

UNIVERSITE MOULOU D MAMMERI DE TIZI-OUZOU  
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES COMMERCIALES ET  
DES SCIENCES DE GESTION

PARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



## *MEMOIRE DE MASTER*

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques

Spécialité : ECONOMIE DE LA SANTE

*Thème*

**La Notion de médecin traitant : un impératif pour une  
meilleure organisation de la distribution de soins en  
Algérie.**

**Cas : service d'oncologie d'unité BELLOUA du  
CHU Tizi-Ouzou**

Présenté par :

M<sup>me</sup> OUHAB Houria  
M<sup>me</sup> OULD YUCEF Ouahiba

Encadré par : M<sup>r</sup> SALMI Madjid

Devant le jury composé de :

Présidente : Mme KOLLI Sonia M.A.BL'UMMTO

Examinatrice : Mme LOUGGAR Rosa M.A.AL'UMMTO

Rapporteur : Mr SALMI Madjid M.C.A L'UMMTO

Promotion 2018

## ***Remerciements***

*En préambule à ce mémoire nous remercions **ALLAH** qui nous a aidé et nous a donné la patience et le courage durant ces longues années d'étude.*

*Nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères à ceux qui aux contribués à l'élaboration de ce mémoire.*

*Nos remerciements vont également à notre encadreur **Mr SALMI Madjid** pour l'orientation, la confiance, la patience, et son précieux conseil et son aide durant toute la période du travail.*

*Nous exprimons notre profonde et respectueuse gratitude aux membres de jury ayant accepté d'évaluer ce travail, Et de l'enrichir par leurs propositions*

*Nos vifs remerciements vont également au **professeure SADKAOUI Cherifa**, pour sa sympathie, sa disponibilité, ses idées et conseils, ainsi que pour son aide précieuse durant notre stage. et également à tous l'effectif de service d'oncologie (médecins, infirmiers)*

*Enfin, nous tenons également à remercier toutes les personnes qui d'une façon ou d'une autre nous ont aidées à la réalisation de ce travail.*

## *Dédicaces*

*J'ai l'honneur et le plaisir de dédier le fruit de mon travail aux perles  
de ma vie,*

*Mes très chers parents à qui j'exprime ma grande gratitude pour leurs  
éducations, et leurs patiences ;*

*A Mon très cher mari RACHID merci d'être à mes côtés tout au  
Long de ce travail ; merci pour ton aide, tes conseils et tes  
encouragements.*

*A ma belle-famille HAMAZ.*

*Mes frères : Smail et sa petite famille, Karim et sa petite famille.*

*Mouloud et Khaled.*

*Mes sœurs : Mekyoussa, Eldjida, Yasmina, Leila, Karima et  
leur famille.*

*Miya et Sima*

*Aux anges de ma famille :*

*Hafidh, Yacine, Zaid et Malak. Dani, Ilina, Amrane, et Zindine*

*Tous mes amis (es) sans exception.*

*A tous ceux qui ont aidé à la réalisation de ce travail.*

*Et j'oublie pas ma linôme Ouakiba.*

*HOURIA*

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A mes chers parents, qui m'ont toujours soutenu, aucun mot ne saurait décrire le respect et la gratitude que j'ai pour eux, que dieu les gardes pour moi Inchallah et les protèges ;*

*A mes chères sœurs que j'adore Farida, Hayet, Hakima, Nacira et sa famille qui ont été toujours à mes côtés elles me tant soutenu je les remercie infiniment.*

*A mes frères : Mostapha, Mourad, Hamid, Samir, Mouloud et leurs familles.*

*A mes chers amis avec lesquels j'ai passé de merveilleux moments ;*

*A mes enseignants du primaire jusqu'à l'université qui m'ont tant appris.*

*A toutes les personnes qui m'ont soutenu et aidé de près ou de loin à réaliser ce travail.*

*Et j'oublie pas ma binôme Houria.*

*Cuahiba*

## **Liste des figures**

**Figure N°1** : les médecins inscrits au conseil de l'ordre de médecin traitant.

**Figure N°2** : représentation de la communication.

**Figure N°3** : L'organigramme de CHU de Tizi-Ouzou.

**Figure N°4** : les services d'hospitalisation.

**Figure N°5** : Répartition des patients par sexe.

**Figure N°6** : Répartition des patients par tranche d'âge.

**Figure N°7** : Répartition des patients selon leur catégorie socioprofessionnelle.

**Figure N°8** : Répartition des patients selon le motif de consultation.

**Figure N°9** : Répartition des patients selon le rythme de consultation.

**Figure N°10**: Répartition des réponses aux questions posées aux patients après avoir consulté un médecin.

## **Liste des tableaux**

**Tableau N°1 :** Dimensions de la compétence professionnelle selon Epstein.

**Tableaux N°2 :** les blocs de l'unité BELLOUA.

**Tableaux N°3 :** les régions sanitaires en Algérie.

**Tableaux N°4 :** effectifs personnel de service d'oncologie.

**Tableaux N°5 :** répartition des patients par âge.

**Tableaux N°6:**répartition des patients par catégorie professionnelle.

**Tableaux N°7:** répartition des patients selon le motif de consultation.

**Tableaux N°8:** répartition des patients selon le rythme de consultation.

**Tableaux N° 9:** représentation des résultats des questions posées aux patients après avoir consulté un médecin.

## Liste des abréviations

**ACPM** : Association Canadienne de Protection Médicale.

**APC** : Assemblée Populaire de la Commune.

**APW** : Assemblée Populaire de la wilaya.

**CACQ** : Centre Algérienne de Contrôle de la Qualité.

**CHU** : centre hospitalo-universitaire.

**CNAS** : Caisse Nationale d' Assurance Sociale.

**DMP** : Dossier Médicale de Patient.

**EHP** : Etablissement Hospitalière Privé.

**EPS** : Etablissement Public de Santé.

**FMI** : Fond Monétaire International.

**HAS** : Haut autorité de la santé.

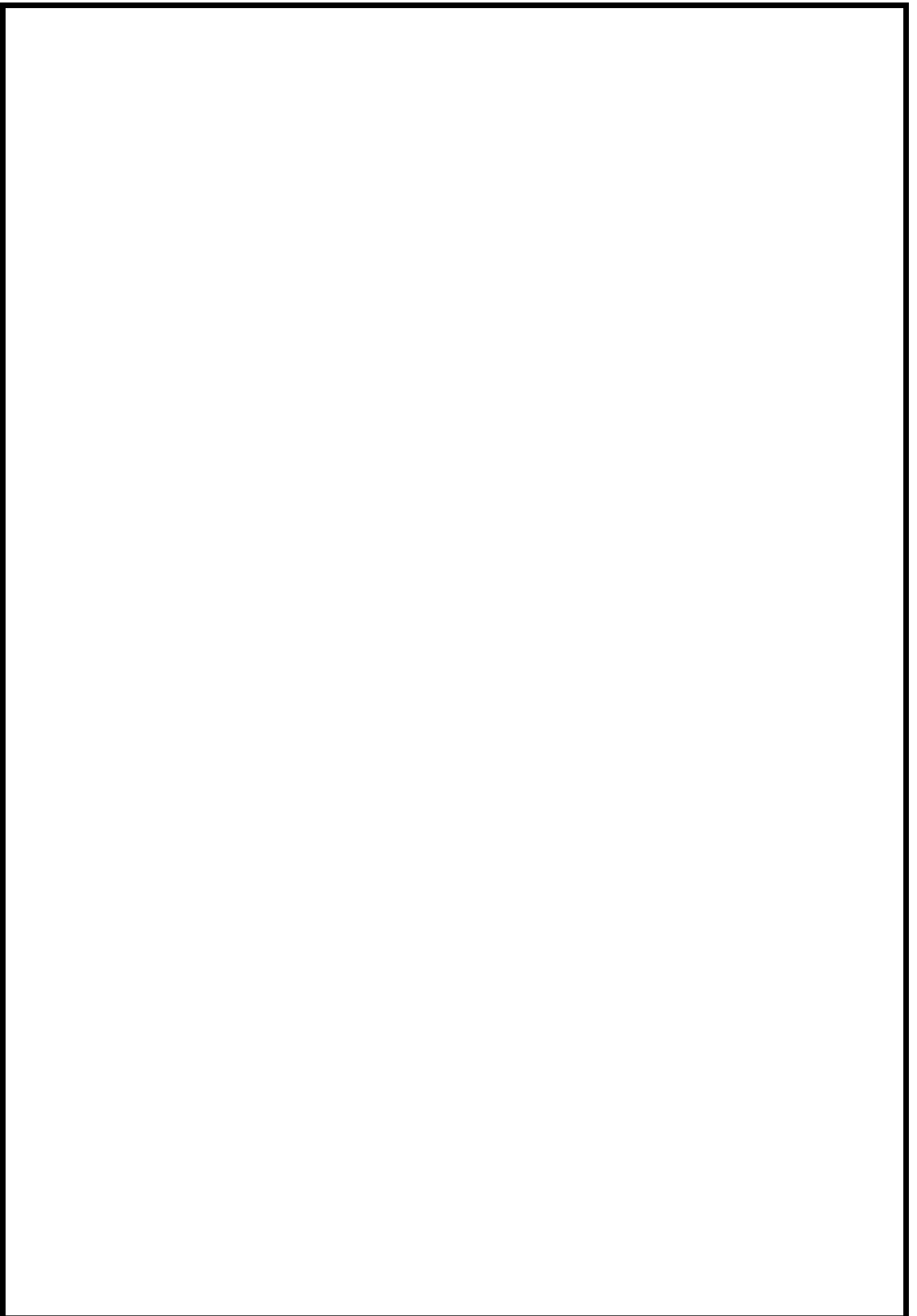
**MG** : Médecin Généraliste.

**MT** : Médecin Traitant.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**PMI** : Protection Maternelles et Infantile.

**WONCA**: World Organisation of National Colléges ,Académies.



## Glossaire

**Bactériologie** : branche de la microbiologie qui étudie les bactéries.

**Biologique** : sciences de la biologie ou des biologistes.

**Bronche pulmonaire** : médecine en pathologie qui affecte le poumon

**Cathéter** : médecine tube que l'on introduit dans un canal ou une cavité de l'organisme, en vue d'une exploration, d'une perfusion ou d'un prélèvement

**Chimiothérapie** : traitement d'un cancer par la chimiothérapie

**Chirurgie** : médecine discipline médicale qui soigne, corrige, reconstruit ou explore, par intervention manuelle et instrumentale, sur le corps ou ses parties internes

**Déontologie** : code moral propre à une profession ; a déontologie du corps médical

**Dépistage** : médecine recherche (d'une maladie latente de l'organisme) au moyen d'examens

**Diagnostique** : qui permet d'identifier une maladie.

**Épidémiologie** : études des relations entre les maladies et divers facteurs intervenant dans leur apparition et leur développement

**Hygiène** : ensemble de soins destinés à maintenir la propreté (du corps ou d'une partie du corps).

**Médecin transfigure** : personne titulaire d'un doctorat en médecine et dont la profession consiste à soigner et à guérir les malades.

**Médecin omnipraticien** : Le diagnostic du médecin • médecin de campagne • médecin de garde • médecin scolaire.

**Mélanome** : médecine : en pathologie tumeur des cellules pigmentées de l'épiderme.

**Multidisciplinaire** : **Pluridisciplinaire**; qui associe divers enseignements ou domaines d'étude.

**Neuroleptique** : Neurodépresseur ; Neuroleptique ; médecine en pharmacie médicament qui agit sur les symptômes des psychoses et notamment sur l'angoisse et les hallucinations.

**Pathologie :** sciences en médecine branche de la médecine qui étudie les maladies et leurs effets sur l'organisme.

**Prophylaxie :** Préservation, Sauvegarde, médecine ensemble des mesures prises et des méthodes médicales utilisées pour empêcher l'apparition, le développement ou l'extension d'une maladie.

**Prostate :** anatomie glande de l'appareil génital masculin, qui entoure l'urètre et qui est située immédiatement au-dessous du col de la vessie.

**Psychisme :** Psyché, sciences humaines : en psychologie ensemble des phénomènes de la vie mentale.

**Radiographie :** médecine image obtenue par irradiation d'une émulsion d'un film radiographique au moyen de rayons X.

**Sémiologie :** Sémiotique, linguistique étude des systèmes de signes et de significations (à l'œuvre dans les champs de la création et de la communication).

**Syphilis :** Vérole, médecine : en pathologie maladie sexuellement transmissible provoquée par un spirochète.

**Thérapie :** Traitement, Médication, Régime.

# Sommaire

---

## Sommaire

<b>Introduction générale .....</b>	<b>12</b>
<b>Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel liée au médecin traitant .....</b>	<b>16</b>
Introduction .....	17
Section1:Présentation des principaux concepts liée au médecin traitant.....	19
Section 2: Le professionnalisme et les différentes approches du médecin traitant.....	25
Section 3:Le rôle du médecin traitant .....	40
Conclusion .....	49
<b>Chapitre 2 :L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.....</b>	<b>51</b>
Introduction.....	52
Section 1: Présentation de CHU de Tizi-Ouzou .....	52
Section 2: L'organisation de la distribution de soin en Algérie (avant d'introduire le médecin traitant).....	61
Section 3: L'impact de notion de médecin traitant sur l'organisation de la distribution de soin la en Algérie.....	71
Conclusion .....	76
<b>Chapitre 3 : Enquête auprès des médecins traitant et leur patient.....</b>	<b>77</b>
Introduction.....	78
Section 1: Traitement de la santé des patients dans les secteurs privé et public.....	79
Section 2 : Le lien qui existe entre le médecin traitant et ses patients.....	80
Section3 : Enquête effectuer au niveau du CHU de Tizi-Ouzou unité BELLOUA .....	86
Conclusion .....	95
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>97</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Les Annexes</b>	
<b>Table des matières.</b>	

# **Introduction Générale**

La nature du bien « santé » représente le point essentiel qui distingue l'économie de la santé de tous les autres champs de la Science Économique. Il représente non seulement un droit universel fondamental mais également une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Cette particularité explique l'intervention accrue de l'Etat et les institutions Etatiques si essentielles dans le domaine de la santé. Compte tenu de ce principe, en 1974 l'Algérie a consacré, dans sa constitution, le droit des citoyens à la protection de leur santé par l'instauration d'un système national de santé.

L'organisation de la distribution des soins en Algérie repose sur une hiérarchisation des niveaux de soins c'est-à-dire qu'un malade doit suivre, pour se soigner, tout un cheminement jusqu'à atteindre l'établissement sanitaire public ou privé. Ce dernier occupe une place considérable dans le système de soins. Il constitue le lieu où se croisent l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique avec les comportements des patients. Il doit à la fois, être proche et sûr. Il doit assurer simultanément des techniques et des soins relationnels, de proximité et de sécurité, en essayant de faire un lien entre les soins de santé et le social dans le but de préserver le lien social. Ce travail est accompli par des professionnels de santé (médecins généralistes et des médecins spécialistes), suffisamment formés et préparés pour fournir des soins plus efficaces et plus efficaces.

Le médecin essaie toujours d'être à la hauteur pour répondre aux attentes des patients qui exigent une meilleure prise en charge médicale et une bonne relation patient-médecin. « *les malades ont besoin d'un médecin qui les écoute, qui connaît leurs condition de vie, leurs problèmes, ne demande que rarement des examens de laboratoire compliqués ou des investigations sophistiquées [...] le patient d'aujourd'hui est à la recherche de son médecin, auquel il se confiera et qui assumera la responsabilité de sa santé* »<sup>1</sup>.

Le médecin généraliste est désormais au cœur du parcours de soins de ses patients et figure comme le correspondant privilégié de tous les professionnels de santé intervenant auprès du patient. Dans le cadre de l'exercice la médecine, il se doit donc d'assurer un lien de qualité entre les différents professionnels de santé. Le parcours de soins a en effet pour objectif, au travers des divers dispositifs qu'il a mis en place cette dernière années, de réduire la

---

<sup>1</sup>HELAILI Leila, MEHDIOUI Karim, Le rôle du personnel médical dans l'amélioration de la santé publique cas pratique des médecin du CHU KHELIL AMRANE wilaya de Bejaia, mémoire de master académique ; économie de la sante ,Bejaia ,université ABDERRAHMANE MIRE de Bejaia ,FSEC,2015.p11

redondance des examens et la pluri-consultation tous azimuts. Tout médecin traitant doit désormais présenter des aptitudes de communication afin d'assurer des soins et un suivi de qualité à ses patients.

En s'intéressant de plus près à ce suivi, on s'aperçoit que le médecin traitant rencontre certaines difficultés à centraliser les données concernant ses patients. Le dossier médical du patient se retrouve souvent éparpillé en plusieurs éléments, dispersés dans les dossiers détenus par les différents professionnels de santé ayant interféré dans les soins apportés au patient. Pour remédier à ce problème il faut que ces données soient informatisées afin d'en faciliter l'accès et la circulation entre les différents professionnels de santé concernés

Le médecin traitant est au cœur de notre système de santé. La nouvelle loi sanitaire algérienne l'identifie comme le véritable coordinateur du « parcours de soin » du patient. La relation médecine - patient dépend de nombreux facteurs individuels et socioculturels. Elle est faite d'attente et d'espérance mutuelle.

Notre préoccupation majeure en rédigeant ce travail, consiste à répondre à la problématique suivante :

### **L'introduction de la Notion de médecin traitant a-t-elle une incidence sur l'organisation de la distribution de soin en Algérie?**

Il est important de souligner que la question centrale de notre problématique nécessite d'autres questions pour mener à bien notre travail. On s'est posé les sous-questions suivantes :

- La notion de médecin traitant a-t-elle à l'origine de dysfonctionnement de la distribution de soin en Algérie ?
- Comment la nouvelle loi 18-11 a amélioré la prise en charge des patients en Algérie ?
- Est-ce que le médecin traitant exerce sa fonction convenablement dans le secteur public ou privé afin d'attendre les attentes des patients et répondre à leurs besoins ?

### **Objectif de la recherche :**

L'objectif de notre étude est de comprendre comment procède l'Algérie pour avoir une meilleure organisation de la distribution de soin dans les établissements sanitaires, en se rapprochant de la réalité de travail des médecins traitants au sein d'un CHU.

### Hypothèses de recherche :

- l'absence de la notion de médecin traitant a été à l'origine de dysfonctionnement de la distribution de soin en Algérie.
- La nouvelle loi a apporté une amélioration concernant la présence de médecin traitant qui est plus que nécessaire
- Le médecin traitant n'arrive pas à répondre la totalité des besoins des patients dans le secteur public.

### Motifs du choix du sujet :

- Le traitement du sujet va nous permettre d'approfondir nos connaissances et d'apporter un complément à notre formation.
- L'importance de médecin traitant dans cette mutation de l'économie de la santé.
- Le Manque de travaux universitaires sur le sujet.
- C'est un sujet d'actualité que les médias ne cessent d'en parler.

### Méthode et outils de recherche :

Le thème de notre mémoire traite de la « *notion de médecin traitant un impératif pour une meilleure organisation de la distribution de soins* » donc pour mener à bien notre recherche, nous avons opté pour une démarche descriptive d'ordre théorique, qui sera élaborée sur la base d'une recherche bibliographique et documentaire, les ouvrages qui traitent la notion de médecin traitant, des revues, et d'autres types de documents ainsi que des documents électroniques. Une démarche d'ordre pratique, nous avons adopté une méthode qualitative, ou basée essentiellement sur des entretiens non directifs réalisés au niveau du service d'oncologie de l'unité de BELLOUA.

Pour parvenir à notre objectif, nous avons opté pour un plan de travail scindé en trois chapitres qui découlent des repères méthodologiques suscités :

Le premier chapitre qui est intitulé « *cadre théorique et conceptuel liée au médecin traitant* » présente les principaux concepts liés au médecin traitant et ses principales sources, le professionnalisme et les différentes approches de médecin traitant. Ainsi que le rôle de médecin traitant.

Le deuxième chapitre intitulé « *L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie* », est consacré à la présentation de CHU de Tizi-Ouzou, la distribution de soins en Algérie (avant d'introduire le médecin traitant). ainsi

que l'impact de notion de médecin traitant sur l'organisation de la distribution de soin en Algérie.

Le troisième chapitre intitulé « *enquête auprès des médecins traitant et leur patient* » déroule les résultats de notre recherche, à savoir traitement de la santé des patients dans les secteurs privé et public, Le lien qui existe entre le médecin traitant et ses patients, suivie d'une enquête effectuée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou unité BELLOUA.

# **Chapitre I**

**Cadre théorique et conceptuel  
liée au médecin traitant.**

## **Introduction**

La contribution des systèmes de soins à l'amélioration de la santé des populations passe principalement par les professionnels de santé et notamment les médecins qui en constituent, malgré la technicisation croissante des pratiques de soins, le levier principal d'action. Puisque le médecin est prescripteur, la démographie médicale fait l'objet dans la plupart des pays occidentaux d'une attention soutenue, le plus souvent dans une perspective de contrôle des dépenses de santé.

Les médecins expriment des attentes fortes en termes d'amélioration de leurs conditions d'exercice pour libérer du temps médical et mieux prendre en charge leurs patients, de juste valorisation de leur activité qui doit tenir compte de la complexité des différentes situations cliniques et conforter la qualité des pratiques et leur investissement dans la prévention et le traitement des pathologies chroniques. Dans le cadre de ses compétences peut construire une relation avec le patient, son entourage, et les différents intervenants de santé,

La qualité de la prise en charge des patients reflète l'image de la santé publique en général, le médecin à un rôle primordial dans l'amélioration de la santé des patients puisque c'est lui qui détermine à côté des moyens médicaux nécessaires le traitement de chaque cas et la solution pour chaque situation qui concerne la santé publique. Le médecin a pour mission de traiter et de soulager les patients, pas seulement par le traitement somatique de la maladie mais aussi son comportement vis-à-vis les patients joue un rôle important dans l'amélioration de leur état de santé.

L'objet de ce chapitre est de présenter l'aspect théorique et conceptuel en ce qui concerne le médecin traitant. Le chapitre est subdivisé en trois sections. La première section est consacrée à la présentation des principaux concepts liée au médecin traitant. La seconde, le professionnalisme et les différentes approches de médecin traitant. Enfin, la dernière section traitera le rôle de médecin traitant.

**Section1 : présentation des principaux concepts liée au médecin .**

La santé est avant tout un capital que chacun de nous doit préserver à l'aide de l'intervention des professionnels de santé, et les différentes infrastructures sanitaires, mais cette santé est considérée aussi comme un enjeu économique, social et même politique car elle nécessite aussi l'intervention de l'état pour améliorer ce capital à moindre coût.

Selon La loi du 16 -02-1985 « c'est le bien-être physique et mental de l'homme l'épanouissement économique et social du pays »<sup>1</sup>

Le médecin participe à des activités d'éducation sanitaire qui ont pour but de contribuer au bien-être de la population pour l'acquisition des connaissances nécessaire en matière.

**1. Définition du médecin :**

Les médecins généralistes sont des médecins formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.<sup>2</sup>

La World Organisation of National Collèges, Académies and AcadémicAssociât of General Practionners/FamilyPhysicians(WONCA) Europe selon laquelle *«la médecine générale/médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres*

<sup>1</sup>La loi algérienne n°85-05 du 16 février 1985 relative a la protection et a la promotion de la sante.

<sup>2</sup>Docteur Tafat BOUZID ABDELKRIM. Sociétéalgérienne de médecinegénérale –donner au patricien son statut de spécialiste. (en ligne), midi libre, janvier 2013,disponible sur :<http://www.lermidi-dz .com. /index .php opération 0101/article .>

*fondementsscientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.»<sup>3</sup>.*

Cette définition prend en compte, tout en les distinguant, les principes fondamentaux de la discipline, et les compétences requises par le spécialiste formé à cette discipline. Ces compétences sont :

- Médecin traitant est le médecin chargé du traitement d'un patient.
- Médecin qui soigne habituellement un malade.
- Médecin choisi par un patient pour le suivre dans le cadre du parcours de soins coordonnés, Il centralise les informations pour chacun de ses patients.est le médecin que vous avez désigné à l'Assurance maladie. Dans le cadre du parcours de soins coordonnés vous devez consulter en premier lieu votre médecin traitant pour ne subir aucune pénalité. <sup>4</sup>

Avoir une bonne mutuelle santé c'est bénéficier d'un meilleur remboursement des frais de santé.

- Le médecin traitant peut exercer au sein d'un cabinet médical, d'un hôpital, dans un centre de santé ou encore seul.

Tout médecin inscrit au conseil de l'ordre peut être médecin traitant :

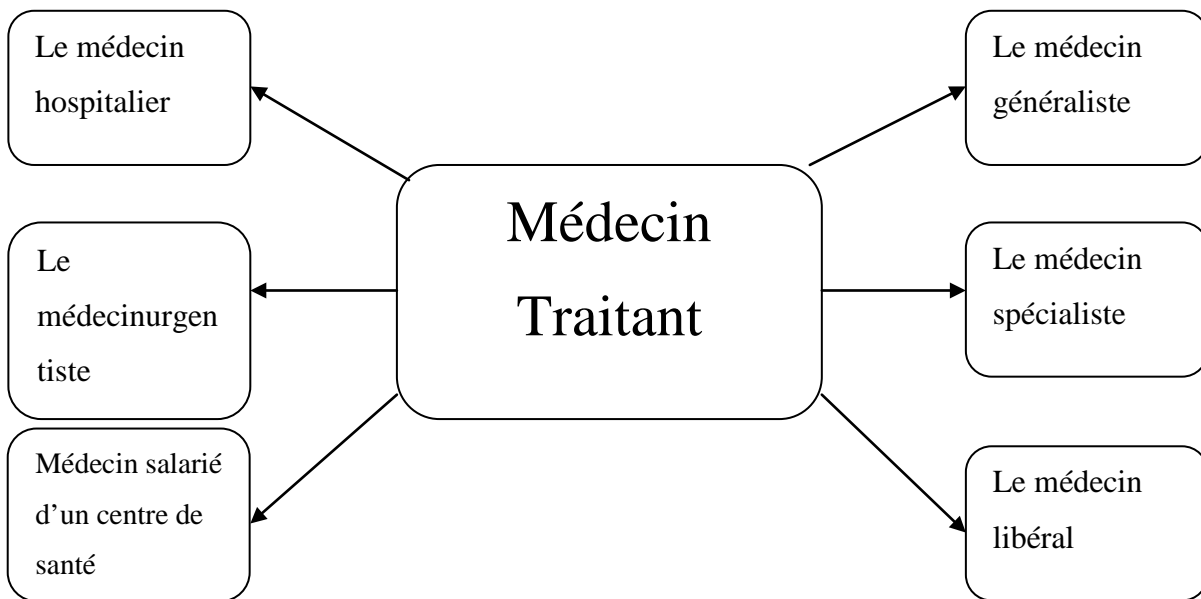
- Le médecin généraliste
- Le médecin spécialiste
- Le médecin libéral
- Le médecin hospitalier
- Le médecinurgentiste
- Médecin salarié d'un centre de santé

---

<sup>3</sup>COCHINI Claire .le choix et la déclaration du médecin traitant .( en ligne ) ,thèse de doctorat ,faculté du médecine ,l'universitéClou de Bernard Loyon,2015.p20.format PDF disponible sur le site :<http://portail.doc.univ-lyon.fr>.

<sup>4</sup>[www.larousse.fr/dictionnaires/Français Encyclopédie /médecin traitant](http://www.larousse.fr/dictionnaires/Français/Encyclopédie/m%C3%A9decin_traitant) consulte le 20/07/2018.

Figure N°1 : les médecins inscrits au conseil de l'ordre de médecin traitant.



*Source : Elaboré par nos soins*

## 2. Le médecin généraliste devenu « médecin traitant » :

Dans un contexte historique, la médecine générale était considérée comme une branche de la profession médicale sans bases de recherche et de formation spécifique. La médecine générale (MG) est la branche de la médecine prenant en charge le suivi durable et les soins médicaux généraux d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge ou d'un sexe particulier.

Le médecin généraliste (on dit aussi médecin omnipraticien) ou médecin de famille, est donc le professionnel de la santé assurant le suivi, la prévention, la promotion de la santé, bilans de santé, vaccinations, dépistages, les soins et le traitement des malades de sa collectivité, dans une vision à long terme de la santé et du bien-être de ceux qui le consultent. Le médecin généraliste a, donc, pour vocation de soigner toutes les maladies pathologies. Son activité demande un fort investissement personnel et des nerfs solides.

Certains pays ont peur que les décennies qui viennent seront marquées par la disparition progressive du "médecin de famille", et que pour les plus démunis, les soins de premier recours seront assurés, comme dans le tiers-monde, par les consultations externes des hôpitaux et des dispensaires. La littérature internationale a largement démontré que les systèmes de santé reposant sur des soins de santé primaires bien organisés, avec des médecins généralistes qui ont un niveau de formation élevé, fournissent des soins plus efficaces et plus

efficaces. C'est pour cela que certains pays ont initié un processus de reconnaissance universitaire de la médecine générale afin de développer l'enseignement et la recherche en soins primaires dans le but d'améliorer la formation des médecins généralistes.

Le développement du concept de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et la préoccupation croissante d'apporter des soins de la meilleure qualité possible aux patients ont été à l'origine de la mise en place, dans les deux dernières décennies, de nombreuses mesures visant à modifier les pratiques professionnelles des médecins.<sup>5</sup>

Le concept de médecin traitant a été introduit pour la première fois sous l'intitulé de « médecin référent » en France, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, validée par le Conseil Constitutionnel en 2004. Le médecin référent est un dispositif également connu sous l'expression "Contrat de suivi médical patient-médecin généraliste". Considéré alors comme une option, le modèle de médecin référent se définit par la signature d'un contrat entre un patient et son médecin généraliste qui devient alors son médecin référent.

### **3. L'évolution du la médecine**

Toutes les sociétés humaines avaient recours à des croyances médicales relevant du mythe ou de la superstition pour expliquer la naissance, la mort et la maladie.

Au cours de l'histoire la maladie a été attribuée à la sorcellerie, aux démons, aux influences astrales contraires, ou à la volonté des dieux. Ces idées restent encore répandue avec la foi en la guérison par la prière et le recours à des sanctuaires dans certains endroits, bien que la montée et la puissance de la médecine scientifique au cours du dernier millénaire a éclipsé et rendu caduques bon nombre de croyances anciennes.

Ce qui nous intéresse le plus est de comprendre l'évolution des conceptions et des idées, qu'a connu la médecine tout au long de l'histoire humaine,

#### **3.1 Médecine moderne :**

La médecine a connu une révolution à partir du XIX<sup>e</sup> siècle en raison des progrès de la chimie et des techniques de laboratoire, les anciens concepts d'épidémiologie des maladies infectieuses ont été supplantés par l'apparition de la bactériologie et de la virologie.

En 1847 Ignace Philippe Semmelweis (1818-1865) a réduit de façon spectaculaire le taux de mortalité par fièvre puerpérale chez les mères admises à la maternité, en exigeant simplement des médecins qu'ils se lavent les mains avant d'assister les femmes dans leur accouchement.

---

<sup>5</sup>COCHINI C,op.cit,p25

Claude Bernard œuvrait à appliquer la méthode scientifique à la médecine, il a publié une introduction à l'étude de la médecine expérimentale en 1865.

En France la République puis l'Empire transforment complètement l'enseignement de la médecine en imposant aux étudiants en médecine ou en chirurgie une formation pratique à l'hôpital et des exercices de dissection. Le diplôme de docteur en médecine devient obligatoire pour exercer.

Dès 1862, Eugène Koeberlé est l'un des premiers à systématiser la chirurgie propre. Mais c'est par la pratique rigoureuse de l'hémostase pour laquelle il met au point une panoplie d'instruments et l'innovation dans les soins pré- et postopératoires qu'il fait le plus progresser la chirurgie. En 1895, Wilhelm Röntgen découvre les rayons X. Il réalise la première radiographie sur la main de son épouse.

Au XX<sup>siècles</sup> les traitements médicaux font des progrès spectaculaires avec l'invention de nouvelles classes de médicaments. Félix Hoffmann dépose le brevet de l'aspirine le 6 mars 1899. En 1909, le Nobel de médecine Paul Ehrlich invente la première chimiothérapie en créant un traitement à base d'arsenic contre la syphilis. En 1921 Frederick Banting de l'université de Toronto isole l'insuline et invente un traitement du diabète sucré. Le premier antibiotique date de 1928 avec la découverte de la pénicilline par Alexander Fleming. En 1952, la découverte des neuroleptiques par Henri Labori, Jean Delay et Pierre Deniker révolutionne la psychiatrie. En 1957 Roland Kuhn découvre le premier antidépresseur.

La chirurgie cardiaque est également née pendant ce siècle. En 1929 Werner Forssmann introduit un cathéter dans son propre ventricule cardiaque. Le 29 novembre 1944 c'est la première opération à cœur ouvert par Alfred Blalock de Baltimore.

En 1960 la valve cardiaque artificielle inventée par Lowell Edwards est implantée pour la première fois par Albert Star. Christiaan Barnard réalise la première transplantation du cœur en 1967.<sup>6</sup>

### **3.2 La formation médicale en Algérie :**

L'histoire de la formation médicale et son évolution se confondent avec l'histoire du pays. En retraçant l'histoire de la médecine pendant la période coloniale française (1830-1962), le professeur KHIATI dans la revue Histoire de l'Algérie médicale, constate que : « la période coloniale peut être schématiquement divisée en deux périodes :

---

<sup>6</sup>HELAILI Leila, MEHDIOUI Karim, Le rôle du personnel médical dans l'amélioration de la santé publique cas pratique des médecins du CHU KHELIL AMRANE wilaya de Bejaia, mémoire de master académique ; économie de la santé, Bejaia, université ABDERRAHMANE MIRE de Bejaia, FSEC, 2015. p21

- ✓ Le XIXème siècle où la médecine a été utilisée comme moyen de propagande, de pénétration et d'information.
- ✓ La deuxième période concerne le XX ème siècle et va jusqu'au recouvrement de l'indépendance, marquée par la marginalisation progressive de la population locale et l'accès de quelques musulmans aux études médicales.<sup>7</sup>

Dès le début de la colonisation, les français ont développé un système hospitalier militaire suivant la présence de leurs troupes et des colons. Nous pouvons à titre d'illustration évoquer la construction des hôpitaux

- 1830 hôpital du Dey à Alger.
- 1832 hôpital d'ORAN.
- 1835 hôpitaux de Bouira et de Mostaganem.
- 1837 hôpital de Guelma.

S'agissant de la formation médicale, la première école de médecine a été ouverte le 10 Juin 1833. Elle sera supprimée en 1836. Elle renaît en 1848, au sein de l'académie d'Alger et ce n'est que le 4 Août 1857 que l'école préparatoire de médecine et de pharmacie fut créée officiellement par le décret du 4 Août 1855, sous la tutelle de la faculté de médecine et l'école supérieur de pharmacie de Montpellier et comptait 20 étudiants.

Le professeur (BERTHERAND) connu pour ses travaux de clinique chirurgicale ainsi que pour son remarquable ouvrage intitulé « Médecine et hygiène des arabes » en fut désigné comme responsable. En 1865, il n'y avait encore que six étudiants musulmans inscrits alors que le nombre de bourses disponibles cette année-là à l'intention des étudiants musulmans était de douze (12).

Le premier médecin algérien fut Mr BENLARBY (1850-1939). Durant la même année (1865), et afin de pouvoir s'introduire au sein des familles pour y soigner femmes et enfants, l'autorisation de suivre les études médicales fût accordée aux femmes :

La première représentante fût Melle RENGIER DE LA LIME.

---

<sup>7</sup>Mr. BOUABDALLAH Mohamed, L'évaluation des programmes de formation des médecins généralistes à la lumière de l'approche systémique : Pour un développement de la dimension humaine et sociale dans leur formation universitaire.(en ligne), thèse de doctorat, Faculté des Sciences Humaines et de Sciences Sociales , Université Mentouri — Constantine, 2013, p15

Il y a lieu aussi de rappeler que la renommée de cette école de médecine fût telle qu'elle justifia le projet de loi déposé par « PAUL BERT », laquelle loi fût votée le 20 décembre 1879, et donnait à l'école de médecine trois autres écoles :

- L'école de droit.
- L'école des sciences.
- L'école des lettres.

A noter que cette même loi rappelle dans son article 3 que : « l'école préparatoire de médecine et de pharmacie continue à jouir des mêmes droits que les écoles préparatoires du « continent » et qu'elle constituait en conséquence, une école de plein exercice.

En 1885, sous l'autorité du recteur « JEAN MAIRE », et la direction de l'architecte « DAUPHIN », débutent les travaux des bâtiments destinés à recevoir ces écoles sur le plateau d'ISLY, lesquels seront réceptionnés en Avril 1887.

Conformément au décret du 31 Juillet 1889, l'école de médecine est érigée en école de plein exercice et en augmenta le nombre de chaires.

A cette époque, l'école de médecine s'enorgueillit de receler des médecins et professeurs de très haut niveau.

En date du 30 décembre 1909, un décret élève les quatre écoles au rang de facultés et l'école de médecine et de pharmacie devient la faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger.

Les conseils de l'ordre des médecins et des pharmaciens ont malheureusement été dissous entre temps.

En 1967, la faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger a organisé le premier concours d'agrégation de l'Algérie indépendante. C'est ainsi que les pays internationaux y consacrent la victoire du corps médical algérien. Les lauréats de ce concours sont au nombre de quarante dont quatre à titre étranger.

Face au déficit qui reste énorme et afin de répondre aux besoins de la population en personnel médical rapidement, les nouveaux responsables dont Mr BENYAI, décidèrent d'introduire la réforme de l'enseignement supérieur en 1971.

Résultat, les études médicales y sont ramenées à six (6) ans au lieu de sept (7) ans, alors que les études pharmaceutiques et chirurgie dentaire passent de 5 à 4 ans. La faculté est désormais appelée institut des sciences médicales, avec disparition des chaires, alors que la faculté de chirurgie dentaire devient département de chirurgie dentaire.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup>Mr. BOUABDALLAH M, op.cit,p 19

Après dix années d'application, nous pouvons constater que les objectifs en termes de besoins quantitatifs du pays étant relativement atteint, les statuts de l'institution de formation deviennent trop exigus pour permettre la poursuite du développement de la médecine.

A partir de cette période, la réflexion sur les cursus et les programmes s'accélérent, on note la suppression des systèmes modulaires et de la progression semestrielle avec retour au système de progression annuel dès 1984, et ré individualisation de la première année des études pharmaceutiques. Les programmes de formation et la durée des études sont revus à leur tour à la fin des années 80 .

Au début des années 1990, une nouvelle réflexion est engagée et finalisée en 1994 avec l'apport de la collaboration des syndicats des enseignants, et qui aboutit en juin 1995 à l'annonce officielle par messieurs les ministères de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, et de la santé et de la population, de la création de l'université des sciences médicales en juin 1995

## **Section 2 : le professionnalisme et les différentes approches du médecin traitant.**

### **1. La compétence du médecin traitant :**

La compétence d'un professionnel de santé, notamment d'un médecin, est de nature complexe. Elle est déterminante pour la qualité et la sécurité des soins. Son évaluation est délicate et requiert des dispositifs conçus et mis en œuvre par des pairs de la même spécialité.

Les définitions de la compétence se rejoignent. C'est un « savoir agir » en situation. Savoir, savoir-faire et savoir-être sont nécessaire. La compétence ne se résume pas à une qualification elle se développe au cours de la vie professionnelle.

### **2. La notion de compétence :**

**2.1 Selon la Commission européenne 1996 :** La compétence est définie comme l'ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide.<sup>9</sup>

**2.2 Selon HAS (Haute Autorité de santé 2014) :** La « compétence médicale » repose « d'une part sur des acquisitionsthéoriques et pratiques qu'il convient de définir *a priori* en fonction desspécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au longde l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudesindividuelles à

---

<sup>9</sup>EMMANUELLE Blond et;Renécardoso. Evaluation des compétences des professionnelles de santé et certification des établissements de santé. Revue de la littérature, Novembre 2015,(en ligne),P4, Format PDF, disponible sur [http:// www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr).

définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité.

**2.3 Selon l'auteur Epstein (Epstein 2002):** Utilisation habituelle et judicieuse de communication, connaissances, savoir-faire techniques, raisonnement clinique, émotions, valeurs et réflexion dans la pratique de tous les jours pour le bénéfice des individus et de la collectivité.<sup>10</sup>

#### **2.4 Les dimensions de la compétence en santé :**

Le cas des médecins Compte tenu de son importance, la compétence des médecins a fait l'objet d'une attention particulière de certaines études. Ainsi Epstein et Hundert (Epstein 2002) ont fait une revue de la littérature en langue anglaise sur la période 1966 à 2001 sur cette question et identifient un certain nombre de dimensions de la compétence professionnelle : **cognitives, techniques, intégratives, appréhension du contexte, relationnelles, affectives et morales, modes de pensée.** Chacune de ces dimensions est déclinée en une série de compétences (la liste établie est reproduit dans le tableau suivant).

**Tableaux N°1 :** Dimensions de la compétence professionnelle selon Epstein.

Cognitive	Connaissances de base. Techniques de base en communication. Management de l'information. Application des connaissances théoriques aux situations concrètes. Utilisation du savoir tacite et de l'expérience personnelle. Résolution de problèmes abstraits. Capacité d'acquisition de nouvelles connaissances. Capacité à questionner. Utilisation de ressources extérieures (ex publications, collègues). Capacité à apprendre de l'expérience.
Technique	Habiletés dans l'examen clinique. Savoir-faire chirurgical ou pour les gestes techniques.
Intégrative	Capacité à intégrer des dimensions scientifique, clinique et humaniste. Utilisation appropriée des modalités de raisonnement clinique (méthode hypothético-déductive, reconnaissance de situations, connaissance approfondies).

<sup>10</sup>EMMANUELLE B , Ibid. P6

	Capacité à faire le lien entre des connaissances de disciplines différentes. Management de l'incertitude.
Capacité d'adaptation au contexte	Environnement clinique. Gestion du temps.
Relation	Capacité de communication. Gestion des conflits. Travail en équipe. Enseignement (vers les patients, les étudiants, les collègues).
Affectif, émotionnel et moral	Capacité à supporter l'incertitude et l'anxiété. Intelligence émotionnelle. Respect des patients. aux patients et à la société. Bienveillance.
Modes de pensée	Capacité d'observation de ses raisonnements, de ses émotions et de sa pratique. Prévenance. Esprit critique. Reconnaissance et prise en compte des biais cognitifs et émotionnels. Capacité à reconnaître et corriger ses erreurs.

**Source:** Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé. Service développement de la certification

Ces auteurs rappellent que la compétence des professionnels est plus importante que l'utilisation de connaissances théoriques ou une capacité à résoudre des problèmes avec des solutions standard. Il s'agit notamment de savoir prendre en charge des problèmes ambigus, de supporter l'incertitude et de savoir prendre des décisions dans ce contexte. Pour ces auteurs, la complexité de la notion de compétence professionnelle est à prendre en compte pour définir des méthodes d'évaluation de la compétence complètes.

L'utilisation de techniques de soutien psychologique incluant l'assistance de l'acte médical et l'aide à surmonter les situations de crise en particulier dues à la maladie et l'éducation thérapeutique du patient.

**3. Compétences spécifiques :**

- Prendre en charge un problème de santé en médecine générale :
  - Etablir un diagnostic de situation ;
  - Elaborer une prise en charge globale adaptée au patient et au contexte
  - Prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique.
- Gérer le dossier médical de son patient :
  - Créer le dossier médical du patient (papier, informatique) ;
  - Le tenir à jour
  - L'utiliser de manière pertinente (prévention, planification, recherche..)
  - Transmettre les données utiles à chaque partenaire.
- Prendre une décision adaptée en situation d'urgence (potentielle/vraie) ;
  - Gérer les situations urgentes fréquentes/graves en médecine générale ;
  - Connaître l'organisation de la permanence des soins et des urgences ;
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG ;
  - Actes de prévention ;
  - Actes de dépistage ;
  - Actes de diagnostic ;
  - Actes techniques thérapeutiques.
- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et à la gestion de sa maladie ;
  - Faire partager au patient les concepts de capital santé, FdR, prévention ;
  - Etablir un diagnostic éducatif ;
  - Proposer un projet de soins impliquant le patient ;
  - Motiver et accompagner le patient dans sa démarche ;
- Assurer la continuité des soins pour tous ses patients ;
  - Collaborer au système permanence des soins (nuits, jours fériés) ;
  - Collaborer avec les partenaires médico-sociaux ;
  - Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile ;
  - Organiser ses absences.

- Compétences transversales :
  - Communiquer de façon appropriée avec le patient et/ou son entourage ;
  - Développer une écoute active et empathique ;
  - Adapter son discours aux possibilités de compréhension du patient ;
  - Tenir compte de ses émotions et de celles du patient ;
  - Tenir compte de la déontologie : information du patient, secret médical ;
  - Tenir compte de l'éthique : principe d'autonomie, respect, humanisme
- Prendre une décision fondée, adaptée aux besoins et au contexte ;
  - Connaître et appliquer les principes de l'évidence basedu médecine ;
  - Organiser et maintenir sa formation professionnelle ;
  - Appliquer textes réglementaires tenant compte des principes éthiques.
- Travailler en équipe et/ou en réseaux de soins :
  - Coordonner les soins autour du patient ;
  - Connaître les réseaux et les filières de soins ;
  - Organiser la prise en charge des patients dans réseaux/filières de soins
- Entreprendre et participer à des actions de santé publique ;
  - Identifier les comportements à risque, initier des actions de prévention ;
  - Gérer et exploiter les données du dossier médical du patient ;
  - Démarrer ou collaborer à une recherche.
- Assurer la gestion de l'entreprise médicale :
  - Gérer le personnel : entretien, secrétariat, remplaçants, assistants...
  - Gérer les finances : comptabilité, fiscalité...
  - Adapter outil de travail : dossier médical, informatique, matériels...
  - Organiser son temps de travail ;
  - Entretenir l'outil de travail.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>Docteur Tafat BOUZID ABDELKRIM. Société algérienne de médecine générale –donner au patricien son statut de spécialiste . (en ligne) ,midi libre ,janvier 2013,disponible sur :<http://www.lermidi-dz .com. /index .php opération 0101/article .>

#### 4. Approche médical

Aller vers l'obscur et l'inconnu par ce qui est plus obscur et inconnu encore, tel apparaît le concept de l'acte médical. Si certains parlent encore d'art médical on ne peut nier l'évolution des progrès de la science s'appliquant à des phénomènes organiques complexes. Ce développement des sciences exactes renforce le rôle social et économique de la médecine. L'élément social récemment apparu au sein de la médecine transfigure la notion classique proposée de l'acte médical. A côté du diagnostic et de la thérapie, éléments fondamentaux de l'art de guérir, se place la prophylaxie qui conduit à un dépassement des rapports directs entre le malade et son médecin et introduit la notion d'art de la santé.

L'apparition d'une médecine de la santé, s'exprimant sous des formes si variées aux différents âges de la vie et des activités humaines, n'a pas changé l'acte médical, contrairement à ce que pensent certains esprits chagrins, mais plus simplement à transmuté son exercice. Si l'expression de l'acte médical suit l'évolution sociale, cela ne signifie pas qu'il perd sa qualité ou même sa nature profonde.

L'acte médical garde son individualisme et sa nature profonde, même orienté vers une médecine ne se voulant qu'humaine, ou aujourd'hui tournée vers le social.<sup>12</sup>

##### 4.1 L'acte Médical

Les dictionnaires médicaux français définissent l'acte médical comme l'« acte que seul un médecin est autorisé par la loi à accomplir, et qui caractérise donc sa profession. »

Le dictionnaire de l'académie nationale de Pharmacie va dans le même sens lorsqu'il définit l'acte médical comme « toute intervention spécifique du médecin »

D'autres dictionnaires ne définissent pas l'expression « acte médical », mais reconnaissent les entrées « acte de soins infirmiers », « acte médical infirmier » et « acte médico-judiciaire », ce dernier étant défini comme un « acte médical de diagnostic ordonné par une autorité judiciaire en fonction du code de procédure pénale »<sup>13</sup>.

Dans tous les cas, la définition de l'acte médical semble être avant tout une notion juridique que les praticiens n'auraient qu'importée dans leur corpus. L'invocation de l'acte médical pour désigner une situation qui sert à faire référence à un régime juridique.

<sup>12</sup> TOUTI Khaled, l'acte médical. (en ligne) poste dans Ethique DEONTOLOGIE et droit médical, 14 novembre 2013. Disponible sur le site : <https://carin-inf/article>.

<sup>13</sup> CLE MENT Cousin, vers une redéfinition de l'acte médicale. (en ligne), thèse doctorat. Sciences politique, université de RENNES.1, 2016, p 3.

#### 4.1.1 Spécificité de l'acte médical en santé publique :

La compétence de promoteur de la santé permet d'élargir le concept d'expert médical de deux façons :

- La capacité d'appliquer l'expertise médicale à une population.
- La capacité d'appliquer l'expertise médicale à des problèmes en amont des effets observables sur la santé.

C'est dans la combinaison des deux compétences, l'expert et le promoteur de la santé, qu'on retrouve les éléments essentiels de définition de l'acte médical en santé publique, c'est-à-dire l'application de la triade diagnostic-intervention-évaluation aux problèmes de santé et à leurs déterminants dans les populations. Notons d'ailleurs que la promotion de la santé et la prévention des maladies constituent les deux premiers éléments du domaine de la médecine, selon le Collège des médecins du Québec (*vérifie la compétence des futurs médecins*).

En santé publique, comme dans les autres disciplines médicales, les médecins œuvrent avec plusieurs types de professionnels dont les compétences pour la santé publique ont été décrites. Encore une fois, c'est la notion d'imputabilité autour de la triade diagnostic-intervention-évaluation que l'évaluation de l'acte médical prend son sens et sa spécificité. A cet égard, l'association canadienne de protection médicale (ACMP) dit que « La pierre angulaire de toute profession auto réglementée est l'adhérence à des normes d'exercice établies ce qui, dans le contexte des soins de santé, exige une réponse efficace en matière de responsabilisation lorsque survient un événement indésirable. »<sup>14</sup>

#### 4.1.2 Principes de l'évaluation de l'acte médical en santé publique

Le premier principe de l'évaluation de l'acte médical est que cette évaluation fait partie intégrante de l'exercice de la médecine. À cet égard, les ordres professionnels reconnaissent cette activité pour l'octroi de crédits d'éducation médicale continue. L'acte médical est donc un objet tangible sur lequel peuvent se greffer des critères d'évaluation. Ici, un acte de qualité est un acte qui est conforme aux exigences, premièrement des compétences de l'expert médical et du promoteur de la santé (nature de l'acte médical) et, deuxièmement, des exigences des cinq autres compétences qui en qualifient la qualité en contexte.

Le deuxième principe est que l'acte médical en santé publique (comme dans la plupart des autres spécialités médicales) est le plus souvent indissociable des contextes et des équipes

---

<sup>14</sup>MICHEL Rossignol (dir.) l'évaluation de l'acte médical en santé 1<sup>er</sup>ed. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Avril 2011 p2.

multidisciplinaires dans lesquels il est pratiqué. Il importe donc, dans la sélection des actes à évaluer, de bien situer l'acte médical en santé publique sur le rôle d'imputabilité du médecin dans la triade diagnostic-recommandation-évaluation des problèmes de santé et de leurs déterminants dans les populations. Ce rôle peut comporter des activités réalisées par les professionnels non-médecins qui participent donc à l'acte médical sous la supervision de médecins.

En troisième lieu, il importe de distinguer l'évaluation de l'acte médical de l'évaluation du médecin. Bien que les deux soient liées, la différence fondamentale réside dans les résultats de l'évaluation en termes de recommandations. L'évaluation de l'acte médical donne lieu à des recommandations qui ont pour but l'amélioration de la qualité de l'acte médical dans ses éléments professionnel, interprofessionnel, logistique ou organisationnel. Si, lors de l'évaluation d'un acte médical, une rétroaction doit être faite auprès d'un médecin, elle doit être faite en dehors de la démarche d'évaluation de l'acte médical, selon les modalités prévues dans le département clinique.

Quatrièmement, les considérations légales et éthiques introduisent la notion de droit de refus de tout acte médical : «Tout acte médical peut être interprété comme une atteinte à l'intégrité de la personne [ou de la population] et ne peut être effectué sans son accord, même si cet acte vise le bien de cette personne [ou de la population] » (Collège des médecins du Québec, mars 2009). Il importe donc d'aménager ce critère dans l'évaluation de l'acte médical en santé publique.

Finalement, l'encadrement de l'évaluation de l'acte médical est institutionnel et est sous la responsabilité du chef de département clinique et du directeur des services professionnels de l'établissement. Toute initiative concernant l'évaluation de l'acte médical, l'énoncé et la mise en application de recommandations, relève de ces instances<sup>15</sup>.

### **4.1.3 Méthodologie d'évaluation de l'acte médical**

#### **4.1.3.1 Organisation**

Un comité de l'évaluation de l'acte composé de trois médecins doit être mandaté par le chef du service clinique pour procéder à l'exercice annuel de l'évaluation de l'acte médical en santé publique de l'établissement. Le comité est reconduit annuellement et au moins un de ses membres doit être remplacé chaque année.

Le chef du service clinique informe tous ses membres (*médecins généralistes et médecins spécialistes*) de la période de l'année pendant laquelle ils sont susceptibles d'être

---

<sup>15</sup>MICHEL .R op.cit,p3

appelés à participer à l'exercice de l'évaluation de l'acte. Tous les médecins ont l'obligation de collaborer avec le comité de l'évaluation de l'acte lorsqu'ils y sont invités.

#### **4.1.3.2 Sélection des actes à évaluer**

Tous les médecins du service clinique rapportent au comité de l'évaluation de l'acte trois actes médicaux auxquels ils ont participé au cours de l'année précédant l'exercice d'évaluation de l'acte et qu'ils considèrent comme représentatifs des actes en santé publique dans leur secteur d'exercice. Pour ce faire, le comité fait parvenir à tous les médecins du service l'outil prévu à cette fin qui liste différentes activités médicales en santé publique .

Le comité d'évaluation de l'acte sélectionne quatre à six actes parmi ceux proposés par les médecins, pour être l'objet d'une évaluation. Ces actes sont sélectionnés en tenant compte des facteurs suivants :

- Établir une rotation parmi les médecins participants à l'évaluation.
- Couvrir les différents aspects de la pratique en santé publique.
- Répondre aux priorités données par le chef du service clinique

#### **4.1.3.3 Procédure d'évaluation**

Les médecins qui ont proposé les actes retenus pour évaluation remplissent la grille d'évaluation de l'acte dans un premier exercice d'évaluation et rassemblent les pièces (*protocoles, rapports, etc.*) qui peuvent contribuer à l'évaluation.

Dans un second temps, un médecin du comité (les trois médecins se partagent les dossiers) rencontre chaque médecin évaluateur pour passer en revue les éléments de la grille d'évaluation et la compléter au besoin. Le médecin du comité ne doit pas avoir participé à l'acte médical qui est évalué.

#### **4.1.3.4 Rédaction et diffusion du rapport d'évaluation**

Les évaluations sont ramenées au comité et discutées. Les recommandations sont formulées et le rapport préparé par le président du comité. Ce rapport d'évaluation est transmis aux médecins qui ont participé à l'évaluation pour conformité. En cas de désaccord, le président du comité doit indiquer les points de désaccord dans son rapport et présenter brièvement les argumentaires.

Le rapport est envoyé au chef du service clinique pour être acheminé au directeur des services professionnels de l'établissement.

Les différentes recommandations sont rassemblées et présentées lors d'une réunion du service clinique pour discussion d'un plan de mise en œuvre et d'évaluation des recommandations dans l'établissement.

#### 4.1.3.5 Conditions de mise en application

La qualité de l'acte médical est aussi importante en santé publique que dans les autres disciplines médicales. Les activités médicales qui touchent les populations ont un impact potentiellement plus important que celles qui concernent des individus et les médecins, de santé publique, sont conscientes et soucieux de l'amélioration de la pratique médicale de la santé publique.

Le but de la démarche en évaluation de l'acte médical est l'amélioration de l'exercice professionnel des médecins (*Collège des médecins du Québec, mai 2001*) qui est au cœur même de l'efficience de tout l'appareil de santé publique.

Quatre conditions s'imposent pour la mise en application et le maintien d'une méthodologie d'évaluation de l'acte médical en santé publique.

1. La démarche est soutenue et dirigée par les chefs des départements cliniques et universitaires de santé publique des établissements mandataires.
2. Les médecins adhèrent collectivement et collégialement à la démarche dans un but d'amélioration continue de la pratique médicale en santé publique.
3. Une organisation permanente assure la pérennité de la démarche et le transfert des résultats des évaluations aux instances capables d'en tenir compte et de mettre en œuvre les recommandations.
4. Enfin, une méthodologie devra être développée pour encadrer la notion de dossier médical en santé publique, outil indispensable à l'évaluation de l'acte<sup>16</sup>.

#### 5. Approche psychologique :

Il s'agit de considérer dans la relation médicale le rôle de tout ce qui est de l'ordre de la psyché, c'est-à-dire tout ce qui concerne le fonctionnement mental du malade et du médecin ou de tous ceux qui occupent une fonction soignante. Etude la plus scientifique possible des données psychologiques mises en jeu par la création d'une situation relationnelle liée à la demande de soins médicaux.<sup>17</sup>

#### 5.1 l'acte de communication

La communication est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné. Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité des

<sup>16</sup> MICHEL.R, op.cit, p4

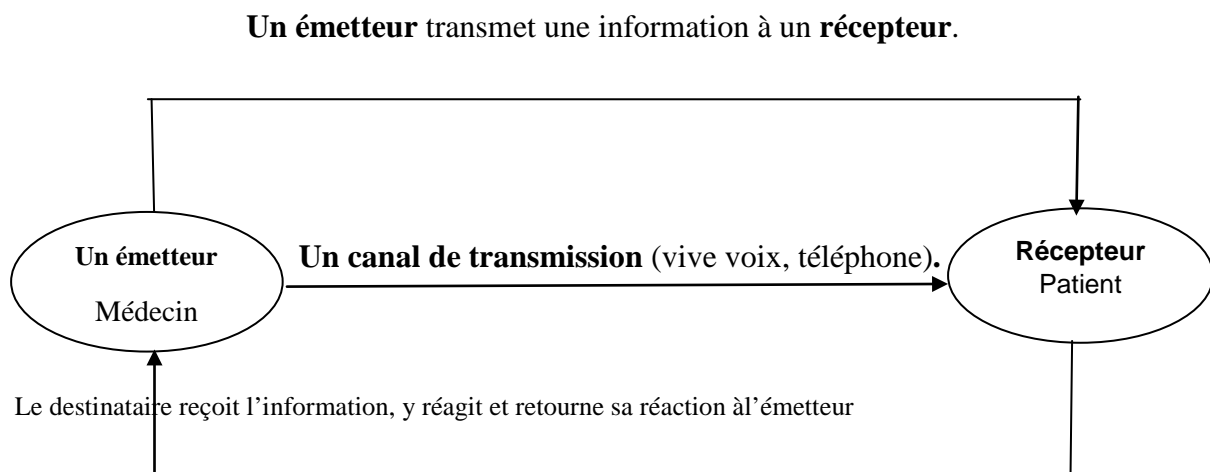
<sup>17</sup>HENNEZEL Marie. Psychologie médicale[en ligne]. Paris.Université Médicale Virtuelle Francophone. 2009, p4 format PDF Disponible sur **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.**informations-des-patients-recommandations-destinées-aux-médecins

patients. La littérature est abondante sur ce sujet pour souligner les difficultés des patients à comprendre les explications médicales. Ces difficultés de compréhension augmentent le taux de mortalité.

Il s'agit de communiquer, de transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un ou, s'il y a échange, de les mettre en commun dans un dialogue.

Schématiquement, on peut représenter la communication de la manière suivante :

**Figure N° 2 :** représentation de la communication



*Source :* Elaboré par nos soins

### 5.1.1 La communication verbale

La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots, qui sont en général véhiculés par l'expression orale. Dans certaines situations pathologiques la communication nécessitera d'autres moyens, en particulier chez le patient sourd ou chez le patient ayant des troubles des fonctions supérieures. Les bases de la communication orale avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettront à la communication de s'établir de manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens.

Dans un entretien médical, il y a des temps d'écoute où le médecin laisse parler le patient, des temps d'interrogatoires plus dirigistes où le médecin a besoin de préciser des éléments sémiologiques indispensables à la bonne prise en charge du patient.

Dans tous ces différents temps de la communication orale médecin/patient, il faut absolument que le médecin adapte son langage c'est-à-dire les mots qu'il utilise au niveau socioculturel du patient, et donc en essayant d'utiliser les mots les plus simples du langage lorsque cela est possible. Ces niveaux de compréhension et ces niveaux socioculturels sont différents d'un patient à l'autre et le médecin doit s'adapter en permanence.

Dans cette optique de l'adaptation, il est important que le médecin utilise la reformulation (redire une phrase ou un mot à l'aide de synonymes) pour s'assurer que le patient va bien comprendre la question qu'on lui pose ou le message que l'on veut lui proposer. Autre élément technique qu'il faut utiliser, c'est demander au patient d'expliquer à son tour ce que le praticien lui a expliqué concernant sa problématique, sa maladie ou ses symptômes ou les thérapeutiques à envisager.

Paradoxalement un défaut très habituel du jeune étudiant en médecine est d'utiliser des termes médicaux pour interroger un patient.

### 5.1.2 La communication non verbale

Il est tout à fait bien connu que dans la relation inter humaine, les mots ne comptent que pour un faible pourcentage de l'information que l'on délivre à une personne à laquelle on s'adresse. L'intonation, les modulations, la mimique, la gestuelle, le rythme de la conversation, le regard, tout cela compte autant pour une personne à qui l'on s'adresse. Autant dire que le médecin doit maîtriser au mieux certaines de ses réactions pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il doit adresser à son patient.

A l'opposé le patient qui s'adresse à un médecin le fait avec son langage, avec sa problématique, avec ses bases socioculturelles, son angoisse. De ce fait, il n'exprime pas toujours par les mots la réalité de sa plainte ou de sa souffrance.

Le médecin doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le langage du patient et saisir à un moment ou à un autre de l'entretien ce qui paraît être la demande forte du patient.

Il est bien connu que certaines demandes, certaines plaintes ne sont exprimées que tout à fait à la fin d'une consultation, et il faut savoir les entendre, ne pas les minimiser, et les prendre en compte.<sup>18</sup>

## 5.2 La dimension psychologique de la relation de soins

### 5.2.1 La personnalité du médecin

Il existe des obstacles personnels à une bonne communication.

- **La peur d'être désapprouvé :** Ils craignent d'être blâmés pour avoir inquiété et déstabilisé un patient par leur entretien.

Ils reçoivent, d'autres parts, fréquemment, en pratique quotidienne, la colère déplacée des familles qui veulent par-là se protéger.

---

<sup>18</sup>NOURI Hanane, SEKOUCHEIDYhia ,Le rôle de la communication médecin-malade sur l'observance thérapeutique , Etude de dix cas diabétiques à L'EPH de Sidi Aich, mémoire de Master en psychologie clinique, faculté des Sciences Humaines et Sociales , Bejaïa , Université Abderrahmane-Mira de Bejaïa, DSS ,2016 ,p22

- **La sur-responsabilité :** Ils mettent trop souvent l'accent sur la technologie et les capacités de guérison.

Le principe à rappeler doit demeurer : « *Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours* »  
Ils vivent la pression de vouloir sauver la vie à tout prix et la culpabilité de ne pas pouvoir le faire.

- **La peur des réactions émotionnelles :** Ils vivent une pudeur extrême face à l'expression de leur propres sentiments et donc de ceux de leur patients.

Le manque de temps et le manque de confort face à leurs sentiments induisent un comportement qu'ils maîtrisent mal.

N'ont-ils pas tous eu peur de demander à l'un de leurs patients dépressifs, s'il n'avait déjà pensé à se suicider, par crainte de sa réaction ?<sup>19</sup>

- **Stratégie de communication :** Il est primordial d'établir un environnement adapté pour le patient et pour le médecin. S'installer dans une pièce calme et confortable. Si nécessaire, prévoir un temps suffisant sans être dérangé.

S'il est accompagné, s'assurer que le patient est entouré par les personnes qu'il a choisies.

- **Les principes de la communication :**

-Disponibilité.

-Etre en situation d'écoute active du patient et décoder les éléments de communication verbale et non verbale.

- Prendre en compte les préférences du patient dans l'élaboration du projet de soins.

- Adapter son comportement, sa démarche à la situation du patient.

- Différencier à chaque étape d'une séance de soins, les implications de ses paroles et de ses actes.

- Donner des explications claires, concises et adaptées au niveau de la compréhension du patient et vérifier qu'elles sont effectivement comprises.

- Obtenir le consentement éclairé du patient afin d'établir un contrat de soins clair et une implication active dans la maladie.

- Respecter les silences

- Adaptation de la forme et du contenu du discours à son interlocuteur.

- Questions ouvertes et fermées.

- Contrôle de la compréhension.

---

<sup>19</sup>ADELIN Joly ,communication verbale et non verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou a refaire maladies apparentées ,car étude des interaction lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste, mémoire de Master , faculté de médecine , Paris ,université de lorraine, FMDO ,2014 ,p62

- Reformulation si nécessaire.

### **5.2.2 Le patient au centre de la relation**

Souvent il s'agit d'une véritable négociation avec son patient.

- Commencer par répondre aux questions.
- Informer le patient et son entourage.
- Négocier la décision.
- Exprimer la vérité la plus acceptable possible.

#### **5.2.2.1 Elaborer un plan avant de commencer**

- Il va falloir faire admettre votre décision dictée par vos connaissances scientifiques en intégrant le malade et son environnement.
- Parfois, la relation médecin-malade s'inscrit sur une longue période.
- De même que l'on développe une conduite à tenir face à un problème médical, l'existence d'un plan pour gérer la communication contribue à diminuer sa propre anxiété.
- Il paraît aussi utile d'évoquer toutes les possibilités de résultats dès le début d'un bilan avant d'avoir la confirmation, ainsi le patient reste acteur de son destin.
- Il faut respecter une sorte de cohérence entre ce que ressent le malade moralement ou physiquement et ce que lui dit le médecin.

#### **5.2.2.2 Donner au patient le contrôle** de la qualité et la vitesse des informations qu'il reçoit

- Il ne faut pas se laisser prendre par des termes hermétiques et des explications longues et trop techniques.
- Il est capital de vérifier si le patient désire entendre les nouvelles ou s'il souhaite attendre.
- Dans certains cas, le patient cherchera à savoir d'où « *ça vient* » afin d'y trouver un sens, ce qu'on appelle le travail de responsabilisation.
- Dans d'autres cas, le patient pourra aussi manifester des inquiétudes en rapport avec la souffrance de ses proches.

#### **5.2.2.3 Donner avec les mauvaises nouvelles, de bonnes nouvelles ou au moins de l'espoir**

- Ne pas révéler de pronostic en termes de durée. Une évolution miraculeuse, le 1% des statistiques peut mystifier toutes leurs attentes.
- L'espoir permet d'offrir au patient une relativisation de l'information.
- L'espoir permet d'explorer avec le patient le sens de sa vie et de sa maladie.

- L'espoir permet de fixer, avec le malade, des buts réalistes et adaptés au stade de sa maladie. Pour les malades, c'est l'espoir d'être assurés de leur disponibilité, de leur présence et du contrôle de ses symptômes jusqu'au bout qui est une bonne nouvelle.
- C'est l'espoir qui donne au patient le pouvoir de vivre des moments significatifs au jour le jour. « L'espoir n'est pas une façon de contourner, mais une façon de passer à travers ».
- Si l'annonce du diagnostic est évitée, ils assurent au patient de prendre en charge son isolement, sa culpabilité, sa recherche de responsabilité, ses craintes réalistes et irréalistes.

#### 5.2.2.4 Ne jamais mentir

Les familles veulent protéger leurs parents des mauvaises nouvelles parce qu'elles ont peur que la vérité nuise.

Souvent il nous est demandé de participer à cette complicité dans l'intérêt du patient. Complicité qui aboutit inévitablement à son isolement dans la conspiration du silence.<sup>20</sup>

Il faut donner un espoir réaliste à la famille pour diminuer son anxiété. Il faut annoncer « *Je donnerai des réponses honnêtes, je ne mentirai pas* ».

En fait, nos patients et leurs familles ne nous demandent pas de miracles, mais notre écoute, notre authenticité notre assurance d'un accompagnement au travers des investigations et des traitements.

#### 5.2.2.5 Instaurer avec le patient une relation de tolérance et de confiance

- Respecter la pudeur et les difficultés psychologiques du patient.
- Maîtriser ses propres réactions par rapport à ce type de situation : rejet, difficultés personnelles, compassion ou attitude « *citoyenne* ».
- Identifier la hiérarchie des besoins et ce qui est réalisable pour le patient.
- Expliquer au patient l'intérêt pour lui et sa santé d'établir un lien durable avec un cabinet de médecine générale, en relation avec les autres professionnels
- Accessibilité et disponibilité, permanence des soins
- Prise en charge globale de ses problèmes, orientation optimum dans le circuit de soins,
- Moindre coût, pour lui et sa famille, notamment grâce aux cartes santé et aux possibilités de dispense d'Avance de Frais.

### 5.3 Les moyens de communications

**5.3.1 la parole :** permet d'informer directement de façon simple, intelligible, en évitant par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un proche une transmission incomplète, déformée,

<sup>20</sup> NOURI H ,SEKOUCHI D ,op.cit. p 28

incontrôlable. Elle associe le ton de la voix, le regard, l'expression du visage qui peuvent traduire le souci, l'inquiétude, l'hésitation du médecin.

L'expression orale dans la réponse aux questions du patient n'est pas exempte d'un langage évasif, approximatif, le pire étant le silence, l'absence de réponse précise ou une réponse hors sujet. Tous ces éléments risquent d'être perçus par les malades dans un climat d'angoisse, de souffrance tant physique que morale et les conséquences peuvent aller de la panique au refus de soin, au suicide...

**5.3.2 L'expression écrite** se concrétise par la rédaction d'une prescription médicamenteuse, d'une notice explicative, d'un certificat. Toute information écrite doit être accompagnée par le médecin traitant d'un commentaire et d'un dialogue pour ne laisser subsister aucun doute d'interprétation. Toute situation non contrôlée, communication téléphonique ou transmission par le truchement d'un tiers est à bannir formellement dans la transmission d'une information.

### **5.3.3 Les autres messages :**

- Le contact physique
- La proximité
- L'orientation
- L'aspect extérieur
- La posture
- Les signes de tête
- L'expression du visage
- Les gestes
- Le regard
- Les aspects non linguistiques du discours d'élocution (ton de la voix, rythme et rapidité d'élocution)
- Les signes de communication non verbale accompagnent la communication verbale et se retrouvent aussi chez celui qui écoute.

### **Section 3 : Le rôle du médecin traitant**

Des études ont montré que dans plus de 80 % des cas, le diagnosticien consultation est basé sur l'histoire médicale du patient. On estime ainsi qu'un médecin peut effectuer 200 000 consultations tout au long de sa vie professionnelle.

Le succès d'une consultation médicale ne dépend pas seulement des connaissances du médecin, mais aussi de la relation qu'il entretient avec son patient, pour cette raison l'accent

doit être mis au cours des études médicales, sur la technique de recueil de l'histoire du patient afin d'améliorer l'ambiance de la relation médecin-patient et de rendre la consultation plus efficace. La façon de communiquer est au moins aussi importante que ce qui est dit. Le patient doit se sentir suffisamment à l'aise pour expliquer ses problèmes et exprimer ses soucis en sachant que le médecin l'a bien compris. Le médecin doit également donner à son patient une idée claire de la nature de sa maladie et du traitement envisagé.<sup>21</sup>

Dans toute consultation le médecin a un certain nombre de tâches à accomplir idéalement, elles doivent être réalisées d'une manière structurée afin de maximiser l'efficacité de la procédure :

### **1. La consultation**

La consultation médicale est la meilleure occasion pour le médecin d'explorer les problèmes et les soucis du patient et de commencer à identifier les raisons de son mauvais état de santé. Traditionnellement, les antécédents médicaux sont basés sur un modèle conventionnel, selon lequel la maladie est liée à des déviations de la fonction biologique normale, ce qui ne prend guère en considération la dimension sociale, psychologique et comportementale de la maladie.

Si un médecin ne s'intéresse pas au problème psychologique de son patient, il risque de ne pas diagnostiquer correctement sa maladie et de ne pas le traiter comme il convient.

Le degré de douleur éprouvée par un patient n'est pas uniquement lié à l'importance du problème pathologique, mais également à l'importance qu'il attache à la relation de cette maladie avec les circonstances.

Les bons médecins ont toujours su cela, mais de nos jours on n'y accorde plus d'importance dans l'interrogatoire du patient. Il ne faut pas explorer uniquement les symptômes dus à une dysfonction corporelle, mais également la perception individuelle de ces symptômes.

### **2. Les étapes de la consultation**

#### **2.1 La préparation**

Il importe que le dialogue ait lieu dans les meilleures conditions : Le bureau doit être calme, le médecin ne doit pas pouvoir être dérangé, Les patients disent parfois que

---

<sup>21</sup>HELAILI Leila, MEHDIQUI Karim; Le rôle du personnel médical dans l'amélioration de la santé publique Cas pratique de médecins du CHU KhelilAmrane De la wilaya de Bejaïa, mémoire de master académique Sociologie de la santé, université Abderrahmane Mira Bejaïa faculté des sciences humaines et sociales, 2015, p27.

l'environnement médical est anxiogène et estiment que l'endroit devrait être accueillant et relaxant.

Les services hospitalier sont souvent encombrés et bruyants. Il peut être difficile d'empêcher que la convention de médecin soit entendue et de maintenir la confidentialité, et essayer si c'est possible de trouver un endroit calme pour parler au patient.

## **2.2 Le premier contact**

Il est important d'établir une relation et de mettre le patient à l'aise dès le début de la consultation. Il est préférable au médecin de salué le patient et se présenter et de préciser son rôle et son intention à son égard.<sup>22</sup>

La communication ne se limite pas aux échanges verbaux, mais inclut également le langage du corps, particulièrement l'expression du visage et le regard.

Le premier contacte permet de connaître ou de confirmer le nom du patient et comment il préfère qu'on s'adresse à lui.

## **2.3 Identification des problèmes et des soucis**

Le médecin demande aux patients de décrire leur problème de santé, en utilisant une question ouvert pour délimiter un terrain d'enquête vaste, tout en permettant au patient de répondre à sa manière.

Mais souvent le patient a plus d'un problème qu'il veut introduire et discuter, il est donc essentiel de ne pas l'interrompre dans cette première phase, car cela pourrait empêcher la découverte d'une information importante.

### **2.3.1 Des examens généraux**

L'examen commence dès que le médecin pose ses yeux sur le patient. Au cours de l'interrogatoire le médecin note l'intelligence, la personnalité, la famille, et le contexte génétique du patient tandis qu'il récolte, des informations sur ses plaintes et son histoire médicale, ainsi que d'évaluer son langage, son affect (*déposition d'esprit*). Et grâce à l'examen le médecin peut percevoir des informations non-dits.

Certains éléments physiques sont rarement exprimés mais « le langage du corps » peut donner des renseignements intéressants. Les expressions faciales et le ton de la voix apportent parfois plus d'information que la communication verbale.

L'examen général donne une vue globale de l'état de santé et l'opportunité d'examiner des systèmes qui n'apparaissent pas nettement lors d'un examen régional. Pour le patient,

---

<sup>22</sup>HELAILI. L, MEHDIOUI. k, op.cit, p 29

l'examen général est un contact simple, apaisant avant les techniques plus approfondies qui vont suivre.<sup>23</sup>

### **2.3.2 Des examens complémentaires intéressants**

L'exercice médical à l'hôpital révèle des symptômes face auxquels les pouvoirs publics n'ont pas tardé à réagir en appelant au chevet de l'hôpital les spécialistes concernés, qui posent de leur part des diagnostics concordants et envisagent des prescriptions adaptées, ainsi qu'ils doivent assumer des responsabilités plus larges.

Le médecin, motivé par sa conscience professionnelle, doit soigner tout malade en temps de paix comme en temps de guerre, quelles que soient sa condition matérielle et sociale, sans considération de sa race, de sa nationalité, de sa religion, de ses opinions politiques, de ses sentiments ou de sa réputation.

### **3. Le secret médical :**

Le Secret Médical est une obligation, destinée à sauvegarder la santé des personnes qui peuvent se confier à un médecin, sans que leur maladie ne soit dévoilée à un tiers.

Le principe du secret médical fait partie des traditions médicales les plus anciennes et les plus universelles. Le secret est une condition nécessaire de la confiance des malades envers le médecin.

Dans la loi relative à la promotion et la protection de la santé (loi 90.17 en date du 31 Juillet 1991, modifiant et complétant la loi 85.05 du 16 Février 1985) notamment dans son article 206-alinéa 1 qui dit : « Le respect de la dignité du malade est la protection de sa personnalité sont garanties par le secret professionnel auquel est tenu l'ensemble des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens »<sup>24</sup> Il ne représente pas seulement une clause privée qui fait partie du contrat qui lie le médecin à son malade mais aussi une chose qui peut relever de l'ordre public. En effet un intérêt supérieur peut être évoqué pour que la loi exige la révélation de constatations médicales

### **3.1 Violation du secret professionnel :**

La violation du secret professionnel est une infraction qualifiée un délit.

Elle appelle donc une punition et engage une responsabilité, elle engage une responsabilité pénale quand l'intention qui motive la violation du secret et de nuire ou de diffamer le

---

<sup>23</sup>HELAILI. L, MEHDIOUI. K, op.cit, p 30

<sup>24</sup>Loi algérienne 90.17 en date du 31 Juillet 1991, modifiant et complétant la loi 85.05 du 16 Février 1985, Loi relative à la Promotion et la Protection de la santé

coupable sera puni d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amande de 20 000 DA à 100 000 DA.

Si la violation du secret professionnel dû à une négligence ou imprudence engagera une responsabilité civile et son auteur est appelé à verser des dommages et intérêts au profit de la victime en guise de réparation.

La violation du secret professionnel peut engager aussi une responsabilité disciplinaire et entraînera une sanction du 3eme degré qui est la mise à pied de 4 à 8 jours et l'abaissement d'un ou deux échelons.

#### **4. Erreur médicale et la responsabilité pénale :**

L'erreur médicale est un acte non volontaire réalisé par un professionnel de santé et qui empêche d'atteindre le résultat escompté.

Elle peut être par omission (l'acte qui aurait dû être réalisé ne l'est pas) ou par commission (un acte est réalisé alors qu'il n'aurait pas dû l'être).

Pour que la responsabilité du médecin soit retenue, il faut qu'ait été commise une faute, qu'un dommage en résulte et que le lien de causalité entre les deux soit prouvé. On distingue trois facteurs :

- **Les erreurs contre l'humanisme :**

Nous avons vu que les obligations du médecin comportaient un devoir d'information, la nécessité d'obtenir le consentement du patient, le respect de la personne et celui du secret professionnel. Tout non-respect de ces obligations constitue une faute pouvant engager la responsabilité civile.

- **Les erreurs d'imprudence**

Il s'agit de l'erreur de côté ou l'erreur de patient.

- **Les erreurs techniques**

Elles peuvent être retenues lors de l'élaboration du diagnostic, lors du choix du traitement ou lors de la réalisation d'un acte particulier.

L'attitude du médecin sera considérée comme fautive en comparaison avec la conduite du « bon médecin » qui aurait, dans les mêmes circonstances agit avec prudence, en respectant les règles de l'art.

Le juge demandera aux experts si la conduite du médecin est celle qu'aurait eu un bon « professionnel », si on peut expliquer le choix du médecin (ex : divergence d'écoles).

Par exemple, un médecin ne commet pas forcément une faute s'il n'a pas fait un diagnostic mais seulement s'il n'a pas mis en œuvre les examens réalisés habituellement pour faire le diagnostic.<sup>25</sup>

#### **4.1 La disposition pénale de la loi algérienne sur l'erreur médicale :**

Le législateur Algérienne indiqué que toute infraction à la loi pénale implique la responsabilité du médecin devant une juridiction pénale. La loi n°85/05 du 16 février 1985 énumère les dispositions pénales contre le personnel médical. L'article 239 de la loi stipule que :

« Toute négligence et toute faute professionnelle commise par le médecin, le chirurgien-dentiste, le pharmacien et l'auxiliaire médical dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions, et qui affecte l'intégrité physique ou la santé, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, est poursuivie conformément aux dispositions des articles 288 et 289 du code pénal».<sup>26</sup>

Dans la loi relative à la promotion et la protection de la santé (loi 18.11 en date du 29 Juillet 2018, modifiant et complétant la loi 85.05 du 16 Février 1985) notamment dans :

**Art. 353.** « Toute erreur ou faute médicale avérée, après expertise, susceptible de mettre en cause la responsabilité de l'établissement et/ou du praticien médical ou professionnel de santé, commise dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions et qui affecte l'intégrité physique ou la santé du malade, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, entraînent l'application des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur ».<sup>27</sup>

Aussi l'article 288 du code pénal stipule que « quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, commet involontairement un homicide, ou en est involontairement la cause, est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans, et d'une amende 1.000 à 20.000 DA ».

---

<sup>25</sup>Dr BEKKAT B, Dr BESSAHA M , ibid ,p3

<sup>26</sup> La loi algérienne n° 85.05 du 16 février 1985 relative à la Protection et à la promotion de la santé

<sup>27</sup>Loi algérienne 18.11 en date du 29 Juillet 2018, modifiant et complétant la loi 85.05 du 16 Février 1985,Loi relative à la Promotion et la Protection de la santé

Ainsi que toute atteinte corporelle volontaire et involontaire, la non-assistance à personne en danger et les négligences des malades sont considérés comme étant l'essentiel des infractions condamnables par le code pénal.

« S'il est résulté de maladie entraînant une incapacité totale de travail d'une durée supérieure à trois mois, le coupable est puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 500 à 15.000 DA ou de l'une de ces deux peines seulement », se référant à l'article 289 de loi sanitaire

### **5. Les missions principales du médecin**

Le médecin possède également des connaissances de base qu'on peut grouper comme suit :

- Procéder aux diagnostics et aux premiers soins et, le cas échéant, diriger vers un spécialiste ou un hôpital.
- Traiter les affections courantes et complexes dans les dispensaires ou au domicile des patients (*service à domicile*).
- Informer les patients quant aux principes sanitaires à observer dans leur vie quotidienne et assurer l'éducation sanitaire du public par des conférences...
- Conseiller les comités nationaux, les entreprises, les coopératives agricoles, les écoles, la Croix-Rouge...
- Rassurer les patients, gagner leur confiance, se familiariser avec leur environnement personnel, social et professionnel et les aider à résoudre les problèmes non médicaux qui peuvent influencer leur santé.
- Suivre de près la population qui leur est confiée en procédant à des examens préventifs et à des traitements courants, en consultant des spécialistes et en établissant des dossiers circonstanciés sur l'état de santé des patients examinés et traités.
- Superviser l'hygiène personnelle, l'hygiène communale et l'hygiène du travail en prenant les mesures d'épidémiologie qui s'imposent, et mobiliser le public pour qu'il participe à des activités de promotion de l'hygiène.
- Évaluer l'état de santé des diverses tranches de population et déterminer les besoins en matière d'hospitalisation, de séjour en maisons de convalescence ou dans des stations thermales et établir des certificats à des fins de bien-être social.
- Tenir à jour des dossiers et préparer des rapports.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup>HACHEMI Rachid. Le bilan de consultation spécialisée en médecine de travail entre 2006 et 2011, mémoire de docteur en médecine, faculté de médecine, université Aboubekrbelkaid Tlemcen, faculté médecine, 2017, p7

### 5.1 Dans l'hôpital

Le médecin traitant que vous choisissez joue un rôle central dans votre suivi médical.

Il n'est pas seulement le médecin qui vous soigne habituellement, il est aussi le médecin qui :

- Coordonne vos soins et s'assure que votre suivi médical est optimal.
- Vous oriente dans le parcours de soins coordonnés. Il est votre interlocuteur privilégié, il vous informe et vous met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.).
- Etablit, si vous êtes atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent cette maladie, pour vous permettre d'être bien informé sur les actes et les prestations qui vous sont nécessaires et qui seront pris en charge à 100 %.
- Connaît et gère votre dossier médical. Il centralise toutes les informations concernant vos soins et votre état de santé. Il tient à jour votre dossier médical (*résultats d'examens, diagnostics, traitements, etc.*), ce qui est encore plus important dans le cadre d'une affection de longue durée.
- Assure une prévention personnalisée : Il vous aide à prévenir les risques de santé, suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition, en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux.

Mieux informé, votre médecin traitant vous conseille les examens ou les traitements les plus adaptés à votre état de santé. Ce suivi vous permet d'éviter des consultations inutiles, des examens à refaire ou encore des interactions.<sup>29</sup>

### 5.2 Dans leur travail

Le rôle du médecin traitant dans le retour au travail d'un patient comporte quatre éléments principaux :

- Fournir au patient les services médicalement nécessaires pour traiter la blessure ou la maladie à la source de l'absence, de façon à ce que le patient recouvre une santé et une fonctionnalité optimales.
- Fournir des renseignements médicaux objectifs, précis et en temps opportun afin de déterminer si le patient est admissible aux prestations d'assurance.
- Fournir des renseignements médicaux objectifs, précis et en temps opportun dans le cadre du programme de retour au travail.

---

<sup>29</sup> HACHEMI R,op.cit. p10

- Envisager d'agir à titre de coordonnateur du retour au travail en temps opportun, à la demande de l'employeur et(ou) de l'employé ou d'un tiers (*voir ci-dessous*).
- ❖ En ce qui concerne les trois premiers éléments, le médecin traitant doit demeurer conscient du risque d'actions en justice et, par conséquent, s'assurer, comme toujours, que toute déclaration faite au sujet de la capacité d'un patient à retourner au travail est défendable devant un tribunal. Il doit par ailleurs s'assurer que toute déclaration faite est, autant qu'il sache, précise et fondée sur les données cliniques du patient.
- ❖ Si le médecin fonde son opinion sur des renseignements ne pouvant être vérifiés de manière indépendante, il doit le noter dans le rapport et préciser la source de cette information. Il ne devrait pas inclure dans le rapport de commentaires ne se rapportant pas à son opinion professionnelle ou ne portant pas sur les objectifs énoncés. Le rapport doit être rédigé dans un langage adapté au public visé ce qui pourrait exiger du médecin qu'il évite les abréviations et le jargon médical. Lorsque cela n'est pas possible, le médecin devrait inclure un glossaire des termes techniques médicaux, utiliser des termes plus familiers et ajouter des explications pour que le lecteur comprenne bien le contenu du rapport. Si le médecin n'est pas en mesure de répondre à certaines questions, même avec l'aide du patient, il doit le mentionner.
- ❖ Pour de plus amples renseignements sur la façon de remplir des formulaires et de rédiger des rapports, veuillez consulter les articles de l'Association canadienne de protection médicale intitulés « *Les formulaires et les rapports : l'importance d'une consignation soignée (2002)* » et « *Délais raisonnables pour remplir les formulaires d'assurances (2007)* ».

**Conclusion :**

Les progrès de la médecine, des technologies et des droits des patients ont engendré une nécessaire et inéluctable évolution des pratiques médicales. Dans la société du XXIème siècle, les informations médicales relatives aux patients sont devenues des données sensibles. Recueillies par les médecins et consignées par écrit, elles sont des preuves juridiques potentielles tandis que les actes médicaux représentent, dans le système de soin actuel, un coût pour la société. Devenues des enjeux à la fois économiques et juridiques, ces données médicales ont fait l'objet de réglementations. Le médecin en est toujours le dépositaire mais doit désormais répondre à certaines obligations et se plier à bon nombre de contraintes administratives, sachant que toute transgression engage sa responsabilité sur le secret médical ainsi que sur les erreurs. Toutes les spécialités de la profession médicale se regroupent à l'hôpital dans le but de satisfaire les besoins des patients par les compétences des professionnels médicaux, qui ont une place majeure dans la prise en charge des patients et la préservation de leur santé, parce que c'est lui qui est en contact directe avec les patients.

# **Chapitre II**

**L'organisation de la distribution de  
soin (avant et après d'introduire le  
médecin traitant) en Algérie**

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **Introduction :**

Le système national de santé est caractérisé par une planification sanitaire ; un schéma d'organisation des coopérations, des activités et des structures de santé publiques et privées ; l'intersectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'action sanitaire et des programmes de santé; la complémentarité du médical et du social

L'organisation de la distribution de soin de la santé est l'occasion pour les patients, et les médecins d'entendre une pluralité de points de vue, de confronter leurs avis, de partager un diagnostic et de proposer des mesures susceptibles.

La nouvelle loi sanitaire indique une organisation nouvelle intégrant le médecin référent, les soins et hospitalisation à domicile, ainsi que la mise en place d'un dispositif d'évaluation et d'audit des structures de santé publique avec le renforcement du contrôle et des inspections pour permettre un accès au soin et une meilleure prise en charge aux Algériens .

L'objet de ce chapitre est de présenter L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie. Le chapitre est subdivisé en trois sections. La première section est consacrée à la présentation de CHU de Tizi-Ouzou. La seconde, la distribution de soin en Algérie (avant d'introduire le médecin traitant). Enfin, la dernière section L'impact de notion de médecin traitant sur l'organisation de la distribution de soin en Algérie.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **Section 1 : Présentation de CHU de Tizi-Ouzou.**

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif doté d'une capacité de 1043 lits. Il est organisé en 42 services, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales, plateau de biologie, de radiologie et autres explorations. Il est caractérisé par son envergure régionale ; il couvre les quatre wilayas suivantes: Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdès et Bouira.

La demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région à l'instar des autres régions du pays. Il constitue un établissement de référence, il couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants.

En plus de sa vocation hospitalière, il assure la recherche et la formation. Le CHU Tizi-Ouzou se compose de deux unités à savoir, l'unité NEDIR Mohamed sise au centre ville de Tizi-Ouzou et de l'unité BELLOUA située à quatre kilomètres du chef lieu de la wilaya et ainsi que l'existence d'une clinique dentaire à proximité de l'unité NEDIR Mohamed et le service de Médecine du travail en extra muros.

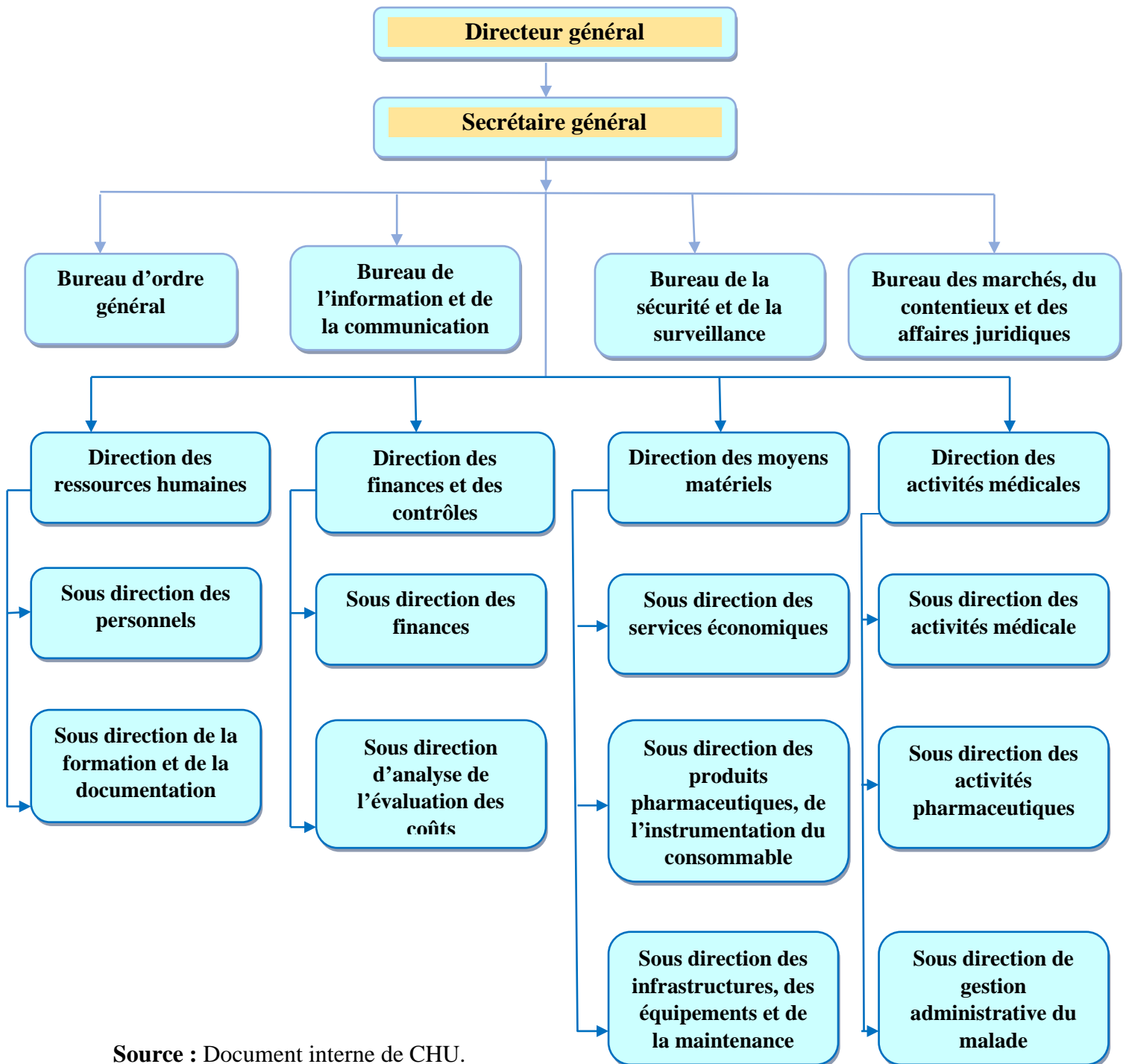
#### **1. Unité NEDIR Mohamed**

Construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1955. D'une architecture rustique et des plus harmonieuse, l'hôpital est réalisé en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent les transferts des malades.

## Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.

### 2. L'organigramme de CHU :

Figure 3 : L'organigramme de CHU de Tizi-Ouzou:



Source : Document interne de CHU.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

L'hôpital est composé de :

### **2.1 Directeur Général**

Il est nommé par décret présidentiel sur proposition du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Il est assisté d'un secrétaire général, de directeurs et, le cas échéant, de directeurs d'unités. Le directeur général est le premier responsable de la gestion du CHU, il exécute les délibérations du conseil d'administration.

### **2.2 Direction des Activités Médicales et Paramédicales**

Cette direction est composée de trois(03) sous directions :

#### **2.2.1 Sous direction de la gestion administrative du malade**

Elle est composée de 02 bureaux :

Bureau des entrées qui a pour tâche :

- L'accueil et l'admission des malades.
- La tenue et l'exploitation des divers registres (état civil, compatibilité des journées d'hospitalisation, mouvement des malades....)
- La compatibilité financière (décompte des frais d'hospitalisation, de consultations externes, de prélèvements d'analyses, examens d'imagerie médicale...)
- Suivi du contentieux.
- Evaluation et exploitation de la fiche navette.
- Prise en charge des cas sociaux et des malades hospitalisés nécessitant une prise en charge à l'étranger par les assistantes sociales.

#### **2.2.2 Sous direction des activités médicales**

Elle est composée de trois bureaux :

Bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales Accompagnement des équipes médicales des services dans l'amélioration de l'organisation des activités.

Ce bureau recense mensuellement le relevé de toutes les activités médico-chirurgicales des services, ainsi que celles d'exploration (biologie, imagerie médicale). Fait une exploitation trimestrielle, et annuelle des activités qui sont adressées à la direction de la santé de la wilaya et au MSPRH.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

Bureau de la programmation et du suivi des étudiants. Ce bureau prend en charge les étudiants en médecine, chirurgie dentaire et pharmacie, en collaboration avec les départements respectifs de la faculté de médecine de l'université Mouloud Mammeri et la répartition des internes.

Bureau des gardes et des urgences. S'occupe du suivi des gardes telles qu'elles sont organisées par les chefs des différents services. Le comité des gardes et des urgences se réunit régulièrement conformément à la réglementation (instruction N° 26/MSP/DSS du 05/02/1989) pour régler les différents problèmes qui peuvent se poser, et améliorer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales.

### **2.2.3 Activités Sous-direction Des Paramédicales**

Composée de trois bureaux.

Bureau de la programmation et du suivi des élèves :

Il s'agit d'un bureau qui a pour tâche de programmer et de répartir les élèves de l'école de formation paramédicale de Tizi-Ouzou. Ils sont repartis au cours de leurs formations dans les services médico-chirurgicaux et dans les différents laboratoires, pour des stages de 02 jours/semaine, ainsi que pour un stage en fin de cursus en vue de la préparation du mémoire de fin d'étude. Ces élèves sont encadrés accessoirement par des paramédicaux (tuteur) en fonction, dans l'exercice quotidien de leurs tâches sous la supervision des PEPM.

Bureau des soins infirmiers qui a pour mission :

- Statistique des soins infirmiers
- Suivi des gardes.

Bureau de l'évaluation et de l'organisation de l'activité paramédicale : il a pour mission :

- Accompagnement des surveillants médicaux dans l'organisation de leurs équipes soignantes.
- Evaluation de l'organisation avec pour objectif une amélioration constante (performance collective) visant la démarche qualité.

### **2.3 Les Instances**

Dans le cadre de ses missions, le C.H.U de Tizi-Ouzou est administré par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur Général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **2.3.1 Le conseil d'administration:**

Il est composé de :

- Le représentant du ministre chargé de la santé, président
- Un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur
- Un représentant de l'administration des finances
- Un représentant des assurances économiques
- Un représentant des organismes de sécurité sociale
- Un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire
- Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège du C.H.U.
- Un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs
- Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs
- Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs
- Un représentant des associations des usagers
- Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale
- Un représentant du conseil scientifique du C.H.U

Le directeur général du C.H.U. participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent. En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses délibérations Le conseil d'administration délibère sur :

- Le plan de développement à court et moyen terme ;
- Le projet de budget de l'établissement ;
- Les comptes prévisionnels ;
- Le compte administratif ;
- Les projets d'investissements ;

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

- Les projets d'organigramme des services ;
- Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements

Les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;

- Le projet de tableau des effectifs
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location
- L'acceptation ou le refus de dons et legs.

Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six (6) mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des 2/3 de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, par le président et le secrétaire de la séance. Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion. Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité de ses membres présents. Si le quorum n'est pas atteint le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les dix (10) jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quelque soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix celle du président est prépondérante. Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse notifiée au cours de ce délai.

### **2.3.1 Le Conseil Scientifique :**

Le conseil scientifique est chargé d'émettre des avis, notamment sur :

- L'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux ;
- Les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;

Les programmes de santé et de population;

- Les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

- La création ou la suppression des structures médicales ;

- Les conventions de formations et de recherche en sciences médicales.

Le conseil scientifique propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la répartition des personnels, en fonction des activités des services.

Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche.

Le conseil scientifique peut être saisi par le directeur général du centre hospitalo-universitaire de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Le conseil scientifique élit en son sein un président pour une durée de trois (3) années, renouvelable, outre le président, le conseil scientifique comprend : Les chefs de services, le directeur de l'établissement de formation supérieure concerné ou son représentant et si il y'a lieu, les responsables d'unités de recherche ; Deux (2) à trois (3) membres désignés par le directeur général du C.H.U. parmi la communauté scientifique de l'établissement ;

- Un docteur et un maître assistant élus par leurs pairs pour une durée de trois (3) ans;

- Un paramédical désigné par le directeur général dans le grade le plus élevé des corps des paramédicaux.

Le conseil scientifique se réunit sur convocation de son président, ou du directeur général du centre hospitalo-universitaire en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois. Il peut se réunir en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du centre hospitalo-universitaire. En cas d'absence du président, la réunion est présidée par le doyen des membres du conseil scientifique.

Le conseil scientifique ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quelque soit le nombre des membres présents

### **3. Unité BELLOUA :**

Unité BELLOUA « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, d'une superficie de 62 500 m<sup>2</sup>. Elle se constitue en quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés.

## Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.

### 3.1 Plan de circulation de l'unité BELLOUA CHU de Tizi-Ouzou :

L'unité de BELLOUA est composée de cinq blocs Bo0, Bo1, Bo2, Bo3, Bo4 :

(voir annexe n°1)

Tableaux N°2 : les blocs de l'unité BELLOUA.

Bloc	Services
<b>Bo0</b>	<i>Administration, medico –technique Réanimation, bloc ORL, services généraux Chirurgie thoracique et vasculaire Consultation thoracique</i>
<b>Bo1</b>	<i><b>Service d'Oncologie</b> Service ORL Service Ophtalmologie Service Dermatologie</i>
<b>Bo2</b>	<i>Service Rhumatologie Service Neurologie Service Gynécologie Service consultation orl +rhumatologie +dmo</i>
<b>Bo3</b>	<i>Service endocrinologie femmes Service endocrinologie homme Service rééducation homme Service rééducation femme Service consultation Gynécologie</i>
<b>Bo4</b>	<i>Service pneumologie femme Service pneumologie homme Service pneumologie astreinte +fibroscopie bronchique Service Urgence ORL</i>

**Source :** document interne du CHU unité BELLOUA

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **4. Les missions du CHU de Tizi-Ouzou:**

Le CHU travaille en étroite collaboration avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en sciences médicales. Il assure des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'étude et de recherche.

#### **4.1 En matière de santé :**

- Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé et de la population.
- Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.
- Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire.

#### **4.2 En matière de formation.**

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

#### **4.3 En matière de recherche.**

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

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **Section 2 : la distribution de soin en Algérie (avant d'introduire le médecin traitant).**

Le système de soins est une partie du système de santé qui correspond à l'offre de soins. L'organisation et les caractères de la distribution des soins sont considérés d'un point de vue administratif, juridique, économique, social et spatial, peut ainsi être défini comme l'ensemble des services, des structures et des règles ayant pour fonction de prévenir la maladie, de soigner et de réadapter les personnes malades. Il s'appuie sur les acteurs essentiels que sont le personnel de santé et les structures collectives d'hébergement des malades (hôpitaux et cliniques).

L'organisation de système nationale de santé a été adapté au dispositif organisationnel aux mutations socio-économiques et la préservation du secteur public et amélioration de ses performances et l'intégration du secteur privé dans le système national.

Institutionnalisation des fonctions d'évaluation et de contrôle des activités de santé en fonction des objectifs assignés à l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population.

En sciences économiques, l'institution c'est la règle de comportement ou organismes établis au sein d'un groupe social reconnu par lui et ayant vocation à la généralité et à la permanence. La notion d'institution donne lieu à de multiples interprétations, notamment en droit public. La vie économique et financière s'inscrit naturellement dans le cadre des institutions nationales ou internationales (constitution, loi, appareil de gouvernement de la justice, etc.) et plus particulièrement dans celui de certaines institutions telles que les lois civiles et commerciales, le régime de propriété et le régime économique de l'Etat, les banques, les organisations professionnelles, les syndicats, etc.<sup>1</sup>

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. Par des Etablissements public de santé (EPS) : que est une structure définie par un statut légal, et dont les missions sont fixées par le code de la santé publique. Ces missions (soins, prévention, recherche médicale, enseignement) sont exécutées dans le cadre d'un système de valeurs et d'obligations de service public (égalité d'accès aux soins, continuité du service...). La compétence de ces établissements peut être de nature communale, intercommunale, départementale, régionale, interrégionale ou nationale.

---

<sup>1</sup>FREDERIC Pierru , *l'hôpital est-il une entreprise comme une autre ?*, paris,2010,p25 .

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

Il existe plusieurs structures de soutien au ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. La distribution de soins en Algérie repose sur trois principes fondamentaux qui sont :

- Le principe de la sectorisation
- Le principe de la régionalisation
- Le principe de la hiérarchisation des niveaux de soins

### **1. Le principe de la sectorisation**

La sectorisation consiste en la division démo-géographique de l'appareil sanitaire en « secteurs sanitaires ». Il est prévu un secteur sanitaire au niveau de chaque daïra, devant répondre aux demandes de soins d'une population de 100.000 habitants.

Le secteur sanitaire est constitué de l'ensemble des structures sanitaires publiques de prévention, de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du ministère chargé de la santé

Le secteur sanitaire est constitué d'hôpitaux, polycliniques, centres de santé, salle de soins et de consultation, maternités postes de contrôle frontaliers, centre de protection maternelle et infantile (PMI), centres d'espacement des naissances, dispensaires et de toutes autres structures légères satellites relevant du secteur public

#### **1.1 Les missions du secteur sanitaire :**

le secteur sanitaire a pour mission de prendre en charge les besoins sanitaires de la population, il assure notamment les tâches suivantes :

- Assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins.
- Mettre en œuvre les activités de prévention, diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation.
- Assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale.
- Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé de la population.
- Contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement.
- Contribuer au recyclage et au perfectionnement du personnel des services de la santé.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Mr SALMI Madjd ,Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins en ligne, thèse de doctorat,Sciences Economiques ,Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou ,20 ,P214 ,format PDF.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **1.1.1 Organisation administrative du secteur sanitaire :**

Le secteur sanitaire est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur. Il est doté d'un organe consultatif dénommé conseil médicale

#### **1.1.1.1 Conseil d'administration :**

Il est constitué par les représentants :

- Du wali (président du conseil).
- De l'administration de finances.
- Des assurances économiques.
- Des organismes de sécurité sociale.
- De l'APC siège de l'établissement.
- De l'APW.
- Des personnels médicaux.
- Des personnels para médicaux.
- Des associations des usagers.
- Des travailleurs.
- Le président du conseil médical.

Les membres de conseil sont nommés pour un mandat de trois années renouvelables, par arrêté du wali sur proposition des autorités dont ils relèvent.

#### **1.1.1.2 Le directeur :**

Le directeur de secteur sanitaire est nommé par arrêté du ministre de la santé. Il est assisté par deux directeurs adjoints nommé par arrêté du ministre de la santé sur proposition du directeur du secteur sanitaire.

Le directeur est responsable de la gestion du secteur sanitaire. A ce titre :

- Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.
- Il est ordonnateur des dépenses de l'établissement.
- Il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration.
- Il établit les rapports annuels d'activité.
- Il passe tout contrat, marché, convention et accord.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **1.1.1.3 Le conseil médical :**

C'est un organe consultatif ; il est chargé de donner son avis sur :

- L'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux.
- Les projets de programme relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et aménagement des services médicaux.
- Les programmes de la santé et de la population.
- Les programmes de manifestations scientifiques.
- La création ou la suppression des structures médicales.

### **2.Le principe de la régionalisation :**

L'objectif cherché à travers ce principe est de permettre à la population de chaque région d'accéder aux différents niveaux de soins. La région sanitaire comprend un certain nombre de wilayas plus ou moins dense en population et en superficie.

La région sanitaire est dirigée par le conseil régionale de la santé créée par décret exécutif n°97-262 du 9Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 Juillet 1997 portant création, organisation et fonctionnement des conseils régionaux de la santé.

Le conseil régional de la santé est une structure de coordination et de concertation intersectorielles visant à assurer, de manière rationnelle et efficace, la prévention, la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence géographique.

### **2.1 Les missions du conseil régional de la santé :**

Dans le cadre de la mission générale ; le conseil régional de la santé est chargé notamment :

- De coordonner, en relation avec les autorités et institutions intervenants dans la sphère de la santé.
- D'orienter l'action sanitaire en fonction de la situation épidémiologique de la région couverte, des ressources disponibles et des priorités arrêtées.
- De susciter toute action visant l'intégration des moyens disponibles dans la circonscription régionale et susceptibles de concourir à la protection, à la promotion et à la réhabilitation de la santé de la population.
- De veiller, en relation avec les institutions et structures concernées à la collecte, au traitement et à la diffusion de l'information sanitaire.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

- De proposer les programmes régionaux concourant à la satisfaction des besoins de santé du bassin de population couvert et de procéder à leur suivi, contrôle et évaluation périodique.
- D'assurer la participation active des usagers, des malades et des partenaires sociaux, dans l'établissement des priorités, la formulation et la mise en œuvre des stratégies régionales visant à résoudre les problèmes identifiés en matière de santé et de la population.
- D'encourager les initiatives locales impliquées dans la réalisation des programmes de santé et de la population.

### **2.1.1 La composition du conseil régional de la santé :**

Le conseil régional de la santé comprend :

#### **2.1.1.1 Un directoire :**

Ce dernier est composé des représentants des ministères chargés :

- De la santé (président).
- De la défense nationale.
- De l'intérieur et des collectivités locales.
- De l'environnement.
- De la protection sociale.
- De l'agriculture.
- De l'hydraulique.
- De l'éducation nationale.

#### **2.1.1.2 Les membres :**

- Les directeurs de la santé et de la population des wilayas concernées.
- Un représentant de la C.N.A.S ayant son siège au chef-lieu de conseil régional de la santé.
- Un représentant de chacun des organismes suivant :
  - Institut national de la santé publique.
  - Centre Algérien du contrôle de la qualité et de l'emballage (CACQ).
  - Pharmacie centrale des hôpitaux.
  - Institut Pasteur d'Algérie.
  - Laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

## Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.

- Agence nationale de documentation de la santé.
- Agence nationale du sang.
- Trois(3) représentants du conseil régional de déontologie médicale.
- Des représentants du mouvement associatif intervenant dans le domaine de la santé et de la population.

### 2.1.1.3 Les différents régions sanitaires en Algérie.

Tableau N°3 : les régions sanitaires en Algérie

Région sanitaire	Wilaya siège du conseil	Wilayas couvertes
Centre 11 wilayas	Alger	Alger, Blida, Boumerdès, Tipaza, Tizi-Ouzou, Bejaia, Bouira, Médéa, Djelfa, Bordj Bou Arreridj, Ain Defla
Ouest 11 wilayas	Oran	Oran, Relizane, Chlef, Mascara, Ain Témouchent, Sidi Belabbaès, Tlemcen, Saida, Mostaganem, Tissemsilt, Tiaret.
Est 14 wilayas	Constantine	Constantine, Guelma, Annaba, Skikda, El-Tarf, Tébessa, Khenchela, Mila, Souk Ahras, Oum El Bouaghi, Setif, Jijel, Batna, M'Sila.
Sud- est 07 wilayas	Ouargla	Ouargla, Ghardaia, Illizi, Tamenghasset, El Oued, Biskra, Laghouat.
Sud- est 07 wilayas	Ouargla	Ouargla, Ghardaia, Illizi, Tamenghasset, El Oued, Biskra, Laghouat.
Sud- ouest 05 wilayas	Bechar	Bechar, Tindouf, Adrar, Naama, El Bayadh.

Source: journal officiel loi sanitaire.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **3. Le principe de la hiérarchisation:**

Le system de soins en Algérie est constitué par une multitude de structures ayant chacune une mission à remplir dans l'aire géographique ou elle est localisée. Ces structures sont réparties judicieusement d'une façon hiérarchique selon le degré de complexité et de spécialisation de soins prodigués à la population, afin que tout la population qu'elle soit citadine ou rurale accède à tous les niveaux de soins à commencer par les soins de base distribué dans des salles de soins se trouvant dans des villages et quartier urbains en remontant dans la hiérarchie des niveaux de soins projetés sur des structures appropriées jusqu'aux soins hautement spécialisés qui sont l'apanage des hôpitaux se trouvant dans les région sanitaires.

Les niveaux de soins établis par la carte sanitaire de la loi 85-05 sont de quatre ordres :

- Niveau « A » : soins hautement spécialisés qui devront être pris en charge par un établissement hautement spécialisés à vocation régionale (hôpital se trouvant au chef-lieu de région).
- Niveau « B » : soins spécialisés projetés sur l'établissement hospitalier de wilaya.
- Niveau « C » : soins généraux dispensés dans un établissement hospitalier de daïra.
- Niveau « D » : Soins de premier recours (soins de base) dispensés dans les unités de soins légères implantées au chef-lieu de la commune.<sup>3</sup>

### **3.1 Organisation de la distribution de soins :**

#### **3.1.1 Le secteur privé et public.**

##### **➤ Le médecin :**

Le secteur privé libéral a toujours existé à l'ombre d'un secteur public dominant.

Il a évolué au gré des compromis entre les médecins et les pouvoirs publics.

Au lendemain de l'indépendance, il a été considéré comme antagonique (opposant) au secteur public. L'étatisation ainsi amorcée parait comme une sanction à son égard dans une société socialiste en construction. Afin de réguler les activités d'un personnel encore trop rare, les possibilités d'installation sont assouplies en 1969.

Elles restent toutefois conditionnées par l'exercice préalable d'un service national à plein temps porté alors à cinq ans. Par ailleurs, les médecins privés sont astreints à une mi-temps obligatoire dans le service public.

---

<sup>3</sup>MR SALMI M ,op .cit ,p38

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

L'articulation et l'interpénétration public-privé sont donc réalisées par le double système de service national et de la mi-temps.

Avec la gratuité des soins instaurée en 1974 et à partir de 1976, les médecins doivent théoriquement choisir entre le régime de plein temps et le régime de la mi-temps.

En 1977, d'importants mouvements de grève des praticiens du secteur public reposent cette question à partir des conditions de travail et de rémunération jugées peu attractives.

En fait, elles traduisent le poids grandissant de ce corps rapidement gonflé suite aux desserrements de la forte sélection à l'entrée qui régnait dans les études médicale opérées par la réforme de 1971. Un choix définitif est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendue plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé rendue plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé. Les médecins spécialistes non seulement n'étaient pas ou très peu autorisés alors à s'installer mais aussi peu nombreux.

De 1962 à 1980, c'est une période d'intégration plus au moins forcée de tous les médecins au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date, il y a eu une nette consécration de l'exercice à titre privé et le début d'une phase d'intégration consensuelle qui va aller jusqu' à 1986.

Toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation de la mi-temps pour les médecins privés installés, la fin du service civil et la suppression du zoning , Le secteur privé passe alors de contrainte à la liberté.

La privatisation répond aussi à une forte pression de la démographie médicale multipliée par une politique de formation active depuis la réforme des études médicale en 1971. Corps imprégné du modèle libéral et biomédicale mais qui rejette aussi les conditions de fonctionnement d'un secteur public bureaucratisé ou les dysfonctionnements sont multiples.

Les réformes économiques initiées en 1988 suite à une double ouverture politique et économique ont explicitement consacré la privatisation comme mode d'allocation des ressources. Dans le secteur de la santé, un décret législatif a été promulgué et offre la possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins. Le programme d'ajustement structurel (1994-1998) avait pris le relais des réformes entreprises pour renforcer le processus de libéralisation.

L'émergence de secteur privé des soins ne s'est pas manifestée de façon spontanée, elle a résulté de la conjugaison d'un ensemble de facteurs exogènes et endogènes qu'on vient d'énumérer.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### ➤ **Les cliniques privées :**

Les cliniques constituent un ensemble très hétérogène pour lequel il n'existe pas une définition propre et unique. Les statuts et la nature des cliniques ont évolué au gré de la législation. Le ministre de la santé dans ses différentes publications (2001-2002) reconnaît le développement et l'expansion des activités du secteur privé. Peu de données sont disponibles ; nous pouvons connaître la répartition territoriale des cliniques privées ; leurs capacités litières et les spécialités investies. En revanche, le volume et la tarification des activités restent méconnues et manifestement sous déclarés.

Dans ces établissements, en plus du staff médicale permanent, les médecins libéraux côtoient les médecins du secteur public et même des médecins d'autres nationalités dans les cliniques qui se positionnent sur le segment de la chirurgie cardiaque.

Nous distinguons :

- Les cliniques avec des activités médicale et/ou chirurgicales en ambulatoire seulement.
- Des clinique médicales et/ou chirurgicales avec hospitalisation avec ou sans un service maternité.
- Les cliniques de diagnostic assurant des activités d'exploitation.
- Les cliniques de procréation médicalement assistée.
- Les cliniques dédiées uniquement l'hémodialyse sous la responsabilité d'un médecin néphrologue.
- Les cliniques médico-chirurgicales qui assurent aussi la prise en charge des malades dialysés.

Depuis loi sanitaire de 2007, les cliniques médico-chirurgicales avec hospitalisation sont dénommées établissements hospitaliers privés (EHP). L'article 2 du décret exécutif n°07-321 précise que l'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation ou s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration.

Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités(s) exercée(s) les activités suivantes : la consultation ; l'exploration et le diagnostic ; les urgences médicale et/ou médico-chirurgicale y compris le déchoquage, la réanimation, l'observation et l'hospitalisation. L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale et il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

En 1990, on dénombrait deux cliniques en activité. Au début du processus d'émergence, le concept de clinique était dédiée à une ou deux pathologies, les activités étaient organisées autour d'un mini plateau technique, il n'y avait pas de structure de type clinique –hôpital ou une variété de spécialités étaient assuré avec des technologies médicales sophistiquées. La diffusion des cliniques gagne graduellement les grands centres urbains. En 1994, date correspondant au début d'application du programme d'ajustement structurel sous l'égide du FMI, 22 cliniques étaient opérationnelles. Le nouveau credo des institutions internationales (OMS, FMI et la Banque Mondiale) était la nécessité d'intégrer le secteur privé, jugé complémentaire dans le système de soins, et encourager les partenariats public/ privé. En 1998, leur nombre a atteint 58 cliniques et en 2010, 200 cliniques médicochirurgicales étaient opérationnelles. <sup>4</sup>

### **4. la répartition de distribution de soins et leur impact sur l'organisation**

L'organisation de la distribution des soins, à travers les indicateurs généraux, à savoir lerapport entre le nombre de professionnels de santé (public et privé) et l'ensemble de lapopulation, le rapport entre les établissements de soins et la population, enfin l'accessibilitéaux soins (proportion de soins dispensés gratuitement), montrent une disparité régionale entermes de répartition des ressources en faveur des régions du nord du pays et une vétusté duparc hospitalier et d'équipements non renouvelé pour la plupart depuis longtemps, donc nonadaptés aux besoins en soins tant quantitatifs que qualitatifs.

Au cours des 20 dernièresannées, il a été mis l'accent sur la construction d'hôpitaux généraux et de structures de soinsde santé de base mais pas suffisamment sur d'autres établissements de soins par ailleurs nécessaires. On se trouve en excédent en lits par malades en terme global et en nombreinsuffisant dans certaines spécialités, en d'établissements de soins auxiliaires de convalescence et de services hospitaliers d'urgence.

Les services médicaux ne sont pas également accessibles à toute la population, par ce que lesmédecins spécialistes tendent à se concentrer dans les villes et ne sont pas attirés par lesrégions rurales et les zones enclavées. De même que la planification du personnel de santé setrouve gênée de la déperdition et la mobilité continue de ce personnel.

Par ailleurs le plateau technique du secteur public est en général défectueux, occasionnant des Surcoûts pour les établissements, et conduisant à une orientation « obligatoire » des patients

---

<sup>4</sup>(Le Décret exécutif n° 07-321 du 2007 (JORADP) article 2

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

vers le secteur privé, donc les coûts sont à la charge du citoyen en l'absence de la réactualisation des tarifs des actes élaborés.

A travers ces éléments, l'organisation de notre système de santé doit prendre en compte non seulement sur les aspects quantitatifs et qualitatifs des ressources, l'agencement et la nature des soins, mais aussi sur les rapports entre la population et les ressources engagées, appelant de surcroît à une régulation inéluctable des ressources, notamment humaines.

### **Section 3 : L'impact de notion de médecin traitant sur l'organisation de la distribution de soins en Algérie.**

L'Algérie a enfin mis à jour son système de santé vieux de 33 ans. Avec ses 450 articles, la nouvelle loi de la santé du 29 juillet 2018 fixe les dispositions et principes fondamentaux et vise à concrétiser les droits et devoirs de la population en matière de santé.

Elle a pour objet d'assurer la prévention, la protection, le maintien, le rétablissement et la promotion de la santé des personnes dans le respect de la dignité, de la liberté, de l'intégrité et de la vie privée.

Elle s'appuie principalement sur deux principes : **le maintien du service civil et la consécration de la gratuité des soins.**

À la différence de la loi 85-05 qui est totalement dépassée si l'on compare les problèmes de santé des années 80 (maladies transmissibles) à ceux d'aujourd'hui (maladies chroniques notamment), la nouvelle loi consacre tout un chapitre aux **droits** et **devoirs** des patients et a introduit la notion de **médecin référent**.

Parmi les faits saillants également de la nouvelle loi, la consécration des droits du patient à l'information sur son état de santé, à son consentement éclairé et au recours auprès du Comité de conciliation et de médiation, outre le droit du malade à avoir un médecin référent relevant des secteurs privé ou public, le plus proche de son domicile, ainsi que l'impératif de la constitution d'un dossier médical, unique et unifié, informatisé dans le système national, en assurant le secret médical.

La loi prévoit une nouvelle stratégie de protection, de prévention et de promotion de la santé destinée aux personnes en situation difficile, ainsi qu'aux milieux spécifiques (santé de travail, milieux scolaires et universitaires, formation professionnelle et établissements pénitentiaires).

A noter également que parmi les nouveautés apportées par la loi, on cite la création de l'Observatoire national de la santé qui aura comme principales missions l'élaboration d'un

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

rapport annuel sur l'état de santé des citoyens et la définition des priorités sanitaires devant bénéficier des programmes nationaux de la santé publique sans oublier l'introduction d'un nouveau statut portant sur les établissements sanitaires publics, faisant de ces structures des établissements publics à gestion privée et à caractère sanitaire, habilités à adapter leurs activités aux exigences sanitaires nationales .

### **1. La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire :**

La carte sanitaire est un instrument de planification qui définit les besoins et fixe les normes. Elle détermine la nature et s'il y a bien, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

La carte sanitaire est arrêtée sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographique et épidémiologique, et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

La nouvelle loi sanitaire algérienne n°18-11 du 29 juillet 2018 relative à la protection et à la promotion de la santé indique le schéma d'organisation sanitaire selon les articles suivant :

**Art 269** « la carte sanitaire a pour objectif :

- de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins ;
- de satisfaire, de manière optimale, les besoins de santé ;
- de définir l'organisation du système de soins ;
- de fixer les conditions de mise en réseau des établissements de santé ;
- d'assurer l'accès et l'amélioration des soins à travers tout le territoire national.

Cet article précise l'importance de disposer de la **carte sanitaire**, un **outil précieux d'aide à la décision** pour une meilleure organisation sanitaire.

**Art 270** «La carte sanitaire fixe les normes de couverture sanitaire et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte, notamment du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé. La carte sanitaire est élaborée, évaluée et mise à jour périodiquement selon des modalités fixées par voie réglementaire. »

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

Cet article renvoi sur la nécessité de **conjuguer les efforts** pour assurer un équilibre dans la distribution des soins publics et privés, à travers le territoire national.

**Art 271** « le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements et structures de santé »

Cet article souligne l'importance de la **coordination permanente** entre les établissements et structures de santé pour faire face au manque de l'offre de soins dans les établissements de santé<sup>5</sup>.

### **2. Les professionnels de santé :**

Toute personne exerçant et relevant d'une structure ou d'un établissement de santé qui, dans son activité professionnelle, fournit ou concourt à la prestation de santé ou contribue à sa réalisation. Sont également considérés professionnels de santé, les personnels relevant des services extérieurs assurant des missions techniques, d'enquêtes épidémiologiques, de contrôle et d'inspection.

Selon l'article 172 de la nouvelle loi, les professionnels de santé sont tenus de participer aux gardes organisées au niveau des structures et établissements de santé publics et privés et des officines pharmaceutiques.

Les professionnels de santé installés à titre libéral, sont astreints, en cas de nécessité, à assurer des gardes au niveau des structures publiques de santé.

### **3. le médecin référent :**

L'article 22 de la nouvelle loi a introduit la notion de médecin référent. Un métier qui peut contribuer à assurer une meilleure qualité des soins à travers notamment le suivi **personnalisé du patient**. (le médecin référent ou de'' famille ' se chargera exclusivement du suivi du dossier médical de son patient)

L'article précise que: tout patient accède, dans le cadre de la hiérarchisation des soins, aux prestations des services spécialisés de santé après consultation et sur orientation du

---

<sup>5</sup>Loi algérienne 18.11 en date du 29 Juillet 2018, modifiant et complétant la loi 85.05 du 16 Février 1985, Loi relative à la Promotion et la Protection de la santé

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

médecin référent, à l'exception des cas d'urgence et des cas médicaux d'accès directs définis par le ministre chargé de la santé.

Le médecin référent est le médecin généraliste traitant du patient au niveau de la structure de santé de proximité publique ou privée, la plus proche de son domicile<sup>6</sup>.

### **4. L'importance du médecin traitant dans le parcours de soins du patient selon la nouvelle loi :**

C'est au médecin traitant que la nouvelle loi a attribué le rôle d'orientation du patient dans le système de soins et d'organisation, de gestion et de coordination du parcours du patient.

Au début du parcours de soins, le médecin écoute les plaintes du patient, clarifie ses demandes, identifie ses attentes. Il l'examine, recueille et synthétise les informations de santé nécessaires au diagnostic en les reliant aux antécédents connus et vécus et aux informations du dossier médical.

Le médecin traitant doit répondre à la nécessité de mettre en place un processus de soin efficace, coordonné et adapté au patient. Dans ce cadre, la qualité de tenue du dossier médical par le médecin traitant, son remplaçant ou ses associés est un élément essentiel de la démarche qualité qui entend assurer l'efficacité, la sécurité et la continuité des soins.

La démarche décisionnelle est complexe. Elle se fait par étapes, en tenant compte à chaque instant des différentes hypothèses possibles et du risque d'une évolution grave. Le médecin traitant note dans le dossier médical du patient les éléments de cette consultation, les décisions prises. Il intègre dans le dossier de son patient les résultats des examens complémentaires, d'examens de dépistage et de prévention, les courriers de ses correspondants. Il coordonne ensuite le suivi du patient en l'orientant vers les correspondants nécessaires.

Tout médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui comporte les éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Le médecin traitant gère la prise de risque inhérente aux décisions les plus adaptées à la situation de son patient. Il juge de l'opportunité et de l'utilité d'examens complémentaires ou de recours à d'autres professionnels de santé. Il en informe son patient, négocie avec lui un plan de soins ou de prévention. Il s'assure de la bonne compréhension des messages délivrés.

---

<sup>6</sup>La loi algérienne n°18-11 du 29 juillet 2018 relative à la protection et à la promotion de la santé.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

Il suit ses patients dans la durée d'une relation personnalisée qui se construit au cours de contacts répétés au fil du temps.

Le médecin traitant connaît le contexte familial, culturel et socioprofessionnel du patient. Il prend en compte et gère simultanément tous les problèmes de santé du patient dans le respect de son autonomie, les hiérarchise et assure la synthèse de toutes les informations.

Non seulement le médecin traitant agit personnellement, mais il fait également intervenir d'autres professionnels de santé selon les besoins et les ressources locales et travaille en coordination avec les autres acteurs de soins. Il participe, lorsqu'ils sont accessibles, aux différents réseaux de proximité, il réalise la synthèse des différentes informations et évalue les résultats de l'action coordonnée des différents secteurs.

## **Chapitre II L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie.**

---

### **Conclusion**

L'organisation de la distribution de soin suit la stratégie pour le secteur de la santé en matière d'amélioration de l'offre de soins et de la prise en charge médicale des citoyens. Ces orientations, se basant sur l'analyse de la situation actuelle, tendent de prévoir les moyens humains, matériels et financiers susceptibles d'apporter le changement qualitatif escompté, conformément aux recommandations du conseil national de la réforme hospitalière.

La nouvelle loi sanitaire obligera tout Algérien à opter dorénavant pour son "médecin référent", communément appelé médecin de famille, qui se chargera exclusivement du suivi de son dossier médical.

Les autres nouveautés concernent, entre autres, l'intégration du système de la carte de soins et du dossier électronique pour tous les malades et dans toutes les structures de santé, les deux secteurs public et privé confondus. Reste à savoir si la pratique suivra les textes.

# **Chapitre III**

**Enquête auprès des médecins  
traitant et leur patient**

## **Introduction**

Après avoir développé dans les précédents chapitres les éléments essentiels qui se rapportent à l'organisation et la distribution des soins ainsi que le rôle et la place du médecin dans le système de santé en Algérie, nous abordons le sujet central de notre étude.

Le travail de recherche bibliographique sur le sujet de l'étude et la mise en revue des différentes expériences nous ont guidés dans l'élaboration de notre référentiel de travail. Ce référentiel nous a permis de fixer les axes de recherches et d'orienter les investigations vers l'essentiel. Il nous a permis également de faire une confrontation avec la réalité des missions d'un médecin au sein du CHU de Tizi-Ouzou et d'avoir une réponse l'interrogation énoncée dans la partie introductive de cette étude, à travers notamment l'analyse des résultats de l'enquête que nous avons effectuée.

Ce chapitre est scindé en trois parties. La première partie présente: traitement de la santé des patients dans les secteurs privé et public, la deuxième partie le lien qui existe entre le médecin traitant et son patient, enfin l'enquête effectuée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou unité BELLOUA.

**Section 1 : Traitement de la santé des patients dans les secteurs privé et public.**

la distribution des soins comporte des activités de prestation de soins préventifs et curatifs dirigés vers toutes les structures sociales famille, milieu éducatif, milieu du travail, milieu de vie. A travers de l'adaptation du dispositif organisationnel aux mutations socio-économiques; Préservation du secteur public et amélioration de ses performances ;et l'Intégration du secteur privé dans le système national .L'ensemble de l'offre de santé disponible et hiérarchisée devrait satisfaire la demande en soins de la population du pole régional. Il peut exister des activités développées seulement par un seul établissement d'une région qui prend ainsi un caractère national.

L'hôpital accueille et prend en charge tous les usagers quelle que soit leur situation sociale. Cette obligation essentielle du service public hospitalier a une incidence directe sur ses coûts, en terme de durée de séjour, les médecins du secteur public plus attentifs à leurs patients ; dans le secteur privé et les conduiraient à développer plus d'efforts qu'à l'hôpital. Les analyses économiques prédisent que l'engagement dans le privé réduirait la quantité de travail disponible à l'hôpital, les médecins échangeront les heures de travail à l'hôpital par des heures de travail mieux rémunérées dans la pratique privée (même si les deux emplois ne sont pas parfaitement substituables).

Dans le contexte algérien, les médecins publics ont un salaire prédéfini et un temps de travail a priori réglementaire et fixe pour leur emploi public ; lorsqu'ils ont une double activité, le temps qu'ils peuvent consacrer à leur emploi privé est limité par une borne maximale. On ne pourrait donc pas utiliser la notion de substituabilité pour analyser un arbitrage entre les heures consacrées à ces deux emplois puisque le temps de travail public est fixe. Le praticien qui cherche à maximiser son revenu va utiliser complètement les possibilités offertes par l'activité lucrative et/ou complémentaire. Si substituabilité. elle est souterraine, correspondant à une activité privée au-delà des durées autorisées et au détriment de la durée obligatoire publique, ce que permet le contrôle très faible du temps de travail à l'hôpital public. Si on suppose alors un médecin maximisant son revenu, le temps de travail privé optimum pourrait être celui jugé acceptable pour ne pas déroger à une norme de comportement professionnel, ou sans risque de sanction administrative, et pourrait être d'autant plus fort que le différentiel de rémunération entre les deux emplois est élevé. Une double activité en partie souterraine pourrait alors se traduire par un effet d'éviction entre prises en charge publique et privée. En Algérie, l'administration sanitaire accorde implicitement aux médecins traitants, l'usage de leur pouvoir discrétionnaire pour l'admission des patients sur les listes d'attente. Dans ces

circonstances, la possibilité d'offrir le même service dans le secteur privé créerait des incitations perverses dans la gestion des files d'attente : prendre en charge un nombre réduit de patients à l'hôpital afin d'augmenter globalement la demande de soins dans le secteur privé, ou choisir le médecin traitant vous soigne régulièrement, C'est lui que vous consultez en premier pour un avis sur votre santé, vous oriente dans le parcours de soins coordonnés ; connaît et gère votre dossier médical ; assure une prévention personnalisée ; établit le protocole de soins que vous suivrez et s'assure que votre suivi médical est optimal ; en manipulant la file d'attente, les patients ou les pathologies incités à se tourner vers le secteur privé. Les médecins s'assureraient ainsi un bassin de patients disposés à payer pour des services privés. L'activité publique est alors complémentaire, nécessaire, à l'activité privée qu'elle alimente. La stratégie de discrimination par les prix entre les patients riches et pauvres au niveau de l'hôpital public dans le sens où les patients riches vont être drainés vers le secteur privé et les pauvres seront pris en charge à l'hôpital n'est pas pertinente dans le contexte algérien. En Algérie, les patients doivent faire face à deux barrières à l'entrée : un capital relationnel pour être admis à l'hôpital en pour une prise en charge dans le secteur privé.<sup>1</sup>

## Section 2 : le lien qui existe entre le médecin traitant et son patient .

### 1. La relation médecin malade :

- La relation médecin – malade est une relation contractuelle, humaine et intellectuelle.
- Le médecin et le patient sont liés par un contrat civil, synallagmatique (*c'est-à-dire un contrat où les deux parties s'engagent réciproquement*), à titre onéreux, intuitu personae (*ou spécifique à chaque personne*).
- C'est une relation humaine, dépendante de nombreux facteurs individuels et socioculturels.
- Elle est faite d'attentes et d'espérances mutuelles qui agissent de façon consciente et inconsciente.
- C'est une relation de confiance qui s'inscrit dans le cadre d'une pratique éthique ou mise au code de déontologie médicale, et basée sur le secret professionnel.

---

<sup>1</sup>ZEHNATI Ahcene (La nécessité d'un dispositif réglementaire) Economiste de la santé, chercheur au CREAD et à l'université de Bourgogne. disponible sur le site : [ahcene.zehnati@gmail.com](mailto:ahcene.zehnati@gmail.com).

- C'est une relation asymétrique : le patient souffre et n'a pas les connaissances pour résoudre sa souffrance, et le médecin, en bonne santé est détenteur d'un savoir permettant de soulager le malade
- La relation médecin-malade est spécifique car elle a pour premier objet le corps malade mais la parole pour premier moyen thérapeutique, mais elle est aussi source potentielle d'incompréhensions et d'erreurs.<sup>2</sup>

### 1.1 Les acteurs :

#### 1.1.1 Le malade :

- qui est en mauvais état – dont la santé est altérée, qui éprouve quelques troubles dans les fonctions de ses organes
- Il fait une demande :
  - Dans le cadre d'un référentiel culturel,
  - L'objet est le corps, par extension le psychisme,
  - Qui allie une dimension explicite (*symptôme*) et une dimension implicite (*Besoin de réassurance*).
- Dans le langage courant, la terminologie « *malade* » recouvre différents sens : « *t'es pas un peu malade ?* », « *Les propos que je viens d'entendre m'ont rendu malade* ».

#### 1.1.2 Le médecin :

- Possède un savoir, est titulaire d'un diplôme (*doctorat en médecine*) et est inscrit auprès de l'Ordre des médecins.
- Possède un savoir-faire technique (*une compétence*).
- Interprète la demande du patient, reconnaît la subjectivité du malade face à sa maladie,
- Répond à la demande dans le cadre de référence médical.

#### 1.1.3 Les interactions entre ces 2 acteurs :

- **Le cas des maladies authentifiées** : le malade se plaint d'une maladie, authentifiée par le médecin (*par exemple : appendicite, bronchite...*).
- **Le cas des maladies qui ne s'accompagnent d'aucun ressenti** : le médecin découvre une maladie dont le malade ne se plaint pas (*par exemple : HTA, dyslipidémie...*).
- **Le cas des maladies qui sont reconnues comme telles par le malade** : le malade se plaint de symptômes que le médecin n'attribue pas à une maladie organique (*par*

---

<sup>2</sup>Arlet Philippe, Nicodème Robert, (*La relation médecin/malade*) Apprentissage de l'exercice médical, paris, 2001 p 21.

*exemple : trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle, crainte excessive d'avoir une maladie).*<sup>3</sup>

## **2. Les différents modèles de relation médecin patient :**

La relation médecin-malade peut être théorisée selon différents modèles, plus ou moins extrêmes. La relation médecin-malade n'est pas figée et peut au cours du temps, passer d'un modèle à l'autre.

### **2.1 Le modèle paternaliste :**

- Il fait référence à une relation d'autorité, asymétrique.
- La responsabilité incombe au médecin.
- Classiquement décrit comme « la rencontre d'une confiance (le malade) et d'une conscience (le médecin) » :
  - Un médecin compétent donneur d'ordre à suivre.
  - Un malade affaibli par la maladie, la souffrance et l'ignorance, et qui est soumis.

### **2.2 Le modèle technique :**

- Le médecin fournit des informations selon les données scientifiques actuelles, sur les diagnostics, les pronostics et les traitements, avec leurs avantages et leurs risques respectifs.
- La dimension affective est très réduite.

### **2.3 Le modèle suiveur :**

Le patient se présente avec un savoir (*internet, livres, avis des proches...*) et dicte la conduite à tenir au médecin qui renonce à son propre avis.

### **2.1 Le modèle autonomiste :**

- La relation médecin-malade est de plus en plus empreinte d'aspects médico-légaux.
- L'approche est plutôt pédagogique.
- Le médecin se « *déresponsabilise* » en informant le malade qui choisit en connaissance de cause.
- Le malade détient de plus en plus une partie de l'information médicale et à sa liberté de choisir et de consentir aux soins.
- Le médecin devient un conseiller au service d'un projet commun : la santé du patient.

---

<sup>3</sup>Arlet P, Nicodème R, op.cit. p25

- Le traitement est « négocié »

### 3. Déclaration ou malade d'un état grave.

#### 3.1 L'annonce d'une maladie grave et d'un handicap :

- Il n'existe pas de manière idéale d'annoncer une maladie grave, néanmoins il est indispensable, au minimum, de :
  - Connaître le patient et son dossier.
  - Savoir ce qu'il sait de la maladie, ce qu'il se représente de son état actuel, de son parcours de soins, de ce qu'il « veut savoir »,
  - De ce fait l'annonce peut être immédiate ou retardée.
- Il convient de proposer un accompagnement par une personne de confiance et d'assurer un suivi immédiat si besoin.
- Les modalités de l'annonce : les informations portent sur :
  - Le diagnostic,
  - Le traitement avec ses bénéfices et ses risques, ses alternatives,
  - Le pronostic,
  - Le soutien.
  - Les conditions de l'annonce.
  - Le cadre : calme, lieu approprié, limiter les interférences,
  - Le temps : l'annonce doit être préparée au préalable, il faut prendre le temps, se rendre disponible
  - Les informations : elles sont révélées de manière progressive, et de la façon la moins traumatisante possible :
    - Les mots doivent être simples, adaptés au patient,
    - L'information doit être interactive,
    - Les mots utilisés par le patient sont repris,
    - Les termes sont répétés, expliqués, si besoin à l'aide d'un schéma,
    - Il ne faut pas chercher à tout dire au cours du même entretien, et il ne faut pas hésiter à fragmenter l'information.
    - L'attitude empathique :
      - Écouter
      - Accorder du temps au patient pour s'exprimer.
      - Demander s'il y a des questions et y répondre (le plus souvent après l'annonce, les patients sont sidérés, les questions viendront dans un 2e temps, lors d'une consultation rapprochée).

- Les réactions peuvent être de l'ordre du déni, de l'effondrement, ou de l'agressivité, ce qui ne constitue pas une manifestation pathologique.
- S'assurer de la suite de l'entretien, comment rentre-t-il chez lui ? Quelqu'un peut-il l'accueillir une fois à la maison ? S'assurer d'un bon étayage familial, et avec son accord, solliciter les proches.

### 3.2 L'annonce du décès :

- Il s'agit bien sûr de situations toujours uniques et dépendantes des circonstances, de la relation du corps médical avec les proches, de la relation du médecin du défunt avec les proches. Contrairement à l'annonce d'une maladie grave, souvent ce n'est pas le médecin référent qui annonce le décès (notamment la nuit, ou le week-end l'hôpital).
- Le décès ne délie pas du secret médical.
- Il est nécessaire d'expliquer les circonstances du décès aux proches, et si nécessaire, ses derniers instants.
- Il faut choisir un lieu adéquat pour l'annonce aux proches, avec préservation de l'intimité et de la confidentialité.
- Il faut expliquer, rassurer, déculpabiliser les proches, laisser la famille voir le défunt, rester disponible et discret, permettre le recueillement.
- Il faut enfin expliquer la suite de la prise en charge : temps en chambre, transfert à la morgue, funérarium...<sup>4</sup>

## 4. Le dossier médical du patient :

Le Dossier Médical Personnel (*DMP*) est un dossier médical dématérialisé, informatisé et sécurisé, proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Cet outil est utilisé par les professionnels de santé, après consentement du patient. (voir l'annexe N°2)

### 4.1 Le contenu d'un dossier patient électronique :

La création du DMP incombe aux professionnels de santé détenteurs d'une carte ou d'un certificat de professionnel de santé, ainsi qu'au personnel d'accueil des établissements de soins. Il nécessite le consentement éclairé du patient.

Le DMP contient les éléments de ses trois phases :<sup>5</sup>

<sup>4</sup>Arlet P, Nicodème R op.cit., p30

<sup>5</sup>OUMAKHLOUF Lydia, Le Dossier Médical Personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation, (en ligne), thèse de doctorat, FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE, UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE, 2014, p19, format PDF disponible sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021344753>

- L'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission
- Lettre de médecin qui est à l'origine de la consultation.
- Motifs d'hospitalisation.
- Conclusion de l'évaluation clinique initiale.
- Type de prise en charge prévue.
- Nature des soins établie au passage aux urgences
- Au cours de séjour en établissement de santé :
- L'information sur la démarche à suivre
- Dossier d'anesthésie
- Compte rendu opératoire
- Actes de transfusion pratiquée sur le patient
- Informations relatives aux soins infirmiers
- Les informations formalisées établies à la fin de séjours elles comportent :
  - Compte rendu hospitalisation et lettre rédigée à la sortie
  - Prescription de sortie et réalisation des doubles ordonnances
  - Modalités de sortie
  - Fiche de liaison infirmière

Il est possible pour le médecin de rentrer des données dites « *sensibles* » qu'il souhaite dissimuler provisoirement au patient, jusqu'à la consultation d'annonce. Inversement, le patient possède le droit au masquage. Il peut masquer des informations au professionnel de santé qu'il souhaite, sauf au médecin traitant désigné pour le DMP et à l'auteur des documents.

Il existe un mode « *bris de glace* » que le patient peut choisir d'activer, qui permet au professionnel de santé, responsable de la prise en charge d'une situation d'urgences, d'accéder à tous les documents du DMP.

Le dossier permet ainsi un partage des informations médicales entre professionnels de santé, nécessaire à la coordination des soins.<sup>6</sup>

### **5.Assurance maladie :**

L'assurance maladie est le service qui est en charge d'accorder à un individu une assurance qui couvre les risques liés à la maladie, aux accidents du travail, l'invalidité, à la maternité et au décès.

---

<sup>6</sup>OUMAKHLOUF L, op.cit., p24

Le rôle de l'assurance permet qu'une personne privé de son travail puisse obtenir un minimum social. L'assurance maladie peut être gérée pas un organisme public ou par une entreprise privée elle est financée par des cotisations versées par les assurés.

L'assurance maladie peut consister en des remboursements selon un barème ou en une gratuité des soins sans choix du praticien.

Elle est réalisée en collaboration avec des professionnels de la santé et de la médecine

Tout travailleur, assuré, a droit à une assurance maladie. Les prestations médicales couvertes par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAS) incluent les soins médicaux et chirurgicaux, les hospitalisations, les frais de médicaments, les analyses médicales, la lunetterie, les soins et prothèses dentaires, les appareils et prothèses.

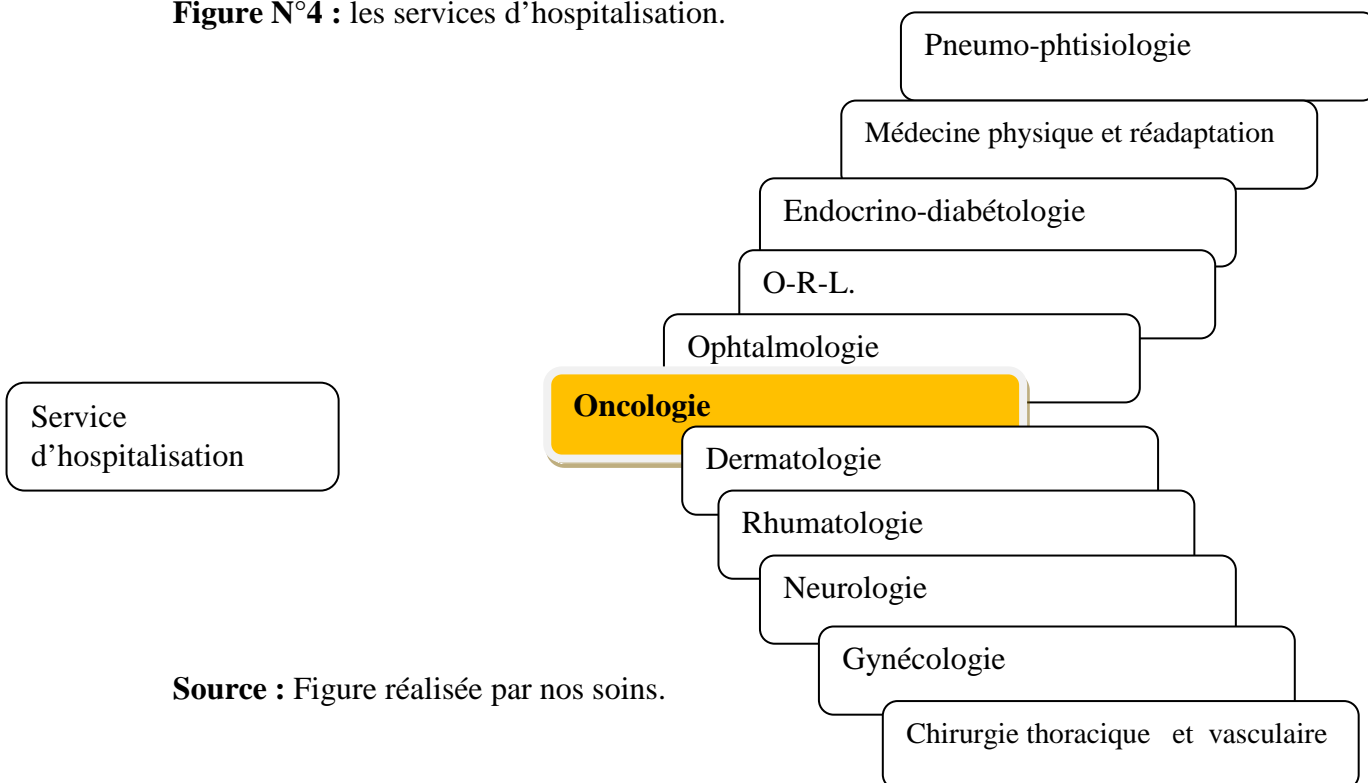
Les remboursements se font à hauteur de 80% du montant de la facture, les 20% restants sont à la charge de l'assuré. Exception faite aux personnes atteintes de maladies chroniques, aux titulaires de pensions de retraites ou d'invalidité. (voir l'annexe N°3)

Concernant les séjours de convalescence, ils sont remboursés, en cas de prise en charge par la sécurité sociale. Ainsi, les séjours d'hospitalisation dans des hôpitaux publics et tous les frais internes (*séjours, soins...*) sont pris en charge sur la base de conventions signées entre les structures sanitaires étatiques et la CNAS.

**Section 3 : l'analyse de notre enquête effectuée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou unité BELLOUA.**

1 .Présentation des services d'hospitalisation de l'unité BELLOUA.

**Figure N°4 :** les services d'hospitalisation.



**Source :** Figure réalisée par nos soins.

Pour atteindre notre objectif de travail, on s'est focalisé sur le service d'oncologie, pour réaliser l'enquête par questionnaire, qui a touché les médecins et leurs patients.

L'oncologie est une branche de la médecine consacrée à l'étude et au traitement des maladies cancéreuses. , le service d'oncologie permet d'apporter des soins aux patients atteints de cancer.

Au niveau de l'unité de BELLOUA, le service d'oncologie traite plusieurs types de cancer:

- Cancer du sein.
- Cancer de la prostate.
- Cancer colorectal (du gros intestin)
- Cancer du poumon.
- Cancer de la zone tête.
- Cancer de la vessie.
- Cancer de la peau (mélanome)
- Cancer du col de l'utérus.
- Cancer bronche –pulmonaire.

Le corps médical du service est composé de médecins, de résidents, des paramédicaux et des contractuels.

**Tableaux N°4** : effectif personnel de service d'oncologie.

Catégorie	Effectif
médecins	15
résidents	20
paramédicaux	14
contractuels	2

**Source** : tableau réalisé par nos soins.

On présentera dans ce qui suit les grandes lignes de la méthodologie suivie, ainsi que les caractéristiques générales de l'échantillon.

Pour compléter notre étude nous avons adopté un cadre empirique, dans l'objectif d'avoir des réponses réelles sur la problématique de départ. Nous avons utilisé la méthode mixte à travers l'enquête par questionnaire qui a touché 40 médecins et 150 patients.

## **2. Choix de la méthode et recueil de données.**

Notre étude s'est basée sur des aspects théoriques, fondées sur des recherches bibliographiques, et des données collectées sur le terrain. Dans cette recherche nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive, pour l'atteinte de notre objectif.

Le questionnaire distribué aux médecins comprend plusieurs axes : l'identification du médecin, la prise en charge des patients, les pratiques médicales et enfin les avis et les recommandations.

Le questionnaire réservé aux patients englobe les motifs de consultation, la couverture sociale, le rythme de consultation et la relation médecin-patient.

### **2.1 Analyse de notre travail :**

Les questionnaires renseignés sont soumis au contrôle pour relever les incohérences. Les questionnaires mal remplis ou incomplets sont écartés. Quant aux questionnaires bien renseignés, ils seront numérotés et classés pour faire l'objet d'étude.

#### **2.1.1 La description du médecin:**

On a distribué le questionnaire dans le service d'oncologie. Sur les 40 prévus, nous n'avons pu récupérer que 15 questionnaires renseignés, soit 37,5% de l'échantillon prévu. Ceci est dû au refus de certains médecins de répondre et à l'indisponibilité des autres médecins pour renseigner le questionnaire.

On constate une prédominance des médecins femmes soit un taux de 60%, contre 40% médecins hommes. La durée moyenne de travail par jour de chaque médecin est comprise entre sept et dix heures (la durée est estimée sur le nombre de consultations sur RDV et les consultations pour la première fois quand il s'agit de nouveaux cas).

En ce qui concerne le nombre de patients que le médecin reçoit par jour, la moyenne est de 20 à 30 patients (trop de charges) chaque consultation dure plus de 20 minutes, il ouvre un dossier médical du patient (DMP) est consigne toutes les informations sur le patient. En cas de doute il

prend contact avec leurs médecins traitant, du secteur privé ou public pour assurer un bon diagnostic.

Avant de terminer leur travail, le chef de service réuni tous les médecins pour discuter de chaque cas à des fins de diagnostic et de thérapie. Chaque médecin prend en charge son patient selon le type de cancer afin d'avoir un médecin traitant (MT).

Pour ce qui est de l'amélioration de la situation des médecins, à l'unanimité ils déclarent qu'il est nécessaire de :

1. Améliorer les conditions socio professionnelles
2. Assurer une formation de qualité des médecins.
3. Donner plus de moyens et de personnel.
4. Assurer une disponibilité permanente de médicaments et de matériels.
5. Assurer une meilleure organisation et une meilleure codification des tâches.

### 2.1.2 Analyse du patient:

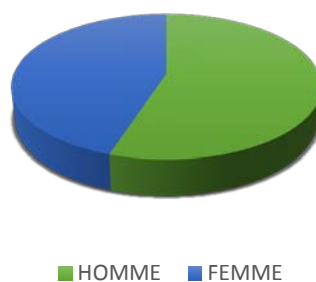
Sur les 150 questionnaires prévus, 100 ont été bien renseignés, soit 67% de l'échantillon prévu. Les 50 autres questionnaires ont été éliminés car ils sont incomplets, mal remplis ou vides (refus de certains patients de répondre).

#### 2.1.2.1 caractéristiques de la population :

- **sexe :**

On relève la prédominance du sexe masculin soit un taux de 55%, contre 45% pour le sexe féminin

Figure 5 . Répartition des patients par sexe

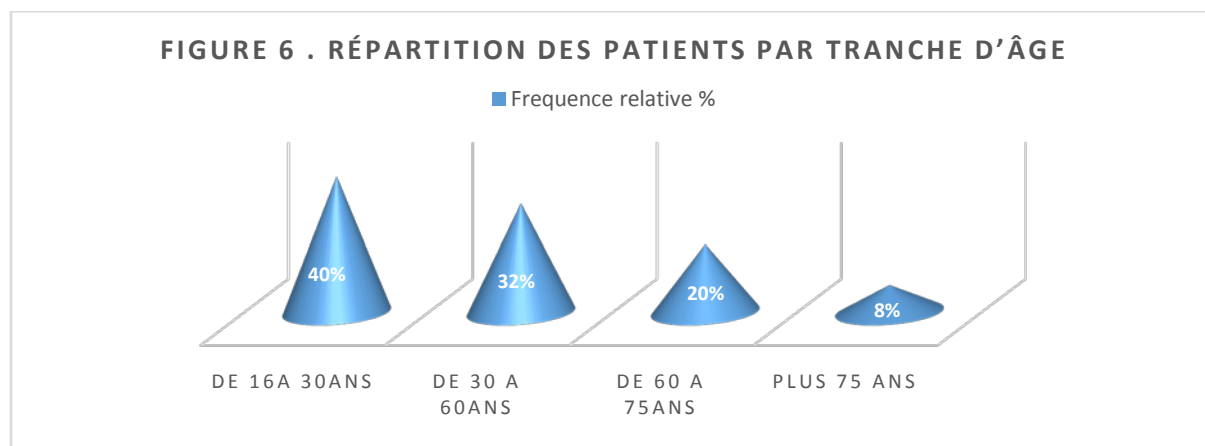


- âge :

**Tableau N°5:**répartition des patients par âge

<i>Tranche d'âge</i>	16 à 30ans	30 à 70 ans	60 à 75ans	Plus de 75 ans
<i>Fréquence relative %</i>	<b>40%</b>	<b>32%</b>	<b>20%</b>	<b>8%</b>

Pour ce qui est de l'âge de notre échantillon, nous constatons que la tranche d'âge 16- 30ans est la plus dominante avec un taux de 40%. suivies de la tranche 30-60ans avec 32% et celle comprise entre 60 et 75ans avec 20%. Quant aux patients âgés de plus de 75ans ils ne représentent que 8%.

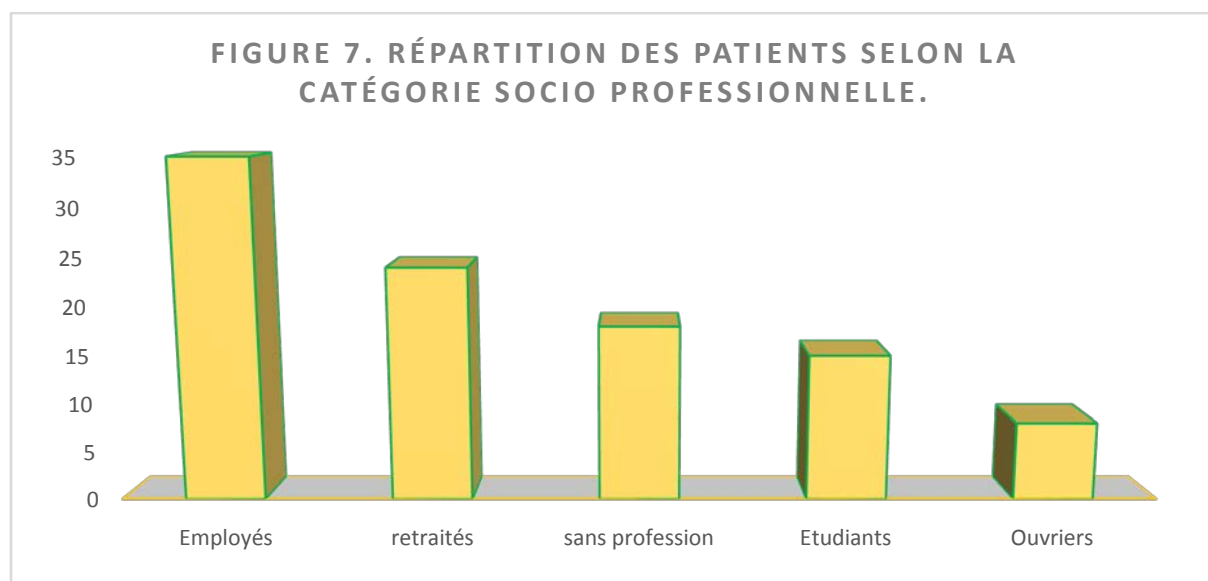


### 2.1.2.2 catégorie socio professionnelle :

**Tableau N°6:**répartition des patients par catégorie socio professionnelle.

<b>catégorie socio professionnelle.</b>	<b>Fréquence relative %</b>
<b>Etudiants</b>	<b>15%</b>
<b>Employés</b>	<b>35%</b>
<b>retraités</b>	<b>24%</b>
<b>sans profession</b>	<b>18%</b>
<b>Ouvriers</b>	<b>8%</b>

Pour ce qui est de la catégorie socioprofessionnelle de notre échantillon, nous remarquons que la catégorie d'employés se situe en première position avec un taux de 35%, suivie de la catégorie des retraités avec 24% puis arrive la catégorie sans profession avec ses 18% suivie de près par celle des étudiants avec 15 %. La catégorie des ouvriers ne représente que 8%



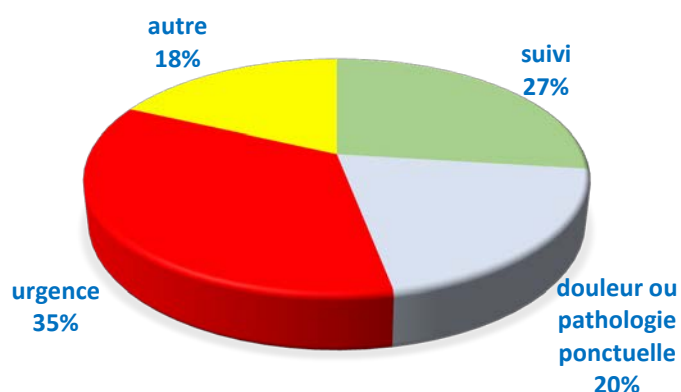
### 2.1.2.3 motifs de consultation :

**Tableau N°7:**répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Fréquence relative %
suivi	27%
douleur ou pathologie ponctuelle	20%
urgence	35%
autre	18%

Pour ce qui des motifs de consultation des patients, il apparait clair que la consultation en urgence domine les autres raisons avec un taux de 35%. Avec une différence de 8 points la consultation pour les raisons de suivi vient en deuxième position avec 27% suivie par le motif lié à la douleur ou une pathologie ponctuelle avec 20%. Les autres motifs de consultations représentent 18%

FIGURE 8 . RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE MOTIF DE CONSULTATION

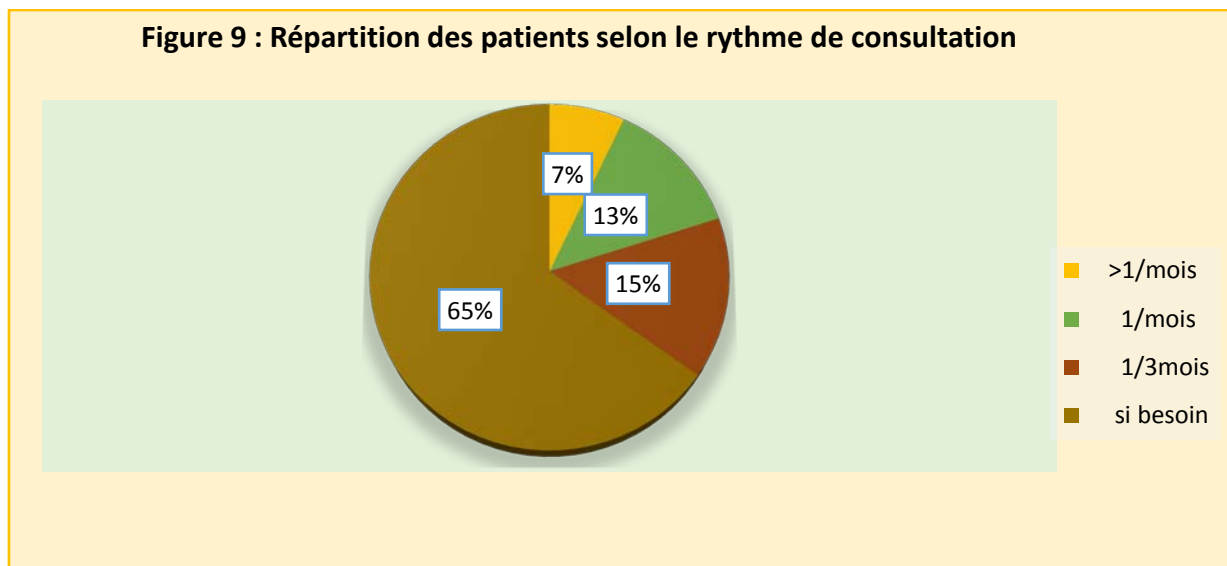


#### 2.1.2.4 Rythme de consultation :

**Tableau N °8:**répartition des patients selon le rythme de consultation.

Rythme de consultation	Fréquence relative %
>1/mois	7
1/mois	13
1/3mois	15
si besoin	65

En ce qui concerne le rythme de consultation, 65% des patients consultent seulement en cas de besoin, suivi de loin de ceux qui consultent une fois chaque 3 mois avec 15% et de ceux qui consultent une fois par mois avec 13%. Les patients qui consultent plus d'une fois par mois représentent 7%.



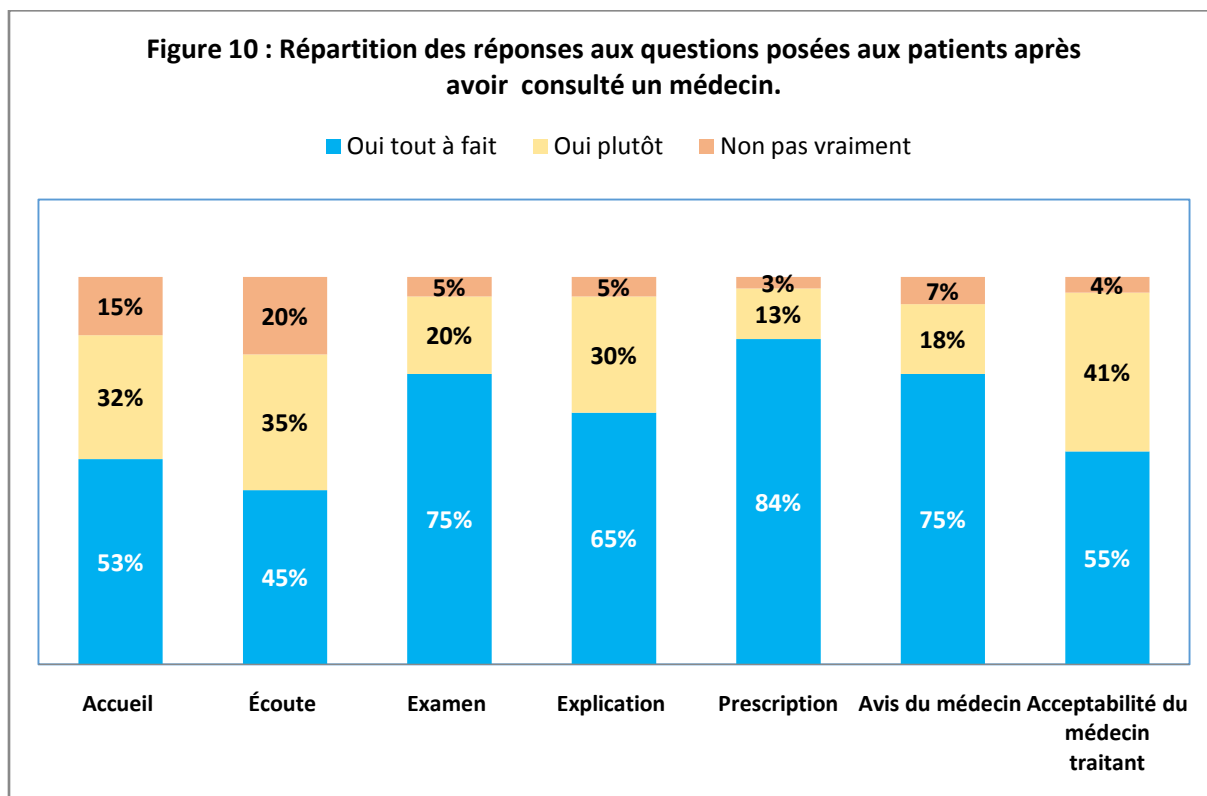
**2.1.2.5 la consultation que le patient vient d’avoir** (voir annexe N° 4)

**Tableau N°9:**représentation des résultats des questions posées aux patients après avoir consulté un médecin.

<i>Q</i> \ <i>R</i>	Q 1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
<i>Oui tout à fait</i>	53%	45%	75%	65%	84%	75%	55%
<i>Oui plutôt</i>	32%	35%	20%	30%	13%	18%	41%
<i>Non pas vraiment</i>	15%	20%	5%	5%	3%	7%	4%

- ⊕ Pour la question relative à l’accueil les réponses sont de 53% oui tout à fait, 32% oui plutôt, 15% non, pas vraiment.
- ⊕ Pour la question qui concerne l’écoute les réponses sont de 45% oui tout à fait, 35% oui plutôt, 20% non pas vraiment.
- ⊕ Pour la question sur l’examen les réponses sont de 75% oui tout à fait, 20% oui plutôt, 5% non pas vraiment.
- ⊕ Pour la quatrième question qui concerne l’explication les réponses sont de 65% oui tout à fait, 30% oui plutôt, 5% non pas vraiment.
- ⊕ Pour la cinquième question sur la prescription, les réponses sont de 84% oui tout à fait, 13% oui plutôt, 3% non pas vraiment.

- ⊕ Pour la sixième question qui concerne l’avis du médecin traitant, les réponses sont de 75% oui tout à fait, 18% oui plutôt, 7% non pas vraiment.
- ⊕ Pour la dernière question sur l’acceptabilité du médecin traitant, les réponses sont de 55% oui tout à fait, 41% oui plutôt, 4% non pas vraiment.



**Conclusion**

A travers l'analyse et l'interprétation des données dans notre enquête dans le service d'oncologie nous avons constaté que le médecin traitant joue un rôle important et central dans le suivi médical ;une meilleure communication dans la relation médecin –consultant ; améliore le suivi de traitements, les résultats clinique et la qualité de vie des patients ;elle améliore également leur satisfaction ainsi que celle des médecins .en outre ,une plus grande participation des patients aux décision médicales qui concernent diminue leur anxiété et améliore leur sante.

# **Conclusion Générale**

Dans cette étude nous avons analysé l'importance des médecins traitants dans l'amélioration de l'organisation de la distribution de soins au sein de centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou. L'analyse des données recueillies montre que le CHU de Tizi-Ouzou dispose de médecins compétents qui s'impliquent davantage pour répondre aux attentes des patients hospitalisés et ce malgré le déficit en moyens humains et matériels constaté au niveau du CHU.

En effet, le manque de matériel suffisant, la mauvaise organisation de service d'oncologie de l'unité de BELLOUA, le nombre de personnel insuffisant et le nombre des patients élevé, rendent la tâche difficile aux médecins qui se trouvent souvent confronter à une surcharge de travail.

L'enquête par questionnaire nous a confirmé que les compétences des médecins traitant influent positivement sur la qualité de la prise en charge des patients du CHU, qui s'est améliorée ces dernières années grâce à la nouvelle loi sanitaire qui obligera les patients à opter dorénavant pour son médecin traitant afin d'adapter une meilleure organisation les secteurs de la santé (publique ,prive), qui vise l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux, pour garantir en termes de qualité, l'offre des soins aux populations.

Nous avons constaté également que l'état de santé des patients hospitalisés s'est amélioré grâce à leurs médecins qui respectent le processus de médicalisation et font de leur mieux pour assurer la prise en charge de la douleur et des effets secondaires liés au traitement pendant l'hospitalisation des patients. Puisque la relation médecin malade est un facteur essentiel dans le traitement des patients, l'enquête a démontré que les patients sont globalement satisfaits de l'attitude et du comportement de leurs médecins.

Finalement il faut reconnaître que le médecin traitant est un acteur essentiel dans la santé publique parce qu'il exerce une profession sensible qui touche la santé des individus, et le moindre comportement déplacé peut affecter la santé d'un patient.

Enfin, nous jugeons qu'il serait intéressant pour approfondir cette étude, de traiter le thème de la satisfaction des patients à l'égard des soins qui demeure le maillon fondamental dans la démarche qualité d'un établissement hospitalier.

# **Bibliographie**

## Bibliographie

---

### Ouvrage :

- MICHEL Rossignol (dir.) l'évaluation de l'acte médical en santé 1<sup>er</sup>ed. Québec:Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Avril 2011 p2
- DAHAK Abdenour,KARA Rabah le mémoire de master : du choix du sujet a la soutenance méthodologie de recherche applique au domaine des sciences économiques de gestion et des sciences commerciales Tizi-Ouzou, Edition el Amal, 2015.

### Textes réglementaires :

- La loi algérienne n°85-05 du 16 février 1985 11 relative a la protection et a la promotion de la sante.
- La loi algérienne n°18-11 du 29 Juillet 2018 relative a la protection et a la promotion de la sante.
- Le Décret exécutif n° 07-321 du 2007 (JORADP) article 2
- Loi algérienne 90.17 en date du 31 Juillet 1991, modifiant et complétant la loi 85.05 du 16 Février 1985, Loi relative à la Promotion et la Protection de la sante.
- Loi algérienne 18.11 en date du 29 Juillet 2018, modifiant et complétant la loi 85.05 du 16 Février 1985, Loi relative à la Promotion et la Protection de la santé

### Revue :

- Docteur Tafat BOUZID ABDELKRIM. Société algérienne de médecine générale –donner au patricien son statut de spécialiste.[**en ligne**],midi libre ,janvier 2013,disponible sur :<http://www.lermidi-dz.com/index.php/operation/0101/article> .
- Dr BEKKAT Berkani,Dr BESSAHA Madjid ,secret médical selon le droit algérien,[**en ligne**],l'ordre des médecins du GGA et la commission de discipline ;2015 , p2, article de quotidien –Oran ,
- EMMANUELLE Blondet ;Renécardoso. Evaluation des compétences des professionnelles de santé et certification des établissements de santé. Revue de la littérature, Novembre 2015 [**en ligne**],P4, Format PDF, disponible sur <http://www.has-santé.fr>.
- Arlet Philippe,Nicodème Robert,(La relation médecin/malade)Apprentissage de l'exercice médical, paris, 2001 ; p 21. Disponible sur le site: <https://carin-inf/article>

## Bibliographie

---

- ZEHNATI Ahcene (La nécessité d'un dispositif réglementaire) Economiste de la santé, chercheur au CREAD et à l'université de Bourgogne. disponible sur le site :ahecene.zehnati@gmail.com.

### Colloque et séminaire :

- FREDERIC Pierru, *l'hôpital est-il une entreprise comme une autre ?*, paris,2010
- TOUTI Khaled,l'acte médical. [en ligne]. poste dans Ethique DEONTOLOGIE et droit médical, 14 novembre 2013.

### Travaux universitaire :

#### Thèse de doctorat :

- COCHINI Claire .le choix et la déclaration du médecin traitant. [en ligne],thèse de doctorat ,faculté du médecine ,l'université Clou de Bernard Loyon,2015.p20.format PDF disponible sur le site :http://portail doc .univ-lyon.fr.
- Mr. BOUABDALLAH Mohamed, L'évaluation des programmes de formation des médecins généralistes à la lumière de l'approche systémique : Pour un développement de la dimension humaine et sociale dans leur formation universitaire. [en ligne]., thèse de doctorat ,Faculté des Sciences Humaines et de Sciences Sociales ,Université Mentourai — Constantine, 2013,p15
- Mr SALMI Madjid, Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle éléments pour une évaluation de la qualité des soins[en ligne], thèse de doctorat,Sciences Economiques ,Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou ,20 ,P214 ,format PDF.
- CLE MENT Cousin, vers une redéfinition de l'acte médicale. [en ligne]., thèse doctorat. Sciences politique, université de RENNES.1, 2016, p 3.
- HENNEZEL Marie. Psychologie médicale[en ligne]. Paris. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2009, p4 format PDF Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272040/informations-des-patients-recommandations-destinées-aux-médecins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272040/informations-des-patients-recommandations-destinées-aux-médecins)

## Bibliographie

---

➤ OUMAKHLOUF Lydia, Le Dossier Médical Personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation, [en ligne], thèse de doctorat, FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE, UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE, 2014, p19, format PDF disponible sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00002134475>

### Mémoire de magister :

- HELAILI Leila, MEHDIOUI Karim, Le rôle du personnel médical dans l'amélioration de la santé publique cas pratique des médecin du CHU KHELIL AMRANE wilaya de Béjaie, mémoire de master académique ; économie de la sante , Béjaie , université ABDERRAHMANE MIRE de Bejaia , FSEC, 2015. p21
- NOURI Hanane , SEKOUCHEIDyha , Le rôle de la communication médecin-malade sur l'observance thérapeutique , Etude se dix cas diabétiques à L'EPH de Sidi Aich, mémoire de Master en psychologie clinique , faculté des Sciences Humaines et Sociales , Bejaïa , Université Abderrahmane-Mira de Bejaïa, DSS , 2016 , p22
- ADELINÉ Joly , communication verbale et non verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou a refaire maladies apparentées , car étude des interaction lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste, mémoire de Master , faculté de médecine , Paris , université de lorraine, FMDO , 2014 , p62
- HACHEMI Rachid. Le bilan de consultation spécialisée en médecine de travail entre 2006 et 2011, mémoire de docteur en médecine, faculté de médecine, université Abou berkbelkaid Tlemcen, faculté médecine, 2017, p 7.

### Dictionnaire :

- Dictionnaire Larousse [en ligne] disponible sur [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/Français Encyclopédie /médecin traitant](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/Français%20Encyclopédie/m%C3%A9decin%20traitant) .  
Consulté le : 20/07/2018

### Sites internet :

- <http://www.joradp.dz>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00002134475>

## Bibliographie

---

- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272040/informations-des-patients-recommandations-destinees-aux-medecins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272040/informations-des-patients-recommandations-destinees-aux-medecins)
- <http://portail.doc.univ-lyon.fr>
- <http://carin-inf/article>
- <http://www.has-sante.fr>
- <http://portail.doc.univ-lyon.fr>
- [http://www.lermidi-dz.com/index.php/operation\\_0101/article](http://www.lermidi-dz.com/index.php/operation_0101/article)
- [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)
- [www.sante.dz](http://www.sante.dz)
- [www.CHU tizi ouzou.dz](http://www.chu.tizi-ouzou.dz)

# **Annexes**

## Questionnaire destiné au médecin au niveau de l'unité

### BELLOUA de CHU de Tizi-Ouzou.

Nous sommes des étudiantes à l'université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, préparons un travail de recherche qui s'inscrit dans le cadre de préparation d'un mémoire de fin d'étude pour l'obtention de diplôme master en sciences économique, spécialité économie de la santé.

Notre sujet de recherche s'intitule « la notion de médecin traitant un impératif pour une meilleur organisation de la distribution de soin en Algérie ». Notre travail est centré sur les médecins et leurs relation avec leurs patients.

pour accomplir et réussir ce travail nous avons besoins de votre collaboration toute en vous demandant de bien répondre aux questions qui suivent, sachant que vos réponses vont faire l'objet d'un traitement anonyme.

Nous vous remercions également à l'avance pour votre aide à remplir ce questionnaire.

### Question concernant le médecin

Identification du médecin

Sexe :  Femme  Homme

Situation matrimoniale :  Célibataire  Marié (e)

Spécialité exercée .....

Données socioprofessionnelle :

Ancienneté au poste.  Nouveau au poste

### La prise en charge des patients

A quelle heure présentez-vous au service ?.....

Avez-vous une assistante ?

- Oui

- Non

- Si oui, pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste son rôle ?.....

.....

Pour recevoir vos patients, vous le faites par :

- Par RDV
- A tout moment

- Dans le cas du RDV, quelle est la durée moyenne ?

- Le lendemain même
- Pendant la semaine même de la prise du RDV
- Plus d'une semaine

Quel est le nombre de patients que vous recevez par jour ?

- [10- 20]
- [20- 30]
- [30 et plus

Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?

- 15 Min
- 20 Min
- 30 Min

Identification de la patientèle

Selon vous, la majorité des patients qui viennent vous voir sont attirés par :

- La majorité des patients vient vous consulter librement
- Vous représentez le médecin de famille de celui-ci
- Orientés du secteur public vers vous

## Pratiques médicales

Quel est la moyenne d'heures de travail par jour pendant lequel vous exercez ?

- [5H – 7H]
- [7H – 10H]
- 10H et plus

Avez-vous l'habitude d'orienter vos patients qui nécessitent des examens supplémentaires (analyses médicales, scanner, IRM...) dès la première consultation?

- Oui
- Non
- Si oui, dans la majorité des cas, comment se décide l'orientation ?

- Vers un autre spécialiste que vous connaissez
- Vers le secteur privé (clinique privée)
- Le choix dépend de votre patient

Travaillez-vous en collaboration avec d'autres médecins ?

- Oui

- Non

Quelles propositions pouvez- vous suggérer pour améliorer la situation de la médecine en Algérie ?

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

## Question concernant le patient

Identification du patient :

Sexe :  Femme  Homme

Situation matrimoniale :

Célibataire  Marié (e)

Age :

16-30ans  30-60ans  60-75ans  > 75 ans

Catégorie socio –professionnelle :

Etudiant  agriculteur  ouvrier

Employé  retraite  sans profession

Avez vous un médecin traitant ?

oui  non

non ; pourquoi ?

pas au courant  pas eu le temps  négligence

problème financier  autre

Motif de consultation :

Suivi  douleur ou pathologie ponctuelle  urgence  autre

A quelle fréquence venez –vous consulter

>1 fois par mois  1/mois  1/3 mois  si besoin



## Table des matières

<b>Sommaire .....</b>	<b>10</b>
<b>Introduction générale .....</b>	<b>12</b>
<b>Chapitre 1 : cadre théorique et conceptuel liée au médecin traitant .....</b>	<b>16</b>
Introduction.....	17
<b>Section 1:Présentation des principaux concepts liée au médecin traitant .....</b>	<b>18</b>
1. Définition du médecin.....	18
2.Le médecin généraliste devenu « médecin traitant ».....	20
3.L'évolution du la médecine .....	21
3.1 Médecine moderne .....	21
3.2La formation médicale en Algérie .....	22
<b>Section 2:Le professionnalismeet les différentes approches du médecin traitant.....</b>	<b>25</b>
1. La compétence du médecin traitant.....	24
2.La notion de compétence.....	24
2.1Selon la Commission européenne1996 .....	24
2.2Selon HAS (Haute Autorité de santé 2014) .....	25
2.3Selon l'auteur Epstein (Epstein 2002).....	25
2.4Les dimensions de la compétence en santé .....	25
3.Compétences spécifiques .....	25
4. Approche médical .....	30
4.1 L'acte Médical .....	30
4.1.1 Spécificité de l'acte médical en santé publique .....	31
4.1.2 Principes de l'évaluation de l'acte médical en santé publique .....	31
4.1.3Méthodologie d'évaluation de l'acte médical .....	32
4.1.3.1Organisation .....	32
4.1.3.2Sélection des actes à évaluer .....	33
4.1.3.3Procédure d'évaluation .....	33
4.1.3.4Rédaction et diffusion du rapport d'évaluation.....	33
4.1.3.5 Conditions de mise en application .....	34
5. Approche psychologique.....	34
5.1L'acte de communication .....	34
5.1.1La communication verbale.....	35
5.1.2La communication non verbale.....	36

5.2 La dimension psychologique de la relation de soins .....	36
5.2.1 La personnalité du médecin .....	36
5.2.2 Le patient au centre de la relation .....	38
5.2.2.1 Elaborer un plan avant de commencer .....	38
5.2.2.2 Donner au patient le contrôle .....	38
5.2.2.3 Donner avec les mauvaises nouvelles, de bonnes nouvelles ou au moins de l'espoir .....	38
5.2.2.4 Ne jamais mentir .....	39
5.2.2.5 Instaurer avec le patient une relation de tolérance et de confiance .....	39
5.3 Les moyens de communications .....	39
5.3.1 La parole .....	39
5.3.2 L'expression écrite .....	40
5.3.3 Les autres messages .....	40
<b>Section 3: Le rôle du médecin traitant .....</b>	<b>40</b>
1. La consultation .....	41
2. Les étapes de la consultation .....	41
2.1 La préparation .....	41
2.2 Le premier contact .....	42
2.3 Identification des problèmes et des soucis .....	42
2.3.1 Des examens généraux .....	42
2.3.2 Des examens complémentaires intéressants .....	43
3. Le secret médical .....	43
3.1 Violation du secret professionnel .....	43
4. Erreur médicale et la responsabilité pénale .....	44
4.1 La disposition pénale de la loi algérienne sur l'erreur médicale .....	45
5. Les missions principales du médecin .....	46
5.1 dans l'hôpital .....	47
5.2 Dans leur travail .....	47
Conclusion .....	48
<b>Chapitre 2 : L'organisation de la distribution de soin (avant et après d'introduire la notion de médecin traitant) en Algérie .....</b>	<b>51</b>
Introduction .....	52
<b>Section 1 : Présentation de CHU de Tizi-Ouzou .....</b>	<b>52</b>
1. Unité NEDIR Mohamed .....	52

2. L'organigramme de CHU .....	53
2.1 Directeur Général .....	54
2.2 Direction des Activités Médicales et Paramédicales.....	54
2.2.1 Sous-direction de la gestion administrative du malade .....	54
2.2.2 Sous-direction des activités médicales .....	54
2.2.3 Activités Sous-direction Des Paramédicales .....	55
2.3 Les Instances .....	55
2.3.1 Le conseil d'administration .....	56
2.3.2 Le Conseil Scientifique .....	57
3. Unité BELLOUA .....	58
3.1 Plan de circulation de l'unité BELLOUA CHU de Tizi-Ouzou.....	59
4. Les missions de CHU .....	60
4.1 En matière de santé.....	60
4.2 En matière de formation .....	60
4.3 En matière de recherche.....	60
<b>Section2 : La distribution de soin en Algérie (avant d'introduire le médecin traitant).....</b>	<b>61</b>
1. Le principe de la sectorisation .....	62
1.1 Les missions du secteur sanitaire.....	62
1.1.1 Organisation administrative du secteur sanitaire .....	63
1.1.1.1 Conseil d'administration.....	63
1.1.1.2 Le directeur .....	63
1.1.1.3 Le conseil médical .....	64
2. Le principe de la régionalisation.....	64
2.1 Les missions du conseil régional de la sante .....	64
2.1.1 La composition du conseil régional de la sante .....	65
2.1.1.1 Un directoire .....	65
2.1.1.2 Les membres .....	65
2.1.1.3 Les déférentes régions sanitaires en Algérie .....	66
3. Le principe de la hiérarchisation.....	67
3.1 Organisation de la distribution de soins.....	67
3.2 Le secteur prive et public.....	67
4. La répartition de distribution de soins et leur impact sur l'organisation .....	70

<b>Section 3 :l'impact de notion de médecin traitant sur l'organisation de la distribution de soinen Algérie .....</b>	<b>71</b>
1. La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire .....	72
2. Les professionnels de santé .....	73
3. le médecin référent .....	74
4. L'importance du médecin traitant dans le parcours de soins du patient selon la nouvelle loi.....	74
Conclusion .....	76
<b>Chapitre 3:Enquête auprès des médecins traitant et leur patient.....</b>	<b>79</b>
Introduction.....	79
<b>Section1 :traitement de la sante des patients dans les secteurs prive et public. ....</b>	<b>79</b>
<b>Section 2:Le lien qui existe entre le médecin traitant et son patient .....</b>	<b>80</b>
1.La relation médecin malade.....	80
1.1 Les acteurs .....	80
1.1.1.1 Le malade .....	80
1.1.1.2 Le médecin .....	81
1.2 Les interactions entre ces 2 acteurs .....	81
2.Les différents modèles de relation médecin patient .....	81
2.1 Le modèle paternaliste.....	81
2.2 Le modèle technique .....	82
2.3 Le modèle suiveur .....	82
2.4Le modèle autonomiste .....	82
3. Déclaration ou malade d'un état grave.....	82
3.1L'annonce d'une maladie grave et d'un handicap.....	83
3.2L'annonce du décès .....	83
4. Le dossier médical du patient.....	84
4.1Le contenu d'un dossier patient électronique .....	84
5. Assurance maladie .....	85
<b>Section3 : Enquête effectuer au niveaux du CHU de Tizi-Ouzou unité BELLOUA.....</b>	<b>86</b>
1. Présentation des services d'hospitalisation de l'unité BELLOUA.....	87
2. Choix de la méthode et recueil de données .....	88
2.1 analyses de notre travail.....	89
2.1.1 La description du médecin.....	89

2.1.2 Analyse du patient .....	90
2.1.2.1Caractéristiques de la population.....	91
2.1.2.2 Catégorie socio professionnelle .....	91
2.1.2.3Motifs de consultation .....	92
2.1.2.4 Rythme de consultation .....	93
2.1.2.5 La consultation que le patient vient d'avoir .....	93
Conclusion .....	95
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>97</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>99</b>
<b>Les Annexes.....</b>	<b>103</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>113</b>

## Résumé

Ce travail de recherche a pour objectif d'étude: la notion de médecin traitant un impératif pour une meilleure organisation de la distribution de soin en Algérie : cas du service d'oncologie, Notre méthodologie choisie se forme d'enquête effectuée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou unité BELLOUA. Il nous a permis de faire une confrontation avec la réalité de l'incident de médecin traitant sur l'organisation de la distribution de soin, qui a été adaptée au dispositif organisationnel pour l'amélioration de la prise en charge des besoins de la population en matière de santé de manière globale.

La nouvelle loi sanitaire indique une organisation nouvelle intégrant la notion de médecin traitant (**référént**), qui est le médecin chargé du traitement d'un patient pour le suivre dans le cadre de secteur public ou privé dans leur parcours de soins coordonnés. Afin d'appuyer notre étude théorique qui est : **l'introduction de la Notion de médecin traitant a-t-elle une incidence sur l'organisation de la distribution de soin en Algérie ?**

Pour déterminer les insuffisances et les entraves à la qualité de soins et proposer des solutions pour y remédier suite à ce travail nous sommes arrivés aux résultats suivants :

le nombre de personnel insuffisant et le nombre des patients élevé, rendent la tâche difficile aux médecins qui se trouvent souvent confrontés à une surcharge de travail, le professionnalisme des médecins traitants influence positivement sur la qualité de la prise en charge des patients du CHU, qui s'est améliorée ces dernières années grâce à la nouvelle politique du secteur de la santé, qui vise l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux. Nous avons constaté également que l'état de santé des patients hospitalisés s'est amélioré grâce à leurs médecins traitants qui respectent le processus de médicalisation et font de leur mieux. Finalement il faut reconnaître que le médecin traitant est un acteur essentiel dans la santé publique

**Mot clé :** médecin traitant ; organisation de soin ; distribution de soin ; loi sanitaire.

## Summary

This research work aims to study: the notion of a physician treating an imperative for a better organization of the distribution of care in Algeria: case of the oncology service, Our chosen methodology is form of survey to perform at the level of the hospital of Tizi-Ouzou BELLOUA unit. It allowed us to make a confrontation with the reality of the incident of doctor treating on the organization of the distribution of care, which was adapted to the organizational device for the improvement of the assumption of the needs of the population in matter in a comprehensive way.

The new health law indicates a new organization integrating the notion of treating physician (referent), who is the doctor in charge of the treatment of a patient to follow him in the framework of public or private sector in their course of coordinated care. In order to support our theoretical study which is: does the introduction of the Notion of attending physician have an incidence on the organization of the distribution of care in Algeria?

To determine the deficiencies and the impediments to the quality of care and to propose solutions to remedy it following this work we arrived at the following results:

the number of insufficient staff and the high number of patients, make the task difficult for doctors who are often confronted with an overload of work, the professionalism of the doctors treating positively influence the quality of the care of the patients of the CHU, which has improved in recent years thanks to the new health sector policy aimed at improving working conditions in hospitals. We also noted that the health status of hospitalized patients has improved thanks to their physicians who respect the process of medicalization and do their best, Finally we must recognize that the treating physician is a key player in public health

**Keyword:** treating physician; care organization; care distribution; health law.