

**République algérienne démocratique et populaire ministère de
l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

Ecole supérieure de management – Tlemcen



Mémoire de Fin d'Etudes En vue d'obtention du diplôme de Master en
Management

Option : Management des Services de Santé

Thème :



Organisation des services des urgences médico-chirurgicales

Etude de cas : Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen



Présenté par :

Mr. TEHAMI Djamel Eddine Abed

Encadré par :

Dr. KARA TERKI Assia

Devant le jury composé de :

Nom et Prénom	Grade	Qualité
Dr ZENASNI Ali	M.C.B	Président
Dr KARA TERKI Assia	Professeur	Encadreur
Dr BERRACHED Amina	M.C.B	Examineur

DEDICACE

*Je dédie ce modeste travail à dieu d'abord puis à mes précieux
parents.*

REMERCIEMENT

Tout d'abord, je remercie le DIEU, notre créateur de m'avoir donné les forces, la volonté et le courage afin d'accomplir ce travail modeste.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma promotrice de mémoire Mme. KARA TERKI Assia. Je vous remercie de m'avoir encadré, orienté, aidé, conseillé et surtout eu la patience de fer envers moi.

Aussi, je remercie Mr KHALDI Mustapha pour ses encouragements et son soutien sincère.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers Mme BOUARICHA Hayet, sous directrice des activités médicales de l'établissement CHU de Tlemcen pour sa clémence et bonté. Je remercie très respectueusement les membres du jury, de m'avoir fait l'honneur de juger mon humble travail.

En fin, je remercie Earthshaker, Pudge, Urgot, Gnar, El Trucko, Bojack, BK201 et tous ceux qui ont contribué de prêt ou de loin à la réalisation de Ce travail de recherche.

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION GENERALE</i>	1
<i>CONTEXTE DE RECHERCHE</i>	2
<i>CADRE THEORIQUE</i>	3
<i>PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE</i>	4
<i>MOTIVATION</i>	5
Chapitre 1 Le cadre conceptuel d'un milieu sanitaire.....	7
A. La notion de santé	8
B. L'organisation	14
C. le service	16
D. Les établissements sanitaires	17
E. Le patient	24
Chapitre 2 Les Urgences Médico-chirurgicales	29
A. Définition des urgences.....	30
B. Problèmes courants liés aux urgences.....	43
C. Organisation des urgences en Algérie.....	46
Chapitre 3 Cas Pratique des Urgences Médico-Chirurgicales du CHU de Tlemcen	50
A. Partie 1 : Organisme d'accueil : Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen.....	52
B. Partie 2 : Activités des urgences : Observation	57
C. Partie 3 : Activités des urgences : Analyse	68
D. Partie 4 : Discussion.....	74
Conclusion.....	76
CONCLUSION GENERALE	79

LISTE DES TABLEAUX

Quelques aspects paradoxaux de l'organisation	15
Établissements de santé avec les capacités d'hospitalisation par catégorie.....	21
Les chiffres relatifs aux hôpitaux des états unis	22
Comparaison entre le modèle anglo-américain et le modèle franco-allemand en soins d'urgence préhospitalière	38
les quatre niveaux de priorités.....	40
ensemble des infrastructures du plan de masse du CHU	54
Total général de nombre de lit par département (hors EHS mère et enfant).....	58
Nombre de lits de l'année 2018.....	59
Evacuations reçus de l'année 2018	59
Tâches à faire par les personnels paramédicaux	60
Répartition des effectifs par corps et par équipe	61
Répartition du volume horaire du corps	61
Répartition des paramédicaux de l'année 2018	61
La stratification des tâches celons le type de de soin	62
Nombre des malades reçus aux Urgences Médico-Chirurgicales	64
Nombre de malades hospitalisé aux urgences (mise en observation)	64
Nombre de consultations spécialisées	64
Nombre de malades opérés.....	65
Nombre d'hospitalisation en urgences.....	65
nombre d'examen de radiologie.....	66
Type de package enregistrée aux urgences	66

LISTE DES FIGURES

Cercle de sinner - CINER.....	12
Facteur incitateur et promoteur du comportement d'un individus.....	26
schéma illustrant la théorie de comportement raisonné	26
Chemin d'un malade dans un service d'urgence médicale.....	34
schéma de la chaine médicale de l'avant	37
Plan de masse du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen.....	53
Organigramme de la direction générale du CHU	55
représentation du nombre des malade reçus en Janvier	68
représentation du nombre des malade reçus en Février	68
représentation du nombre des malade reçus en Mars.....	68
représentation du nombre des consultations en Janvier	69
représentation du nombre des consultations en Février	69
représentation du nombre des consultations en Mars.....	69
représentation du nombre des examens de radiologie réalisés au cours du premier trimestre. 70	
Représentation du nombre des malade opérés au cours du premier trimestre	70
Représentation du nombre d'hospitalisation en Janvier	71
Représentation du nombre d'hospitalisation en Février	71
Représentation du nombre d'hospitalisation en Mars.....	71
représentation du nombre des malades hospitalises et mis en observation au cours du premier trimestre.....	72
représentation du nombre de packages enregistrés aux UMCs.....	72

LISTE DES ABREVIATIONS

AHA : American **H**eart **A**ssociation

ANACOR : Antenne d'**A**ccueil et d'**O**rientation

AS, ASP : Aide-Soignant(e), Aide-Soignant(e) **P**incipal(e)

ECBU : Examen **C**yto-**B**actériologique des **U**rines

CHU : Centre **H**ospitalo-**U**niversitaire

CUMP : Cellule d'**U**rgence **M**édico-**P**sychologique

EH : Etablissement **H**ospitalier

EHS : Etablissement **H**ospitalier **S**pécialisé

EMT-P : Emergency **M**edical **T**echnician-**P**aramedic

EPSP : Etablissement **P**ublic de **S**anté de **P**roximité

F/F : Femme/**F**emme

IM-SC-ID-IV : Intra-**M**usculaire, **S**ous-**C**utanée, Intra-**D**ermique et Intra-**V**eineux

ISP, ISPS : Infirmier de **S**anté **P**ublic, Infirmier de **S**anté **P**ublic **S**pécialisé

MCA, MCB : **M**âître de **C**onférence **A**, **M**âître de **C**onférence **B**

MTS : Manchester **T**riage **S**ystème

NHS : National **H**ealth **S**ervice

OCDE : Organisation de **C**oopération et de **D**éveloppement **E**conomiques

OMS : Organisation **M**ondial de **S**anté

ORL : Oto-**R**hino-**L**aryngologie

OTR : Orthopédie & **T**raumatologie

PMA : Poste **M**édicale **A**vancé

PRV : Point de **R**assemblement des **V**ictimes

REDES : Réseau pour l'**E**mergence et le **D**éveloppement des **E**covillage au **S**ahel

SAMU : Service d'**A**ide **M**édicale **U**rgente

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence Réanimation

START : *Simple Triage And Rapid Treatment*

UA : Urgence Absolue

UC : Urgence Chirurgicale

UK : United Kingdom

UM : Urgence Médicale

UMC : Urgence Médico-Chirurgicale

UPATO : Unité de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement

LISTE DES ANNEXES

Introduction Générale

INTRODUCTION GENERALE

CONTEXTE DE RECHERCHE

Les urgences sont devenues un pivot de l'organisation sanitaire. Opérant à l'interface entre médecine de ville et hôpital, soins de routine et intervention de pointe, action médicale et gestion du social, ces services sont soumis à des demandes contrastées auxquelles ils ont du mal à répondre, même avec des moyens augmentés.

De par le monde, les services d'urgences, principale porte d'entrée des patients à l'hôpital ne jouent pas leur rôle de manière optimale. Parmi les principales causes entravantes ceci, on retrouve le fait que ces dernières ne bénéficient pas souvent de l'appui des autres services. Ceci a un impact sur la qualité des soins et sur les performances de l'hôpital.

En Algérie, on a tendance à négliger les établissements sanitaires, vu leur aspects fonctionnels et organisationnels. L'hôpital dont sa fonction principale est de soigner, est conçu pour répondre aux besoins des malades, mais les malades ne sont pas les seuls usagers de cet espace, c'est-à-dire fait aussi pour ceux qui assure les soins. Tant d'usagers à prendre en considération, leur diversité n'est pas le seul paramètre responsable de la dramatisation de ce lieu. En effet l'état psychologique dont le quel peut se trouver un malade ou un accompagnateur de malade ou même un membre du personnel peut être du pas seulement à l'état critique du malade mais aussi à la complexité du fonctionnement des différents services, qui doivent non seulement répondre aux besoins fonctionnels, mais aussi aux besoins moraux de ces usagers.

A l'hôpital CHU Tlemcen, et comme partout ailleurs, on retrouve avec acuité ces mêmes problématiques. Il s'agit ici d'étudier les différents éléments en rapport avec cet aspect, de répertorier les points positifs (apports) et les points négatifs (contraintes) retrouvés dans le cadre des différentes relations entre les services des urgences médicales et chirurgicales dudit hôpital et les unités Médico-techniques (radiologie, bloc opératoire, réanimation), le laboratoire et l'unité de transfusion sanguine.

CADRE THEORIQUE

A travers le monde, plusieurs études ont été menées, pour décrire la prise en charge des urgences. Dans la région des Amériques :

- **PEPE et AL (1993)** aux Etats Unis, l'étude a montré que la supervision des services d'urgences médicales par des médecins spécialisés était associée à une amélioration significative du devenir des patients¹. Ils ont suggéré d'orienter les efforts dans la formation convenable de médecins spécialisés dans la supervision des services d'urgences.
- **KIRSCH et AL (1995)** ont analysé la prise en charge des urgences médicales². Ils ont trouvé qu'aucun des médecins du service des urgences n'avait de formation en médecine d'urgence. L'asthme était l'urgence médicale la plus fréquente. Le temps moyen qui s'écoulait avant qu'un patient soit examiné était de 5 mn. Le temps moyen qui s'écoulait avant qu'un patient soit examiné était de 5 mn. Des examens de laboratoire ont été faits pour 9 % des patients. Le taux d'hospitalisation des patients était de 40,5 %, les décès égalaient 3 %.

Dans la région Européenne :

- **SILFVAST et EKSTRAND (1996)** A Helsinki (capitale de Finlande), il a été montré que l'intervention de médecins plus expérimentés dans les services d'urgences entraînait une réduction significative de la mortalité³.
- **BLEICHNER et AL (1990)** en France, ont procédé à une enquête auprès de 260 services d'urgences d'hôpitaux Français⁴. Ils ont trouvé qu'il existait un médecin disponible en permanence dans 83 % de ces services d'urgences. Aussi, parmi les patients des services d'urgences en France il y avait 10 % de malades graves. Le plus grand nombre des malades vus aux urgences dans les hôpitaux ne présentent que des troubles banals qui n'exigent qu'un contact médical, un rapide bilan, un traitement simple, un apaisement psychologique.

¹Pepe et AL. "Effect of full-time specialized physicians' supervision on the success of a large, urban Emergency Medical Services Systems." *Crist Care Med*, 1993, p1279-86

²Kirsch et AL, "Epidemiology and practice of emergency medicine in a developing country.", *Anomer Med*, 1995, p361-7.

³Sylvas T, Extra'd A, « The effect of experience of on-site physicians on survival from prehospital cardiac arrest. », *Resuscitation*, 1996, p101-5.

⁴. Bleichneret AL, "Enquête sur le fonctionnement des services d'accueil et d'urgences de 260 hôpitaux généraux français." *réant Soins intensMed Urg*, 1990, p9-12.

- **ASKENASI et AL (1987)**⁵, **CARPENTIER et AL (1990)**⁶ et **MARCHAND-BUTTIN et AL (1994)**⁷ ont montré à différentes périodes en Bruxelles, Grenoble et Île de France que la plupart des patients viennent au service des urgences par des moyens personnels soit leurs propres initiatives.
- **Faron et AL (1992)** les cas sévères représentaient 10,4 % des patients⁸ [22]. Le plus grand nombre des malades vus aux urgences dans les hôpitaux ne présentent que des troubles banals qui n'exigent qu'un contact médical, un rapide bilan, un traitement simple, un apaisement psychologique.

Dans la région Africaine :

- **ACHOUR et AL (1991)** à Constantine en Algérie, faisant le bilan de leur service d'urgences médicales en 1991 avaient noté que le personnel constituait une équipe permanente dirigée par un médecin Réanimateur⁹. ACHOUR et coll ont pour leur part retrouvé les urgences toxicologiques et cardio-vasculaires au premier rang des motifs de consultation à Constantine.
- **POEP (1984)** en à Abidjan en Côte d'Ivoire Les caractéristiques socio-démographiques des patients des services d'urgences ont été décrites¹⁰. Il montrait que 57,7 % des patients étaient des hommes, et que 10 % de ces patients avaient plus de 60 ans.

PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

- A cet effet, nous essaierons à travers cette étude de donner réponse à la problématique suivante : **Quel sont facteurs induisant la mauvaise prise en charges des patients au niveau des UMCs ?**

De plus, une question subsidiaire en relation avec le thème mérite d'être posée : « **Quel est l'état des lieux du service des urgences médicaux du CHU de Tlemcen** »

⁵Askénasiet AL, "Profil des admissions dans un service d'urgences." réant Soins intens Med Urg, 1987, p1-5.

⁶Carpentier F, Guignier M. Etude de 21122 admissions en services d'urgences. Enquête multicentrique effectuée sur un mois dans les centres hospitaliers d'Argenteuil, Brest, Briançon, Clermont-Ferrand, Dijon, Embrun, Genève, Grenoble, Lyon Saint Joseph, Lyon Edouard-Herriot, Macon, Nancy, Nantes, Nice, Paris Saint Joseph, Rennes, Rouen, Thonon. Réant Soins intens Med Urg1990 ;6 :27-30.

⁷Marchand-Buttin F, Médina S. "La morbidité hospitalière en Ile de France : les hospitalisations en urgence dans le secteur public. La revue des SAMU, 1994 p174-5.

⁸Farjon et Al. La réponse aux appels urgents par le généraliste en zone rurale non couverte par un SMUR. Enquête sur l'activité d'Il généralistes du nord-ouest du Gers pendant un an. Urg Med, 1992 p83-8

⁹Achour MA, Ouchtati M. "Profil et bilan d'un nouveau service d'urgences médicales." réant Soins intens Med Urg, 1991, p109.

¹⁰Poe P. "Contribution à l'étude de la durée moyenne d'hospitalisation des maladies aux urgences médicales et en médecine.", Abidjan : Thèse de médecine, 1984 p169.

Hypothèses de l'étude

Pour répondre à notre problématique nous avons formulé les deux hypothèses suivantes, la validation de ces hypothèses dépendra naturellement de l'analyse qui se fera par la suite ainsi qu'une enquête sur le terrain :

Hypothèse 1 : manque du personnel soignant en d'autres termes Augmenter le nombre de médecins aux Urgences Médico-chirurgicales ce qui permet de réduire la pression de travail.

Hypothèse 2 : gestion du temps de prise en charge des malades autrement dit Le temps d'attente des patients provoque des problèmes de soins.

Structure du travail de recherche

Notre travail nous a donc guidé, en son fondement théorique, à une revue documentaire, enrichie par une partie empirique, le tout réparti en trois (3) chapitres :

- 1- Le **premier chapitre** portera sur les différentes notions fondamentales qui composent la base de notre sujet de travail qui est l'organisation des services d'urgences.
- 2- Le **deuxième chapitre** comportera l'urgences de façon générale puis en matière de santé et population, au niveau international et ensuite au niveau national (les urgences médicales en Algérie). Enfin, des éléments de propriété des urgences et les problèmes les concertants.
- 3- Le **troisième chapitre** sera dédié à l'étude de cas des urgences médico chirurgicales u Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen ; la structure d'accueil, le service des UMCs, L'observation, discussion et enfin conclusion suivie de quelques solutions

MOTIVATION

- L'étude a été incitée par des observations aux niveau des établissements hospitaliers, des impressions négatives envers les services urgences. En étudiant le phénomène, les principales raisons ont été les délais d'attente et l'insuffisance personnel, matériel et fonctionnel
- D'après l'information acquise auprès des hôpitaux, nous avons déduits que les services d'urgences débordent de malades et que le locale présente plusieurs inconvénients (superficie, pannes de machines, défaut de priorité...).

- Cela nous a encouragé à analyser les établissements de santé Algériens, leur fonctionnement interne, et chercher à comprendre les raisons de tel mécontentements publics.

Chapitre 1
Le Cadre Conceptuel D'un
Milieu Sanitaire

CHAPITRE 1 : LE CADRE CONCEPTUEL D'UN MILIEU SANITAIRE

Introduction

Le milieu sanitaire est caractérisé par une diversité et complexité des structures sur le plan fonctionnel et organisationnel. C'est un ensemble d'institutions qui a pour objectif l'amélioration de la santé de la population. Il contribue ainsi aux soins et à la prévention. Avec le service d'urgence comme point critique, son organisation se trouve au cœur des débats sur la réforme de la santé.

Dans la réalité, les structures extrahospitalières fonctionnent de 8h à 16h avec des consultations programmées et des consultations non programmées, car le manque des moyens nécessaires pour une prise en charge efficace et immédiate du patient et l'absence d'un système de garde ne permettaient pas à ces structures de fonctionner 24h sur 24 selon Bulletin Officiel du 1er semestre 1998 par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Ceci a pour conséquence le recours immédiat aux services d'urgences hospitalières. De plus, les consultations assurées par ces services hospitaliers et qui ne relèvent pas de l'urgence, représenteraient une part importante de l'activité de ces structures, ceci explique que ces services sont de plus en plus surchargés.

Dans ce chapitre, nous allons revoir plusieurs notions qui sont interconnectés en un seul environnement tel que la santé, l'organisation de ses services aux seins d'un établissement hospitalier prodigués aux patients.

A. LA NOTION DE SANTE

La santé est revendiquée dans le monde entier¹¹, Selon l'expression des économistes, la santé est un bien supérieur et un droit fondamental. Ceci signifie qu'il s'agit d'un service, d'un bien dont la consommation augmente plus que proportionnellement à l'augmentation du revenu. Ce

¹¹BrahmiaB. : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.p 401.

droit à la santé fait partie de l'un des principes garantis de l'individu. Comme tout autre service relatif aux voyages ou à la culture, la santé sont des biens supérieurs car les sommes qui y sont consacrées s'accroissent avec l'élévation des ressources ou des revenus et baissent en cas inverse. Selon la déclaration universelle des droits de l'homme : « *toutes personne a droit à un niveau de vie satisfaisant pour assurer sa santé, son bien-être, notamment pour l'habillement, l'alimentation, le logement et les soins médicaux...etc.*¹² »

Selon la constitution de l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité* » et représente « *l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

LE DROIT A LA SANTE

Le droit à la santé est face à des applications de plus en plus larges qui engendrent une hausse progressive des coûts des services et bien médicaux, de la demande de soins de santé et un déficit des assurances maladies et de la sécurité sociale.

« Chaque institution fournit des soins de santé d'une façon directe comme les hôpitaux, les centres de santé, cliniques et centres spécialisés, soit indirectement, comme les laboratoires et les administrations de santé à services de soutien et la maintenance des matériels biomédicaux »¹³.

FAIRE FACE A LA NOTION DE PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

Un problème de santé publique (ou problème collectif de santé) se définit, pour un groupe de personnes ou une population, comme la différence critique entre l'état de santé réel, mesuré par des indicateurs et l'état de santé recommandé par des normes. Baumann et Gao précisent la définition comme suit : « Écart entre un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé et un état de santé considéré comme souhaitable, attendu, défini par des références médicales élaborées par des experts, le législateur, etc. ou des normes sociales élaborées par des équipes, la société, etc. »¹⁴

¹² Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme adopté par les nations unies en décembre 1948. In : BRUNO Palier. :''La réforme des systèmes de santé, presses universitaires de France, PARIS, 2004. P7.

¹³Abdul Aziz bin Habib Hala Niyaz, Qualité des soins de santé : bases théoriques et applications pratiques, Riyad, Ministère de la santé, 2005, p. 62.

¹⁴M. Baumann et M.-M. Gao, « Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : un guide pratique », Santé publique, Vandœuvre-lès-Nancy, France, Société française de santé publique, vol. 11, no 1, mars 1999, p. 63-75

LA NOTION DE PATHOLOGIE OU MALADIE

La maladie est une altération des fonctions ou de la santé d'un organisme vivant. ... Un malade est une personne souffrant d'une maladie, qu'elle soit déterminée ou non. La plupart du temps ce terme est utilisé pour désigner un être humain.¹⁵

En français, les termes « maladie » et « malade » sont utilisés de façon indistincte pour signifier *avoir une maladie (reconnue par un médecin)*, *être malade (se sentir mal)*, *être un malade (être reconnu comme tel par l'entourage ou la société)*.

L'anglais utilise trois termes, plus ou moins interchangeables, mais en principe utilisés le plus souvent dans un contexte spécifique.

Disease se rapporte à une perturbation biomédicale, objectivée par une maladie reconnue par un médecin, dans le cadre d'une pathologie référencée (nosologie).

Illness se rapporte à l'expérience vécue, personnelle et intime, de la maladie : « je me sens, ou je suis, malade ».

Sickness se rapporte à la perception de la maladie dans le cadre de l'entourage non-médical (social ou culturel) : « je suis un malade » (reconnu comme tel)¹⁶.

- La maladie humaine est le noyau fondateur de la ***médecine***, une grande partie de la connaissance médicale étant orientée vers la maladie et ses solutions.
- La ***science vétérinaire*** concerne les maladies qui affectent les animaux, dont les zoonoses.
- La ***phytopathologie*** est la science qui concerne les maladies qui affectent les plantes et autres sujets botaniques.
- La ***pathologie*** est la branche de la médecine traitant des causes et des symptômes des maladies dans leur ensemble. Le terme est souvent utilisé fautivement pour désigner la maladie elle-même, ou ses manifestations, y compris par des médecins.
- La ***pathogénie*** est l'étude des mécanismes responsables du déclenchement et du développement d'une maladie.
- ***L'ontologie*** est l'étude de la genèse des entités médicales telles que les maladies, les signes cliniques et les syndromes.
- ***L'étiologie*** est l'étude spécifique des causes et des facteurs d'une maladie.

¹⁵Lucien Febvre et Gaston Berger, Tome VI, L'être humain, Comité de l'Encyclopédie française. Paris, 1936, p438-9

¹⁶Mirko D. Grmek, Le concept de maladie, Seuil, 1995 (ISBN 2-02-022138-1), p. 211-212. Dans Histoire de la pensée médicale en Occident, vol. 1, Antiquité et Moyen-Age, M.D. Grmek (dir.).

- La *séméiologie*, ou *sémiologie médicale*, est la branche de la médecine qui traite des signes cliniques et des symptômes des maladies et de la façon de les présenter.
- Le *diagnostic* est la réflexion menant à l'identification de la nature d'une maladie à partir des symptômes relevés par les observations.
- Le *pronostic* est la prédiction de la progression de la maladie et des chances éventuelles de guérison.
- La *prophylaxie* désigne le processus ou l'ensemble de mesures visant à prévenir la propagation ou l'apparition d'une maladie.
- La *thérapeutique* est la section de la médecine s'occupant de l'étude des traitements.
- La *nosologie* est la branche de la médecine qui étudie les critères de classification systématique des maladies.

1. LES DETERMINANTS DE LA SANTE

De manière générale, le contexte dans lequel une vie individuelle revêt une grande importance pour son état de santé et sa qualité de vie. Il est de plus en plus reconnu que la santé est maintenue et améliorée non seulement par le progrès et l'application des sciences de la santé, mais également par les efforts et le choix de vie intelligents de l'individu et de la société. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les principaux déterminants de la santé comprennent l'environnement social et économique, l'environnement physique et les caractéristiques et comportements individuels de la personne¹⁷.

Plus spécifiquement, les facteurs clés qui influent sur la santé ou l'insalubrité des personnes sont les suivants¹⁸:

- Revenu et statut social
- Education et alphabétisation
- Réseaux de soutien social
- Emploi / conditions de travail
- Environnements physiques
- Environnements sociaux
- Pratiques de santé personnelles et habiletés d'adaptation
- Biologie et génétique
- Développement sain des enfants

¹⁷Organisation mondiale de la santé. Les déterminants de la santé. Genève. Consulté le 12 mai 2019.

¹⁸Lalonde, Marc (1974). "A New Perspective on the Health of Canadians" Ottawa: Minister of Supply and Services. Archived 2014-10-28 at the Wayback Machine

- Services de santé
- Le genre(sexe)
- Culture

2. HYGIENE

L'hygiène est l'ensemble des principes, des pratiques individuelles ou collectives visant à la conservation de la santé, au fonctionnement normal de l'organisme¹⁹. Plus précisément, les mesures destinées à prévenir les infections et l'apparition de maladies infectieuses. Elle se base essentiellement sur trois actions :

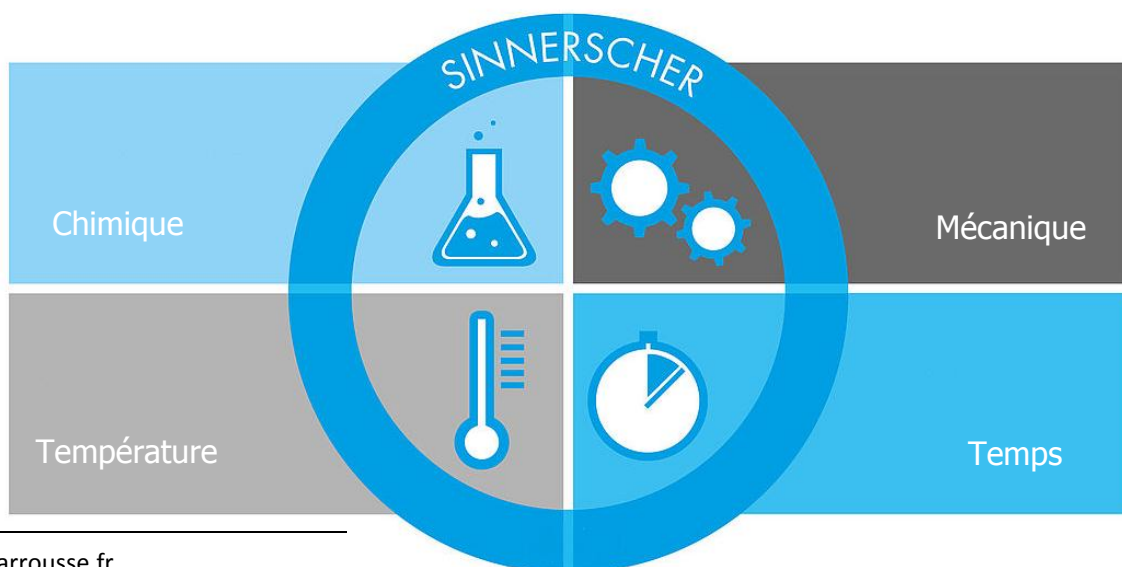
DETERSION ET NETTOYAGE :

- Le **nettoyage** est le processus d'enlever les matières indésirables, dont les matières organiques et minérales comme la graisse, le calcaire, le tartre, la poussière..., qui peuvent elles-mêmes contenir des micro-organismes.
- La **détersion** (détergence) est l'action de nettoyage qui consiste à enlever les salissures qui adhèrent à l'objet ou au tissu vivant.

Le nettoyage et la détersion font en général intervenir quatre paramètres :²⁰

- Une action mécanique (pression de l'eau, frottement...),
- Une action chimique (dissolution de certaines matières dont les graisses),
- La température de l'eau pour diluer la solution,
- Le temps d'action du détergent.

FIGURE 1 CERCLE DE SINNER – CINER



¹⁹ Larrousse.fr

²⁰ PATRICK MERMOUD, « Les 4 facteurs à ne pas oublier pour un nettoyage réussi ! Comprendre le cercle de Sinner ... », sur <http://www.eco2net.ch> consulté le 9 septembre 2019

Source : réaliser par nos soins.

DESINFECTION ET STERILISATION :

La **désinfection** consiste à tuer, éliminer ou inactiver les parasites, bactéries et les virus indésirables (micro-organismes) ou à diminuer la quantité de tel ou tel organisme en dessous d'un seuil fixé.

On parle d'**antisepsie** quand la désinfection porte sur un tissu vivant et **décontamination** quand elle porte sur du matériel de soin. L'antisepsie et la désinfection ont une action limitée dans le temps.

La **stérilisation** consiste à éliminer ou décontaminer le matériel de l'intégralité des micro-organismes, et à conditionner ce matériel pour maintenir cet état de stérilité.

Les principales méthodes de désinfection et stérilisation utilisées sont : des méthodes chimiques, la température et la pression (pasteurisation, autoclave), les radiations. La vapeur sert particulièrement dans les blocs opératoires car la désinfection est alors quasi complète²¹.

CONSERVATION

Cette action est généralement portée sur les aliments, notamment la viande, via la réfrigération, l'emballage sans azote etc...

3. SANTE-ENVIRONNEMENT²²

Aussi nommée santé environnementale, désigne le champ commun aux connaissances prospectives entre deux variables :

- L'environnement comme les facteurs biogéographiques, pollutions et nuisances environnementales mais aussi facteurs concernant la qualité de l'alimentation, de l'environnement intérieur tel que l'air, le bruit, le champ électromagnétique et la radioactivité, et les facteurs de travail ; on cite l'exposition à des toxiques, les fatigues anormales et le stress
- La variable santé.
- La surveillance de celle-ci.

²¹ CCLIN Sud-Ouest, « Recommandations pour l'entretien des blocs opératoires », 2006, p. 17.

²² Michel Gérin, Environnement et santé publique. Fondements et pratiques, Québec, Edisem, 2003, 1023 p. (ISBN 2-89130-193-5), p. 4-35

B. L'ORGANISATION

1. DEFINITION DE L'ORGANISATION

« En tant qu'élément analytique de référence, l'orientation vers l'atteinte d'un but spécifique est la caractéristique de l'organisation qui la distingue des autres types de systèmes sociaux » (T. Parsons, 1960)

« Une organisation est la coordination rationnelle des activités d'un certain nombre de personnes pour l'atteinte d'un but explicite commun, via une division du travail et une hiérarchie de l'autorité et des responsabilités » (E.H. Schein, 1970)

Selon Mintzberg, « Les organisations sont omniprésentes dans les sociétés modernes. Les individus, naissent généralement dans une organisation de santé, sont formés pendant des années dans des organisations éducatives, puis sont employés dans des organisations professionnelles qui leur versent des salaires leur permettant de devenir clients de diverses organisations marchandes et usagers de multiples organisations publiques »

En effets, la notion d'organisation est probablement une des notions les plus difficiles à cerner et les définitions qui en sont données sont souvent critiquables. Nous retiendrons la définition suivante : « les organisations sont des systèmes sociaux créés par des individus, afin de satisfaire, grâce à des actions coordonnées, certains besoins et d'atteindre certains buts ».

L'étymologie du mot organisation vient du substantif latin « organum » et du grec « organon » qui désigne au XIIe siècle XIVE siècle un instrument de musique, la voix, un organe du corps.

Outre un sens musical, organiser signifie : « disposé de manière à rendre apte à la vie »²³

L'organisation est une forme que prennent les interactions sociales. Elle se caractérise par une régulation plus ou moins formelle des rôles de chacun au sein de celle-ci²⁴.

2. LES TRAITS DE L'ORGANISATION

- Une organisation est emboîtée dans un univers extérieur, un environnement lui-même composé d'acteurs et d'autres organisations, avec lequel elle maintient des relations d'échange,

²³Dictionnaire étymologique Larousse, Paris 1971

²⁴Alain Degenne, « Types d'interactions, formes de confiance et relations », REDES, 2009

- La nature du projet et des buts à poursuivre constitue un enjeu d'accommodement entre les participants à l'organisation,
- Une organisation n'est pas un objet naturel, mais un objet édifié en vue de réaliser certaines activités s'inscrivant dans le cadre d'un projet et d'aboutir à un certain nombre de buts,
- La participation à une organisation admet une dimension volontaire, mais induit en même temps un ensemble de contraintes.
- Une organisation est donc à la fois un acteur autonome, décidant de la nature de ses activités, de son projet, de ses buts, et un acteur dépendant de son environnement,

De ces quelques traits, on peut déduire un certain nombre d'aspects paradoxaux de l'organisation²⁵:

TABLEAU 1 QUELQUES ASPECTS PARADOXAUX DE L'ORGANISATION

Ensemble structuré, contraignant pour les participants (respect des règles). Lieu de frustrations, de tensions, de conflits	Construction dynamique collective qui autorise la réalisation d'un projet commun. Lieu d'épanouissement
Système de coopération, harmonieux, en équilibre	Lieu d'affrontements, d'intérêts divergents, de conflits
Cadre structuré d'essence autoritaire	Adhésion volontaire des participants
Acteur « autonome », « unité active »	Acteur encastré, dépendant
Exigence de régularité, d'efficacité, déstabilisé (ordre, exploitation)	Exigence de changement, d'évolution, de nouveauté (innovation, exploration)

²⁵ IAE de Lille - Ecole Universitaire de Management, La notion d'organisation, 2013, http://bricks.univ-lille1.fr/M19/cours/co/010_introduction.html, consulté le 03 mai 2019

C. LE SERVICE

1. DEFINITION D'UN SERVICE

Un service est « une activité ou une prestation soumise à un échange, essentiellement intangible et qui ne donne lieu à aucun transfert de propriété. Un service peut être associé ou non à un produit physique »²⁶

Selon Brousse, un service est « une transaction réalisée par une entreprise, ou l'objet de l'échange est autre que le transfert de propriété d'un bien tangible. Un service ne peut pas être stocké, mesuré, testé, vérifié avant la vente. »²⁷.

« Il n'existe pas une seule définition scientifique ni précise du terme, on définit les services fréquemment à partir de leurs caractéristiques. Depuis *Adam Smith*, les définitions du service ont mis en évidence les différences qui les opposent aux biens (*Walters et Bergiel*, 1982)²⁸. Les produits tangibles sont créés dans des usines sans avoir besoin de l'intervention du client alors que les services sont réalisés dans le cadre d'un processus où on trouve que le consommateur est un facteur principal dans l'opération de la production du service car il entre directement en interaction avec les ressources mises en place par l'entreprise. Une partie du service offert peut être réalisée avant que le client ne prenne part au processus mais la partie cruciale qui détermine le niveau d'appréciation de la qualité par le client, a lieu en présence de ce dernier en interaction directe avec l'offreur du service²⁹. Lorsqu'un client consomme un produit, il utilise le produit lui-même, il consomme directement le résultat d'un processus de production auquel il n'a pas pris part. Mais lorsqu'il consomme une prestation de service, il perçoit d'une manière plus ou moins extensive mais toujours d'une façon le processus de réalisation du service ; il prend part lui-même à la réalisation de ce processus³⁰. ».

²⁶ KOTLER et DUBOIS, « Marketing management », 11^{ème} édition, Pearson éducation, Paris, 2006, p.25

²⁷ BROUSSE (J), « Le Marketing des services », éditions d'organisation, Paris, 2000, P 51.

²⁸ : *Frédéric BIELEN* et *Christophe SEMPELS*, « Les fondements du marketing des services : examen critique et évolution », Revue Française du Marketing N° 212, avril 2007. Page 54.

²⁹ : Car ce que le client consomme dans le contexte du service (produit immatériel) est de nature différente de ce qu'il consomme dans le contexte de produits matériels.

³⁰ : *Christian GRONROOS*, « Le marketing des services : consommation et marketing de processus », Revue Française du Marketing N° 171, 1999. Page 10.

2. LES CRITERES DE CLASSIFICATION DES SERVICES

L'offre proposée sur le marché par une entreprise comporte souvent un élément de service qui peut être plus ou moins déterminant. Sur ce critère, on peut distinguer quatre (4) situations :

Services à faible composante matérielle	Services à forte composante matérielle	Biens à faible composante de services	Biens à forte composante de services
. Médecine généraliste	. Location de voitures	. Essence en libre-service	. Téléphone
. Coiffure	. Transport aérien	. Confiture	. Téléviseurs
. Enseignement primaire et secondaire	. Hôtellerie – restauration	. Lessive	. Ordinateurs
. Agence de travail intérimaire	. Médecine hospitalière	. Fournitures de bureau	. Automobiles

D. LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Beaucoup de recherches et des études scientifiques spécialisées dans le domaine de la santé ont s'intéressé à identifier le concept de l'établissement de santé, et la variation de ce concept pour les parties qui traitent par l'établissement de santé, chacun selon son propre point de vue et selon la relation entre ces parties et l'établissement, où ce dernier est identifié chez ³¹:

- Patients : l'entité responsable de fournir le traitement, l'hospitalisation et les soins médicaux pour eux ;
- Gouvernement : l'un des établissements du service chargés à répondre à tous les besoins de la société, pour lever de la situation sanitaire dans le pays pour le mieux ;
- Cadre médical : le lieu où ils exercent leurs fonctions humanitaires ;
- L'administration de l'institution : Structure ouverte à l'environnement, et en interaction Avec ses différentes variables, à la lumière de ce qu'il a été mis d'objectifs et des Fonctions pour elle, et être responsable de leur mise en œuvre d'une façon efficiente et efficace ;
- Entreprises pharmaceutiques et d'autres institutions impliquées : un vaste marché exige le fournir par tout ce qu'il a besoin de médicaments et des fournitures nécessaires.

³¹Thamer Yasser Al-Bakri, Direction de l'hôpital, Jordanie : Dar Al-Yazuri Publishing et Distribution, 2005, p. 21

« Chaque institution fournit des soins de santé d'une façon directe comme les hôpitaux, les centres de santé, cliniques et centres spécialisés, soit indirectement, comme les laboratoires et les administrations de santé à services de soutien et la maintenance des matériels biomédicaux »

L'Organisation Mondiale de la Santé a aussi défini les établissements de santé de leur perspective fonctionnelle : « *C'est une partie intégrée de l'organisation sociale et de la santé qui vise à fournir des soins de santé complets, avec ces deux aspects curatifs et préventifs aux citoyens, et avec ces services externes jusqu'à la famille dans sa maison, il est aussi un centre de formation pour les travailleurs dans le service de santé* »³²

« *Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial* »³³

L'établissement de santé est donc une installation sociale et humanitaire vise à atteindre des objectifs spécifiques, y compris des entrées et des sorties, et se compose de trois éléments de base :

- Les individus et les groupes qui ont besoin de services de santé ;
- Des particuliers ou professionnels se spécialistes dans une variété de domaines ;
- Des organisations sociales et humanitaires régissant le style d'offre le service de santé, le mode de financement et de l'approvisionnement des services, le rationnement et la législation des services, la planification et la coordination et la mise en place des objectifs, et de veiller à améliorer les services et de les contrôler.

L'analyser de l'établissement sur cette base exige de prendre en considération ces spécificités :

- considérer les établissements de santé comme des institutions sociales doivent vérifier la justice sociale, cette propriété lui impose dans un état contradictoire, d'une part, ils sont obligé de maintenir la survie et la croissance avec toutes les propriétés du commerçant économique, d'autre part, il doit s'assurer la dimension éthique de la production thérapeutique, au fait que la

³²Salim Boutros Jalada, Département des hôpitaux et des centres de santé, Jordanie : Dar Al Shorouk Publishing and Distribution, première édition, 2007, p. 27. Traduit

³³ Article L6141-1 du code de la santé publique français, cité par : Le panorama des établissements de santé,

santé est un droit fondamental nécessite la fourniture de services de santé essentiels et de les rendre accessibles à tous.

- La présence de deux types de fonctionnaires : professionnels de la santé et les gestionnaires, donc l'établissement de santé est responsable sur la gestion des services thérapeutiques et la gestion des ressources, et le véritable défi réside dans la capacité à assurer une bonne gestion des ressources en préservant l'autonomie nécessaire des professionnels pour accomplir leurs tâches.³⁴

*« Les établissements de santé, publics ou privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ».*³⁵

1. L'HOPITAL : STRUCTURE DE BASE DES URGENCES

L'hôpital est l'un des établissements de santé. Il est le cœur de l'organisation sanitaire, c'est le point de contact entre le prestataire du service sanitaire (individu ou établissement) et son demandeur (patient).

L'hôpital peut se définir comme « un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologie et des traumatismes trop complexes pour pouvoir être traités à domicile ou dans le cabinet d'un médecin »³⁶

« L'hôpital est un lieu de développement du corps social et son organisation doit être propice à l'épanouissement des hommes qui le servent, c'est une entreprise de soins à haute technicité ouvert à tous, où les techniques médicales et managériales requièrent de nouveaux savoir en rapport avec l'importance croissante des phénomènes de société qui pèsent sur l'hôpital public ».³⁷

« L'hôpital est un établissement où l'on soigne les malades, où l'on redonne la vie. Il offre le traitement des patients par le personnel et les équipements spécialisés, et souvent, mais pas toujours prévoyant du séjour des patients à plus long terme. ».³⁸

³⁴ Belghiti Alaoui, Principes généraux de planification à l'hôpital, Rabat, sans édition, 2005, p17 –adapté-

³⁵ Article L6111-1 du code de la santé publique français, cité par : Bernard Bonnici, « L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires », la documentation française, Janvier 2007, P 21

³⁶ <http://www.francetop.net/dictionnaire/synonymes/definition/hopital> - adapter- consulté le 12/04/2019

³⁷ J ABBAD, organisation et mangement hospitalier, édition berger-leverault, Paris, 2001, pp 25-39

³⁸ <http://www.cocoledico.com/dictionnaire/h%F4pital,150840.xhtml>, consulté le 06/04/2019

D'après ces quatre définitions, on peut constater que l'hôpital est une organisation rationnelle de l'offre de soins hospitaliers pour satisfaire les besoins en santé de la population.

2. L'HOPITAL : UNE ORGANISATION COMPLEXE

Durant les deux dernières décennies, les sciences de gestion ont jugé une forte accélération des travaux, concernant le management hospitalier et l'organisation. Quelles que soient les thématiques entamées, de nombreux auteurs s'accordent pour appuyer la complexité de l'hôpital et du management hospitalier. Ces derniers témoignent de la multitude des approches employées pour rendre compte de la complexité du monde hospitalier et de la diversité des entrées possibles pour l'assimiler.

GENELOT, met l'accent sur cette complexité de l'hôpital, en disant que « La complexité de l'organisation se manifeste de multiples manières, que l'on peut articuler autour de quatre arguments : l'explosion des modèles de management, la recherche de nouvelles valeurs, l'incertitude des organisations, et l'amplification des interdépendances³⁹ ».

LAUDINET.C.A. Pour sa part, met en avance les arguments et les raisons de la complexité de l'organisation, en expliquant que, « l'organisation hospitalière est complexe de par la diversité des cultures, des mentalités et des comportements des acteurs ainsi qu'à l'émission du pouvoir⁴⁰ ».

MINTZBERG et GLOUBERMAN⁴¹ (2001), considèrent l'hôpital comme l'un des systèmes les plus complexes. KERVASDOUE (2004), décrit que l'hôpital est *par nature une organisation complexe*⁴². L'hôpital est une structure complexe à l'intérieur de laquelle interviennent des groupes très divers, et qui doit répondre à des fonctions très diverses. L'hôpital est une structure à acteurs aux buts multiples associant plusieurs unités : unité de soins, services administratifs, pharmacie, médico-techniques, et services logistiques, et inscrite dans un environnement spécifique.

³⁹ GENELOT D., « Manager dans la complexité », Insep Consulting Édition, Paris, 2011, p. 30.

⁴⁰ ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger Levrault, Paris, 2001, p.20.

⁴¹ Glouberman S., Mintzberg H., « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I : Differentiation », Aspen Publishers, (2001a), Inc., p. 58-71, cité par Krief Nathalie, « Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective », 2012/2 n°3, p. 45.

⁴² Kervasdoué J., « L'hôpital », 1ère Edition PUF, Paris, 2004, p.18.

Toutes ces caractéristiques font de l'hôpital une organisation particulièrement complexe. L'incertitude et la complexité inhérentes à l'activité hospitalière expliquent en bonne partie les difficultés rencontrées par l'hôpital.

3. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE FRANÇAIS

En France métropolitaine, 3 111 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 411 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 73 000 places d'hospitalisation partielle. Ces structures diffèrent par leur statut juridique, leur taille et leurs missions.

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des structures de trois types de statuts juridiques cohabitent ; elles ont des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions des services publics très différents. Les statuts des personnels qui y travaillent présentent la même hétérogénéité.⁴³

TABLEAU 2 ÉTABLISSEMENTS DE SANTE AVEC LES CAPACITES D'HOSPITALISATION PAR CATEGORIE

Entité	Nombre de lits	Nombre de places	
Secteur public	1416	256 229	41 657
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	182	73 585	9939
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	973	146 403	16 703
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	97	25 667	14 609
Autres établissements publics	164	10 574	406
Secteur privé à but non lucratif	683	57 176	13 393
Centres de lutte contre le cancer	21	2 813	953
Autres établissements à but non lucratif	662	54 363	12 440

⁴³<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche2-5.pdf>, consulté le 06/04/2019

Secteur privé à but lucratif	1 012	97 516	17 486
Établissements de soins de suite et de réadaptation	344	28 157	2 876
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	514	55 934	13 083
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145	12 947	1 386
Établissements de soins de longue durée	6	303	24
Autres	3	175	117
Ensemble	3 111	410 921	72 536

Sources : DREES, SAE 2014, traitement DREES.

4. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE AUX ETATS UNIS

TABLEAU 3 LES CHIFFRES RELATIVES AUX HOPITAUX DES ETATS UNIS

Nombre total des hôpitaux	6 210
Nombre d'hôpitaux communautaires	5 262
Nombre d'hôpitaux communautaires non gouvernementaux à but non lucratif	2 968
Nombre d'hôpitaux communautaires appartenant à des investisseurs (à but lucratif)	1 322
Nombre d'hôpitaux communautaires d'État et de gouvernements locaux	972
Nombre d'hôpitaux fédéraux	208
Nombre d'hôpitaux psychiatriques non fédéraux	620
Autres hôpitaux	120
Nombre total de lits en personnel dans tous les hôpitaux	931 203
Lits dotés en personnel dans les hôpitaux communautaires	798 921
Total des admissions dans tous les hôpitaux	36 510 207
Admissions dans les hôpitaux communautaires	34 305 620
Total des dépenses pour tous les hôpitaux américains	\$1 060 933 249 000
Dépenses pour les hôpitaux communautaires	\$966 204 239 000

Nombre d'hôpitaux communautaires ruraux	1 875
Nombre d'hôpitaux communautaires urbains	3 387
Nombre d'hôpitaux communautaires dans un système	3 494
Nombre d'hôpitaux communautaires dans un réseau	1 749

Source : Fast Facts on U.S. Hospitals, 2019 : L'American Hospital Association réalise une enquête annuelle sur les hôpitaux des États-Unis. Les données ci-dessous, publiées en 2019, sont un échantillon de l'enquête annuelle AHA 2017 (exercice 2017).

Les **hôpitaux communautaires** aux états unis sont définis comme étant des hôpitaux non fédéraux, des hôpitaux généraux à court terme et d'autres hôpitaux spéciaux. Les autres hôpitaux spécialisés incluent l'obstétrique et la gynécologie ; les yeux, les oreilles, le nez et la gorge ; soins de longue durée aigus ; réhabilitation ; orthopédique ; et autres services. Ce sont des hôpitaux non fédéraux à court terme. Sont exclus les hôpitaux non accessibles au grand public, tels que les hôpitaux pénitentiaires ou infirmeries universitaires.

Les **autres hôpitaux** comprennent les hôpitaux de soins de longue durée non fédéraux et les unités hospitalières au sein d'un établissement tel qu'un hôpital pénitentiaire ou une infirmerie d'école. Les hôpitaux de soins de longue durée peuvent être définis par différentes méthodes ; ils incluent ici d'autres hôpitaux avec une durée moyenne de séjour de 30 jours ou plus.

Le **système** est défini par l'AHA comme un système hospitalier multi-hospitalier ou diversifié. Un système multi-hospitalier est constitué d'au moins deux hôpitaux détenus, loués, parrainés ou sous contrat d'un organisme central. Les hôpitaux individuels et indépendants peuvent être classés en tant que système en regroupant au moins trois pour cent, et au moins 25% des membres de leurs organisations de soins de santé non hospitalières, qu'ils soient propriétaires ou loués ou non loués. L'affiliation au système n'empêche pas la participation au réseau.

Le **réseau** est un groupe d'hôpitaux, de médecins, d'autres fournisseurs, d'assureurs et / ou d'agences communautaires qui travaillent ensemble pour coordonner et fournir un large éventail de services à leur communauté.⁴⁴

⁴⁴2019 par Health Forum LLC, une filiale de l'American Hospital Association

5. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ANGLAIS

Ce n'est pas si simple d'arriver au nombre d'hôpitaux en Angleterre. Les hôpitaux NHS (national health service) sont gérés par des trusts (fiducies) aigus (il en existe environ 168 en Angleterre)⁴⁵.

Une fiducie hospitalière, également appelée « fiducie aiguë », est une fiducie du NHS qui fournit des services de santé secondaires au sein du Service national de la santé et qui ont été supprimés au NHS Wales. Les fiducies hospitalières ont été chargées de fournir ces services par les fiducies de soins primaires du NHS et maintenant par les groupes de mise en service clinique.

Cependant, le nombre de fiducies pour soins actifs ne correspond pas au nombre d'hôpitaux, car de nombreuses fiducies pour soins actifs exploitent des hôpitaux sur plusieurs sites. Il existe également des hôpitaux du secteur privé et des hôpitaux gérés directement par des fiducies de soins primaires.

E. LE PATIENT

1. DEFINITION DU PATIENT

« Le patient est le récipient des services de soins de santé, les médecins trouvent que le consommateur de soins – malade – mauvais juge de son propre intérêt en raison du double handicap d'un manque d'information (il ignore la science médicale) et d'un brouillage de la raison imputable aux effets physiques et psychiques de la maladie.

Le mot patient signifiait à l'origine « celui qui souffre ». Ce nom anglais vient du mot latin *patiens*, le participe présent du verbe déposant, *patior*, qui signifie « je suis souffrant » et s'apparente au verbe grec *πάσχειν* (= *paskhein*, souffrir) et à son nom apparenté *πάθος* (= *pathos*). »⁴⁶

⁴⁵National Health Service Choices, disponible sur : www.nhs.uk,

⁴⁶ Lebaigue, Dictionnaire latin – français, Librairie Classique d'Eugène Belin, Paris. 1881.

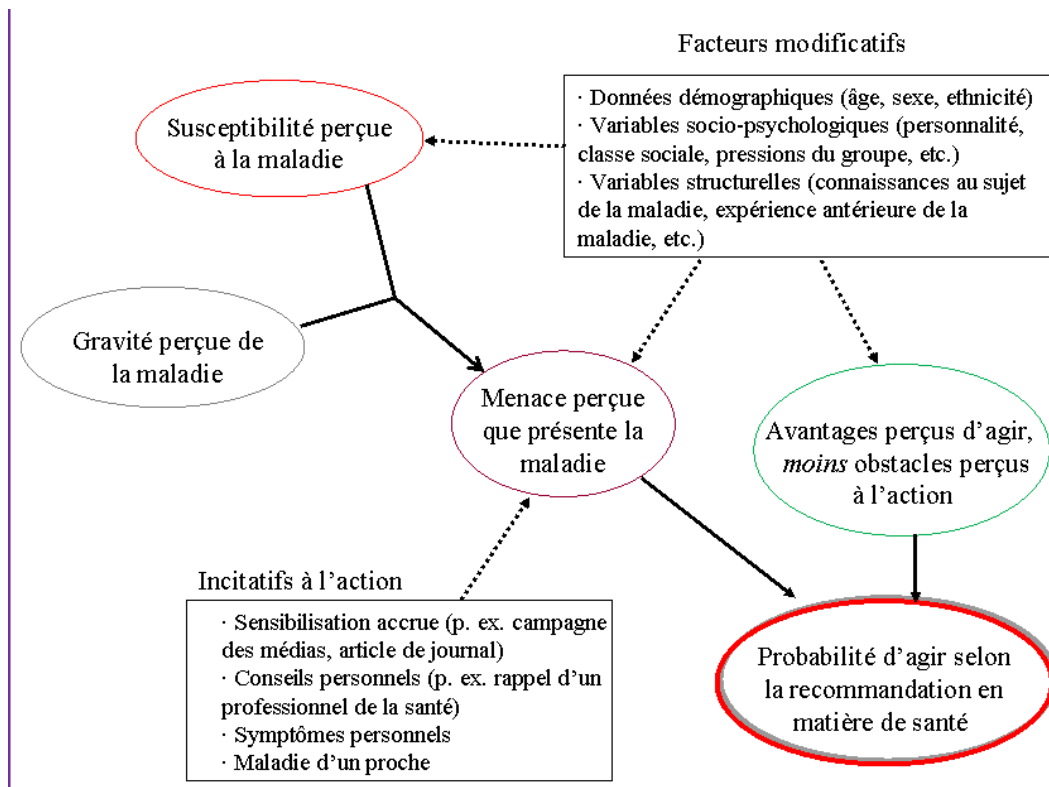
2. COMPORTEMENT DU PATIENT

Les agents de soins trouvent généralement qu'il est particulièrement difficile et qu'il faut énormément de temps pour changer le comportement des patients en matière de santé (les aider à arrêter de fumer, à faire de l'exercice, etc.). La psychologie offre nombre de modèles théoriques qui précisent les facteurs conjoncturels et personnels qui influent sur le comportement en matière de santé. La plupart des influences tendent à maintenir les comportements, mais certains modèles font état du processus de changement.

Le **Modèle de croyances pertinentes à la santé** est l'un des plus anciens et des mieux connus modèles du comportement en matière de santé. Selon ce modèle, trois éléments expliquent si une personne se conformera, ou non, à une recommandation visant à modifier son comportement :

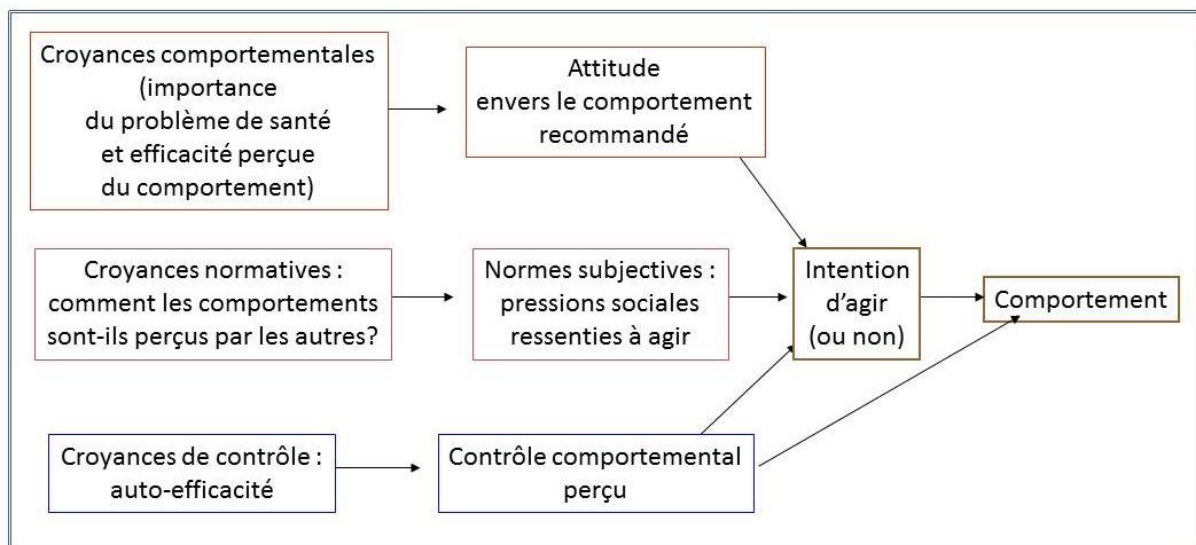
- (i) La personne se sent-elle prête à passer à l'action ? Cet élément dépend de la perception de sa susceptibilité à la maladie en cause, et de la gravité perçue de la maladie.
- (ii) Comment évalue-t-elle l'action recommandée ? D'abord, en termes de son efficacité – l'action préviendra-t-elle la maladie ou en réduira-t-elle la gravité ? Ensuite, quel jugement pose la personne quant aux coûts et aux contraintes d'ordre psychologique, financier, et autre de l'action proposée ?
- (iii) Il doit également y avoir un incitatif à l'action, qui déclenche une modification du comportement en matière de santé. Cet incitatif peut être interne (p. ex. la survenue de symptômes) ou externe (p. ex. un ami devient malade).

FIGURE 2 FACTEUR INCITATEUR ET PROMOTEUR DU COMPORTEMENT D'UN INDIVIDUS



Un deuxième bien connu modèle s'appelle **Théorie de comportement raisonné**. Encore une fois, le comportement envers la santé reflète trois influences : les attitudes de la personne envers l'action recommandée ; son sentiment de pression sociale vers l'action, et sa croyance d'être en contrôle de ses actions.

FIGURE 3 SCHEMA ILLUSTRANT LA THEORIE DE COMPORTEMENT RAISONNE



3. LA RELATION MEDECIN-PATIENT

La relation médecin-patient désigne l'ensemble des relations entre un médecin et son patient dans le cadre d'un acte ou d'un suivi thérapeutique. Le consentement éclairé et la confiance du patient, ainsi que l'écoute et l'empathie du médecin, sont des composantes de cette relation⁴⁷. On peut dériver plusieurs notions relatives :

LA DEONTOLOGIE MEDICALE

« La déontologie médicale est l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien doit observer ou dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession »⁴⁸.

LE PATERNALISME MEDICALE (MODELE PATERNALISTE)

Le modèle utilisé en économie et en politique, son aspect médical tourne autour de la relation médecin-patient. Il désigne une attitude adoptée par une certaine personne (ici le médecin) à délimiter la liberté d'action vis-à-vis la santé d'une ou plusieurs personnes (patients), dans l'intention d'agir dans leur bien-être santé. Terme venant de la relation entre un père et son enfant, en exerçant sur eux une autorité, du moins une certaine influence. Cette attitude peut être perçue comme forme de dictature à l'égard de ceux qu'elle vise, en particulier les personnes n'ayant pas intériorisé les notions d'auto-discipline (automédication) ou d'émancipation (en générale).

L'EFFET PLACEBO

Le placebo pur correspond à un médicament qui n'a aucune propriété pharmacologique intrinsèque, c'est à dire relative à son identité chimique. C'est caricaturalement le comprimé inerte, composé uniquement de lactose, ou la solution injectable ne renfermant que du sérum physiologique⁴⁹.

L'effet placebo correspond au résultat psycho-physiologique positif (bénéfique) constaté après l'administration d'une substance ou la réalisation d'un acte thérapeutique, indépendamment de l'efficacité intrinsèque attendue du traitement. Il a été observé chez des patients ou sujets d'expérience pour un groupe varié de symptômes et maladies⁵⁰. Cet effet serait de l'ordre de

⁴⁷ Règle de déontologie médicale, disponible sur : <http://www.sante.dz/dsp-25/codeD.html>, consulté le : 05/08/2019

⁴⁸ L'article 1 du décret exécutif n°92-276, du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale

⁴⁹ TROUILLOUD Aurélie, LA PRISE EN COMPTE DE L'EFFET PLACEBO PAR LE Pharmacien D'OFFICINE, faculté de pharmacie de Grenoble, 2003

⁵⁰ Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F, « Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects », Lancet, vol. 375, 2010, p. 686–695

30 % et pourrait atteindre 60-70 % dans les migraines ou les dépressions. Néanmoins, globalement, l'effet placebo comparé à une absence de traitement ne se traduit par aucun effet clinique important. Dans les cas où les patients rapportent une diminution de douleur, il est difficile de distinguer les effets rapportés d'un possible biais de notification⁵¹. Une diminution de symptômes après traitement par placebo pourrait aussi s'expliquer par une guérison spontanée ou une régression naturelle de la maladie⁵².

Conclusion

L'étude porte donc sur L'établissement de santé, son organisation, son fonctionnement et sa « patientèle ». L'importance de ces concepts se joue sur l'organisation des services, sur les relations entre les professionnels qui composent les équipes au sein des services.

L'organisation sanitaire algérienne accuse de nombreux dysfonctionnements, pour corriger ces anomalies, il est nécessaire de mettre en places des politiques durables adaptés aux moyens du pays. Aujourd'hui, la politique hospitalière doit répondre à de nouveaux enjeux, comme l'évolution de la démographie médicale, la réduction du temps de travail, la lutte contre les infections nosocomiales ou les difficultés que rencontrent les services d'accueil des urgences.

⁵¹ Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010

⁵² Les Sceptiques du Québec, « Effet placebo • Dictionnaire Sceptique » [archive], sur www.sceptiques.qc.ca consulté le 9 septembre 2019

Chapitre 2

Les Urgences Médico- chirurgicales

CHAPITRE 2 : LES URGENCES MEDICO CHIRURGICALES

Introduction

Les services des urgences font face à une augmentation continue de leur activité dont la cause tient à la fois à des changements des comportements des usagers et à une évolution de l'organisation des soins de ville, et dont les conséquences sont un engorgement de ces services et un allongement des temps d'attente et de passage des patients.

La principale mission des services d'urgence consiste à dispenser des soins à toute personne confrontée à un problème médical urgent. Il n'existe aucun consensus international quant à la définition précise de ce concept, mais deux éléments sont récurrents : le fait qu'il s'agit de symptômes d'apparition aiguë et le fait qu'ils requièrent des soins spécialisés immédiats.

Étant donné que les services d'urgence évoluent à la frontière entre soins ambulatoires et soins hospitaliers, ils sont nécessairement en étroite interaction avec les soins de première ligne, et plus particulièrement leurs modes d'organisation pour la prise en charge des problèmes aigus, non planifiés.

Dans ce chapitre on va voir traiter le concept des urgences médicales. Composé de cinq (5) sous sections étant la définition, l'organisation des systèmes, les problèmes courants et les urgences médicales en Algérie.

A. DEFINITION DES URGENCES

Le terme urgence provient du mot latin « *urgere* » qui signifie « presser » ou se « presser » ou encore « pousser à agir ».

Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse, le mot urgence se définit comme « situation particulière impliquant une procédure accélérée »⁵³

L'urgence désigne toute lésion ou affection mettant en jeu le pronostic vital à brève échéance, qui est susceptible d'engendrer des séquelles invalidantes sévères. Il s'agit là d'une définition

⁵³Louis Guilbert, Grand Larousse de la langue française, 1979

de technicien qui nécessite une évaluation technique initiale, la mise en jeu rapide de moyens de réanimation et qui bien sûr obligera presque toujours à une hospitalisation.

On peut dire alors que l'urgence représente la qualité d'une situation qui commande le déploiement rapide de moyens effectifs pour y faire face.

Le terme urgence n'est pas utilisé exclusivement en domaine médical, il couvre des situations diverses.

En pratique médicale, la définition de l'urgence est tout ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue : une douleur aiguë, une anxiété, un malaise, un traumatisme, une détresse médicale, sociale ou psychologique. **Askenasi**⁵⁴ et **Unger**⁵⁵ soulignent que « la médecine d'urgence est sans doute la seule spécialité définie par le lieu où elle se pratique. Ses fonctions particulières, les pressions qu'on y subit, l'imprévisible, l'imprévu et le chaos imminent qui y règnent façonnent la pratique de ceux qui y consacrent leur temps mais définit également le contenu de la spécialité. Le service des urgences est un creuset où se fondent une multitude de problèmes. ».

Les services des urgences sont des lieux où sont pratiqués des soins d'importance immédiate dont l'objectif est de pouvoir traiter des symptômes en temps restreint. De par l'aspect urgent qui les caractérise, la spécificité réside dans la promptitude de la prise en charge des malades que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique, pour l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates ou la mise en œuvre des soins infirmiers.

1. LES DIFFERENTES FORMES D'URGENCES MEDICALES

Il existe plusieurs formes d'urgences médicales, dont la représentation est différente aussi bien du point de vue médical que des usagers des services d'urgences :

- **Urgences médicales absolues** : concernent les malades qui requièrent des gestes de réanimation de survie ; ce sont des urgences lourdes avec pronostic vital mis en jeu ou risque fonctionnel grave latent ou patent dont le traitement ne souffre aucun retard c'est-à-dire l'extrême urgence.
- **Urgences médicales potentielles** : qui nécessitent une surveillance médicale continue.

⁵⁴ Askenasi R, Lheureux P, Gillet JB. Influence des examens demandés en urgence sur le temps de passage des patients dans un service d'urgence. Réanim soins intens Méd Urg 1989 ; p201-2.

⁵⁵ Bazin, Garnerin, Vermeulen, P-F Unger. Etude sur l'analyse des flux aux urgences : contexte, méthode et résultats, urgence 2000.2002 p161.

- **Urgences médicales différées** : correspondent à des conditions médico-chirurgicales aiguës qui exigent un diagnostic d'où il s'ensuit un traitement différé, et les patients peuvent être évacués vers des lieux mieux équipés et moins précaires.
- **D'urgences médicales vraies** : situation où un avis médical est indispensable immédiatement ex : accident de la voie publique et lieux publics sans notion de gravité immédiate, mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
- **Urgences médicales dépassées** : pour lesquelles aucun geste utile ne peut être accompli dans l'immédiat, du moins sur les lieux de l'accident. Si on se réfère aux usagers des services d'urgences (les patients et leur famille), l'urgence médicale est ressentie différemment et dans ce cas, nous pouvons parler :
- **D'urgences médicales ressenties** : états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié.

2. DEFINITION DES SOINS D'URGENCES

L'expression soin d'urgence désigne habituellement les soins procurés aux patients dont les besoins sont urgents et critiques, ces soins comportent la collecte des données concernant l'état psychologique et physiologique du malade.

Ces données qui sont reçues et conservées auprès du malade sont d'ordre physiologique et psychologique, l'infirmier doit effectuer rapidement un examen axé sur le problème clinique qui a motivé la visite, quant aux aspects psychologiques, il tient compte de l'évaluation de l'expression affective, du degré d'anxiété et du fonctionnement cognitif qui est la capacité de s'orienter dans le temps et dans l'espace, et de reconnaître ceux qui entourent le malade

Les soins d'urgence ne se cantonnent pas exclusivement aux soins techniques, c'est d'abord un rapport singulier entre le premier intervenant et le malade, puisque ce dernier est fragilisé par l'angoisse causée en premier lieu par l'évènement lui-même qui est soudain et brutal, mais aussi par l'inquiétude pour son état de santé ; un accueil froid, impersonnel, désintéressé ou blasé ne fera qu'empirer son angoisse.

Ce sont les raisons pour lesquelles le soin relationnel est tout aussi primordial que le soin technique. Le soin relationnel désigne un ensemble de moyens et de gestes utilisés par les infirmiers afin de réduire au maximum la souffrance psychique en diminuant l'angoisse, les peurs et de faire émerger un sentiment de bien-être pour renforcer l'espoir du malade quelle que soit sa pathologie. Être en relation entre soignant-soigné ne signifie pas nécessairement

prendre un temps spécifique pour discuter, c'est tout le travail du soignant qui prend sa place dans le processus de la relation. Celle-ci passe par le biais de différents médiateurs : la verbalisation, les mouvements, les attitudes, l'aspect extérieur de la personne, vêtements, accessoires, mais également les outils de travail (pinces, seringues, etc.). Ces éléments apportent une multitude de sources d'informations sur les différents protagonistes, en s'échangeant des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des pleurs, des cris...etc.

Comme le service des urgences est très spécifique, pour travailler sereinement il faut allier rapidité, technicité et relationnel (Laurent, n.d.).

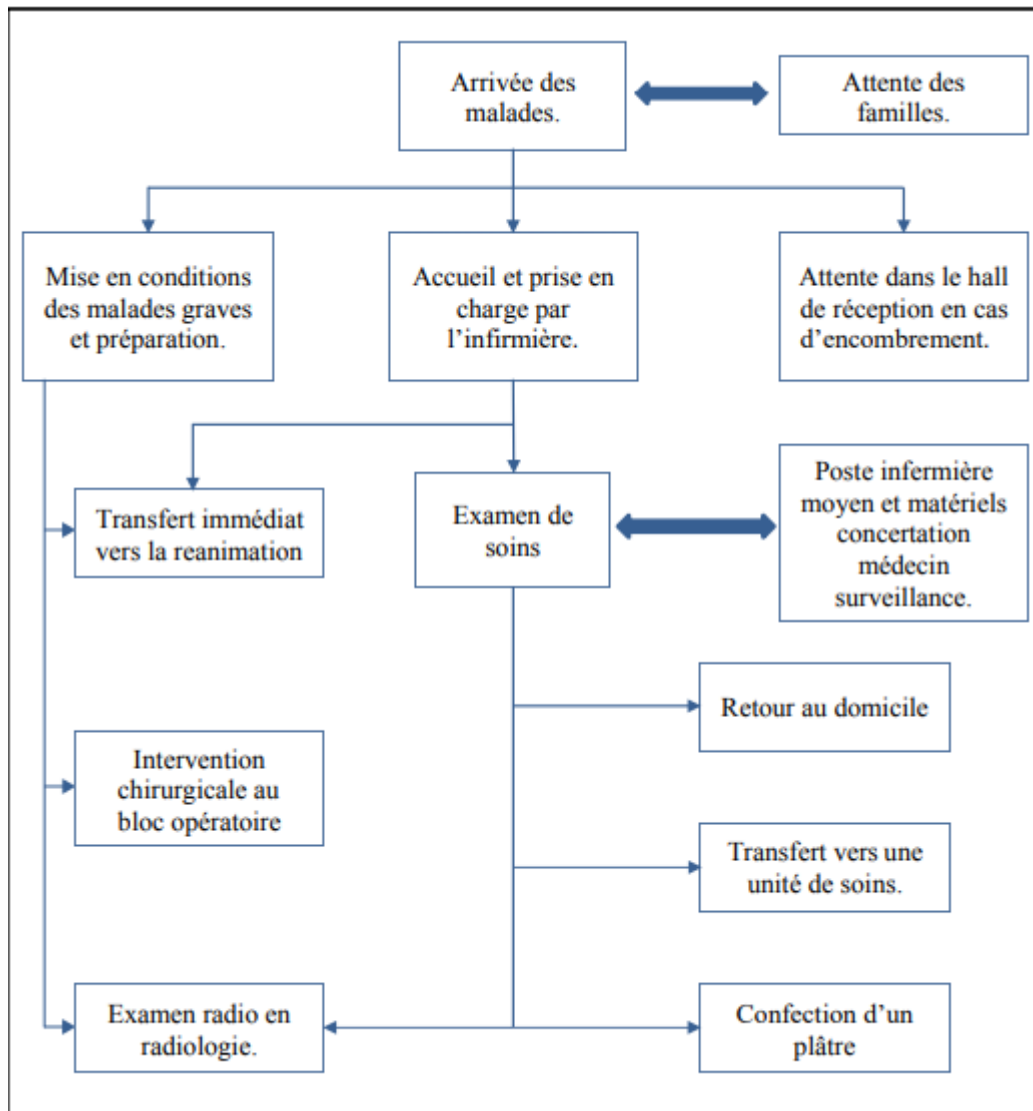
3. LES SPECIFICITES D'UN SERVICE D'URGENCE

Le service des urgences d'un hôpital ou d'une clinique du secteur privé ou public a comme rôle d'être ouvert 24heures sur 24, 365 jours par an. Il doit accueillir toute personne s'y présentant, à tout moment et quel que soit son état pour la soigner ou la diriger vers la structure la mieux adaptée. Ce service est le plus souvent formé d'équipes médicales et paramédicales pluridisciplinaires (Laurent, n.d).

En effet un service d'urgence est caractérisé par une adaptation permanente :

- A un flux irrégulier d'une heure à l'autre, d'un jour à l'autre, auquel il faut adapter un personnel d'accueil aux horaires fixes chez lequel alternent ainsi les périodes de calme et de surcharge.
- A des problèmes médicaux (urgence vraie ou urgence ressentie), et médico-sociaux (personnes âgées, drogués, sans abri...etc.)
- A des exigences techniques de qualité et de précocité des soins sur certaines détresses (traumatisés, intoxiqués, insuffisances cardiaques, syndrome psychiatrique...), qui ne représentent qu'un faible pourcentage des admissions.
- A la nécessité d'un plateau médico-technique de plus en plus élaboré, doté d'équipements de laboratoire et d'imagerie performants avec les personnes indispensables à son fonctionnement 24h/24.
- A une alternance de problèmes d'urgences graves, détresses vitales nécessitant précocité et qualité des soins et moins graves ; les services d'urgences aussi appelés porte d'entrée névralgique du système de santé, sont constamment confrontés au défi d'assurer l'accessibilité aux soins. L'organisation de ces services est flexible afin de répondre aux besoins de chaque patient.

FIGURE 4 CHEMIN D'UN MALADE DANS UN SERVICE D'URGENCE MEDICALE



Source : Organigramme d'un service d'urgences, circuit des malades.
Source :(FERMAND, 1999)⁵⁶.

4. L'ORGANISATION DES SYSTEMES D'URGENCES

Un système est défini comme étant un ensemble d'éléments complexe en interaction permanente. Ainsi, le système d'urgences se compose de plusieurs éléments interdépendants. Chaque État organise de façon spécifique ces services d'urgences au sein de différentes

⁵⁶MECEDDED MEGRI MOKRANE, Mémoire « Eléments de caractérisation et de qualification de l'expérience et du vécu des usagers au sein des urgences des hôpitaux » Université Abderrahmane Mira – Bejaia, 2017, p20

structures qui lui sont propre. L'ensemble de ces structures constituent un réseau. On peut, pour autant, mettre en évidence deux types de structures : les structures d'urgences préhospitalières et les structures d'urgences hospitalières.

L'urgence pré hospitalière se définit comme : « toute demande d'intervention non programmée nécessitant une repense rapide et adaptée à l'état du patient ».⁵⁷ Les structures d'urgences pré hospitalières sont donc l'ensemble des dispositifs mis en place par un État pour apporter une aide médicale aux personnes victimes d'un accident ou d'une affection brutale et inattendue. Elle comporte en général un système d'alerte, par lequel la victime ou les témoins peuvent demander cette aide médicale urgente, et des services mobiles d'intervention. Les urgences médicales dans les pays occidentaux sont organisées de différentes manières. Nous avons pris quelques exemples d'organisation.

EN ALLEMAGNE

Il existe 237 centres de contrôle de secours, chacun contrôlant toutes les opérations de secours dans une région précise. Cette coordination des secours organise toutes les missions d'urgence dans une région dans un rayon de 30 à 50 km Le centre de contrôle reçoit tous les messages, donne l'alarme, contrôle et régule les moyens d'intervention d'urgence sur le terrain et les hôpitaux de destination. Le transport d'un patient se fera non pas à l'hôpital le plus proche mais à l'hôpital approprié qui est déjà informé de l'arrivée du patient⁵⁸.

Les médecins de l'urgence doivent être spécialistes ou au moins à leur troisième année de spécialité en chirurgie, en anesthésie ou en Médecine Interne. Ils doivent également avoir travaillé au moins 6 mois dans une unité de soins intensifs.

Les connaissances théoriques sont régulièrement mises à jour à l'aide d'une formation continue obligatoire.

Les jeunes médecins sont accompagnés de collègues ayant plus d'expérience pendant les premiers mois de leurs activités :

Les ambulanciers doivent avoir des qualifications en techniques de secourisme et de traitements médicaux d'urgence.

⁵⁷ www.sante.gouv.fr consulté le 08 mai 2019

⁵⁸ BENATIA Yacine, « l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes », p23

Le personnel paramédical doit subir un enseignement d'urgence et doit être supervisé par des professionnels.

Le transport d'un patient stabilisé se fera non pas à l'hôpital le plus proche mais à l'hôpital approprié qui est déjà informé de l'arrivée du patient.

EN FRANCE

Il existe une régulation médicale régionale nommée SAMU qui signifie service d'aide médicale urgente. Cette régulation dirige les urgences vers les centres spécialisés en garantissant dès avant l'arrivée du malade de la mobilisation de l'hôpital pour son accueil.

Le SAMU (centre 15) est un organisme d'évaluation d'une détresse, et de répartition de moyens d'interventions quelle que soit leur origine (publique ou privée), leur qualification (paramédicaux, médecins, anesthésistes réanimateurs), les moyens mis en œuvre (praticien libéral ou paramédical dans son véhicule personnel, ambulances de transport simple, ambulances de réanimation, moyens de transport aériens). Il comprend essentiellement un centre de réception et de régulation des appels. Cet appel peut provenir directement du public en composant le numéro 15⁵⁹.

Le SAMU (centre15) n'oriente pas tous les malades sur les hôpitaux, certains sont orientés vers le médecin de ville lorsqu'il s'agit d'urgences relevant de sa compétence, réduisant ainsi le nombre de patients s'adressant directement à l'hôpital avec pour effet de désengorger quelque peu les services d'urgence.

Les transports sanitaires sont assurés par les SMUR (service mobile d'urgence réanimation) et les sapeurs-pompiers qui sont le plus souvent médicalisés. L'accueil : il existe deux types d'accueil

- Les SAU : services d'accueil d'urgence en mesure d'accueillir tous les types d'urgence.
- Les ANACOR : Antennes d'accueil et d'orientation des urgences qui ont pour vocation d'accueillir les patients relevant de la médecine générale et de mettre en condition les patients relevant d'autres spécialités.
- Les UPATO : Les unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences, elles prennent en charge des cas plus simples, ce sont des structures plus

⁵⁹Flaujat & maille, 1993

légères qu'un SAU. Si elles ne peuvent pas traiter tous les cas, elles permettent d'avoir un bon maillage du territoire et une réponse rapide pour les urgences les plus courantes.

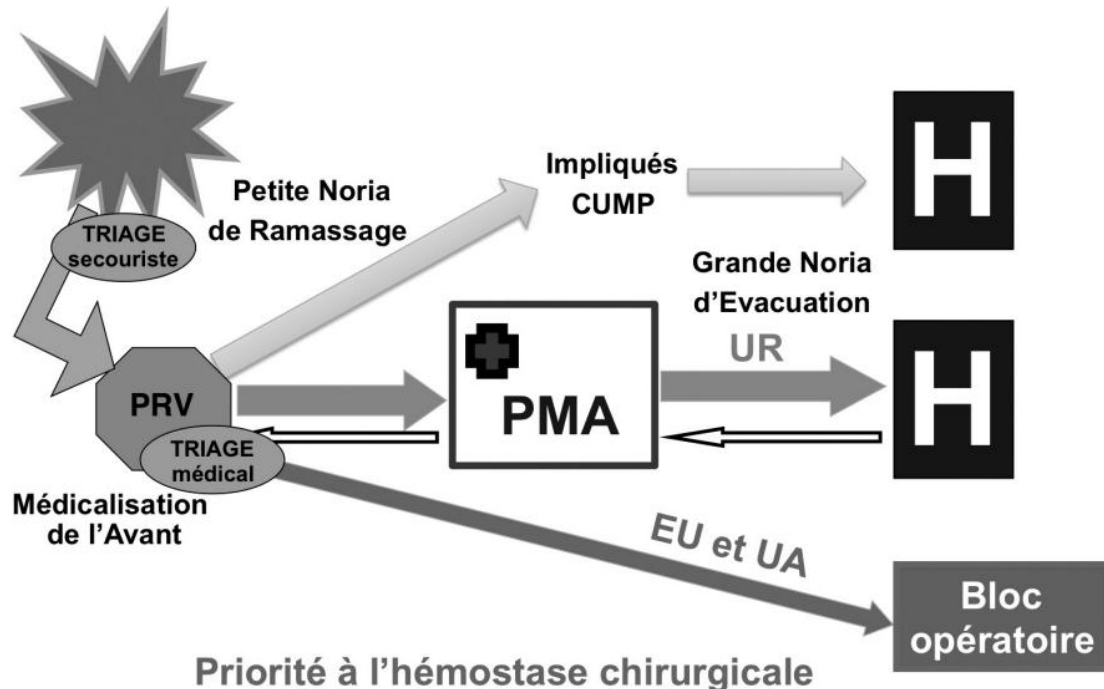
L'unité de proximité doit accueillir et procéder à l'examen clinique de toute urgence, y compris psychiatrique. Si elle ne peut pas traiter elle-même la pathologie, elle doit l'adresser à un autre service ou établissement⁶⁰.

- Le pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences : c'est un service d'urgence spécialisé, il est généralement implanté dans des établissements spécialisés, il est capable de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement dans des domaines spécifiques comme la pédiatrie, psychiatrie, cardiologie...

Les conditions de fonctionnement de pôle spécialisé d'accueil et traitement des urgences est identique à celle des SAU, ce service doit disposer de tous les moyens techniques indispensable à la prise en charge des urgences qu'il accueille.

En outre, il doit bénéficier au sein de l'établissement de santé dans lequel il se trouve : d'une unité de réanimation, d'un bloc opératoire avec une salle surveillance, de moyens d'imagerie et d'échographie et d'un laboratoire permettant de réaliser les examens nécessaires et d'en délivrer les résultats sans délais.

FIGURE 5 SCHEMA DE LA CHAINE MEDICALE DE L'AVANT



⁶⁰ Baye Ndongo DIOUF, « profil des patients admis en réanimation modalistes d'admission et conséquences sur l'évolution », pour obtenir le grade de docteur en médecine (diplôme d'État), Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie, université Cheikh Anta Diop De Dakar, 2008 .in : www.sist.sn, consulté le 8 mai 2019

Source : Romain JOUFFROY et all, Organisation de la filière de soins du terrain à l'hôpital, Bulletin Académique, Natle Méd, 2016, 729-746

PRV : point de rassemblement des victimes ; PMA : Poste Médicale Avancé

UA : urgence absolue ; UR : urgence relative

CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique

EN AMERIQUE

Il existe une régulation régionale et des services d'accueil des urgences pluridisciplinaire, une différence avec les pays européens, les transports primaires sont le plus souvent non médicalisés obéissant à la théorie "Scoop and Run" (évacuation rapide) qui a toujours ses défenseurs.

Les États-Unis ont remarqué que, pour les traumatismes graves, les victimes décédaient dans les premières heures. Notamment, en cas d'hémorragie interne, seule une opération chirurgicale peut sauver la victime. Il fallait donc que la victime puisse être sur la table d'opération en moins d'une heure — c'est le concept de golden hour (heure d'or). Ils ont donc développé une structure basée sur des ambulances sans médecin, avec du personnel paramédical (EMT-P, emergency medical technician-paramedic) formé à des gestes médicaux, comme l'intubation trachéale, la pose d'une voie veineuse périphérique (perfusion), l'administration de certains médicaments (bronchodilatateurs, adrénaline), mais sans possibilité d'initiative si le cas sort des protocoles prévus. Ces « paramedics » évacuent la victime le plus rapidement possible vers un trauma center (centre hospitalier), la méthode est appelée scoop and run (charger et courir).

TABLEAU 4 COMPARAISON ENTRE LE MODELE ANGLO-AMERICAIN ET LE MODELE FRANCO-ALLEMAND EN SOINS D'URGENCE PREHOSPITALIERE

Modèle Anglo-Américain	Modèle Franco-Allemand
Peu traités et déchargé en scène. Majorité transportée vers l'hôpital	Plusieurs traités et déchargés en scène. Référence et suivi, le cas échéant. Eviter transport non nécessaire vers l'hôpital
Les paramédicaux opérant sous la supervision indirecte des praticiens médicaux ou suivant les guides de pratique clinique	Praticiens médicaux soutenu par les paramédicaux, infirmiers titulaires ou staff auxiliaires

« Scoop and run »	« Stay and play »
Amener le patient à l'hôpital	Amener l'hôpital au patient
Département d'urgence	Directement au service concerné e.g Unité cardio, en contournant le département d'urgence

Source: J. Haydel Collins, What the PHECC: An Introduction to Pre-Hospital Emergency Care, Semantic Scholar, 2015

5. LE TRI DES PATIENTS

Le problème d'engorgement des urgences est devenu chronique ces dernières années, les services d'accueils et d'urgences sont confrontés aux difficultés d'assurer l'accessibilité aux soins. Pour régler ce problème, plusieurs services d'urgences dans les pays occidentaux ont mis en place un processus de tri qui permet aux soignants de déterminer la priorité des soins en fonction de l'urgence et de la gravité des cas.

Le système de tri est un processus qui consiste à identifier, évaluer et classer les problèmes de santé des patients qui se présentent au service des urgences selon des critères établis. Ce processus permet de déterminer la réponse la plus appropriée à leurs besoins, dans les limites de temps acceptables.

Donc, trier c'est classer les patients à l'accueil en fonction de leurs besoins de soins ainsi que minimaliser les risques liés à l'attente.

Dans la plupart des pays, les patients sont triés par degré de gravité à leur arrivée dans une structure des urgences. Ce tri s'effectue en général par une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), aidée d'un médecin si besoin.

La fonction d'infirmière d'accueil et d'orientation constitue un rôle d'accueil, de décision et d'orientation. L'infirmière doit avoir un bon jugement clinique et être capable de prendre rapidement des décisions adaptées aux profils des patients se présentant aux urgences qui lui permettant d'assurer la gestion du service.

Cependant, un triage efficace demande une utilisation appropriée de plusieurs sens : la vision, l'audition, l'odorat et le toucher. Certains signes non verbaux peuvent être importants : grimaces, cyanose, peur, etc.

Chaque État utilise une échelle de tri pour déterminer le degré de priorité des besoins de soins. L'échelle de triage établie une relation entre les besoins des patients en soins et les délais rationnels pour effectuer les soins requis. Elle associe donc au triage l'affectation de délais idéaux de prise en charge médicale.

En France, les urgences sont classées selon quatre niveaux de priorité, signalés par un code de couleur et impliquant un délai maximum avant la prise en charge :

Tableau 5 les quatre niveaux de priorités

Priorité	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Couleur	Rouge	Orange	Vert	Bleu
Degré de l'urgence	Extrême urgence « risque vitale »	Très urgent « risque vital ou fonctionnel à court terme »	Urgent « risque vital ou fonctionnel potentiel »	Non urgent
Délai	Immédiat	≤ 30 min	≤ 60 min	≤ 120 min

Source : Dr Jean Goalard, « Projet URGENCE 2005-2008, Centre Hospitalier de la Côte Basque L'ACCUEIL DU SAU », Version 24 novembre 2005, in : www.urginfo64a.net/IMG/pdf/Proj.Urg.06.Accueil_Version24-11.pdf.

Tous les patients doivent être triés dans les SAU, qu'ils soient « couchés » ou « debout », même les patients transportés par le SMUR se révélant de gravités variables n'échappent pas à cette règle.

Le Royaume Unie utilise un système de triage mis en place à l'échelon national « Manchester triage système » (MTS), Le MTS est utilisé dans les services d'accueil des urgences. Il a été créé en 1994, et son utilisation a été étendue à tout le Royaume-Uni en 1997 pour devenir l'UK *National Triage Score*. Il classe les patients en cinq catégories :⁶¹

⁶¹Yves MAULE, infirmier en chef « Echelles de TRI Tour d'horizon », CHU Brugmann, 2014, p 45

1. *Immediate resuscitation* : le patient nécessite des soins immédiats pour sa survie. Pas de délais avant les soins.
2. *Very urgent* : le patient a des maladies ou blessures sérieuses qui ne le mettent pas en danger immédiat. Délai maximal avant les soins : 10 minutes.
3. *Urgent* : le patient a des problèmes sérieux, mais son état est stable. Délai maximal : 1 heure.
4. *Standard* : l'état de santé n'est pas en danger immédiat. Délai maximal : 2 heures.
5. *Non-urgent* : le patient ne relève pas des services d'urgence. Délais maximaux : 4 heures.

Le triage START (pour *Simple triage and rapid treatment* (en), en français « triage simple et traitement rapide ») est généralement mené en 60 secondes ou moins. Une fois l'évaluation terminée, on attribue à la victime un des quatre niveaux suivants :

- *Deceased* : décédé : mort ou agonisant, pas de traitement ;
- *Immediate* : traitement immédiat (respect de l'heure d'or) ;
- *Delayed* : traitement urgent, peut attendre jusqu'à une heure ;
- *Minor* : traitement en attente, peut attendre jusqu'à trois heures.

Le tri se fait en cinq étapes :

- 1) Les personnes pouvant marcher sont dans un premier temps classées *minor*, et seront réévaluées plus tard ;
- 2) On contrôle les fonctions vitales des personnes allongées :
 - a. 2R : respiration, en absence de respiration, la personne est déclarée *deceased* (décédée),
 - b. 2P : pouls, si la personne présente des signes de collapsus et n'est pas perfusée, elle est classée *immediate*,
 - c. 2M : conscience (*mental state*), si la personne est inconsciente ou désorientée, elle est classée *immediate*,

- d. Si une hémorragie est détectée, elle est maîtrisée par les moyens habituels,
- 3) Diagnostic et évacuation des personnes marquées *immediate*,
- 4) Diagnostic des personnes marquées *delayed*,
- 5) Diagnostic des personnes marquées *minor*. Calcul mental de la somme de tous les nombres de 1 à 100.

6. LES INFIRMIERS AUX URGENCES

Afin de prendre en charge globalement les patients et pour un processus de triage efficace, la fonction d'infirmier constitue un rôle clé, à la fois d'accueil, de décision, d'orientation et de soins. Grâce à ses études, sa formation spécialisée et son expérience qui lui offre la possibilité d'aider les personnes qui sont en situation de crise et la capacité d'évaluer et de reconnaître les problèmes de santé de ces derniers, de participer et de manière efficace à la gestion du service quant à l'état des blessés et des patients dont l'état est critique, de soutenir les familles et de répondre à leurs besoins...etc.⁶²

LES COMPETENCES DU SOIGNANT

L'infirmier intervient à différents niveaux dans la prise en charge de la personne soignée, au sein du service d'urgences.

- **L'ACCUEIL** : l'infirmier, après avoir pris connaissance de l'identité de la personne quand cela est possible et identifié le(s) motif(s) d'entrée et les priorités de soins, la guide vers un box afin qu'une consultation puisse avoir lieu, ou bien le fait de patienter en salle d'attente, en fonction du degré d'urgence. Il s'agit donc du 1^{er} contact, 1^{ere} approche du patient souvent vectrice suite aux évènements qui doit reconnaître la souffrance de la personne et lui permettre de la « poser ». L'infirmier a, dans cette situation, un véritable rôle d'expertise. Car l'accueil d'un patient aux urgences est toujours générateur d'un stress majeur pour le malade et sa famille. Devant cette situation, l'infirmier doit faire preuve de calme, de tolérance, il doit se montrer rassurant et avoir le sens de l'écoute et de la compréhension pour éviter les situations de violence de la part du malade ou de sa famille.

⁶²[Http : // www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com), consulté le 8 mai 2019

- **LE RECUEIL DE DONNEES** : Qui permet de déterminer les ressources de la personne, son statut social, son histoire de vie, ses antécédents, la nature de ses troubles, l'histoire de la maladie...etc. Tant à partir des observations de la personne, que des réponses données, le soignant va pouvoir formuler les diagnostics propres à la situation, selon les priorités du moment.

- **LA REALISATION DES SOINS** : qu'ils fassent partie du rôle propre, ou qu'ils soient prescrits, ils occupent une place importante dans le schéma de la prise en charge infirmière. Il s'agit de faire apparaître toute la dimension technique, tout en restant profondément « relationnel », ainsi, le soignant ne doit pas imposer ses actes à la personne soignée, mais la faire participer de manière indirecte, en lui expliquant le but du soin, afin qu'elle ne perde pas toute la dimension humaine qui la caractérise.

- **LA SURVEILLANCE** : Elle intervient dans la continuité de la prise en charge, que ce soit avant les soins ou après. Les qualités du soignant doivent lui permettre de savoir évaluer les éléments importants par rapport à une situation donnée, il s'agit donc pour le soignant de savoir dans quel registre se situe le patient, de cibler ses investigations en fonction d'un problème cardiaque, respiratoire, etc.⁶³

B. PROBLEMES COURANTS LIES AUX URGENCES

1. L'OVERCROWDING

INTRODUCTION ET DEFINITION

Le terme overcrowding, ou « encombrement » en français, réfère à l'état d'une salle d'urgence qui comporte un nombre excessif de patients, bien supérieur à sa capacité (**Aldridge, Rogers, Bailey, & Rogers, 2016**). Il s'agit d'un phénomène multifactoriel et complexe (**Derlet & Richards, 2002**) et bien qu'il n'y ait pas de définition précise et unique, l'overcrowding englobe les situations dans lesquelles :

- La demande pour les soins du service d'urgence dépasse la capacité du service à prodiguer des soins endéans une période de temps raisonnable et où certains patients attendent pendant des heures avant de voir un médecin (**Anantharaman & Seth, 2015**)
- Les patients ayant besoin de se faire hospitaliser n'ont pas accès à un lit dans un service approprié endéans une période de temps raisonnable et où les patients restent

⁶³Http : //www.infirmiers.com

donc dans la salle d'urgence pendant longtemps avant d'être transférés

(**Anantharaman & Seth**, 2015)

- Les patients sont traités dans les couloirs et autres zones d'examen de fortune (**Trzeciak & Rivers**, 2003)
- Ressources du service d'urgence ne sont pas suffisantes pour répondre aux besoins identifiés (**Anantharaman & Seth**, 2015)

Étant donné que les services d'urgence sont des lieux dotés de grande imprévisibilité (**Anantharaman & Seth**, 2015), un overcrowding brusque est à prévoir puisque, comme le dit si bien **Dickinson** (1989), « the unscheduled nature of emergency visits creates peaks and valleys in patient volume that can quickly transform a vacant emergency department into an overflowing area. These are the normal features of an emergency department » (**Dickinson**, 1989, p. 270). Ce phénomène peut donc se produire partout et même dans les établissements les mieux managées, mais le problème est qu'il ne s'agit plus d'une anomalie mais plutôt d'une norme dans de nombreux hôpitaux (**Dickinson**, 1989). En effet, une étude menée en 2002 au niveau national aux Etats-Unis par **Trzeciak** et **Rivers** (2003) a montré que 90% des grands hôpitaux ont rapporté opérer « à capacité » voire « au-dessus de leur capacité ».

CAUSES

Les causes de l'overcrowding sont variées et multiples.

- On peut citer les causes démographiques. La croissance de la population induit une augmentation du volume de patients à traiter et le fait de recevoir des patients atteints de conditions de plus en plus sévères et de nombreuses personnes âgées rend les choses plus laborieuses (**Derlet & Richards**, 2002).
- La disponibilité de lits pour les admissions en hospitalisation est l'un des facteurs-clés menant à l'overcrowding et au « boarding » dans la salle d'urgence, les patients ne pouvant pas être déplacés, faute de place (**Derlet & Richards**, 2002). En plus d'une gestion non-optimale des lits, les capacités d'hospitalisation ne couvrent pas les besoins d'une population atteinte de maladies de plus en plus sévères (**Trzeciak & Rivers**, 2003).
- L'accès aux soins de première ligne (médecins généralistes), qui, lorsqu'il est difficile, pousse les patients à se tourner vers les services d'urgence (**Derlet & Richards**, 2002). Le manque d'institutions de rétablissement a également pour effet d'encombrer l'hôpital par une difficulté à libérer des lits (**Anantharaman & Seth**, 2015).

- L'augmentation des standards de soins constitue une autre cause de l'overcrowding dans le sens où la population espère un niveau de prise en charge distingué de la part des services d'urgence. Cela conduit à une augmentation des examens diagnostiques effectués, prolongeant la durée de séjour d'un patient donné (**Derlet& Richards, 2002**).
- Le manque de personnel soignant aux urgences tel que les infirmières et les médecins (**Kollek, 2002**) mais aussi dans les laboratoires et services de radiologie, qui se retrouvent en situation de surexploitation (**Derlet& Richards, 2002**).
- D'autres causes de l'overcrowding demeurent dans les inefficiences à prodiguer les soins, que ce soit en raison de méthode ou marche à suivre en vigueur dans l'hôpital (**Anantharaman& Seth, 2015**), de la barrière de la langue par exemple (**Derlet& Richards, 2002**).

Enfin, il faut citer que les causes de l'overcrowding se trouvent couramment à l'extérieur des salles d'urgence, et sont le symptôme d'une faiblesse du système (**Kollek, 2002**). Il ne faut pas non plus omettre la variabilité inhérente aux services d'urgence ainsi que les variations saisonnières (**Anantharaman& Seth, 2015**).

CONSEQUENCES

Les conséquences de l'overcrowding sont de plusieurs manières.

- Une augmentation de l'attente pour les patients qui se présentent aux urgences avant d'être vu par un médecin ou de recevoir des soins (Dickinson, 1989). Cette attente cause de la frustration pour les patients et peut signifier un prolongement inutile de la souffrance et de la douleur (Derlet& Richards, 2002). Elle est également à l'origine d'une détérioration de la qualité des soins et engage la sécurité du patient en le soumettant à des risques plus importants d'issues négatives concernant sa santé (**Anantharaman& Seth, 2015**).
- Une augmentation du nombre de patients présents dans un environnement avec des ressources limitées ajoute également du stress et de la pression aux membres du corps soignant (**Anantharaman& Seth, 2015**). Ce stress est nocif aux patients, les soignants étant alors plus exposés aux erreurs médicales et moins disponibles pour prodiguer des soins adéquats, ce qui impacte négativement la qualité des soins (**Trzeciak& Rivers, 2003**).

- Le « boarding » aux urgences est aussi une conséquence de l'overcrowding. Il s'agit du fait que le service d'urgence soit rempli de patients qui devraient être hospitalisés et nécessitant des soins relativement intensifs. La sécurité de tous les patients des urgences s'en trouve grandement exposée car, d'un côté, ces patients de haute gravité nécessitent une attention entière et pleine qui ne peut être fournie par le corps soignant par manque de ressources, tandis que, d'un autre côté, le travail à accomplir pour ces patients retient les soignants qui ne peuvent donc pas accorder aux autres patients des urgences l'attention nécessaire (Trzeciak & Rivers, 2003).

C. ORGANISATION DES URGENCES EN ALGERIE

Les urgences constituent actuellement une préoccupation dans tous les pays du monde et les Médias ne s'y trompent pas lorsqu'elles les traitent comme un phénomène fascinant la société. En Algérie, tous les Ministres de la santé qui se sont succédé depuis l'indépendance se sont Préoccupés des urgences, mais les actions entreprises ont rarement été menées à leur terme.

1. L'ORGANISATION D'UN SERVICE D'URGENCES

Compte tenu de la diversité des situations rencontrées, le service des urgences est structuré en différents secteurs de soins ayant un objectif bien défini dans le parcours de prise en charge.

Une zone d'accueil et d'orientation, qui permet de cibler la priorité de prise en charge du patient et d'évaluer tout risque vital chez une personne qui se présenterait par ses propres moyens.

Une zone de déchoquage (également appelée salle d'accueil des urgences vitales) où sont soignés tous les patients véhiculés par le Samu, ainsi que ceux présentant un risque vital. Les premiers gestes de réanimation y sont donnés ainsi que des traitements adaptés.

Une zone de consultations comprenant une dizaine de "box" où les personnes pourront être installées et interrogées sur les circonstances d'apparition de leurs symptômes. Cet espace permet d'effectuer des prélèvements, de réaliser un examen clinique, de suturer si besoin.

Une salle d'observation ou de surveillance (également appelée zone de surveillance rapprochée), où les patients attendent les résultats de leurs examens qui détermineront la suite

de leur parcours de soins. Parfois, cet espace sert de lieu d'hospitalisation transitoire, le service des urgences étant toujours confronté au manque de lits d'hospitalisation.

Une zone d'hospitalisation de courte durée (également appelée unité d'hospitalisation de courte durée), où la durée moyenne de séjour ne doit pas excéder 48 h. Ce secteur doit être réactif pour transférer au plus vite des patients dans les services de spécialités requis.

Une pharmacie dédiée aux urgences regroupant tout médicaments nécessaires aux cas qui se présentent. De plus des stocks de produit consommable (tissu compresse, seringues, pensement, ...) et semi consommable (chaises roulantes, béquilles, ...). Elle est alimentée par la pharmacie centrale de l'établissement.

Une salle de repos dédiée aux corps médicales et paramédicales en période de garde, on y trouve souvent des accommodations basiques et des lits pour repos.

Des vestiaires où se change l'effectif médicale et paramédicale.

L'aile administrative détachée de la direction générale, elle gère et manage l'établissement d'urgences.

2. LE FONCTIONNEMENT DU SAMU EN ALGERIE

Depuis sa création en février 1995 par le ministère de la santé et de la population de l'époque, le système de fonctionnement du SAMU en Algérie et ses missions ne sont pas encore définis jusqu'à aujourd'hui à défaut d'une coordination, d'un personnel qualifié et une formation adaptée.

Le centre de régulation du SAMU reçoit les appels d'urgences médicales et il se charge de l'envoi des ambulances, mais il trouve des problèmes d'information sur la disponibilité des lits dans les établissements sanitaires et il perd beaucoup du temps à la recherche de lits dans les hôpitaux. Le rôle du SAMU en Algérie est seulement le transport des malades à l'hôpital, de même, il ne suffit pas d'avoir un numéro de téléphone vert pour dire qu'on assure la prise en charge des personnes en détresse, alors qu'ailleurs le SAMU est le maillon fort de la chaîne de la médecine d'urgence et sa mission principale s'accroît sur la régulation dans l'accès aux soins.

Cependant, cette sortie de l'hôpital en dehors de ses frontières habituelles nécessite une bonne coordination et une adhésion des praticiens privés, de l'ensemble des hôpitaux et des services d'un même hôpital pour l'accueil des patients ramenés de leur domicile ou du lieu de l'accident.

Pour ce qui est du transport des patients à l'intérieur d'un hôpital ou entre hôpitaux, nous accusons un retard considérable. Les transferts parfois injustifiés et s'effectuant dans de très mauvaises conditions.

3. LES POMPIERS

C'est une composante du système des urgences en Algérie, sous un numéro vert « 14 », sa mission principale est de sauver les personnes lors des catastrophes naturelles, accidents de la voie publique, incendie, etc. un pompier chargé de répondre aux appels et interroger les usagers dans le but de se renseigner sur quelques informations qui seront utiles pour la prise en charge (adresse, âge, la nature de la maladie ...), après avoir collecté ces données, ils vont envoyer une ambulance sur l'adresse du patient, certes ces ambulances sont bien équipées mais ne dispose d'aucun médecin, seulement des pompiers chargés de faire les premiers soins de secours et de transporter les victimes vers les services d'urgences le plus proches. Il existe aucune coordination entre les pompiers, les urgences hospitalières et le SAMU.

4. LES URGENCES HOSPITALIERES

En Algérie, les services d'urgences affrontent une multitude de contraintes d'ordre professionnel, matériels et organisationnel qui influent sur l'efficacité aussi que la qualité des soins, ces services sont devenus, pour une part très importante des services de consultation non programmés, alors que ces services étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints. D'autre part, les personnes qui fréquentent ces lieux souffrent aussi des temps d'attente jugés parfois excessifs.

L'absence d'un service d'accueil et plus précisément le processus de tri qui classe les patients par niveaux de gravité dès leurs arrivés aux urgences, sont les principaux problèmes d'organisation des urgences. En plus, le nombre insuffisant de personnel médical (médecins, infirmiers) qui ne peut pas gérer le nombre accru des patients dans la salle d'attente.

Parmi aussi les dysfonctionnements de l'organisation des urgences en Algérie, le retard qui enregistre par fois le personnel pour s'occuper d'un malade, il faut d'abord attendre l'arrivée du médecin de garde, alors que les souffrances du patient deviennent de plus en plus insupportables, le personnel paramédical qui devait intervenir, lui aussi se considère non concerné et attendre également l'arrivée du médecin.

Conclusion

Hôpital, espace hospitalier et urgence ont montré que le service d'urgence est un service qui joue un rôle clé dans le système de santé et dans la structure hospitalière d'aujourd'hui, étant le service en contact direct avec l'extérieur, il reçoit des cas critiques, nécessitant une intervention immédiate. Malgré sa spécialisation, sa diversité en termes de service, le service d'urgence reste toujours un lieu de traitement rapide de cas imprévu, un lieu où l'intervention de personnel soignant doit être immédiate, où le malade ne peut attendre, où l'accompagnateur de malade doit se trouver dans l'incapacité d'agir. Le service d'urgence, malgré sa récente intégration dans l'hôpital s'est vite adapté, prenant ainsi des services autonomes, jusqu'à en devenir des pôles spécialisés.

La prise en charge des urgences est l'une des missions primordiales des établissements de santé. Ces derniers, au travers de la structure d'urgence, ont dû depuis les années 90, répondre à une demande exponentielle de soins non programmés, ce qui a posé le problème du dimensionnement de la structure et de ses moyens. Cette situation a affronté des problèmes organisationnels démesurés. C'est face à cette situation que les décideurs hospitaliers manquent d'outils indispensables pour redimensionner les ressources humaines et matérielles et pour planifier la prise en charge des urgences.

Chapitre 3
Cas Pratique des Urgences
Médico-Chirurgicales du
CHU de Tlemcen

CHAPITRE 3 : CAS PRATIQUE DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES DU CHU DE TLEMCCEN

Introduction

Dans ce chapitre nous allons analyser et identifier tous les facteurs qui peuvent influencer sur le fonctionnement du service des urgences sur le plan fonctionnel, organisationnel. Nous enchaînerons come suite :

Partie 1 : Organisme d'accueil : Centre hospitalo-universitaire Tlemccen.

Partie 2 : Activités des Urgences : Observation.

Partie 3 : Activités des Urgences : Analyse.

Partie 4 : Conclusion.

1. OBJECTIFS

Il s'agit d'observer puis d'analyser l'organisation et le fonctionnement du service des Urgences Médico-Chirurgicales de Centre Hospitalo-Universitaire Tidjani Damerdji de Tlemccen ainsi que les flux des malades reçus (toute raisons confondus) et les facteurs qui influencent sur les prestations de soins.

2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans le but de répondre à notre problématique « **Quel sont les facteurs induisant la mauvaise prise en charges des patients au niveau des UMCs ?** », nous avons opté pour une approche mixte (quantitative et qualitative) pour une meilleure complétude.

L'approche qualitative consiste à clarifier par le biais de l'analyse de certains facteurs que nous pourrons par la suite déduire nos hypothèses « **Augmenter le nombre du personnels soignants aux Urgences Médico-chirurgicales permet de réduire la pression de travail** » et « **Le temps d'attente provoque des problèmes de soins** » en relation causes-à-effets.

L'approche quantitative comporte essentiellement une collecte de données statistiques observables et recueil d'information.

L'ensemble des informations dont on a besoin pour notre recherche sont de nature qualitative et quantitative. La première, nous permet de partir d'une situation concrète comportant un phénomène particulier qu'on a souhaité comprendre et la seconde elle nous permet de recueillir des données observables et quantifiables qui permettent de faire des analyses descriptives et des tableaux analytiques.

A. PARTIE 1 : ORGANISME D'ACCUEIL : CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TLEMCEN

Afin de mieux saisir l'intérêt de notre sujet, nous devons en première partie bien définir et présenter notre corpus d'étude composé du Centre Hospitalo-Universitaire « CHU Dr Tidjani Damerdji » de Tlemcen.

1. APERÇU HISTORIQUE

Initialement bâti comme hôpital civil, Sa construction a débutée en 1947 et achevée en 1954. C'était l'hôpital colonial de la ville de Tlemcen. A l'indépendance, il est secteur sanitaire et universitaire de Tlemcen/Sebdou. Son site d'une superficie de 13 Ha environ abrité 4hectar de zones bâties parmi lesquels contrastent quel que structure édifiée après 1962.



En 1986, il est érigé en centre hospitalier universitaire par décret exécutif n° 86.306 du 16 décembre 1986.

Il prend le nom du docteur TIDJANI DAMERDJI, médecin, patriote de la 1ère heure, martyr de la révolution algérienne, tombé au champ d'honneur le 17 avril 1957.⁶⁴

Le CHU TIDJANI DAMERDJI est un établissement à caractère administratif doté de la personnalité morale et d'autonomie financière, placé sous la tutelle de la wilaya.

Il est constitué d'une structure de diagnostic de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une commune ou d'un ensemble de commune.

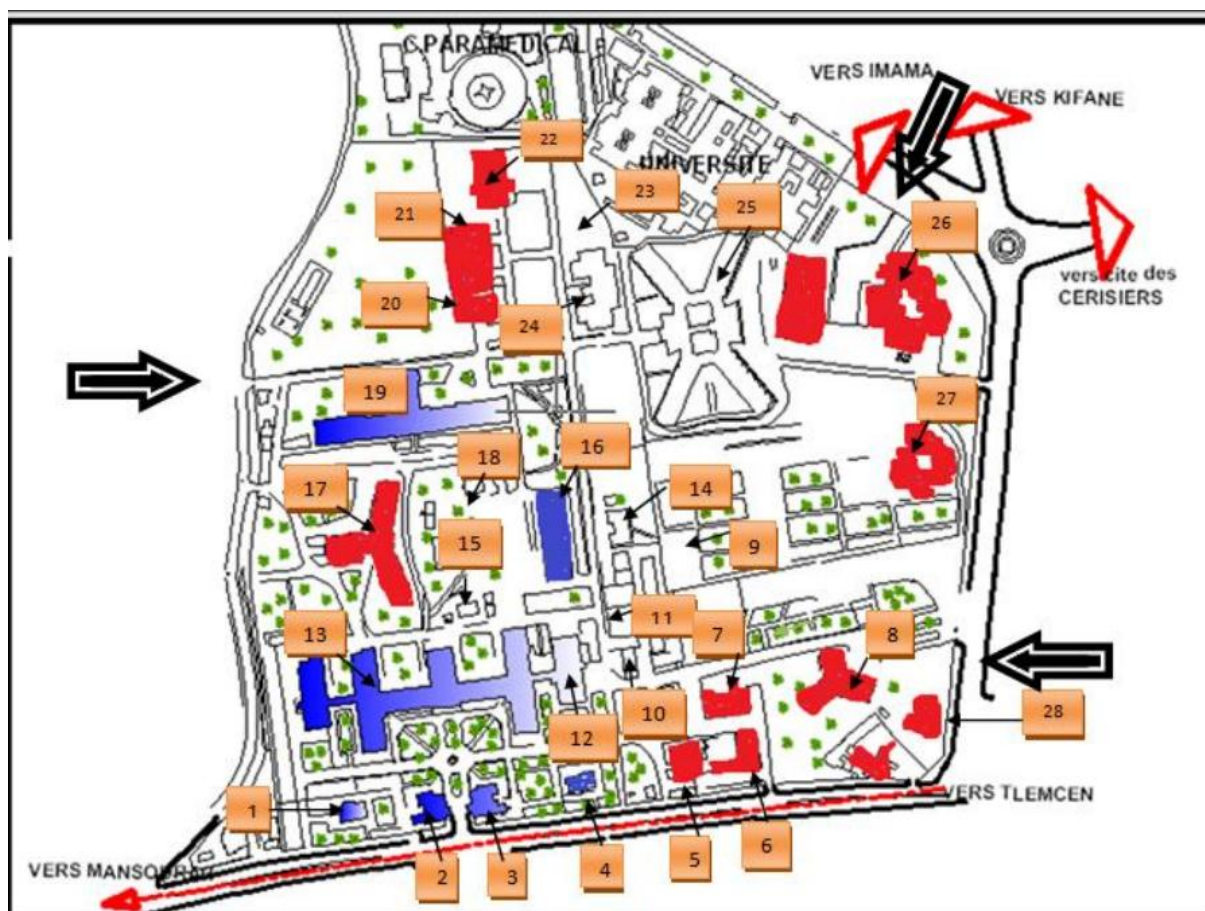
⁶⁴ Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen, chu-tlemcen.dz, 2019, consulté le 06/06/2019

Le centre Hospitalier Universitaire a pour mission la pris en charge de manière intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaires de la population de Tlemcen. Dans ce cadre, il a pour mission :

- Soins
- Enseignement
- Recherche

2. PLAN ET INFRASTRUCTURE DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TLEMCCEN

FIGURE 6 PLAN DE MASSE DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TLEMCCEN



Source : S MDJAHED M, « Centre hospitalo-universitaire à Tlemcen », DEPÔT institutionnel de l'Université Abou Bakr Belkaid, 2013, p 40, 41

TABLEAU 6 ENSEMBLE DES INFRASTRUCTURES DU PLAN DE MASSE DU CHU

01	Logement de fonction DG	15	Groupe électrogène
02	SAMU	16	Infectieux
03	Recette Unité Psychologie	17	Maternité
04	Logement de fonction DMM	18	Foyer
05	Salle de prière	19	Pavillon 470
06	Centre transfusion sanguin	20	Parc automobile
07	Social-CMS-Stomato	21	Magasin central
08	Médecine du travail	22	Bibliothèque
09	SDGMA-réfectoire-SDSE-cuisine	23	Station oxygène
10	Surveillance générale	24	Laboratoire centrale
11	Pharmacie	25	Psychiatrie-pédiatrie-dermato
12	Hémodialyse	26	UMC
13	Chirurgie (A-B), oncologie	27	Bloc administrative
14	Urologie	28	Logement de fonction

Source : S MDJAHED M, « Centre hospitalo-universitaire à Tlemcen », DEPÔT institutionnel de l'Université Abou Bekr Belkaid, 2013, p 40, 41.

LE DEPARTEMENT ADMINISTRATIF**FIGURE 7 ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION GENERALE DU CHU**

Source : www.chu-tlemcen.dz

LES DEPARTEMENTS MEDICO-CHIRURGICAUX**LE DEPARTEMENT DE MEDECIN**

- Cardiologie
- Dermatologie
- Gastro-entérologie
- Hématologie
- Maladies infectieuses
- Médecine interne
- Néphrologie
- Neurologie
- Pédiatrie
- Pneumo-phtisiologie

- Psychiatrie
- Réanimation
- Rééducation fonctionnelle

DEPARTEMENT DE CHIRURGIE

- Chirurgie générale (A+B)
- Neurochirurgie
- Ophtalmologie
- ORL
- Orthopédie-traumatologie
- Urgences médico-chirurgicales

DEPARTEMENT DE GYNECO OBSTETRIQUE

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE

Le C.H.U.T concoure aussi à l'enseignement universitaire poste universitaire d'une part ainsi que la formation paramédicale.

- Dans le domaine médical :

Le C.H.U.T prend en charge le stage interné des étudiants en médecine.

- Dans le domaine paramédical :

Le C.H.U.T assure la formation paramédicale au moyen d'une institution appelée Annexe de formation en science paramédicale elle est implantée au sein de l'établissement.

LE DEPARTEMENT TECHNIQUE

LE DEPARTEMENT LABORATOIRE

- Laboratoire de microbiologie
- Laboratoire d'hémobiologie avec un centre de transfusion sanguine
- Laboratoire de biochimie
- Laboratoire d'anatomie photologie
- Laboratoire d'hygiène de la wilaya.

LE DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICAL

- Service de radiologie
- Service de médecine nucléaire avec 3 lits de radiothérapie
- Médecine légale
- Médecine de travail
- Epidémiologie
- Une clinique dentaire
- Une polyclinique pour consultation spécialisé

LA PHARMACIE CENTRALE

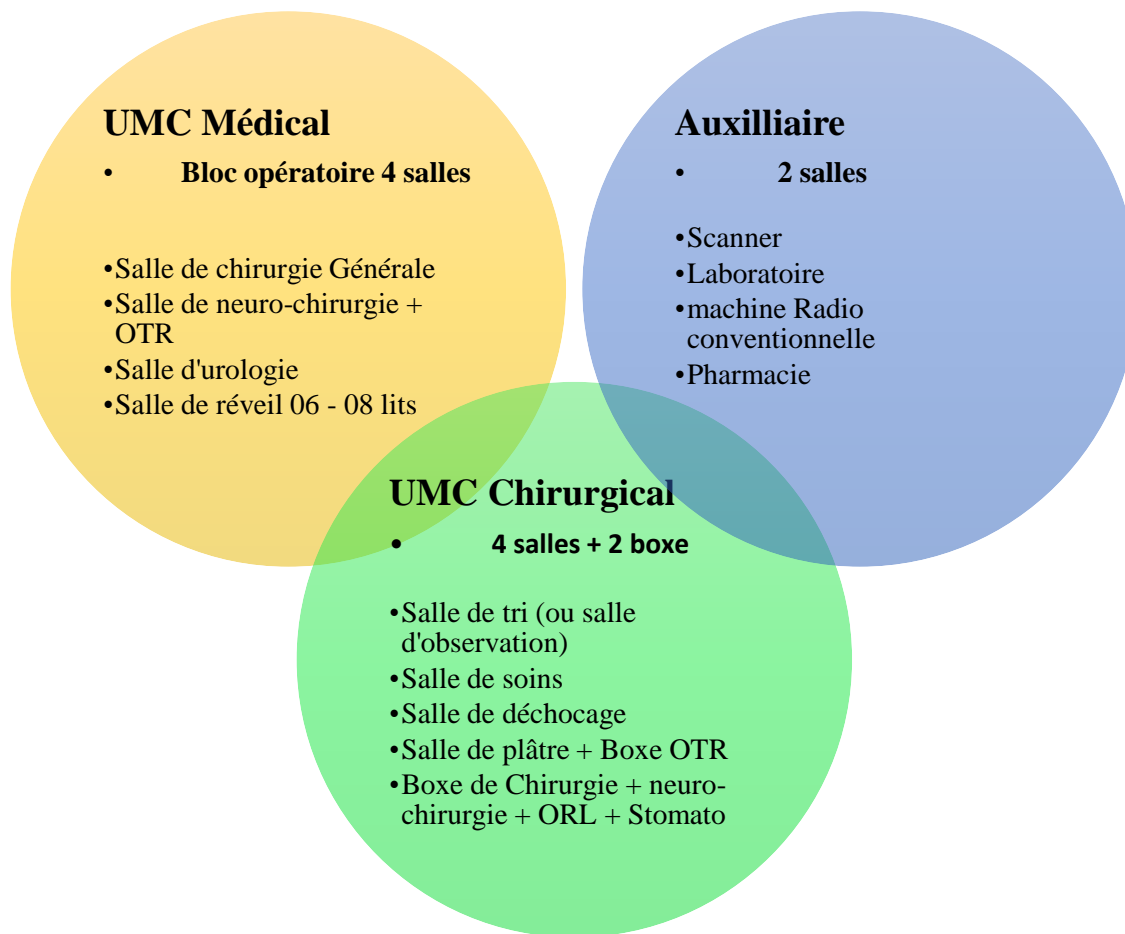
Elle regroupe 3 grands pools spécifiques :

- Le magasin A médicament, solutés massifs, sérums et vaccins.
- Le magasin B l'objet et produit du pansement, consommable à usage unique, instrumentations médicales.
- Le magasin C produit et réactif chimique, petit matériel laboratoire, inflammable.

B. PARTIE 2 : ACTIVITES DES URGENCES : OBSERVATION

Dans la Wilaya de Tlemcen et comme toute autre Wilaya, La population a recourt le plus souvent et fréquemment aux services des urgences hospitalières. Le nombre de malades reçus est relativement important à cause des transferts effectués par les établissements de périphérie (proximité) vers les Centres hospitaliers Universitaires CHU de Tlemcen. Cela revient à plusieurs raisons dont l'insuffisance de matériel et effectif paramédicaux et médicaux spécialisée (manque de spécialistes et /ou le manque de moyens, voir, plateau technique) qui obligent les praticiens à transférer leurs patients vers les structures de spécialités et plus précisément vers les UMC des C.H.U pour deux raisons particulières. Les passages de courtes durées ne correspondent pas le plus souvent aux urgences vitales ou graves puisque **la majorité** des patients admis en consultation sont libérés après un court délai. Les services des urgences comprennent 3 niveaux distincts ; les services d'accueil et d'orientation, les services de traitement des urgences ordinaires et les Services de traitement des urgences spécialisées (les Pôles de spécialités). Pour le CHU de Tlemcen, l'entrée se trouve au nord-est de l'établissement CHU.

L'ORGANIGRAMME DES UMC DU CHU TLEMCCEN



Source : Document fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemccen

LA CAPACITE D'ACCUEIL DU CHU TLEMCCEN

TABLEAU 7 TOTAL GENERAL DE NOMBRE DE LIT PAR DEPARTEMENT (HORS EHS MERE ET ENFANT)

Département	Lits techniques	Services	Unités constitutives	Lits organisés
Chirurgie	283	08	23	308
Chirurgie dentaire	-	01	05	-
Médecine	360	17	48	359

Plateau technique	03	07	18	-
Total	646	33	94	667

Source : Document fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemccen

NOMBRE DE LITS

TABLEAU 8 NOMBRE DE LITS DE L'ANNEE 2018

Salle de tri	12 lits
Salle de déchocage	02 lits
Salle de réveil	07 lits
Salle de pré opératoire	02 lits
Salle de soins	03 fauteuils
Autre	01 Pousse-pousse

Source : Document fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemccen

Les évacuations émis : 531

Les évacuation reçus des EPH de la wilaya Tlemccen

TABLEAU 9 EVACUATIONS REÇUS DE L'ANNEE 2018

Sebou	175
Ghazaouet	250
Nedrouma	202
Maghnia	207
Remchi	378

Source : Document fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemccen

LES DIFFERENTS ACTES TECHNIQUES DE MEDECINE CONVENTIONNELS.

La prise en charge dans le domaine des urgences hospitalière est réalisée par un processus de soins qui nécessite la mise en œuvre des moyens techniques, matériels et humains en s'appuyant du modèle conventionnel de stratification des tâches des activités des urgences. La prestation des soins se comporte de :

1. Soins légers,
2. Soins courts,
3. Soins lourds,
4. Soins très lourds,

TABLEAU 10 TACHES A FAIRE PAR LES PERSONNELS PARAMEDICAUX

Les Tâches exercées à haute fréquence par les auxiliaires médicaux	10 min à 2h	<ol style="list-style-type: none"> 1- Suture. 2- Injection. 3- Lavement. ‘ 4- Prélèvement. 5- Nursing. 6- Sondage. 7- Pansement (Changement). 8- Aspiration. 9- Exploration.
--	-------------	---

Source : réalisé par nous-même et document fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemccen

1. Le circuit de prise en charge du Patient :

Le délai conventionnel de la durée de stationnement d'un patient aux Urgences Médico-chirurgicales avant orientation vers un service de spécialité en cas d'hospitalisation. Dont la durée de prise en charge standard moyenne étant de 3h au minimum et de 24 heures au maximum représentant :

Environ 300 malades admis en moyenne par journée au niveau des urgences Médico-chirurgicales.⁶⁵ (bulletins d'admission /jours et nuits).

⁶⁵ Partir des données établies au niveau du bureau des admissions et de la direction de l'activité médicale et paramédicale.

LES EFFECTIFS

TABLEAU 11 REPARTITION DES EFFECTIFS PAR CORPS ET PAR EQUIPE

Corps	N/Jour		N/Nuit		Total	%
	A	B	A	B		
Médical	13	13	07	07	40	0.28
Paramédical	21	21	11	10	63	0.44
Agents techniques et autres	09	09	04	05	27	0.19
Administratifs	05	05	01	01	12	0.09
Total	45	45	22	22	142	100

Source : réalisé par nous-même et statistiques fournis par le bureau des entrées du CHU Tlemcen

1.1. La Répartition horaire / Corps :

TABLEAU 12 RÉPARTITION DU VOLUME HORAIRE DU CORPS

Horaire/Equipe	Jour	Nuit
Médical	8h-20h	20h-8h
Paramédical	8h-15h	15h-8h
Agents techniques et autres	8h-20h	20h-8h
Administratifs	8h-16h30	20h-8h

Source : Mustapha KHALDI, L'évaluation du procédé de calcul des coûts, et de la gestion des prestations de l'établissement hospitalier public algérien ; approche critique, Univ Aboubekr Belkaid, 2012, p270

REPARTITIONS DES EFFECTIFS DES UMC

TABLEAU 13 REPARTITION DES PARAMEDICAUX DE L'ANNEE 2018

Coordinateurs	02
Cadre paramédicaux	02
Cadre paramédicaux F/F	05
ISPS	06

ISP	17
Assistant médical	01
Aide-soignant P	04
Aide-soignant	30

Source : statistiques fournis par le bureau des entrées du CHU Tlemccen

TABLEAU 14 LA STRATIFICATION DES TACHES SELONS LE TYPE DE DE SOIN

Type de soin (package) Durée des prestations Les tâches

Les Soins légers	< 10 mn	<p>La Surveillance du Patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Température. - Tension artérielle. - Pouls. - Diurèse. - Traitement cutané. <p>Les Gestes d'Hygiène :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage d'oreilles. - Soins de bouche médicamenteux. - Collyre-pommade. - Vidange poche de Stomie. - Chargement poche collecteur. <p>Le Prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hémoculture. - ECBU. - Hémogluco-test. <p>L'Administration du Médicament, distribution et aide à la prise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distribution par sonde gastrique. - (Injection IM-SC-ID-IV). - Pansement (alcoolisés, plaies légères cathéter). - Aspiration bronchique (1 à 2). - Lavement évacuateur. - Vessie de place. - Flash adaptation sur cathéter.
Les Soins Courts durées	10 à 40 mn	<p>Décrits selon la nomenclature des tâches, les soins courts qui peuvent être prescrits dans la prise en charge des patients comme suit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aérosols + oxygénothérapie.

		<ul style="list-style-type: none"> - Gazométrie avec résultats. - Surveillance de drains (changement) - Surveillance de pousse seringue. - Soins préopératoires. - Perfusion 1 ou 2 solutés- héparinisation sur port à cathéter. - Aspiration gastrique. - Pansement avec ablation drainage. - Sonde gastrique (pose surveillance ablation). - Sonde rectale ou urinaire (pose surveillance ablation). - Toile gynéco thérapeutique. - Lavage vésical à la seringue. - Irrigation colique. - Radiologie pulmonaire – abdominale. - Ponction pleurale exploratrice.
Soins lourds	1h à 2h	<ul style="list-style-type: none"> - Perfusion 3 ou 4 solutés avec produit ajouté. - Pansement perte de substance. - Alimentation par sonde. - (Préparation – test – surveillance). - Aide aux médecins (ponctions...)
Soins très lourds	2h+	<ul style="list-style-type: none"> - Perfusion soins Lourds > 4 solutés + seringue. - Surveillance pos opératoire. - Diurèse horaire. - Installation du matériel. - Aide à la réanimation (défibrillation – ventilation). - Aspiration pulmonaire répétées > 20

Source : réalisé par nous-même et statistique fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemcen

AUTRE⁶⁶

Nombre des actes opératoires : 1829

Examen radiologique : 109836

Examen biologique : 142420

Nombre des AVC : 983

⁶⁶ Statistiques reçus du bureau des entrées et des admissions du CHUT

1. STATISTIQUE DES ENTREES DES MALADES AUX UMCS

TABLEAU 15 NOMBRE DES MALADES REÇUS AUX URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES

Nombre reçu	Janvier		Février		Mars	
	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Aux urgences médicales	3528	4438	3806	4612	3563	4169
Aux urgences chirurgicales	2346	3045	1963	2311	2261	2681
Total	5874	7483	5769	6923	5824	6850

Source : réalisé par nous-même et statistique fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemcen

TABLEAU 16 NOMBRE DE MALADES HOSPITALISE AUX URGENCES (MISE EN OBSERVATION)

Janvier		Février		Mars	
2010	2018	2010	2018	2010	2018
711	1403	841	1720	754	1699

Source : réalisé par nous-même et statistique fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemcen

TABLEAU 17 NOMBRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES

Nombre de consultations	Janvier		Février		Mars	
	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Chirurgie	70	99	78	96	58	102
Traumatologie	37	49	40	47	35	52
Urologie	34	36	38	33	27	40
Pédiatrie	41	56	43	55	39	57
Médecine	89	136	78	123	70	140
Gastrologie	38	47	46	41	33	64
Infectieux	27	48	38	42	28	51

Pneumologie	59	51	61	40	50	62
Réanimation	45	47	51	47	43	55
Maternité	51	44	52	39	48	51
Cardiologie	45	63	49	55	44	64
Néphrologie	49	53	53	47	48	50
Dialyse	36	50	38	45	31	52
Total	621	779	578	713	544	838

Source : réalisé par nous-même et statistique fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemcen

TABLEAU 18 NOMBRE DE MALADES OPERES

Janvier			Février			Mars		
2008	2010	2018	2008	2010	2018	2008	2010	2018
309	384	471	449	488	502	416	401	516

Source : réalisé par nous-même et à partir de :

- Statistique fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemcen.
- KARA TERKI Assia, thèse de doctorat « la régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public », faculté de sciences économiques et de gestion, 2009-2010, p505.

TABLEAU 19 NOMBRE D'HOSPITALISATION EN URGENCES

Nombre d'hospitalisations	Janvier		Février		Mars	
	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Chirurgie	64	108	54	101	63	104
Traumatologie	34	60	46	51	32	50
Urologie	32	41	35	41	28	42
Pédiatrie	39	64	38	57	41	57
Médecine	83	147	71	128	65	142
Gastrologie	35	53	41	41	36	62
Infectieux	26	27	37	43	27	53

Pneumologie	54	67	55	40	57	61
Réanimation	45	49	52	48	44	53
Maternité	51	48	44	41	45	54
Cardiologie	40	71	51	57	46	64
Néphrologie	46	55	49	50	49	59
Dialyse	34	50	37	45	31	52
Total	585	853	513	744	553	863

Source : réalisé par nous-même et document fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemcen

TABLEAU 20 NOMBRE D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Janvier		Février		Mars	
2010	2018	2010	2018	2010	2018
4632	7645	4867	9871	6233	10463

Source : réalisé par nous-même et document fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemcen

Aux Urgences Médico-Chirurgicales, on parle de « Package ». Ce dernier est représenté par l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'une même sortie admission ou passage aux urgences tel que la consultation, radiologie, observation, soins...).

Les « Packages » sont classés en quatre catégories qui sont ; **A**= Soins Légers (<10mn), **B**= Soins Courts (10 à 40 mn), **C**= Soins Lourds (1 à 2h), **D**= Soins Très Lourds (>2h).

TABLEAU 21 TYPE DE PACKAGE ENREGISTREE AUX URGENCES

Patients	Types de packages		Total package 1 ^{er} trimestre (année 2018)	
	2010	2018	2010*	2018
A	30%	26%	12089	14353

B	40%	43%	16118	23738
C	20%	17%	8059	9385
D	10%	14%	3280	5520

*chiffres calculé trimestriellement du total de package annuel.

Source : réalisé par nous-même et à partir de :

- Document fourni par le bureau des entrées du CHU Tlemcen,
- Mustapha KHALDI, L'évaluation du procédé de calcul des coûts, et de la gestion des prestations de l'établissement hospitalier public algérien ; approche critique, Univ Aboubekr Belkaid, 2012, p270

C. PARTIE 3 : ACTIVITES DES URGENCES : ANALYSE

1. LA RECEPTION

Le nombre des malades qui se sont présentés aux Urgences du CHU au cours des trois premiers mois de l'année 2018 est clairement élevé par rapport aux chiffres de l'année 2010, que ça soit les urgences médicales ou chirurgicales :

FIGURE 8 REPRESENTATION DU NOMBRE DES MALADE REÇUS EN JANVIER

- Pour le mois de janvier, le flux des malades vers les urgences médicales (UMs) a augmenté d'une valeur de 910 entre l'année 2010

et 2018 soit 125.79%. Pour les urgences chirurgicales (UCs), une différence de 699 de malade soit 129.79%.

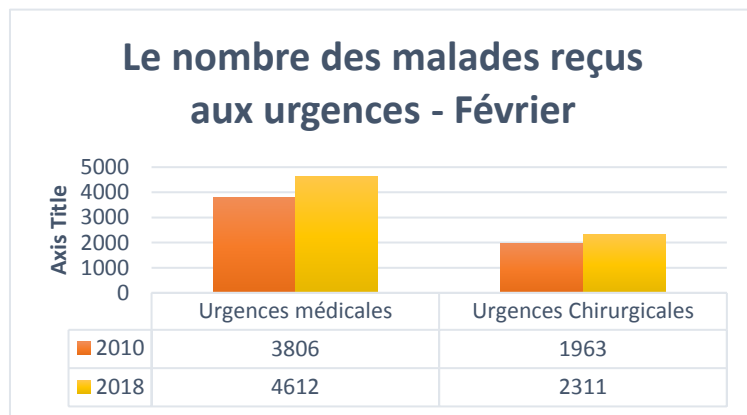
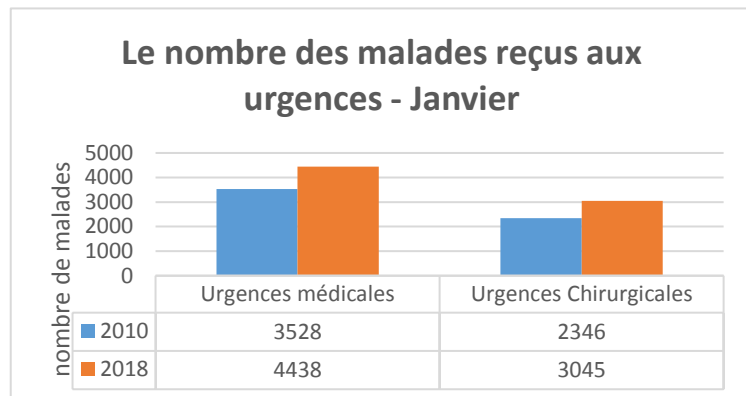


FIGURE 9 REPRESENTATION DU NOMBRE DES MALADE REÇUS EN FEVRIER

- Pour le mois de Février, on a +806 soit 123.8 pour les UMs et 348 soit 117.72% pour les UCs.

FIGURE 10 REPRESENTATION DU NOMBRE DES MALADE REÇUS EN MARS

- On a respectivement +606/117% et +420/118.58% pour les UMs et les UCs.

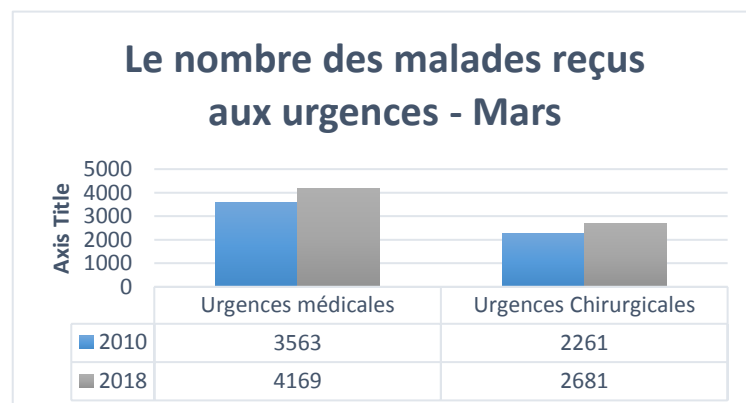


Figure 3, 4 et 5 réalisées à partir du tableau 6.

2. LES CONSULTATIONS

Depuis les trois graphes 1^{er} trimestre, il est clair que le nombre de prestations de l'année 2018 est bien supérieur à celle de l'année 2010. Aussi, les services les plus sollicités sont celui de médecine puis vient le services chirurgie (ordinaire non spécialisé).

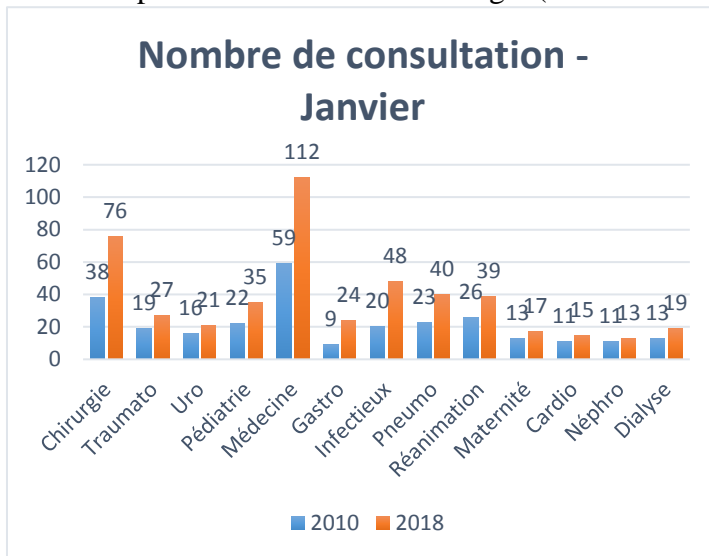


FIGURE 11 REPRESENTATION DU NOMBRE DES CONSULTATIONS EN JANVIER

FIGURE 12 REPRESENTATION DU NOMBRE DES CONSULTATIONS EN FEVRIER

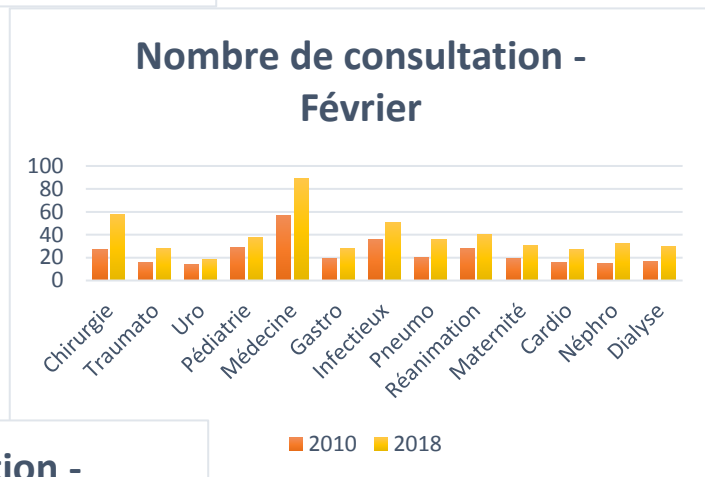
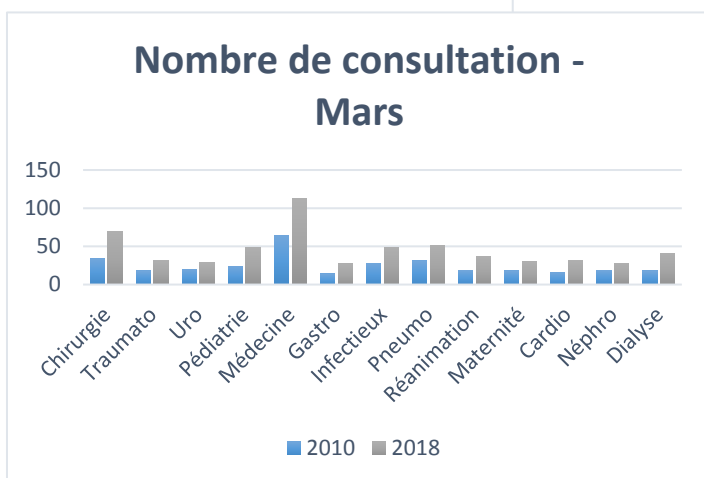


FIGURE 13 REPRESENTATION DU NOMBRE DES CONSULTATIONS EN MARS



*Figure 6, 7 et 8 réalisé à partir du tableau 8.

3. LES EXAMENS DE RADIOLOGIE

On remarque une forte sollicitation des machines d'imagerie radiologique. A première vue, l'année 2018 affiche des chiffres relativement élevés à ceux de l'année 2010 ; soit respectivement +3013/165.08%, +5004/202.81% et +4230/167.84% pour les mois janvier, février et mars.

FIGURE 14 REPRESENTATION DU NOMBRE DES EXAMENS DE RADIOLOGIE REALISES AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE.

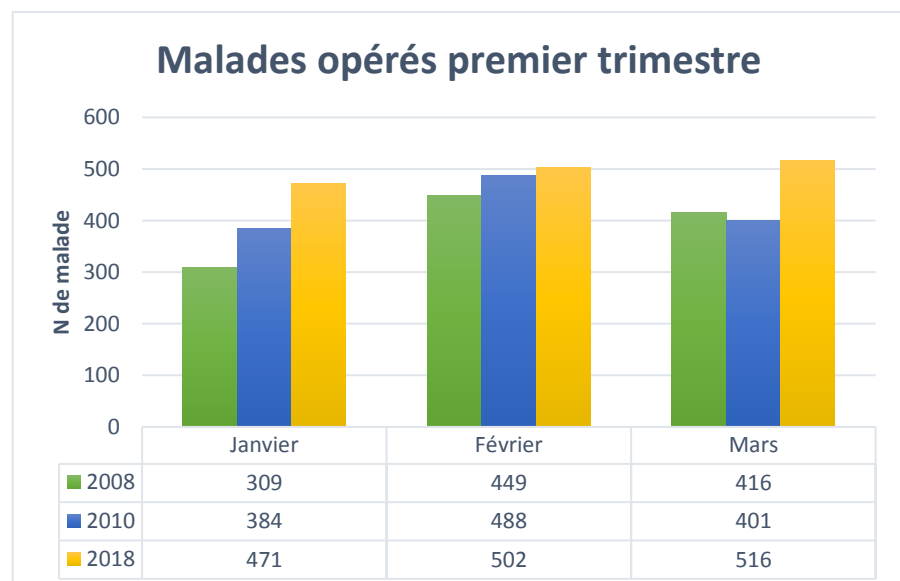


*réalisée à partir du tableau 11.

4. LES OPERATIONS

Même cas de hausse d'activité pour les opérations avec des ratios assez élevés soit respectivement 1.52, 1.12 et 1.24 pour les mois de janvier, février et mars de l'intervalle 2008 – 2018.

FIGURE 15 REPRESENTATION DU NOMBRE DES MALADE OPERES AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE



*Réalisation à partir du tableau 18.

5. LES HOSPITALISATIONS

Ici aussi, on remarque des chiffres élevés d'hospitalisation en 2018.

FIGURE 16 REPRESENTATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION EN JANVIER

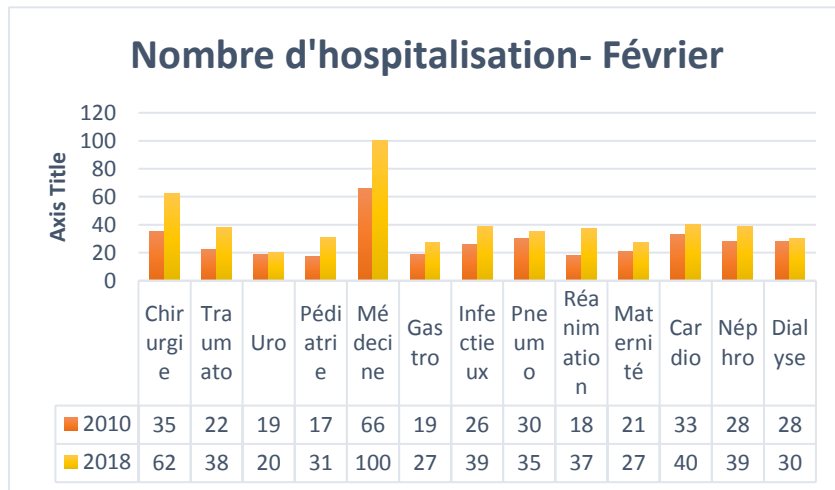
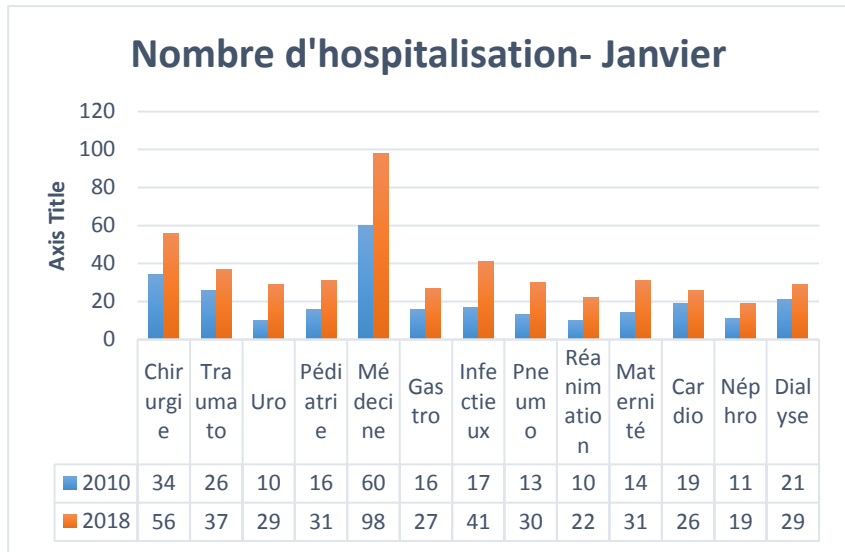
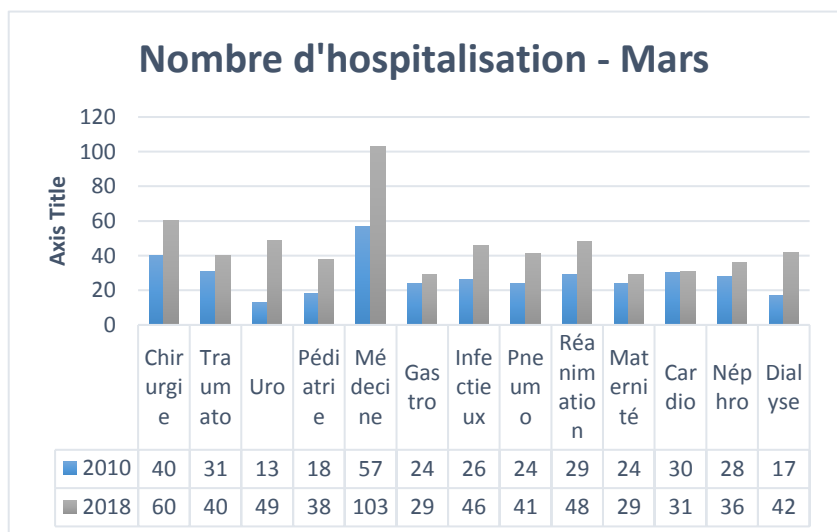


FIGURE 17 REPRESENTATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION EN FEVRIER

FIGURE 18 REPRESENTATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION EN MARS



*Figures 11, 12 et 13 réalisées à partir du tableau 19.

6. L'HOSPITALISATION ET MISE EN OBSERVATION

En comparissant avec les hospitalisations précédentes, le nombre des hospitalisations mises en observation est très important. Surtout en 2018, dont les valeurs sont plus ou moins double de celles de l'année 2010.

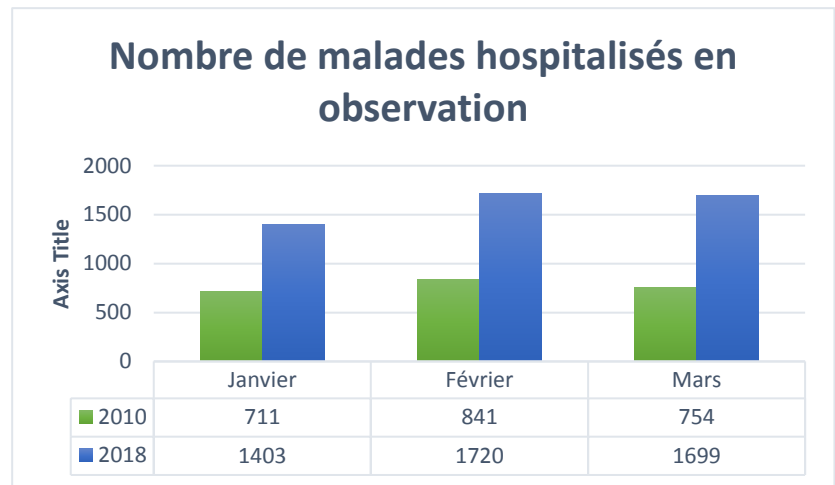


FIGURE 19 REPRESENTATION DU NOMBRE DES MALADES HOSPITALISES ET MIS EN OBSERVATION AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE

*Figure réalisée à partir du tableau 7.

7. LES PACKAGES

Les valeurs présentes du nombre de package. On remarquera en effet que les packages A et B sont les plus fréquents mais prédominance du package B « soins légers » avec +7620/147.28% suivi de la catégorie A « soins courts » avec +2264/118.73%.

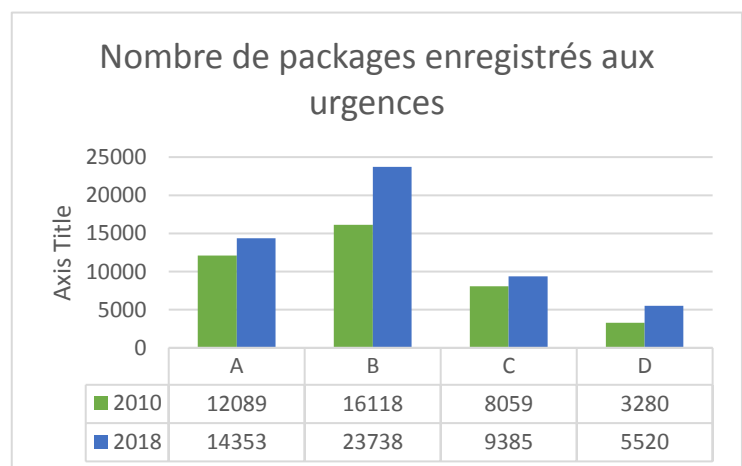
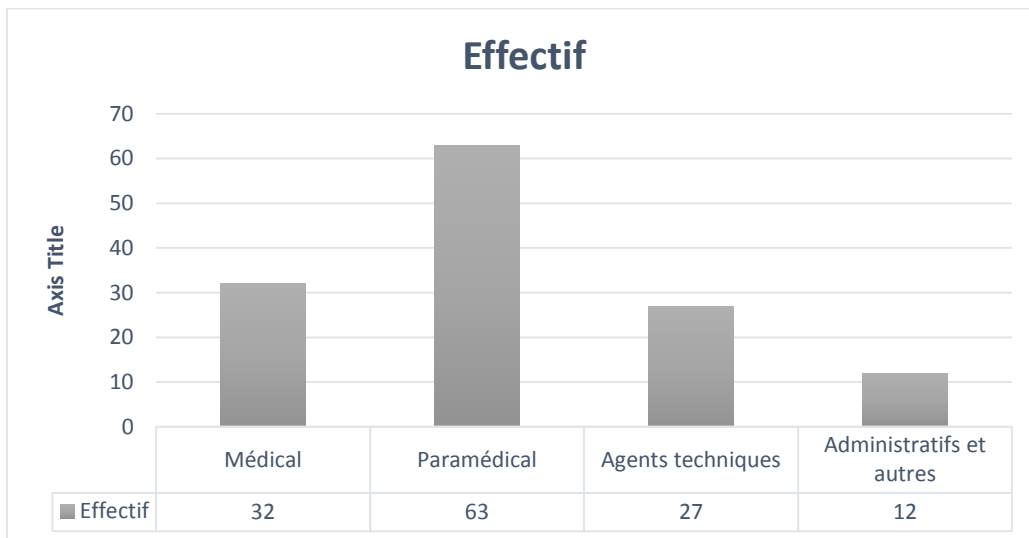


FIGURE 20 REPRESENTATION DU NOMBRE DE PACKAGES ENREGISTRES AUX UMCS

8. L’EFFECTIF

En ce qui concerne l’effectif, les UMCs dénombre deux équipes A et B qui prennent en charge leurs patient de nuit et de jours. Une prédominance de l’effectif paramédical (aide soignants, coordinateurs, ISPS, ...) puis vient le corps médical (un professeur, médecins généralistes, médecins spécialistes, résidents,).

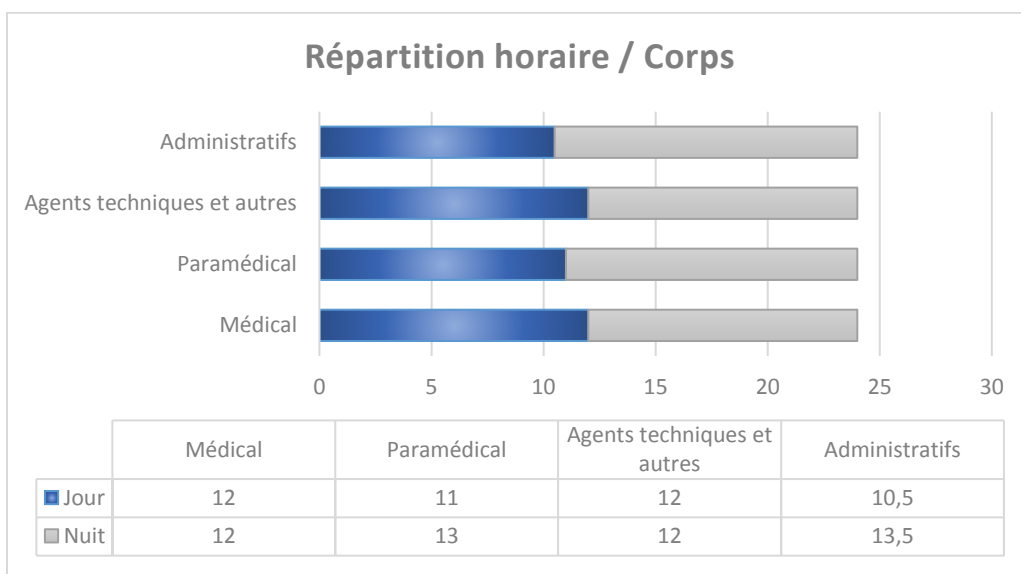
FIGURE 21 REPRESENTATION GRAPHIQUE DES EFFECTIFS DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES



9. HORAIRE

Une répartition équitable des heures de travail et de garde des effectifs qui est généralement d’une durée de 12h de shift.

FIGURE 22 REPRESENTATION GRAPHIQUE DE LA REPARTITION DES HORAIRES DES DIFFERENT CORPS DES UMC



D. PARTIE 4 : DISCUSSION

- 1- **La réception :** L'augmentation observée revient premièrement à la croissance démographique de la ville de Tlemccen d'un intervalle de 8 ans. Aussi, on peut citer les évacuations reçues par les différentes autres wilayas (Ain Temouchent, Naâma, Sidi Bel Abes, ...) les régions de Tlemccen (Sebou, Ghazaouet, Nedrouma, Maghnia, Remchi, ...) et cela des différents établissements de santé (EHS, EH, EPH et EPSP). Les facteurs qui provoquent ce phénomène sont le manque des praticiens spécialisés, du matériels et machines adéquats et autres.
- 2- **Les consultations :** Bien que les UMCs ne procure plus de consultations à proprement dit mais des orientations vers les services spécialisés concernés. Cette décision revient au nombre élevé de cas des entrées de catégorie A ou « soins légers » qui a prouvé être inacceptable vis-à-vis du temps consacré à cette catégorie de malades et aussi le fait que ce dernier ne vient pas seul mais avec au moins un membre de famille généralement. Ce temps joue en faveur du problème du « overcrowding » qui va générer beaucoup de problème de prestations aux malades ainsi qu'aux praticiens.
- 3- **Les hospitalisations :** aux UMCs, le phénomène d'hospitalisation prend une ampleur importante. En effet, le service étant équipé de 23 lits dont 12 lits d'observation (salle de tri) on y remarque des hospitalisations très longue jusqu'à des mois qui vas « verrouiller » les lits utilisés et réduire leurs disponibilités. Un autre phénomène observé est que, les lits n'étant pas suffisant, les malades ont recours aux couloirs pour y rester, s'allonger dans les bancs et par terre pour des durées longues qui varie entre 10h jusqu'à 24h. Cela peut être la cause principale des encombrements qu'en souffre les Urgences.

Les hospitalisations des malades mis en observation sont très élevées, pour raison de manque de diagnostiques établies à leurs égards (plus de 70% des hospitalisations). Cela contribue grandement à l'encombrement des services d'urgences.
- 4- **Les opérations :** Pour les 1829 actes opératoires réalisés toute l'année 2018, soit une moyenne de 152 opérations par mois. D'après le tableau 7, le nombre de malades opérés varie autour de la moyenne précédente. Une moyenne restante assez élevés par rapport de celle de l'année 2010 (environ de 81 opérations).

De là, on peut confirmer l'hypothèse stipulant que **le temps d'attente des patients provoque des problèmes de soins.**

- 5- **Radiologie et autres machines :** Que ça soit l'année 2010 ou 2018, l'utilisation des machines (tel que l'imagerie radiologique et scanner) est très fréquente. Néanmoins, l'année 2018 affiche une importante fréquence. En effet, ces machines sont grandement sollicitées pour émettre un diagnostic précis et vital. Ceci dit, en réalité, ces instruments médicaux tombent souvent en panne et reste hors service pour des durées variantes entre 15 jours jusqu'à 2 mois. Cela représente un vrai problème pour les malades vu qu'ils se résignent à faire des examens depuis le secteur privé, ce qui est synonyme d'un coût élevé imprévu (en comparaison avec la gratuité d'examen dans l'établissement public) de plus d'un déplacement additionnel.
- 6- **Le package :** Dans le CHU de Tlemcen, on recense les packages des patients par le biais de ce qu'on appelle « le billet de salle ». Ce billet (Voir annexe 1) contient toutes les informations concernant le patient de son entrée jusqu'à sa sortie. D'après le tableau 12, la catégorie des package B est la plus élevée, ce qui est relativement normal. Suivi de la catégorie A, sa valeur résulte de la fréquence des cas légers. Ces cas sont orientés voir transférés vers les services adéquats pour but de diminuer la pression des urgences. Pour ce qui est des catégories C et D, ils bénéficient d'une grande priorité dès que diagnostiqués, ces cas qui sollicitent des soins lourds sont, en premier lieu, stabilisés puis, dans la majorité des cas, transférés vers le pôle spécialisé se situant à Boudghène où ils peuvent bénéficier d'une meilleure prise en charge celons la pathologie.
- 7- **La pharmacie :** Se trouvant à l'étage, la pharmacie ne déplore pas souvent de pénurie de médicaments. Elle est alimentée par la pharmacie centrale de l'établissement et dans les cas où un médicament est épuisé, son réapprovisionnement ne dépasse pas une semaine. Aussi, la gestion des médicaments se fait de manière conventionnelle.
- 8- **L'effectif et horaire :** Les UMCs ont dernièrement acquises plus d'effectif, plus précisément aux seins du corp médical (on dénombre 22 médecins généraliste, 5 spécialistes, 2 MCA, 1 MCB, 1 professeur et 9 résidents en cinquième année pour l'années 2018). Même chose pour le corp paramédical (voir tableau 3). Néanmoins, on perçoit sur terrain une mauvaise gestion chez le corps médical aux niveaux d'instruction. Aussi, en période de garde, l'hôtellerie dédiée aux personnels de garde entrevoit plusieurs problèmes ; on cite en premier que le manque de place et locaux

étroits posent des difficultés aux médecins et aux infirmiers de genres opposés, ainsi que les conflits personnels ou fonctionnels. Autre cas, la sécurité au sein du CHU laisse à désirer ; effectivement, l'établissement s'étend sur une large surface (une superficie de 13Ha soit 130000m²) donc pour que le personnel se déplace d'un service jusqu'aux urgences, il doit marcher une certaine distance. Mais l'établissement dénombre aussi des animaux errants et vagabondant à l'intérieur (des chiens généralement) ce qui consiste un danger pour la plupart du personnel. Enfin, on peut infirmer partiellement l'hypothèse qui dit qu'**augmenter le nombre de médecins aux Urgences médico-chirurgicales ce qui permet de réduire la pression de travail.**

Conclusion

Le maintien de la sécurité dans le domaine des urgences médicales est une des missions fondamentales du service public au même titre que la prévention des accidents et incendies ou la sécurité du maintien de l'ordre public.

Le contexte actuel est favorable au changement. Effectivement, le CHU de Tlemccen prévoit dans un futur proche une nouvelle infrastructure des urgences médicales qui va remplacer la présente. Avec une surface relativement large, ce bâtiment réduira une grande partie de l'effet du overcrowding. Aussi, il réintégrera les consultations programmées qui a été enlevé auparavant suite aux cas de fausses urgences qui se présentaient au UMC. Enfin, la mise en relation d'acteurs aux sensibilités variées permet un croisement des rationalités, cela favorise le dialogue puisqu'elle permet de voir et de mieux comprendre les contraintes de l'autre (l'urgence médicale, la contrainte administrative, la pression des agents et des patients). Il ne s'agit pas de se mettre à la place d'autrui mais de percevoir son mode de fonctionnement, d'appréhender ses marges de manœuvre et les contraintes qui pèsent sur lui. Cela ne signera pas la fin des querelles de rationalité mais favorisera probablement une expression moins exaspérée de celles-ci.

SOLUTIONS

Les patients se présentant aux urgences pour les premiers soins sont la cause principale de l'overcrowding. Bien que l'on ait cru pendant un certain temps que c'était le cas, on ne pense maintenant plus que ces patients soient responsables de l'overcrowding. D'ailleurs, retirer une

partie de ces patients diminuerait la charge de travail des urgences, et aurait donc un impact sur l'overcrowding.

Des arrangements avec d'autres établissements de santé peuvent être réalisés en cas d'overcrowding pour y transférer des patients. Il s'agit ici d'une logistique assez cohérente et le nombre de transferts possibles est généralement inadéquat pour avoir un impact sur la situation. De plus, cela augmente l'insatisfaction des patients et accompagnants.

Les médecins responsables doivent avoir une compétence en médecine d'urgence. Tous les spécialistes peuvent répondre à cela, mais il est évident que les médecins anesthésistes réanimateurs sont les mieux préparés à cette tâche. Pour le cas du CHU de Tlemccen, la quasi majorité du corps médicaux n'est pas formé en médecine d'urgence (médecin urgentiste). La même chose pour les médecins anesthésistes et réanimateurs, on dénombre que peu au niveau national. Parallèlement, il faut motiver les équipes exerçant au niveau de ces structures.

Les médecins privés font partie intégrante de notre système de soins. Leur association permettra de traiter un certain type d'urgence, ce qui atténuera la pression des structures hospitalières.

Placer plus d'infirmières et de médecins pour gérer les patients additionnels en situation d'overcrowding. Cette solution ne prend pas en compte le fait que l'overcrowding fait désormais partie du quotidien et ne constitue plus une situation exceptionnelle. De plus, si ces personnes n'ont pas l'habitude de travailler dans ce service ou cet hôpital, cela ne ferait qu'ajouter à la confusion.

Annuler ou postposer les procédures non-urgentes lorsque le service d'urgence est en situation d'overcrowding. Cela se ferait au détriment de l'hôpital, rendant les patients qui devaient bénéficier de ces procédures mécontents. Il s'agirait donc d'un coût non négligeable à prendre en compte, aussi bien pour les patients qu'au niveau organisationnel car les procédures programmées étant généralement plus effectives

En effet, les urgences étant généralement éloignées des autres départements, ce n'est pas le meilleur endroit pour être pris en charge par des médecins d'autres services (pour des consultations de spécialistes par exemple) donc le transport interne est à considérer.

Le service des urgences devrait résoudre lui-même son problème d'overcrowding. Il s'agit d'un problème plus systémique dont la résolution nécessite une action assortie de la part de tous les acteurs. Notamment comme citée auparavant, une des causes principales de l'overcrowding

réside dans le manque d'accès à des lits pour l'hospitalisation de patients s'étant présentés aux urgences, ce qui les force à y rester, démontrant la nécessité de faire participer les différents services de l'hôpital à la discussion. Les solutions réalisables doivent donc tenir compte du problème dans toute sa complexité et requièrent le soutien de l'ensemble de ce système multidisciplinaire.

Rediriger les patients se présentant pour des visites non-urgentes vers des cabinets de médecine générale. Il faut faire attention au fait que « réorienter le patient permet alors d'accroître l'efficacité productive du service, en le désencombrant, mais comporte le risque de refuser de « vraies » urgences, la différence entre les deux étant parfois difficile à faire a priori.

Adopter « la mise en place d'un « circuit court », pour traiter en priorité les patients peu graves mais qui peuvent être évacués rapidement, faisant ainsi de la place dans le service »

Une fois les implantations faites, il faut établir une cartographie des urgences pour savoir qui fait quoi pour éviter des déplacements de malades coûteux et risqués.

Conclusion Générale

CONCLUSION GENERALE

Ce mémoire avait pour ambition d'apporter une lumière sur l'organisation des services des urgences en Algérie de manière inductive (le cas du CHU de Tlemcen). Ainsi, nos efforts étaient de tenter et essayer de repérer les **facteurs induisant la mauvaise prise en charges des patients au niveau des Urgences Médico-chirurgicales.**

D'abord, il fallait dans un premier temps définir et décortiquer notre thème en plusieurs concepts primordiaux ; l'organisation, la santé, l'établissement ou la structure physique, le service prodigué et au centre, le patient. L'interaction de ces notions font émerger de nombreuses disciplines dont la médecine d'urgence dans les hôpitaux. De ce fait et de manière énonciative, ce premier chapitre nous pousse à revoir état des lieux des établissements de santé en Algérie.

Puis, nous avons enchainé dans le deuxième chapitre une introduction de l'urgence, son concept littéraire, ses spécificités et son « sous-entendue ». Pareillement, le cas des urgences médicales dans quelque pays avancés puis le cas local. Dès lors, nous avons conclu que des similarités apparaissent dans les défis et dans les difficultés que ça soit les services d'urgences locales ou étrangères mais, certes, des différences résidantes dans l'ampleur d'action et dans le savoir-faire.

Ensuite, la troisième partie s'attaque au fonctionnement des services des Urgences Médico-Chirurgicales au sein l'établissement hospitalier mère qui est le Centre Hospitalo-Universitaire. L'augmentation de recours de la population aux urgences du CHU de Tlemcen enregistré ces dernières années est à l'origines de plusieurs insuffisances et dysfonctionnement. Alors que la structure d'urgence était destinée fondamentalement à la prise en charge des malades les plus atteints, le service d'urgence du CHU assure en réalité, pour une part importante de son activité, une fonction consultation non programmées. La gestion du flux de malade est devenue une difficulté et entraine des délais considérables de passage aux urgences.

Devant ce besoin et ces défis de gain d'efficience, l'organisation interne des services d'urgence est un enjeu majeur. Organiser de façon méditée, distinguée, l'urgence vraie générant de l'hospitalisation et l'urgence relative est un objectif indispensable et nécessite d'adapter les prises en charge, non seulement sur le plan organisationnel mais également sur le plan médical.

L'institution toute entière doit se sentir responsable des flux de passages aux urgences et de la nécessité de garantir lits d'aval à l'activité des urgences.

Le diagnostic établi sur la situation de vulnérabilité que présente la structure des urgences du CHU de Tlemcen ne constitue pas une fin en soi. Les actions et décisions prise en interne par les responsables et praticiens hospitaliers du CHU traduisent la volonté des professionnels de santé de l'établissement de surplomber cette difficulté. Ainsi, les recommandations préconisées dans le présent travail permettront d'enrichir la réflexion et de suggérer de nouvelles actions tangibles permettant, à terme, d'optimiser la gestion du flux de patients aux urgences et de parvenir à une amélioration remarquable de la prise en charge du malade.

De plus, la nouvelle structure d'urgences qui est en plein construction allègera la tension de des services d'urgences et les mécontentements lié à l'espace. Néanmoins, elle ne fait polir la partie apparente de l'iceberg. Donc elle seule ne peut pas affronter la réalité des urgences mais de revoir plusieurs facteurs tel que les modalités d'évacuation des établissements de périphérie en premier lieu ; en effet, si ces dernières pouvaient assurées un certain niveau de prestations qui réduirait considérablement la fréquence des évacuations, on pourrait observer un double effet à court et à long terme. D'un côté, le service des urgences de l'établissement mère pourrait entrevoir une baisse inaccoutumée du nombre de malade reçus dans le court-moyen terme. Et de l'autre côté, cela aura un impact collatéral sur les autres Wilayas car l'établissement aura acquis le trait d'anti-dépresseur et absorbera une partie marginale des charges.

Enfin, la question de comment résoudre les problèmes des urgences médicales se posent même dans les pays les plus avancé en la matière. Le facteur X qui va révolutionner L'urgences médicale ne peut être que la technologie ; alors que le cas des établissements de santé algériens est toujours au niveau du conventionnel (quelque établissement est en l'informatisation expérimentale), les pays avancés voient plus loin. On parle alors de santé 3.0 (colloque pluriel) et santé 4.0 (le saut quantique).

Ce travail de mémoire se voulait principalement managériale, mais dans cette nouvelle perspective, il serait pertinent de procéder à une étude transdisciplinaire qui investirait des champs tels que le mangement des services d'urgences.

Annexes

Bibliographie

LIVRE ET OUVRAGE

1. ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger Levrault, Paris, 2001, p.20.
2. Abdul Aziz bin Habib Hala Niyaz, Qualité des soins de santé : bases théoriques et applications pratiques, Riyad, Ministère de la santé, 2005, p. 62.
3. Achour MA, Ouchtati M. “Profil et bilan d'un nouveau service d'urgences médicales. ”réant Soins intens Med Urg, 1991, p109.
4. Askenasi R, Lheureux P, Gillet JB. Influence des examens demandés en urgence sur le temps de passage des patients dans un service d'urgence. Réanim soins intens Méd Urg 1989 ; p201-2.
5. Askénasiet AL, “Profil des admissions dans un service d'urgences. ”réant Soins intens Med Urg, 1987, p1-5.
6. Bazin, Garnerin, Vermeulen, P-F Unger. Etude sur l'analyse des flux aux urgences : contexte, méthode et résultats, urgence 2000.2002 p161.
7. Belghiti Alaoui, Principes généraux de planification à l'hôpital, Rabat, sans édition, 2005, p17
8. Bleichneret AL, “Enquête sur le fonctionnement des services d'accueil et d'urgences de 260 hôpitaux généraux français. ”réant Soins intens Med Urg, 1990, p9-12.
9. Carpentier F, Guignier M. Etude de 21122 admissions en services d'urgences. Enquête multicentrique effectuée sur un mois dans les centres hospitaliers d'Argenteuil, Brest, Briançon, Clermont-Ferrand, Dijon, Embrun, Genève, Grenoble, Lyon Saint Joseph, Lyon Edouard-Herriot, Macon, Nancy, Nantes, Nice, Paris Saint Joseph, Rennes, Rouen, Thonon. Réant Soins intens Med Urg1990 ;6 :27-30.
10. Farjon et Al. La réponse aux appels urgents par le généraliste en zone rurale non couverte par un SMUR. Enquête sur l'activité d'Il généralistes du nord-ouest du Gers pendant un an. Urg Med, 1992 p83-8
11. Finnis DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F, « Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects », Lancet, vol. 375, 2010, p. 686–695
12. GENELOT D., « Manager dans la complexité », Insep Consulting Édition, Paris, 2011, p. 30.
13. Glouberman S., Mintzberg H., « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I : Differentiation », Aspen Publishers, (2001a), Inc., p. 58-71, cité par Krief Nathalie, « Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective », 2012/2 n°3, p. 45.

14. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010
15. J ABBAD, organisation et mangement hospitalier, édition berger-leverault, Paris, 2001, pp 25-39
16. Kervasdoué J., « L'hôpital », 1ère Edition PUF, Paris, 2004, p.18.
17. Kirsch et AL, "Epidemiology and practice of emergency medicine in a developing country.", Anomer Med, 1995, p361-7.
18. KOTLER et DUBOIS, « Marketing management », 11ème édition, Pearson éducation, Paris, 2006, p.25
19. Lalonde, Marc (1974). "A New Perspective on the Health of Canadians" Ottawa: Minister of Supply and Services. Archived 2014-10-28 at the Wayback Machine
20. M. Baumann et M.-M. Gao, « Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : un guide pratique », Santé publique, Vandœuvre-lès-Nancy, France, Société française de santé publique, vol. 11, no 1, mars 1999, p. 63-75
21. Michel Gérin, Environnement et santé publique. Fondements et pratiques, Québec, Edisem, 2003, 1023 p. (ISBN 2-89130-193-5), p. 4-35
22. Mirko D. Grmek, Le concept de maladie dans Histoire de la pensée médicale en Occident, vol. 1, Antiquité et Moyen-Age, M.D. Grmek, 1995, p. 211-212.
23. ROUSSE (J), « Le Marketing des services », éditions d'organisation, Paris, 2000, P 51.
24. Salim Boutros Jalada, Département des hôpitaux et des centres de santé, Jordanie : Dar Al Shorouk Publishing and Distribution, première édition, 2007, p. 27. Traduit
25. Sylvas T, Extra'd A, « The effect of experience of on-site physicians on survival from prehospital cardiac arrest.», Resuscitation, 1996, p101-5.
26. Thamer Yasser Al-Bakri, Direction de l'hôpital, Jordanie : Dar Al-Yazuri Publishing et Distribution, 2005, p. 21
27. TROUILLOUD Aurélie, LA PRISE EN COMPTE DE L'EFFET PLACEBO PAR LE Pharmacien D'OFFICINE, faculté de pharmacie de Grenoble, 2003

MEMOIRE ET THESE

1. Baye Ndongo DIOUF, « profil des patients admis en réanimation modalistes d'admission et conséquences sur l'évolution », pour obtenir le grade de docteur en médecine (diplôme d'État), Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie Stomatologie, université Cheikh Anta Diop De Dakar, 2008 .in : www.sist.sn, consulté le 8 mai 2019
2. Brahmia B. Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE-Europe de l'Est Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.p 401.
3. MECEDDED MEGRI MOKRANE, Mémoire « Eléments de caractérisation et de qualification de l'expérience et du vécu des usagers au sein des urgences des hôpitaux » Université Abderrahmane Mira – Bejaia, 2017, p20
4. KARA TERKI Assia, thèse de doctorat « la régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public », faculté de sciences économiques et de gestion, 2009-2010, p505
5. Poe P. “Contribution à l'étude de la durée moyenne d'hospitalisation des maladies aux urgences médicales et en médecine.”, Abidjan : Thèse de médecine, 1984 p169.

SITE

1. BENATIA Yacine, « l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes », p23 Les Sceptiques du Québec, « Effet placebo • Dictionnaire Sceptique », sur www.sceptiques.qc.ca consulté le 9 septembre 2019
2. Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen, chu-tlemcen.dz, 2019, consulté le 06/06/2019
3. Coco le dico, <http://www.cocoledico.com/dictionnaire/h%F4pital,150840.xhtml>, consulté le 06/04/2019
4. Dictionnaire étymologique Larousse, www.larousse.fr Paris
5. DREES, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche2-5.pdf>, consulté le 06/04/2019
6. Flaujat & maille, 1993 www.sante.gouv.fr consulté le 08 mai 2019
7. France Top, [http://www.francetop.net/dictionnaire/synonymes/definition/hopital - adapter-](http://www.francetop.net/dictionnaire/synonymes/definition/hopital-adapter-) consulté le 12/04/2019
8. IAE de Lille - Ecole Universitaire de Management, La notion d'organisation, 2013, http://bricks.univ-lille1.fr/M19/cours/co/010_introduction.html, consulté le 03 mai 2019

9. Infirmier [http : // www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com), consulté le 8 mai 2019
10. Larousse, 1979
11. Organisation mondiale de la santé. Les déterminants de la santé. Genève. www.oms.org, consulté le 12 mai 2019.
12. PATRICK MERMOUD, « Les 4 facteurs à ne pas oublier pour un nettoyage réussi ! Comprendre le cercle de Sinner ... », sur <http://www.eco2net.ch> consulté le 9 septembre 2019

REVUE

1. Alain Degenne, « Types d'interactions, formes de confiance et relations », REDES, 2009
2. BRUNO Palier. :’’La réforme des systèmes de santé, presses universitaires de France, PARIS, 2004. P7. CCLIN Sud-Ouest, « Recommandations pour l'entretien des blocs opératoires »,2006, p. 17.
3. *Christian GRONROOS*, « Le marketing des services : consommation et marketing de processus », Revue Française du Marketing N° 171, 1999. Page 10.
4. *Frédéric BIELEN* et *Christophe SEMPELS*, « Les fondements du marketing des services : examen critique et évolution », Revue Française du Marketing N° 212, avril 2007. Page 54.
5. Marchand-Buttin F, Médina S. “La morbidité hospitalière en Ile de France : les hospitalisations en urgence dans le secteur public. La revue des SAMU, 1994 p174-5.
6. Pepe et AL. “Effect of full-time specialized physicians’ supervision on the success of a large, urban Emergency Medical Services Systems.” *Crist Care Med*, 1993, p1279-86

ARTICLE

1. Article 25 de la déclaration universelle des droits de l’homme adopté par les nations unies en décembre 1948
2. Article L6111-1 du code de la santé publique français, cité par : Bernard Bonnici, « L’hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires », la documentation française, Janvier 2007, P 21

3. Article L6141-1 du code de la santé publique français, cité par : Le panorama des établissements de santé,
4. Article 1 du décret exécutif n°92-276, du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale

RÉSUMÉ

L'organisation des services des urgences médico-chirurgicales dans les établissements hospitaliers constitue problème récurrent pour les décideurs en charge de la politique de santé et population. Ainsi, plusieurs mesures ont été appliquées pour maintenir des services répondant aux besoins du peuple.

Les urgences hospitalières sur lesquelles nous avons focalisé notre étude sont l'entrée principale de l'établissement sanitaire. Avec le malade comme élément clé, le rendement du service des urgences repose sur l'état de santé de ce dernier. En Algérie, les services des urgences présentent plusieurs lacunes que ce soit dans le plan fonctionnel, organisationnel ou curative.

A cet égard, notre étude s'est basée sur les facteurs induisant la mauvaise prise en charge des patients au niveau des Urgences Médico-Chirurgicales du Centre hospitalo-Universitaire de la wilaya de TLEMEN. Ceci nous a permis de mieux cerner les failles de soins et ensuite de confirmer l'hypothèse selon laquelle le temps d'attente des patients provoque des problèmes de soins. Cela nous a permis aussi d'infirmier partiellement l'hypothèses qui déclarait qu'augmenter le nombre des praticien médicaux réduirait la pression du travail.

Mots clés : Organisation des services d'urgences, Centre hospitalo-universitaire, Soins, patients, personnels médicales, personnels paramédicales.

ABSTRACT

The organization of medico-surgical emergency departments in hospitals is a recurring problem for policy makers in charge of health policy and population. Thus, several measures have been applied to maintain services that meet the needs of the people.

The hospital emergencies on which we focused our study are the main entrance of the health facility. With the patient as a key element, the performance of the emergency department depends on the state of health of the latter. In Algeria, the emergency services have several deficiencies, whether functional, organizational or curative.

In this regard, our study was based on the factors leading to the poor management of patients in the Medical and Surgical Emergencies of the University Hospital Center of the TLEMEN wilaya. This allowed us to better identify the gaps in care and then to confirm the hypothesis that patients' waiting time causes problems of care. It also allowed us to partially reverse the hypothesis that increasing the number of medical practitioners would reduce the pressure of work.

Key words : Organization of emergency services, University hospital, Health care, patients, medics, paramedics.