

**UNIVERSITE MOULOU MEMMERI DE TIZI-OUZOU**  
**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES**  
**ET DES SCIENCES DE GESTION**  
**DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**



**Mémoire de fin de cycle**

*En vue de l'obtention du diplôme de master*  
*En sciences Economiques*  
*Spécialité : Economie de la santé*

# Thème

***L'évaluation des services hospitaliers dans les établissements publics de santé : les indicateurs à retenir : Cas du Centre Hospitalo-Universitaire Nedir Mohammed Tizi-Ouzou***

**Réalisé par :**

M<sup>lle</sup> SABOUN Kamelia

**Encadré par :**

M. SALMI Madjid

**Devant le jury composé de :**

**Président : ABIDI Mohammed**

**UMMTO**

**Rapporteur : SALMI Madjid**

**UMMTO**

**Examineur : ACHIR Mohamed**

**UMMTO**

**Promotion : 2020/2021**

## **REMERCIEMENTS**

*Louanges au bon dieu le tout puissant, de m'avoir donné de la volonté, du courage et la connaissance, à fin de réaliser ce mémoire.*

*Ce mémoire est le fruit de mes études à l'université MOULOUD MAMMERI de Tizi-Ouzou faculté des sciences économiques, commerciales et de science de gestion*

*Je tiens à remercier le promoteur **M<sup>er</sup>. Salmi Madjid** d'avoir accepté de diriger toute au long de ce travail et pour ces conseils judicieux et son aide efficace qui ont amélioré la réalisation de ce travail, je remercier ainsi **M<sup>er</sup>. Rekkeb hamdane** le directeur de l'école nationale de management et l'administration de la santé pour son encouragement et son soutien, qui a mis tous les livres, références et recherches scientifique dans ce domaine à ma disposition pour faciliter ce travail*

*Je tiens à exprimer mes sincères remerciements pour les enseignants de l'université département sciences économiques en particulier **Mer Salmi Madjid** responsable de la spécialité et **Mme Salmi Samia**.*

*Je tiens à remercier également le personnel des services de l'hôpital **NEDIR MOHAMED** de **TIZI OUZOU***

*Et en particulier **PROF BOUBCHIR** et **Mme LEFGOUM TASSADIT**, et **Mme SID ALI FARIZA** et **M<sup>er</sup>. BENKACI YOUCEF** pour leurs soutiens et leur grande disponibilité ainsi que **ZAHRA.FARIZA.NADIA. HASINA** .Pour ses bonnes explications et ses précieux conseils durant toute la période de travail.*

*Mes remerciements s'adressent enfin, à toutes les personnes Ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

**MERCI.**

## *DEDICACES*

*Je dédie le fruit de mes études à Tous ce que j'ai de plus cher au monde à vrai dire ni l'encre ni l'espace de cette feuille ne suffisent pour contenir mes remerciements.*

*A mon très cher père et ma très chère mère qui m'ont accompagnée, aidée moralement « que dieu les gardes pour moi ».*

*A ma très chère sœur Amel*

*Je lui souhaite la réussite*

*Mon mari Meziane*

*Je le remercie pour son encouragement et de m'avoir soutenue tout au long de mes études, que dieu te garde pour moi,*

*A mon fils yasten mouloud*

*KAMILIA*

## Liste des tableaux

Tableau N° 1: tableau de l'évaluation d'un programme

Tableau N°2: Nombres des infrastructures publiques

Tableau N°3: les effectifs des moyennes médicales

Tableau N°4: les Effectifs du personnel médical

Tableau N°5:les effectifs du personnel paramédical

Tableau N° 6: l'effectif du personnel administratif, technique et service

Tableau N° 7: l'évolution du taux brut de mortalité pour 1000 habitants

Tableau N°8: l'évolution des taux de mortalité et infant juvenile (p. 1000)

Tableau N°9: structure et évolution du taux de mortalité infantile et de ses composantes selon les différentes périodes (p.1000)

Tableau N°10: taux de mortalité infantile par sex: évolution selon les années significative (effectifs en milliers et taux et p.1000)

Tableau°11: évolution du taux de mortalité maternelle et des accouchements en milieu assisté

Tableau N°12 : la transition épidémiologique, évolution des maladies du PEV

Tableau N°13: évolution des causes d'hospitalisation en (%)

Tableau N°14: évolution des taux de couverture vaccinale (vaccination des enfants de 0 à 59 mois révolus)

Tableau N° 15: les effectifs de personnels de santé affectés aux UDS

Tableau N°16: les visites systématique des UDS

Tableau N°17: les indicateurs d'activités hospitaliers du secteur public de soins

Tableau N°18: l'Admission hospitalières

Tableau N°19: les consultations par structures

Tableau N°20: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : *Service d'Hospitalisation*

Tableau N°21 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services Chirurgicaux

Tableau N°22 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Les Blocs Opératoires

Tableau N°23: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Explorations Biologiques

Tableau N°24 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Le service de Chirurgie dentaire

Tableau N°25: Les ressources humain du CHU de T-O

Tableau N°26 : l'activité hospitalière du service CCI le mois septembre 2021

Tableau N°27 : l'activité hospitalier du service CCI l'année 2021

Tableau N° 28: l'activité hospitalier mois octobre 2021

Tableau N°29 : l'activité du service mois octobre 2021

Tableau N°30 : l'activité de service hémodialyse mois octobre 2021

Tableau N°31 :l'Activités de l'imagerie médicale du service cardiologie octobre 2021

Tableau N°32 :l'Activités hospitaliers du service cardiologie octobre 2021

## Liste des figures

Figure N°1 : Les valeurs du service public hospitalier

Figure N°2: l'organigramme du service néphrologie

Figure N°3 : L'organigramme du service CCI

Figure N° 4: l'organigramme du service cardiologie

Figure N° 5: évolution des taux de mortalité et infant juvenile

Figure N°6: structure et évolution du taux de mortalité infantile et de ses composantes selon les différentes périodes (p.1000)

Figure N° 7: taux de mortalité infantiles par sex: évolution selon les années significatives (effectifs en milliers et taux et p.1000)

Figure N°8 : évolution du taux de mortalité maternelle et des accouchements en milieu assisté

Figure N° 9 : évolution des causes d'hospitalisation en (%)

Figure N° 10: activité hospitaliers service CCI 2021

Figure N°11 : activité hospitalier service néphrologie mois octobre 2021

Figure N° 12: activité du service néphrologie mois octobre 2021

Figure N° 13: activité du service hémodialyse octobre 2021

Figure N°14 : activité du service cardiologie octobre 2021

Figure N° 15: activité hospitalier mois octobre 2021

### **Liste des signes et abréviation :**

**CHU** : centre hospitalo-universitaire

**TO** :tizi ouzou

**CCI** : centre de chirurgie infantile

**Néphro** : néphrologie

**Cardio** : cardiologie

**SPH** : Le service public hospitalier

**PASS** : permanences d'accès aux soins de santé

**CNSS** : comité national de l'organisation sanitaire sociale

**ARS** : agences régionales de santé

**OMS** : l'Organisation mondiale de la santé

**EHS** : établissements hospitaliers spécialisés

**SS** : secteur sanitaire

**UDSS** : unités de soins scolaires

**SEMEP** : service d'épidémiologie et de médecine préventive

**EPH** : Établissements publics hospitaliers

**EPSP** : Établissements publics de Sante proximité

**MSPRH** : ministère De la sante, de la population et de la réforme hospitalière

**MESRS** : ministère de L'enseignement supérieur et des recherches scientifiques

**ORL** : Ophtalmologie et d'Oto-rhino-laryngologiste

**ASPH**: L'association of schools of public health

**EPA** : L'institut national de santé publique

**EPA** : L'institut pasteur d'Algérie

**PCH** : pharmacie centrale des hôpitaux

**EPA** : L'Agence Nationale du sang

**EPIC** : Le laboratoire national de documentation en santé

**ANDS** : agence nationale de documentation en santé

**INPFP** : L'institut national pédagogique de la formation paramédicale

**CNT** : Le centre National de toxicologie

**CNPM** : Le centre National de pharmacovigilance et de Matéiovigilance

**LNPPMH** : L'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine

**EPA** : établissement public à caractère administratif

**PSP** : La programmation sanitaire de pays

**TBS** : tableau de bord de la santé

**PLAS** : programmes locaux d'action sanitaire

**EPIC**: établissement public à caractère industriel et commercial

**SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence

**LAM** : Laboratoire de biochimie

# Le sommaire

Remerciements

Dédicaces

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

Sommaire

Introduction générale ..... 1

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements public de santé**

**Introduction ..... 07**

Section 1 : Le service public hospitalier ..... 08

Section 2 : présentation des services hospitaliers..... 17

Section 3 : système de santé publique algérien ..... 39

**Conclusion..... 52**

## **Chapitre II : l'évaluation des services hospitaliers dans un établissement public de santé**

**Introduction ..... 53**

Section 1 : le processus d'évaluation dans les services hospitaliers ..... 54

Section 2 : Les critères de choix d'évaluation et les indicateurs à retenir ..... 73

Section 3 : Essai d'évaluation de l'établissement public de santé en Algérie ..... 86

**Conclusion..... 105**

## **Chapitre III : l'évaluation des services hospitalier du CHU T.O**

**Introduction ..... 106**

Section 1 : Présentation générale du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou ..... 107

Section 2 : présentation et organigramme du champ d'étude ..... 117

Section 3 : l'évaluation des services hospitaliers (centre de chirurgie infantile, néphrologie, cardiologie) de CHU Tizi-Ouzou, les indicateurs à retenir ..... 124

**Conclusion ..... 153**

**Conclusion générale ..... 154**

**Bibliographie**

**Annexe**

**Table des matières**



# *Introduction Générale*



## Introduction général

---

Les systèmes de santé, partout dans le monde, focalisent l'attention de nombreux acteurs : décideurs, hommes politiques, bailleurs de fonds, prestataires de soins, usager. L'accès aux soins de santé est revendiqué partout un droit, inscrit dans les textes doctrinaux des notions. <sup>1</sup>

Si le droit à la santé a été proclamé dès 1948 par les nations-unies, rares encore sont les pays où ce droit a été réalisé pour tous. Pour réduire les inégalités, bon nombre de pays mettent l'accent sur les soins de santé primaire, notamment l'immunisation la fourniture d'assainissement et l'accès à l'eau potable.

L'Algérie a inscrit, dans ses constitutions successives, le droit des citoyens à la protection de leur santé. La concrétisation de ce droit s'est traduite, dès janvier 1974, par le développement du système national de santé basé sur la gratuité des soins pour tous les citoyens.

Cette politique a eu pour conséquence un effort gigantesque se traduisant par le développement de programmes nationaux de prévention ayant pour but de maîtriser les épidémies (programme d'éradication du paludisme, programme de lutte contre la tuberculose, programme élargi de vaccinations), par une formation massive dans le domaine médical et paramédical, par la construction et l'équipement de nombreuses infrastructures pour les soins, et par la mise à la disposition du citoyen des produits pharmaceutiques nécessaires aux soins de santé de base .

Cependant, l'ambition de l'Algérie de soigner la totalité de sa population gratuitement a montré ses limites face à un accroissement démographique important qui s'est traduit par le doublement de la population et des coûts de plus en plus élevés, du fait du contexte international d'une part, et des progrès technologiques d'autre part. Aujourd'hui, le pays se trouve placé devant un certain nombre de choix qui dépendent des ressources disponibles et des priorités de santé.

Ainsi, l'identification des besoins futurs des citoyens en matière de santé et l'élaboration d'une stratégie de prise en charge optimale de ces besoins constituent, pour la décennie qui vient, un impératif auquel le secteur doit répondre afin de continuer à assurer ce

---

<sup>1</sup> Valérie fargeon .introduction a l'économie de la santé, deuxième édition paris : p 02

<sup>2</sup>DIFFALLAH ,K.SIFAOUI,F .le système d'information hospitalier (SIH) comme outil d'aide a la prise de décision : cas du CHU de tizi ousou.mémoiredemaster, en sciences économiques , tizi ousou : université Mouloud Mammeri T.O,FSEGC ,2016, p 02.

principe de santé universelle entériné par la constitution algérienne. Une telle stratégie ne peut que s'inscrire dans le cadre des réformes annoncés et engagées par l'Etat au cours de ces dernières années.<sup>2</sup>

L'organisation hospitalière pouvait être décrite comme un ensemble des services

Assurant des soins pour les patients hospitalisés, et ainsi pour les patients externes dans les Services médicaux techniques, et les services généraux.

L'évaluation a pris, de nos jours, une importance jamais égalée jusque-là son extension à des champs et des secteurs d'intervention multiples est maintenant chose faite.

L'évaluation s'applique désormais à des domaines qu'on ne soupçonnait pas, jusqu'ici susceptibles d'être évalués son application est maintenant élargie à la gestion des systèmes de santé et aux pratiques des soins. C'est ainsi que l'évaluation à l'hôpital recouvre un champ d'intervention des plus vaste touchant à des espaces aussi larges, la raison majeure de la généralisation, au mode hospitalier est due, pour l'essentiel, à la forte augmentation des couts de santé.

Avant de parler de l'évaluation à l'hôpital et de ses impératifs il est utile, au préalable d'observer cet hôpital tel qu'il se présente aujourd'hui à savoir que : l'hôpital a besoin d'outils et d'instruments de gestion pour assure son bon fonctionnement et son développement.et l'un de ces instrument est l'évaluation.<sup>1</sup>

Celle-ci est de non jours non seulement une nécessité mais également une opportunité pour l'hôpital. Elle constitue à la fois un processus d'aide à la décision, un instrument de contrôle et donc un puissant outil pour la gestion hospitalier.

Le secteur de la santé doit s'adapter aux mutations profondes de notre société et tenir compte des avancées liées aux progrès technologiques et au développement de la science en santé et du management des organisations de santé.

Les réformes du système national de la santé s'articulent en effet autour des principes fondamentaux de la gratuité d'accès aux soins qui constitue un acquis essentiel, préservé et réaffirmé, de l'universalité, de solidarité, d'équité et de la continuité du service public de

---

<sup>1</sup> MANUEL DE GOUVERNANCE ET DE DROIT HOSPITALIER.management hospitalier,2<sup>ème</sup>edition,p3.  
<sup>2</sup>BENAKRAB RAHMA" les outiles d'évaluation d'une politique publique ,cas politique de santé" Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de formation spécialisée des administrateurs principaux des services de santé, l'année 2014, page 02.

santé, de la hiérarchisation des soins ; de la décentralisation et l'inter-sectorialité ; la normalisation ; de l'audit ; de l'évaluation et le contrôle.

La politique de santé est les principaux axes des stratégies et des moyens à mettre en place pour mener une action qui vise la satisfaction des besoins en santé des patients.

Ces politique sont élaborées pour atteindre des objectifs répartis en deux options stratégique : des objectifs de la politique de santé axés sur l'amélioration des solutions aux problèmes de santé ; comme la lutte contre les maladies les plus dangereuses et trop couteuses (les maladies cardio-vasculaire, le cancer, le diabète ....) en essayant le maximum possible de réduire leur impact sur le niveau de morbidité et de mortalité dans la population, et les objectifs de la politique de santé axés sur l'amélioration des structures et des services telle que la modernisation des structures des soins, améliorer la formation des médecins et l'introduction de nouvelles techniques dans les hôpitaux.<sup>2</sup>

Les améliorations des systèmes de soins de santé sont parfois freinées par le manque de capacité d'absorption, ceci est étroitement lié aux besoins de développement institutionnel et des ressources humaines et également aux processus qui encouragent la programmation et

Les viviers de ressources ou niveau de maladies ou de domaines particuliers et cela peut freiner le partage des idées, des expériences et des ressources à travers le système

La satisfaction des patients est l'une des missions principales des établissements de santé, afin d'atteindre cet objectif, il est primordial d'intégrer au sein de ces établissements des réflexions relatives à la qualité des soins.

Ces dernières se matérialisent par la mise en place de démarches qualité qui se base sur des principes et des compréhensions des pratiques qui garantissent une meilleure qualité des soins.

La démarche évaluation des services est l'ensemble des démarches mise en place par l'établissement de santé pour avoir augmenté et développé la satisfaction des patients et atteindre les résultats souhaité, elle est essentiel pour la compréhension du changement.

En trouve quatre dimensions essentielles pour développer une démarche d'évaluation :

- Une démarche stratégique.
- Une démarche technique.

- Une démarche structurelle.
- Une démarche culturelle.

Toute démarche ou approche de l'évaluation comporte trois phases : La conception, le contrôle et l'amélioration de la qualité.

En effet, son évaluation consiste à apprécier son déroulement ou à mesurer ses effets, elle est donc un processus qui repose sur un ensemble d'outil et indicateurs pour évaluer les services hospitalier et qui accompagne l'action de puis sa conception jusqu'à ses résultats.

Les établissements de santé sont des organismes qui sont constitués et qui cherches à avoir une meilleure qualité des soins avec une mise en place d'une démarche qualité qui devrait avoir un soin de qualité et cela avec l'intervention des acteurs qui ont plusieurs perceptions, ce travail poursuit un double objectif. D'une part, un objectif de clarifier le concept d'évaluation dans les établissements publique de santé, d'autre part, un objectif d'explication des techniques d'évaluation des services hospitalier dans un établissement de santé public <sup>1</sup>

Dans le cadre de notre travail de recherche, la problématique suivante s'impose : **quels-sont les indicateurs à retenir, en prenant en considération les indicateurs pour évaluer les services hospitaliers de CHU TO, néphrologie, cardiologie, centre chirurgie infantile ?**

Pour mieux cerner la problématique de notre sujet, on subdivisé cette question centrale en quatre sous questions :

1. 1-Comment s'est déroulée l'évolution des services hospitaliers dans l'établissement publique ?
2. 2-Quelle est la perception des acteurs hospitaliers concernant l'évaluation ?
3. 3-Est –ce que les acteurs hospitaliers sont satisfaits de l'évaluation délivrer par les services néphrologie, cardiologie, CCI ?
4. Quels-sont les indicateurs utilisés pour évaluer les services hospitaliers dans le CHU Tizi-Ouzou ?

---

<sup>1</sup> NOURDINE ZINA, YAKOUBI OUARDA, perception de la qualité des soins au sien des établissements public de santé en Algérie :cas CHU.T.O.M2MOIRE DE MASTER ?en sciences economique,T.O :université mouloud mammeri T.O,FSEGC,2017,p4

### Motif de choix de sujet

- **Motifs subjectifs**

- Premièrement le thème de notre recherche est lié à notre spécialité économie de la santé.
- L'évaluation des services hospitaliers est un souci des établissements de santé.
- Le thème de notre recherche nous aide beaucoup plus à comprendre c'est quoi l'évaluation des politiques publics.

- **Motifs objectifs**

- L'évaluation prend une place plus importante dans les établissements de santé en Algérie, parce que c'est toute une population qui cherche une bonne qualité de soins.
- Thème très riche ce qui va ne permettre d'acquérir plus d'information et connaissances dans ce domaine.
- Le choix des services (cardio, CCI, néphro) comme terrain d'investigation a des raisons suivantes :
  - CCI c'est un service qui prend en charge les chirurgies infantiles.
  - Cardio c'est un service qui fournit des soins des maladies cardio-vasculaires.
  - Néphro c'est un service qui prend en charge les maladies insuffisance rénale.

### Les objectifs de la recherche

- -L'évaluation des services hospitalier dans les établissements publics de santé en Algérie.
- -L'importance de l'évaluation des services hospitalier et les indicateurs à retenir dans les établissements publics de santé.
- -La prise en charge des malades dans le service hospitalier quelque que soit les conditions de travaux.

### Méthodologie de la recherche

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive sur la notions théorique et fondées sur des recherches bibliographie portant essentiellement sur :

- L'exploitation des travaux qui traitant les questions liées au contenu de l'évaluation des services hospitalier dans les établissements de santé.
- L'exploitation des travaux universitaire, mémoire, thèse, articles de revus et des rapports d'étude qui traitent le contenu de l'évaluation au sein des établissements hospitalière.
- L'exploitation des textes juridiques portant sur l'évaluation au sien des établissements de santé.
- Enfin, l'exploitation des références électroniques.

Pour la partie pratique nous avons adopté la méthode qualitative qui a pour objectif d'évaluation des services hospitalier au sein de CHU de Tizi-Ouzou qui nous a accueillies pour la réalisation de notre étude de cas.

Quatre enquêtes ont été réalisées, la 1ere auprès des patients, la 2eme au prés de professionnel de santé, 3eme auprès des personnes administratif, Tous ces enquêtes ont été réalisées à l'aide d'un questionnaire semi –directif fermé, portant sur l'évaluation au CHU de Tizi-Ouzou.

# *Chapitre 1*

---

*Cadre conceptuel et théorique sur les  
services hospitaliers dans les  
établissements publics de santé*

---

# Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

## Introduction

Le service public hospitalier (SPH) est un type particulier de service public Algérie exerçant une mission d'intérêt général. Il se compose de missions de service public confiées à des établissements de santé et éventuellement à d'autres services. Il vise à « garantir à chaque citoyen dans des conditions d'égalité, quels que soient son niveau de revenu et son lieu d'habitation, l'accès à l'ensemble des biens et des services jugés fondamentaux ».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 paramédical.

L'action publique peut être considérée comme une œuvre collective pour le bien collectif, elle consiste à améliorer le présent et bâtir l'avenir pour une meilleure équité et qualité de vie, ce qui constitue un acte passionnant et exigeant qui engage les professionnels de la politique publique envers le citoyen. Donner du sens et du mouvement à une action publique, c'est aussi savoir s'adapter aux changements et l'évolution de la société.

L'hôpital public est un établissement public qui a pour mission la prise en charge de toute personne ayant besoin de soins dans l'optique de répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population, son rôle dans l'offre de soins est majeur. L'établissement public hospitalier présente les caractéristiques d'un service public hospitalier. Il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

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 présentation les services hospitalier et, la troisième sera consacrée pour le système de santé publique algérien.

## **Section I : Le service public hospitalier**

Cette présente section présentera tous les concepts de bases liées à notre sujet. De ce

Fait, nous commencerons par le concept de base, et le service public hospitalier en générale.

### **1-1) Définition des concepts de base**

- **Le service public hospitalier**

La notion de service public recouvre toutes les activités d'intérêt général qui s'exerce sous l'égide des pouvoirs publics, centraux et locaux. L'expression « service public » désigne deux éléments différents : une mission, qui est une activité d'intérêt général, et un mode d'organisation consistant, à faire prendre en charge ces activités, par les établissements publics de santé, mais toujours sous le contrôle de la tutelle.

La mission première du service public hospitalier est d'assurer les examens de diagnostic, de traitement, notamment les soins d'urgence des malades et leur hébergement éventuel.<sup>1</sup>

- **Service hospitalier**

Les services hospitaliers sont un regroupement d'unités fonctionnelles d'une même discipline médicale. Ce sont des structures agrégées constituant l'organisation d'un hôpital en France. Un service peut être constitué d'une seule unité fonctionnelle si cette dernière ne présente aucune complémentarité directe avec d'autres unités de même discipline médicale ou s'il n'existe pas d'unité fonctionnelle ayant la même activité.<sup>2</sup>

### **1-2) Le poids du service public dans le système hospitalier**

Le secteur public est prépondérant dans le système des établissements public hospitalier (62,3% des lits installés). Si l'on ajoute les lits installés dans les établissements privés d'intérêt collectif, le service public hospitalier réunit 76,2% des lits d'hospitalisation. Le secteur privé lucratif réunit 23,8% des lits ; si l'on y ajoute ceux du secteur privé non lucratif (13,9% des lits), le secteur privé pèse pour 37,7% des lits installés.

Dans le secteur social et médico-social, le secteur public est également prépondérant. Parmi les établissements de soins de suite et de rééducation, le service public hospitalier

---

<sup>1</sup> BOUDIA SONIA "le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier cas: EPH Ain EL Hammam" mémoire en vue de l'obtention du diplôme de magister en sciences économiques, l'année, page 101.

<sup>2</sup> Le gestionnaire "le renouveau du service public " école nationale de santé publique l'année 23 novembre 2004.

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

représente les trois quarts des lits installés en soins de longue durée, c'est un quasi-monopole qu'on peut observer, avec 98% des lits installés dans le secteur public. De même, environs 70% des admissions (admissions globales et admissions spécifiques en soins sanitaires aigus de médecine, chirurgie, obstétrique) sont pris en charge par le service publique hospitalier

Le secteur privé rassemble le plus grand nombre d'établissements (64%), en raison de son atomisation et de la taille réduite des structures ; 38,8% du total des établissements de soins est à but lucratif, et 26% à but non lucratif. Alors que le secteur privé à but lucratif représente le quart environ des établissements d'hospitalisation en soins sanitaires aigus (médecine, chirurgie, obstétrique), l'offre de soins de longue durée est quasiment entièrement publique.<sup>3</sup>

### **1-3) Secteur public et établissements concourant au service public hospitalier**

#### **1-3-1) service public hospitalier**

Dès la formalisation du concept de service public hospitalier par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, il a été entendu qu'il ne serait pas exclusivement assuré par les établissements publics de santé. L'article 3 de la loi 1970 spécifiait que le service public hospitalier est assuré par les établissements d'hospitalisation publics et par les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif dès lorsqu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics et qu'ils assurent l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide privés à but lucratif devaient conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

#### **1-3-2) Etablissements privés concourant au service public hospitalier :**

Aujourd'hui encore, le service public hospitalier est assuré au premier chef par les établissements publics de santé, mais ces derniers n'en ont toujours pas l'exclusivité. En fonction des besoins de la population, tels qu'estimés par le schéma régional ou interrégional d'organisation des soins, d'autres personnes- morales ou physiques- peuvent se voir confier des missions de service public ou bien contribuer à leur accomplissement :

- Les établissements privés d'intérêt collectif, tels que définis par la loi n° 2009-879de 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative patients, à la santé et aux territoires

---

<sup>3</sup> Manuel de gouvernance et de droit hospitalier'' Management hospitalier'' 2<sup>eme</sup> edition dunod 2015 paris, page 25.

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

(centres de lutte contre le cancer et établissements de santé privés à but non lucratif), lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par décret, et que leur projet d'établissement est compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ;

- Les établissements de santé privés à but lucratif à condition qu'ils aient passé convention avec des organismes de sécurité sociale et aient conclu- pour un ou plusieurs objectifs déterminés- des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, soit avec établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale ;
- L'institution nationale des invalides (maison des combattants âgés, malades ou blessés au service de la patrie) dans le cadre de ses missions définies par l'article L.529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre – à savoir accueillir dans un centre de pensionnaires, à titre permanent ou temporaire, les invalides bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ; leur dispenser des soins en hospitalisation ou en consultation en vue de leur réadaptation fonctionnelle et professionnelle ; participer aux études et à la recherche sur l'appareillage des handicapés conduites par le ministre chargé des anciens combattants ;
- Les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;
- Les groupements de coopération sanitaire ;
- Les praticiens exerçant dans ces établissements ou ces structures.<sup>4</sup>

### **1-4-1) Les missions du service public hospitalier**

#### **1-4-1) missions initiales**

L'article 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière définissait comme mission première du service public hospitalier d'assurer les examens de diagnostic, le traitement- notamment les soins d'urgence- des malades, des blessés et des femmes enceintes, et leur hébergement éventuel. Il devait en outre concourir à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique, et à la formation du personnel paramédical, aux actions de médecine préventive dont la coordination pouvait lui être confiée. Il devait aussi participer à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

---

<sup>4</sup> [HTTPS://www.cairn.info/managment-hospitalier](https://www.cairn.info/managment-hospitalier) consulté le 26/11/2021

#### **1-4-2) missions actuelles**

Ces missions se sont étoffées au fil du temps. En plus des missions dévolues à l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, récemment modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, rappelle les missions auxquelles le service public hospitalier concourt plus spécifiquement :

- La permanence des soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formalisation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- Les actions de santé publique ;
- La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico judiciaires de sureté.<sup>5</sup>

#### **1-5) Les caractéristiques du service public hospitalier**

##### **1-5-1) obligations**

Quel que soit l'acteur assumant une ou plusieurs missions relevant du service public hospitalier – établissement de santé, personne physique, ou a fortiori hôpital public -, ils se doit de garantir à chaque patient accueilli dans le cadre de ces missions un égal accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou – à défaut- l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, et la prise en charge aux

---

<sup>5</sup> Manuel de gouvernance et droit hospitalier, op. cit. P 27

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus par le code de la sécurité sociale (l'article L.6112-3 du code de la santé publique).

Participer au service public hospitalier implique également pour les acteurs qui y concourent : d'être ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services ; d'accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence ; de dispenser les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert l'état des patients ; de veiller à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement ou, à défaut, les orienter vers des structures chargées de prendre en compte les situations de précarité.<sup>6</sup>

### **1-5-2) les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**

L'article L. 6112-6 du code de la santé publique prévoit que, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies l'une des composantes des projets régionaux de santé, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public doivent mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). L'objectif des PASS est de faciliter l'accès des personnes démunies au système de santé, à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ; elles comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité. les établissements concernés concluent avec l'état des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Le circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) a précisé qu'il existe 410 PASS, et que ces dernières doivent :

- ❖ Offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ;

---

<sup>6</sup> Manuel de gouvernance et droit hospitalier, ibid, P 28 a 29

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

- ❖ Agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge des patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

### **1-5-3) Egalité de traitement**

L'égal accès et la prise en charge aux tarifs préalablement fixés s'appliquent à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis en urgence ou bien que sa prise en charge relève d'une mission de service public hospitalier, y compris dans le cadre d'une réhospitalisation ou pour des soins externes consécutifs à cette prise en charge . Aucune discrimination ne doit être faite entre les malades en ce qui concerne les soins (article L.1110-3 du code de la santé publique). La différenciation des régimes d'hébergement en réponse aux souhaits exprimés par les malades ne peut se faire que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur. Ces obligations n'incombent par seulement aux établissements ou aux structures prenant en charge des missions de service public hospitalier mais aussi à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou des plusieurs de ces missions de service public.

### **1-5-4) tarifications**

L'accueil du patient se fait aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires conventionnés définis à l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, étant entendu que ces dispositions ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de leur éventuelle activité libérale. L'article L.6161-5 du code de la santé publique précise que les établissements de santé privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale. ces obligations à l'égard des patients, notamment en matière de tarification, s'appliquent a fortiori aux établissements de santé privés d'intérêt collectif.

### **1-6) Les valeurs du service public hospitalier**

Elles sont inscrites dans une série de principes formalisés au début du XXe siècle :

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

### ✓ L'égalité

Elle implique l'absence de discrimination (race, religion, ethnie, âge...) et le devoir de soigner chacun, quelle que soient son état de santé et sa situation sociale. L'hôpital travaille en relation avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi qu'avec les associations d'insertion et de lutte contre l'exclusion.

### ✓ La neutralité

Elle doit être respectée. Les soins sont donnés en faisant abstraction des croyances et opinions des malades.

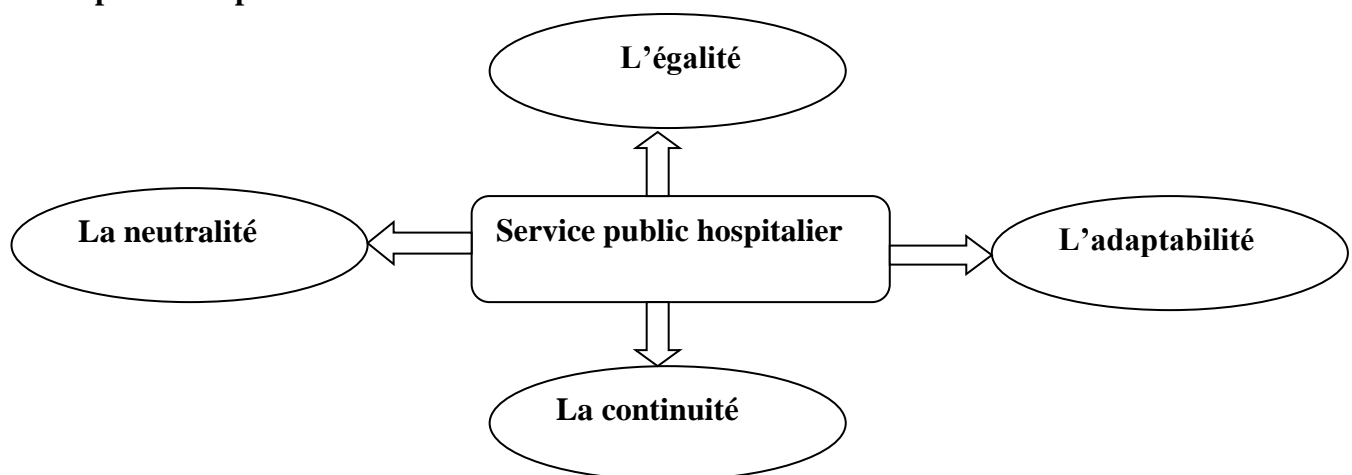
### ✓ La continuité

L'hôpital public se caractérise notamment par ses obligations spécifiques en matière d'accueil en urgence. Il doit mettre en place un système de permanence des soins, de même qu'un service minimum en cas de grève, et assurer l'ensemble des traitements, préventifs, curatifs et palliatifs.

### ✓ L'adaptabilité

Les réorganisations et les mutations sont étudiées et réalisées en vue de l'intérêt général et des besoins de la population. Le patient a droit à un service de qualité et les services rendus doivent être évalués avec rigueur.<sup>7</sup>

**Figure N°1 : Les valeurs du service public hospitalier**



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

<sup>7</sup> <https://gestions-hospitalieres.fr> > le-service-public-hospi.. consulté le 26/11/2021

**1-7) Statut juridique, création, transformation et suppression de service publics hospitalier**

- **notion**

Le terme « établissement public de santé » a été introduit par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pour remplacer l'expression « hôpitaux et hospices publics ». Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial ; ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'état.

- **création**

Les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé.

- **transformation**

La transformation d'un ou plusieurs établissements publics de santé, telle que prévue à l'article L.6141-7-1 du code de la santé publique, est décidée par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé de la région ou est situé le siège de l'établissement qui en est issu, après avis du conseil d'administration ou du conseil de surveillance du ou des établissements concernés et de la ou des collectivités intéressées ; elle est décidée par décret lorsqu'elle concerne un établissement public de santé national.

- **suppression**

Les établissements public de santé peuvent être supprimés soit à la demande ou avec l'accord de la ou des collectivités territoriales de rattachement, soit même en l'absence d'une telle demande ou d'une tel accord- lorsque l'autorisation d'activité et / ou d'installation d'équipements prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique est retirée ou n'est pas renouvelée. La suppression d'un établissement public de santé

Est prononcée par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé de la région ou est situé le siège de l'établissement, après avis du conseil de surveillance de l'établissement, de la ou des collectivités territoriales de rattachement lorsqu'elles n'ont pas demandé la

suppression ; la suppression d'un établissement public de santé national est prononcée par décret, après avis du conseil de surveillance et du comité national de l'organisation sanitaire sociale (CNSS). Le directeur de l'agence régionale de santé prend sa décision sur la base d'un dossier comportant, outre les délibérations et avis requis, les pièces permettant d'apprécier les justifications de la suppression et ses conséquences, notamment financières et patrimoniales.<sup>8</sup>

### **1-8) Régulation, orientation et organisation de l'offre de services de santé**

Le second grand volet des missions des agences régionales de santé s'articule autour des points suivants :

- Contribuer à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent- au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, ou en établissement- une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux ;
- Veiller à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population.
- Dans le cadre du programme pluriannuel régional de gestion du risque, et en collaboration avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, définir et mettre en œuvre les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.
- En relation avec les autorités compétentes de l'état et les collectivités territoriales qui le souhaitent, encourager et favoriser l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel au sein des établissements ;
- Évaluer et identifier les besoins sanitaires des personnes en détention ; définir et réguler l'offre de soins en milieu pénitentiaire. <sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Manuel de gouvernance et droit hospitalier, ibidem, p 30

<sup>9</sup> Manuel de gouvernance et droit hospitalier, ibidem, p 72

## **Section 2 : présentation des services hospitaliers**

L'hôpital est un établissement destiné à prendre en charge des pathologies, son Objectifs 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.

### **2-1) Définition de concepts de base**

#### **❖ Définition l'hôpital**

Un hôpital est l'établissement destiné au diagnostic et au traitement des malades, où l'on pratique aussi la recherche et l'enseignement. Comme apposition, le terme navire-hôpital est employé pour désigner le bâtiment (un navire dument aménagé) servant à soigner et à transporter les malades et les blessés.<sup>10</sup>

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.* »

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

---

<sup>10</sup> <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/hopital/>

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

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 complexité<sup>11</sup>.

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.*.

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<sup>12</sup>.

### ❖ Définition des services

Les services hospitaliers sont un regroupement d'unités fonctionnelles d'une même discipline médicale Ce sont des structures agrégées constituant l'organisation d'un hôpital. Un service peut être constitué d'une seule unité fonctionnelle si cette dernière ne présente aucune complémentarité directe avec d'autres unités de même discipline médicale ou s'il n'existe pas d'unité fonctionnelle ayant la même activité.<sup>13</sup>

### 2-2) L'hôpital : lieu de production de prestations des 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 ingénieur que de la « production » semble inopportune, du moins, dans un lieu où les producteurs directs de soins sont des professionnels du champ sanitaire.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> DAMART, Sébastien. *Innovations managériales en établissement de santé*. Paris : Edition EMS, 2013, p.135

<sup>12</sup> BENOIT, Christine. *Manager un établissement de santé*. 2ème éd. Paris: Edition GERESO, 2015, p.147

<sup>13</sup> <https://www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-economique-et-financier>

<sup>14</sup> 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.*

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

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.<sup>15</sup>

HATCHUEL A. et SARDAS J.C. 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.<sup>16</sup>

D'après MINVIELLE E., 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.

### 2-3) 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

---

<sup>15</sup> VINOT, *op, cit* .p214

<sup>16</sup>VINOT, *Ibid*.p215

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

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 <sup>17</sup>

### **2-3-1) 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'hospitalisations<sup>12</sup>, 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 lits<sup>13</sup>. Jusqu'à 2007, Les secteurs sanitaires (SS) (Décret 97- 466 du 2 Décembre 97), constituaient la base de la pyramide des soins. Leur création date des années 80 (Décret 81- 242 du 5 septembre 81). Le secteur public est composé de 13 CHU, 1 EHU, 68 EHS, 185 EHP totalisant 63680 lits. On comptait en 2007, 185 SS auxquels étaient rattachées toutes les unités de base, autrefois gérées par les communes. Chaque SS desservait en moyenne un bassin de population de 100.000 à 300.000 habitants et était composé :

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

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

---

<sup>17</sup> DAMENE NOUREDINE, DJOUDI DJAMEL "le cheminement du malade en milieu hospitalier: les dysfonctionnements à l'entrée, à la prise en charge et à la sortie du malade, CAS CHU TO, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master en science économiques, l'année 2017 p 22

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

publics nouvellement créés ont les mêmes statuts. D'autres hôpitaux auraient été construits dans le cadre du programme de développement 2005-2009<sup>14</sup>.

### **2-3-2) 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).

### **2-3-3) 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.

### **2-3-4) Le secteur privé**

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

- ✓ 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.

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

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

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

En Algérie il existe des infrastructures hospitalières suivantes :

- 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<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> 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*

## **2-4) les services d'hospitalisation :**

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 dans un service.

### **2-4-1) Le service des urgences**

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 ambulatoire.

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 drgent, 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 »*<sup>19</sup>.

- **Le fonctionnement de Service d'urgence**

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.

Nous avons fait référence aux quelque articles relatif à la Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé<sup>20</sup> :

---

<sup>19</sup> <http://www.sante.dz>

<sup>20</sup> Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

- 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, qu'elle 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 chargée<sup>21</sup> :
- 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 ;
- Les urgences deviennent un carrefour social où se croisent de nombreux patients aux pathologies très différentes. De manière générale, le rôle des urgences est d'accueillir les patients, de donner des soins immédiats, de diagnostiquer et d'orienter les malades dans d'autres services hospitaliers, Ou assurer de leur retour à domicile. Selon le Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le

---

[www.transplantobservatory.org/.../afrlegethDZAfr2.pdf](http://www.transplantobservatory.org/.../afrlegethDZAfr2.pdf), (consulter le 26/11/2021).

<sup>21</sup> 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.

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

code de la santé publique (dispositions réglementaires). 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.<sup>22</sup>
- L'établissement organise l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge Par la structure des urgences vers une autre structure de soins ou vers une structure sociale ou vers une structure médico-sociale, selon des protocoles préalablement définis entre les responsables de ces structures. Cette organisation fait l'objet d'une Convention entre les établissements concernés, qui précise les modalités et les conditions d'orientation du patient, ainsi que les modalités de son évaluation médicale et administrative régulière.
- 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

---

<sup>22</sup> 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.

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

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 porte 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

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

service public, exercées par les établissements publics et privés, qui Garantissent au patient égalité de traitement, accessibilité, permanence et continuité.<sup>23</sup>

### 2-4-2) Les spécificités du service des urgences

Le service des urgences où sont pratiqués des soins d'importance et devrait immédiate, Dans l'objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps. Il accueillir toute Personne s'y présentant, à tout moment et quel que soit son état pour le soigner ou le diriger Vers la structure la mieux adaptée sous la responsabilité d'un médecin qualifié et expérimenté. 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 soins<sup>24</sup>.

### 2-4-3) 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 24heures 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 ;
- 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 ;

---

<sup>23</sup> BELAIDI, Aissam. *Op.cit.*, p.7.

<sup>24</sup> Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières, 2014, p.07

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

- À une alternance de problèmes d'urgences graves, détresses vitales nécessitant Précocité et qualité des soins et moins graves, pouvant être différés. 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,<sup>25</sup>

### 2-5) Les Urgences Médicaux Chirurgicale :

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 Médicaux Chirurgicale 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 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, 01spécialiste en Anesthésie réanimation. 16 médecins généralistes et d'une pharmacienne. 30aramédicaux, Renforcés par les gardes, 03 Secrétaires médicales, 03 Hôtesse d'accueil, 13 Agents de Services et de 06 Brancardiers.

---

<sup>25</sup> BENATIA, Yacine. *Op, cit.*, p.13.

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

- **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 Maitre assistante (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 orthopédie. 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 :<sup>26</sup>

### 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.
- **Pour les urgences d'Ophthalmologie 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

---

<sup>26</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

- **Salle de thrombolyse** : d'une capacité de 03 lits, dotés d'équipement 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 brulures<sup>27</sup>.
- **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 Réceptionnistes<sup>2</sup>.

### 2-6) L'accès au service des urgences

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

---

<sup>27</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

urgence médicale. Dans ces situations, la marche à Suivre doit être bien indiquée afin que le patient puisse avoir accès rapidement aux ressources Médicales en place. Le patient qui utilise l'entrée des ambulances ne 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'urgence<sup>28</sup>.

### **2-7) présentations des services hospitaliers**

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.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU

<sup>29</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU

### **2-7-1) les services de soins médicaux**

- **Service médecine interne**

La médecine interne est. une spécialité médicale. Elle s'intéresse au diagnostic et à la prise en charge globale des maladies de l'adulte avec une prédilection pour les maladies systémiques et les maladies auto-immunes en général. La médecine interne s'intéresse à l'état de santé du patient dans sa globalité. La vision générale du patient fait de l'interniste le spécialiste des diagnostics complexes, des prises en charges « délicates » (pathologies multiples, terrain particulier) et des maladies rares.

#### **Pathologie traitées :**

- Hospitalisation classique :
- Maladies systémiques, inflammatoires et auto immunes.
- Diabète, HTA et maladies vasculaires.
- Maladies orphelines.
- Hospitalisation de jour :
- Cures de biothérapie et d'immunosuppresseurs.

- **Service pédiatrie:**

Les services de pédiatrie accueillent les enfants jusqu'à la fin de l'adolescence. Ils sont dirigés par un chef de service responsable d'une équipe médicale composée de médecins hospitaliers, Le pédiatre assure la prise en charge globale de l'enfant. ... Le pédiatre dépiste et traite toutes les maladies infantiles auxquelles peu de sujets échappent au cours de leur croissance : varicelle, rhinopharyngite, angine, rougeole, oreillons.

- **Service reanimation medical**

Présentation de la spécialité : La Réanimation médicale est une spécialité impliquée dans le diagnostic et la prise en charge de toutes les défaillances vitales d'origine médicale

#### **Pathologies traitées**

- Neuro vasculaire,
- Neuro infectieux,
- Détresse en pneumologie,
- Détresse cardiologique chez l'enfant,

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

- Toutes les intoxications,
- Décompensation du diabète,
- Psychiatrie urgences de néphrologie,
- Urgences de médecine interne et gastrologie

- **Service anesthesie réanimation**

La réanimation chirurgicale est généralement associée à l'anesthésie, qui permet de prendre en charge les individus traumatisés et les patients ayant subi ou devant subir une intervention chirurgicale importante.

La réanimation chirurgicale s'adresse également aux individus présentant un risque élevé et ayant besoin d'une surveillance rigoureuse.<sup>30</sup>

Différentes d'activités du service : Il couvre l'anesthésie, les soins péri-opératoires, la prise en charge de la douleur, la réanimation et les consultations de la douleur. ce service est destiné à donner des soins intensifs aux patients graves relevant des services de chirurgie et dont le pronostic vital est mis en jeu. Il assure la prise en charge des malades graves ayant une défaillance des fonctions vitales conscients ou inconscients, nécessitant ou non une ventilation artificielle.

- **Service de Maladies Inféctieuses**

La pathologie infectieuse concerne toutes les maladies engendrées par des micro-organisme, qui'ils s'agissent de:

- Bactéries,
- Parasites,
- Virus,
- Champignon
- Leurs modes de survenue sont très variés:
- Cas sporadique,
- Epidémie par transmission de personne à personne ou de source commune,
- Pandémie,
- Infections communautaires ou nosocomiales.
- La pathologie infectieuse concerne toutes les maladies engendrées par des micro

---

<sup>30</sup> [www.chuto.dz](http://www.chuto.dz) site officiel du CHU de TIZI OUZOU.

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

- organisme, qui'ils s'agissent de:
- Bactéries,
- Parasites,
- Virus,
- Champignon

Leurs modes de survenue sont très variés :

- Cas sporadique,
- Epidémie par transmission de personne à personne ou de source commune,
- Pandémie,
- Infections communautaires ou nosocomiales.
- Certaines peuvent émerger,ou connaître une évolution de leurs caractéristiques,ou apparaître et diffuser plus ou moins largement (SRAS) ,voire se pérenniser (infection à VIH).

Le traitement spécifique est adopté au germe causal.

### **Description du service :**

Le service des maladies infectieuses du CHU a été inauguré le 13 octobre 1983.

Actuellement ,le service fonctionne avec 04 unités d'hospitalisation

- unité d'hospitalisation, pathologies infectieuses Homme,
- unité d'hospitalisation, pathologies infectieuses Femme,
- unité d'hospitalisation, pathologies infectieuses Enfants,
- unité d'hospitalisation, pathologies infectieuses MST/SIDA.
- ET Unité de garde et consultation, unité de dépistage des IST.

Les activités du service comprennent plusieurs volets :

- Hospitalisation des malades relevant de la spécialité,
- Garde et consultation spécialisées quotidiennes
- Colloques de garde quotidiens,
- Visite quotidienne dans chaque unité,
- Visite générale Hebdomadaire
- Consultation quotidiennes,

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

- Activité de dépistage des IST.<sup>31</sup>
- **Service néonatalogie**

La Néonatalogie est une spécialité médicale qui s'attache à prendre en charge les nouveau-nés âgés de 0 à 3 mois.

Ceux-ci peuvent être prématurés (nés avant 37 semaines d'aménorrhée), normalement maturés (nés entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée + 6 jours inclus) ou post maturé (nés après 42 semaines d'aménorrhée).

Cette spécialité pédiatrique est à l'interface avec l'obstétrique et s'intéresse au fœtus lors de la vie intra-utérine autant qu'au nouveau-né.

Elle peut également s'intéresser au devenir des enfants prématurés.

- **Service hématologie**

### **Présentation de l'hématologie :**

L'hématologie est la science qui étudie le sang et ses maladies (ou hémopathies). Elle étudie plus particulièrement les cellules sanguines dont l'origine est hématopoïétique (synthèse de ces cellules dans la moelle osseuse) et qui ont un rôle pour l'oxygénation, l'immunité et la coagulation, et étudie également certaines molécules plasmatiques que sont les facteurs de coagulation. L'hématologie est généralement divisée en deux sous-domaines :

- un versant clinique avec l'hématologie clinique, consistant à la prise en charge directe des malades, du diagnostic clinique à la prise en charge thérapeutique.
- un versant biologique/pathologique avec l'hématologie biologique (ou hémato pathologie) qui s'occupe du diagnostic des pathologies sur des échantillons de sang/moelle osseuse.

### **Les activités du service :**

- Hospitalisation : traitement des malades (chimiothérapie).
- Hôpital de jour : traitement des malades (chimiothérapie + autres : transfusions, ...).
- Consultation: des malades / jours.
- Enseignement et encadrement : des résidents, internes et externes.

---

<sup>31</sup>[www.chuto.dz](http://www.chuto.dz) site officiel du CHU de TIZI OUZOU.

- Unité greffe : non encore fonctionnelle.<sup>32</sup>
- **Service médecine légale**

### **Activités du Service**

#### **Présentation de la spécialité**

La médecine légale est une discipline originale par la diversité des thèmes abordés. Elle comporte deux grands domaines : la médecine légale du vivant et la thanatologie.

**La médecine légale du vivant:** Elle regroupe notamment l'activité en unité médico-judiciaire (examens des personnes victimes de violences physiques ou sexuelles, examens des personnes en garde à vue), la psychiatrie légale, la médecine pénitentiaire etc...

**La thanatologie:** Elle englobe les levées de corps et les autopsies. Mais il existe de nombreux domaines interagissant avec la médecine légale : la biologie (toxicologie, identification génétique), l'éthique, l'addictologie en sont quelques exemples.

#### **2-7-2) les services de soins chirurgicaux**

- **Le Service de Chirurgie Générale**

La chirurgie générale est la discipline mère de toutes les spécialités chirurgicales. Elle englobe les principes et les techniques de chirurgie qui s'appliquent aux différentes parties du corps. Elle s'intéresse au diagnostic et au traitement des anomalies et maladies de nombreuses parties du corps. Il s'agit principalement du tube digestif, des traumatismes, des maladies du système endocrinien et du sein, ou encore de l'endoscopie.

Le Service de Chirurgie Générale se compose d'un Service d'hospitalisation avec:

- Une unité Femme
- Une unité Hommes
- Une Réanimation
- Un Bloc Opératoire

#### **Les Différentes Activités du Service**

- Activité de diagnostic.

---

<sup>32</sup> [www.chuto.dz](http://www.chuto.dz) site officiel du CHU de TIZI OUZOU.

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

- Activité opératoire.
- Activités d'enseignement : Paramédical, Spécialités, Maîtres Assistants et Professeurs
- **Le Service d'Orthopedie Traumatologie:**

### **Présentation de la spécialité**

La chirurgie orthopédique traite les maladies, les traumatismes (fracture, rupture, hématome) et les déformations de l'appareil locomoteur : os, articulations, ligaments, tendons et muscles. Autrefois limitée au seul traitement des fractures, elle se développe désormais dans d'autres domaines : prothèses articulaires, greffes osseuses ou chirurgie endoscopique. Le chirurgien orthopédiste peut pratiquer une intervention chirurgicale, faire des gestes avec des incisions de petite taille (arthroscopie), réduire des fractures ou luxations sous anesthésie ou non, recoudre des plaies de grande taille ou nécessitant une exploration afin de vérifier l'absence de lésions tendineuses ou articulaires associées, ouvrir un abcès sous anesthésie locale ou générale (panaris) ou mettre tout simplement un plâtre ou une attelle lorsqu'une intervention n'est pas nécessaire

### **Pathologies traitées**

Toute la pathologie osteo articulaire surtout la chirurgie prothétique

- **Le Service d'Urologie**

L'Urologie est la spécialité qui concerne les organes urinaires et génitaux des hommes, femmes et enfants. Les Urologues sont à la fois médecin et chirurgien, ils recherchent et traitent les causes et conséquences des maladies urinaires et génitales. Ils font le suivi complet des maladies chroniques : cancer, calcul, infections, malformations, dysfonction urinaire et sexuelle, incontinence, descente d'organe chez la femme.. L'urologie est une spécialité qui a beaucoup bénéficié des avancées technologiques médicales entre autres la vidéo-chirurgie (coelioscopie, endoscopie), les prothèses pour incontinence chez la femme (bandelettes), chirurgie de la verge.

Le service de chirurgie urologique du Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-ouzou,est à vocation régionale,il est composé de trois unités :

- Unité de bloc opératoire : composé de trois salles opératoires.
- Unité d'hospitalisation

- Unité de lithotripsie.<sup>33</sup>

### **Les activités du service, comprend plusieurs volets**

Activité chirurgicale soutenue avec accroissement de la complexité des actes opératoires grâce aussi à une bonne synergie entre l'équipe de médecins anesthésistes et l'équipe paramédicale.

- Prise en charge de tous les cancers urologiques.
- Prise en charge chirurgicales de l'insuffisance rénale en collaboration avec le service de Néphrologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou.
- La greffe rénale.
- Des progrès récents de l'Urologie conduisent à développer la chirurgie dite mini-invasive.
- La chirurgie de la lithiase urinaire.
- Lithotripsie extracorporelle : Fragmentation des calculs rénaux par ondes de choc délivrés par un appareil appelé lithotriporteur de dernière génération, sans anesthésie en ambulatoire, destinée aux calculs du rein de moins de 20mm (Voir photo ci-dessous).

- **Le Service de Neurochirurgie**

La neurochirurgie est la spécialité chirurgicale dont le domaine d'expertise est le diagnostic et la prise en charge chirurgicale des troubles du système nerveux. Le système nerveux se divise en trois grands segments : le système nerveux central (cerveau, moëlle épinière)

### **Pathologies traitées**

- Pathologie tumorale cérébrale et rachidien
- Pathologie tumorale vasculaire
- Chirurgie de la base du crane
- Pathologie endocrânienne
- Biopsie Stéréotaxie
- Pathologie rachidien traumatique et dégénérative
- Malformation de système nerveux
- Spinabifida

---

<sup>33</sup> [www.chuto.dz](http://www.chuto.dz) site officiel du CHU de TIZI OUZOU.

- Craniosténose
- Canal carpien
- Décompression vasculaire micro chirurgical
- Conflit vasculo nerveux
- Neurochirurgie fonctionnelle<sup>34</sup>

### **Section 3 : système de santé publique algérien.**

#### **1-1) La santé publique en Algérie.**

##### **1-1-1) Définition et missions de la santé publique**

L'OMS, en 1952. En donne la définition suivante ; « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à : assainir le milieu ; lutter contre les maladies ; enseigner les règles d'hygiène personnelle ; organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ; mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé* ».

L'OMS identifie au sein de ce concept de santé publique, la notion de soins de santé primaires. Ce sont des soins essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels) reposant sur des méthodes, des techniques et des pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables rendus universellement acceptables à tous avec la pleine participation de la communauté et à coût supportable par le pays. Ce sont des actions de santé indispensables à la continuité de la vie quotidienne. Ils « *comprennent au minimum une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent, ainsi que des méthodes de détection, de prévention et de lutte qui leur sont applicables : La promotion de bonne condition alimentaires et nutritionnelles ; Un approvisionnement suffisant en eau saine ; La protection maternelle et infantile et la planification familiale ; La vaccination contre les maladies infectieuses ; La prévention et le contrôle des endémies locales ; Le traitement des maladies et lésions courantes ; La promotion de la santé mentale ; La fourniture des médicaments essentiels.* »<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> [www.chuto.dz](http://www.chuto.dz) site officiel du CHU de TIZI OUZOU.

<sup>35</sup> KITOUNI KHIRELINE « évaluation du processus d'élaboration budgétaire dans un établissement public de santé, cas de l'EPH ferdjioua, mila » mémoire de fin d'études en formation spécialisée des administrateurs principaux des services de santé l'année 2017 p 22

### **1-1-2) La mission essentielle de la santé publique**

L'association of schools of public health (ASPH) définit la santé publique comme « les efforts de la société pour promouvoir la santé, et pour prolonger la durée et améliorer la qualité de la vie de la population ». Cette mission générale passe par un large éventail de fonction et de compétences.

L'ASPH identifie trois fonctions de base :

- L'évaluation et la surveillance de l'état de santé de la population afin d'identifier les problèmes de santé et d'en fixer les priorités.
- La proposition de politiques publiques pour résoudre ces problèmes de santé selon les priorités identifiées, au niveau local ou national, et dont l'élaboration s'appuie sur les niveaux de preuve scientifique (recherche en santé publique, analyse des systèmes de santé, coopération internationale en santé).
- La garantie d'un accès équitable à des soins appropriés et « coût efficaces», pour toute la population y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies et l'évaluation de la qualité de ces soins.

L'organisation mondiale de la santé cite en outre comme actions spécifiques de santé publique santé scolaire, la réduction de l'impact des urgences et des catastrophes en matière de santé, la santé au travail ainsi que les missions de laboratoires de santé publique. Les actions entreprises pour atteindre les objectifs de la santé publique, définissent la pratique de la santé publique.

L'action de santé publique est définie comme une liste d'opérations à entreprendre, de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la santé d'une population. Elle peut être d'ordre épidémiologique, éducatif, préventif. Elle doit être organisée, structurée en termes d'objectifs, d'activités et de ressources, pour répondre à des besoins identifiés dans une société, un milieu, ou une collectivité.

L'action de santé publique peut prendre forme, soit par une ou des actions indépendantes, soit par un ensemble coordonné d'actions. Dans ce cas, on parle de programme de santé.

Les actions et les programmes de santé publique peuvent s'intégrer dans une politique de santé de caractère plus général qu'on peut définir comme étant l'ensemble des orientations

et des décisions prises par les pouvoirs d'un pays pour le maintien et/ou l'amélioration de l'état de santé de la population.<sup>36</sup>

## **1-2) Le développement de la santé publique en Algérie**

En Algérie, la santé publique à été réellement initiée par la création de l'institut national de la santé publique et global des soins de santé publique en Algérie est caractérisée par un élan positif durant les années 70 et 80, puis une stagnation qui à coïncidé avec la récession économique des années 1990.

La programmation sanitaire national élaborée en 1968 à permis de dégager des priorités sanitaires nationales, comme par exemple la lutte contre les fléaux sociaux, et la mis en application de grandes actions de prévention avec les programmes de vaccinations et de lutte contre les malnutritions grâce à des équipes médico-sanitaire mobiles, les EMDASM.<sup>37</sup>

Par la santé, l'introduction de la gratuité des soins des 1974, dans l'ensemble des structures de santé publique, aura pour conséquence quelques années après, une forte amélioration de l'accessibilité aux soins et une augmentation des besoins en soins de santé publique.

Parallèlement, de nombreuses mesures d'accompagnement de type économique et social, mises en application à travers tout le pays, ont permis de relever le niveau de vie des population urbaines en particulier et d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des maladies infectieuses et infantiles. Ces actions sanitaires ont été progressivement intégrées dans les activités des soins de base.

Mais dés le début des années 1980, la santé publique qui est restées à la charge exclusive des structures sanitaires, n'était plus en mesure de répondre à l'ensemble de la demande en soins. C'est la médicalisation de tout les maux sociaux qui s'aggrave au fur à mesure par l'absence de prérogatives des collectivités locales et des pouvoirs locaux, dans les domaines de la santé publique.

Dés cette époque, dans la plupart des collectivités locales, l'insatisfaction des populations pour les besoins élémentaires : eau potable, assainissement, habitat...conduit

---

<sup>36</sup> BENAKRAB Rahma « les outiles d'évaluation d'une politique publique, cas politique de santé »mémoire de fin d'études en formation spécialisée des administrateurs principaux des services de santé, l'année 2014, p 19

<sup>37</sup> MUSTAPHA BOUZIANI : « les soins de santé publique ;quel enjeux ?»ESKA, journal international de bioéthique,2002 /3-vol.13,p 29

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

nécessairement à des situations de dégradation des conditions de vie des populations dans les agglomérations. Des situations d'endémicité des maladies hydriques et des épidémies meurtrières caractérisent la situation épidémiologique des différentes wilayates du pays.

La couverture sanitaire et médicale devient insuffisante et de moindre qualité, malgré une densité médicale beaucoup plus élevée.

Sur le plan de la prise en charge sanitaire des patients, la réorganisation du système de santé à partir de 1988 à abouti à des cloisonnements des structures sanitaires existantes en structures universitaires (des CHU), non universitaires, publiques, parapubliques et privées. Cette réorganisation à été élaborée sans objectifs de soins de santé publique. Les actions de soins de santé de base deviennent ainsi au second plan et sont sous-budgétisées par rapport aux activités de spécialité dans les structures hospitalières.

Ces différentes étapes de dépréciation des soins de santé publique auront peu à peu un impact direct très négatif vis-vis du système de santé national. La crise de confiance des patients dans leur système de santé national à atteint l'apogée par suite de la crise socio-économique qui affectera le pays à partir des années 1990.

Cette crise qui affectera jusqu'à l'heure actuelle le pouvoir d'achat des citoyens, à réduit de façon dramatique l'accès aux soins pour les couches de populations les plus défavorisées.<sup>38</sup>

### **1-3) La santé publique : gestion centralisée**

Dans notre pays, les actions de santé publique, avec toutes leurs diversités et leur pluridisciplinarité, relèvent encore du seul ministère de la santé et de la population, qui persiste dans une gestion très centralisée du système de santé (les administrations centrale exclusivement), notamment pour les allocations budgétaires, les nominations des personnels, la mise en place des programmes de santé....

Les priorités de santé publique restent encore à ce jour « dictées » par le ministère de la santé pour toutes les régions du pays, cela, quelles que soient leurs spécificités régionales.

---

<sup>38</sup> MUSTAPHA BOUZIANI, op. CIT,p21

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

Cette gestion centralisée a des conséquences directes sur la productivité des personnels qui, ne se sentant pas consultés dans les prises de décisions en santé publique, exercent leurs activités plutôt par « routine », avec peu d'engouement et de motivation

L'absence de valorisation des professionnels de la santé a par ailleurs un impact direct sur leur stabilité et leur carrière. Les réformes du système de santé n'ayant pas entraîné de valorisation des professionnels de la santé obligent un grand nombre d'entre eux, en particulier les spécialistes, à quitter les hôpitaux, par dépit et pour des motivations d'ordre financier, préférant exercer parfois même illégalement dans le secteur libéral pour améliorer leur salaire.

Sur le terrain également, les administrations locales (mairies, wilaya) ne se sentent pas concernées par les actions de santé publique, jugées non prioritaire probablement. En amont, les autres ministères à l'échelon périphérique ou central, ne sont nullement impliqués dans la promotion de la santé publique.

D'autres besoins socio-sanitaires latents, comme les maladies par manque d'hygiène, les pathologies civilisationnelles, les stress et les maladies sociales n'impliquent aucune stratégie concrète de prise en charge par les institutions et les autorités.

Par rapport aux besoins émergents, comme l'hostilité de l'environnement, la mal-vie de l'adolescence, les phénomènes psychosomatique et dépressifs marqués récemment par les nombreux cas de suicide, la sexualité et la toxicomanie, aucun programme de prévention n'est envisagé ni à l'échelon local ni au niveau des ministères. Certaines associations d'aide aux malades, tentent, non sans difficulté, d'apporter une aide humanitaire à certains patients démunis, sans plus.<sup>39</sup>

### 1-3-1) Les instituas national aux services de la santé publique

- **Le ministère de la santé et de réforme hospitalière :** (Organiser la le décret n°05428 du 07 novembre 2005). Sous l'autorité du ministre, l'administration centrale comprend :
  - **Un secrétaire général**, assisté de 02 directeurs d'études.
  - **Un chef de cabinet**, assisté de 08 chargés d'études et de synthèse.

---

<sup>39</sup> M. BOUZIANI:" les concepts de la santé,état des lieux",séminaire national:sciences sociaux et santé, ITSP,oran, décembre 1997.

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

- **L'inspection générale** dont l'organisation et le fonctionnement son fixés par décret exécutif.
- **Huit (08) directions.**

Le décret exécutif N° 11-380 du 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du MSPRH, prévoit

- 03 directions générale du avec :
- 08 directions et 21 sous directions rattachées

08 directions indépendantes avec 18 sous directions rattachées <sup>40</sup>

- **L'institut national de santé publique (EPA)** : Créé par décret 64-110 du avril 1964 modifié par le décret 93-05 du janvier 1993.

**Missions** : réaliser des travaux d'études et de recherche en santé publique permettant de fournir les instruments scientifique et techniques nécessaires au développement des programmes d'actions sanitaires et de promotion de la santé en matière d'information sanitaire, communication sociale, lutte contre la maladies, protection de la santé, formation et recherches en santé,

- **L'institut pasteur d'Algérie (EPIC)** : créé par ordonnance 71-45 du 21 juin 1971 modifiée par le décret 94-74 du 30 mars 1994.

### **Missions**

- Production, importation, distribution des vaccins, sérums et produits biologique
- Recherche fondamentale et opérationnelle en matière de microbiologie et immunologie.
- Contribution à la formation, notamment en microbiologie, parasitologie et immunologie.
- **La pharmacie centrale des hôpitaux (EPIC)** : créé par décret 94-293 du 25 septembre 1994.

**Missions** : approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques, régulation et gestion des produits stratégiques.

---

<sup>40</sup> BENAKRAB Rahma, op.,cit, p23

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

- **L'Agence Nationale du sang (EPA) :** créé par décret 95-108 du 09 avril 1995.

### *Mission*

- Assurer une formation spécialisée dans les différentes disciplines de la gestion des services de santé.
  - Entreprendre des actions de recyclage et perfectionnement des professionnels de santé.
  - Contribuer à la recherche scientifique dans le domaine de la gestion des structures de santé.
  - Etablir des relations de coopération avec les organismes nationaux ou étrangers, exerçant dans le même domaine d'activité.
- **Le laboratoire national de documentation en santé (EPIC) :** créé par décret 95-319 du 14 octobre 1995.

**Missions :** Contrôle de la qualité et expertise des produits pharmaceutique, étude scientifique et technique des produits soumis à l'enregistrement, mis à jour des banques de données technique aux normes et aux méthodes de prélèvement, d'échantillonnage et de contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques commercialisés.

- **L'agence nationale de documentation en santé (EPIC) :** créé par décret 95-319 du 14 novembre 1995.

**Missions :** Mettre à la disposition des personnels et des structures de santé, tout document, ouvrage, publication et moyen didactique.

- **L'institut national pédagogique de la formation paramédicale(EPA) :**  
Décret 96-148 du 27 avril 1996.

**Missions :** évaluation des enseignements, production de documentation et développement de la recherche appliquée à la formation paramédicale.

- **Le centre National de toxicologie (EPA) :** créé par décret 98-188 du 02 juin 1998.

**Missions :** analyse et expertise de tout produit ou substance potentiellement toxique et information toxicologique en vue de protéger la santé de la population.

- **Le centre National de pharmacovigilance et de Matérovigilance (EPA) :**  
Créé par décret 98-188 du juin 1998.

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

**Missions :** Surveillance des réactions secondaires indésirables dues à l'usage de médicaments mis sur la marche et réalisation de toute étude ou travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments et des dispositifs médicaux.

- **L'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine :** créé par la loi n° 03-13 juillet 2008 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

### **Missions :**

- Veiller à l'encouragement de la production pharmaceutique et des dispositifs médicaux, à la sécurité, l'efficacité, la qualité et le contrôle, à l'accessibilité ;
- assurer la régulation du marché ;
- veiller au respect des lois et règlements relatifs aux activités y afférentes.<sup>41</sup>

### **1-4) Le système de santé algérien**

#### **1-4-1) définition d'un système de santé**

Le système de santé est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, etc.). Le choix d'un système de santé traduit les conceptions de l'Etat dans le domaine sanitaire et social. Il ne se définit par:

- La structure et les caractères du système de soins, de l'appareil producteur et distributeur de biens et service de santé.
- Les institutions de gestion et de financement.

L'article 4 de la loi 85-05 du 16 février 1995 relative à la protection et la promotion de la santé définit le système de santé comme « l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population.

Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire »

D'après l'article 5 de la même loi ci-dessus, le système de la santé est caractérisé par :

- La prédominance et le développement du secteur public ;

---

<sup>41</sup> BENAKRAB Rahma, op . cit, p24à 26

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

- Une planification sanitaire qui s'insère dans le processus global de développement économique et social national ;
- L'inter-sectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé ;
- Le développement des ressources humaines matérielles et financières en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matière de santé ;
- La complémentarité des activités de prévention, soins et de réadaptation ;

Des services de santé décentralisés, sectorisés et hiérarchisés en vue d'une prise en charge totale des besoins sanitaires de la population<sup>42</sup>

### **1-4-2) les objectifs d'un système de santé**

L'amélioration de la santé est incontestablement le premier objectif d'un système de santé, mais en raison du coût parfois catastrophique des soins et de leur imprévisibilité, il importe de mettre en place des mécanismes garantissant la répartition des risques et une protection financière. Dès lors, le deuxième objectif d'un système de santé doit être l'équité de la contribution financière. Un troisième objectif : la capacité de répondre aux attentes de la population dans des domaines autres que celui de la santé reflète la nécessité de respecter la dignité et la liberté des personnes ainsi que la confidentialité de l'information.

L'OMS s'est lancée dans une vaste opération de collecte et d'analyse de données pour évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé des Etats Membres de l'OMS atteignent ces objectifs, ce dont ils doivent être tenus de rendre compte, et utilisent efficacement leurs ressources à cette fin. En mettant l'accent sur un petit nombre de fonctions universelles exercées par les systèmes de santé, le présent rapport propose aux responsables des éléments d'appréciation pour les aider à améliorer la performance des systèmes de santé.<sup>43</sup>

### **1-4-3) Evolutions du système de santé algérien**

L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962.

Contrairement aux deux pays voisins du Maghreb, jusqu'en 1948, les Algériens relevaient d'un statut particulier, dit de l'indigénat et les territoires majoritairement habités

---

<sup>42</sup> Cabanne c. et alii : lexique de géographie humaine et économique, Edition. Dalloz, 1984, p 387.

<sup>43</sup> Rapport sur la santé dans le monde 2000, "pour un système de santé plus performant" OMS, p 23

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

par des populations indigènes étaient exclus du droit français pour relever d'un statut particulier de communes mixtes, placées sous la gestion d'une administration commandée par l'armée et les représentants des colons.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une **politique de santé** dont l'évaluation sera marquée par deux éléments majeurs : la volonté de prise en charge des problèmes de santé de la population par l'Etat et la disponibilité de ressources financières, largement dépendantes de la rente pétrolière. On peut ainsi, en ayant en mémoire ces deux éléments, identifier, dans l'évolution du système national de santé, quatre périodes s'étendant schématiquement de 1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003 et de 2004 à aujourd'hui

### ➤ **La période 1962-1972 : reconstruction d'un système de santé dévasté par guerre**

1963 : Statut d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale.

1964 : Création de l'institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ».

1965 : Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose mis place avec le soutien de l'organisation mondiale de la santé.

1966 : Instauration de prestation à mi-temps, dans les services publics, pour les médecins exerçant dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires. Vaccination de masse par le BCG chez les enfants.

1969 : Décret rendant les vaccinations obligatoires et gratuites. Création de la pharmacie centrale algérienne, dont le mandat assigné était « d'assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutique ».

1972 : vaccination de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral. <sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> BENAKRAB Rahma, *ibid*,p27.

## Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé

---

### ➤ La période 1973-1986 : vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics

1973 : L'année est marquée par deux mesures très importantes :

- L'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins ;
- La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire.

1975: L'année est marquée par :

- La programmation sanitaire de pays (PSP) avec l'adoption de normes
- La mis en œuvre dans tout pays du programme élargi de vaccination
- L'instauration du service civil : en raison de l'augmentation massive du nombre de médecins terminant leur cursus universitaire

1979 : Il est crée par décret le secteur sanitaire et les sous-secteurs sanitaires. Comme nous l'avons dit précédemment, en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, à ceux-ci. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement administrative, à débouchés sur le concept de secteur sanitaire qui à été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau duquel le de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et à de plus, établi la notion sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins.<sup>45</sup>

1983 : La loi 83-11 du 2juillet relative aux assurances sociales garantis le forfait hôpitaux. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance,

1984 : Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile à été élaboré et mis en place avec la collaboration de 14unicef.

1986 : Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sien des secteurs sanitaires.

---

<sup>45</sup> BENAKRAB Rahma, ibidem, p28 à 31

- **La période 1987-2003 : absence d'adaptation du secteur de la santé à la double transition démographique et épidémiologique en cours, du fait de la crise économique et sécuritaire qui fait passer la santé au second plan des priorités de l'état algérien**

1988 : Mise en place du tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une information sur le fonctionnement des structures.

1989 : Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée, jusqu'en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière.

1990 : Réalisation de « l'enquête santé » effectuée par l'institut national de santé publique.

Conférence nationale sur la réforme du système de santé.

1992 : Conférence nationale sur programmes locaux d'action sanitaire (PLAS).

Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament.

Ces décrets concernant l'enregistrement des produits pharmaceutiques.

1994 : décret executive 94-74 du 30 mars érigeant l'institut Pasteur d'Algérie, institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). Creation de la pharmacie central des hopitaux.

1996 : creation de l'institut national de pédagogie et de formation pa ramédicale par le décret executive 96-148 du 27 avril.cet établissement à statut d'EPA a pour mission.

1998 : creation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS 2) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la préventiondu ministère de la santé et de la population.

2002, 2003 et 2004 : publication d'un document "annuel" intitulé la santé des Algériennes et des Algériens.

## **Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements publics de santé**

---

### **➤ La période de 2004 à 2011 : volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans remettre en place une véritable planification à long terme**

2007 : décret executive n°07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité(EPSP).

2008 : Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant creation de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques.

2009 : prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement.

2010 : installation d'une commission mandate en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministered la santé, de la population et de la réforme hospitalière oar la commission en janvier 2011.

2011 : Adoption par le ministère de la santé d'un plan national cancer.

Nous verins d'énumérer les différentes étapes qu'à franchise le sytème de santé algérien. Ainsi que nous le verrons dans les chapitres suivants, il est incontestable que des progress ont été accomplis. Nous verrons. Cependant, également, que le système reste cofronté à des défis importants.

## **Conclusion**

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'ils 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 centrée 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 ajoutée deb la prise en charge pour l'établissement de santé.

Ce présent chapitre développe des différentes 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 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.

# Chapitre 2

---

*L'évaluation des services hospitaliers  
dans un établissement public de santé*

---

### **Introduction**

Au cours de ces dernières années, le contenu des dépenses de santé dans le monde a été considérable. De plus, l'émergence d'un certain nombre de problèmes gé, sans oublier les facteurs dits de société, en plus du contexte international, ce qui implique d'apporter des correctifs indispensables en vue d'adapter le système de santé à ces changements socio-économiques, démographiques et épidémiologique qui pèsent lourdement sur les couts de santé.

L'élaboration d'une politique globale de santé et la planification des actions à mener nécessitent une connaissance approfondie des profils pathologique et démographique.

Pendant longtemps la situation sanitaire en Algérie étaient caractérisés par une pathologie ou prédominant les maladies transmissibles parasitaires. Depuis une vingtaine d'années. On assiste à une modification des problèmes de santé prévalent avec une place de plus en plus grande occupée par les maladies non transmissibles. Cette modification du paysage sanitaire, connue sous l'appellation de « transition épidémiologique », se caractérise par une situation ou se superposent les maladies liées à la pauvreté, et au manque d'hygiène, et celles liées au développement (stress, urbanisation, mode de vie, mode d'alimentation, etc.)

Quant au profil démographique, le phénomène de transition et plus lent à se réaliser, mais nettement perceptible en Algérie. Cette double transition (épidémiologique et démographique) ne peut qu'influer sur la politique de santé du pays dont les principaux aspects seront saisis à travers les données statistiques sanitaires disponibles.

Dans cette dernière partie, nous aborderons brièvement en premier point-les principaux outils d'évaluation des politiques, Nous essayons d'analyser de certains indicateurs nationaux de santé et l'état de santé de la population.

### **Section 1 : le processus d'évaluation dans les services hospitaliers**

L'évaluation a pris, de nos jours, une importance jamais égalée jusque là son extension à des champs et des secteurs d'intervention multiples est maintenant chose faite.

L'évaluation s'applique désormais à des domaines qu'on ne soupçonnait pas, jusqu'ici, susceptibles d'être évalués. Son application est maintenant élargie à la gestion des systèmes de santé et aux pratiques des soins. C'est ainsi que l'évaluation à l'hôpital recouvre un champ d'intervention des plus vaste touchant à des espaces aussi larges que <sup>1</sup>

- Les actes médicaux
- Les soins
- L'hôtellerie
- La gestion financière, budgétaire et comptable
- La gestion des ressources humaines
- La gestion des opérations
- La gestion des systèmes d'information
- La gestion des approvisionnements
- La gestion des stocks

#### **1-1) Définition de l'évaluation**

« L'évaluation est le processus qui consiste à recueillir un ensemble d'informations pertinentes, valides et fiables, puis à examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères choisis adéquatement en vue de fonder la prise de décision. »<sup>2</sup>

##### **➤ Qu'est-ce qu'évaluer?**

L'évaluation consiste en une prise d'informations sur des performances ou des comportements qui sont ensuite rapportées à des objectifs à atteindre ou à des normes. En amont, l'évaluation implique un choix de démarches et/ou d'instruments de mesure.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Bulletin trimestriel de l'école nationale de santé publique EL MARSAN° 02 JUILLET 1996, p7

<sup>2</sup> Le gestionnaire « le renouveau du service public », dixième journée nationale de gestion des établissements de santé, école nationale de sante publique mardi 23 novembre 2004, p 80

<sup>3</sup> « Le gestionnaire », n°5 revue del'ENSP- ISSN n° 111102875.

### **➤ L'évaluation en santé public**

« Processus d'analyse quantitative et/ou qualitative, qui consiste à apprécier, soit le déroulement d'une action ou d'un programme, soit à mesurer leurs effets (c'est-à-dire les effets spécifiques et les conséquence ou l'impact). »

Les deux approches qualitative et quantitative, de l'évaluation médicale, développées ci-après, répondent, à deux grandes préoccupations. La première est d'évaluer la qualité de ce qui est produit, ici le soin medical. Dans ce sens, l'évaluation de la qualité des soins constitue une aide à la décision médicale. Le second souci est d'apprécier les couts des soins mis en oeuvre. L'évaluation économique permet, à tous les niveaux, de disposer d'éléments de réflexion et de choix pour les gestionnaires de la santé.

Comme pour toutes les démarches d'évaluation, celle en santé publique est une démarche d'observation et de comparaison. La comparaison s'établit toujours entre des données recueillies et un référentiel ; le référentiel d'évaluation pouvant être soit un objectif de santé déterminé par la littérature, soit un critère construit de façon pragmatique en fonction de Certaines situations à partir d'avis d'experts.

En santé publique, on entend avec les mêmes mots, la poursuite de deux objectifs différents :

- démontrer, en employant des méthodes comparatives, l'efficacité supposée de certaines stratégies d'intervention (on parle de recherche évaluative) ;
- vérifier les performances annoncées par l'application des dites stratégies d'intervention (on parle d'évaluation programmatique).

Dans le domaine de la santé publique, plus que dans tout autre domaine, l'évaluation est indissociable de l'action entreprise. Pourtant, cette démarche est beaucoup plus récente que L'apparition De la discipline en tant que telle.

Notre système de santé a été construit au fil des années sur la confiance envers les vertus curatives et a vécu avec ce simple repère pendant longtemps...<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> HASSIBA DJEMA , HICHEM SOFIANE, MESSAOUD ZEROUTI, MOHAMED BEKKAR, « évaluation de la performance du système de soins en algérie », édition PNR, l'année 2017

### **1-2) la problématique de l'évaluation en santé publique**

Le domaine de la santé publique est vaste et hétérogène.<sup>5</sup> Les méthodes d'intervention dans ce domaine sont nombreuses. Elles sont bien codifiées dans certains domaines comme celui des dépistages, elles sont moins bien structurées et stabilisées dans d'autres, comme la promotion de la santé. L'évaluation est intimement intriquée à l'action.

#### **1-2-1) Les difficultés**

Les fonctions de l'évaluation (politique, économique, scientifique ou pédagogique) et les objectifs aux quel elle s'applique (ressources, processus, résultats, effets, ...) sont Multiples. L'évaluation fait appel à des disciplines différentes comme l'épidémiologie, la sociologie, l'économie, la gestion, ... dont elle emprunte les méthodes et les techniques de recueil des informations. Le décideur doit connaître cette complexité et cette diversité.

La qualité d'une action de santé publique repose sur celle de sa préparation et de sa mise en place. L'action conduit à la formation, à la communication et à la recherche. Si l'évolution quantitative est relativement facile, mesurer la qualité d'une action de santé, son efficacité, l'évolution des comportements, est beaucoup plus délicat. En fait, la stratégie qui sera adoptée donnera sens à l'action. C'est pourquoi, le choix de l'action elle-même conditionne le projet d'évaluation et les techniques qui seront employées pour obtenir les résultats souhaités.

Une évaluation est toujours nécessaire, même si son intérêt est parfois discuté en fonction :

- Du thème de l'action ou du programme envisagé ;
- De la nature de l'action ;
- D'une manière plus générale, de « l'acceptabilité » de l'action dans le contexte local ;
- De l'importance des effets potentiels attendus. <sup>6</sup>

#### **1-3) Les objectifs**

En santé publique on distingue :

---

<sup>5</sup> BRUCKER G, FASSIN D : « santé publique » édition ellipse, paris ,1989, p 848

<sup>6</sup> Bréart G , Bouyer J : « méthodes épidémiologiques en évaluation », rev Epidémiol santé 1991 ;p39 :S5- S14

- **La recherche évaluative** qui cherche à démontrer scientifiquement l'efficacité de certaines méthodes d'intervention avant leur application et leur généralisation. La recherche évaluative est de caractère expérimental.
- **L'évaluation pragmatique** qui cherche à vérifier, sur le terrain, les performances obtenues par l'application de méthodes d'intervention.

Quel que soit l'enjeu de l'évaluation, les objectifs doivent toujours se référer aux paramètres qui caractérisent une action de santé publique :

- La pertinence, c'est-à-dire le lien entre les objectifs de l'action et besoins identifiés ;
- La cohérence, c'est-à-dire le lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre ;
- L'efficacité, c'est-à-dire la relation entre les objectifs de l'action et les résultats ;
- L'efficience, c'est-à-dire la relation entre les ressources attribuées à l'action et les résultats ;
- L'impact ou les répercussions, c'est-à-dire les effets du programme autres que ceux observés sur la population concernée. Par exemple, ceux observés sur les acteurs, sur l'environnement... l'action ayant été choisie, le projet d'évaluation doit être étudié. Il est important d'être très clair les modalités d'évaluation qui seront consignées dans le cahier des charges et découlent d'un questionnement systématique : Pourquoi ? Que cherche-t-on à connaître ? sur quoi portera l'évaluation ? qui doit évaluer ?<sup>7</sup>

### 1-4) Action /évaluation : une relation obligatoire

L'évaluation doit être intégrée au programme d'action de santé dès le début, pour plusieurs raisons :

- **Techniques** : pour que le choix des objectifs et méthodes de l'évaluation soit interactif avec celui de l'action.
- **Sociales et organisationnelles** : pour que les contraintes respectives de l'action et de l'évaluation puissent être prises en compte.
- **Financières** : afin que les demandes de financement de l'évaluation soient intégrées dans le financement général de l'opération.

---

<sup>7</sup> Bréart G , Bouyer J, op. cit, p40

- **Pratique** : pour les commanditaires s'impliquent dans l'évaluation.

### **1-4-1) Méthodes**

L'évaluation en santé publique comporte l'obligation d'indiquer et de justifier les méthodes employées pour recueillir et traiter l'information, car du type de méthode dépend, en partie, le type de résultats.

Selon ce que l'on cherchera à évaluer, on fera appel à des méthodologies appartenant à différentes disciplines connues : <sup>8</sup>

➤ **L'épidémiologie**

Pour démontrer la pertinence ou l'efficacité de l'action ou du programme, c'est-à-dire les effets sur la santé, en comparant les effets réalisées et les effets attendus.

On pourra alors, en fonction de l'objectif, proposer plusieurs méthodes :

- Soit démontrer l'efficacité de l'intervention par un protocole expérimental d'essai contrôle. La répartition des patients dans les groupes témoins ou traités, est faire individuellement et pas dans le contexte habituel de mis en place d'action de la santé publique.
- Soit rechercher les effets réels de l'application d'une méthode d'intervention sur la santé de la population, par une procédure d'enquête de types quasi-expérimentaux « ici/ailleurs »
- La répartition des parties dans le groupe témoins ou traités se fait par groupe et non plus individuellement.
- Soit rechercher les effets directs de l'action sur la santé par une enquête d'observation de type « avant - /après » (la situation « avant » sert de référence pour évaluer l'efficacité de l'intervention).
- Soit effectuer une enquête d'observation simple, c'est-à-dire comparer les effets mesurés aux effets attendus théoriques.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Bréart G, Bouyer J , ibid,p42

<sup>9</sup> Bréart G, Bouyer J, ibdem, p 44

### ➤ Les sciences sociales

- Pour analyser des données existantes à opérer un « état des lieux » (analyse des situations et des besoins) nécessaire pour compléter les connaissances empiriques et faire le point sur des informations partiellement connues.<sup>10</sup>
- Pour explorer de nouvelles dimensions auxquelles les décideurs n'auraient pas encore pensé, et préfigurer les items qui seront traités dans les questionnaires systématiques, éventuellement utilisés au cours du déroulement de l'évaluation proprement dite.
- Pour opérer des diagnostics provisoires qui seront autant d'hypothèses destinées à être vérifiées.
- Pour étudier les facteurs de « réceptivité » des actions menées ou les causes supposées d'effets inattendus.

Les sciences sociales apportent leurs méthodes descriptives, explicatives ou démonstratives afin de recueillir les données individuelles ou collectives sur les niveaux de connaissances et d'information, les opinions, les attentes, les attitudes ou la motivation. Selon la nature des informations à recueillir ou du public visé, on fera appel aux techniques d'observation, d'entretien, du questionnaire d'enquête, d'analyse de contenu. La sociologie en général et la sociologie des organismes (analyse stratégique), en particulier permettent de construire des arbres ou des algorithmes de décisions et de conduite de projets en utilisant des théories comme celles de l'action ou des graphes.<sup>11</sup>

### ➤ Les sciences économiques

Il faut distinguer la logique de productivité qui les activités (processus) aux ressources utilisée, et l'évaluation économique proprement dite qui rapporte les coûts d'une action à des résultats de santé (rentabilité, efficacité). Les principes de l'évaluation économique sont largement décrits dans la littérature. Ces méthodes sont celles de l'économie publique qui constitue un cadre théorique cohérent pour mettre en évidence les arbitrages qui devraient soutenir l'allocation des ressources collectives.<sup>12</sup>

L'évaluation économique implique toujours une comparaison des différentes alternatives ou champs d'actions, à la fois en termes de coûts et en termes de résultats.

---

<sup>10</sup> Ghiglione R , Matalon B : « les enquêtes sociologiques : théories et pratique », 4<sup>ème</sup> édition Armand colin 1985, paris Ed : p 300.

<sup>11</sup> Pincault R , Daveluy C : « La planification de la santé , concepts, méthodes, stratégies », édition agence d'ARC, Montréal 1986: p480

<sup>12</sup> Le Galés C : « l'évaluation économique des interventions en santé publique : principes et limites », Rev Epidémiol santé publ 1991 ;3 :S15-p 29.

Une approche pragmatique consiste à différencier quatre modèles méthodologiques selon le traitement des résultats et des conséquences :

- L'étude de minimisation des coûts s'applique lorsque les actions comparées ont des résultats identiques en termes de santé et en termes d'effets sur les patients et leur entourage ;
- coût-utilisé efficacité à pour objet de comparer au moyen des ratios coût-efficacité la rentabilité de différentes actions ayant des résultats exprimés en même unités physique (années de vie gagnées, nombre de handicaps évités,...) ;
- L'analyse coût-utilisé repose sur les même principes que l'analyse coût-efficacité, mais l'efficacité est alors appréciée en terme de qualité de vie ;
- L'analyse coût-bénéfice valorise l'ensemble des conséquences d'un programme de santé (par exemple, les « coûts évités ») permettant ainsi de calculer le bénéfice net du programme (différence entre le bénéfice monétarisé et les ressources consacrées). On peut alors comparer l'intérêt économique des programmes de nature différente (exemple : comparaison théoriquement possible entre un programme de sécurité routière ou nucléaire et un programme de dépistage systématique de pathologies métaboliques à la naissance,...)

Il ne faut pas méconnaître, outre les limites traditionnelles de l'évaluation économique (actualisation, prix de la vie humaine,...). Celles plus spécifiques du domaine se la santé publique 'difficultés à mesurer, sur le plan économique, les conséquences réelles des campagnes de prévention et les effets induit auprès des autres membres du groupe, comme le résultat de « non atteinte » ou le risque iatrogène,...).<sup>13</sup>

### ➤ **Les techniques comptables et de gestion**

Les études économiques sont différentes des mesures comptable réalisées au cours du déroulement et à la fin de l'action de santé publique.

### **1-5) Choix des critères et des indicateurs d'évaluation**

Le but de l'évaluation, étant de porter un jugement sur une activité, une ressource, un résultat, implique le choix de critères.

---

<sup>13</sup> Le Galés C : « Apports et limites de l'anyse économique des actions de prévention. In : promotion de la santé, des politiques, des métiers des vécus », congrés. Volume des résumés. Nancy : édition société française de la santé publique 1995, p117 à 118.

## **Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé**

Les critères sont des variables capables de rendre compte de manière pertinente et fiable, soit de l'atteinte des objectifs, en particulier des variations de l'état de santé, des connaissances ou des attitudes, soit des différentes composantes du programme.

Les indicateurs sont les données concrètes qui, dans la réalité, rendent compte du critère choisi.

Dans une population donnée, le critère de jugement d'un « programme de périnatalité » pourra être l'état de la mortalité périnatale, alors que le taux annuel de mortalité périnatale mesuré dans une région donnée pour une population donnée, sera un indicateur.

Les critères et les indicateurs doivent être validés, en nombre limité, et choisis dès l'étape d'évaluation « a priori » sur la base des résultats de l'étude bibliographique ou de l'avis motivé d'experts. On parle, dans ce cas de critères explicites connus à l'avance, pouvant être utilisés de manière identique par tous les évaluateurs. Il n'est pas recommandé d'utiliser des critères implicites, c'est-à-dire laissés au jugement de l'évaluateur, qui pourraient avoir un sens différent, selon les acteurs, sauf si on se situe dans le cadre d'une évaluation de recherche dont l'objectif est précisément de valider le critère ou l'indicateur retenu. <sup>14</sup>

### **1-6) Ethique et évaluation des actions de sante publique**

L'éthique de la santé publique doit être définie en fonction des résultats et se fonde sur la loi des grands nombres. De ce fait, elle peut conduire à règlement et à normaliser pour le bien collectif. Elle impose ainsi, des mesures prévention et des traitements aux individus, qui peuvent limiter la liberté de décision des médecins et des citoyens.

Il convient d'observer certains principes éthiques en évaluation des actions de santé publique.

Ces principes sont les suivants :

- Tenir compte des risques liés aux actions pour choisir entre les différentes alternatives possibles ;
- Garantir l'innocuité de l'évaluation : les modalités d'évaluation choisies ne doivent pas présenter de risque de nuisance ;
- Garantir la transparence des actions et des évaluations en informant les acteurs et les participants.

---

<sup>14</sup> Fink A, Koseoff J : « évaluation d'une action de santé publique » an evaluation primer Beverly Hills : édition sage publications, 1978, p 99

Dans toute étude évaluative, un équilibre doit être réalisé entre les contraintes éthiques et les impératifs méthodologiques. Il est important, en particulier, de recueillir le consentement préalable des acteurs concernés sur la finalité du processus évaluatif.

Cette finalité peut porter soit sur une fonction comtable, soit sur une fonction d'appui, ou encore sur une fonction d'amélioration des interventions ; dans ce dernier cas, les acteurs doivent être informés de la nature de l'intervention et du mécanisme de formation des groupes. De même, faire connaître la destination des résultats, permettra de mettre en place des mécanismes nécessaires à leur utilisation.<sup>15</sup>

### **1-7) La démarche d'évaluation en santé publique**

L'évaluation est un processus lié à l'action, depuis sa conception jusqu'à sa réalisation complète et aux organisé par une équipe spécialisée d'évaluation ou avec sa participation, ou avec ses conseils. Le processus d'évaluation peut être suivi et validé à chacune de ces étapes par un comité de pilotage des représentants des institutions participantes et des promoteurs.

#### **1-7-1) Les étapes de l'évaluation**

Après avoir présenté la problématique et les concepts utilisés en évaluation, la démarche proposée évaluer la santé publique se présente comme une succession de questions à résoudre, ordonnée en trois grandes étapes concomitantes à l'action :

➤ **1ère étape : analyse préliminaire ou évaluation « a priori »**

Cette phase préalable est essentielle. C'est au cours de son déroulement que la décision de lancer une action de santé publique aboutira au choix du thème exact de l'action à entreprendre et du projet d'évaluation qui l'accompagnera. Le décideur définira au cours de cette étape les objectifs et toutes les modalités de l'action ainsi que ceux et celles de l'évaluation correspondante.

➤ **2ème étape : évaluation (s) « en cours » ou intermédiaire(s)**

Cette étape est toujours conseillée. Elle est particulièrement utile dans les actions d'urgence, de longue ou complexes. Elle vérifie la dynamique du déroulement de l'action, elle mesure l'adéquation des moyens et des ressources, elle recentre l'action sur les objectifs

---

<sup>15</sup> Fink A, Kosecoff J ,op.cit, p

initiaux (rétro-action), ou pose des questions sur des objectifs irréalistes. Plusieurs évaluations spécifiques peuvent être menées simultanément au cours de cette étape.

### ➤ **3ème étape : évaluation finale**

Cette phase terminale évalue les résultats de l'action, soit immédiatement, soit ultérieurement, selon les cas. Par les données collectées et interprétées, elle mesure les effets directs et indirects sur la population-cible et sur les professionnels engagés dans l'action (impact), ou les conditions de réalisation de l'action (activités, moyens,...).

L'évaluation telle qu'elle est présentée, en trois étapes, doit être envisagée et structurée, avant le lancement de l'action.

La première étape (analyse préliminaire), indispensable, est souvent trop réduite. Il faut examiner toutes les alternatives possibles car le choix, souvent prématuré, des buts du programme ou de l'action de santé occulte toute autre faisabilité.

Il arrive souvent, dans le pratique, que l'évaluateur soit consulté en fin de phase préliminaire lorsque le choix de l'action est déjà arrêté. Dans ces conditions, l'évaluateur aura la responsabilité, face aux décideurs, de restituer ce choix dans le cadre d'alternatives possibles, ce qui peut aboutir, pour certains cas, à des modifications du programme ou même à sa remise en cause.

### **1-7-2) Des étapes aux questions**

Évaluer, c'est se poser des questions et se donner les moyens d'y répondre : c'est pourquoi la démarche d'évaluation, propose de traduire les trois étapes décrites précédemment en une suite de questions ordonnées auxquelles le décideur pourra se référer.

Pour renforcer la logique de la démarche à entreprendre et la rendre plus opérationnelle, les questions sont regroupées selon la nature du questionnement et selon le type d'activité qu'elles suscitent.

D'autres questions, pour une situation donnée, pourront compléter la liste proposée. On peut ainsi définir des points de repère chronologiques qui sont autant de ponts-clefs pour décider, agir, suivre la réalisation du travail et contrôler le cahier des changes.

La rédaction définitive du cahier des charges comprend, en général, deux parties. Une partie, qui liste de manière exhaustive, la mise en place, l'organisation et le déroulement de

l'action de santé. Une autre, qui décrit en détail, le projet d'évaluation et la démarche choisis.<sup>16</sup>

### **1-7-3) Les point de repère de la démarche**

#### **➤ Cadre de l'action de santé publique**

Il s'agit de déterminer les critères du choix d'un thème d'action de santé publique, c'est-à-dire de l'intérêt réel de cette action dans le cadre de politique de santé publique.

Sur un plan pratique, le décideur pourra, s'il désire réfléchir sur les thèmes de santé prioritaires, étudier des indicateurs connus ou faire réaliser, par des enquêtes spécifiques approfondies, un bilan sanitaire sur tel ou tel thème précis de santé. Il pourra compléter, au besoin, ce bilan par des études qualitatives permettant d'apprécier les possibilités réelles, de participations des professionnels concernés, ou celles de la population...

- La recherche bibliographique préalable.
- Les alternatives d'action et d'évaluation : Existe-t-il différences « façons » d'obtenir les résultats souhaités ?

La faisabilité de ces différentes alternatives ou « façons » doit être appréciée car chaque thème de santé publique peut comporter différentes modalités d'action possibles. Celles-ci devront être écrites à partir de critères discriminants simples (cible de l'action, modalités participatives ou informatives,...).

Le but ultime de la phase « analyse préliminaire » est de mettre en évidence les alternatives, de choisir parmi ces alternatives en connaissant les modalités d'action de chacune d'entre elles et de définir « in fine », les objectifs, ses modalités et les critères d'évaluation de l'action retenue.<sup>17</sup>

#### **➤ Objectifs opérationnels du projet d'évaluation**

Il importe de bien cerner les objectifs, car les moyens à mettre en œuvre et les difficultés à prévoir en dépendent.

On distingue schématiquement plusieurs niveaux d'objectifs opérationnels d'évaluation :

---

<sup>16</sup> Fink A, Kosecoff J, ibid, p 103

<sup>17</sup> BENAKRAB RAHMA, les outils d'évaluation d'une politique publique, cas : politique de santé, mémoire de fin d'études en formation spécialisée des administrateurs principaux des services de santé, l'année 2014, p 40

- Évaluation du déroulement de l'action ou évaluation de la conformité au cahier des charges. Exemples : les moyens financiers ou les moyens techniques ont-ils été utilisés selon les prévisions ?
- Évaluation d'impact. Exemple : quel à été le degré de fréquentation des séances d'éducation ou quelles ont été les modifications d'attitude, induites par les actions, sur les population-cibles ?
- Évaluation de résultats de santé. Exemple : les objectifs de santé finaux ont-ils été réalisés ? La fréquence des accidents a-t-elle diminuée ? <sup>18</sup>

### ➤ **Méthodologie et gestion du projet d'évaluation**

Dans le processus complexe et interactif d'une action de santé publique et de son évaluation, il est indispensable de bien définir l'organisation générale, les rôles, compétences et responsabilités de chacun et d'adapter les modes de concertation et de suivi. Cela concerne non seulement les équipes techniques d'action et d'évaluation, il mais aussi les représentants des financeurs, des institutionnels, des professionnels, de la population. Il est indispensable que l'évaluation soit pleinement acceptée par tous au départ du programme, si non elle risque d'être vécue comme un contrôle et risque d'entraîner peu d'adhésion pour les recommandations qui en découleront, alors qu'elle devrait être perçue un moyen de valorisation de l'action.

Dans la réalité, les aspects techniques et organisationnels doivent souvent être abordés en parallèle, du fait des contraintes de calendrier.

Les différentes activités à entreprendre sont souvent organisées selon un graphe précis tel que, par exemple, le diagramme de PERT la conception et le déroulement des événements selon des diagrammes similaires apportent, incontestablement, une garantie à la démarche entreprise.

- **Choix de l'équipe d'évaluation**

L'évaluation d'une action de santé publique est menée le plus souvent par une équipe extérieure spécialisée. Dans ce cas, l'équipe est indépendante de celle qui mène l'action. Les deux équipes doivent alors travailler en étroite collaboration, pour cela, une coordination formelle sera prévue dans l'organisation générale du programme :

---

<sup>18</sup> BENAKRAN RAHMA, *ibid*, p 41

- ✓ Un évaluateur participera aux réunions du groupe d'orientation ;
- ✓ Un responsable participera au comité de pilotage de l'évaluation ;
- ✓ Les dates du (des) rapport(s) intermédiaire (s) seront prévues dans le calendrier du déroulement de l'action.

L'équipe d'évaluation, associée dès le début de la conception du programme, réalise l'ensemble des enquêtes, analyses, synthèses, données d'activité et de ressources prévues par le projet d'évaluation et inscrites au cahier des charges.

On peut envisager, pour une action relativement limitée, que l'évaluation soit par l'équipe chargée de l'action ou certains de ses membres. Dans ce cas, il est recommandé d'avoir recours aux conseils de spécialistes pour bien préciser les modalités qui devront, quelle que soit l'action, concerner obligatoirement le déroulement et les résultats.

- **Le choix du mode d'évaluation**

Il librement réalisé par le comité d'orientation, après définition de l'organisation générale et avant la rédaction définitive du cahier des charges, doit garantir :

- ✓ L'indépendance par rapport à l'action et au terrain ;
- ✓ Le lien étroit de l'équipe d'évaluation et de celle chargée des actions ;
- ✓ La compétence de l'équipe par rapport au projet d'évaluation (technicité et maîtrise des outils d'évaluation, suivi des actions, analyse et synthèse des données) ;
- ✓ Les moyens humains et financiers nécessaires.

- **Responsabilité et organisation des équipes**

Il n'existe pas d'organisation idéale qui s'adapte à toutes les situations.

On peut cependant décrire le rôle et l'organisation des structures que l'on rencontre généralement dans les opérations d'évaluation.

Cette organisation collective est officialisée dans le cahier des charges. Elle est indispensable dans une évaluation de programme. <sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> BENAKRAB RAHMA , ibidem, p 41 à 43

**Tableau N° 1 : tableau de l'évaluation d'un programme**

<b>Dénominations</b>	<b>Rôle</b>	<b>Composition</b>
-comité de suivi ou d'orientation de l'action	-dirige le projet -coordonne et suit l'action -élabore les cahiers des charges -contacte un prestataire pour l'évaluation -définit le comité technique -se coordonne avec le comité technique d'évaluation	- financeurs -décideurs institutionnels -prestataire extérieur -représentant des usages
-Comité technique ou de pilotage de l'évaluation	assure la gestion technique du projet d'évaluation -analyse -valide, -coordonne l'évaluation	-professionnels -associations -institutions -prestataire extérieur -comité de suivi ou d'orientation
-prestataire extérieur pour l'évaluation	-met en place le cahier des charges -coordonne l'évaluation	professionnel indépendant -compétent pour l'évaluation

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

• **Établissement d'un calendrier**

Le calendrier doit prévoir d'emblée l'ensemble du programme, les évaluations, les plans d'enquêtes, les dispositions logistiques et la coordination des équipes.

Dans le calendrier de l'évaluation il faut tenir compte de certaines contraintes :

- La collecte des données existantes et la préparation des matériels nécessaires à l'enquête peuvent demander plusieurs mois, particulièrement si des études spécifiques sont nécessaires ;
- Les périodes de congés, l'interférence avec d'autres programmes,...

Le calendrier permettra aussi à l'ensemble de l'équipe de fixer son propre rythme de travail en fonction des échéances prévues. <sup>20</sup>

<sup>20</sup> La boratoire de recherche Dossier, « evaluation économique des activités de santé »,ENSP juillet 2005

- **Financement**

La mobilisation des partenaires doit intervenir très tôt. Elle est longue à réaliser, d'autant que le programme est de nature communautaire et participatif, que le coût financier est élevé et que l'évaluation fait appel à de nombreux partenaires.

Un budget prévisionnel, global et détaillé par année, doit être préparé en même temps que l'élaboration du programme des actions et des évaluations.

Il doit distinguer les postes revenant à l'action et ceux revenant à l'évaluation, y compris pour les parties de programme réalisées en commun.

La collaboration étroite des équipes d'action et d'évaluation est un facteur favorable pour l'obtention des financements.<sup>21</sup>

- **Moyens techniques**

- L'ingénierie de l'évaluation comprend un certain nombre de conditions à rassembler, en particulier les suivantes :
- Le recrutement éventuel d'enquêteurs, leur formation spécifique aux techniques d'enquête choisies ;
- La mise à disposition du matériel de recueil des données ;
- Le contrôle de la qualité des informations et de synthèse des données d'enquête ;
- L'organisation des relevés des enquêteurs (classification et première analyse des données) ;
- La préparation du rapport-provisoire type.

- **Instruments**

Le système de recueil des données peut faire appel à des données existantes (données statistiques de mortalité ou de morbidité, registres,...), ou procéder à la recherche de données originales, recueillies sur le terrain.

Les instruments utilisés sont de nature et de présentations très différentes selon qu'ils concernent :

- ❖ Le suivi méthodique de l'action et de l'évaluation. Exemple :
  - Tableaux de bord d'indicateurs simples d'activité ;
  - Diagramme de PERT ;

---

<sup>21</sup> La boratoire de recherche Dossier,op.cit.

- Autres algorithmes ;
- ❖ Ou les critères proprement dits de résultats : par exemple, mesures d'indicateurs de santé ou de connaissances à des moments prédéterminés ;

Les techniques d'enquêtes sont couramment employées par la démarche évaluative. Les enquêtes se déroulent selon des étapes qui leur sont propres et qui se trouvent exposées en détail dans le chapitre I de la deuxième partie. Les questionnaires constituent l'outil de base de toute enquête d'évaluation ; il faut distinguer :

- Le questionnaire d'enquête ;
- Le questionnaire (ou grille) d'enquête ;
- Le questionnaire (ou grille) d'observation. ;

L'élaboration d'un questionnaire obéit à des consignes strictes, qui doivent être respectées, en dehors la validité des résultats peut être contestée. <sup>22</sup>

- **Collecte et suivi sur le terrain**

Le suivi sur le terrain doit être planifié entre l'équipe d'évaluation et celle de la mise en place de l'action. L'expérience démontre que le travail des équipes sur le terrain peut se traduire par une courbe qui présente une phase de « montée en charge » pendant la période initiale, suivie d'un plateau puis d'une phase décroissante. Ces trois phases correspondent aux différents degrés de motivation enregistrés au cours de l'effort demandé. Cette constatation indique tout l'intérêt de la répartition des charges de travail en fonction du calendrier.

Quand le volume d'informations collectées est important et porte sur une période longue, il est indispensable de prévoir un traitement des données en continu.

### **1-7-4) Synthèse des résultats et suivi**

L'évaluation finale correspond à la synthèse des résultats au sens strict et à leur interprétation, elle porte sur les différentes composantes du programme (ressources, activités, résultats attendus,...)

Elle correspond, également, à l'observation des effets qui peuvent être immédiats ou tardifs, ce qui implique l'opportunité de mettre en place un suivi, afin de mesurer, dans le temps et selon les cas, les répercussions de l'action sur l'environnement. <sup>23</sup>

---

<sup>22</sup>PINEAULL R, Daveluy C : « la planification de la santé. Concepte, méthodes, stratégies », édition agence d'ARC,1986 Montréal : p 480.

### **➤ Le rapport d'évaluation**

Le rapport d'évaluation répond aux questions et aux objectifs spécifiques de l'évaluation et explique les méthodes utilisées pour y arriver. Il constitue la production officielle de l'évaluation, donnant ainsi un caractère public aux activités et à leur évaluation ; c'est pourquoi, il doit être préparé avec beaucoup de soins.

Le rapport d'évaluation est généralement produit par l'évaluateur et son équipe auxquels peuvent être associés les responsables des actions réalisées.

Le rapport d'évaluation peut être produit à différents moments et de différentes façons, selon les accords contractés avec les demandeurs. Généralement, un rapport écrit est remis à la conclusion, en fin d'évaluation. Cependant, en plus du rapport final écrit d'évaluation, le promoteur peut demander, à l'évaluateur, de fournir des états intermédiaires d'avancement de l'évaluation. Les lignes directrices et la forme du rapport final sont contractuellement définies.

Le rapport d'évaluation doit être crédible, exact et aisément lisible. La responsabilité de l'évaluateur est de communiquer, de manière compréhensible, les résultats obtenus.

#### **• Contenu du rapport d'évaluation**

- Introduction : description de l'action de santé ayant été réalisée, de ses objectifs, de ses méthodes d'évaluation.
- Développement : présentation et description des méthodes d'évaluation utilisées et des techniques de collecte de l'information.
  - Présentation et description des méthodes d'analyses et d'interprétation des résultats.
  - Justification des calculs et des graphes.
  - Présentation et commentaires des résultats.
- Conclusion : synthèse générale de l'évaluation.
  - Annexe technique concernant les participants, les instruments méthodologiques (questionnaires), la composition des groupes de travail et le cahier des charges.
- Diffusion des résultats et des recommandations

---

<sup>23</sup> PINEAULL R, Daveluy C, op.cit, p 482

- Il est nécessaire de savoir diffuser les résultats des actions de santé publique et pour cela de définir une politique de diffusion cohérente, adaptée aux besoins des promoteurs et à ceux de tous les acteurs. Cette politique devra prendre en compte :
  - Les récepteurs de l'information ;
  - La forme des supports ;
  - Le choix des canaux de communication ;
  - Les moyens à dégager.

Les modalités de diffusion des résultats doivent être prévues dès la phase de conception de l'action, en relation avec la production du rapport final d'évaluation. Des rapports intermédiaires, ou parties de rapports, peuvent également être diffusés, par écrit ou oralement, selon l'intérêt à certains aspects spécifiques dans l'ensemble du programme.

Les résultats ou les méthodes peuvent être publiés, sous forme d'articles ou de communications de rapports auprès des éditeurs de bases de données et de la littérature « gris » en santé publique.

L'étape ultime d'utilisation des résultats sera, pour les promoteurs, d'élaborer des recommandations dont l'application ou le suivi pourront, à leur tour l'objet d'autres évaluations. <sup>24</sup>

- **Étude des conséquences d'une action de santé à plus long terme**

Le décideur doit pouvoir évaluer toute les conséquences psychologiques, sociales, économiques, organisationnelles, communautaires, directes ou indirectes, non seulement sur la public-cible ayant fait l'objet de l'intervention, mais aussi sur la population générale, sur les professionnels et sur les institutions participantes.

Un programme, même bénéfique en termes de santé individuelle et directe, peut s'avérer catastrophique sur le plan social, s'il est mal accepté psychologiquement par la population. À l'inverse, une action apparemment non efficace, peut avoir des retombées très positives parce qu'elle contribue à stimuler l'intérêt de la population pour sa santé, ou à améliorer la vigilance et les pratiques des professionnels.

L'évaluation finale d'une action ou d'un programme de santé se pratique, soit immédiatement dès la fin de l'action ou du programme, pour rendre compte de la réalisation

---

<sup>24</sup> PINEAULL R, Daveluy C ,ibid,p 483

## **Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé**

---

des objectifs du programme, soit en différé, à distance de la fin de l'action. Il s'agit dans ce dernier cas, de réaliser une ou des évaluations pour mettre en évidence la rémanence de certains phénomènes.

Ce type d'évaluation est efficace pour mesurer l'importance des retombées de l'action sur l'environnement.

En effet, les retombées, souhaitées, prévisibles ou imprévues, constituent la raison d'être de tout programme ou action de santé publique l'évaluation dans ce domaine est, par ce principe, considérée comme un rapport majeur d'aide à la décision pour entreprendre, poursuivre, ou modifier les actions et participer, ainsi, à l'élaboration des systèmes de régulation qui sont, en permanence, confrontés à la réalité du social. <sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> PINEAULL R, Daveluy C , ibidem, p 486

### **Section 2 : Les critères de choix d'évaluation et les indicateurs à retenir**

Il est maintenant temps de choisir les indicateurs. Nous analyserons les critères et la méthode de choisir d'un bon indicateur adapté aux besoins des décideurs.

#### **2-1) Les instruments quantitatifs et qualitatifs**

##### **2-1-1) Tableau de bord**

Le but de toute évaluation est de porter un jugement sur une activité, une ressource, ou un résultat. La recherche et le choix des critères qui présideront à ce jugement sont déterminants. En effet, les critères sélectionnés devront qualifier, de manière faible, les caractéristiques étudiées, que celles-ci se rapportent à l'état de santé, à l'état de connaissance, aux attitudes des populations concernées ou encore aux composantes spécifiques du programme. Les variations de ces caractéristiques seront mesurées, dans la réalité, par des données concrètes nommées indicateurs et qui rendent compte du critère de jugement correspondant le tableau de bord est juste un ensemble de ces indicateurs.

Hincelin (2004) définit le tableau de bord comme un ensemble ordonné d'indicateur, qui permet de suivre des paramètres que l'on juge essentiel, il constitue un outil d'évaluation et de suivi. Il doit être régulièrement alimenté. Il peut constituer un instrument de lisibilité de l'action, et peut servir de support à une concertation.

Pour construire un indicateur, Hincelin propose les étapes suivantes :

- Identifier le phénomène à mesures ;
- Rechercher les informations en relation avec le phénomène ;
- Sélectionner l'information pertinente ;
- Vérifier la liaison de l'information et du phénomène ;
- S'assurer les possibilités de recueil et de la qualité du traitement des mesures ;
- Construire l'indicateur ;
- Vérifier la fiabilité et la fidélité dans le temps ;

Donc le tableau de bord est outil de synthèse et de visualisation des situations constatées à travers les indicateurs eux même choisis en fonction des objectifs.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> <http://www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf> consulté, 14/01/2022

### **2-1-1-1) Indicateurs**

Un critère est un angle de vue porté sur un objet, une caractéristique observable qui sert à décrire ou à mesurer les divers éléments de l'action (objectifs, actions, situations, etc.). C'est lui qui donne le sens de l'évaluation, les critères ne sont donc manipulables qu'une fois traduits en indicateurs (il faut plusieurs indicateurs pour évaluer tous les aspects d'un même critère).

Un indicateur est une variable qui élément de situation, on une évaluation d'un point de vue quantitatif, la variable retenue doit permettre un suivi de la qualité dans le cadre d'un système de recueil de donnée. C'est un instrument de mesure qui donne l'information et d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre.<sup>27</sup>

### **2-1-1-2) Construction d'un indicateur**

➤ **Un indicateur doit être simple et acceptable** : il doit être :

- Fiable à élaborer ;
- Saisible à recueillir et calculer ;
- Être compréhensible et compris de la même façon par tous les acteurs ;
- Provenir de recommandations professionnelles ;
- Validés par des représentants professionnels ;

➤ **Un indicateur doit être pertinent**

Il doit pouvoir refléter ce qu'il est censé mesuré (validité) et permettre d'identifier, de façon simple, les problèmes à résoudre et pour lesquels des actions de prévention ou de correction existent (pertinence).

La pertinence évalue la capacité de l'outil de mesure à identifier des sources d'amélioration de la qualité des soins qui puissent déboucher sur des actions de correction applicables. Elle peut s'apprécier à partir des résultats par la variabilité inter établissements observée ou l'importance de l'écart entre la moyenne observée sur l'échantillon et une norme

---

<sup>27</sup> <http://www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf>, consulté, 15 /01/2022

de référence. Selon une autre acception, la pertinence correspond à la capacité de la mesure à générer des actions d'amélioration et à en suivre l'impact.

### ➤ **Un indicateur doit être comparable et améliorable**

La comparaison des résultats dans le temps objective l'évaluation de processus mesuré le recueil des données nécessaire au calcul de l'indicateur se fait à partir d'une grille de recueil standardisée avec les consignes de remplissage afférentes qui sont des outils indispensables pour la reproductibilité de la mesure.<sup>28</sup>

## **2-1-2) Les différents types d'indicateurs**

### **2-1-2-1) Indicateurs de résultats**

En matière de santé, qu'il s'agisse d'objectifs sanitaires globaux ou de démarches locales d'amélioration de la prise en charge des patients en termes d'efficacité, de satisfaction, de sécurité et d'efficience, la notion de « résultats » recouvre des réalités différentes. Il existe deux types d'indicateurs de résultats :

- *Les indicateurs de résultats intermédiaires* : ils mesurent l'aboutissement des différentes étapes des processus de prise en charge.
- *Les indicateurs de résultats finaux* : en termes de santé : ils ont trait à la mortalité, la morbidité, l'incapacité, l'inconfort et la satisfaction.

### **2-1-2-2) Indicateurs de processus**

Tout processus de prise en charge des patients peut être décrit comme un ensemble d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat de qualité. Chaque étape constitue elle-même une succession des tâches faisant intervenir différents acteurs.

Les indicateurs de processus renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées lors de ces différentes étapes et tâches ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés.

---

<sup>28</sup> BENAKRAB RAHMA, op.cit, p 52 à 53

L'indicateur analyse la sécurité dans la réalisation du processus, l'accessibilité, la continuité, le respect des délais ou encore l'implication des professionnels et des services dans les activités le concernant.<sup>29</sup>

### **2-1-2-3) Indicateurs d'activité**

De très nombreux indicateurs d'activités peuvent être envisagés, en fonction des objectifs poursuivis. L'activité peut être décrite de manière globale et / ou par secteur d'activité.

Elle peut être exprimée d manières détaillée ou synthétique, de manière brute ou par référence aux coûts ou aux structures (productivité). Le recueil et l'utilisation des indicateurs d'activité répondent aux règles méthodologiques générales. La discussion des différentes catégories d'indicateurs d'activité disponibles sort du cadre de ce document.

### **2-1-2-4) Indicateurs de structure**

Un indicateur de structure permet d'analyser les ressources humaines, matérielles, financières et l'organisation de la structure nécessaire à la prise en charge des patients. Les indicateurs de structure sont parfois liés à des normes réglementaires.

### **2-1-3) Les indicateurs comme outils de comparaisons :**

Les indicateurs peuvent permettre des comparaisons dans les conditions suivantes :

#### **2-1-3-1) Comparaisons internes**

##### **➤ Indicateur « état des lieux »**

En matière de santé, des mesures uniques on parfois une valeur décisionnelle forte. Un secteur d'activité peut avoir besoins d'un « bilan de l'existant » pour définir des priorités d'action dont le suivi sera effectué par la suite avec d'autres indicateurs plus spécifiques.

Ces priorités sont retenues au terme d'une interrogation, à un instant donné, sur le possible, qui est fonction des connaissances et des ressources, et sur le souhaitable, qui est fonction des valeurs éthiques et des particularités culturelles. Tous ces paramètres sont évolutifs, ce qui explique le caractère de toute démarche efficace.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Dossier Laboratoire de recherche « évaluation économique des activités de santé, ENSP juillet 2005

<sup>30</sup> Dossier laboratoire de recherche, op , cit ,p31

### **➤ Comparaisons dans le temps : suivi discontinu, suivi continu**

L'indicateur, peut faire l'objet d'un suivi continu sur l'ensemble de la population étudiée. Certaines mesures ont déjà enregistré en routine de cette manière (ex : l'âge, les constantes vitales, etc).

Cependant, il est souvent nécessaire de rassembler de manière prospective des données non disponibles en routine. Dans un souci d'utilité et d'économie, le suivi peut alors habituellement être conduit de manière discontinue sur un nombre limité d'observations.

### **2-1-3-2) Comparaisons externes**

D'une manière, l'utilisation du même indicateur pour comparer les pratiques, le fonctionnement ou les résultats de plusieurs structures suppose que la comparabilité \_ ou la non -comparabilité des structures ait été analysée au préalable.

Cette analyse doit prendre en compte les ressources, l'organisation, les processus, et s'il s'agit d'indicateurs cliniques, les caractéristiques des patients prise en charge.

Elle suppose également que les modalités de recueil soient similaires quels soient celui qui recueille l'information et le lieu où elle est recueillie. Ces modalités doivent donc être définies au préalable.

### **➤ Comparaisons externes, pilotées de l'extérieur des structures concernées**

On assiste à un développement considérable de l'information « objective » disponible, source potentielle « d'indicateur ». Ce développement implique une certaine standardisation des modalités de traitement de l'information.

Ainsi, plusieurs questions s'imposent devant tout indicateur « externe », qu'il s'agisse d'un indicateur épidémiologique ou d'un indicateur qualité :

- Qui pilote la comparaison, et quel en est l'objectif (la réponse à la première question éclaire en général la seconde) ?
- La validité de la comparaison a-t-elle été étudiée ? les conditions de cette validité sont-elles décrites, et si oui sont-elles effectivement réunies ?

### ➤ **Comparaisons mises en œuvre de manière volontaire par plusieurs structures**

Plusieurs équipes ou établissements de santé peuvent choisir de travailler ensemble sur leurs pratiques et leurs organisations, voire leurs résultats, et de se confronter sans complaisance afin de les améliorer. Ici encore, l'indicateur est un outil, par un but. L'objectif n'est pas la comparaison elle-même, mais l'échange que permet cette comparaison. Cette approche s'apparente à la démarche connue dans l'industrie sous le nom de *benchmarking*.

De nombreux arguments plaident pour une grande prudence dans la mise en œuvre de telles comparaisons, dont l'utilité doit encore faire l'objet de recherches, dans le domaine des établissements de santé :

- Ces structures présentent des spécificités importantes, en termes de missions, d'environnement local et de population desservie ;
- Les phénomènes d'asymétrie d'information, qui caractérisent les différences de connaissances et de priorités entre les usages et les professionnels de santé, y sont systématiques, ce qui explique que selon l'observateur, les objectifs puissent paraître contradictoires ;
- Il existe un niveau parfois élevé de variabilité non maîtrisable, voire utile.<sup>31</sup>

#### **2-1-4) La méthode adaptée pour obtenir ces indicateurs**

Parmi les ressources de données possibles pour renseigner les indicateurs, l'enquête est un outil fréquemment utilisé pour recueillir l'information.

Qu'elles soient « qualitatives » ou « quantitatives », les enquêtes doivent :

- Être ciblées sur des objectifs précis.
- Être organisées à l'avance avec un protocole qui décrit les étapes du travail.
- S'appuyer sur un outil de recueil de données, grille d'entretien ou questionnaire.
- Être analysé suivant une méthode rigoureuse prévue dès le départ.
- Répondre à des critères éthiques.

---

<sup>31</sup> Dossier laboratoire de recherche, ibid, p32

### **2-1-4-1) Outil de catégorisation de résultat**

Outil de catégorisation de résultat, créé par promotion santé suisse est adapté par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2005) permet de catégoriser les résultats directs et indirects d'une activité sur l'état de santé de la population.

Le modèle permet de localiser des problèmes de santé, des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints, et sur cette base, de les mettre en perspective. Il est ainsi possible de constater les résultats et les lacunes, évaluer les effets et les interrelations, et par conséquent localiser les résultats importants sur le plan théorique et empirique.

Le modèle peut être utilisé à différents niveaux des projets, du programme et d'une structure pour la planification et l'évaluation de stratégie nationales, régionale ou locale. A ces différents niveaux, le modèle peut servir à faire une analyse de situation, à planifier, à piloter et évaluer un projet, à en démontrer l'impact et donc aussi à légitimer l'investissement financier vis-vis des pouvoirs publics. Finalement, le modèle est utile pour positionner clairement une

Le modèle peut également être utilisé pour des évaluations et bilans intermédiaires, et non seulement finaux. Les résultats intermédiaires pourront alors être réinvestis dans le pilotage du projet.

### **2-1-4-2) Le choix des indicateurs**

Le tableau de bord, à la manière d'un instrument d'optique sophistiqué, apporte à l'équipe une vision du système à contrôler selon les objectifs fixés de la cellule. Cette vision n'est pas simplement un constat de la situation mais s'intègre dans une dimension dynamique mesurant d'une part le progrès, et anticipant d'autre part, les éventuelles dérives.

La qualité des décisions pouvant être prise est directement dépendante de la qualité de la mesure et de la pertinence des indicateurs choisis.

La sélection, la construction et la présentation des indicateurs ne coulent pas de source. Pour bâtir le tableau de bord et trouver les indicateurs pertinents, on ne pourra se contenter de simples intuitions et habitudes.

Quelle utilisation peut-on faire, par exemple, d'indicateurs fournissant une information faible mais ne correspondant pas aux objectifs fixés ?

Que faire d'indicateurs ne permettant pas aux intéressés de lancer une action ?

Que faire d'indicateurs ne mesurant pas les actions entreprises ?

Que les critères garants du choix des indicateurs pertinents.

### **2-1-5) Les critères de choix d'un indicateur**

- Un indicateur doit être utilisable en temps réel,
- L'indicateur doit mesurer un ou plusieurs objectifs,
- L'indicateur doit induire l'action,
- L'indicateur doit être constructible,
- L'indicateur doit pouvoir être présenté sur le poste de travail,

#### **2-1-5-1) Un indicateur doit être utilisable en temps réel**

Il faut en effet disposer de l'information au moment nécessaire. À première vue, une évidence ? Ce n'est pas certain, de nombreux systèmes de tableaux de bord sont fondés sur le principe du reporting et mettent à disposition les informations sur échéance, selon une période prédéterminée.

L'information doit être réactualisée à son propre rythme d'évaluation, en phase avec les besoins de prise de décision. Certaines informations sont par nature réglées sur un principe de synthèse périodique. En les utilisant, nous ne dénaturons pas le principe ci-dessus exposé, bien au contraire. C'est l'exclusivité et l'universalité des mises à jour périodiques à échéances prédéterminées qui est critiquable.

#### **2-1-5-2) L'indicateur doit mesurer un ou plusieurs objectifs**

À l'étape 3, nous avons sélectionné les objectifs les plus adéquats pour orienter notre action de progrès. Les indicateurs choisis devront mesurer notre performance selon ces objectifs. Cela est moins évident qu'il n'y paraît. Nous avons déjà abordé le poids des habitudes et ces conséquences néfastes lors de cette étape. Nous ne trouverons pas non plus les indicateurs pertinents dans des listes d'indicateurs types.

Les indicateurs seront spécifiquement choisis selon :

- L'unité à piloter,
- Les objectifs sélectionnés,
- Les besoins précise des décideurs,

La recherche d'une grande originalité n'est pas non plus notre but. Les indicateurs choisis devront s'exprimer dans l'unité de mesure définie pour l'objectif ciblé. Si nous avons choisi pour objectif la diminution des temps de traitement d'une commande, il faudra trouver un indicateur mesurant ce temps de traitement, et non un indicateur mesurant la vitesse de traitement d'une ressource spécifique.

### **2-1-5-3) L'indicateur doit induire l'action**

Si nous utilisons un tableau de bord, ce n'est pas pour effectuer des constats à posteriori. Les indicateurs doivent permettre aux utilisateurs de prendre les décisions nécessaires pour corriger une dérive, amplifier une action ou saisir une opportunité avant qu'il ne soit trop tard. Nous éviterons ainsi les indicateurs se limitant à un constat, qu'il soit d'échec ou de succès, de l'objectif visé. Pour réellement remplir son rôle d'indicateur de performance, l'indicateur doit permettre de juger les progrès réalisés et le chemin restant à parcourir. Les décideurs pourront ainsi pendre position sur l'attitude à tenir avant qu'il ne soit trop tard.

Un indicateur n'est ni un instrument de motivation ni, son corollaire, un instrument de stress. L'indicateur est un instrument de pilotage.

### **2-1-5-4) L'indicateur doit être constructible**

Bien entendu, l'indicateur choisi doit pouvoir être construit. Nous consacrerons la prochaine étape à étape à l'étude des contraintes inhérentes à la construction de l'indicateur.

### **2-1-5-5) L'indicateur doit pouvoir être présenté sur le poste de travail**

La présentation de l'indicateur est un choix primordial. Au chapitre précédent, nous avons abordé les deux aspects de l'indicateur : sa forme (le signifiant) et son sens (le signifié). L'appréciation du sens porté par l'indicateur est en grande partie dépendante de sa présentation (sa forme). Aujourd'hui, les outils informatiques proposent une vaste palette de composants visuels pour construire une interface porteuse d'un sens, réduisant sérieusement l'effort d'interprétation nécessaire à la conceptualisation des informations lues.

En nous inspirant des travaux de J-P. Meinadier (D4), le système informatique peut être vu comme un niveau virtuel entre le monde réel de l'unité soins contrôlé et le monde mental des décideurs.

Pour éclaircir notre propos, le choix de la présentation de l'information doit être abordé en se rapprochant du domaine plus vaste de la transcription. Dans le domaine de la littérature, savoir faire passer le sens d'un texte original plutôt que les mots dénotent le travail d'un bon traducteur.

### **2-1-6) les indicateurs à retenir (Voir annexe N°1)**

**Indicateurs** : un indicateur est un « instrument qui fournit une indication » (Le Robert), un « outil de mesure ou un critère d'appréciation de l'état d'un phénomène à un moment donné » (Lexique économique, 1984). Eléments ou données qui reflètent l'état ou la situation.

**Santé** : Donner une définition de la santé relève de l'impossible ; en effet, ce concept reflète des notions très différentes selon les lieux, les temps. Pour l'OMS, la santé est « Un état de bien-être à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de Maladie ou d'infirmité ».

**Indicateurs de santé** : Variable qualitative ou quantitative permettant d'évaluer l'état de santé.

### **2-1-6-1) différents indicateurs de santé**

Liste des indicateurs du projet « santé pour tous » de l'OMS.

#### **➤ Indicateurs délai d'attente**

**Temps d'attente à l'urgence** jusqu'à l'évaluation initiale du médecin (90 % ont attendu moins d'heures) Cet **indicateur** mesure le temps écoulé entre la date et l'heure de triage ou la date et l'heure d'inscription, et la date et l'heure de l'évaluation initiale du médecin au **service d'urgence**.

**Délai d'attente** avant la prise en charge médicale : Il faut compter en moyenne 14±18 minutes pour la phase d'**attente** (0-170 minutes). L'**attente** a été inférieure à 30 minutes chez 90 % des cas et supérieure à une heure chez seulement 3 % des cas.

### ➤ **Indicateurs de mortalité**

Il s'agit d'un bon indicateur quantitatif qui permet de mesurer l'évolution d'un état de santé.

#### - **Taux brut de mortalité : (TBM)**

TBM = [Nombre de décès pendant une période définie / Effectif moyen de la population Exposée au risque pour la même période]\*1000

#### - **Remarques :**

Le taux brut de mortalité ne tient pas compte de la structure par âge de la population ; il ne Permet pas de comparer la mortalité d'un endroit à l'autre, ni dans un même endroit sur une Longue période

#### - **Taux de létalité : (TL)**

TL = [Nombre de décès par maladie x / Nombre de cas de maladie x ]\*1000

Taux de mortalité proportionnel : (TMP)

TMP = [Nombre de décès par une cause donnée pendant une certaine période / Nombre Total de Décès pendant cette même période]\*1000

Taux de mortalité spécifique

Taux de mortalité spécifique par cause (TMSC)

TMSC= [Nombre de décès sur une période définie (1 an) pour une cause/Population Moyenne pour la même période]\*1000.

Permet d'apprécier la gravité d'une maladie pour la population.

#### - **Taux de mortalité spécifique par âge**

TBM = [Nombre de décès sur une période définie (1 an) dans une tranche D'âge/Population moyenne de la tranche d'âge choisie pour la même période]\*1000

Permet de comparer des populations dont la structure par âge est différente.

Le TMS par âge augmente avec l'âge.

### ➤ **Indicateurs de morbidité**

#### - **TAUX DE PREVALENCE**

TP = [Nombre de cas d'une maladie à un moment donné ou sur une période définie / Population Moyenne sur la même période]\*1000

#### - **Prévalence instantanée**

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

#### - **Prévalence périodique**

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

#### - **Utilité**

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

#### - **TAUX D'INCIDENCE**

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

\* Le taux d'incidence peut être un outil permettant d'évaluer l'efficacité d'une action de Prévention primaire.

\* La prévention primaire doit permettre en effet de limiter l'apparition de nouveaux cas et Donc de diminuer l'incidence de celle-ci dans une population.

\* Selon la manière d'évaluer la population exposée, seront calculés l'incidence cumulée ([Population initiale + population finale] / 2) ou la densité d'incidence :

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

#### **Utilité**

- Besoins en soins préventifs
- Utile pour les maladies aiguës et chroniques.

## **Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé**

---

- Évaluer l'efficacité des mesures de contrôle d'une maladie à caractère de masse.
- **Taux d'attaque (TA)**

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

Très utile lors d'une épidémie.

- **Taux brut de natalité (TBN)**

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

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

- **Taux global de fécondité (TGF)**

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

- **Espérance de vie à la naissance**

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

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

### Section 3 : Essai d'évaluation de l'établissement public de santé en Algérie

#### 3-1) L'offre de soins (indicateurs de structure)

##### 3-1-1) L'infrastructure hospitalière

La politique de développement de l'Algérie indépendante a permis l'édification d'une infrastructure sanitaire diversifier et décentralisée, tenant compte des aspects socio-économiques, géographique et épidémiologiques.

Le décret exécutif n°07-140 du 10 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements de santé de proximité, transforme les secteurs sanitaires (comprenant hôpitaux, polyclinique et dispensaire) en établissements publics hospitaliers et en EPSP.

Cette nouvelle carte sanitaire permet une décentralisation de la gestion des cliniques et dispensaire.<sup>32</sup>

En 2009 et 2005 le gouvernement a consacré au secteur de la santé 20 milliards d'euros d'investissements. Ce montant sera consacré, à la construction de nouvelles infrastructures sanitaires, à la modernisation des hôpitaux existants et également à augmenter la capacité d'accueil des structures sanitaires en les doublant d'ici 2025.<sup>33</sup>

L'infrastructure hospitalière publique est constituée de 185 EPH, 63 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) et 28 centres hospitalo-universitaires (CHU) totalisant près de 59 130 lits auxquels s'ajoutent les 3 331 lits des urgences 3 099 lits de maternité et 21 lits de maternités rurales et 5 491 salles de soins.

**Tableau N°2 : Nombre des infrastructures publiques**

Structures	Nombre	Nombre de lit
EPH	192	37442
EPSP	271	3243
EU	4	709
CHU	28	12881
EHS	63	10816

Source : MSPRH, statistiques sanitaires, année 2011

<sup>32</sup> Wwww. Algérie –focus.com.médicaments-génériques, consulté 20/02/2022

<sup>33</sup> MSPRH, direction des finances et des moyens : monographie des établissements de santé, année 2010

- **Infrastructures du secteur parapublic**

Certaines structures de santé dépendant de sociétés nationales ou de structures étatiques autre que le ministère de la santé. Bien que peu nombreuses par rapport au nombre de celles du secteur public, elles exercent des prestations dans le domaine des consultations et des Hospitalisations. Très peu de données sont disponible sur ces structures dans les annuaires su ministère de la santé.

- **Infrastructures du secteur privé**

Depuis l'ouverture du secteur de la santé au privé en 1988 (décret 88-204), on note une très nette multiplication des cliniques privées, cabinet et centre radiologiques sur tout le territoire algérien. Le nombre les cliniques privées d'après les statistiques sanitaires 2011 est de 27 202 cliniques dont 6457 cabinets spécialistes, 6334 cabinets généralistes, 5249 cabinets dentaires, 402 cabines de groupe et 8760 pharmacies. Ainsi 385 cliniques privées dont 21 cliniques médicales, 217 cliniques médicales chirurgicales, 130 cliniques d'hémodialyse et 17 cliniques de diagnostic.

Le secteur privé est de plus en plus attractif pour les praticiens spécialistes en raison de son extension et des conditions de travail qu'il offre. Ce qui aggrave les difficultés de fonctionnement du secteur public.<sup>34</sup>

### **3-1-2) Equipements et médicament**

Durant les trois décennies qui ont suivies l'indépendance, l'Algérie a investi en équipement médicaux. L'absence de compétences et de techniciens qualifiés pour prendre en charge les travaux d'entretien et de maintenance de ces équipements onéreux est à déplorer.

Malgré toutes les limites qui entachent les informations sur les équipements médicaux, les statistiques qui existent apportent néanmoins un éclairage intéressant sur la situation du système de santé.

---

<sup>34</sup> MSPRH , OP.CIT P73

**Tableau N°3 : les équipements médicaux par type de structure sanitaire**

P = en panne M = en marche

Famille		Techniques opératoires			Imageries médicales			Anesthésie-intensifs		
		EPH	EHS	CHU	EPH	EHS	CHU	EPH	EHS	CHU
2011	M	1677	361	1143	1197	250	518	5922	1771	3060
	P	194	16	126	130	23	64	684	115	334

Source : MSPRH, statistiques sanitaires, année 2011

Sur équipements médicaux, 1683 sont en panne. C'est un problème qui perdure depuis des années et qui paralyse les hôpitaux et pénalise le citoyen.

La part des dépenses des postes matériels médical et entretien est passées de 3,69% et 2,91% respectivement en 2006 à 4,34% et 3,87% EN 2010.<sup>35</sup>

Le marché pharmaceutique algérien est le troisième marché africain (2,9 milliards de dollars en 2011), en croissance moyenne de plus de 10% par ans. Il devrait cependant atteindre, voire même dépasser 8 milliards en 2020 et la part des produits importés sera

Toujours située autour de 60% en valeur, notamment si les axes de la production locale n'évoluent pas vers plus de diversification et de spécialisation technologique.<sup>36</sup>

### 3-1-3) Les ressources humaines

En 2011 le personnel médical au secteur de santé représente 14,01%, le paramédical 56,40% l'administratif, technique et de service 29,19% et 0,39% autre personnel.

#### 3-1-3-1) L'effectif du personnel médical

**Tableau N°4 : Effectif du personnel medical**

	EPH/EH	EPSP	EHS	CHU	Privé	Total
Médecins specialists	5122 30,39%	1217 7,22%	1157 6,86%	1706 10,12%	7650 45,39%	16 852 100%
Médecins generalists	5437 19,26%	14179 50,25%	679 2,40%	1061 3,76%	6860 24,31%	28 216 100%
Chirurgiens-dentistes	244 2,06%	6061 51,18%	42 0,36%	98 0,82%	5396 45,57%	11 841 100%
Pharmaciens	299 3,12%	300 3,13%	85 0,88%	110 1,15%	8764 91,69%	9558 100%

Source : calculs personnels à partir des données du MSPRH, statistiques sanitaire 2011

<sup>35</sup> MSPRH, direction des finances et des moyens

<sup>36</sup> Paport NABNI 2020 : « cinquantenaire de l'indépendance : enseignements vision pour l'Algérie de 2020 », chaire santé, janvier 2013, p 32

Le nombre de personnel publique et privé est de 66 467 médecins en 2011 répartis entre :

- **Médecin spécialiste** : en 2011, le nombre des médecins spécialistes est de 16 852 dont le secteur privé représente 45,39% de l'ensemble des spécialistes.
- **Médecin généralistes** : les médecins généralistes exercent en très forte majorité au sein des EPSP plus de 50%. En 2011, 61% puis le secteur privé qui représente 24% des médecins généralistes.
- **Les chirurgiens-dentistes** : le nombre total de chirurgiens-dentistes est de 11 841 médecins en 2011. L'EPSP et le secteur privé sont les principaux lieux d'exercice des dentistes. Cependant l'activité des dentistes exerçant dans les autres structures publiques est limitée notamment par le manque d'équipement.
- **Les pharmaciens** : le nombre de pharmaciens est dominé dans les structures privées et sui représente plus de 91% du nombre total des pharmaciens.<sup>37</sup>

### 3-1-3-2) Le corps paramédical

En 2011, le nombre total de paramédicaux est de 117 510 dont 72 019 et qui représente 61,28% d'effectif total sont des paramédicaux diplômé d'Etat, 25,34% des brevets et 13,37% sont des aides paramédicaux.

**Tableau N°5 : l'effectif du personnel paralédical**

	EPH/EU	EPSP	EHS	CHU	TOTAL
Diplôme d'état	27 143	25 525	7 215	12 136	72 019 (61,28%)
Brevets	6 916	9 866	861	12 136	29 779 (25,34%)
Aides-paramédicaux	4 555	8 266	1148	1743	15 712 (13,37%)

Source : MSPRH, statistiques sanitaires, année 2011

### 3-1-3-3) Le corps administratif, technique et de service

En 2011, l'effectif du corps administratifs, techniques et service est de 60 833 personnels dont 26,22% personnel administratif, 7,09% personnel technique et 66,67% personnel de service.<sup>38</sup>

<sup>37</sup> Rapport NABNI 2020, op. cit., p34

<sup>38</sup> Rapport NABNI 2020, ibid, p 36

**Tableau N° 6 : l'effectif du personnel administratif, technique et service**

	EPH/EU	EPSP	EHS	CHU	TOTAL
Administratif	6 390	4 819	1 955	2790	15 954 (26,22%)
Technique	1 831	1 172	556	759	4 318 (7,09%)
Service	13 290	14 215	4 581	8 475	40 561 (66,67%)

Source : MSPRH, statistiques sanitaires, année 2011

### 3 1-3-4) Autres personnels

D'après les statistiques de l'année 2011, il existe 10 optométristes et 96 orthophonistes et 61 P.E.P.M et 635 psychologies répartis entre les établissements publics de santé.<sup>39</sup>

### 3-2) Les indicateurs épidémiologiques (des résultats finaux)

#### 3-2-1) Mortalité générale

La mortalité est définie comme étant le nombre de décès au cours d'une période de temps la mortalité générale en Algérie a connu un infléchissement important au cours des trois dernières décennies.

Le TBM (ou rapport des décès annuels à la population moyenne de la même année) est passé de 14,6 pour mille en 1970 à 6,03 pour mille en 1990 (ceci grâce à la lutte contre la mortalité infantile), pour se situer à 4,41 pour mille en 2002 et à 4,39 pour mille habitants en 2013 (tableau II-2-1-16). Cette évolution a été marquée par une régression quasi permanente mais non linéaire puisque on observe une première reprise en 1966 et en 1991 puis une remontée entre 1992 et 1995.

La stagnation puis la reprise de la mortalité au début de la décennie actuelle est à attribuer aux difficultés politiques, économiques et sociales du pays et pour une part aussi aux problèmes sécuritaires vécus depuis 1993.

<sup>39</sup> Rapport NABNI 2020, ibidem, p40

**Tableau N° 7 : evolution du taux brute de mortalité pour 1000 habitants**

Années	1962	1970	1982	1990	1999	2002	2012	2013
TBM	14,6	16,45	9,1	6,03	4,7	4,4	4,53	4,39

Source : MSPRH, DIRECTION DE LA POPULATION

Les quatre premières causes de décès sont les maladies cardio-vasculaires (26, 1%), les affections périnatales (13,5%), les cancers (9,5%) et les traumatismes (8,6%).<sup>40</sup>

### 3-2-2) Inégalité devant la mort

Depuis plus de 25 ans la mortalité masculine est plus importante que la mortalité féminine pour toute les tranches d'âge considérées, en 2013 l'espérance de la vie de la femme était de 77,6 ans alors que celle de l'homme était de 76,6 ans, les ruraux jouissent toujours d'une espérance des vies à la naissance inférieure à celle des urbains.

### 3-2-3) Mortalité infantile

Le taux de mortalité, considéré comme le meilleur indicateur de l'Etat sanitaire, son évolution renseigne sur les efforts consentis dans le domaine de la santé maternelle et infantile et permet, de ce fait, d'apprécier le degré de réussite ou d'échec des politiques et des programmes mis en œuvre. Le taux de mortalité infantile (nombre de décès d'enfants de moins d'un an pendant une année civile rapporté au nombre de naissances vivantes pendant la même période)<sup>41</sup>

**Tableau N°8 : evolution des taux de mortalité et infant juvenile (p. 1000)**

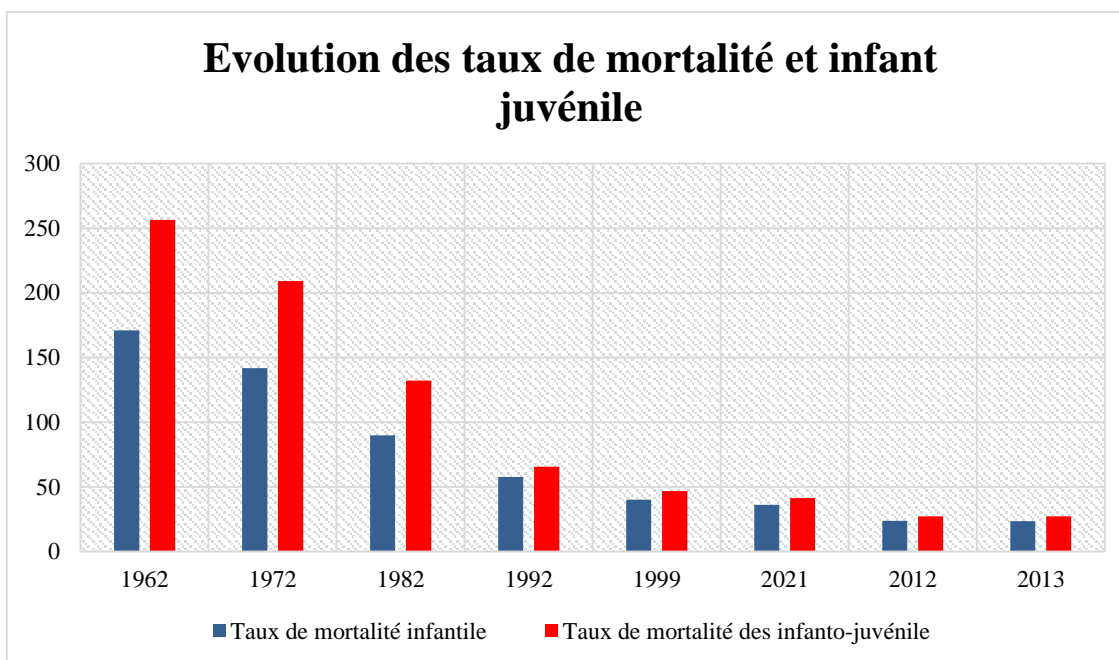
Année	1962	1972	1982	1992	1999	2002	2012	2013
Taux de mortalité infantile	171	141,9	89,8	57,7	40,2	36,1	23,9	23,6
Taux de mortalité des infanto-juvenile	256,4	209	132,22	65,7	46,7	41,5	27,3	27,3

Source : MSPRH, DIRECTION DE LA POPULATION

<sup>40</sup> Les notes IPMED, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et tunisie, N° 13 avril 2012, p 65

<sup>41</sup> Les notes IPMED , op . cit p 66

Figure N° 5 : evolution des taux de mortalité et infant juvénile



Le taux de mortalité infantile connaît une baisse remarquable qui est passé de 171 pour 1000 enfant en 1962 et de 55,5 pour 1000 en 1992 à 22,4 pour mille naissances vivantes en 2021.

La mortalité infanto-juvénile des enfants âgés de moins de cinq ans, a enregistré une baisse spectaculaire allant de 256,6 pour 1000 en 1962 et de 63,9 pour mille en 1992 à 26,1 pour mille naissances vivantes en 2013 soit un recul de 230,5 points sur la période 1962-2013. Ce taux a donc enregistré une baisse remarquable, mais comparativement à celui des pays développés et à celui de certains pays à revenus similaires, les taux actuels de mortalité infantile reste encore non satisfaisant pour les autorités qui s'attellent à le réduire davantage en luttant contre les causes de mortalité au niveau néonatal.

### 3-2-4) Mortinatalité

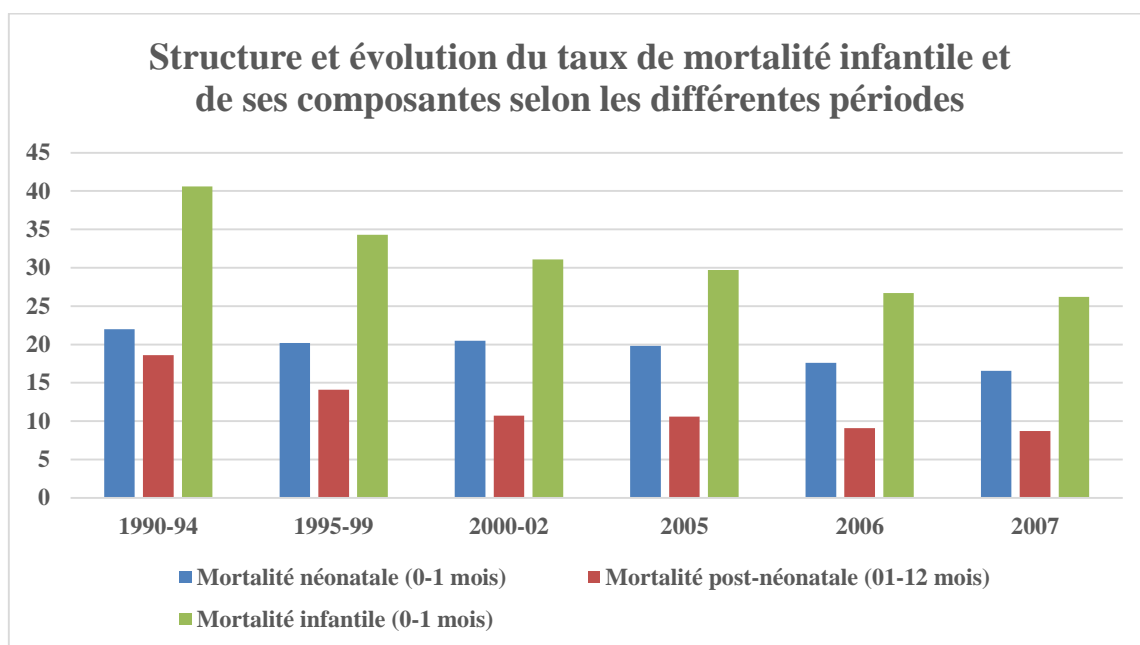
L'analyse de la structure de la mortalité infantile fait ressortir que mortalité néonatale et mortalité post néonatale jusqu'à 28 jours représentent respectivement 2/3 et 1/3. La mortalité néonatale est prédominée par la mortalité périnatale (de la naissance à 7 jours).

**Tableau N°9 : structure et evolution du taux de mortalité infantile et de ses composantes selon les différentes periods (p.1000)**

Indicateurs (p.1000)	1990-94	1995-99	2000-02	2005	2006	2007
Mortalité néonatale (0-1 mois)	22,0	20,2	20,5	19,8	17,62	16,54
Mortalité post-néonatale (01-12 mois)	18,6	14,1	10,7	10,6	9,07	8,7
Mortalité infantile (0-1 mois)	40,6	34,3	31,1	29,7	26,7	26,2

Source: ONS

**Figure N°6 : structure et evolution du taux de mortalité infantile et de ses composantes selon les différentes periods (p.1000)**



### 3-2-5) Le taux de mortalité infantile par sexe

Les taux de mortalité infantile enregistrés durant la période 1970 et 2009, a connu une nette prédominance masculine qui sont passé de 141,9 pour  $10^3$  en 1970 à 23,6 pour  $10^3$  en 2013, contre 141,1 pour  $10^3$  en 1970 à 21,2 pour  $10^3$  en 2013 pour le sexe féminin.<sup>42</sup>

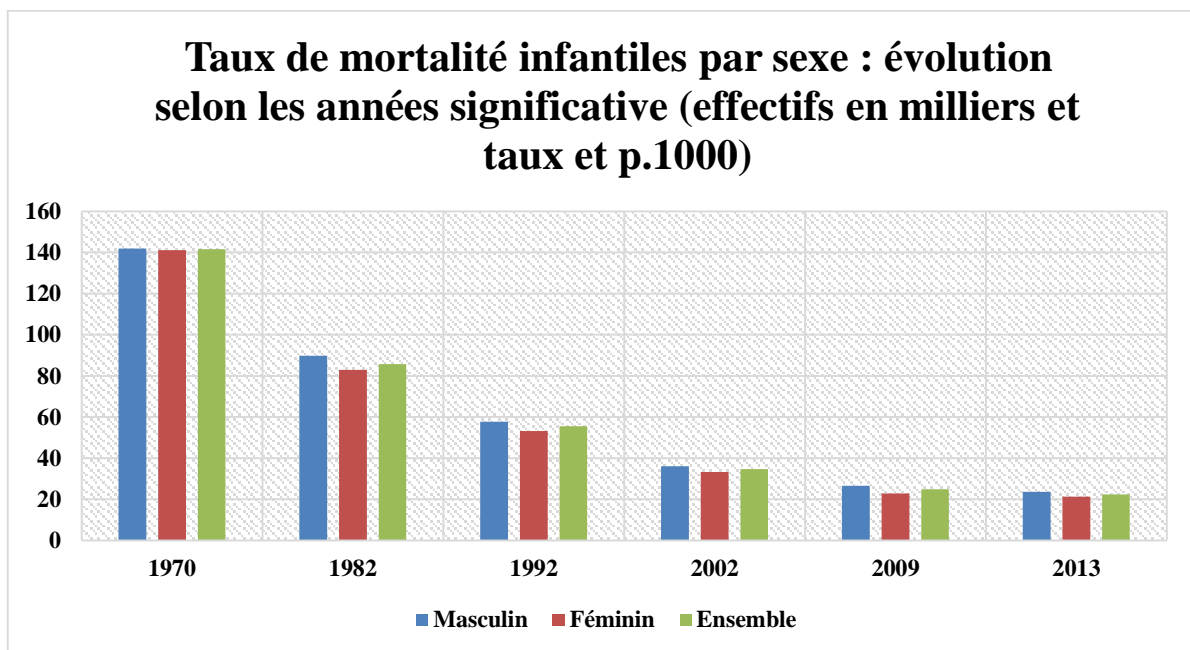
<sup>42</sup> Les notes IPMED , ibid , p 68

**Tableau N°10 : taux de mortalité infantiles par sex : evolution selon les années significative (effectifs en milliers et taux et p.1000)**

	1970	1982	1992	2002	2009	2013
Masculin	141,9	89,8	57,7	36,1	26,6	23,6
Féminin	141,1	82,9	53,2	33,3	22,9	21,2
Ensemble	141,5	85,7	55,5	34,7	24,8	22,4

Source : MSPRH, DIRECTION DE LA POPULATION

**Figure N° 7 : taux de mortalité infantiles par sex: evolution selon les années significatives (effectifs en milliers et taux et p.1000)**



### 3-2-6) Mortalité maternelle

La mortalité maternelle a connu une baisse remarquable, elle est passé de 500 pour  $10^5$  en 1962 à 117,4 pour  $10^5$  en 1999 et à 66,9 pour  $10^5$  en 2013. En 2012 près de 98,6% des accouchements se déroulaient en milieu assisté.

Une enquête basée sur le recensement exhaustif de tous les décès des femmes en âge de procréer (15-49ans), et l'identification dans ce cadre de tous les décès maternels a été réalisée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1999, notant 697 décès maternels (9%) parmi 7757 décès recensés, soit le ratio de mortalité de 117,4 décès p.100.000 naissances vivantes.

## Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé

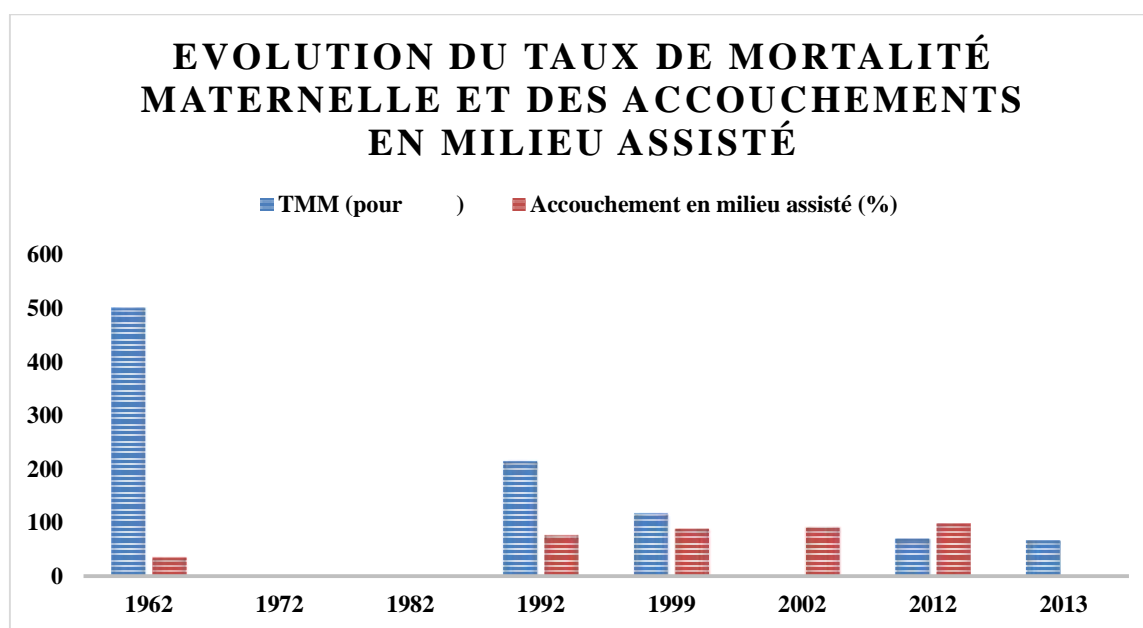
L'âge moyen des femmes décédées est de 33ans, les grandes multipares (au-delà de 6 grossesses) sont les plus touchées, représentant 23,1% des décès contre 20,1% des décès survenus au cours d'une première grossesse ; et près de 2/3 des décès maternels (71,1%) sont dus à des causes obstétricales.

**Tableau N°11 : evolution du taux de mortalité maternelle et des accouchements en milieu assisté**

Indicateurs	1962	1972	1982	1992	1999	2002	2012	2013
TMM (pour 10 <sup>5</sup> )	500	-	-	215	117,4		70,3	66,9
Accouchement en milieu assisté (%)	35	-	-	76	88,7	91,2	98,2	-

Source : MSPRH, DIRECTION DE LA POPULATION

**Figure N°8 : evolution du taux de mortalité maternelle et des accouchements en milieu assisté**



### 3-2-7) Répartition spatiale de la mortalité maternelle

L'enquête de 1999 avait révélé, par ailleurs, des écarts importants entre les régions et les districts. D'importantes inégalités sont toujours présentes. Le taux de mortalité maternelle, estimé à 84 pour 100 000 naissances vivantes dans le Centre-Nord du pays, se situait à 210 pour 100 000 dans la région du Sud-Est du pays. Ces résultats trouvent leur justification, entre

## **Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé**

autres, dans l'accès différentiel aux soins postnatals et l'assistance de qualité aux accouchements.

Les décès maternels surviennent dans 55% des cas à l'hôpital. Dans 57,3% après transfert, il s'agit de parturientes évacuées par les structures de proximité.

### **3-2-8) L'évolution de la morbidité**

Il est certain que l'Algérie est en transition épidémiologique, du fait de la régression ou de la disparition de certaines maladies transmissibles (dernier cas de poliomyélite en 1996, plus de diphtérie depuis 2006...). Dans notre pays, ce phénomène a commencé à s'observer au début des années 80, avec une nette régression des maladies **dites du programme élargi de vaccinations**.<sup>43</sup>

**Tableau N°12 : la transition épidémiologique, evolution des maladies du PEV**

	1963	1969	1979	1989	1998	2007
Diphtérie	381	496	73	9	57	0
Tétanos	58	136	37	63	28	10 (7+3)
Coqueluche	591	1 201	81	22	13	47
Poliomyélite	75	228	72	18	0	0
Rougeole	902	3 733	14 973	4 162	3 132	823
Hépatite			6 346	3 078	3 378	3 467
Hépatite B 1						583

**Source** : les notes IPMED, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, N° 13 avril 2012, p 62

D'après le tableau, on constate que le nombre des cas **de diphtérie et de poliomyélite** diminue à partir des années 70 et que ces maladies n'ont pas été déclarées en 2007. Pour ces deux maladies nous avons une situation exemplaire :

Pour la poliomyélite, le dernier cas dans le pays a été déclaré en 1996 en 1996 à Djanet. La disparition de cette affection depuis cette date est liée à l'organisation, depuis 1994, de campagnes massives de vaccination contre cette maladie, car le virus de la poliomyélite était un candidat à l'éradication de la maladie comme l'a été la variole en son temps. Actuellement, l'Algérie est entrée dans ce qu'on appelle **la phase de certification de l'éradication de la maladie**, phase pour laquelle il est nécessaire d'investiguer toutes les

<sup>43</sup> Les notes IPMED , ibidem, p 70

## **Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé**

paralysies flasques aiguë qui sont des affections pouvant simuler une poliomyélite afin de vérifier qu'il ne s'agit pas d'un cas de poliomyélite.

En revanche, pour la diphtérie, l'absence de cas a été obtenue grâce à une bonne couverture vaccinale mais, contrairement un virus de la poliomyélite, est un germe que l'on ne peut pas éradiquer car il est ubiquitaire, et seule une bonne couverture vaccinale peut protéger d'une réapparition d'épidémies de cette maladie. Il ne faut pas oublier qu'en 1994 **et 1995, nous avons enregistré plus de mille cas de diphtérie et de nombreux décès**, tout simplement pour avoir manqué de vigilance lors de la constatation de la persistance de quelques cas en 1992.

Sur ce tableau, on constate également le nombre de plus en plus faible des cas de tétanos (7 cas de tétanos néonatal et 3 de tétanos de l'adulte en 2007) et la diminution progressive des cas de rougeole. En ce qui concerne les **hépatites**, la vaccination contre l'hépatite B a été introduite en 2000 chez les jeunes enfants et elle n'est devenue réellement opérationnelle qu'en 2003. Il faut également noter que ces dernières années, aucun décès par rougeole n'a été enregistré.

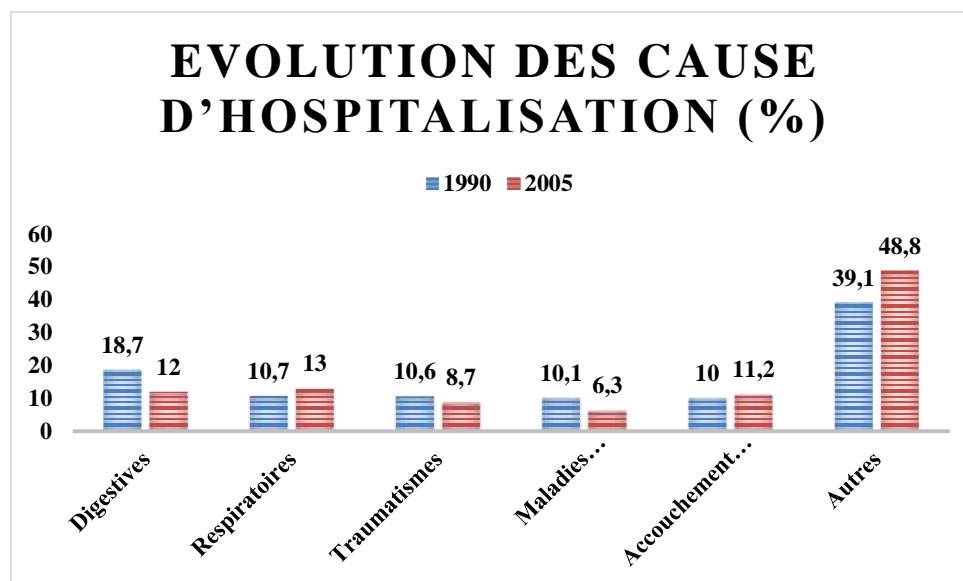
Cette transition est également objectivée par l'analyse des causes d'hospitalisation d'après le tableau II-2-1-22, on peut constater que les maladies infectieuses ne figurent plus parmi les premières causes d'hospitalisation et que les maladies respiratoires viennent aujourd'hui au premier rang de causes d'hospitalisation.

**Tableau N°13 : évolution des causes d'hospitalisation (%)**

Causes	1990	2005
Digestives	18,7	12,0
Respiratoires	10,7	13,0
Traumatismes	10,6	8,7
Maladies infectieuses	10,1	6,3
Accouchement compliqués	10,0	11,2
Autres	39,1	48,8

Source : les notes IPMED, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, N° 13 avril 2012, p 63

Figure N°9 : evolution des causes d'hospitalisation (%)



On notera également à propos de ce tableau que les accouchements compliqués occupent toujours une place préoccupante.

D'après l'OMS, la charge de morbidité par groupe de causes en Algérie est présentée dans la figure II-2-1-18.

### 3-3) Les activités de soins (les indicateurs de résultats intermédiaires)

Le système de santé délivre des prestations de prévention et des prestations curatives.

#### 3-3-1) Les activités de prévention

Elles sont pour l'essentiel délivrées par les personnels médicaux et paramédicaux en poste dans les EPSP et EPH de manière accessoire dans les CHU et les EHS. Les données sur les activités de prévention sont organisées par programme. Un programme regroupant des activités ayant une finalité précise pour l'amélioration d'un problème de santé.

#### 3-3-2) Programme élargi de vaccination PEV

La vaccination est l'activité de prévention la plus connue et probablement la plus importante en termes de moyens mobilisés. Elle se déroule en totalité dans les structures publiques de soins. Quel que soit le type de vaccin, une amélioration tangible des taux de

## Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé

couverture vaccinale au niveau national, il dépasse les 90% en 2006 le BCG, DTCP3 et la rougeole.<sup>44</sup>

**Tableau N°14 : evolution des taux de couverture vaccinale (vaccination des enfants de 0 à 59 mois révolus)**

Antigène	1992 Pap.Child	1995 MICS 1	2000 MICS 2	2002 EASF	2006 MICS 3
BCG	97,0	93,0	90,0	97,7	99,0
DTCP3	89,0	83,0	83,0	92,0	94,8
Rougeole	85,7	77,0	76,0	89,5	90,5
Hépatite B 3					79,8

Source : j.-P. Grangaud « la vaccination en Algérie : enjeux actuels », Oum-El-Bouaghi 4 Novembre 2009

### 3-3-3) Santé en milieux éducatifs

La loi portant protection et promotion de la santé de 1985, modifiée et complétée, accord une place particulière à la santé des enfants notamment en matière de prévention et adaptée aux différents tranches d'âge de cette population. Elle se traduit d'abord par l'existence de programmes nationaux de santé consacrés à la surveillance de la santé des enfants de la tranche d'âge de 0 à 5 ans, question traitée précédemment.

La continuité de cette prise en charge est ensuite assurée par les programmes nationaux de santé menés en direction des adolescents et des jeunes en milieu scolaire, en milieu universitaire et en formation professionnelle.

La santé scolaire couvre, en 2008, près de 7.400.000 élèves, soit près du part de la population. Les moyens mis à sa disposition sont en augmentation constante tant au plan des structures et équipements, que de l'affectation des personnels médicaux et paramédicaux.<sup>45</sup>

**Tableau N° 15 : les effectifs de personnels de santé affectés aux UDS**

Corps	Temps plein	Temps partiel	Total
Médecins	1261	549	1810
Ch. Dentistes	968	556	1524
Psychologue	368	152	520
Paramédicaux	1807	530	2337

Source : rapport national sur les développements humains, Algérie – 2008, CNES/PNUD, P 92

<sup>44</sup> Rapport national sur le développement humain, algérie -2008, CNES/PNUD, p 23

<sup>45</sup> Rapport national sur le développement humain, op .cit.p 25

## Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé

De même, succédant aux structures chargées de « l'hygiène scolaire », les unités de dépistage et de suivi (UDS) ont été créées en 1995 et leur nombre 1525 en 2008, soit pratiquement une structure par commune en moyenne.

Les visites médicales systématiques sont assurées à un taux très élevé soit 79,21% en 2008. La couverture médicale est optimale pour les classes cibles (1<sup>ème</sup> et 2<sup>ème</sup> année primaire, 1<sup>ère</sup> année moyenne et 1<sup>ère</sup> année secondaire), avec un taux de 96,45%, les visites systématiques ayant un caractère obligatoire.

**Tableau N°16 : les visites systématique des UDS**

Activités	Classes cibles : Elèves examines		Classe intercalaires : Elèves examinés		Total examines	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Visites systématiques	2 425 073	96,45%	3 491 182	70,44%	5 916 255	79,21%

Source : rapport national sur le développement humain, Algérie – 2008, CNES/PNUD, P92

Les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires sont également assurés dans 97,37% des écoles, mais seulement 33,67% des anomalies constatées lors des contrôles sont corrigées. Il faut noter que l'entretien des établissements est à la charge des APC (communes) pour le niveau primaire, et d'administrations gestionnaires déconcentrées pour les établissements de niveaux moyen et secondaire.

Plus précisément dans le domaine du contrôle de l'application du programme national de vaccination, l'action des médecins scolaire porte sur la vérification du statut vaccinal et l'exécution du calendrier de vaccination pour les catégories d'âge concernées. Les résultats observés en 2008 sont très significatifs des progrès accomplis.<sup>46</sup>

D'autres actions ciblent également les jeunes populations scolarisées. Il en est ainsi, par exemple, de la prévention du trachome. Celle-ci cible actuellement les enfants de la 1<sup>ère</sup> année primaire à la 4<sup>ème</sup> année moyenne de 12 wilayas du sud du pays, le trachome a l'Etat endémique ayant totalement disparu de la majeure partie du territoire national. Durant l'année 2007/2008, 690 190 enfants soit 79% des enfants ciblés (869 936) ont ainsi reçu des applications de pommade ophtalmique. Il convient également d'évoquer le programme de dépistage des scolaires, qui est un programme récent, et dont une première évaluation est en cours.

<sup>46</sup> Rapport national sur le développement humain, ibid,p 28

## **Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé**

---

Une innovation importante consiste en l'introduction en 2008 de la formation des élevés à la santé reproductive et à l'apprentissage de comportements de vie saine, en direction des élèves de fin de cycle primaire, et de ceux du moyen et du secondaire. Certains établissements ont déjà débuté cette formation, en concertation et avec l'appui des associations de parents d'élèves.

Il reste que les progrès remarquables enregistrés dans le domaine de la santé scolaire ne sauraient occulter la problématique des jeunes déscolarisés, problématique aigue tant sur le plan sanitaire que sur les plans social et psychologique.

Elle interpelle aussi bien les secteurs institutionnels que les parents et la société tout entière, notamment à travers le mouvement associatif, afin de trouver des réponses adaptées dans le cadre d'une réflexion/action coordonnée.

S'agissant de la santé universitaire, l'on constate de façon générale que celle-ci n'a pas connu le même développement que la santé scolaire. En effet, n'ont bénéficié des visites systématiques de dépistage en 1ère année que 50,37% des étudiants inscrits en 1ère année, pour un pourcentage, sur l'ensemble des étudiants inscrits, qui n'atteint que 29,05% des effectifs.

Le contrôle du calendrier national pour tranche d'âge est également faible ; à titre d'illustration, les taux de vaccination n'atteignent que 34% pour la vaccination DT adulte et 23% pour la vaccination contre l'hépatite B chez les étudiants en médecine, pharmacie, biologie, chirurgie dentaire, professionnellement plus exposés à ces maladies que les étudiants des autres filières.

Enfin, la conduite de la médecine préventive en milieux éducatifs est assurée pour les jeunes inscrits dans les centres de formation professionnelle et les stagiaires bénéficiaires de contrats d'apprentissage, à travers les services de médecine du travail existant au sein des structures publiques de santé. Assurée gratuitement, cette activité est effectuée conformément à la législation du travail qui prévoit des mesures de protection particulières pour ces jeunes, en raison de leur âge et leur statut. <sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Rapport national sur le développement humain, ibidem, p 30

### **3-3-3-4) Lutte antituberculeuse**

La tuberculose, qui est la première maladie à bénéficier d'un programme de dépistage et de soins gratuits dès 1969, enregistre des résultats notables. Les taux d'incidence de la maladie, toutes formes confondues, est passé de 150 cas pour 100 000 habitants en 1975 à 53,2 en 1981 et à 22,4 en 1992. Dès l'indépendance, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des stratégies afin de combattre ce fléau.

De vrais progrès ont été accomplis dans la lutte contre la tuberculose depuis la relance du programme national en 2000 puisque l'incidence notamment celle de la forme contagieuse diminue régulièrement depuis l'année 2005. Malgré l'amélioration globale des performances

Du PNT, les résultats restent encore insuffisants. Les efforts doivent être maintenus par l'amélioration de la surveillance épidémiologique par la généralisation des nouvelles technologies d'information de communication et la déclaration électronique de cas.<sup>48</sup>

### **3-3-4) Activités curatives**

Malgré l'importance grandissante du secteur privé en matière de soins, les données existantes sur les activités de soins disponibles portent exclusivement sur le secteur public.<sup>49</sup>

#### **3-3-4-1) Activités hospitalières**

Les activités hospitalières sont largement concentrées dans le secteur public de soins puisque ce dernier renferme la presque totalité des lits d'hospitalisation. Au niveau des établissements publics de soins.

---

<sup>48</sup> MSPRH, direction de la prévention

<sup>49</sup> MSPRH, direction de la prévention, op . cit.

**Tableau N°17 : les indicateurs d'activités hospitaliers du secteur public de soins**

<b>Etablissement</b>	<b>Nombre</b>	<b>2011</b>
EPH/EH	Lits	31 436
	Admissions	1 442 867
	Jours d'hospitalisation	5 228 652
	D.M.S	3,62
CHU	Lits	11 905
	Admissions	596 887
	Jours d'hospitalisation	2 792 788
	D.M.S	4,67
EHS	Lits	53 739
	Admissions	2 542 441
	Jours d'hospitalisation	10 663 852
	D.M.S	5,25
Ensemble	Lits	53 739
	Admissions	2 542 441
	Jours d'hospitalisation	10 663 852
	D.M.S	4,19

Source : MEPRH, statistique sanitaire, année 2011

En 2011, les admissions par type de structure et par groupe de disciplines se présentent comme suit :

**Tableau N°18 : Admission hospitalières**

	<b>Médecine</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>Obstétrique</b>	<b>Ensemble</b>
EPH/EH	291 964	592 648	558 255	1 442 867
EHS	202 119	53 881	503 557	759 557
CHU	286 896	154 603	436 599	878 098
Total	780 979	801 132	1 498 411	3 080 522

Source : MEPRH, statistique sanitaire, année 2011

46,83% des admissions se font au niveau des EPH/EH, 28,5% au niveau des CHU et 24,65% dans les EHS. La médecine représente 25,35% des admissions totales, la chirurgie 26% et la gynécologie-obstétrique 48,64%.

Le taux d'occupation des lits est très faible au niveau des EPH/EH (42,83 % homme et 51,18% femme) et notamment en chirurgie (33,71% homme et 33,74% femme), il est meilleur au niveau des CHU (64,52% homme et 68,24% femme) en chirurgie (50,64% homme et

## **Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé**

50,53% femme) et particulièrement en gynécologie-obstétrique 94,71%, et des EHS (77,02% homme et 60,48% femme), en chirurgie (61,51% homme et 57,13% femme).

Cependant, en dehors de l'obstétrique le taux d'occupation relativement élevé des lits dans le CHU et les EHS s'explique en partie par des durées d'hospitalisation excessivement longues, souvent motivées par l'indisponibilité de moyens (appareils et équipements d'aide au diagnostic en panne).

### **3-3-4-2) Les activités de consultations**

Le secteur public de soins fournit 32 886 966 de consultations, dont 30,88% des consultations spécialisées, 69,12% de consultations sont délivrées dans le cadre des urgences hospitalières.

**Tableau N°19 : les consultations par structures**

	Consultations spécialisées	Consultations urgences	Ensemble
EPH/EH	2 276 654	10 449 604	12 726 258
EPSP	3 165 236	9 766 834	12 932 070
CHU	3 251 539	1 710 679	4 962 218
EHS	1 461 336	805 084	2 266 420
Ensemble	10 154 765	22 732 201	32 886 966

Source : MEPRH, statistique sanitaire, année 2011

### **Conclusion**

L'évaluation de la politique publique est une composante essentielle de tout projet de territoire, elle sert à prendre les décisions concernant la poursuite, l'arrêt ou la réorientation de la politique publique. Dans le domaine cet outil est, par ce principe, considéré comme un rapport majeur d'aide à la décision pour entreprendre, poursuivre, ou modifier les actions et participer, ainsi, à l'élaboration des systèmes de régulation qui sont en permanence, confrontés à la réalité du social.

Ainsi l'objectif de l'évaluation dans le développement sanitaire est d'améliorer les actions de santé ainsi que les services utilisées pour leur exécution et de guider la répartition des ressources humaines et financières dans les programmes et services actuels et futurs. Elle doit être utilisée de façon constructive et non pas pour justifier des actions passées ou simplement pour en déceler les insuffisances. Il est essentiel qu'elle que soit le processus d'évaluation soit intimement lié à la prise de décision, au niveau de l'exécution comme à celui des grandes orientations.

Le processus même de l'évaluation peut être tout aussi important que les conclusions qui en sont tirées car en comprendre les activités évaluées et d'adopter une approche plus constructive vis-à-vis de l'exécution de ces activités et des actions futures nécessaires.

# *Chapitre 3*

---

*Etude de cas : l'évaluation des  
services hospitaliers du CHU.TO*

---

### Introduction

Dans toute établissement public de santé en Algérie ,en trouve que l'évaluation des services hospitaliers est devenu un enjeu fondamental, alors que dans mon travail de recherche j'ai bénéficié d'un stage pratique en ( CCI , néphrologie, cardiologie ) dans la période de septembre à novembre, pour effectuer l'évaluation de ces services hospitalier et vise aussi à enseigner les résultats globaux , en utilisant une méthode qualitative avec des observations et des entretiens fermé et semi-directif sur le terrain pour une bonne interprétation des résultats .

En effets, dans ce chapitre, mon choix s'est porté sur l'évaluation des services hospitalier dans les établissements publics de santé en Algérie : Cas de CHU Tizi-Ouzou (Service CCI, service néphrologie, service cardiologie) service CCI c'est le centre de chirurgie infantile qui s'occupe de la chirurgie pédiatrique infantile, service néphrologie correspond au domaine médical qui s'occupe des soins contre les malades des reins , service cardiologie c'est une spécialité médicale étudiant les maladies du cœur .

L'hôpital, domaine des soins curatifs par excellence, est aussi un acteur de promotion de la santé car il reçoit en son sein un nombre important de personnes, malades ou non, professionnels et visiteurs. Un hôpital promoteur de santé développe des démarches visant à permettre aux individus qui le fréquentent d'améliorer la prise en charge de leur santé. Les patients qui sont désigné comme des individus qui est examiné médicalement ou qui se voit administrer un traitement. Pour les professionnels de santé regroupe tous les métiers relatifs aux soins. On y trouve les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages - femmes ....) Et les professions paramédicales (infirmières, Assistance médicale ....etc.), les professionnels œuvrent conjointement et en équipe pour soigner dispenser des soins et traiter les malades et ainsi pour l'amélioration de la santé. Pour le personnel administratif c'est une personne qui a pour fonction d'effectuer des tâches indirectement rattachées à la mission première d'une organisation, mais qui participe à son fonctionnement et contribue à en assurer le succès et sont des personnes responsable de l'élaboration de politique et de la supervision de l'exécution des plans et des opérations techniques.

De ce fait, l'objectif est de savoir quelle est la perception de chacun de ces derniers sur la qualité des soins au sein des services hospitalier pour une bonne et meilleure amélioration de prise en charge des malades .

Le chapitre est subdivisé en trois sections :

- Dans la première section fera l'objet d'une présentation de l'organisme d'accueil CHU et sa structuration.
- Au fur à mesure la deuxième section sera consacré à présentation des services hospitalier expliquer les différentes services le cadre méthodologique : choix de la méthode, outils de la collecte de données, présentations des services, et la méthode utilisée pour le recueil des données, élaboration et conception du questionnaire, échantillonnage, les échelles de mesure utilisés, dépouillement et analyse des questions.
- Toute en dernier cette section est élue à l'analyse et l'interprétation des données. C'est sur la base des résultats fournis que nous allons vérifier nos objectifs de départ, les indicateurs pour évaluer les services hospitaliers.

#### **Section I : Présentation générale du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou**

Dans la présente section, nous évoquerons successivement la méthodologie de Recherche, présentation du CUH de Tizi-Ouzou et l'échantillon de l'étude.

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, on a prévu d'adopter une visée compréhensive et descriptive fondée sur des notions théoriques et fondée sur des recherches bibliographiques, et collecte des données du terrain, on s'est appuyé sur un cas pratique d'un établissement public hospitalier, qui est celui de CHU de Tizi-Ouzou.

Un recueil de données fondé sur le cadre conceptuel et le terrain nous permettra par la Suite de réaliser une analyse des informations en lien avec les apports théoriques et de Synthétiser l'ensemble des résultats.

Pour mieux appréhender et expliquer l'importance de l'évaluation des services hospitaliers Au sein du CHU de Tizi-Ouzou, nous avons opté sur La méthode qualitative de recueil et d'analyse des données. Cette analyse est destinée à Recueillir des éléments qualitatifs, qui sont le plus souvent non directement chiffrable par les Individus interrogés ou étudiés.

Cette démarche vise à répondre à notre question du départ à travers une étude de cas. Cette méthode consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou D'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réel Ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier. Tout en appliquant une technique

d'analyse de contenu sur l'ensemble des documents Récoltés dans l'établissement du CUH de Tizi-Ouzou.

### 1-1) Historique et définition du CHU

#### 1-1-1) Historique

C'est en 1955 et plus précisément le 25 juillet de cette année ; qu'il a été procédé a la réception de certains services de l'Hôpital de Tizi-Ouzou ; permettant ainsi l'ouverture de cet établissement pour la première fois le 1 août 1955 en tant qu'hôpital civil.

Ce dernier comportait au départ un nombre restreint de disciplines médicales, telle que la médecine, la chirurgie, la gynécologie, la pédiatrie, un service de maternité, un service d'hospice et un service d'aliénés en transaction.

Après l'indépendance en 1962, et l'événement de la médecine gratuite en 1974, l'hôpital régional de Tizi-Ouzou devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliés dont : l'hôpital « NEDIR MOHAMED » qui été l'unité mère de laquelle ont été détachées (04) unités secondaire et qui sont :<sup>1</sup>

- L'HOPITAL NEDIR MOHAMED
- HOPITAL SIDI-BELLOUA
- LA CLINIQUE DENTAIRE
- LA CONSULTATION SPECIALISEE

En 1974, l'hôpital régional de Tizi-Ouzou devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliés.

En 1982, le secteur sanitaire de Tizi-Ouzou se voit se transformer en sous-secteur universitaire (S.S.U) et ceci par l'ouverture d'une formation biomédicale pluri disciplinaires.

Le centre hospitalo-universitaire (CHU) est une institution publique à caractère administratif rattachée au ministre de la santé, il a été créé par le décret N°86125 du Décembre 1986.

### 1-2) Les missions du C.H.U

Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement ayant pour mission

---

<sup>1</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU

La prise en charge des soins hautement spécialisées, la promotion de formation médicale et paramédicale et l'encadrement ainsi que l'encouragement à la recherche scientifique. Il participe également à la réalisation du programme national de la santé, d'assurer les examens médicaux, le traitement et toute activités concernant la protection de la santé publique.

Enfin, le C.H.U participe à la formation en poste graduation en science paramédicale (infirmiers diplômé d'état, infirmiers brevetés, aides techniciens de santé).

### **1-1-3) Les activités du CHU**

Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou prend en charge les populations des wilayas : BOUIRA, BOUMERDES, TIZI-OUZOU, et BEJAIA d'environ 1,5 million d'habitants.

Un ensemble d'activités est fixé par la réglementation en vigueur, il est tenu d'y jouer un rôle primordial dans ce cadre, ces activités sont les suivantes :

#### **1-1-3-1) En matière de santé**

Le C.H.U est tenu d'assurer les activités de soins diagnostic d'hospitalisation, ainsi que la prévention et cela dans le cadre des programmes nationaux, régionaux, et locaux de santé. Ajoutant à cela, sa participation à toutes les actions visant la promotion et la production de l'environnement.

#### **1-1-3-2) En matière de recherche**

Le C.H.U de Tizi-Ouzou consiste à un cadre très important de développement des services médicaux, des journées scientifiques s'organisent au niveau du bloc pédagogique.

Le C.H.U de Tizi-Ouzou collabore également avec d'autres établissements de santé de différentes wilayas du pays dans le cadre de la recherche scientifique.

#### **1-1-3-3) En matière de formation**

Le C.H.U de Tizi-Ouzou assure en liaison avec les universités la formation supérieure en science médicale, la formation gradée en science médicale et participe à la formation, recyclage et au perfectionnement du personnel de la santé.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>[www.chuto.dz](http://www.chuto.dz) site officiel du CHU de TIZI OUZOU

### 1-4) Description de la structure du CHU

#### 1-1-4-1) Présentation des bureaux de rattaché à la direction général

Le directeur général est assisté d'un secrétaire général, de directeur, et le cas échéant, de directeur d'unités.

- le bureau d'ordre général.
- le bureau de l'information et de la communication.
- le bureau de la sécurité et de la surveillance générale.
- le bureau des marches et des contentieux des affaires juridiques.

#### 1-1-4-2) L'organisation administrative des bureaux comprend

- La direction des moyens matériels.
- La direction des ressources humaines.
- La direction des finances et du contrôle.
- La direction des activités médicales et paramédicales.

#### 1-1-4-3) Les unités du CHU sont organisées en bureaux

- **La direction des moyens matériels comprend**  
Trois sous directions.

##### **Sous direction des services économique**

- Le bureau des approvisionnement.
- Le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des reformes
- Bureau de comptabilité
- Bureau de la restauration et d'hôtellerie

##### **Sous direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentations et du consommable**

- bureau des produits pharmaceutique.
- bureau des instruments et des consommables.

##### **Sous direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance**

- bureau des infrastructures
- bureau des équipements

-bureau de maintenance

➤ **La direction des ressources humaines comprend :**

Deux sous direction.

**Sous direction des personnels**

-bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et service

-bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues.

- bureau des effectifs, de la régularisation et de la solde.

**Sous direction de ma formation et de la documentation**

-bureau de la formation

-bureau de la documentation

➤ **La direction des finances et de contrôle qui comprend**

Deux sous direction

**La sous direction des finances qui comporte**

- bureau du budget de la comptabilité.

-bureau des recettes et des caisses.

**La sous direction de l'analyse et de maitrise des coûts qui comporte**

-le bureau de l'analyse et de la maitrise des coûts.

-le bureau de la facturation.

➤ **La direction des activités médicales et paramédicales qui comporte**

Trois sous direction

**La sous direction des activités médicales qui comprend**

- bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales.

- bureau de la garde et des urgences.

- bureau de la programmation et du suivi des étudiants.

### La sous direction des activités paramédicales qui comporte

- bureau de l'organisation et de l'évaluation et des activités paramédicales
- bureau des soins infirmiers.
- bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.

### La sous direction de gestion administration du malade qui comporte

- bureau d'admission des malades
- bureau de l'accueil de l'organisation et des activités socio-thérapeutiques.<sup>3</sup>

### 1-5) Les services hospitaliers du CHU TO :

Le CHU de T-O est organisé en service, ces services sont les services d'hospitalisation, service des urgences et les services médico-techniques.

#### 1-5-1) Services d'hospitalisation

Ce sont des services remplissant la fonction d'hébergement des malades. Ces derniers sont ceux nécessitant des soins intensifs et dont l'état de santé demande un suivi thérapeutique en milieu hospitalier. L'admission dans les services hospitaliers s'effectue soit par le biais du service des urgences ou par le biais du malade lui-même sollicitant le service hospitalier. Le CHU du T-O contient plusieurs services d'hospitalisation notamment :

- **Services chirurgicaux à savoir** : chirurgie viscérale, Traumatologie, Neurochirurgie,

Urologie, Urgence de chirurgie, Pneumo-phtisiologie, Rééducation fonctionnelle, Endocrino-diabétologie, Ophtalmologie, Dermatologie, Rhumatologie, Neurologie, Oncologie, Gynécologie, Chirurgie thoracique,

- **Les Services médicaux à savoir** : médecin interne, Cardiologie, Hématologie,

Réanimation médicale, Réanimation chirurgicale, Pédiatrie, Maladies infectieuses, Psychiatre, Néphrologie, Hémodialyse, Urgence de Médecine, Urgence de pédiatrie, service CCI Service de tri...

---

<sup>3</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU

- **Service des urgences** : il est le service où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état Nécessite un traitement immédiat. Ce service regroupe les urgences chirurgicales, urgences Médicales, urgence Pédiatrie et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).
- **Services médico-techniques**

Ces services sont représentés principalement par le service de radiologie, et le Laboratoire d'analyses médicales, Imagerie Médicale, Pharmacie, Maintenance Bio-Médicale, Centre de Transfusion Sanguine et Service Informatique. La participation de ces services à L'activité de l'hôpital mais ne remplissent se concrétisent lors de la fourniture des résultats des Divers examens que demandent les services d'hospitalisation en les aidants à travers les investigations à l'établissement des diagnostics et au contrôle des thérapeutiques mets-en œuvre. La Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed représentée dans

Les tableaux suivants :

Le tableau suivant présente le nombre de lits dans les services médicaux (médecin Interne, pédiatrie, réanimation médicale...), les services chirurgicaux (chirurgie générale, Traumatologie, urologie...) et les urgences (le pavillon des urgences de médecine, le pavillon des urgences de chirurgie, le pavillon des urgences de pédiatrie).

- **Explorations radiologiques**

Radiologie centrale, Radiologie des urgences, Echocardiographie (au niveau du service de cardiologie), Unité de cathétérisme (en cardiologie), Unité d'exploration gastro-entérologie, Unité d'exploration au niveau des urgences de néonatalogie (Bronchoscopie, ETF,écho-cardio, fibroscopie).

- **L'unité BELLOUA**

« Ex. SANATORIUM » est une structure à 4 kilomètre de l'unité mère NEDIR Mohamed de la ville de Tizi-Ouzou, sur le chemin montant au village de REDJAOUNA.

La superficie du site est de 62 500 m<sup>2</sup>. Elle est constituée de quatre bâtiments R + 3 reliés par des grands couloirs. <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> [www.chuto.dz](http://www.chuto.dz) site officiel du CHU de TIZI OUZOU

➤ **Services d'hospitalisation BELLOUA**

Pneumophtisiologie, Rééducation fonctionnelle, Endocrinologie-diabétologie, ORL, Ophtalmologie ; Dermatologie ; Rhumatologie, Neurologie, Oncologie ; Gynécologie Chirurgie thoracique.

▪ **La Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed représentée dans**

**Les tableaux suivants**

Le tableau suivant présente le nombre de lits dans les services médicaux (médecin Interne, pédiatrie, réanimation médicale...), les services chirurgicaux (chirurgie générale, Traumatologie, urologie...) et les urgences (le pavillon des urgences de médecine, le pavillon des urgences de chirurgie, le pavillon des urgences de pédiatrie).

**Tableau N°20 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed**

*Service d'Hospitalisation*

<b>Services Médicaux</b>	<b>Nbr lits 263</b>
<b>Médecin interne</b>	<i>57</i>
<b>Pédiatrie</b>	<i>50</i>
<b>Cardiologie</b>	<i>53</i>
<b>Psychiatre</b>	<i>40</i>
<b>Réanimation médicale</b>	<i>12</i>
<b>Néphrologie</b>	<i>31</i>
<b>Maladies infectieuses</b>	<i>32</i>
<b>Néonatalogie</b>	<i>20</i>
<b>Réanimation chirurgicale</b>	<i>07</i>
<b>Hématologie</b>	<i>32</i>
<b>Centre d'Hémodialyse</b>	<i>28</i>
<b>Services Chirurgicaux</b>	<b>Nbr lits : 217</b>
<b>Chirurgie Générale (viscérale)</b>	<i>57</i>
<b>Traumatologie</b>	<i>58</i>
<b>Neurochirurgie</b>	<i>32</i>
<b>Urologie</b>	<i>28</i>
<b>Chirurgie infantile (CCI)</b>	<i>42</i>
<b>Les Urgences</b>	<b>Consistance: 38</b>
<b>Le pavillon des urgences de médecine</b>	<i>12</i>
<b>Le pavillon des urgences de chirurgie</b>	<i>16</i>
<b>Le pavillon des urgences de pédiatrie</b>	<i>10</i>

*Source : Réalisé sur la base des documents du CHU de T-O*

### Chapitre III : étude de cas : l'évaluation des services hospitalier du CHU.T.O

Le tableau suivant représente le nombre de lits réels dans les services chirurgicaux :

Chirurgie viscérale, traumatologie, neurochirurgie et la neurochirurgie.

**Tableau N°21 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services Chirurgicaux**

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

Source : Etablie sur la base des documents du CHU de T-O

Le tableau suivant représente nombre de salles des blocs opératoires (chirurgie viscérale, traumatologie, neurochirurgie, neurochirurgie, Blocs des urgences) du CHU de TO.

**Tableau N°22 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Les Blocs Opératoires**

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

Source : Réalisé sur la base des documents du CHU de T-O

Le tableau suivant représente les structures existantes de laboratoire dans l'hôpital du CHU de T-O sont les suivantes : Laboratoire de biochimie (LAM), laboratoire de microbiologie Parasitologie, laboratoire de microbiologie parasitologie, laboratoire d'hémobiologie, centre de Transfusion sanguine, laboratoire de cytogénétique.

**Tableau N°23 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Explorations**

**Biologiques**

<b>Structures existantes</b>
<b>Laboratoire de biochimie(LAM)</b>
<b>Laboratoire de microbiologie parasitologie</b>
<b>Laboratoire d'anatomie pathologique</b>
<b>Laboratoire d'hémiobiologie</b>
<b>Centre de transfusion sanguine</b>
<b>Laboratoire de cytogénétique</b>

Source : Réalisé sur la base des documents du CHU de T-O

Le tableau suivant représente la consistance du service de chirurgie en compte Cinq Services dont : dentisterie opératoire (Clinique dentaire disposant de 50 fauteuils dentaires), Pathologie bucco-dentaire, prothèse dentaire, ortho- dentisterie, et ortho- dentisterie.

**Tableau N°24 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Le service de Chirurgie dentaire**

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

Source : Réalisé sur la base des documents du CHU de T-O.

Le tableau suivant illustre le personnel existant au CHU de T-O, il est composé Essentiellement par : Personnels administratifs, personnels techniques et les ouvriers professionnels Conducteurs auto.

**Tableau N°25 : Les ressources humain du CHU de T-O**

<b>Personnel administratif et autres</b>	2015
<b>Personnels administratifs</b>	199
<b>Personnels techniques</b>	40
<b>Ouvriers professionnels</b>	452
<b>Conducteurs auto</b>	27
<b>TOTAL</b>	718

### Section II : présentation et fonctionnement des services hospitalier

En raison du temps limité pour réaliser l'étude, il est difficile de porter cette dernière sur la totalité de la population du CHU de Tizi-Ouzou. Pour réaliser efficacement cette étude de terrain, j'ai choisi (3) trois services hospitalier, service CCI, service Néphrologie, service cardiologie.

L'étude est une évaluation des services hospitalier dans l'établissement publique de santé CHU, j'ai choisis quelques services pour l'évaluation, pour cela l'étude, elle se portera sur des services hospitaliers qui est service CCI, service Néphrologie, service cardiologie, donc, l'évaluation obtenu est de trois entretiens : un entretien réalisé avec les chefs des services (CCI,Néphro, cardio) du CHU de Tizi-Ouzou, un autre réalisé avec les médecins-chefs des services (CCI,Néphro, cardio) et un dernier avec le personnel des services(CCI,Néphro, cardio) .<sup>5</sup>

#### 2-1) Présentation les services hospitaliers (chirurgie infantile, néphrologie, cardiologie) CHU TO

##### 2-1-1) Service CCI (chirurgie commun infantile)

Le service de chirurgi pédiatrique comprend : Une unité de chirurgie viscérale et Une unité de chirurgie orthopédique ,Un bloc opératoire avec une salle de réveil et une unité de soins postopératoires, l'ouverture du service c'est en 1985.

Le service de chirurgie pédiatrique c'est la spécialité chirurgicale qui prend en charge toutes la pathologie de l'enfant de 0 à 15 ans, concernant l'appareil locomoteur, l'appareil urogénital, l'appareil digestif et maxillo-faciale.

Les pathologies traitées :

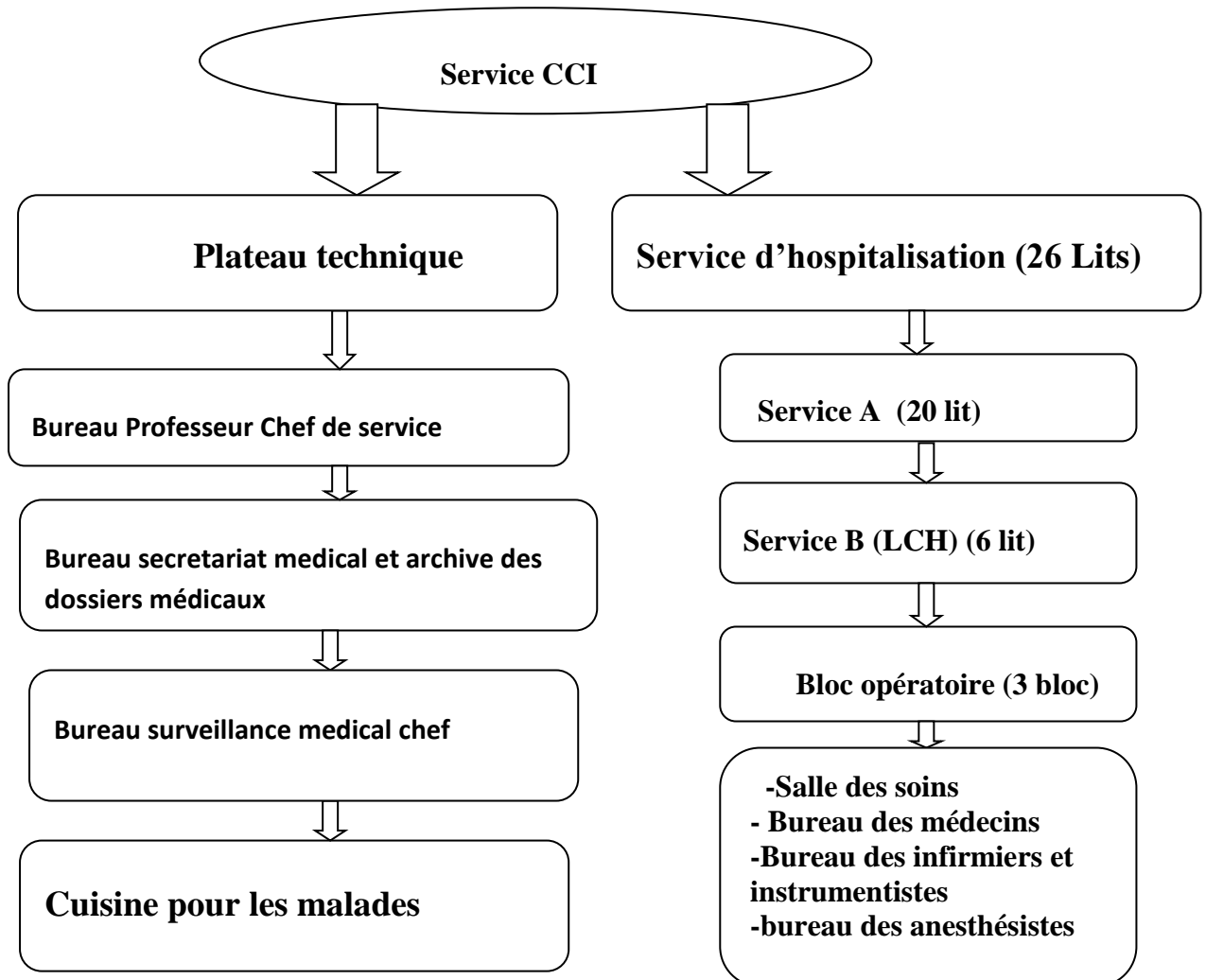
- Chirurgie viscérale pédiatrique
- Chirurgie urologique pédiatrique
- Chirurgie orthopédique pédiatrique
- Chirurgie maxillo faciale pédiatrique
- Chirurgie néonatale

---

<sup>5</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU service CCI

2-2) **L'organigramme du service CCI** : L'organisation du service chirurgie infantile comprend deux plateaux sont, technique et service d'hospitalisation.

**Figure N° : L'organigramme du service CCI**



Source : CHU Tizi-Ouzou service CCI

### 2-2) Service néphrologie

La néphrologie est la spécialité médicale qui prend en charge le diagnostic et le traitement de l'ensemble des maladies rénales, qui affectent la filtration du sang l'ouverture du service c'est en 1984.

La néphrologie correspond au domaine médical qui s'occupe des soins contre les maladies des reins, jouant un rôle fondamental dans la filtration du sang. Elle est pratiquée par un néphrologue, qui lutte par exemple contre des symptômes mineurs (présence de sang dans les urines) jusqu'à des troubles plus graves, comme l'insuffisance rénale, palliée par une dialyse.

La néphrologie concerne aussi bien des pathologies primaires (défaillance émanant directement du rein) que des symptômes secondaires (dans le cas d'un diabète par exemple).<sup>6</sup>

#### Unité Hospitalisation :

1. Unité Femmes : 09 lits

2. Unité Hommes : 09 lits

3. Unité d'Hémodialyse

A : 14 générateurs ;

B : 13 générateurs

Consultations et urgences de néphrologie

Consultation de dialyse péritonéale

Consultations des transplantés rénaux

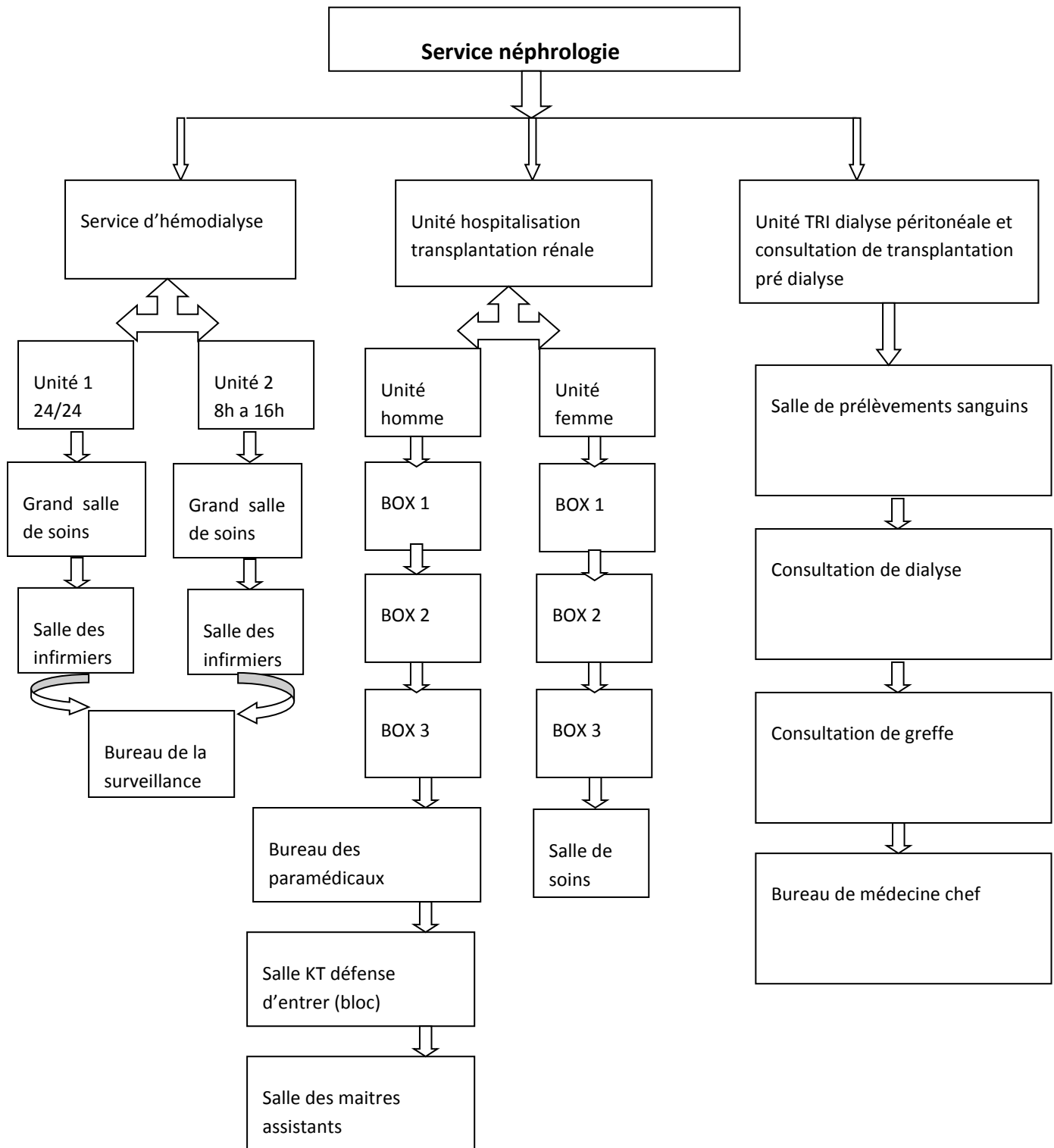
#### 2-2-1) L'organigramme du service néphrologie

L'organisation du service néphrologie comprend trois plateaux sont, technique et service d'hospitalisation, deux centre d'hémodialyse, transplantés rénaux.

---

<sup>6</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU service de néphrologie

Figure N° : l'organigramme du service néphrologie



Source : CHU Tizi-Ouzou service néphrologie

### 2-3) Service cardiologie

C'est une spécialité médicale étudiant les maladies du cœur et des vaisseaux, et pour mission d'assurer la prise en charge des patients adultes souffrant d'une pathologie cardiovasculaire. Les compétences médicales et les équipements de pointe permettent d'offrir aux patients une prise en charge optimal.

Le service de cardiologie se compose d'une :

- Unité femme
- Unité homme
- Unité de cathétérisme
- Unité d'exploration
- Annexes
- L'unité de cathétérisme : comporte
  - Deux salles opératoires
  - Une Salle de pace maker
  - Une Salle de KT
- L'unité d'exploration : comporte
  - Une Salle de consultation
  - Une Salle d'échographie
  - Une Salle d'épreuve d'effort
  - Une Salle de consultation (hôpital du jour)

Le service de cardiologie assure plusieurs disciplines :

- Echographie cardiaque
- Doppler cardiaque
- Epreuve d'effort
- Contrôle de pace maker
- Consultation de rythmologie
- Consultation pré coronarographie
- Consultation post coronarographie
- Coronarographie +angioplastie
- Implantation de pace maker et rythmologie interventionnelle
- Implantation des multi site (CRTD .CRT)

- Echographie trans œsophagienne
- Angioplastie primaire (urgence)

Hôpital du jour :

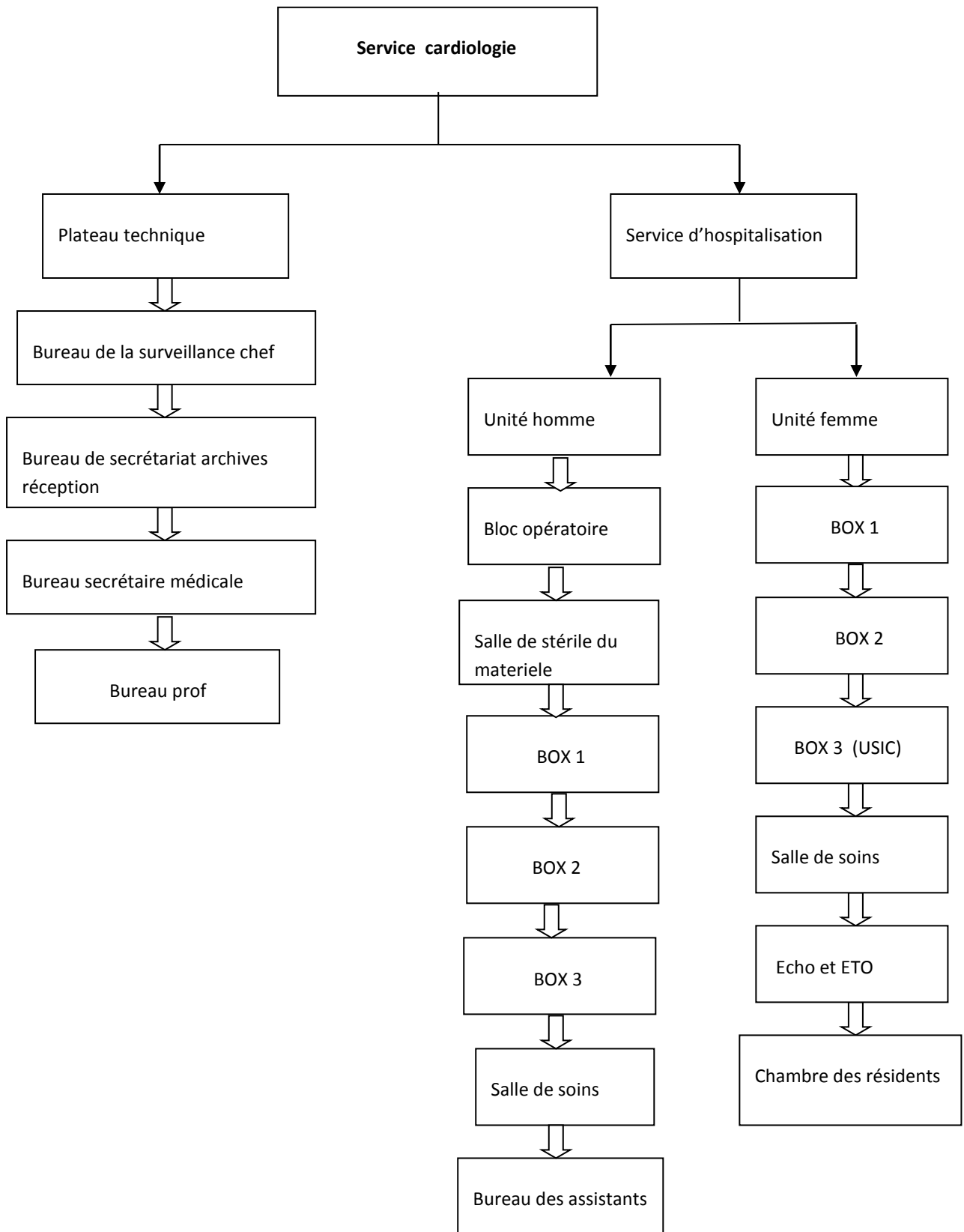
- Préparation du dossier opératoire
- Ajustement du traitement
- Prélèvement sanguins (bilan pré opératoire)
- ECG (malade externe)
- Contrôle de TP+INR
- Echographie de stress
- Echographie des troncs supra aortique
- Cardiologie interventionnelle
- Fermeture de CIA
- Fermeture de PCA
- Fermeture de RP
- Dilatation mitrale
- Activité scientifique<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Document interne du CHU de TIZI OUZOU service de la cardiologie

2-3-1) L'organigramme du service cardiologie

Figure N° : L'organigramme du service cardiologie



Source : CHU Tizi-Ouzou service cardiologie

### Section 3 : l'évaluation des services hospitalier (CCI, néphrologie, cardiologie) de CHU Tizi-Ouzou, les indicateurs à retenir

L'évaluation des pratiques médicales est un ensemble de processus pour aider le professionnel de la santé à faire le meilleur choix diagnostique et thérapeutique pour le malade et la société.

Evaluer c'est donner une valeur permettant de faire un jugement ou un classement.

En médecine, évaluer c'est recueillir des données, les comparer à une situation optimale afin de prendre une décision. Ce «trépied de l'évaluation» est un ensemble indissociable dont les éléments ne peuvent pas être disjoints.

Elle a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et du service rendu au patient par les professionnels, et de démontrer la compétence, la fiabilité de l'organisation et des professionnels de santé aux clients du système de santé pour augmenter leur satisfaction et leur confiance. Ainsi un service peut se développer au travers de la satisfaction de ses clients.

Dans tous les cas, il convient de souligner que la " qualité des soins " est une notion multidimensionnelle. Elle associe des critères de processus (les pratiques professionnelles et des aspects organisationnels) et de résultat (l'efficacité clinique exprimée en terme de mortalité / morbidité, la sécurité, la qualité perçue par le patient et son entourage)

Garantir la qualité des soins est donc un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatées, la mise à jour continuelle des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration

Une procédure évaluative n'a aucun sens si elle ne débouche pas sur une prise de décision. La nature de la décision envisagée conditionne la nature des données que l'on recueillera et du référentiel que l'on définira.

L'activité d'un service hospitalier peut être évaluée de façon quantitative (étude épidémiologique ou thérapeutique d'une pathologie), économique (soit en appréciant le coût de la prise en charge soit le rapport coût- bénéfice) ; elle peut aussi se faire de façon

qualitative. L'évaluation qualitative apprécie les résultats thérapeutiques, les séquelles du traitement et la satisfaction du patient à la fin de son séjour hospitalier.

Les domaines pouvant faire l'objet d'évaluations dans un système de santé sont très nombreux, de même que sont très nombreux les acteurs de ces évaluations. On peut, par Exemple, s'interroger sur les pratiques de professionnels, d'équipes, d'établissements, de systèmes dans leur ensemble. L'évaluation peut porter sur un cas donné, un Groupe d'utilisateurs, ou toute une population. L'analyse peut être très précise et technique Ou, au contraire, beaucoup plus large. Les méthodes et indicateurs pertinents varient Évidemment en conséquence.

#### **3-1) les indicateurs à retenir dans les services hospitaliers (CCI, néphro, cardio)**

Les chiffres ne parlent pas d'eux-mêmes. Un indicateur donne une indication, c'est-à-dire Une information incomplète, mais utile, sur un phénomène, un dysfonctionnement, Une situation. Une statistique, un indice simple ou complexe ne constituent pas Automatiquement des indicateurs. Ils ne le deviennent que s'ils fournissent à la personne Qui en dispose une information significative par rapport à ses préoccupations. Ce n'est Pas seulement le résultat qui est important, c'est ce que l'on en fait.

En outre, la prise de décision fait habituellement appel, à côté du ou des éléments de Mesure, à des éléments de principe ou de contexte. Ainsi, certaines décisions politiques Ou stratégiques peuvent être prises en dépit de sondages d'opinion défavorables.

Les conditions de recueil et de traitement des données doivent être définies précisément, Afin d'assurer la stabilité et la reproductibilité au cours du temps des informations Produites. Cette standardisation est encore plus importante lorsque l'indicateur est Utilisé à des fins de comparaison par plusieurs équipes, services ou établissements. Il est Par ailleurs très souvent nécessaire d'« ajuster » les résultats en fonction de différents Facteurs.

Le développement des indicateurs ne prend donc tout son sens qu'à la fin d'une période Parfois longue de choix des objectifs à atteindre. Ces remarques s'appliquent à toutes les Catégories d'indicateurs et rendent compte des limites, voire des dangers, de l'utilisation De « catalogues » d'indicateurs.

Des résultats sous-estimés, surestimés, voire incohérents par rapport à la situation réelle Peuvent conduire l'utilisateur de l'indicateur à prendre des décisions inappropriées.

Les décideurs peuvent souhaiter utiliser des indicateurs pour définir (à l'échelon de la Nation, de la région, etc.) Les besoins sanitaires de la population et leur niveau de Satisfaction, ou encore pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Cependant, il est rarement possible d'établir de manière scientifique le niveau de Ressources requis par telle production ou tel service dans son contexte spécifique. Dans Ces conditions, les indicateurs ne peuvent pas être utilisés pour prendre des décisions de Manière mécanique. Ils doivent être utilisés comme les bases d'un dialogue et d'une Réflexion communs entre le niveau central et les services déconcentrés.

### **3-1-1) les indicateurs à retenir pour l'évaluation de service CCI**

L'évaluation des différentes techniques et pratiques de soins, ce qui a motivé l'initiation de ce travail dans le service de chirurgie infantile du CHU T.O, Il pourrait représenter un référentiel permettant de juger périodiquement l'évaluation de la qualité des services dans le temps.

De très nombreux indicateurs d'activité peuvent être envisagés, en fonction des objectifs Poursuivis. L'activité peut être décrite de manière globale et/ou par secteurs d'activité. Elle peut être exprimée de manière détaillée ou synthétique, de manière brute ou par Référence aux coûts ou aux structures (productivité). La construction, le recueil et L'utilisation des indicateurs d'activité répondent aux règles méthodologiques générales Citées plus loin. La discussion des différentes catégories d'indicateurs d'activité Disponibles sort du cadre de l'évaluation du service CCI.

Le service de chirurgie infantile prend en charge les enfants de la naissance à l'adolescence, relevant d'une pathologie chirurgicale. Le service prend en charge les enfants et adolescents de 0 à 18 ans nécessitant une intervention chirurgicale pour cause de malformation congénitale, ou suite à un accident. Nous traitons les affections simples et courantes tout comme les cas complexes. Associée aux interventions proprement dites, notre activité comporte également une activité de consultation préopératoire et de suivi (au long cours si nécessaire). Le Service prend également en charge des problèmes chirurgicaux potentiels, qui ne requièrent pas forcément une intervention.

### **3-1-1-1) L'admission d'un malade au service CCI**

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

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

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 divers.

- Cas 1<sup>er</sup> : admission du malade en urgence le malade doit se faire opérer en urgence, transfère à la CCI pour la prise en charge, (l'hospitalisation, les soins après l'intervention ..... etc.... jusqu'à la sortie du malade
- Cas 2<sup>eme</sup> : l'hospitalisation par RDV, la secrétaire elle doit établir une demande d'hospitalisation et l'enregistrement du malade (nom, prénom, l'adresse, l'âge, N° dossier.

### **Les composants du dossier d'admission**

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

- Demande d'hospitalisation (voir annexe)
- Le billet d'admission (voir annexe)
- Fiche navette (voir annexe)

Toute hospitalisation d'un malade doit être obligatoirement enregistrée au niveau de la Du bureau 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 Transférée 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.

- **Le bulletin d'admission**

C'est l'identification du patient, l'identification de l'assure, l'hospitalisation du patient, accident, il contient le nom, prénom du patient, numéro d'admission, l'adresse... etc.

- **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 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'entré et le code d'entré.

- **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 effectué ;
- 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 du l'acte du 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 du 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).

- **Médicaments**

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

#### ○ 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,...).

#### ➤ **Autre documents utilisé dans le service :(voir annexe)**

- Registre d'hospitalisation
- Registre des mouvements
- Registre d'admission
- Registre ANAPHT, CCI
- ENTRAN
- SORTANT
- Billet de salle
- Certificat de séjour
- Carte de consultation spécialisée
- Ordonnance interne
- Ordonnance
- Permission de sortie
- Relevé des prescriptions alimentaires
- Mouvement des malades
- Fiche de réception de malade
- Fiche d'évacuation de malade entre établissements de santé
- Résumé clinique de sortie
- Demande de produits sanguins
- Résumé standard de sortie

**Remarque : les mêmes documents dans les autres services d'hospitalisation**

#### ➤ **les critères de l'admission de patient**

L'évaluation des structures de soins dans la CCI doit être abordée selon plusieurs axes.

Les critères d'évaluation sont nombreux : activité, efficacité, qualité des soins, cout etc.

Ces quelques critères suffisent à illustrer la complexité potentielle de ce domaine d'autant plus que l'approche doit être centrée sur la prise en charge globale du malade.

Elle va prendre en compte différents champs au sein d'une structure

- ❖ La fonction hospitalière
  - Fonction hospitalière
  - Les fonctions administratives,
  - Urgences et accueil,
  - Plateaux médicaux techniques dans le service
- ❖ Les pratiques et le fonctionnement de la structure sanitaire

(Elle doit être centrée sur la prise en charge globale du patient).

- Les pratiques professionnelles des catégories socioprofessionnelles
- Les pratiques médicales, paramédicales et administratives

L'évaluation des pratiques pour le professionnel de santé vise à développer un état d'esprit permettant de juger de manière objective l'écart qui existe entre ce que l'on est en droit d'attendre de la mise en œuvre des techniques et les résultats effectivement obtenus. Ce nouvel état d'esprit nécessite un apprentissage de la remise en cause des attitudes acquises. La démarche d'évaluation de la qualité des soins telle qu'elle est discutée sous le terme général d'audit clinique s'effectue selon les étapes suivantes :

- La sélection du thème de l'activité d'évaluation (identification des problèmes prioritaires).
  - L'élaboration des critères de qualités des comportements dans la situation choisie (choix d'une attitude de référence).
  - La description de la réalité (recherche de la présence ou de l'absence des critères de qualité).

- L'analyse des écarts entre la réalité et les critères de références, analyse des causes puis la recherche de solutions.
- L'évaluation de l'impact des mesures de correction sur la pratique médicale.
- ❖ Le service est composé de 10 box chaque salle 2 lits dont 20 lits d'ambulatoire, 6 lits traumato LCH, la salle de Réville continus et 6 lits de réanimation chirurgicale. Avec 3 blocs opératoires
- ❖ Il existe psychologue qui prépare les malade et garde malade avant l'intervention, aider le malade à accepter les soins, les prélèvements, les pansements.....etc.
- ❖ Dans le service il existe la kinésithérapie, responsable sur la rééducation pour les malades à la sortie du bloc opératoire, pour les malades LCH au début l'entretien orthopédique, la **kinésithérapie** respiratoire, la post-chirurgie, la pédiatrie,.....etc ,  
Le masseur-**kinésithérapeute** réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes de massage et de gymnastique médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles **sont** altérées, de les rétablir ou d'y suppléer ;  
Le manque du matériel au service les appareils en rééducation de qualité
- ❖ La surveillance médicale responsable sur le service elle doit gère les problèmes du service, la pharmacie du service, l'hôtellerie, gère le personnel et le pointage, veiller sur le matériels de service,
- ❖ Le responsable du bloc

Le Chef de **bloc** est **responsable** de la prise en charge des patients dans son service, il analyse, gère et évalue toutes les situations afin de garantir la qualité des prestations fournies aux patients et aux praticiens, veille à la qualité du climat social, aux conditions **de travail** des personnels et aux conditions d'exercice des praticiens.

- Il met en place une organisation qui garantisse le respect de la réglementation et de la Charte de fonctionnement au sein du bloc opératoire.
- Il organise le programme opératoire hebdomadaire, en collaboration avec le comité de bloc et en assure la diffusion.
- Il finalise le programme opératoire quotidien avec le coordonateur médical et en assure la diffusion.

- Organise et évalue les besoins en vacations des praticiens.
- Organise le travail quotidien des équipes.
- Organise les circulations et les flux.
- Organise l'entretien des locaux (les blocs, matériel...etc.).
- Organise la prise en charge des patients en pré, per et post opératoire.
- Travail en collaboration avec les médecins.
- Organise les réunions de service, comité et conseil de bloc.

### 3-1-1-2) les délais d'attente

- **Quels peuvent être les objectifs d'une évaluation des délais d'attente avant les consultations de chirurgie ?**

Les informations relatives au contexte de mise en œuvre d'une évaluation des délais d'attente avant les consultations de chirurgie sont importantes. En effet, la méthode de mise en œuvre de l'indicateur (taille et nature de l'échantillon, évaluation externe ou participation des professionnels eux-mêmes, pilotage de l'équipe d'évaluation, choix des indicateurs éventuellement associés, type de suivi continu ou discontinu, etc.) peut être différente selon l'objectif principal poursuivi.

Or une telle évaluation peut s'inscrire dans des contextes et répondre à des objectifs extrêmement différents, par exemple :

- l'établissement met en œuvre une politique d'accueil Du patient et de son entourage des dispositions sont prises Pour réduire les délais d'attente, un processus de gestion de la Qualité prévoyant une prise en compte des besoins des malades est en place) ;
- aider à une réorganisation des activités de consultations dans l'établissement, ou à une Optimisation de l'utilisation des ressources en personnels ou à une meilleure Ergonomie ;
- faire partie d'une stratégie d'évaluation de la satisfaction des patients en vue de son Amélioration *a priori* ou dans un but de conquête au travers d'un plan de Communication ;

- ou s'inscrire, comme ici, dans une logique de résolution de problème, voire de prévention de contentieux.
- **Qui doit (ou peut) piloter et participer à cette évaluation des délais d'attente avant les consultations de chirurgie ?**

L'indicateur s'inscrit donc dans une démarche. Ainsi qu'il a été précisé précédemment, le responsable a noté que cette démarche avait été décidée par les instances dirigeantes de L'établissement. Dans un autre contexte, elle aurait pu être souhaitée par un responsable Qualité, par une équipe d'auto-évaluation, etc.

Le responsable doit résoudre le problème de l'association des professionnels à la démarche. Il est certes possible de procéder de manière externe, par exemple en confiant l'évaluation et son interprétation à un prestataire.

Mais le responsable considère qu'il est préférable d'associer des représentants de tous les Professionnels concernés à la démarche, de sorte à favoriser la qualité de l'évaluation, la Pertinence de l'interprétation de ses résultats, et, finalement, l'acceptation des mesures D'amélioration qui pourraient s'avérer nécessaires. Il décide donc de constituer autour de Lui une équipe regroupant les opérateurs consultants, les infirmières et secrétaires Intervenant à la consultation, les deux personnes chargées de traiter les questionnaires de Satisfaction de l'établissement et le médecin chef. Lors d'une première réunion, Cette équipe convient de rassembler et d'analyser l'ensemble des informations déjà Disponibles sur les consultations de chirurgie, de construire une méthode de mesure des Délais d'attente adaptée à ces informations et de la mettre en œuvre, puis de restituer les Résultats obtenus aux instances et de leur proposer quelques axes d'amélioration.

#### **3-1-1-3) Le nombre d'intervention chirurgicale chez les patients hospitalisés dans le service CCI**

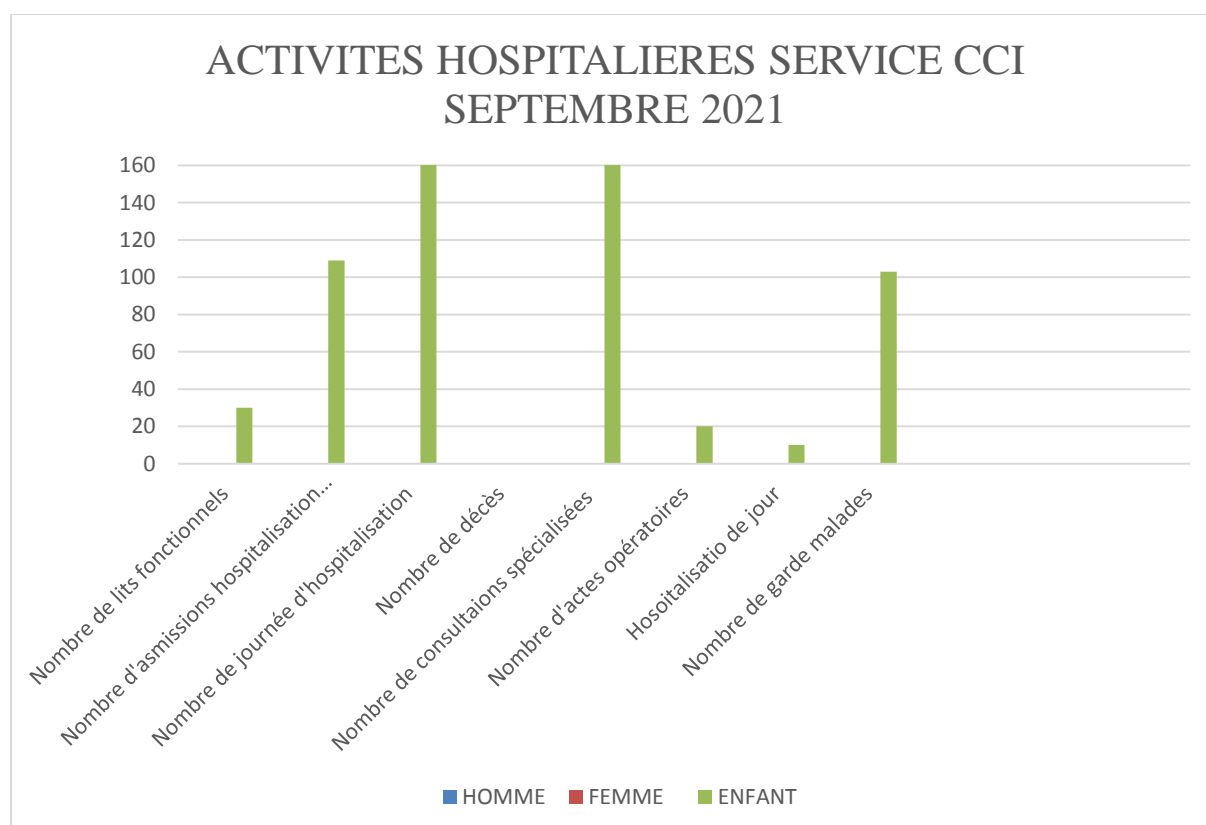
- **Activités hospitalières du mois**

### Chapitre III : étude de cas : l'évaluation des services hospitalier du CHU.T.O

**Tableau N°26** : l'activité hospitalière du service CCI le mois septembre 2021 (Voire annexe)

Activité du service	Enfants	Total
Nombre de lits fonctionnels	30	30
Nombre d'admissions hospitalisation (malades)	109	109
Nombre de journée d'hospitalisation	635	635
Nombre de décès	00	00
Nombre de consultations spécialises	1150	1150
Hospitalisation de jour	10	10
Nombre de garde malade	103	103
Nombre d'acte opératoires	20	20

**Figure N° 10** : activité hospitaliers service CCI 2021



- **Activité hospitalières de l'année**

**Tableau N°27** : l'activité hospitalier du service CCI l'année 2021

Mois	N° de lit	Nombre d'admission	Nombre du jour	Nombre de décès	Garde malade	Nombre de consultation spécialisé	Nombre actes opératoire	Hospitalisation du jour
01	30	178	590	01	128	1569	114	50
02	30	171	766	00	120	1419	119	51
03	30	113	769	01	86	1107	63	27
04	30	53	378	02	51	299	25	02
05	30	67	456	03	67	475	02	00
06	30	133	717	00	106	1114	71	27
07	30	119	825	02	101	1100	42	18
08	30	97	929	00	94	1175	42	03
09	30	109	938	02	96	1416	58	13
10	30	170	1096	01	136	1228	109	34
11	30	114	1004	02	88	1257	72	26
12	30	95	1010	02	86	1166	53	09
<b>Totale</b>	30							

### 3-1-2) les indicateurs à retenir pour l'évaluation de service néphrologie

La néphrologie est la spécialité médicale qui prend en charge le diagnostic et le traitement de l'ensemble des maladies rénales, qui affectent la filtration du sang. Maladie **rénale** chronique et **insuffisance rénale** chronique : définition et causes. La maladie **rénale** chronique **est** une diminution du fonctionnement des reins qui ne filtrent plus correctement le sang de l'organisme. Cette **insuffisance rénale** chronique a deux causes principales : le diabète et l'hypertension artérielle.

L'insuffisance rénale chronique terminale est une priorité de santé publique. Si la greffe rénale représente, dans l'absolu, la meilleure option thérapeutique, tant en termes de qualité de vie pour le Patient qu'en termes de coût pour la société, elle ne peut être réalisée pour l'ensemble des patients en Insuffisance rénale terminale, et ce pour de nombreuses raisons comme les comorbidités associées, la disponibilité de greffons

#### 3-1-2-1) L'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients hémodialyse

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins du thème « **Prise en charge des Patients hémodialysés chroniques** » sont recueillis par l'ensemble des structures ayant une Autorisation pour l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration

extrarénale, et ce quelles que soient les modalités de prise en charge (centres, unités de dialyse médicalisées, unités d'auto dialyse assistée ou non, domicile).

La dialyse, traitement lourd, est une condition à la survie des patients dont la qualité de vie dépend en Partie de la qualité de la prise en charge. Les professionnels ont défini des éléments sur la qualité de la Prise en charge de l'hémodialyse : maîtrise de l'anémie, surveillance du statut martial, dose de dialyse, Suivi nutritionnel des patients, ainsi qu'une évaluation de l'accès à la transplantation pour tous les Patients. Les indicateurs nationaux mesurent ces éléments.

**Les indicateurs évaluant la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ont été mesurés (dont 4 diffusés publiquement) :**

- ✓ Maîtrise de l'anémie (ANE) ;
- ✓ Surveillance du statut martial du patient
- ✓ Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaire (PSH)
- ✓ Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel (NUT)
- ✓ Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne (CDT) ;
- ✓ Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation
- ✓ Surveillance du bilan phosphocalcique (PHO) ;
- ✓ Réalisation des dosages en milieu de semaine (DOS) ;
- ✓ Surveillance sérologique des hépatites (SER) ;
- ✓ Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse (MDD) ;
- ✓ Respect des prescriptions médicales de dialyse (PMS) ;
- ✓ Évaluation de l'abord vasculaire - Fistule artériel-veineuse (VAV 1) ;
- ✓ Évaluation de l'abord vasculaire - Fistule artério-veineuse native (VAV 2) ;
- ✓ Évaluation de l'accès à la transplantation (EAT).

Pour tous les établissements soumis à l'obligation de recueil des indicateurs du thème  
**« Prise en charge des patients hémodialysés chroniques »**

La **greffe rénale** est considérée, pour les patients pour lesquels la greffe est indiquée, comme le **traitement de suppléance le plus efficient, le plus efficace et le moins coûteux**, quel que soit l'âge. Les patients en attente de greffe sont inscrits sur liste d'attente de transplantation rénale. Ces patients doivent bénéficier d'une évaluation au moins annuelle pour s'assurer que l'état de santé du patient est toujours compatible avec la greffe.

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations Médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge Coordonnée d'un patient et la continuité des soins.

C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types :

- compte-rendu d'hospitalisation,
- observations médicales, feuilles de soins,
- prescriptions,
- résultats des examens,

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS.

#### **3-1-2-2) Le délai d'attente pour la greffe rénale**

Au service néphrologie une structure sanitaire qui réalise un prélèvement des deux reins au niveau du service sur un donneur c'est leur bilan bonne a possibilité pour l'attribuer à un patient inscrit localement sur les listes d'attente au a quelqu'un de leur famille. Résultat : les délais pour obtenir une greffe de rein varient de 5 à 10 ans ou bien plus ou moine c'est para port à leur donneur et le bilan de leur donneur.

**Exemple :** le malade de 2021est greffé para contre celui de 2018 il n'est pas greffé

L'activité de transplantation la greffe rénale, qui reposent exclusivement sur une seule source : les donneurs vivants. On estime le nombre de malades insuffisants rénaux chroniques à environ 25 000, parmi 43 millions habitants en Algérie, dont 1500 sont éligibles à une transplantation, une estimation annuelle rendue possible grâce à la dialyse et aux données statistiques émanant de centres de dialyse au CHU. Un besoin annuel minimal donc de 35 greffes rénales, pour un ratio de greffes réalisées qui stagne entre 6,5 et 7 par million

d'habitants (aux alentours de 270 greffes rénales/an), depuis environ 5 ans. Concernant les autres patients, au stade terminal de leurs insuffisances hépatique, cardiaque ou pulmonaire, il est difficile d'avoir des estimations annuelles fiables de leurs nombres et surtout de ceux d'entre eux qui sont éligibles à une transplantation, une difficulté liée essentiellement à l'absence d'un organe artificiel de suppléance pour ce type de patients. Par ailleurs le taux annuel de transplantations hépatiques réalisées depuis environ 5 ans, n'a jamais pu atteindre 0,3 greffes. Pour toutes ces raisons, les arguments apportés dans cette contribution, se référeront essentiellement aux données de l'activité de greffe rénale, aux besoins de nos malades en matière de transplantation d'organes et en partie aux données rapportées par la littérature.

#### **➤ Les conditions pour être donné du rein**

Le donneur vivant, cet individu indemne de toute pathologie qui, pour venir en aide à son proche malade en lui offrant une survie et une qualité de vie meilleures et à notre système de santé un rapport coût/ efficacité incomparable à celui de la dialyse, s'expose à des risques de morbidité. Et de rappeler aussi que ce type de don soulève des inquiétudes, à savoir le trafic d'organes, une éventuelle pression exercée par la famille sur l'un de ses membres pour l'obliger à faire don d'un organe ou un conflit de missions lié aux deux responsabilités exercées simultanément par ces équipes de greffes : celle d'assurer l'intérêt de leur activité de greffe en termes de chiffres et celle d'assurer la sécurité de ce donneur. D'une part, face à un tel geste d'une générosité inégalée et un tel sacrifice, d'une grande utilité pour la santé publique, la logique veut que nos textes de lois relatives à ce type de don soient les plus permissifs. D'autre part, face à ces éventuelles dérives et aux risques de morbidité, la logique veut également que ces mêmes dispositions réglementaires soient à la fois dissuasives et restrictives. Concernant nos textes de loi, dont les dernières modifications ont été apportées il y'a 3 ans: nous pensons qu'elles évoluent parallèlement à l'évolution de notre société et à celle des connaissances liées à cette activité d'une part et d'autre part qu'elles ont toujours adhéré à ces deux lignes directrices qui paraissent contradictoires mais qui en fait ne sont que complémentaires: à la fois des dispositions incitatives au don et d'autres protectrices de ce donneur vivant.

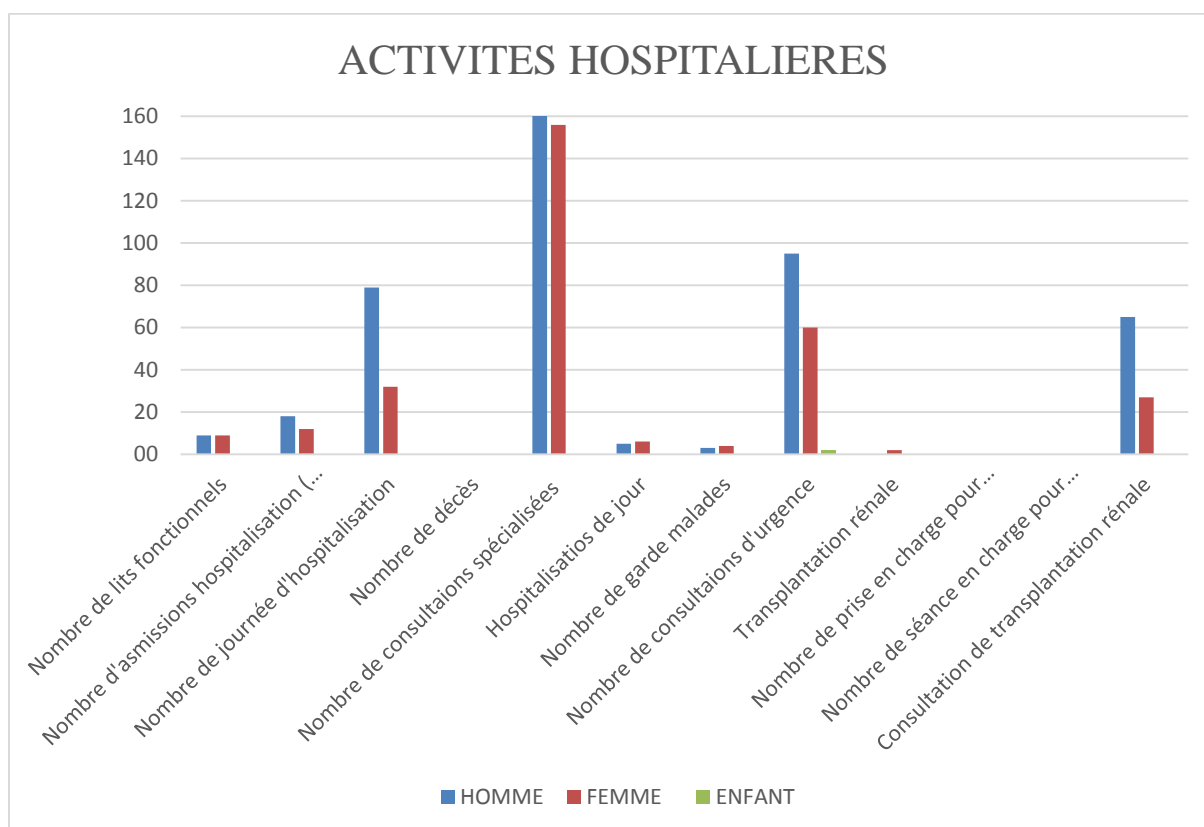
**3-1-2-3) le nombre d'admission au service (voir annexe)**

➤ **Activités hospitaliers**

**Tableau N° 28 : l'activité hospitalier mois octobre 2021**

<b>Activités du service</b>	<b>Femme</b>	<b>homme</b>	<b>Enfants</b>	<b>Total</b>
<b>Nombre de lits fonctionnels</b>	09	09	00	18
<b>Nombre d'admissions Hospitalisation (malade)</b>	18	12	00	41
<b>Nombre journée d'hospitalisations</b>	79	32	00	111
<b>N de décès</b>	00	00	00	00
<b>N de consultations Spécialisées</b>	165	156	00	321
<b>Hospitalisation de jour</b>	05	06	00	11
<b>Nombre de garde malades</b>	03	04	00	07
<b>Nombre de consultations urgence</b>	95	60	02	157
<b>Transplantation rénale</b>	00	02	00	02
<b>N de prise en charge Pour chimiothérapie</b>	00	00	00	00
<b>N de séance en charge Pour chimiothérapie</b>	00	00	00	00
<b>Consultation de Transplantation rénale</b>	65	27	00	92

Figure N°11 : activité hospitalier service néphrologie mois octobre 2021

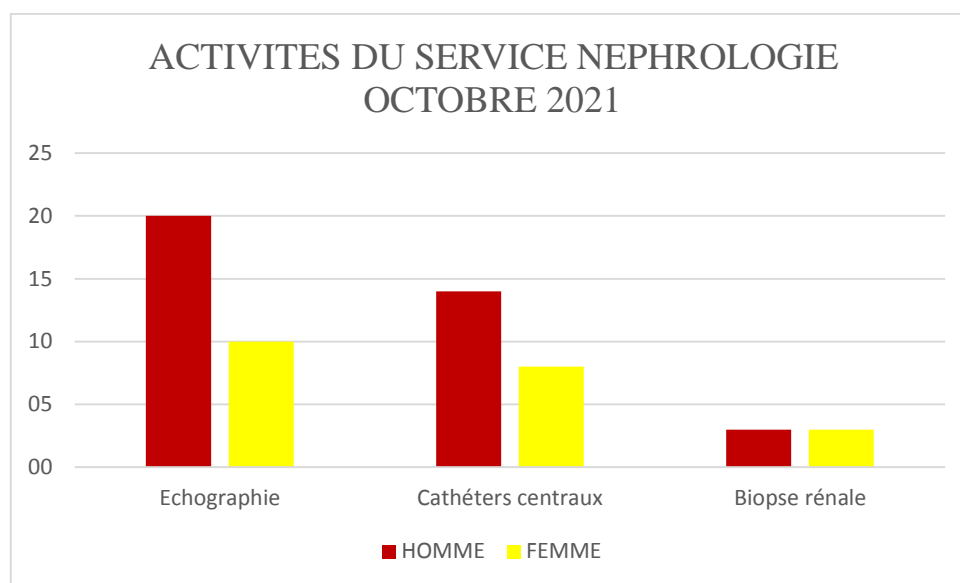


➤ **Activité du service**

Tableau N°29 : l'activité du service mois octobre 2021

Activité	Homme	Femme	Total
Echographie	20	10	30
Cathéters	14	08	22
Biopsie rénale	03	03	06

**Figure N° 12 : activité du service néphrologie mois octobre 2021**

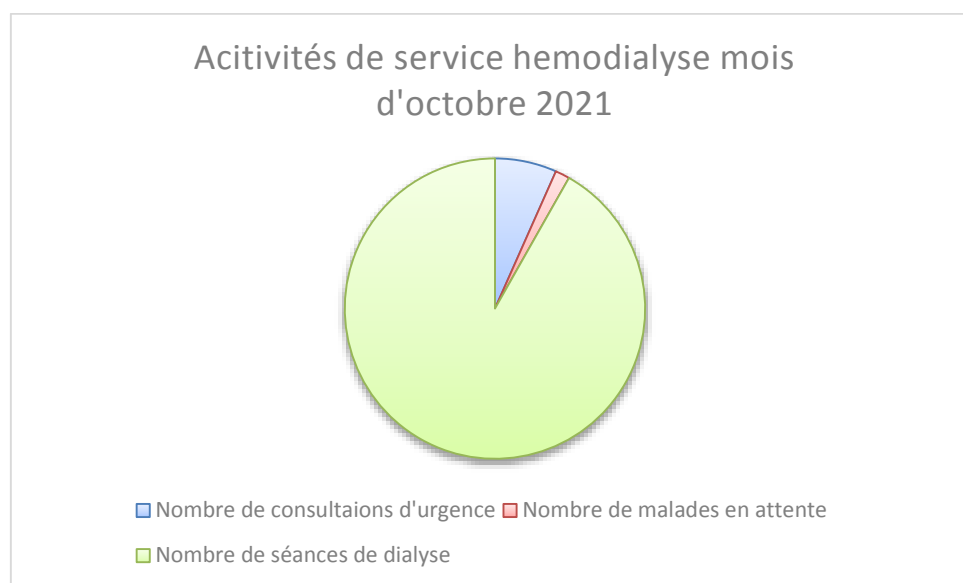


➤ **Activités de service hémodialyse**

**Tableau N°30 : activités de service hémodialyse mois octobre 2021**

Service	Nombre De lits	Nombre de malades traités				Nombre de consultation D'urgence	Nombre de malades en attente	Nombre de séances de dialyse	Nombre de générateurs	
		H	F	E/H	E/F				Marche	panne
<b>Hémodialyse</b>	26					90	21	1242		
<b>Total</b>	26	59	40	01	01	90	21	1242	26	00
		59	40	01	01				26	00

Figure N° 13 : activité du service hémodialyse octobre 2021



### 3-1-3) l'évaluation dans le service cardiologie

L'évaluation de service cardiologie. Les patients sont aujourd'hui des partenaires de soins avec les médecins. Cette nouvelle relation mérite d'être évaluée. L'objectif de notre étude était d'évaluer, le service la satisfaction des patients hospitalisés dans le service de Cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire, et la transplantation, l'activité du service les entrée et les sorte.

#### 3-1-3-1) la satisfaction du patient (la qualité de soins)

« L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » . La satisfaction du patient est une composante de l'évaluation de la qualité des soins. La mesure de la satisfaction des patients s'inscrit dans un contexte global de montée de la place de l'usager dans l'organisation du système de santé et la place croissante des démarches qualités. Le service rendu au patient ai niveau du service et donc son appréciation tiennent une place centrale. Les patients sont aujourd'hui des partenaires actifs des soins qui leur sont proposés et leur satisfaction est considérée comme un indicateur de la qualité des soins.

Le recueil de leur point de vue est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins au même titre que les considérations techniques que pourront livrer les professionnels de santé. La qualité de cette nouvelle relation entre le patient et son médecin et de la satisfaction qu'en exprime le patient doit être évaluée afin d'apporter une amélioration continue.

L'intérêt porté à la qualité des soins n'a cessé de croître ces dernières années. La majorité des établissements de santé la place au c'ur de leurs priorités notamment avec la création des réseaux de soins où les patients sont des acteurs de leur prise en charge. Les raisons en sont multiples: l'évolution constante et rapide de la médecine grâce aux progrès scientifiques, des revendications de plus en plus nombreuses concernant l'accessibilité ainsi que la qualité des soins et les nouvelles technologies, tout en exigeant des garanties de sécurité.

- **Le service cardiologie de CHU T.O vient d'acquérir un nouveau matériel de dernière génération au profil de son son service de cardiologie. Il s'agit qu'un équipement dédié à la « Rythmologie invasive ».**

A propos de Rythmologie invasive :

« Rythmologie invasive est une discipline de la cardiologie qui prend en charge les troubles du rythme cardiaque. Elle consiste à placer des cathéters à l'intérieur du cœur, via les veines et les artères périphérique, puis à localiser de façon précise l'origine de l'arythmie grâce a un système de navigation magnétique, et à la « bruler » par un courant de radio fréquence. Cette technique permet de guérir définitivement les patients, leur évitant de prendre ainsi des médicaments au long cours, qui plus est sont beaucoup moins efficaces. Elle prévient aussi la mort subite dans de nombreux cas.

Cet équipement à permettre de compléter la prise en charge des patients puisqu' actuellement le service traitons les problèmes de coronaires (50% de la pathologie cardiaque également)

Le service prouver offrir à leur patients l'ensemble des traitements de pointe actuellement pratiques dans le monde ».

### ➤ Questionnaire de satisfaction

Nous avons utilisé un questionnaire adapté pour l'évaluation de la satisfaction des patients en médecine, en chirurgie...etc. Nous avons réalisé un pré test avec le questionnaire complet qui nous a permis de relever certaines difficultés:

le service d'hospitalisation de la cardiologie disposait d'un service administratif; la réalisons d'intervention chirurgicale dans le service; tous les patients interrogés ne savaient pas distinguer les différentes personnes travaillant dans le service; les chambres d'hospitalisation ne disposent pas de téléviseur ni de téléphone et seules la salle USIC de catégorie disposent de climatisation; les patients ne bénéficient pas d'aide du personnel de soins pour les activités de la vie courante et la prestation repas est indépendante du service de cardiologie. Après le pré test, nous avons adapté le questionnaire à notre contexte en supprimant les questions qui ne pouvaient pas être renseignées ou non adaptées à notre contexte.

Ce questionnaire a été administré des niveaux représentés de 1 à 5 (1: très satisfaisant; 2 : satisfaisant; 3: mauvais; 4: très mauvais et 5: non concerné).

### ➤ Outils de collecte

Les outils de collecte étaient : les dossiers des patients : ils étaient utilisés pour la collecte des informations sur le malade. Ses antécédents médicaux par rapport aux pathologies cardiovasculaires, le diagnostic de son hospitalisation et sa pathologie antérieure s'il a déjà été hospitalisé dans le service ; le registre d'entrée et de sortie ; une fiche d'entrevue des patients, la fiche navette.

Les fiches étaient anonymes afin de rassurer les patients. Les patients étaient informés que les réponses de leur questionnaire n'allaient pas influencer leur prise en charge ultérieure ; des appels téléphoniques pour certains patients qui ne souhaitaient pas répondre immédiatement mais consentent à participer à l'étude; l'observation directe des agents de santé pour détecter les dysfonctionnements dans le service; le questionnaire a été adapté à notre contexte.

#### ➤ Mode de calcul des indicateurs

Le taux de satisfaction est calculé pour chaque question: il s'agit du pourcentage de patients ayant choisi la modalité de réponse positive parmi les 5 modalités proposées. Mode de calcul: nombre de patients ayant choisi la modalité de réponse positive sur ensemble des patients ayant donné une réponse de satisfaction à la question.

Le score de satisfaction est calculé à partir des réponses à plusieurs questions, ils sont au nombre de 3: "Qualité des soins" (11 questions): accueil dans le service de soins, le temps d'attente, identification des différentes personnes travaillant dans le service, respect de l'intimité, le respect de la confidentialité, information sur le traitement et l'état de santé, amabilité et disponibilité du personnel, délai d'attente aux examens, prise en charge de la douleur, suivi du traitement, satisfaction globale par rapport aux soins; "Confort" (5 questions): confort et propreté de la chambre, bruit dans le service, l'horaire des repas, qualité et quantité des repas, respect des régimes; "Organisation de la sortie" (4 questions): Information sur les médicaments, information sur les activités possibles après la sortie, informations données sur la continuité des soins, les formalités administratives de sortie. Mode de calcul : chaque score est la somme des réponses aux questions positives le composant divisée par le nombre de questions répondues et ramené à 18. Les résultats sont exprimés par des scores de 0 (satisfaction minimale) à 18(satisfaction maximale).

La mesure de la satisfaction des patients est aujourd'hui une préoccupation générale de tous les établissements de santé. Elle constitue une source d'informations pour l'amélioration de la qualité de soins.

Les résultats obtenus dans notre étude sur la satisfaction des patients au sortir de leur hospitalisation en Cardiologie sont encourageants. Cependant, plusieurs aspects d'insatisfaction ont été relevés concernant l'identification du personnel de santé, la communication, le niveau sonore et la restauration. Ces aspects peuvent nettement être améliorés si des mesures correctives sont entreprises.

La diversité des personnes hospitalisées et de leur parcours génèrent des attentes difficilement exprimées. La notion de satisfaction reste donc subjective et relative. Peu fréquente dans notre contexte, elle est de plus en plus en évaluation dans le service cardiologie des outils communs et validés. Les études de satisfaction constituent donc un aspect important que le CHU doit inscrire pour une démarche qualité.

### 3 1-3-2) le nombre d'intervention (posent pace maker) :

#### ➤ **pace maker**

Le stimulateur cardiaque a deux rôles principaux : stimuler et détecter. La stimulation : Quand le rythme cardiaque est trop faible ou s'interrompt, le pacemaker envoie une impulsion électrique au cœur par le biais d'une sonde de stimulation. Cette impulsion électrique déclenche un battement cardiaque.

Le pacemaker ou "pile cardiaque" est un stimulateur cardiaque implanté sous la peau d'un patient, quand le stimulateur naturel de son cœur est défaillant.

Le pacemaker, aussi appelé "*pile cardiaque*", est un **stimulateur cardiaque implanté sous la peau d'un patient lorsque la fréquence du cœur est trop lente**, "*qui envoie des impulsions électriques aux oreillettes ou aux ventricules du cœur parfois aux deux, en s'appuyant sur une électronique sophistiquée qui permet leur synchronisation optimale*", Grâce et par cet appareil, le cœur est généralement stimulé à 70 coups par minute. "*Mais cette fréquence varie selon la pathologie*", nuance le spécialiste.

#### ➤ **La durée de vie d'un pacemaker**

Le pacemaker a une durée de vie de **huit voire dix ans**, selon les cardiologues du service. Mais "*le fabricant indique que sa durée de vie est en moyenne de cinq ans*", ajoute-t-il, "*car il le vend avec un réglage qui délivre une quantité d'énergie importante à chaque impulsion, pour être à l'abri en cas d'éventuels accidents*". Mais un autre réglage, réalisé par un cardiologue de service, permet d'économiser de l'énergie et donc, de rallonger la durée de vie de l'appareil. Par ailleurs, les sondes sont implantées à vie.

#### ➤ **Au bureau de secrétariat**

**La secrétaire archiviste** : elle doit inscrire ou bien en registre les malades (les entre et les sorte), le contrôle pacemaker (contrôle télématique) et les rendez-vous, contrôle des malades, archive les dossiers des malades,

**Le registre des malades** : porte le matricule et l'âge, le sexe, le médecin traitent, le nom et prénom des malades, la wilaya

- La date d'entrée et la sortie

- Diagnostique d'entre a la sorte
- Observation

La secrétaire doit établir la liste des malade (le mouvement) chaque matin

#### **La surveillance médicale chef**

La surveillance médicale est l'un des piliers du service, dont l'objectif est de protéger la santé et la sécurité des travailleurs ainsi que de se prononcer sur leur aptitude. La coordinatrice c'est le chef de service la responsable principale sur le coter paramédicale, Il existe deux surveillants médicale une responsable sur le service femme et l'Autre service homme, La coordinatrice elle vielle sur la prise en charge des malades, Le rôle de la coordinatrice sur le terrain qui est un préalable obligatoire au service médical qui peut être considéré comme étant la clé de voûte de la prévention primaire en santé au travail fait défaut dans la prise en charge de ces travailleurs du gardiennage et de la surveillance.

#### **La secrétaire médicale : Responsable sur les registres**

- Les listes de garde
- Les bons de commande à l'ph
- Le travail du prof
- Les statistiques
- Registre protocole opératoire pace maker 2021, (protocole opératoire détaillé) nom et prénom du malade, âge protocole N° :

Le prof, la date, opérateur aidé, bloc anesthésiste, Diagnostic lésionnel, intervention pratiquée, observation (pace maker)

- Registre Coro
- Registre engo
- Registre hospitalisation
- Registre courrier de départ
- Registre courrier arrivée

#### ➤ Transplantation pace maker (le délai d'attente)

Le service de la cardiologie, l'implantation des stimulateurs cardiaques est réalisée par des cardiologues spécialistes de l'activité électrique du cœur (ou électrophysiologie). Le CHU pressement le service cardiologie compte neuf cardiologues-électrophysiologies.

Les cardiologues-électrophysiologies travaillent en équipe pour prendre en charge l'ensemble des patients qui reçoivent un stimulateur cardiaque.

Cela signifie que le médecin qui plantera le stimulateur cardiaque ne sera pas forcément le même que celui de la première visite.

L'implantation d'un stimulateur cardiaque comporte très peu de risques, mais comme toute intervention effractive, elle peut entraîner certaines complications, comme :

- Des saignements excessifs ;
- Une infection dans la région où le stimulateur a été implanté.

Rarement, une perforation du cœur ou des poumons se produit. Dans un tel cas, le patient reçoit des soins immédiats.

Au cours de la convalescence, il arrive occasionnellement qu'une des sondes implantées dans le cœur se déloge. Si cela se produit, les médecins s'en aperçoivent en examinant les radiographies ou les résultats d'autres examens qui suivent l'intervention. Bien qu'une telle situation présente peu de danger, une deuxième intervention est généralement requise.

La greffe cardiaque est proposée à certains patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Ce dysfonctionnement du muscle cardiaque, qui ne parvient plus à assurer correctement son rôle de pompe (et concerne 1 million de personnes en Algérie), est normalement traité soit par médicaments (béta-bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion) et/ou par la pose d'un pacemaker ou d'un défibrillateur). Toutefois, il arrive que, malgré le traitement, la maladie s'aggrave au fil du temps, provoquant une fatigue croissante, un essoufflement, des troubles du rythme cardiaque répétés, voire des décompensations cardiaques menant à des hospitalisations. Le recours à la transplantation se révèle alors parfois vital pour sauver la vie du patient.

Un bilan pré-transplantation est nécessaire, pour réaliser un état des lieux cardiaque, infectieux et de santé générale du patient. En effet, certaines personnes ne peuvent pas être greffées : c'est le cas des plus de 65 ans, des personnes souffrant d'un cancer évolutif ou récent ou de certaines affections rénales ou hépatiques. D'autres solutions devront alors être envisagées comme l'assistance circulatoire (cœur artificiel).

Le patient est ensuite inscrit sur liste d'attente pour une transplantation, et doit dès lors rester joignable 24h/24 et pouvoir arriver à l'hôpital dans les 2 heures suivant l'appel l'informant qu'un organe est disponible. La durée d'attente est très variable : l'appariement entre donneur et receveur est réalisé en fonction de la gravité du receveur, de la compatibilité de groupe sanguin, de morphologie et d'âge.

Au niveau de la cardiologie de CHU de TO Un **pacemaker** est placé en cas de bradycardie symptomatique, quand le cœur bat en dessous de 60 battements par minute et que le patient s'en plaint ou que des syncopes surviennent dans ce cas la :

1<sup>er</sup> cas : c'est une urgence le patient doit rentrer sur place lorsque c'est une urgence, au niveau du service il existe une salle l'unité de soins intensif de cardiologie USIC, Dans un tel cas, le patient reçoit des soins immédiats. Au cours de la convalescence, il arrive occasionnellement qu'une des sondes implantées dans le cœur se déloge. Si cela se produit, les médecins s'en aperçoivent en examinant les radiographies ou les résultats d'autres examens les bilans, éco cœur, scanner qui suivent l'intervention, c'est les résultats des bilans toutes est normale, la secrétaire doit établir un bon de commande de pace maker a l'UPH de la région du malade par exemple : L'UPH DE AZAZGA, L'UPH DE AZFOUN ( voire annexe) dès que le malade est hospitalisé la commande doit être rapidement effectué, L'UPH doit répondre par un bon de commande le service cardiologie doit être transfère le bon de commande à la pharmacie centrale de CHU , La pharmacie doit faire une décharge pour le malade hospitalisé le plus temps possible (voire annexe ).

2<sup>eme</sup> cas : c'est le malade nés pas hospitalisé donc la commande doit être effectuée dans 20 jour, lorsque la durée de la vie de pace maker 5 ans à 10 ans, le pace maker Elle n'est pas rechargeable et le stimulateur est donc remplacé avant l'épuisement de sa batterie lors d'une opération généralement très simple. La secrétaire elle doit informer le malade a l'arrivé du pace maker pour l'hospitalisation du malade est programmé l'intervention.

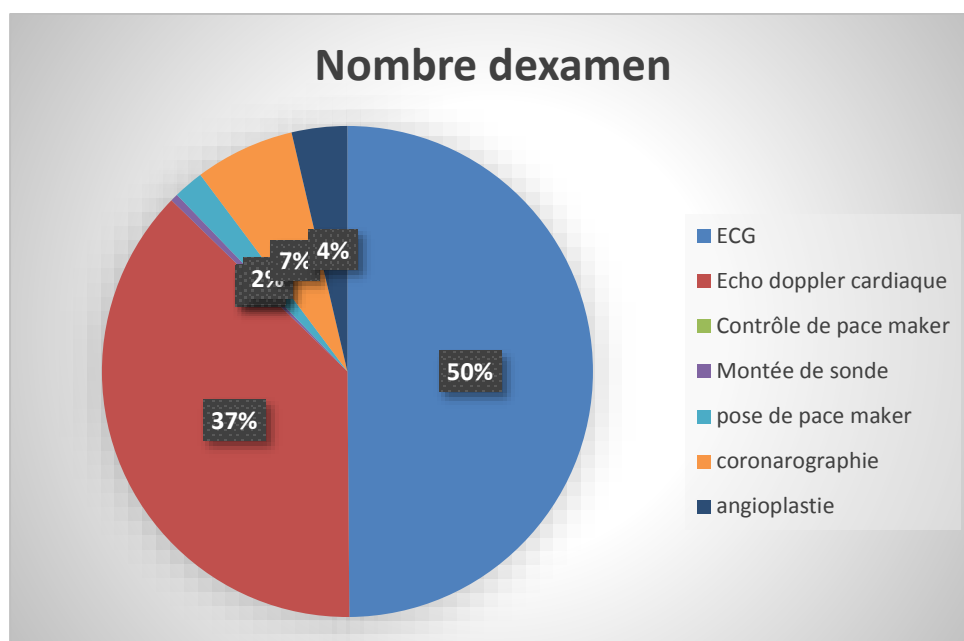
3-1-3-3) nombre du malade admis au service cardiologie :

➤ Activités de l'imagerie médicale

Tableau N°31 : Activités de l'imagerie médicale du service cardiologie octobre 2021

Détail de l'examen	Nombre d'examen
ECG	600
Echo doppler cardiaque	450
Contrôle de pace maker	00
Montée de sonde	06
Pose de pace maker	24
Coronarographie	79
Angioplastie	44

Figure N°14 : activité du service cardiologie octobre 2021

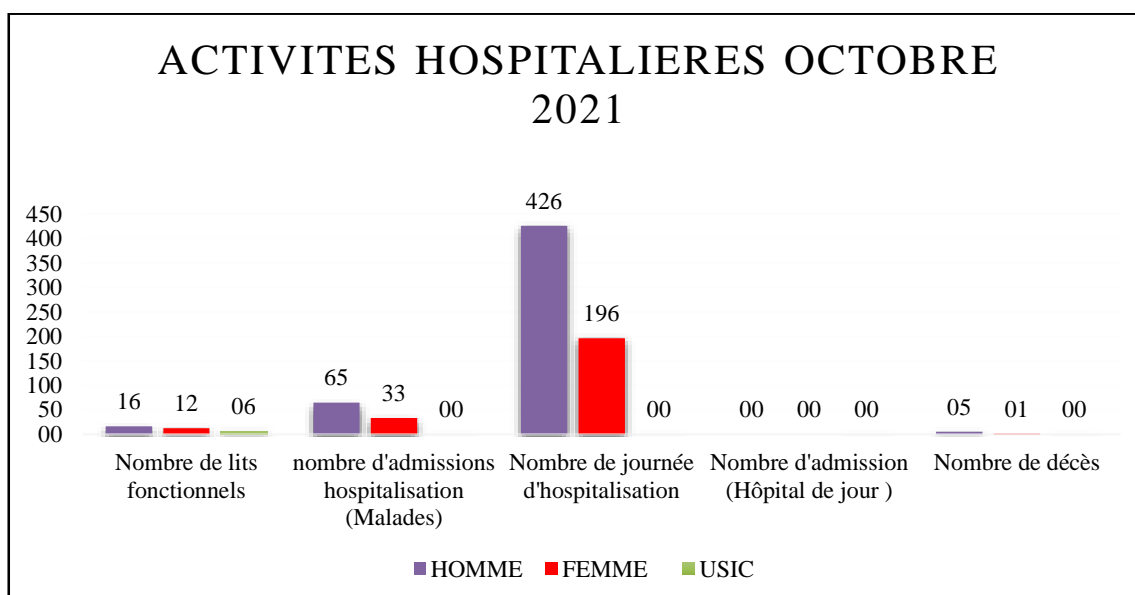


➤ Activités hospitaliers

Tableau N°32 : Activités hospitaliers du service cardiologie octobre 2021

Activités Du service	hommes	Femmes	USIC	TOTAL
Nombre de Lits fonctionnels	16	12	06	34
Nombre d'admissions Hospitalisation (malades)	65	33	/	98
Nombre de Journée d'hospitalisation	426	196	/	662
Nombre D'admissions (hôpital de jour)	00	00	/	00
Nombre de Décès	05	01	/	06

Figure N° 15 : activité hospitalier mois octobre 2021



#### Conclusion

À travers notre étude, nous avons pu identifier les indicateurs entravant l'évaluation des services hospitalier au niveau des établissements publique de santé notamment les hôpitaux en Algérie. Ces indicateurs permis l'évaluation aux niveaux des services (CCI, néphro , cardio ).

En effet, le parcours de l'hospitalisation du patient 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 D'évaluation afin d'enrichir la prise en charge et d'améliorer le parcours de soins du patient dès son entrée à sa Sortie de l'hôpital.

---



---

*Conclusion Générale*

---



---

## Conclusion Générale

---

Tout au début de notre travail nous sommes passés par un bref historique Qui résume l'évolution des services hospitaliers de cette dernière à travers le temps, qui constitue en deux mouvements Dans le monde industriel vers le monde hospitalier.

Les hôpitaux algériens semblent donnés une place très importante pour la qualité des Soins, cependant, plusieurs dysfonctionnement et contraintes font obstacle quant à la Production de soin de qualité. de ce fait l'amélioration de la qualité des soins est un défi Majeure pour les hôpitaux algériens.

Ce constat nous a menée à orienter l'objet de notre recherche sur l'évaluation des services hospitalier et de la Perception des acteurs hospitaliers sur la qualité des soins .pour cela nous avons choisie Comme terrain de recherche les services CCI néphrologie cardiologie du CHU Tizi-Ouzou.

Nous avons eu à affronter tout au long de l'élaboration de nos enquêtes de l'évaluation des services hospitalier, nous avons enquêtés dans les services (CCI, néphrologie, cardiologie) personnels administratif, les médecines, les patines, les chefs des services.

Une politique de santé a pour objectif premier, la définition des conditions nécessaires au maintien, à la restauration et à l'amélioration de l'état de santé d'une population et de ses membres. Sa finalité est donc une contribution à la solution des problèmes de santé.

L'évaluation dans le domaine sanitaire est considérée comme un apport majeur d'aide à la décision pour entreprendre, poursuivre, ou modifier les actions et participer, ainsi, l'élaboration des systèmes de régulation qui sont, en permanence, confrontés à la réalité du sociale.

Nous avons présenté certains outils d'aide à l'évaluation de la politique de santé, l'outil utilisé nous a permis de clarifier les grandes changements survenus dans la santé de la population et les défis confrontés par le système de santé :il y a trois défis majeurs :

- La mise en place d'une organisation qui permette aux intervenants d'agir ensemble pour atteindre des objectifs clairement définis en rapport avec l'amélioration de la santé de la population ;
- L'élaboration d'un système d'information qui soit une véritable aide à la décision ;
- L'encadrement des différentes activités de santé par des textes réglementaires performantes.

## Conclusion Générale

---

Le système de santé actuel est caractérisé par son éclatement. Trois enjeux se présentent de la politique de santé, est donc de mettre en place une organisation dans laquelle les secteurs publique, parapublic et privé, coexistent avec un objectif commun : la prise en charge de la santé de la population. L'accès aux soins (égalité, équité). Et enfin le financement du système de santé.

Les principales recommandations faites par les professionnels ayant participé aux assises nationales de la santé sont les suivantes :

- Maintien du principe de la gratuité des soins.
- Renforcement des programmes nationaux de prévention et de population et élaboration de nouveaux programmes en fonction des besoins nouveaux et des risques sanitaires émergents ;
- Préservation du caractère gratuit équitable et accessible pour tous à la prévention et à la protection de la santé
- Introduction des nouveaux outils de gestion et d'évaluation (projet de service projet d'établissement et contrat de performance
- Modernisation de la gestion des établissements de la santé par l'introduction de nouvelles techniques de management
- Prise en compte des mesures incitatives applicables aux régions de sud, des hauts plateaux et des zones enclavés ;
- Instauration de la carte sanitaire comme outil de la planification intégrant les secteurs public, parapublic et privé ;
- Normalisation de l'implantation des structures privés et parapublics ;
- Actualisation et amélioration de la formation médicale et paramédicale initiale et continue ;
- Répartition rationnelle et équitable des ressources humaines et matérielles :
- La mise en place effective de la contractualisation :
- Réversion des statuts des établissements

Aujourd'hui, l'évaluation est perçue comme un outil essentiel de l'action publique, elle demeure encore récente et expérimentale. L'utilisation des techniques moderne à l'évaluation des politiques publiques est considérée comme le premier chemin vers la modernisation de secteur publique.



# *Bibliographie*



## Bibliographie

---

- **Ouvrages**

- A. BERESNIAK, G.DURU « **économie de la santé** » 4<sup>ème</sup> édition, Masson paris
- AQUILINO MORELLE, DIDIER TABUTEAU, « **la santé publique** », 2<sup>ème</sup> édition puf 2015.
- *BENOIT, Christine. **Manager un établissement de santé**. 2<sup>ème</sup> éd. Paris: Edition GERESO, 2015,*
- BRUCKER G, FASSIN D : « **santé publique** » édition ellipse,paris ,1989
- Cabanne c. et alii : **lexique de géographie humaine et économique**, Ed. Dalloz, 1984
- CAROLE SIEBERT, KATY LE NEURES, BEATRICE BURLET « **santé publique économie de la santé** » édition masson elsevier
- DAMART, Sébastien. ***Innovations managériales en établissement de santé***. Paris : Edition EMS, 2013
- DANIEL BENAMOUIZIG « **la santé au niveau de l'économie** » 1<sup>er</sup> 2dition 2005 paris
- FINK A, KOSECOFF J : « **évaluation d'une action de santé publique** »an évaluation primer Beverly Hills : édition sage publications, 1978
- GHIGLIONE R, MATALON B : « **les enquêtes sociologiques : théories et pratique** », 4<sup>ème</sup> édition Armand colin 1985, Ed paris
- HASSIBA DJEMA, HICHEM SOFIANE, MESSAOUD ZEROUTI, MOHAMED BEKKAR, « **évaluation de la performance du système de soins en Algérie** », édition PNR, l'année 2017
- LE GALES C : « **Apports et limites de l'analyse économique des actions de prévention. In : promotion de la santé, des politiques, des métiers des vécus** », congrès. Volume des résumés. Nancy : édition société française de la santé publique 1995
- LE GESTIONNAIRE” **le renouveau du service public** “ école nationale de santé publique l'année 23 novembre 2004.  
Manuel de gouvernance et de droit hospitalier” **Management hospitalier**” 2<sup>ème</sup>edition dunod 2015paris

## Bibliographie

---

-MICHEL MOUGEOT, « **régulation du système de santé** », édition la documentation française, 1999 paris

-PIERRE –LUIS BAS GERARD, ET POUVOUILLE BIDIER TABUTEAU « **traité d'économie et de gestion de la santé** »

-PINCAULT R, DAVELUY C : « **La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies** », édition agence d'ARC,Montréal 1986

-PINEAULL R, DAVELUY C : « **la planification de la santé. Concepte, méthodes, stratégies** », édition agence d'ARC, 1986 Montréal.

-- SEYDOU TIDINE TRAORE, « **la télé médecine dans les prestations d'un service de churergie au mali** », édition unuversitaires européennes, 2011.

- **Revue et periodique**

*-Décret exécutif n°11-380 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant*

-Document interne du CHU de TIZI OUZOU

-Dossier Laboratoire de recherche « *evaluation économique des activités de santé, ENSP juillet 2005*

*-Hospitalière [en ligne] .Journal officiel de la république algérienne n°63 du 23novembre 2011 relatif au 27dhou el hidja 1432*

-Le Galés C : « *l'évaluation économique des interventions en santé publique : principes et limites* »,Rev Epidemiol santé publ 1991 ;3 :S15

-Les notes IPMED, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et tunisie, N° 13 avril 2012

*-Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, M. BOUZIANI:” les concepts de la santé,état des lieux”,séminaire national:sciences sociales et santé, ITSP,oran, décembre 1997.*

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

## Bibliographie

---

-MSPRH, direction des finances et des moyens : monographie des établissements de santé, année 2010

-MSPRH, direction de la prévention

-MUSTAPHA BOUZIANI : « les soins de santé publique ; quel enjeux ? » ESKA, journal international de bioéthique, 2002 /3-vol.13

-*Organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme*

-Rapport NABNI 2020 : « cinquantenaire de l'indépendance : enseignements vision pour l'Algérie de 2020 », chaire santé, janvier 2013

-Rapport national sur le développement humain, algérie -2008, CNES/PNUD

-Rapport sur la santé dans le monde 2000, " pour un système de santé plus performant" OMS

- **Web graphie**

<http://www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf>

<http://www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf>, consulté

<http://www.sante.dz>

<https://gestions-hospitalieres.fr/le-service-public-hospitalier>

<HTTPS://www.cairn.inf/managment-hospitalier>

<https://www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-economique-et-financier>

<https://www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-economique-et-financier>

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/hopital/>

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/hopital/>

[Www. Algérie –focus.com.medicaments-generiques](Www.Algerie-focus.com.medicaments-generiques)

<www.chuto.dz>

<www.transplantobservatory.org/.../afrlegethDZAfr2.pdf>

## Bibliographie

---

- **Mémoires**

-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

-BOUDIA SONIA "le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier cas: EPH Ain EL Hamman" mémoire en vue de l'obtention du diplôme de magister en sciences économiques, l'année.

-DAMENE NOUREDINE, DJOUDI DJAMEL "le cheminement du malade en milieu hospitalier: les dysfonctionnements à l'entrée, à la prise en charge et à la sortie du malade, CAS CHU TO, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master en science économiques, l'année 2017

-Ait Medjane Ouahiba. Les réformes du système de santé 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

-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

-KITOUNI KHIREDINE « evaluation du processus d'elaboration budgétaire dans un etablissement public de santé, cas de l'EPH ferdjioua,mila »mémoire de fin d'études en formation spécialisée des administrateurs principaux des services de santé l'année 2017

-BENAKRAB Rahma « les outils d'évaluation d'une politique publique, cas politique de santé »mémoire de fin d'études en formation spécialisée des administrateurs principaux des services de santé, l'année 2014

-BENAKRAB Rahma « les outils d'évaluation d'une politique publique, cas politique de santé »mémoire de fin d'études en formation spécialisée des administrateurs principaux des services de santé, l'année 2014

## **Bibliographie**

---

-BENAKRAB RAHMA, les outils d'évaluation d'une politique publique, cas : politique de santé, mémoire de fin d'études en formation spécialisée des administrateurs principaux des services de santé, l'année 2014



# *Annexes*



REBUBLIQUE ALGERIENE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIER  
ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER DE TIGZIRT  
SERVICE DE CARDIOLOGIE

BON DE COMMANDE N° 128/2021

FOURNISSEUR : PCH DRC DEB- ALGER-

<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Stock</b>
STIMULATEUR CARDIAQUE	01	00

NOM ET PRENOM DU MALADE : x

LA PHARMACIENNE

FAIT A TIGZIRT 17/05/2021

REBUBLIQUE ALGERIENE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIER

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU

SERVICE DE CARDIOLOGIE

PR : KICHOU

Réf : 99 /CARDIO/2021

TIZI-OUZOU, Le 18 mai 2021

A

L'intention de monsieur le directeur

DU CNSD- dar EL baida

**Objet : demande d'un pace maker**

Pharmacie centrale des hôpitaux

Monsieur le directeur,

Permettez nous de vous demandez de bien vouloir mettre a notre disposition :

- Un pace maker (DDD)
- Deux introducteurs de sonde
- Une sonde de stimulation auriculaire active
- Une sonde de stimulation ventriculaire active (à vis)

Nous vous adressons ci-joint le bon de commande de madame X, âgée de 44 ans,  
établis par L'EPH DE TIGZIRT SOUS LE N° 128/2021  
DU17/05/2021.

Recevez, monsieur le directeur, nos respectueuses salutations.

Le chef de service

REBUBLIQUE ALGERIENE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIER

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU

DMM/S.DIEM bureau Equipement

Décharge N°88 /2021

DECHARGE

Je soussigne, Mr ZIRMI S /DIEM (par intérim), certifie avoir remis le 18/05/2021 au Pr. KICHOU chef du service cardiologie :

- UN Pace maker

Pr.KICHOU

BUREAU D'EQUIPEMENT

S/DIEM (par intérim)



# *Table des matières*



# Table des matières

---

Remerciements

Dédicaces

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

Sommaire

**Introduction générale ..... 01**

*Chapitre I : cadre conceptuel et théorique sur les services hospitalier dans les établissements public de santé*

**Introduction ..... 07**

**Section 1 : Le service public hospitalier ..... 08**

1-1) Définition des concepts de base..... 08

1-2) Le poids du service public dans le système hospitalier ..... 08

1-3) Secteur public et établissements concourant au service public hospitalier ..... 09

1-3-1) service public hospitalier ..... 09

1-3-2) Etablissements privés concourant au service public hospitalier ..... 09

1- 4) Les missions du service public hospitalier ..... 10

1-4-1) missions initiales ..... 10

1-4-2) missions actuelles ..... 11

1-5) Les caractéristiques du service public hospitalier ..... 11

1-5-1) obligations ..... 11

1-5-2) les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ..... 12

1- 5-3) Egalité de traitement ..... 13

1- 5-4) tarifications ..... 13

1-6) Les valeurs du service public hospitalier ..... 13

1-7) Statut juridique, création, transformation et suppression de service publics hospitalier 15

1-8) Régulation, orientation et organisation de l'offre de services de santé ..... 16

**Section 2 : présentation des services hospitaliers ..... 17**

2-1) Définition de concepts de base ..... 17

## Table des matières

---

2-2) L'hôpital : lieu de production de prestations des services .....	18
2-3) Les hôpitaux en Algérie.....	19
2-3-1) Secteur public .....	20
2-3-2) Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) .....	21
2-3-3) Les centres hospitalo-universitaires (CHU) .....	21
2-3-4) Le secteur privé .....	21
2-4) les services d'hospitalisation .....	23
2-4-1) Le service des urgences .....	23
2-4-2) Les spécificités du service des urgences .....	27
2-4-3) Les caractéristiques du service d'urgence .....	27
2-5) Les Urgences Médicales Chirurgicales .....	28
2-6) L'accès au service des urgences .....	30
2-7) présentations des services hospitaliers .....	31
2-7-1) les services de soins médicaux .....	32
2-7-2) les services de soins chirurgicaux .....	36
<b>Section 3: système de santé publique algérien.....</b>	<b>39</b>
1-1) La santé publique en Algérie.....	39
1-1-1) Définition et missions de la santé publique .....	39
1-1-2) La mission essentielle de la santé publique .....	40
1-2) Le développement de la santé publique en Algérie .....	41
1-3) La santé publique : gestion centralisée.....	42
1-3-1) Les instituts nationaux aux services de la santé publique .....	43
1-4) le système de santé algérien .....	46
1-4-1) définition d'un système de santé .....	46
1-4-2) les objectifs d'un système de santé .....	47
1-4-3) Evolutions du système de santé algérien .....	47
<b>Conclusion .....</b>	<b>52</b>

### Chapitre II : l'évaluation des services hospitalier dans un établissement public de santé

## Table des matières

---

<b>Introduction .....</b>	<b>53</b>
<b>Section 1 : le processus d'évaluation dans les services hospitaliers .....</b>	<b>54</b>
1-1) Définition de l'évaluation .....	54
1-2) la problématique de l'évaluation en santé public .....	56
1-2-1) Les difficultés .....	56
1-3) Les objectifs .....	56
1-4) Action /évaluation : une relation obligatoire .....	57
1-4-1) Méthodes .....	58
1-5) Choix des critères et des indicateurs d'évaluation.....	60
1-6) Ethique et évaluation des actions de sante publique .....	61
1-7) La démarche d'évaluation en santé publique .....	62
1-7-1) Les étapes de l'évaluation .....	62
1-7-2) Des étapes aux questions.....	63
1-7-3) Les point de repère de la démarche .....	64
1-7-4) Synthèse des résultats et suivi .....	<b>69</b>
<b>Section 2 : les critères de choix d'évaluation et les indicateurs à retenir .....</b>	<b>73</b>
2-1) Les instruments quantitatifs et qualitatifs .....	73
2-1-1) Tableau de bord .....	73
2-1-1-1) Indicateurs .....	74
2-1-1-2) Construction d'un indicateur .....	74
2-1-2) Les différents types d'indicateurs.....	75
2-1-2-1) Indicateurs de résultats.....	75
2-1-2-2) Indicateurs de processus .....	75
2-1-2-3) Indicateurs d'activité .....	76
2-1-2-4) Indicateurs de structure .....	76
2-1-3) Les indicateurs comme outils de comparaisons .....	76
2-1-3-1) Comparaisons internes .....	76
2-1-3-2) Comparaisons externes .....	77

## Table des matières

---

2-1-4) La méthode adaptée pour obtenir ces indicateurs .....	78
2-1-4-1) Outil de catégorisation de résultat.....	79
2-1-4-2) Le choix des indicateurs.....	79
2-1-5) Les critères de choix d'un indicateur .....	80
2-1-5-1) Un indicateur doit être utilisable en temps réel .....	80
2-1-5-2) L'indicateur doit mesurer un ou plusieurs objectifs.....	80
2-1-5-3) L'indicateur doit induire l'action .....	81
2-1-5-4) L'indicateur doit être constructible .....	81
2-1-5-5) L'indicateur doit pouvoir être présenté sur le poste de travail .....	81
2-1-6) les indicateurs à retenir .....	82
<b>Section 3 : Essai d'évaluation de l'établissement public de santé en Algérie .....</b>	<b>86</b>
3-1) L'offre de soins (indicateurs de structure).....	86
3-1-1) L'infrastructure hospitalière .....	86
3-1-2) Equipements et médicament.....	87
3-1-3) Les ressources humaines .....	88
3-1-3-1) L'effectif du personnel médical .....	88
3-1-3-2) Le corps paramédical .....	89
3-1-3-3) Le corps administratif, technique et de service .....	89
3-1-3-4) Autres personnels .....	90
3-2) Les indicateurs épidémiologiques (des résultats finaux) .....	90
3-2-1) Mortalité générale .....	90
3-2-2) Inégalité devant la mort.....	91
3-2-3) Mortalité infantile.....	91
3-2-4) Mortinatalité .....	92
3-2-5) Le taux de mortalité infantile par sexe .....	93
3-2-6) Mortalité maternelle .....	94
3-2-7) Répartition spatiale de la mortalité maternelle .....	95

## Table des matières

---

3-2-8) L'évolution de la morbidité.....	96	
3-3) Les activités de soins (les indicateurs de résultats intermédiaires).....	98	
3-3-1) Les activités de prévention .....	98	
3-3-2) Programme élargi de vaccination PEV .....	98	
3-3-3) Santé en milieux éducatifs.....	99	
3-3-3-4) Lutte antituberculeuse .....	102	
3-4) Activités curatives .....	102	
3-3-4-1) Les activités de consultations .....	102	
3-3-4-2) Les activités de consultations.....	104	
<b>Conclusion.....</b>	<b>105</b>	
<b>Chapitre III : l'évaluation des services hospitalier du CHU T.O</b>		
<b>Introduction .....</b>	<b>106</b>	
<b>Section I : Présentation générale du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou ..107</b>		
1-1) Historique et définition du CHU .....	108	
1-1-1) Historique .....	108	
1-1-2) Les missions du C.H.U .....	108	
1-1-3) Les activités du CHU .....	109	
1-1-3-1) En matière de santé .....	109	
1-1-3-2) En matière de recherche .....	109	
1-1-3-3) En matière de formation .....	109	
1-1-4) Description de la structure du CHU .....	110	
1-1-4-1) Présentation des bureaux de rattachement à la direction générale .....	110	
1-1-4-2) L'organisation administrative des bureaux comprend .....	110	
1-1-4-3) Les unités du CHU sont organisées en bureaux .....	110	
1-5) Les services hospitaliers du CHU TO .....	112	
1- 5-1) Services d'hospitalisation.....	112	
<b>Section II : présentation et organigramme du champ d'étude .....</b>		<b>117</b>
2-1) Présentation des services hospitaliers (centre chirurgie infantile, néphrologie, cardiologie) CHU TO.....	117	

## Table des matières

---

2-1-1) Service CCI (centre chirurgie infantile) .....	117
2-2) L'organigramme du service CCI .....	118
2-2) Service néphrologie .....	119
2-2-1) l'organigramme du service néphrologie .....	119
2-3) Service cardiologie .....	121
2-1-3-1) l'organigramme du service cardiologie .....	123
<b>Section 3: l'évaluation des services hospitalier (CCI, néphrologie, cardiologie) de CHU tizi ousou , les indicateurs à retenir .....</b>	<b>124</b>
3-1) les indicateurs à retenir dans les services hospitaliers (CCI, néphro, cardio) .....	125
3-1-1) les indicateurs à retenir pour l'évaluation de service CCI .....	126
3-1-1-1) L'admission d'un malade au service CCI .....	127
3-1-1-2) les délais d'attente.....	133
3-1-1-3) Le nombre d'intervention chirurgicale chez les patients hospitalisés dans le service CCI .....	134
3-1-2) les indicateurs à retenir pour l'évaluation de service néphrologie .....	136
3-1-2-1) L'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients hémodialyse.....	136
3-1-2-2) Le délai d'attente pour la griffe rénale .....	138
3-1-2-3) Le nombre d'admission au service .....	140
3-1-3) les indicateurs à retenir pour l'évaluation de service cardiologie .....	143
3-1-3-1) la satisfaction du patient (la qualité de soins) .....	143
3-1-3-2) le nombre d'intervention (posent pace maker) .....	147
3-1-3-3) nombre du malade admis au service cardiologie .....	151
<b>Conclusion.....</b>	<b>153</b>
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>154</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexe</b>	
<b>Table des matières</b>	

## **Résumé :**

L'évaluation est un ensemble de méthode visant à déterminer avec quel degré de succès les objectifs préalablement définis ont été atteints. Dans le domaine de santé, l'évaluation est ce qui permet d'énoncer un jugement de valeur sur un programme considéré, qu'il soit diagnostique, thérapeutique ou organisationnel.

Toutes les phases et étapes d'un projet ou d'un programme peuvent et doivent faire l'objet d'une évaluation pour déceler les faiblesses, les incohérences, les dysfonctionnements et ainsi leur apporter les correctifs nécessaires.

de TIZI OUZOU pour but de savoir certain critères, dans chaque service il existe dès L'évaluation des services hospitaliers (centre chirurgie infantile, néphrologie, cardiologie) CHU indicateurs pour son évaluation.

L'évaluation peut porter sur un cas donné, L'analyse peut être très précise et technique ou, au contraire, beaucoup plus large. Les méthodes et indicateurs pertinents varient évidemment en conséquence.

L'objectif de cette recherche, est de déterminer l'évaluation des services hospitaliers dans l'établissement public de santé, les indicateurs à retenir.

## **Mots clés :**

L'établissement public de santé, l'évaluation, les services hospitalier, les indicateurs de santé.

## **Abstract:**

Evaluation is a set of methods aimed at determining with what degree of success the previously defined objectives have been achieved. In the field of health, evaluation is what makes it possible to state a value judgment on a program under consideration, whether diagnostic, therapeutic or organizational.

All the phases and stages of a project or program can and must be evaluated to detect weaknesses, inconsistencies, malfunctions and thus make the necessary corrections.

The evaluation of hospital services (childhood surgery center, nephrology, and cardiology) TIZI OUZOU CHU aims to know certain criteria, in each service there are indicators for its evaluation.

The assessment can relate to a given case. The analysis can be very precise and technical or, on the contrary, much broader. The relevant methods and indicators obviously vary accordingly

The objective of this research is to determine the evaluation of hospital services in the public health establishment, the indicators to be retained.

**Key words:** The public health establishment, evaluation, hospital services, health indicators.