans le cadre des conventions internationales ;
 - Les organismes étrangers ;
 - Divers (autres établissements, laboratoires...) ;
 - Les patients payants.
- **L'entourage du patient : proches et personnes à prévenir**

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

Pour toute admission, il faut **obligatoirement** :

¹ Ministère des solidarités et de la santé. *Op.cit.*, p 14

² *Ibidem*

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

- Renseigner le nom de la personne à prévenir et ses coordonnées (téléphone et adresse en France et/ou à l'étranger) ;

- Faire préciser au patient les liens qui l'unissent à cette personne.

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

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

I-3-1-3 Importance de l'accueil au bureau des entrées

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

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

I-3-1-4 Les composants du dossier d'admission

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

- ❖ Demande d'hospitalisation (voir annexe)
- ❖ Le billet de salle (voir annexe)
- ❖ Fiche navette (voir annexe)

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

✓ **La demande d'hospitalisation**

Dans le cas où le patient nécessite une hospitalisation, le médecin traitant lui faire une demande d'hospitalisation, alors en quoi consiste cette demande d'hospitalisation ?

La demande d'hospitalisation est un document qui porte la date de l'entrée et l'heure, le service et la spécialité, le nom et le prénom de patient et de son garde malade, et aussi le nom et la signature de médecin traitant.

Une fois que cette demande est remplie et signé par le médecin traitant, elle va être transféré par les services des traitants et le service des urgences au bureau des entrées afin de compléter le dossier, car le faire la fiche navette et le billet de salle.

✓ **La fiche navette**

Lors d'une maladie ou d'une période de soins, un patient est susceptible d'être pris en charge par différents soignants et spécialistes dans des configurations multiples. IL peut être amené à être hospitalisé sans avoir avec lui l'ensemble de sa prescription.

Pour aider et agir sur une amélioration de la connaissance que les professionnels de santé peuvent avoir des modifications récentes dans les traitements médicamenteuses, une fiche navette est mise à disposition des médecins généralistes et hospitaliers du territoire de santé.

Autrement dit, la fiche navette est un support de gestion technico-administratif et financier qui accompagne le malade de son entrée jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Ainsi, la fiche navette à un contexte d'implantation tel que :

- Nouveaux modes de financement des hôpitaux ;
- Mise en place au CHU de la facturation par acte ;
- Recensement de tous les actes effectués sur le malade.

Cependant, la fiche navette a huit (08) pages, chacune d'elle à son rôle et elle consiste :

▪ **Identification de patient**

Elle consiste à identifier le patient, le nom et prénom du patient, le numéro d'admission, le groupe sanguin, l'âge, le service, le nom et qualité du chef de service , ainsi la

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

date d'entrée et l'heure, le nom de la salle et numéro de lit , et le nom , prénom et qualité du médecin traitant, le mode d'entrée et le code d'entrée.

- **Actes médicaux, chirurgicaux et examens pratiques dans l'établissement d'hospitalisation compris les consultations effectuées par les praticiens externes au service** : elle comporte :
 - Les dates : car c'est la date du geste et des actes effectués ;
 - Les services : on mentionne le service au il a effectué les actes ;
 - Codes : c'est le code de l'acte effectué ;
 - Natures : car on mentionne la nature des actes et examens des médecins ou spécialiste ;
 - Cotation : c'est le prix de l'acte de l'examen ou du geste effectué ;
 - noms : prénom et qualité du praticien.
- **Soins infirmiers (actes paramédicaux) effectués dans l'établissement d'hospitalisation**

Comporte la date de l'acte et le service dont il a fait l'acte, la nature de l'acte et le code par exemple : pour les chirurgiens le code 0281 l'acte : extraction d'un corps étranger de l'orbite, la cotation : k 60. Pour les infirmiers le code : 1189, la nature : séance d'aérosol, la cotation AMI 2.

- **Actes médicaux, chirurgicaux et examens effectués dans une structure externe (publique ou privée)**

Comporte aussi la date, le service, le code, la nature, cotation, nom, prénom et qualité du praticien, et le numéro prise en charge (santé)¹.

- **Médicaments**

Comporte la date de prescription et le code D.C.I (domination commune internationale) car le code du médicament est universel, et aussi libellé D.C.I forme et dosage car explique la qualité et le coût du dosage. La quantité prescrite et fournie, et le nom, prénom et qualité du prescripteur.

¹

**le code CIM Le deuxième cadre réservé à l'administration de l'établissement qui comporte le numéro de la facture, la date, montant de la prestation, le numéro de quittance, la nature de document de sortie.*

▪ **sortie :**

Dans la page de sortie on trouve deux cadres : le premier cadre réservé aux praticiens qui comporte : la date, l'heure, le mode, et le code de sortie, ainsi diagnostic ou motif d'entrée, diagnostic de sortie, et le code CIM (Classification Internationale de Maladie).

Aussi, on peut noter que la fiche navette a un intérêt majeur. Dont, elle permet de lier les données médicales et paramédicales avec les données économiques ; permet d'estimer la consommation en biens médicaux (Médicaments, accessoires,...).

I-3-1-5 Organisation du bureau des entrées

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

- le bureau des entrées doit être **facile d'accès** tant pour les usagers que pour les différents services internes ayant des relations étroites avec celui-ci. Il doit être également signalé par les panneaux placés aux endroits appropriés .Les structures physiques doivent être suffisamment spacieuses pour permettre une prise en charge fonctionnelle des missions dévolues au bureau des entrées.

- Compte tenu de l'importance stratégique du bureau des entrées, le responsable devra être choisi parmi les administrateurs des services de santé ou les personnels titulaires d'un grade équivalent.

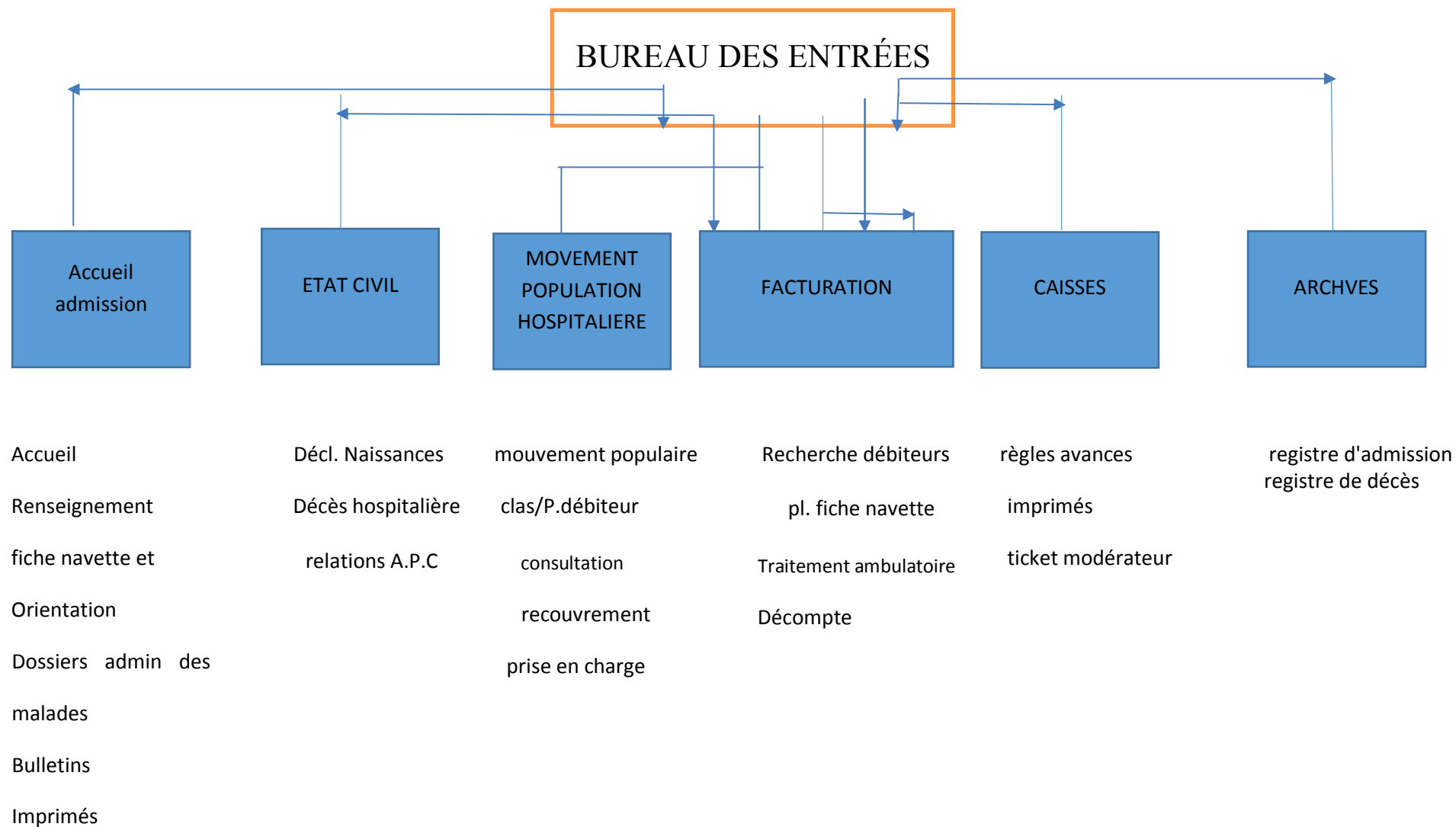
- Le niveau de qualification des personnels préposés au bureau des entrées doit être en adéquation avec les diverses fonctions à assumer.

Les critères de sélection devront tenir compte aussi bien des qualités humaines que professionnels et ce, eu égard à l'importance des aspects relationnels de cette fonction qu'il est indispensable de valoriser en vue de l'amélioration de l'accueil dans tous nos établissements de santé¹.

¹ *Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé, Textes réunis et classés par :Med OULD-KADA Décembre 2010*

Chapitre I : Généralité sur les concepts de base : santé, malade, maladie ...

Figure N° 05 : l'organisation du bureau des entrées



source : documents interne du CHU de TIZI OUZOU

I-3-2 Le logiciel patient

Le logiciel patient peut répondre aux besoins des bureaux des entrées de tout établissement sanitaire (CHU, EPH, secteur sanitaire) : il suffit d'introduire les paramètres après l'installation du logiciel à savoir :

-le code de l'établissement pour pouvoir imprimer le type de l'établissement et son nom à l'entête de tous les états ;

-Extraire les services dont dispose l'établissement à partir d'une liste contenant toutes les spécialités, introduire le nombre de lits et de salles pour chaque service et enfin créer la table des salles (unités) en spécifiant pour chaque salle le N° du 1^{er} lit et celui du dernier et en indiquant si la salle est réservée pour hommes, femmes et/ou enfants pour pouvoir faire plus de contrôles et éviter des erreurs à la saisie d'une admission.

Tous les états individuels (bulletins, certificats de séjour, déclaration des décès, déclaration de naissance, permis de retrait de mineur, décompte...) peuvent être imprimée soit sur papier simple soit sur pré-imprimé selon les paramètres d'édition spécifier et qui peuvent être modifiés à tout moment par le responsable.

Et d'introduire les montants des forfaits journaliers par service et par salle ce qui permet ainsi la possibilité de modifier les montants et d'avoir éventuellement des forfaits différents pour des spécialités différentes.

I-3-2-1 le fonctionnement du logiciel patient

Le logiciel « *patient* » peut fonctionner en « MONO » c'est-à-dire sur un seul micro-ordinateur pour les petites structures sanitaires ayant un petit flux de malades journaliserait, ou en « RESEAU », c'est-à-dire relier plusieurs micro-ordinateurs (poste de travail) à un grand flux de malades, pour améliorer les services et éviter ainsi une longue attente des malades devant les guichets des admissions et des visiteurs devant les guichets des renseignements.

Pour prescrire au logiciel et de s'adapter au changement des paramètres de la facturation, la modification de ces derniers est prise en charge par le logiciel sans nécessaire l'intervention de l'information en laissant le soin au responsable au bureau des entrées d'indiquer tout ce qui doit être facturable en dehors du forfait journalier selon bien sûr les textes à savoir :

- Des actes professionnels faits aux établissements d'hospitalisations ;
- Les actes professionnels faits à l'établissement externe ;
- Les médicaments ;
- Le garde de malade ;
- La période en permission.

I-3-2-2 Présentation du logiciel Patient au sein du CHU DE TIZI OUZOU

Le logiciel patient a été mis en place au CHUTO en 2001, il est exploité en réseau LAN depuis 2004 entre le bureau des entrées, les différents services médicaux, le bureau informatique. L'Objectif premier de ce réseau était le suivi et l'exploitation de la fiche navette par tous les acteurs (Médical, Paramédical, Administratif). Ce programme est actuellement exploité dans sa dernière version (18-09.10).

• Objectifs visés par le logiciel patient au sein du CHU de TO

- Identification rigoureuse du statut social de la population hospitalière ;
- Évaluation des activités par service et par groupes de spécialités ;
- Maîtrise des coûts ;
- Mise en place d'un schéma organisationnel cohérent des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Etablissement du résumé standard de sortie et résumé clinique à chaque sortie du malade ;
- Institution de la fiche navette « jour » au niveau des services concernés et des différents PU de l'établissement et mise à la disposition des services de feuilles intercalaires concernant les soins infirmiers et examens complémentaires ;
- Institution d'un registre d'évacuation pour les malades adressés par les Secteurs Sanitaires et les Cliniques Privées¹.

¹ Document interne du CHU de TIZI OUOU

Conclusion

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

En présence de maladie, l'hôpital joue actuellement un rôle considérable, grâce à deux facteurs dont le développement est irréversible : le progrès des sciences médicales qui impose la concentration du personnel qualifié et des équipements spécialisés des institutions de haute technicité d'une part, la facilité des communications qui va de pair avec l'urbanisation d'autre part. Le système hospitalier doit donc être rendu accessible à toutes les classes sociales et couvrir l'étendue géographique où vit la population.

L'organisation du parcours de soins du patient dans un établissement apporte une plus-value pour la prise en charge des patients en termes d'accessibilité aux soins, de fluidité et de personnalisation du parcours, de gain de chance et de qualité de vie pour le patient.

Le deuxième chapitre fera l'objet d'une présentation de parcours de patient, dès son entrée au service des urgences jusqu'à son sortie.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

Introduction

Le cheminement du patient demeure une priorité pour tous les organismes de soins de santé pour gérer les flux des patients de manière à ce qu'il puissent consulter un médecin et recevoir des soins d'urgence ou des soins en milieu hospitalier dans les meilleurs délais .

Le parcours du patient au sein d'un établissement de santé est une description centrées intentionnellement sur le patient, des processus de sa prise en charge par les acteurs d'établissement .la démarche de formalisation des rôles de chacun de ces processus permet aux acteurs de négocier et d'acter les modalités de coordination et de coopération, principales condition de création de la valeur ajouté deb la prise en charge pour l'établissement de santé.

Ce présent chapitre développe des différent étapes de parcours de soins de patient au sein d'un établissement de santé .En premier lieu en va présenter les urgences comme un début de parcours, puis les différente étapes de la prise de la prise en charge du patient et enfin en va présenter Les modes de la sorties et aussi le suivi du patient par les établissements de santés.

II-1 Le service des urgences comme un début de parcours

Le cheminement du patient commence par le service des urgences où il reçoit des soins de première nécessité à partir de là il ya deux possibilités, soit il va mieux donc il sort ou bien il va mal, et là il nécessite une hospitalisation.

II-1-1 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.

- **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 devaient fournir en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition.

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

- **Les textes réglementaires 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.

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 22/09/2017).

²<http://www.sante.dz>

Chapitre II : le cheminement du malade 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 :

- 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.
- 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.
- 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 ;
- De définir les moyens humains et matériels des services de soins d'urgence ;

¹Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.
www.transplantobservatory.org/.../afirlegethDZAfr2.pdf (consulter le 26/9/2017).

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.

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.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

- 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 domicile¹.

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)². Prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences

- 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.
- 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.
- 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

²Décret 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.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

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.

- 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.

À 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.

- 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. À 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.
- 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.
- 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 extrait du recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- 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

- 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

II-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 accueille 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.

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 soins².

- **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 :

- À 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 ;

¹BELAIDI, Aissam. *Op.cit.*, p.7.

²Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières, 2014, p.07

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

- À 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 ;
- À 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,

II-1-3 Organisation des Urgences Médicales Chirurgicales au sein du C.H.U de Tizi-Ouzou, et Bilan D'activités

Les urgences médico-chirurgicales sont la vitrine de l'établissement, c'est dans cette optique que l'administration du CHU de Tizi-Ouzou a axé toute sa politique de développement, de rénovation et de normalisation sur ces dernières, on mettant à leur disposition les moyens de diagnostic et d'exploration les plus performants.

Cet intérêt est motivé par le nombre sans cesse croissant des patients pris en charge prévenant de toute la périphérie, des wilayas limitrophes, voir même les autres wilayas du pays. Le service des Urgences Médicales Chirurgicales au sein du CHU de Tizi-Ouzou est composé de 02 unités :

- Unité des Urgences Médicales
- Unité des Urgences Chirurgicales

Les urgences sont la vitrine de l'hôpital. Les agents qui y travaillent doivent donc, non seulement avoir une compétence technique dans le domaine particulier de la prise en charge

¹BENATIA, Yacine. *Op, cit.*, p.13.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

des urgences mais aussi des aptitudes de communication, un sens des responsabilités et une probité exemplaire.

- **L'unité d'urgence médicale** : est organisée comme suit :
 - **D'un tri** : composé de : l'accueil, salle de soins et de 2 salles de consultation.
 - **Unité Médicale** : L'effectif est de : 01 médecin chef d'unité et de 04 praticiens spécialistes dont : 03 médecins spécialistes en médecine interne, 01 spécialiste en anesthésie réanimation. 16 médecins généralistes et d'une pharmacienne. 30 paramédicaux, renforcés par les gardes, 03 Secrétaires médicales, 03 Hôtesse d'accueil, 13 Agents de services et de 06 Brancardiers.
 - **L'intermédiaire** : les patients sont orientés pour explorations et mise en observation, une équipe médicale multidisciplinaire est mise en place avec tous les moyens nécessaires. Les patients sont soit libérés ou admis à l'hospitalisation.
 - **L'exploration cardiologique** : un échocardiographie E.C.G, sont mis à la disposition de l'unité ;
 - **L'Hospitalisation** : d'une capacité de 12 lits, les patients présentant une réelle urgence sont admis, ensuite ventilés selon leurs pathologies dans les services adaptés après concertation des médecins (colloque de service quotidien).
 - **Salle de réanimation** : d'une capacité de 02 lits avec 02 respirateurs et 02 monitorings.
- **Unités Chirurgicales** : dont l'effectif est de : 01 Maître assistant (médecin chef des UMC) en anesthésie Réanimation et médecin chef des UMS, 02 Praticiens spécialistes en Anesthésie Réanimation, 02 Praticiens spécialistes en neurochirurgie, 01 Pharmacienne et de 01 Praticienne spécialiste en orthopédie¹.

Les équipes de gardes chirurgicales multidisciplinaires. 75 Paramédicaux, renforcés par les gardes, 04 Administratifs, 07 Réceptionnistes, 07 Brancardiers et de 31 Agents de services. Cette unité est composée de :

- **Accueil (réception) :**
 - salle de tri : identification des patients et leur prise en charge selon leur pathologie au sein de cinq (05) box répartis en spécialités suivantes :
 - Chirurgie Générale, Neurochirurgie, Chirurgie Orthopédique et traumatologique, Chirurgie Pédiatrique, Chirurgie Urologique ainsi que la chirurgie thoracique et vasculaire.

¹ Document interne du CHU de TIZI OUZOU

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

- **Pour les urgences d’Ophtalmologie et d’Oto-rhino-laryngologiste(O.R.L)** : Elles sont assurées au niveau de l’unité Belloua Pour toute information et orientation des patients et usagers de la santé, des hôtesse d’accueil sont recrutées et formées à cet effet.
- **L’exploration** : Dans le but d’autonomiser les UMC, l’administration du CHU a mis en place un plateau d’exploration des plus étoffés. Un scanner 16 coupes acquis en 2015, Une Radiologie Numérisée, Exploration endoscopique, Deux échographes, Radio mobile, Amplificateur de brillance, Écho-cardiographe et d’ECG
- **Salle de thrombolyse** : d’une capacité de 03 lits, doté d’équipements adéquat (respirateur, scope, ECG, échographie, pousse seringue, pharmacie des produits d’urgence) les patients sont admis pour thrombolyse cérébrale et lever l’urgence vitale.
- **Salle Septique** : les patients sont admis pour tous les pansements infectés, diverses amputations et grandes brûlures¹.
- **Pré opératoire** : d’une capacité de 14 lits dont 06 pour enfants, les patients sont admis en attendant leur prise en charge chirurgicale
- **Blocs opératoires (per opératoire)** : Il existe quatre (04) salles opératoires (Neurochirurgie, chirurgie traumatologique, chirurgie viscérale, chirurgie pédiatrique) récemment mise à niveau.
- **Salle de réveil** : d’une capacité de 04 lits équipée de tous les moyens nécessaires.
- **Réanimation polyvalente** : d’une capacité de 06 lits, destinée à la prise en charge des patients nécessitant des soins intensifs, doté de tous les moyens nécessaires. (06 respirateurs et 06 monitorings, plusieurs seringues électriques)
- **Post opératoire** : les patients sont admis pour les suites opératoires dans des chambres individuelle au nombre de 11 puis transférés dans les services respectifs.
- **Pharmacie** : la distribution et la gestion des médicaments sont confiées à une pharmacienne.
- **Urgences de pédiatrie** : L’unité est composée de : Accueil (réception), 04 salles d’examen (tri) : identification des patients et leur prise en charge au sein de 04 salles réservées à cet effet pour une éventuelle orientation ou admission.
Dont l’effectifs et de : 02 Assistants de santé publique, 02 Médecins généralistes, 07 Médecins résidents, 16 Infirmiers, 06 Agents de service, 03 Secrétaire, 05 Réceptionnistes².

¹ Document interne du CHU de TIZI OUZOU

² Document interne du CHU de TIZI OPUZOU

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

Nous pouvons présenter les activités des U.M.C durant l'année 2016 dans le tableau suivant :

Tableau N°1 : les activités des U.M.C durant l'année 2016

Services	Nombre de lits	Nombre de consultations d'urgences	Nombre d'admissions	Nb journée hop	Nombre d'acte opératoires
PU de chirurgie	40	24951	4845	12187	2671
PU de médecine	11	53173	6947	11848	
PU de pédiatrie	08	15496	3253	10648	
TOTAL	59	93620	15045	34683	2671

Source : document interne du CHU de TIZI OUZOU

Nous pouvons ainsi présenter les activités des U.M.C 1ère trimestre année 2017 dans le tableau suivant :

Tableau N°02 : les activités des U.M.C le durant premier trimestre de l'année 2017

Services	Nombre de lits	Nombre de consultations d'urgences	Nombre d'admissions	Nbr journée hop	Nombre d'acte opératoires
PU de chirurgie	37	8415	1149	3083	724
PU de médecine	11	12370	1676	3616	0
PU de pédiatrie	08	3104	724	2172	0
TOTAL	56	23889	3549	8871	724

Source : document interne du CHU de TIZI OUZOU

II-2 L'admission et la prise en charge du malade

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

II-2-1 Le processus Admission du patient

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

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

II-2-1-1 Transfère des patients et l'organisation de transfère inter établissement

Le médecin de l'urgence doit prendre en charge un patient dans l'urgence si, après le processus évaluation des patients, les conditions de prise en charge d'un patients ; sont respectés. Si ces éléments ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement

¹*Ibid.*, p. 57.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers l'établissement approprié. Chaque urgence doit avoir une politique, approuvée par le conseil d'administration de l'établissement, pour les transferts inter établissements.

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

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

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

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

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

On doit retenir certains principes fondamentaux pour bien circonscrire les conditions et les règles de 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 doit être effectué sans que le médecin traitant n'ait communiqué verbalement avec le médecin qui doit recevoir le patient pour s'assurer que celui-ci accepte le transfert et que son centre hospitalier dispose des ressources nécessaires pour traiter le patient. L'infirmière responsable du patient s'assure de transmettre un rapport écrit sur l'état du patient à l'intention de l'infirmière du centre receveur.

¹Ibidem.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

- Le médecin traitant a la responsabilité de stabiliser la condition médicale du patient avant son transfert. En présence d'une condition médicochirurgicale qui menace immédiatement un organe vital ou présente des dangers pour la vie du patient, le transfert doit être fait après stabilisation, à moins d'indications contraires.
- La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du patient n'entraîne pas son décès ou une atteinte sérieuse de ses fonctions ou de ses organes.
- Le médecin traitant doit déterminer quel type d'accompagnateur sera nécessaire en fonction des besoins du patient : médecin, infirmière. Un mécanisme doit être mis en place pour assurer rapidement la disponibilité de l'accompagnateur, soit dans un délai de moins de 30 minutes, et pour que son remplacement à l'urgence soit effectué, le cas échéant.
- Le médecin traitant doit inscrire au dossier les ordonnances nécessaires pour assurer le bon déroulement du transfert du patient.
- Le professionnel accompagnateur doit être formé et compétent, et l'établissement doit faire en sorte qu'il lui soit possible de communiquer en tout temps avec le médecin de l'urgence durant le transfert.

II-2 -2 Le processus de prise en charge des patients

Le processus de prise en charge des patients peut se présenter comme suit ¹:

II-2 -2-1 L'accès à l'urgence

L'unité des urgences d'un centre hospitalier doit être identifiée adéquatement à l'extérieur de l'établissement. Le patient doit être en mesure de repérer immédiatement l'entrée de l'urgence. Le lieu où se trouve l'urgence doit être bien indiqué à chacune des portes du centre hospitalier et le parcours pour s'y rendre doit être facile. La distinction entre l'entrée principale et l'entrée de l'urgence doit 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 doit être bien indiquée afin que le patient puisse avoir accès rapidement aux ressources

¹Ministère de la santé. Description des supports de recueil de données de l'hôpital. Supports du system d'information Hospitalier. Description et guide d'utilisation. Mali, 2012, p.20.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

médicales en place. Le patient qui utilise l'entrée des ambulances ne doit 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 doit 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 doivent assumer ce rôle d'aide au patient. Des mesures de sécurité et des procédures d'aide à la clientèle doivent 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 doivent 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.

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

- **Les conditions de prend en charge des patients :** Les conditions pour prendre en charge un patient à l'unité d'urgence le Collège des médecins du Québec, dans son rapport sur la complémentarité des services d'urgence, a proposé un canevas pour permettre de déterminer quelle mesure un médecin peut prendre en charge un patient. 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 doit 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 ;

¹Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion de l'unité d'urgence : gestion de l'unité d'urgence*. Association des hôpitaux du Québec(AHQ), 2000, p.7.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

- 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 doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers le centre

Hospitalier approprié. Les modalités sont décrites plus loin sous la rubrique concernant le transfert entre centres hospitaliers¹.

- 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 doit être donc apprécié dès leur arrivée.

II-2 -2-2Le Triage

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. 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 se doit de 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 charge².

- **Définitions du tri :** 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).

Selon le service des urgences (SU):« *Le tri est un processus qui consiste à identifier, évaluer et classer les besoins de santé des bénéficiaires qui se présentent aux urgences selon*

¹Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion d'urgence en ligne*. Québec, 2006, p. 50.

²KOÏTA, Kadiatou Keita. *Op.cit.*, p.16.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

des critères établis et à déterminer la réponse la plus adaptée à leurs besoins dans des limites de temps acceptables »¹.

Pour Simon, des normes de fonctionnement du triage existent² :

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

Le tri a pour but une analyse rapide du motif de consultation des patients, d'évaluer les besoins thérapeutiques de leur donner une priorité. Cela permet de 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 problèmes somatiques. Et une classe D pour les patients décédés (aucune réanimation n'ayant été entreprise par le médecin)

• Les principaux objectifs visés par le triage

On distingue plusieurs objectifs qui sont :

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

¹GEINOZ, Elsa .*Un aspect du rôle infirmier autonome dans un service d'urgences somatiques*. Mémoire de Bachelor, en soins infirmiers, FRIBOURG :Haute Ecole de Santé, FRIBOURG, Filière soins infirmiers, 2011, p.9.

²KOÏTA, Kadiatou Keita. *Op.cit.*, p.17.

- 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.
- **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 doit être disponible en tout temps et l’on doit pouvoir avoir recours à des mécanismes de soutien de façon immédiate durant les périodes de grand achalandage. En effet, le temps d’attente pour être évalué au triage ne doit pas excéder dix minutes et le temps moyen pour effectuer le triage doit être d’environ cinq minutes. De plus, on ne devrait pas tolérer plus de deux patients en attente d’évaluation au triage. Dans les établissements recevant des enfants, il est crucial d’avoir un processus de triage rapide et précis, puisque la condition de l’enfant peut se détériorer rapidement.

II-2 -2-3 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 doit quant à lui être en mesure de surveiller la salle d’attente en tout temps, afin de noter toute détérioration de l’état d’un patient pendant son attente pour une prise en charge médicale.

Le patient doit être informé du fait qu’il doit aviser l’infirmière du triage de toute modification de son état².

En conclusion, le système de triage permet une meilleure organisation dans le service des urgences. Il est utilisé dans les différentes payes du monde afin d’uniformiser le processus de triage par le recour aux même critères et à la même méthode de classification des patients.

¹*Ibid.*, p.10.

²Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de gestion d’urgence*. Québec, 2006, p.36.

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.

Bien que le triage ne soit pas une science exacte, il est néanmoins utile dans la détermination des personnes les plus grièvement malade ou blessées à traiter en premier lieu.

II-2 -2-4 La prise de décision médicale

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

- **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 doit 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 doit 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'examen, 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 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

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

doit 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

- **Suivi de patient de 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.²

II-2 -2-5 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 respectés³ :

- Les consultations effectuées à l'unité d'urgence doivent être appropriées et être basées sur l'évaluation et l'investigation adéquates du patient. Le DSMU doit établir un moyen d'évaluation de la pertinence des consultations demandées. Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence joue un rôle de soutien important. Les demandes de consultations doivent 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 en fin de semaine. La méthode recommandée pour arriver à cette fin est l'établissement de protocoles individuels avec chaque

¹*Ibid.*, p. 53.

²*Ibid.*, p. 55.

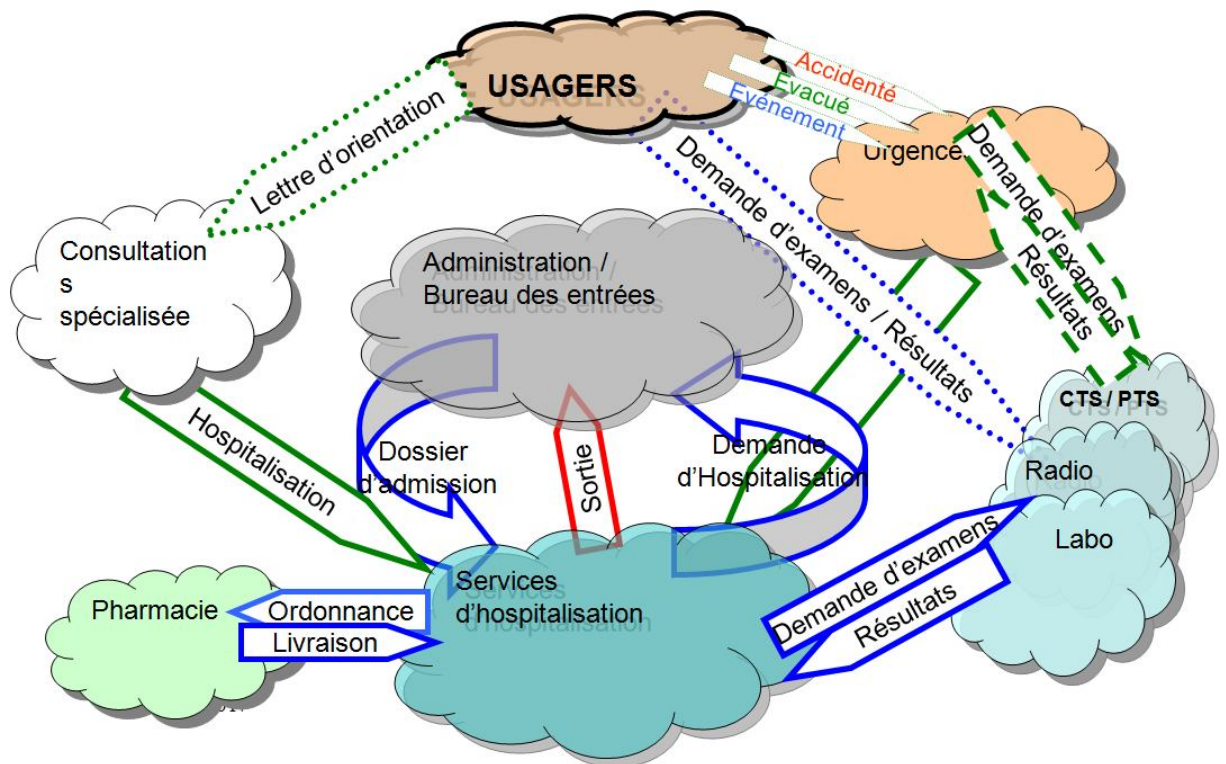
³*Ibidem.*

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

département dans le but d'assurer une entraide mutuelle pour respecter les délais de consultation.

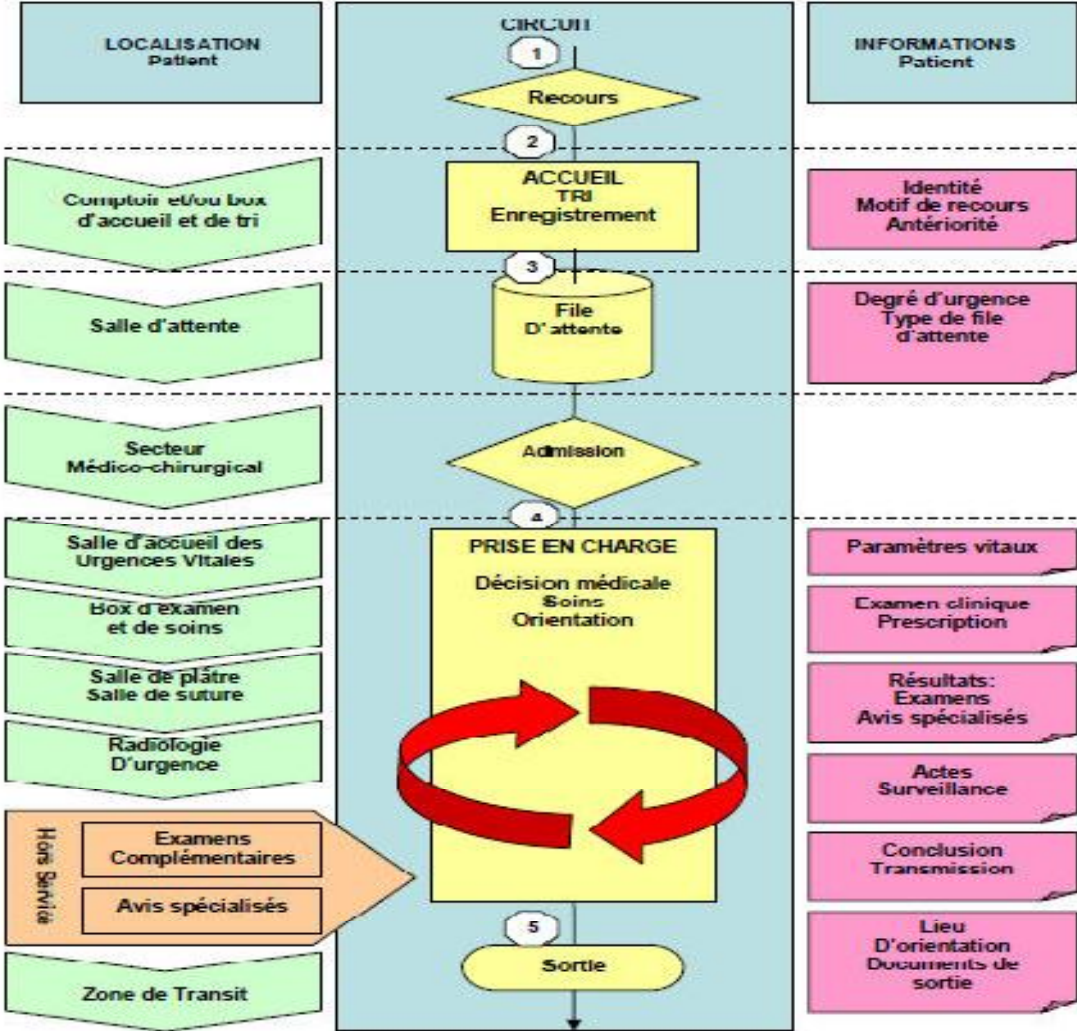
- L'unité d'urgence doit établir un mécanisme de surveillance des délais liés à la consultation :
 - Temps de demande ;
 - Temps de réponse verbale ;
 - Temps de prise de décision.

Figure n°5 : les relations inter services



Source : document interne du CHU de T.O

Figure N°6 : Processus global de prise en charge du patient au sien du service des urgences



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

II-3 La sortie du patient et le suivi

II-3 -1 La sortie du patient

La sortie du patient d'un établissement de santé peut être considérée comme une étape de la chaîne de soins. La qualité de sa préparation contribue aux actions de prévention et d'éducation attendues par les patients, les professionnels et les organismes d'assurance maladie. Passage d'une forme de dépendance à la responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa santé, la sortie doit être entourée de beaucoup de rigueur et de professionnalisme.

II-3-1-1 Définition de la sortie du patient : Il existe plusieurs définitions de sortie de patient. Elles peuvent être présentées comme suit¹ :

D'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, l'A.N.A.E.S. préparation à la sortie du patient hospitalisé, Novembre 2001 :« *La sortie est une période de fragilité pour le malade, qui quitte l'état de patient hospitalisé, pris en charge et entouré par l'équipe médicale et paramédicale. La sortie doit donc être envisagée comme un acte de soins à part entière permettant la continuité de la prise en charge et la mise en place de systèmes d'alerte et de protection*»²

D'après le guide pratique « *Préparer la sortie du patient* » du réseau santé qualité, la préparation de la sortie du patient s'inscrit dans la continuité de sa prise en charge. la qualité de cette étape de la chaîne de soins dépendra une évolution rapide vers l'amélioration de son état de santé, de son autonomie (éducation du patient) ainsi que la prévention d'un ré-hospitalisation future. La planification de la sortie d'un patient s'organise avant son hospitalisation dès lors que celle-ci est programmée ou dès son arrivée dans le service. L'établissement doit garantir la coordination des acteurs en nommant des professionnels chargés des échanges d'informations nécessaires à l'organisation de la sortie du patient »³

¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Évaluation des pratiques professionnelles Dans les établissements de santé : préparation de la sortie du patient hospitalisé*. Service Évaluation en Établissements de Santé. NOVEMBRE 2001.

² Haute autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Juin 2005.

³ *Ibidem*

II-3 -1-2 La décision du sortie

La sortie est, comme l'admission, prononcée par le directeur de l'hôpital sur avis conforme du praticien hospitalier chef de service ou de son représentant. Le chef de service peut décider de le faire transférer. Les décisions de sortie ce défère aux patient la prise en charge.

- **la décision de la sortie dans un cas normal :** Les décisions de la sortie dans un cas normal sont comme suit¹ :
 - **La sortie des malades adultes :** La sortie donne lieu à remise, par le bureau des entrées, de bulletins de situation, après vérification et mise à jour des informations contenues dans le dossier d'admission .Ceux-ci sont destinés à l'employeur, aux caisses de sécurité sociale et à l'établissement d'accueil en cas de transfert. Ils indiquent les dates de séjour sans information d'ordre médical. Avant de quitter l'établissement, le malade doit s'acquitter des frais éventuels lui incombant après prise en charge de sa caisse d'assurance maladie et de sa mutuelle. Il doit également régler tous les frais annexes tels que télévision, téléphone, repas, lits d'accompagnant, chambre particulière, etc.

Pour information et sur demande du patient, un « bon de valorisation » faisant apparaître le coût complet du séjour (hors frais annexes) peut être délivré. Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Le directeur communique périodiquement au conseil d'administration, à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement les résultats de l'exploitation de ces documents. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation En cas de dépôt de valeurs, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter pour effectuer le retrait soit sur place à la régie soit à la trésorerie de l'établissement².

- **La sortie des mineurs :** La sortie d'un mineur peut être effectuée par ses parents ou toute personne investie de l'autorité parentaleou, sur présentation de pièces justificatives, par une personne autorisée par le mineur.

¹ LEBAS, Thierry. *Préparation de la sortie du patient*. Haute autorité de santé. Journées régionales sur l'évaluation des pratiques professionnelles en établissements de santé. CAEN, 12 janvier 2006

² *Ibidem*

- **La sortie du nouveau-né :** Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable du service, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.
- **Sortie pour fin de traitement :** Lorsque le médecin traitant du patient hospitalisé estime que l'état de santé de celui-ci ne nécessite plus son maintien à l'hôpital, il prononce la sortie ordinaire du patient. Lors de la visite médicale journalière, le médecin traitant désigne les patients sortants suffisamment à l'avance pour permettre l'information de la famille et la préparation des documents nécessaires à la sortie. La sortie ordinaire des patients a lieu tous les jours ouvrables, de préférence avant midi. Elle ne peut avoir lieu après 18h sauf lorsqu'il s'agit d'un transfert urgent. L'administration de l'hôpital prend toutes les mesures pour informer la famille du patient préalablement à sa sortie de l'hôpital¹.
- **Les cas particuliers de sortie :** Les patients peuvent quitter l'hôpital à tout moment sur leur demande. Si leur départ est susceptible de présenter un danger pour leur santé, le médecin chef de service peut donner un avis défavorable à ce départ. Ils sont comme suit ²:
 - **La sortie contre avis médical :** Le malade doit signer une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en toute connaissance des risques qu'il encourt. Pour les mineurs, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale. Si la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service en plus de la procédure de décharge saisit le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires. Si la sortie est demandée par un mineur opposé à l'information de ses parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale, elle ne peut avoir lieu qu'avec une personne majeure, le procureur de la République informé par le médecin responsable. Si le malade refuse de signer la décharge, un procès-verbal de refus signé par deux témoins doit être établi ; celui-ci tient alors lieu de décharge.

¹ Règlement intérieur des hôpitaux 2010 page 67 (consulter le 31-10-2017)

² SORTIE DU PATIENT. Disponible sur : http://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_00sortie_du_patient.pdf (Consulter le 23-09-2017)

- **La sortie à l'insu du service :** Si un malade quitte l'hôpital sans prévenir, il convient, si les recherches entreprises à l'intérieur et aux abords de l'établissement sont restées vaines¹ :
 - De constater la « fugue » et, si la situation l'exige, d'informer le commissariat de police ;
 - D'informer la famille sauf pour les mineurs opposés à l'information de ses parents (ou du titulaire de l'autorité parentale) sur leur hospitalisation ;
 - D'écrire au domicile du malade afin de l'aviser des risques qu'il encourt.
- **La sortie par mesure disciplinaire :** En cas de manquement grave aux prescriptions du présent règlement ou lorsqu'un patient dûment averti cause des troubles perturbant le fonctionnement du ou des services de l'établissement, le directeur de l'hôpital peut, sur rapport du médecin traitant, prononcer sa sortie pour des raisons disciplinaires.

Toutefois cette sortie ne peut avoir lieu si l'état de santé du patient ne le permet pas. Dans ce cas, l'administration de l'hôpital doit informer, par écrit et dans les meilleurs délais, les autorités de police judiciaire pour prévenir d'éventuelles réactions dangereuses du patient vis-à-vis du personnel, des autres patients hospitalisés ou vis-à-vis du personnel, des autres patients hospitalisés ou vis-à-vis des biens de l'hôpital².

- **La sortie par décès :** il existe 02 types :
 - **Cause non naturelle :** Le malade décédé suite à sa maladie. Suite au décès du malade le personnel du bureau des admissions en collaboration avec le médecin ayant constaté le décès, délivre les documents ci-dessous : Un certificat de décès, Une déclaration de décès, Un certificat de non contagion
Ces documents seront remis aux parents du défunt afin de permettre le retrait :
 - D'un permis d'inhume au niveau de la mairie de TIZI OUZOU ;
 - Une autorisation de transport de corps au niveau de la wilaya.
 - Une attestation de mise en bière au niveau de sûreté de la wilaya.
 - **Cause naturelle :**
 - Un certificat constatation de décès est remis à l'un des parents du défunt.
 - Le parent du malade se présentera au tribunal au le procureur de la république le cas échéant :

¹ *Ibidem*

² Opcit page 70.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

- Cas1 : délivrera d'emblée un permis d'inhume (cas : d'un accident de circulation)
- Cas2 : exigera une autopsie en désignant le médecin légiste qui la pratiquera. Une fois réalisé le rapport d'autopsie sera remis à Monsieur le procureur de la république qui délivra par la suite un permis d'inhumer¹.
- **Transfert à l'étranger** : Pour manque de matériel ou de compétence le conseil scientifique décide après étude du dossier du malade du transfert de celui-ci à l'étranger.

II-3 -1-3 Les paramètres influençant sur la sortie du patient :

Les facteurs ayant une incidence sur la préparation de la sortie du patient et sur les solutions à envisager sont multiples² :

- les ressources financières de la personne : le type de logement (appartement, maison de plain-pied ...), les ressources financières qui peuvent avoir une influence importante sur les modalités du projet de sortie. Les différents organismes d'assurance (mutuelle de santé par exemple) auxquels la personne soignée aurait pu adhérer, ainsi que le type de contrat pouvant avoir, aussi, une incidence sur la sortie.
- l'état de santé intégrant le degré de dépendance du patient, c'est à dire le besoin de surveillance ou d'assistance nécessité par une pathologie déterminée ou par un handicap physique ou mental.
- la volonté personnelle du malade : essentielle dans cette prise en charge, l'avis du patient doit être sollicité. Et dans la mesure du possible s'il en a les capacités il pourra participer selon ses possibilités à l'établissement du projet de sortie.
- l'avis de l'entourage et les capacités/volontés de l'entourage proche (familial) à pouvoir aider la personne soignée.

II-3 -1-4 La continuité des soins après la sortie du patient

La continuité des soins peut être définie par la mise en place d'un processus de soins efficaces, coordonné et adapté aux besoins du patient. C'est un droit du patient, la charte du patient hospitalisé contient une disposition qui implique que l'établissement doit s'assurer que

¹ www.chuto.dz site officiel du CHU de TIZI OUZOU.

² GARÉTIER Franck. *La préparation de la sortie du patient*. Travail écrit de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier, Institut de Formation en Soins Infirmiers. Novembre 2011.

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

la continuité des soins peut être assurée à l'issue de l'hospitalisation. « [...] *Les établissements de santé veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.* »¹

La prescription du traitement de sortie, à poursuivre à l'issue du séjour, joue un rôle capital dans la continuité des soins, le patient ne consultant souvent son médecin traitant qu'après un certain délai. Les auteurs s'accordent, par ailleurs, sur le fait que la qualité de rédaction des ordonnances et les explications qui les accompagnent en améliorent l'observance.

Cependant la continuité des soins implique aussi plus globalement la prise en charge de la continuité de la « vie » et implicitement de toute une organisation du « hors soins ». Dans le cas d'un retour à domicile il faudra prendre en compte différents paramètres : le ménage, l'entretien du linge et repassage, les courses, la préparation des repas et l'aide éventuelle pour la prise de ces derniers, l'entretien du jardin, les animaux domestiques, etc. ... Ce côté « hors soins » devra également être pris en compte car il va lui aussi conditionner les modalités de sortie de la personne soignée² :

- **Les structures extrahospitalières** : elles peuvent être présentées comme suit³ :
 - Elles ont pour rôle principalement de permettre à la personne soignée de bénéficier d'une continuité de la prise en charge médicale et/ou paramédicale ;
 - Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.), il s'agit d'un hébergement temporaire accueillant sur prescription médicale les patients nécessitant, au décours d'une affection médicale ou chirurgicale, la poursuite des soins, du traitement que justifie leur état de santé dans un but de réinsertion sociale, familiale et professionnelle ;
 - Hospitalisation à Domicile (H.A.D.), l'HAD permet d'écourter ou d'éviter un séjour dans un établissement de santé d'hospitalisation complète pour des patients nécessitant des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés ;
 - Services de Soins Infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.) destinés aux personnes handicapés et aux personnes âgées de 60 ans et plus, ils ont pour objectifs : d'éviter l'hospitalisation lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile,

¹ LAMBERT, Linda. *La sortie : un soin à part entière*. Mémoire de fin d'études en ingénieur d'études en Sciences Sociales, université CHAMPAGNE-ARDENNE, Institut De Formation Des Cadres De Santé, Juin 2007, p.14.

² *Ibid.*, p.20

³ *Ibidem*

Chapitre II : le cheminement du malade en milieu hospitalier

de faciliter le retour au domicile à la suite d'une hospitalisation, de prévenir ou retarder l'aggravation de l'état des personnes et leur admission dans les services de long séjour ou dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Ils assurent sur prescription médicale les soins infirmiers d'hygiène générale ainsi que les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ;

- Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.), ils accueillent les personnes dépendantes de plus de 60 ans ou de moins de 60 ans par dérogation ;
- Les services concourant à la prise en charge du « hors soin » (dans le cas d'un retour à domicile). Le recours à des organismes spécialisés dans le service à la personne peut avoir lieu afin de permettre à la personne de bénéficier d'une aide qui lui rendra possible le retour à domicile. Il existe des opérateurs associatifs locaux, régionaux ou nationaux, mais également des entreprises privées ou associatives qui proposent le même type de service.

Conclusion

Cette position méthodologique s'adresse à tous : coordinateurs, promoteurs, professionnels, partenaires des établissements de santé, et même patient, ni universelles, ni originale, elle a pour seule ambition d'offrir un guide d'élaboration d'un des documents les plus essentiels d'un établissement de santé, puisque le parcours du patient est l'armature obligée sur laquelle doit s'organiser le fonctionnement des établissements, la répartition des rôles parmi les professionnels de santé et le circuit des informations échangées et partagées au bénéfice du patient.

Le parcours de soin du patient permet aussi de localiser les actions les plus stratégiques de la prise en charge, d'identifier les acteurs responsables de la bonne réalisation des actions en réseau et de recueillir les indicateurs nécessaires au suivi et à l'évaluation des résultats de ces actions. A ce titre, il constitue un support fondamental des outils d'assurance de la qualité des établissements de santé.

Introduction

Les acteurs de santé ont relatés leur intérêt pour le parcours de soins et ils ont validé que celui-ci, fait partie des problématiques rencontrées et à résoudre, à ce jour au sein de l'établissement et le territoire.

Fait apparaître les difficultés et les graves dysfonctionnements existant au sein des hôpitaux. Les signes de la crise de l'hôpital public sont manifestes : pénurie d'infirmières, attentes dans les services d'urgence, « grèves » et manifestations, démissions de chefs de service... Si tout le monde s'accorde pour dire que l'hôpital public va mal, encore s'agit-il d'essayer d'en cerner les causes. Deux types d'explication sont souvent mis en avant dans les débats : le manque de moyens ou le manque de rigueur dans la gestion

Ce présent chapitre développe des différents dysfonctionnements liés au parcours de patient, au premier lieu, on va présenter les différents dysfonctionnements liés à l'entrée, puis différents dysfonctionnements liés à la prise en charge et la sortie. Enfin nous présentera les différents dysfonctionnements liés au cheminement de patient en Algérie et nous présentera dysfonctionnements de CHU de Tizi-Ouzou comme un exemple explicatif.

III-1 les dysfonctionnements liés l'entrée du patient

La situation des hôpitaux Algériens est caractérisé par des multiples dysfonctionnements qui touchent l'ensemble de son activité à plusieurs niveaux et plus particulièrement au niveau de l'organisation des différents circuits du patient ce qui engendre des dysfonctionnements sur le cheminement du patient.

III-1-1 Les dysfonctionnements des hôpitaux Algériens

Les dysfonctionnements des hôpitaux Algériens peuvent ce présenté comme suit¹ :

- **Le mal fonctionnement :**

- Les services ne sont pas assurés de manière fiable en raison de l'absence ou du déficit de qualification du personnel,
- pénurie de consommables,
- panne des équipements,
- l'accès n'est pas équitable car les relations sociales et le niveau économique du patient jouent un rôle significatif pour bénéficier d'une prise en charge dans des conditions acceptables et pour les personnels sont souvent démotivés du fait de leurs rémunérations (faible salaire et retard de paiement), ce qui se qui influence directement sur la qualité de service rendue.

- **Les hôpitaux coûtent cher :**

Les hôpitaux pèsent lourdement sur le budget du ministère de la santé qui mobilise souvent plus de 50% des ressources très insuffisantes pour couvrir les priorités en besoins de la santé. Les hôpitaux coûtent chers aux patients même quand ils sont censés être gratuits².

- **Les hôpitaux manquent de performance :**

- Le fonctionnement de l'hôpital ne modifie pas sensiblement les résultats les indicateurs de santé les plus courants (espérance de vie à la naissance, mortalité infantile) qui relèvent plus des soins de santé de base ;
- Les hôpitaux publics bénéficient plus aux populations favorisées qu'aux démunies. Ce constat appuie l'idée selon laquelle les soins de santé de base

¹ Idem

² Ibid.p.20

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

doivent être prioritaires sachant que la lutte contre la pauvreté est devenue l'axe majeur de l'intervention de tous les partenaires du développement ; Absence ou manque de la hiérarchisation de la santé. En effet, certains soins qui relèvent des institutions chargées de soins de santé primaire sont directement pris en charge par les hôpitaux. C'est ce qui justifie les propositions vers une plus grande privatisation de ces activités

- **Les dysfonctionnements des pôles techniques** : il existe un effet délétère des déprogrammations pour l'activité et l'image de l'établissement. Les difficultés existantes sont liées à :
 - un manque de disponibilité des plateaux techniques : Les hôpitaux souffrent du manque de matériel qui est souvent en pannes d'une absence d'une stratégie de maintenance efficace et qualifiée ; d'autres secteurs sanitaires disposent de matériel non utilisé stocker ;
 - les marges disponibles en lits sont telles que les difficultés liées à la gestion des sorties en aval des urgences ne peuvent être imputées uniquement à un manque de lits mais bien à leurs modalités de gestion
- **les dysfonctionnements liés au plan des hospitalisations** : il apparaît que le dépassement d'une durée prévisionnelle de séjour d'un patient, les retards de sortie aux disponibilités d'aval nuisent à la qualité de prise en charge du patient dans son parcours desoins.
- **Les dysfonctionnements liés au plan des décideurs, des financeurs et des pouvoirs publics** : les dysfonctionnements concernent l'existence d'une multiplicité d'acteurs : État, l'Assurance Maladie, les conseils généraux. Ils sont :
 - des coordinations partielles, un manque de coordination entre les administrations centrales ;
 - la séparation du sanitaire et du médico-social ;
 - une répartition inégale des dispositifs de coordination selon les territoires, le non mise en place des mesures préconisées ou non pérennisation des structures, notamment pour la mise en place de correspondants uniques, d'intégration des services.

III-1-2 Le problème des services 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 hospitaliers 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.

III-1-2-1 La surcharge des structures des urgences

Le service des urgences comme toute autre service de l'hôpital rencontre des problèmes de la surcharge à savoir¹ :

- **L'organisation problème de la surcharge du service 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 périodes 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.
- **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

¹ SAID 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*. Cycle de master en administration sanitaire et santé publique filière : management des organisations de santé. Institut National d'Administration Sanitaire Juillet 2012 .p, 20

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

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.

Ces conséquences peuvent ce présenté dans le tableau suivant :

Tableau N° 3: Les conséquences d'une surcharge des urgences

Catégories	Conséquences
Pour les patients	<ul style="list-style-type: none">- Les délais de prise en charge jugés trop long et des attentes dans les couloirs- 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.- Plus difficile à évaluer, la maltraitance imposée aux patients entassés dans les couloirs sans intimité, est largement dénoncée par les urgentistes.
Pour les professionnels	<ul style="list-style-type: none">- surcharge du travail qui créant un environnement malsain, défavorable à la pratique ;- 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

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

	<p>manque de moyens, les difficultés liées aux lits d'aval et les relations difficiles qui en découlent avec les collègues sont régulièrement rapportés.</p> <ul style="list-style-type: none">– L'insatisfaction au travail est aussi un élément régulièrement identifié de stress professionnel.– La maltraitance des patients est aussi une réelle souffrance pour les soignants, tiraillés entre ces patients- brancards et les patients bénéficiant d'une prise en charge active dans les boxes ; en outre, cette maltraitance des patients est moralement insoutenable et ils "ne reconnaissent plus leur métier" dans ces situations.
--	---

Source : réalisé par nos même à partie des données citées précédemment

- **Les causes de la surcharge des services d'urgence**

Parmi les causes de la surcharge des services d'urgences on distingue ¹:

- 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 défaut de pouvoir trouver les places suffisantes au sein de l'hôpital, les urgences envoient une partie de leurs patients vers l'extérieur.

Alors, nous constatons que La surcharge des services d'urgence ce n'est pas seulement le problème des urgences mais aussi un problème pour l'établissement.

III-1-2-2 Les problèmes liés aux personnels au sien de service des urgences

¹SAID DRISSI Driss. op. Cit, p.22

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

Le soignant est avant tout un être humain avec ses forces et ses faiblesses. Ainsi, il doit gérer les facteurs de détérioration de la communication liés à la personne qu'il soigne, ceux liés à l'organisation du service et ses propres parasites.

Même si il a appris à les reconnaître, il n'est pas toujours facile de les neutraliser de façon à ce qu'ils n'interfèrent pas dans la relation soignant-soigné. Ils peuvent être de nature personnelle ou propre au métier d'infirmier¹ :

- **Le stress** : Le stress du professionnel est bien connu dans le secteur de la santé et bien souvent on parle de fatigue physique, psychique et émotionnelle. Le manque de reconnaissance pour la profession de la part du grand public ou des autres professions de santé, la survalorisation des actes techniques, le manque de moyens participent à cette fatigue. De plus, la pression des patients exigeants et l'état d'encombrement du service d'accueil des urgences induit un souci de rentabilité qui le pousse à entrer dans un mode de soins en chaîne, contribuant à une perte de sens dans la relation.

Lorsque se surajoutent des difficultés personnelles ou que la pression n'est plus gérable, soignant peut éprouver un sentiment de démotivation face au travail et s'en tenir alors à des relations de soin voire de civilité.

CLAUDE CURCHAUD confirme que « *face à une organisation et à des conditions de travail insatisfaisantes, les soignants développent des stratégies de défenses individuelles, pour limiter leur souffrance* »²

Il existe parfois une trop grande différence entre les attentes du patient et les possibilités de soignant. De cette division apparaît une incompréhension de l'un ou de l'autre pouvant mener au conflit.

À l'origine de la « réduction des capacités d'écoute et d'expression » on retrouve souvent d'après Claude CURCHAUD les mécanismes suivants : la banalisation³, la rationalisation et le déni⁴.

¹DUDORET, Elise ; CAQUELARD, Marc .Projet d'accueil et de sortie du patient en Chirurgie vasculaire : Une démarche qualité. In : Actes de XXIIe congrès AFICV ; Paris, 2012.

²CURCHOD, Claude. *Relation soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Édition Masson Elsevier, 2009, p.23

³EDLIRA Zazani. *Informatisation du dossier patient aux Hospices-Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et aux Hôpitaux Universitaires de Genève : étude comparative*. Mémoire du diplôme post grade en économie et administration de la sante. Master en économie de santé et management.

⁴34 Définition du Centre National en Ressources Textuelles et Lexicales : « *mode de défense consistant en un Refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante* »

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

Le malade en situation de détresse aiguë peut se sentir objet de soin, dépossédé de ses capacités de réflexion et de décision. Le manque d'informations précises ou d'explications claires appuie ce sentiment de passivité. Une relation asymétrique s'installe : le patient se sent dépendant du soignant qui a la connaissance. De la demande insatisfaite du patient résulte un climat tendu qui menace la relation soignant-soigné. Quand il se sent ignoré, le patient peut avoir des paroles ou des actes agressifs, renvoyant à l'équipe un retour négatif de sa prise en charge.

- **Attente et agressivité :** C'est déjà une forme d'agression des sens que sont la vue, l'odeur et le toucher de corps souffrants. Il s'y ajoute l'agressivité de certains patients et éventuellement de leurs proches, qui ont des attitudes et des paroles menaçantes à l'accueil, dans la salle d'attente et dans le reste du service, et qui exercent parfois des violences physiques contre le personnel.

Dans certains cas, il s'agit de conflits entre un patient et une autre personne, ou entre des groupes, qui se poursuivent jusque dans l'enceinte de l'hôpital. Mais en général l'agressivité découle plutôt du conflit entre la logique de l'institution et celle de l'individu. La première consiste à instaurer une régulation par l'attente en fonction du degré d'urgence évalué par le personnel. L'individu malade et son entourage estiment quant à eux que leur cas particulier est une urgence qui doit être traitée rapidement.

L'agressivité découle de l'inquiétude engendrée par le problème de santé et de la difficulté de négocier avec le personnel ce qui doit être fait et à quel moment. Les patients, et leurs proches, ne savent pas à quelle heure ils vont voir le médecin, quel est le degré de gravité de la pathologie, quel traitement peut-être proposé. Or, l'attente dans un service d'urgence avant de voir un médecin peut durer plusieurs heures, et ensuite si le malade a besoin d'exams complémentaires, d'un traitement ou d'une hospitalisation, elle peut se prolonger.

L'augmentation du nombre de personnes à l'accueil, et leur formation à la gestion de l'agressivité et des efforts d'information sur l'attente probable font partie des solutions que peut mettre en œuvre.¹

III-1-2-3 Les problèmes liés à L'accueil dans le service des urgences

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.

¹VASSY, Carine. *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. Mouvements*, 2004, n° 32, p.67-74.

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

Par l'accès à un plateau médicochirurgical, aux soins infirmiers dispensés dès la prescription médicale, aux spécialistes 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 UMC du secteur public qui demeure gratuit.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 elle 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, voir un ami, examen complémentaire, radiologique, ou biologique)

Il existe d'autre problème, dont on cite² :

- **Formation continue** : Constitue le point faible de l'urgence tout corps confondu, médical, paramédical, administratif, en dehors de la formation initial de la base. Malgré l'importance et l'apport considérable qui peut résulter de la formation continue en constate l'absence d'une véritable politique de formation selon le besoin de santé et la réalité technologique en effet rare sont ceux qui ont bénéficié d'une formation pratique ou théorique qui peut garantir une réelle qualité de soins ; et une sécurité du patient, l'absence de protocole ou procédure répandant aux normes de la pratique médicale.
- **Les médicaments et consommables** : Dans la plus part des services d'urgence malgré la disponibilité d'un logiciel de gestion de pharmacie et d'une nomenclature des médicaments et consommable propre au service , cette dernière n'est pas mise à jour, la gestion du médicaments est assurée par des agents non qualifiés souvent sans formation dans ce sens.la tenu du registre de médicament souvent n'est pas contrôlée. Une négligence qui fait que des médicaments et consommable qui coûte très chers se trouve

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

²ANTOURI Abdelmalek. *Op.cit.*, p.17.

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

par tous et à la disposition ce qui n'évite pas le vol et gaspillage. Souvent des ruptures de certain médicaments et ou consommables rend la tâche difficile et justifier 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 sur tout pour les médicaments qui sont classés à l'usage uniquement hospitalier.

- **Les plateaux techniques :** Les de garde primaire des urgences souffre du manque de matériel qui est souvent en panne d'une absence d'une stratégie de maintenance efficace et qualifiée ; d'autres 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 doit être inventoriée et régionalement pour qui y a possibilité de le mobiliser afin d'assurer une utilisation efficace. Un point est très important à soulever dans ce contexte c'est la qualité du matériel, que peut-on dire d'un électrocardiogramme qui tombe en panne au bout de deux mois.

Par conséquent, 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 un équipement et le souvent vieux et en panne

- **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, évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, l'évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité.

Malheureusement cette procédure est morte 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. Les CHU devraient être leader dans ce domaine .les CHU devraient être un pôle d'excellence en matière d'évaluation, spécifiquement pour les 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 qualité. ¹

III-1-2-4 Les problèmes du service des urgences en Algérie

¹*Ibid.*, p .28.

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

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.¹

- **Le problème du personnel :** 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 de 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'organisation².
- Déficit en personnel paramédical, qui se répercute, négativement, sur la prise en charge et le suivi des malades hospitalisés ;
 - Inexistence d'une valorisation des infirmiers exerçant en milieu difficile ou pénible comme les infirmiers en oncologie, sages-femmes, en service de santé mentale³
- **Le problème des structures :** Comme c'est mentionné précédemment, 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 inadaptées, 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

¹Institut de cancérologie Gustave ROUSSY. Évaluation de la sortie des patients hospitalisés. Disponible sur : https://www.sparadrap.org/content/download/30909/323310/version/1/file/Evaluation+de+la+sortie+des+patients_I+GR.pdf

²BENATIA 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 28/7/2017).

³Commission 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 14/10/2017).

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

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.

III-2 Les dysfonctionnements liés à la prise en charge et la sortie du patient

En ajoutant aux dysfonctionnements liés à l'entrée du patient au sein des établissements de santé nous pouvons ajouter aussi des dysfonctionnements liés à sa prise en charge et sa sortie.

III-2-1 Les dysfonctionnements liés à la prise en charge

Les dysfonctionnements liés à la prise en charge du patient sont multiples, nous pouvons citer¹ :

- **Concernant la gestion des lits et les hébergements provisoires du patient :** ils sont :
 - un manque de transparence des services sur la situation des lits et sur l'état réel du patient, avec toujours le problème de trouver un lit dans l'établissement, le patient destiné pour de la chirurgie se retrouve parfois en médecine.
 - Il y a aussi les engorgements des entrées, qui sont aussi en lien avec les retours des patients transférés pour explorations ou interventions sur d'autres établissements. Ces retours se répercutent sur les hospitalisations programmées, qui doivent être, soit reportées ou soit les patients sont hébergés dans d'autres service.
 - Hébergement provisoirement dans un service non adapté, entraîne une perte de temps pour le patient dans son parcours et ses soins, il en est de même pour les professionnels qui doivent le lendemain négocier pour transférer le patient dans le bon service.
- **Concernant l'organisation et la communication sur le parcours de soins :** ils sont² :
 - Pour le parcours de soins, le premier contact est important avec les professionnels soignants, ce qu'explique c'est que la relation est au cœur des soins et si la relation n'est pas au cœur du soin, le soin est incomplet. Comment un patient peut-il comprendre son parcours si on ne lui parle pas, on ne lui explique pas avec ses mots ? Il est important que

¹AMAURY Floriane ; BENDJEDDOU Sonia ; GARRIGUES Mylène. La prise en charge des détenus en milieu hospitalier. Travail d'intérêt professionnel. Institut De Formation De Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale.2007-2008.

²Ibid., 20

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

chaque soignant vérifie le degré de compréhension du patient pour qu'il suive son traitement, peu de médecins le font. Les plaintes des usagers sont le plus souvent axées sur le déficit relationnel médical, rarement sur le personnel paramédical.

- les établissements publics ne communiquent pas assez sur le parcours de soins, certains chefs de service ne s'impliquent pas dans des groupes de travail pour repenser les prises en charge des patients, chacun travaille dans son secteur.
- les patients sont pris en charge par diverses unités qui n'appartiennent pas au même pôle. Donc on constate des « zones de pouvoir » dans la prise en charge des patients.
- L'existence d'un cloisonnement, un manque réciproque de connaissances des acteurs de ville. « Les articulations entre les structures de soins à domicile et les établissements sanitaires ne sont pas clairement dessinées. la vraie difficulté pour les établissements c'est la sortie, la deuxième difficulté c'est l'articulation entre l'établissement, son environnement sanitaire et le territoire de santé. Chacun fonctionne en « silo », la médecine de ville, la médecine hospitalière, les paramédicaux »¹.

- **Concernant L'organisation et la fluidité des interfaces :**

Au sein des établissements, le transport fait par les brancardiers a un rôle de « liant » entre les étapes du circuit du patient. Divers dysfonctionnements qui sont :

- il y a des temps d'attente évitable pour les brancardiers, qui limitent l'efficacité de la prise en charge des patients. Si le brancardier n'a pas suffisamment d'informations pour effectuer le trajet du patient cela peut entraîner une rupture dans la continuité des soins comme l'annulation d'une exploration fonctionnelle ou des retards dans les programmations des examens. Sur le plan de l'identité-vigilance, les brancardiers doivent trouver un soignant pour poser le bracelet d'identité du patient avant de l'emmener. Cella identifié que si le patient n'est pas prêt, le brancardier perd du temps.

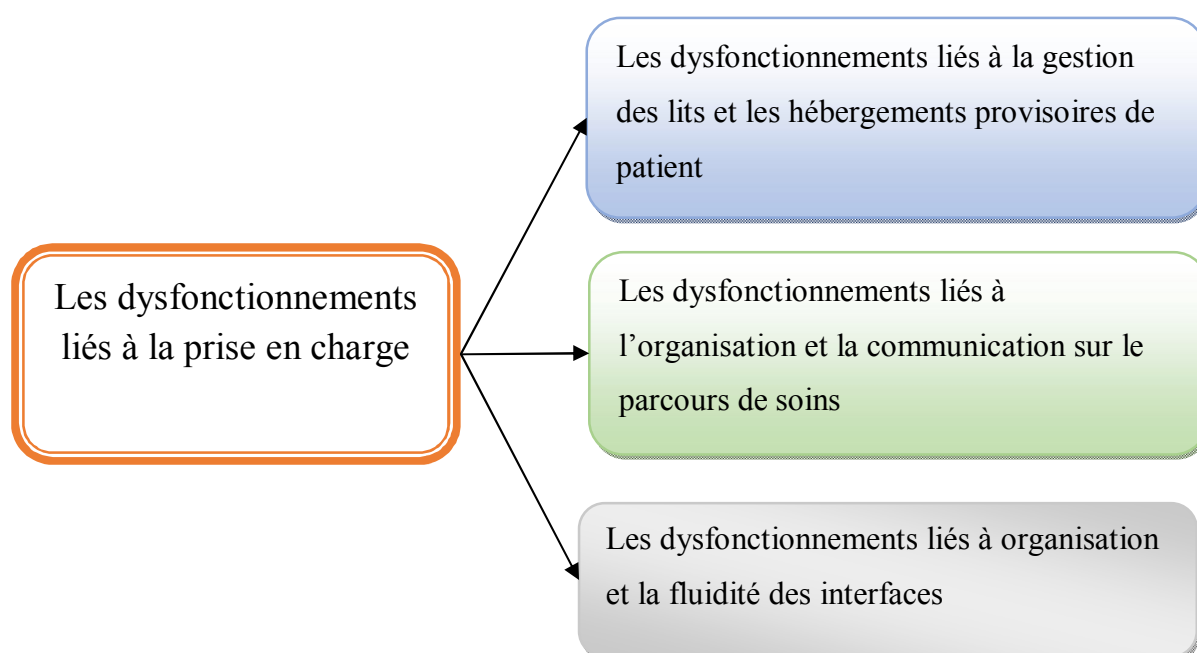
¹Véronique. Optimisation de parcours de l'usager à l'hôpital : un processus à construire .Rôle du directeur des soins. Mémoire de l'école des Hautes Études en Santé Public, 2008. P.21

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

- Dans le cadre de la réorganisation des pôles, il support brancardage n'a pas été sollicité pourtant il contribue aux flux des patients. Il y a aussi l'existence de petits arrangements entre « amis » qui pénalisent les autres. Ainsi
- des arrangements provoquant des ruptures dans la continuité du parcours de soins. Lors de l'absence d'une infirmière ou de la secrétaire
il n'y avait pas d'exams programmés, cela allongeait les délais pour obtenir une consultation.»
- Lors des sorties de salles de réveil des patients en « chirurgie ambulatoire », les sorties de salle de réveil se font sans accompagnement spécifique, sans information sur la surveillance. Le médecin anesthésiste signe les sorties de salle de réveil en une seule fois cela déclenche la sortie de salle de réveil par vague de cinq patients, les sorties s'enchaînent. Cette interface peut être à risque pour la sécurité du patient en matière de surveillance du patient et nécessite à être organisée pour assurer une continuité de prise en charge.
- Un autre problème se pose si le patient est hébergé dans un service temporairement les soignants se sentent en insécurité car ils manquent de compétences, de connaissances face à une spécificité de la prise en charge.

Pour conclure, nous pouvons présenter les dysfonctionnements liés à la prise en charge de patient dans la figure suivante :

Figure N° : les dysfonctionnements liés à la prise en charge de patient



Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

Source : réalisé par nos même à partie des données citées précédemment

III-2-2 les dysfonctionnements liés à la sortie : ils sont ¹:

- Les sorties ne sont pas suffisamment anticipées, les médecins doivent aussi s'engager et envisager à travailler autour de l'organisation des sorties.
- les patients sortants l'après-midi sont sortis de la chambre puis mis dans des zones d'attente du service en attendant la venue de la famille ou des ambulanciers. Cependant dans ces espaces, ils ne sont pas surveillés et ne sont pas confortablement installés.
- Le blocage de lits en aval aggrave la DMS et représente un coût pour l'établissement.
- la fluidité de parcours est ralentie par l'impossibilité d'effectuer la sortie, cela est souvent lié à des problèmes sociaux, si le patient n'a pas de mutuelle, s'il a des problèmes juridiques, s'il a besoin d'une mesure de protection, toutes ces démarches demandent du temps.²
- L'organisation d'une entrée se complique parfois par des difficultés aussi pour les enfants qui sont soit en conflit entre eux pour placer leur parent, ou absents, ou sont eux même en difficultés sociales, familiales et financières. »
- Il existe un déficit sur l'organisation des sorties, les patients disent une fois que je suis sorti je n'ai pas les informations pour gérer ce que je dois faire si cela se passe mal : je retourne aux urgences, je reviens à l'hôpital, je vais voir mon médecin traitant ?».
- une décharge des patients de leur corps à des professionnels qui les prennent en charge et lors de la sortie les patients semblent dire « devoir se réapproprier leur corps pour être acteur de leur prise en charge et leur sortie mais cela n'est du tout pris en compte.
- Les patients souhaitent être pris en charge mais aussi que leur sortie soit préparée mais cela n'est pas du tout fait. C'est une rupture, d'un moment à l'autre, c'est «

¹ GARÉTIER Franck. La préparation de la sortie du patient[En Ligne]. Travail écrit de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier. Promotion 2008-2011.p.17FormatPDF. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-franck-garetier.pdf>

² Idem

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

vous sortez » ok je sors « voilà vos papiers », terminé. » Souvent dans les courriers, les patients expriment leur mécontent du peu d'informations données au moment de la sortie¹.

- les aidants ne sont pas pris en compte, le retour à domicile n'est pas le seul fait du patient c'est celui de son entourage, la famille.

III-2-3 Exemple illustratif des dysfonctionnements liés au cheminement de patient en Algérie : cas de CHU de Tizi-Ouzou

Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient au niveau de CHU de Tizi-Ouzou sont multiples. Ils peuvent être présentés comme suit² :

- **Les dysfonctionnements liés à l'accueil** : ils sont comme suit :
 - il n'existe pas de lieu pour l'accueil du patient et de famille ;
 - absence de locaux inadaptés ;
 - absence de catégories de personnel spécifique et qualifié (hôtesses d'accueil).
- **dysfonctionnement dans l'organisation** : ils sont :
 - 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 de CHU (absence du personnel d'accueil, signalisation non adaptée).
 - Recrutement défaillant de malade : qualité de sélection au vu des missions de CHU.
 - Absence des relations entre le médecin de famille et le médecin d'accueil au sein de CHU.
 - L'information reçue par le patient n'est pas toujours adaptée au patient ; les documents écrits auxquels peut se référer le patient se sont pas développés.
- **Les dysfonctionnements liés au pavillon des urgences** : ils sont multiples, qui nous pouvons présenter comme suit³ :
 - **Concernant l'entrée par les urgences** : ils sont :
 - un problème pour la prise en charge des patients le weekend sur le territoire, Les établissements de santé rend service mais ne résout pas tout, car les patients doivent passer par le 15 pour obtenir un rendez-vous, alors ils vont aux urgences car elles sont justes à côté.

¹GARÉTIER Franck. Op. Cit, p.15

²Exploitation des documents interne de CHU de Tizi-Ouzou

³

Chapitre III : Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

– problème de démographie médicale, car des médecins vont prendre leur retraite tôt donc le patient est seul face à sa maladie et doit trouver des solutions rapides pour sa prise en charge.

– le parcours de soins du patient, est impacté sur les weekends « les médecins généralistes de garde, ne se déplacent pas au domicile des patients. Les patients parfois qui ne souhaitent pas attendre arrivent aux urgences.»

– les délais longs pour avoir une consultation au près d'un spécialiste, alors ils passent par les urgences pour entrer plus vite ou accélérer leur parcours de soins. Cela augmente l'attente aux urgences et oblige les professionnels à faire un long tri pour les prises en charge.

– les dysfonctionnements dans le parcours de soins du patient, dès les urgences, car souvent le patient n'est pas au bon endroit, il y a des lits réquisitionnés pour des hospitalisations programmées. Les patients venant des urgences ne sont pas orientés dans le bon service.

– La lenteur et/ou le 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.
- L'absence de chariots d'urgences.
- La mauvaise organisation du travail.
- 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.

Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

- **Les dysfonctionnements liés au service d'hospitalisation** : ils sont :
 - **Pour les critères d'hospitalisation** : on a :
 - Hospitalisation abusive faute d'arguments entraînant une surcharge des services d'hospitalisation.
 - Heures d'entrée des patients programmés et heures de sortie non déterminées
- **Conditions d'hébergement** :
 - Mauvaise conditions de séjour
 - Exiguïté des espaces.
 - Insuffisance en climatisation.
 - Absence de chambres avec sanitaire.
 - Sanitaires communs.
 - Les douches sont non exploitées.
 - Absence de chambres d'isolement.
 - Circuit du linge inadapté faute d'efficacité dans l'approvisionnement.
 - Absence de tenues d'hospitalisation.
 - Absence de réseau de contact entre le patient et le soignant (sonnette d'alarme à proximité du malade).
 - Absence de personnels spécialistes en diététique nutrition.
 - Défaillance dans la conception des régimes en quantité et en qualité en fonction des malades (variété des repas).
 - Irrégularités horaires dans la distribution des repas.
 - Absence d'un plan d'évacuation en cas de catastrophes.
 - Absence de nursing(soins d'hygiène corporelle, coiffure, rasage) avec disparition progressive de la réfection des lits en partie suite à la déviation des tâches assignées aux aides en soins.
 - Absence de réactivité par insuffisance de culture d'éthique et de déontologie dans la relation soignants-soigné
- **Pour la durée moyenne de séjour**
 - Le plus souvent prolongée en raison de manque de communication entre les différents spécialistes.
 - Les insuffisances des plateaux techniques.
 - Délais d'attente exagérés et accès difficile à l'exploration.
 - Manque de techniciens spécialisés.

Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

- **Pour les blocs opératoires :**
 - Blocs opératoires non normalisés ;
 - Non-respect des circuits (marche en avant...)
 - Absence de traçabilité (check List) ;
 - Matériaux utilisés non-conformes (pose de résine inadaptée, soubassement non respectés...) ;
 - Traitement d'air non contrôlé... ;
 - L'espace réservé à la stérilisation est en générale exigü, mal aéré et non adapté ;
 - Les stérilisateur (poupinel et autoclaves) sont fonctionnels mais avec des épisodes de pannes répétées ;
 - Absence de contrôles et de surveillance du procédé de stérilisation.
 - Absence de personnel qualifié stérilisation.
 - Insuffisance de l'entretien et de la maintenance de l'environnement de stérilisation et des équipements.
 - Absence d'un dossier de stérilisation.
 - Absence de traçabilité.
- **Pour les patients :**
 - Absence de douches antiseptiques ;
 - Rasage au bloc opératoire ;
 - Non-respect des bonnes pratiques de soins et d'hygiène.
- **Les dysfonctionnements liés à l'organisation, hiérarchisation des soins et application de la démarche de soins :** L'organisation des soins relève du chef de service dans le respect du projet de service et du règlement intérieur. Elle requiert une disponibilité et une assiduité continues des différents personnels. On déplore :
 - La mauvaise gestion du temps ;
 - L'absence d'hiérarchisation des tâches : conflits des rôles des différentes catégories médicales et paramédicales ;
 - L'insuffisance en transmission d'éléments d'information dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire et manque d'harmonie du travail en équipe ;
 - L'absence de dossier infirmier : diagnostic et démarche de soins ;
 - Le manque d'interaction et de coordination entre les partenaires médicaux, paramédicaux et administratifs ;

Les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

- L'absence de coordination interdisciplinaire : négligence, inconscience, absence de continuité de la prestation médicale et paramédicale ;
 - L'absence de protocoles de soins uniformisés, entre autres palliatifs ;
 - Le non actualisation de la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux ;
 - La transcription et la traçabilité des actes sont très insuffisantes ;
 - L'irrégularité de réunions du conseil de service d'où l'absence d'évaluation ;
 - L'absence de pharmacie de garde (médicaments et instrumentation).
 - Non réglementées, nuisibles pour le malade et l'hygiène des locaux.
 - Flux des visites d'entrée au malade non régulé.
 - Absence de guide d'information pour carder les visites.
- **Les dysfonctionnements liés à la sortie, RDV et contrôles** : les documents délivrés au patient a la sortie sont insuffisants (résumés cliniques(RSS) non exploitables, pauvres en information, certains contrôles se font à l'intérieur des services.

Les dysfonctionnements liés à l'environnement externe

- Nuisances sonores relatives au site de l'établissement (mitoyen d'un stade sis centre-ville)
- Circulation dense (rue LAMALI), accès difficile.

Conclusion :

À travers notre étude, nous avons pu identifier les facteurs entravant le processus de prise en charge des patients au niveau des établissements de santé notamment les hôpitaux en Algérie. Ces facteurs influencent la fluidité au niveau du service des urgences où un afflux massif de patients est imprévisible.

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

De ce faire, des propositions et des plans d'action ont été établis sur une base scientifique afin d'enrichir et d'améliorer le parcours de soins du patient dès son entrée à sa sortie de l'hôpital.

Conclusion générale

La santé de l'individu indique inévitablement un facteur décisif du développement socio-économique d'un pays. Elle est l'un des stratégies du combat pour la considération de la vie et de la dignité humaine, un des espaces privilégiés d'expression de la solidarité du groupe social, en même temps qu'un lieu où se régénère, se perpétue et se reproduit la force de travail de l'homme. La maladie désigne un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme.

Le malade est l'individu qui souffre d'une maladie, c'est-à-dire de symptômes évolutifs nécessitant un traitement thérapeutique. Il ne faut pas confondre la maladie avec le handicap, le syndrome ou encore la blessure. De nombreux facteurs peuvent engendrer des maladies chez l'homme. Ces causes peuvent être intrinsèquement ou extrinsèquement liées à l'organisme. L'étiologie est la science qui étudie les facteurs qui entraînent des maladies

Les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile. Ils permettent l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), donc. L'hôpital joue actuellement un rôle considérable, dans la prise en charge des besoins de malades

Les structures de soins ont pour fonction d'assurer l'accueil, le suivi et la prise en charge médicale des personnes. Elles doivent également permettre l'accès à une prise en charge globale, ce qui suppose une coordination des aspects médicaux, sociaux et psychologiques. Il existe plusieurs dysfonctionnements liés au cheminement de patient dans ces structures que ce soit, pour l'entrée, la prise en charge enfin la sortie

D'après notre étude nous pouvons dire que, la nouvelle carte sanitaire en Algérie n'apporte pas les changements promis par les initiateurs de la réforme. Loin de là, de nombreux établissements de santé à travers le pays souffrent de dysfonctionnements multiples : mauvaise gestion de l'activité et des équipements, mauvaise répartition des moyens humains et matériels, rupture des stocks de médicaments... et pannes répétées du matériel médical, les consommables se volatilisent

Les structures de santé continuent d'offrir une image peu enviable. Médiocre, pour reprendre les mots de nombreux citoyens qui s'y sont rendus pour un malaise, une fracture,

Conclusion générale

une consultation... ou simplement une injection. Certes, d'aucuns ne peuvent ignorer les réalisations dans ce secteur sensible qu'est la santé publique (réhabilitation d'anciens établissements, réception de nouvelles structures, ouverture de nouveaux services...) mais des problèmes persistent. De gros problèmes qui pénalisent sérieusement l'activité médicale et portent préjudice au physique et au moral.

Des consommables qui ne restent pas longtemps au niveau des structures hospitalières. Ils sont utilisés en permanence et en grandes quantités, ce qui est normal. Ce qui ne l'est pas, c'est que des gens à l'intérieur de la structure hospitalière n'hésitent pas à puiser dans les stocks. Non pour les besoins des malades mais pour leurs propres besoins.

Pour les déplacements des malades, les ambulances et ceux qui les conduisent se font désirer. Même au risque de perdre une vie humaine.

Et pourtant, le manque d'équipements médicaux dans un grand nombre d'établissements de santé à travers le pays, problème réel. Un problème qui se greffe sur le manque criant de spécialistes. Il y a aussi ce gros problème de manque de médicaments. Les ruptures de stocks n'en finissent pas... au grand dam des malades chroniques (hypertendus, diabétiques, insuffisants rénaux... et bien sûr, les cancéreux). Si l'on en croit certains proches de la santé, il y a même un manque dans les produits anesthésiants. Interpellés sur ces problèmes, l'Institut Pasteur d'Algérie et la Pharmacie centrale des hôpitaux, (PCH) sont souvent mis en cause, les responsables du ministère de la Santé, de la Population et de Réforme hospitalière réfutent, tout simplement, les accusations des malades.

Le déroulement de cette étude n'a pas été sans rencontre d'entraves, dont nous citons :

- Manque de documents, de références et de travaux de recherche traitant les dysfonctionnements liés au cheminement de patient
- L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles.

Enfin, il est nécessaire de souligner que l'étude que nous avons effectuée n'est qu'un traitement préliminaire du sujet. D'autres études encore plus approfondies peuvent être effectuées par la suite à partir de notre travail de recherche, car il met en avant des ressources qui peuvent être utilisées pour des études plus ciblées. Toutefois, notre souhait est que cette étude donnera naissance à une vague de recherches ultérieures qui se porteront sur :

- Les dysfonctionnements des hôpitaux publics en Algérie ;
- Les réformes hospitalières afin de régler les dysfonctionnements des hôpitaux algériens.

Bibliographie

✚ Ouvrage :

1. BENOIT, Christine. *Manager un établissement de santé*. 2ème éd. Paris : Edition GERESO, 2015, p.147
2. BRAS Pierre-louis *et al*, « Traité d'économie et de gestion de la santé ».France : Éditions de santé, 2009, p.05.
3. CURCHOD, Claude. *Relation soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Edition Masson Elsevier, 2009, p.23
4. DAHAK, Abdenour. KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou : Edition El- Amel, 2015, p, 88
5. DAMART, Sébastien. *Innovations managériales en établissement de santé*. Paris : Edition EMS, 2013, p.135
6. GIULIANO, Bernard, GUIRAUD, Pierre, MEUR, Hervé. *10 règles pour tracer le parcours du patient*, France, p1.
7. KHIATI, Mostafa. *Regard sur la santé*. Alger : Edition DAHLAB, 1995, p.06
8. MINTZBERG, Henry. *Structure et dynamiques des organisations*. Paris: Edition d'organisation 1982, p.324.
9. Paul COMET et Raymond PIGANIOL. *L'hôpital public*. Edition BERGER-LEVRAULT, 3^{ed}, paris, 1974, p.18.
10. RIBEIRO, Marie-Adèle ; TESSIER, Stéphane ; ANDREYS, Jean Baptiste. *Santé publique et santé communautaire*. Paris : Editions Malouine, 1996.p.25
11. VALÉRIE, Fargeon. *Introduction à l'économie de la santé*. Deuxième édition. Presses universitaires de Grenoble.p.21

✚ COLLOQUE ET SEMINAIRE

12. DUDORET, Elise ; CAQUELARD, Marc .Projet d'accueil et de sortie du patient en Chirurgie vasculaire : Une démarche qualité[**En Ligne**]. In : Actes de XXIIe congrès AFICV ; Paris, 2012. FormatPDF. Disponible sur : http://www.aficv.fr/img/pdf/9._projet_2_daccueil_et_de_sortie.pdf
13. LBDA, Nîmes.Parcours patient : de la théorie à la pratique[**en ligne**]. 6ieme forum

Bibliographie

infirmier du LanguedocRoussillon3 avril 2013, p.04. Format PDF. Disponible sur : http://www.chu-nimes.fr/docs/professionnels/Forum_Infirmier_2014_-_Conference_-_Parcours_patient_-_LBDA.pptx (consulté le: 06-05-2017)

✚ Les travaux universitaires :

• Mémoire de magister :

14. 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, p.17. Format PDF. Disponible sur : <http://www.bu.umc.edu.dz/./BEN978.pdf> (consulté le 28/7/2017).

15. SAID 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]. Cycle de master en administration sanitaire et sante publique filière : management des organisations de santé. Institut National d'Administration Sanitaire Juillet 2012 .p, 20.Format PDF. Disponible sur : <http://www.who.int/evidence/sure/FRPBAccessSAU.pdf> (consulté le (22-09-2017)

• Mémoire de master :

16. BOUTTENA, Amina ; CHAOUADI, Tassadit. *La gestion du service des urgences comme un critère de la performance hospitalière : Cas du CHU de TIZI-OUZOU. Mémoire de master en économie de santé.* TIZI-OUZOU : Université Mouloud MAMMERI. Tizi-Ouzou, FSEGC, promotion 2015-2016, p, 06

• Autre mémoire :

17. ANTOURI Abdelmalek. *Organisation et fonctionnement des urgences médicochirurgicales.* Mémoire pour une formation des praticiens inspecteurs, ALGER : Ecole Nationale de la santé publique, Alger, Juin 2005, p.22 FormatPDF. Disponible sur:http://ceil.univ-alger.dz/sciences_med/images/cours/1annee/Les%20urgences%20medico-chirurgicales.pdf(consulté le 27 /09/2017).

18. AMAURY Floriane ; BENDJEDDOU Sonia ; GARRIGUES Mylène. *La prise en charge des détenus en milieu hospitalier*[En Ligne]. Travail d'intérêt professionnel. Institut De Formation De Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale.2007-2008.FormatPDF. Disponible sur :

Bibliographie

- http://wwwold.chumontpellier.fr/publication/inter_pub/R191/A2543/PRISEENCHARGEDETENUSENMILIEUHOSPITALIER.pdf(consulté le 27 /08/2017).
19. BONNET, Pascal. *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins*[En ligne]. DEA GEOS, Université Paul Valéry Montpellier 3, 2002, p.14 Format PDF. Disponible sur : http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf (consulté le 21-09-2017)
20. CAILLAVET-BACHELLEZ, Viviane. *Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire*[en ligne]. *Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - septembre 2010*, p.06 Format PDF. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2010/ds/bachellez.pdf> (consulté le 17-09-2017)
21. CONTE, Véronique. *Optimisation de parcours de l'usager à l'hôpital : un processus à construire .Rôle du directeur des soins*[En Ligne]. Mémoire de l'école des Hautes Études en Santé Public, 2008. .FormatPDF. Disponible sur : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/ds/conte.pdf>(consulté le 27 /09/2017).
22. EDLIRA ZAZANI. *Informatisation du dossier patient aux Hospices-Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et aux Hôpitaux Universitaires de Genève : étude comparative*[En Ligne]. Mémoire du diplôme post grade en économie et administration de la sante. Master en économie de santé et management .FormatPDF. Disponible sur : <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/MemoireZazani.pdf>
23. GARÉTIER Franck. *La préparation de la sortie du patient*[En Ligne]. Travail écrit de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier. Promotion 2008-2011.p.17FormatPDF. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-franck-garetier.pdf>(consulté le 17 /09/2017).
24. LAMBERT, Linda. *La sortie : un soin à part entière*[en ligne]. Mémoire de fin d'études en ingénieur d'études en Sciences Sociales , université CHAMPAGNE-ARDENNE, Institut De Formation Des Cadres De Santé, Juin 2007, p.14. Format PDF. Disponible sur : http://www.infiressources.ca/fer/dLa_sortie_un_soin_a_part_entiere-Linda_Juin2007.pdf (Consulté le : 24-04-2017)
25. LEMAIRE, Claude. *Le parcours de soins du patient : visible et partagé, Le challenge du directeur des soins pour l'avenir*[en ligne]. *Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique* Décembre 2014, p.06 .Format PDF. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ds/lemaire.pdf> (consulté le 21-09-2017).
26. LOUARN, Jacques. Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en

Bibliographie

- mouvement **[en ligne]**. Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé" en. Paris : université de Montréal, Juin 2002, p.26. .Format PDF. Disponible sur : http://www.utc.fr/~mastermq/public/publications/qualite_et_sante/20012002/queops_2001_2002/Louarn/memoire_QUEOPS.pdf(Consulté le 12-05-2017)
27. MANUELA, 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 23/09/2017).
28. MULAMBA PATIENT, Eninga. *Problématique de l'accueil du malade dans un milieu hospitalier et son impact sur la qualité de soins : Cas de l'hôpital général de référence d'Uvira en RDC***[en ligne]**.Mémoire en biologie et médecine. Institut supérieur des techniques médicales d'UVIRA - Graduat 2011.Disponible sur : http://www.memoireonline.com/10/12/6209/m_Problematique-de-laccueil-du-malade-dans-un-milieu-hospitalier-et-son-impact-sur-la-qualite-de2.html
29. PERRUCHET, Céline. *Le parcours de soins coordonnés***[en ligne]**.Mémoire de master en droit Social. France :Université Paris II Panthéon-Assas.2013.p.11.Disponible sur : http://www.memoireonline.com/09/14/8923/m_Le-parcours-de-soins-coordonnes0.html (consulté le 19-09-2017)

Rapport et documents administrative

30. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Dossier du patient : Règlements et recommandations **[En ligne]**. Service évaluation des pratiques professionnelles, Juin 2003, p.04. Format PDF. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf (consulté le 20-08-2017)
31. Agence régionale de santé. Le déroulement de votre prise en charge**[en ligne]**. Centre hospitalier d'HAGUENAU. Service d'Accueil des Urgences, 2014, p.4. Format PDF. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/le_deroulement_de_votre_prise_en_charge_au_sau.pdf (consulté le 21-09-2017).

Bibliographie

32. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : préparation de la sortie du patient hospitalisé[en ligne]. Service Évaluation en Établissements de Santé. NOVEMBRE 2001. Format PDF. Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200908/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001.pdf (consulté le 20-08-2017)
33. Bernard Giusiano, Pierre Guiraud, Hervé Meur. 10 règles pour tracer le parcours du patient dans un réseau de santé. [En ligne]. Le guide des patients. France, 2011, p.14.Format PDF. Disponible sur:https://www.contingences.com/guiraud/IMG/pdf/Dix_regles_pour_tracer_le_parcours_du_patient-2.pdf (consulté le 21-09-2017)
34. Circulaire n°2005/57 du 2 février 2005.Dispositions relatives à l'admission, au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées[en ligne]. CHU de Saint-Etienne, 26 novembre 2015 Format PDF. Disponible sur : <http://www.chu-st-etienne.fr/LeChu/reglementinterieur/chapitre3.pdf> (consulté le 24- 06-2017)
35. Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme. *Rapport sur la visite des établissements hospitaliers* 2009, p.1-107.Format PDF. Disponible sur : <http://www.cncppdh-algerie.org> (consulté le 14/10/2017).
36. CROMMELYNCK, Anja. *L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info Supplément à MC Informations n° 253*. Septembre 2013.p03 https://www.mc.be/binaries/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594.pdf (consulté le 29-09-2017)
37. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Usagers, vos droits Charte de la personne Hospitalisée [en ligne].Direction générale de la santé, Avril 2006, p.16 .Format PDF. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf (consulté le 20-08-2017)
38. Haute autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé[en ligne]. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Juin 2005. Format PDF. Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf (consulté le 12/05/2016).
39. HUE, Cécile. KICHNAMA, Raphaël. *Repenser l'Hôpital avec la Télémédecine*[en ligne]. Projet DESS "TBH", UTC, 02-03, 2014, p.06.Disponible sur :

Bibliographie

- http://www.utc.fr/~mastermq/public/publications/qualite_et_biomedical/UTC/dess_tbh/02-03/Projets/telemedecine/telemedecine.html (consulter le 15-09-2017)
40. JANATI, Nadia.HARAZEM, Jaouahir. QERQEB, Malika.*L'évolution de la santé dans le monde*[en ligne].Institut de formation au Carrières de Santé de Raba. Royaume du Maroc, décembre 2011.p.14.Format PDF. Disponible sur :http://www.polyvalentsss.sitew.com/fs/SOS/8o7btL_evolution_de_la_sante_dans_le_monde.pptx (consulté le 22-09-2017)
42. LEBAS, Thierry. Préparation de la sortie du patient[en ligne].Haute autorité de santé. Journées régionales sur l'évaluation des pratiques professionnelles en établissements de santé. CAEN, 12 janvier 2006 .Format PDF. Disponible sur https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lebas_diapo_basse_normandie.pdf(consulté le 17-08-2017)
43. LEONE, Marc. CONSTANTIN, Jean-Michel CONSTANTIN. LANGERONS, Olivier, Francis Bonnet. *Anesthésiste-réanimateur ou réanimateur-anesthésiste ?* [En ligne].Société française d'anesthésie et de réanimation,Marseille, France.2017, p.03 Format PDF. Disponible sur : <http://sfar.org/wp-content/uploads/2017/02/Reanimateur-et-Anesthesiste.pdf> (consulté le 21-09-2017).Disponible sur : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_HCSP_1994_La_sante_en_France_Rapport_general_.pdf (consulté le 26-09-2017)
44. Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières, 2014, p.07 .Disponible sur : http://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf (consulté le 28-09-2017)
45. Ministère de la santé. Description des supports de recueil de données de l'hôpital[en ligne]. Supports du system d'information Hospitalier. Description et guide d'utilisation. Mali, 2012, p.20. Format PDF. Disponible sur : <http://mail.cnom.sante.gov.ml/docs/pdf/tb16.pdf>(consulté le 08-05-2017)
46. Ministère des solidarités et de la santé *Admission en médecine chirurgie obstétrique (MCO) et en soins de suite et de réadaptation (SSR)* [en ligne].Patient hospitalisé. Novembre, 2008 Format PDF. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_en_mco_et_ssr-2.pdf (consulté le 07-05-2017)
47. Ministère de la sante. *Description des supports de recueil de données de l'hôpital*[En

Bibliographie

- ligne].** Supports du système d'information hospitalier description et guide d'utilisation. Secrétariat General. République du MALI, p.06. Format PDF. Disponible sur : <http://mail.cnom.sante.gov.ml/docs/pdf/tb16.pdf> (consulté le 07/08/2016).
48. Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé [en ligne]*. Rapport final de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé, 28 août 2008 Format PDF. Disponible sur : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/ (consulté le 07/08/2016).
49. PHANEUF, Margot. Le suivi systématique des clientèles : pour des soins centrés sur la personne [En ligne]. Inf., Ph. D. Août 2005, révision nov.2012. Format PDF. Disponible sur : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2012/12/Le-suivi-systematique-des-clienteles.pdf> (consulté le 01/08/2016).
50. VIÑAS, Juan Manuel. LARCHER, Pierre. Réseaux de santé et filières de soins Le patient au centre des préoccupations [En ligne]. Dossier en santé publique n° 24, septembre 1998, p.31. Format PDF. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad241252.pdf> (Consulté le 21-07-2017)
- ✚ **Texte réglementaires :**
51. *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, p.1-32. Disponible sur : [http://www.sante.dz\(consulte le 12/10/2017\)](http://www.sante.dz(consulte le 12/10/2017)).
52. *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, p.7531. Format PDF. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte> (consulté le 23/09/017).
53. *Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé*, p.122. Foemat PDF. Disponible sur : www.transplantobservatory.org/.../afregethDZAfr2.pdf (consulter le 26/9/2017).
- ✚ **Site internet :**
54. Le dico des définitions. Définition de santé. Disponible sur : <http://lesdefinitions.fr/sante> (consulté le : 28-09-2017)

Bibliographie

55. FLAMMARION, Chinappi. *Quels enseignements pour une réforme de la santé ?* Disponible sur <http://www.creg.ac-versailles.fr/quels-enseignements-pour-une-reforme-de-la-sante> (consulté le : 29-09-2017)
56. Reverso Dictionnaire. *Aide-soignant* .Disponible sur : <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/aide-soignante> (consulté le 01-01-2017).
57. Kock. *Quels sont les principaux déterminants de santé et de bien-être social ?* Disponible sur : <http://harzouzlaurencoursst2s.skyrock.com/3148686940-Fiche-7-Determinants-de-sante-et-de-bien-etre-social.html> (consulté le 05-09-2017)
58. Le dico des définitions. *Définition de maladie*. Disponible sur : <http://lesdefinitions.fr/maladie> (consulté le 18-05-2017)
59. LANGLADE, Renaud. *Le concept de maladie*. 19 novembre 2004. Disponible sur : <https://www.fp.ulaval.ca/fileadmin/philodocument> (consulté le 14-09-2017)
60. Santé médecin. Journal de la femme. Disponible sur : <http://sante.medecine.journaldesfemmes.com/faq/21-patient-definition> (consulté le:30-09-2017)
61. Le dico des définitions. Définition du l'hôpital. <http://lesdefinitions.fr/hopital> (consulté le:09-09-2017)
62. Centre Hospitalier de Dax. *Comment fonctionne ton hôpital ?* Service Communication. Disponible sur : <http://www.ch-dax.fr/content/download/1303/8515/file/comment%20fonctionne%20ton%20h%C3%B4pital.pdf>(consulté le 28-09-2017)
63. Les missions de l'hôpital. Disponible sur : <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital#> (consulté le 17-09-2017)
64. Observation valaisan de la santé. Centre hospitalier RSV.2010. Disponible sur <http://mail.cnom.sante.gov.ml/docs/pdf/.pdf>(consulté le 07/08/2016).
65. SORTIE DU PATIENT. Disponible sur : http://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_00sortie_du_patient.pdf (Consulter le 23-09-2017)
66. Institut de cancérologie *Évaluation de la sortie des patients hospitalisés*. Disponible sur : https://www.sparadrap.org/content/download/30909/323310/version/1/file/Evaluation+de+la+sortie+des+patients_IGR.pdf(consulté le 17 /09/2017).

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

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Service : Spécialité :

Nom du praticien ayant décidé l'hospitalisation : Grade :

PATIENT :

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
Age : 1.2 Nom salle : 1.2 N° salle : 1.2 N° lit:
Date d'hospitalisation : Heure :

PATIENT ORIENTE OU ADRESSE PAR :

Nom et prénoms du Médecin : Grade :
Etablissement : Secteur/Unité/Service :

GARDE MALADE :

Nom et prénoms du garde malade : Grade :
Lien de parenté : Référence pièce d'identité : Type : N° :

Date et Visa du Praticien

....., le.....

Signature

المركز الأستشفائي الجامعي
بتيزي وزو

Centre Hospitalo-Universitaire
de Tizi-Ouou



Fiche Navette

IDENTIFICATION DU PATIENT

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

7. Service	8. Nom et qualité du chef de service :
9. Date d'Entrée <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10. heure d'entrée <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11. Nom de Salle :	12. N° de Lit :
13. Nom. Prénoms et Qualité du médecin traitant :	
14. Mode d'Entrée :15. Code Entrée . | |	

HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE (MOUVEMENT DU MALADE)

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

4. MEDICAMENTS (*)

PAGE 6

4.1 Date de Prescript.	4.2 Code D.C.I	4.3 Libellé D.C.I Forme et Dosage	4.4 Quantité Prescrite	4.5 Quantité Fournie	4.6 Nom, Prénoms et Qualité du Prescripteur

(*) Tracer un trait après chaque prescription (Ordonnance)

**3. ACTES MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET EXAMENS EFFECTUES DANS UNE STRUCTURE EXTERNE
(PUBLIQUE OU PRIVEE)**

PAGE 5

4. MEDICAMENTS (*) (suite)

PAGE 7

4.1 Date de Prescript.	2.4 Code D.C.I	4.3 Libellé D.C.I Forme et Dosage	4.4 Quantité Prescrite	4.5 Quantité Fournie	4.6 Nom, Prénoms et Qualité du Prescripteur

(*) Tracer un trait après chaque prescriptions (Ordonnance)

SORTIE

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

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

Nom, Prénom et Grade du Praticien

Visà du chef de Service,

Date et Cachet

Signature,

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT

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

Nom, Prénoms et Fonction du Signataire

Date et Cachet

Signature,

République Algérienne Démocratique et Populaire
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
NEDIR MOHAMED - TIZI OUZOU -

CERTIFICAT DE PRESENCE

Je soussigné, Directeur du « CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
NEDIR MOHAMED - TIZI OUZOU -
M : X Y
Né(e) le: 01/01/1980 à TIZI OUZOU
dans le service de « URGENCES CHIRURGICALES
à compter du « 14/11/2017
le présent certificat est délivré à la demande de l'intéressé pour servir
et valoir ce que de droit.

certifie que

Matricule : 17/00/026783

est hospitalisé

Fait le « 14/11/2017

.. P/ le Directeur et P.G.
Le chef du bureau des Entrées.

Republique Algérienne Démocratique et Populaire

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
NEDIR MOHAMED - TIZI OUZOU -

CERTIFICAT DE SEJOUR

Je soussigné, Directeur du « CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
NEDIR MOHAMED - TIZI OUZOU - certifie que :

le (la) nommé(e) : X Y Matricule: 17/00/026783

Agé(e) de : 38 ans

Est entré(e) le : 14/11/2017

Est certifié(e) le : 14/11/2017 Mode de Sortie : SORTIE NORMALE

Service : URGENCES CHIRURGICALES

TIZI OUZOU le, 14/11/2017

P. Le Directeur et P.G.
Le chef du bureau des Entrées

WILAYA DE TIZI-OUZOU
Centre Hospitalo-Universitaire
de Tizi-Ouzou

Journée : 26/10/2014
Service : H 4 D

MOUVEMENT DES MALADES

ENTRANTS	SORTANTS
[Large handwritten scribble]	[Large handwritten scribble]

Restants de la veille : 01

Entrants : 00

TOTAL : 01

Sortants : 00

Restant au matin : 01

Le Chef de Service,



CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
NEDIR MOHAMED - TIZI OUZOU -

PAI : () - 88X025

DECOMPTES DES SOMMES DUES
(Mode de Facturation P.M.H.)

Nom F.L.P. Révisé		Di. entrée	Di. sortie	Mode de So.
S.M.M. M.M.M.		01/01/2017	04/01/2017	SORTIE NORMAL

IBRAHIM ZOUHRAE
IBRAHIM ZOUHRAE

- DÉBITEUR -

FRAIS DE SERVICE

PÉRIODE		Nbr de Jours	P.M.H.	DESIGNATION DU SERVICE
DU	AU			
01/01/2017	04/01/2017	3	5000,00	URGENCE MEDICALES

NORMAL FRAIS DE SERVICE Part du débiteur 100%

MEDICAMENTS

Désignation	Date	Cod DCI	Tarif
-------------	------	---------	-------

RECEVEUR DE : CHU NEDIR MOHAMED

Annexe N 08 : fiche d'évacuation de malade entre établissements de santé numéro 03

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

FICHE D'EVACUATION DE MALADE ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTÉ (Support N° 03)

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

- Public :
- Parapublic :
- Privé :

Date : Heure de départ de l'évacuation :

Identification du service évacuateur :

Identification du médecin évacuateur :

Renseignements sur le malade :

- Nom : Prénom :
- Nom de l'époux :
- Date et lieu de naissance :
- Adresse : Wilaya :
- Caisse de sécurité sociale : N° d'immatriculation :
- Autres :

Renseignements clinique :

.....

.....

Prestations dispensées :

.....

Motif d'évacuation :

Identification de l'établissement d'accueil :

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

Identification de ou des accompagnateurs et signature :

SIGNATURES

**Le Directeur d'établissement
ou son responsable**

Le Médecin,

Auxiliaire médical,

**Le Directeur de garde
ou
Le directeur médicale
ou
Le médecin de cabinet privé
ou
Le responsable du centre médicaux-social**

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

FICHE DE RECEPTION DE MALADE
(support n° 04)

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

- Public :

- Privé :

Date : Heure d'arrivée du malade évacué :

Identification du service d'accueil :

Identification du médecin d'accueil :

Renseignements sur le malade :

- Nom : Prénom :

- Nom de l'époux :

- Date et lieu de naissance :

- Adresse : Wilaya :

- Caisse de sécurité sociale : N° d'immatriculation :

- Autres :

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

Identification de l'établissement évacuateur :

Identification de ou des accompagnateurs et signature :

SIGNATURES

Le Médecin

Le Directeur d'établissement
ou son représentant

Auxiliaire médical

Le Directeur de garde

Table des matières	
Remerciements	
Dédicaces	
Résumé en français	
Résumé en anglais	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Liste des annexes	
Sommaire	
Introduction générale	1
Chapitre I : généralités sur les concepts de base	
Introduction.....	6
I-1 Généralités sur les concepts de base.....	7
I-1-1 La notion de santé.....	7
I-1-2 La notion du malade.....	8
I-1-3 La notion de la maladie.....	8
I-1-4 Le parcours de soins du patient	9
I-1-4-1 Les définitions du parcours de soins.....	9
I-1-4-2 Les termes associés au parcours de soins du patient.....	11
I-1-4-3 Les éléments de parcours du patient.....	13
I-1-4-4 Procédure concernant le parcours du malade	14
I-2 Le contexte hospitalier.....	16
I-2-1 L'évolution de l'hôpital	16
I-2-2 Définition de l'hôpital	17
I-2-2-1 L'hôpital : lieu de production de prestations de services.....	19
I-2-3 Typologie d'hôpitaux.....	20
I-2-3-1 Les hôpitaux généraux	20
I-2-3-2 Les hôpitaux psychiatriques.....	21
I-2-3-3 Les hôpitaux catégoriels, ou spécialisés.....	21
I-2-3-4 Les hôpitaux universitaires.....	21
I-2-4 Les hôpitaux en Algérie.....	22
I-2-5 Présentation du CHU de Tizi- Ouzou.....	24

I-2-5-1	Historique du CHU de TO.....	25
I-2-5-2	Généralités sur le CHU de TO.....	25
I-2-5-3	Les missions du CHU de TO.....	26
I-3	Le bureau des admissions et le logiciel patient.....	28
I-3-1	Le bureau des admissions.....	28
I-3-1-1	Définition du bureau des entrées	28
I-3-1-2	Les fonctions de bureau des entrées	28
I-3-1-3	Importance de l'accueil au bureau des entrées	30
I-3-1-4	Les composants du dossier d'admission	30
I-3-1-5	Organisation du bureau des entrées.....	33
I-3-2	Le logiciel patient.....	35
I-3-2-1	le fonctionnement du logiciel patient.....	35
I-3-2-2	Présentation du logiciel Patient au sein du CHU DE TIZI OUZOU.....	36
	Conclusion.....	37
Chapitre II : le cheminement de patient au milieu hospitalier		
	Introduction	38
II-1	Le service des urgences comme un début de parcours	39
II-1-1	Le cadre réglementaire du service des urgences en Algérie.....	39
II-1-2	Les spécificités du service des urgences	43
II-1-3	Organisation des Urgences Médicales Chirurgicales au sein du C.H.U de Tizi-Ouzou, et Bilan D'activités	44
II-2	L'admission et la prise en charge du malade	48
II-2-1	Le processus Admission du patient	48
II-2-1-1	Transfère des patients et l'organisation de transfère inter établissement.....	48
II-2-2	Le processus de prise en charge des patients	50
II-2-2-1	L'accès à l'urgence	50
II-2-2-2	Le Triage.....	52

II-2 -2-3 Orientation après triage.....	54
II-2 -2-4 La prise de décision médicale.....	55
II-2 -2-5 Consultation médicale	56
II-3 La sortie du patient et le suivi	59
II-3 -1 La sortie de patient.....	59
II-3 -1-1 Définition de la sortie de patient	59
II-3 -1-2 La décision de sortie	59
II-3 -1-3 Les paramètres influençant sur la sortie du patient	63
II-3 -1-4 La continuité des soins après la sortie du patient.....	63
Conclusion	65

Chapitre III : les dysfonctionnements liés au cheminement de patient

Introduction.....	66
III-1 Les dysfonctionnements liés à l'entrée de patient.....	67
III-1-1 Les dysfonctionnement des hôpitaux Algériens	67
III-1-2 Le problème de service des urgences.....	70
III-1-2-1 La surcharge des structures des urgences.....	70
III-1-2-2 Les problèmes liés aux personnels au sien de service des urgences....	72
III-1-2-3 Les problèmes liés à L'accueil dans le service des urgences.....	74
III-1-2-4 Les problèmes du service des urgences en Algérie.....	76
III-2 Les dysfonctionnements liés à la prise en charge et la sortie du patient.....	78
III-2-1 Les dysfonctionnements liés à la prise en charge	78
III-2-2 les dysfonctionnements liés à la sortie	81
III-2-3 Exemple illustratif dur les dysfonctionnements liés au cheminement de patient en Algérie : cas de CHU de Tizi-Ouzou.....	82
Conclusion.....	88
Conclusion générale	89
Bibliographie	91

Annexes

Table des matières