

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche
scientifique



Ecole supérieure de Management – Tlemcen



Département : Management

Spécialité : Management des services de santé

Mémoire de Fin d'Etudes

En vue de l'obtention du diplôme de Master académique

Thème

Gestion des risques et prévention hospitalière en cas
de pandémie

Cas : crise sanitaire générée par la pandémie
covid-19 en Algérie

Présenté par :

BRAHIMI Farah

Encadrée Par :

MEZIANE Tadj

Soutenu le : 22/09/2020

Devant le jury composé de :

Nom et Prénom	Grade	Qualité
1 CHIKHI Kamel	MCA	Président
2 BERRACHED Amina	MCA	Examinateur
3 MEZIANE Tadj	MCA	Encadreur

Année universitaire : 2019/ 2020

Remerciement

*Je remercie en premier lieu, **ALLAH**, le Tout Puissant, de m'avoir accordé santé, force et courage pour accomplir ce travail.*

*Je remercie aussi **mes Parents et mon frère** pour leur soutien durant tout ce parcours universitaire et surtout pour la confiance qui m'ont accordé.*

Je suis extrêmement reconnaissante envers toutes les personnes avec qui j'ai pu travailler au sein du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Ils ont su se rendre disponibles quand cela été nécessaire et ont toujours pris soin de m'expliquer les choses de façon professionnelle.

*Plus particulièrement je tiens à exprimer toute ma gratitude au **Pr. BENACHNOU**, Directeur des structures de la santé, et au **Pr. BENHAMADI Samia**, Directrice des maladies prévalences de l'alerte sanitaire qui ont su me prendre en charge en sachant me conseiller et m'encourager.*

*Je remercie également tout le personnel du Ministère des Finances, en plus particulier **Mr KASSALI Brahim**, Secrétaire Général du ministre des finances, Ils ont également su être présents pour me guider et me donner des conseils lorsque j'en avais besoin.*

*Je tiens à remercier vivement mon promoteur de stage avec qui j'ai eu la chance de travailler, monsieur **MEZIANE TADJ**, Maitre de conférences A au sein de l'Ecole Supérieure de Management de Tlemcen, pour le partage de son expertise au quotidien. Grâce à sa confiance j'ai pu m'accomplir totalement dans mes missions. Il s'est rendu disponible à tous instants et a toujours été à mon écoute. Il fut d'une aide précieuse dans les moments les plus délicats.*

Enfin, merci à mon école et son équipe pédagogique pour ces années de formation et de collaboration.

Dédicaces

J'ai tout le plaisir de dédier ce travail à :

Mes chers parents

Qui ont attendu avec patience les fruits de leurs sacrifices et qui m'ont permis de devenir ce que je suis aujourd'hui. Quoique je fasse et quoique je dise, je ne saurai point les remercier comme il se doit.

Leurs patiences à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les difficultés de la vie. Ce travail représente la consécration de tout ce qu'ils ont pu sacrifier pour me voir réussir et en particulier ma maman.

A mon seul et unique frère Sid Ahmed :

Un exemple de courage et de persévérance, je lui souhaite d'avoir ce qu'il y a de mieux dans la vie.

A mes sœurs de cœur :

Amira, Ryma, Naila et Imen que je considère comme mes sœurs, les années sont témoin de notre amitié. Les souvenirs que nous avons partagés ensemble resteront à jamais gravés dans mon cœur.

A Zackaria :

Mon meilleur partenaire de cette aventure, je le remercie infiniment pour avoir toujours été là pour moi jusqu'à la fin. Je lui souhaite beaucoup de succès dans la vie.

*A mes camarades de l'Ecole Supérieure de Management, et aux personnes que j'ai connues à Tlemcen, particulièrement **Souheyla, Imane, Djamel et Amine**,
Les souvenirs de Tlemcen auront été preuve de notre amitié.*

Je dédie le fruit de mes efforts à toutes les personnes qui me sont chères.

Liste des abréviations

Abréviation	Signification
CHU	Centres Hospitalo-universitaires
CNRH	Conseil National de la Réforme Hospitalière
Covid-19	Coronavirus disease 2019
CSF	Contrôle Sanitaire aux Frontières
DASRI	Déchets d'activités de soins à risque infectieux
DGPPS	Direction Générale de la Prévention et de la promotion de la Santé
DSP	Direction de la Santé et de la Population
EH	Etablissement hospitalier
EHS	Etablissements Hospitaliers Spécialisés
EHU	Etablissement hospitalier et universitaire
EPH	Etablissements Publics Hospitaliers
EPI	Equipement de protection individuelle
EPSP	Etablissements Publics de Santé de Proximité
GIR	Groupe d'intervention rapide
INSP	Institut national de santé publique
IPA	Institut Pasteur d'Algérie
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
NHS	National Health Service
OMS	L'Organisation Mondiale de la Santé
RSI	Règlement sanitaire international
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2
SEMEP	Service d'épidémiologie et de médecine préventive
SNS	Service national de santé
UMC	Urgences Médicales Chirurgicales
FADES Kuwait	Arab Fund for Economic & Social Development of Kuwait
USI	Unité de Soins Intensifs

Liste des Tableaux

<i>Tableau 1 Les principales définitions du risque figurante dans la littérature</i>	33
<i>Tableau 2 Caractéristiques évolutives du Covid-19</i>	68
<i>Tableau 3:analyse et synthèse des résultats</i>	83
<i>Tableau 4: analyse et synthèse des résultats (suite)</i>	85

Liste des Figures

<i>Figure 1 :Méthode de gestion des risques</i>	55
<i>Figure 2: Elément constitutifs du diagramme d'Ishikawa</i>	57

ملخص:

تعرّض النظام الصحي الجزائري على الدوام للعديد من الصعوبات التي تؤثر على كفاءته وأدائه. هذا جعله يتقبل بشكل كبير وباء كوفيد-19. ومع ذلك ، فإن إدارة المخاطر هي خطوة أساسية في تحسين جودة وسلامة الرعاية في المؤسسات الصحية. سيكون وباء COVID-19 قد وضع العالم في وضع غير مسبوق من المخاطر وعدم اليقين. لقد قوض جميع أنظمة الوقاية التقليدية ، وأجبر البلدان بما في ذلك الجزائر والحكومات والمنظمات على إعادة التفكير في إدارة المخاطر ومواجهة عدم اليقين. نكتشف في هذا البحث الاستراتيجي وإجراءات إدارة المخاطر التي يتخذها النظام الصحي في حالة حدوث أزمة صحية ، والتي تختلف تمامًا عن التدابير القياسية. في هذه النقطة ، كانت الجزائر قادرة على أن تكون سريعة على المستوى التشريعي. ولكن إذا كان إنشاء الأدوات سريعًا وفعالاً ، فإننا لا نزال بحاجة إلى الوسائل لتطبيقها. إن الوسائل متاحة ، سواء كانت مالية أو مادية ، للأسف ، فإن التحكم في تدابير إدارة المخاطر لا يرقى إلى مستوى المهمة تمامًا ، ويجب على الجزائر كأولوية مراجعة إدارتها والتحكم في المخاطر بالإضافة إلى تعزيز نظامها الصحي. .

الكلمات المفتاحية: إدارة المخاطر ، الوقاية ، النظام الصحي ، Covid-19 ، الأزمة الصحية.

Abstract :

The Algerian national health system has always been exposed to several difficulties that reach its efficiency and performance. This has made it very receptive to the covid-19 pandemic. Nevertheless, risk management is an essential approach to improve the quality and safety of care in health institutions.

The covid-19 pandemic will have placed the world in an unprecedented situation of risk and uncertainty. It has undermined all conventional prevention systems and forced countries, particularly Algeria, governments and organizations to rethink their risk management and their confrontation with uncertainty.

In this research we discover the risk management strategy and measures taken by the health system in case of health crisis which are totally different from standard measures.

On this point, Algeria has been able to show speed in terms of legislation. But if the creation of the tools was fast and effective, it is still necessary to have the means to enforce them.

The means are available whether financial or material, unfortunately the control of risk management measures is not fully up to the task and Algeria must first and foremost review its management and control of risks and thus strengthen its health system.

Key words: Risk management, prevention, health system, Covid-19, health crisis.

Résumé :

Le système national de santé Algérien a toujours été exposé à plusieurs difficultés qui atteignent son efficacité et ses performances. Cela l'a rendu très réceptif à la pandémie du covid-19. Toute fois La gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé.

La pandémie du COVID-19 aura placé le monde dans une situation inédite de risque et d'incertitudes. Elle a mis à mal tous les systèmes de prévention classiques, et forcé les pays notamment l'Algérie, les gouvernements et les organisations à repenser leur gestion des risques et leur confrontation à l'incertitude.

Dans cette recherche on découvre la stratégie et les mesures de la gestion des risques prises par le système de santé en cas de crise sanitaire qui se diffèrent totalement aux mesures standards.

Sur ce point, l'Algérie a su faire preuve de rapidité sur le plan législatif. Mais si la création des outils fut rapide et efficace, encore faut-il les moyens de les faire appliquer.

Les moyens sont disponibles que ça soit financiers ou matériels, malheureusement la maîtrise des mesures de gestion des risques n'est pas totalement à la hauteur et l'Algérie doit en priorité revoir sa gestion et maîtrises des risques ainsi le renforcement de son système de santé.

Mots clés : Gestion des risques, préventions, Système de santé, Covid-19, crise sanitaire.

Sommaire :

<u>Introduction générale</u> -----	01
<u>Chapitre 01 : La prévention Et le système de santé</u>	
<u>Introduction</u> -----	04
<u>Section 01 : L'hôpital et le système de santé</u> -----	05
<u>Section 02 : Le système de santé en Algérie</u> -----	16
<u>Section 03 : La prévention hospitalière</u> -----	22
<u>Conclusion</u> -----	29
<u>Chapitre 02 : La gestion des risques liés à une pandémie</u>	
<u>Introduction</u> -----	31
<u>Section 01 : La gestion des risques et son impact dans un système hospitalier</u> -----	32
<u>Section 02 : La gestion des risques et la prévention en cas de pandémie</u> -----	Erreur ! Signet non défini.
<u>Section 03 : Les méthodes et les outils de la gestion des risques en établissements de santé</u> -----	49
<u>Conclusion</u> -----	60
<u>Chapitre 03 : Le protocole de prévention mis en place en matière de gestion des risques en cas d'une pandémie en Algérie</u>	
<u>Introduction</u> -----	61
<u>Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil</u> -----	62
<u>Section 02 : Présentation de la crise sanitaire générée par la pandémie du Covid-19</u> -----	65
<u>Section 03 : Enquête et traitement des résultats</u> -----	69
<u>Conclusion</u> -----	89
<u>Conclusion General</u> -----	90

Introduction générale

La santé est non seulement un droit fondamental universel, mais aussi une ressource majeure pour le développement individuel, social et économique. Au regard de ce principe, l'Algérie a inscrit dans sa Constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé.

À l'aube de la crise sanitaire mondiale due au virus Corona, les peuples du monde entier ont pu constater l'insécurité à laquelle ils seront confrontés lorsque les gouvernements ne parviennent pas à assurer l'autosuffisance nationale en matière de produits et de services de santé.

Une pandémie est la propagation d'une nouvelle maladie dans le monde. Les pandémies de grippe sont imprévisibles. Cependant, elles sont des événements récurrents qui peuvent avoir des implications importantes pour la santé, la population et l'économie dans le monde entier. La préparation et la planification sont des étapes clés pour atténuer le risque et l'impact d'une pandémie.

La nature récurrente des pandémies de grippe en fait un problème de santé publique majeur nécessitant une préparation. Cela a pour corollaire positif d'accroître les possibilités de renforcer la préparation pour faire face à d'autres risques sanitaires. La plupart des capacités requises pour répondre à une pandémie de grippe - couvrant des domaines tels que la coordination, la surveillance, les laboratoires et la communication des risques - sont communes à la gestion d'autres urgences sanitaires et sont énumérées dans le Règlement sanitaire international.

Par conséquent, le fait de disposer d'un plan national de lutte contre la pandémie dans le cadre de la planification de l'intervention multirisque en cas d'urgence sanitaire contribue à la préparation générale du pays concerné et à la sécurité sanitaire mondiale.

Le système national de santé algérien a toujours été confronté à de multiples contraintes qui affectent son efficacité et ses performances. Cela l'a rendu très vulnérable à la pandémie. L'inadéquation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux changements socio-économiques que connaît le monde doit être

combattue sans remettre en cause les principes d'équité et de solidarité qui sont le fondement du système national de santé.

Notre travail de recherche vise à évaluer la **gestion des risques et la prévention hospitalière dans le cas d'une pandémie en Algérie**

Nous allons ainsi essayer de répondre à notre problématique qui est la suivante «**Quelles sont les mesures et les moyens de prévention mis en place en matière de gestion des risques en cas d'une pandémie dans le système sanitaire Algérien ?**

Pour répondre à cette problématique nous nous sommes posé les questions secondaires suivantes :

Q1 : Quel est le système de santé en Algérie ?

Q2 : Comment est la prévention et la gestion des risques liées aux pandémies ?

Q3 : Quelles sont les mesures de gestion des risques utilisées par le système sanitaire Algérien en cas de pandémie ?

Dans le but d'apporter des éléments de réponses à ces questions, nous allons tenter tout au long de notre étude de confirmer ou infirmer nos hypothèses qui sont les suivantes :

H1 : Il y a des moyens financiers destinés au secteur de la santé spécialement en cas de pandémie.

H2 : Le protocole de gestion des risques et prévention diffère du protocole de la gestion des risques classique.

H3 : Le secteur de santé maîtrise les méthodes et les moyens de la gestion des risques.

Afin de faire une recherche de pointe, et sur la base de nos connaissances acquises, nous avons choisi une méthodologie où pour deux (02) chapitres, on a parcouru une documentation approfondie entre livres, sites web, et échanges avec des experts. Ce qui nous a permis d'avoir une idée globale du sujet, des concepts, et du contexte.

Nous avons ensuite examiné l'étude de cas dans une approche qualitative. D'abord dans la finalité de recenser les préférences des internautes en terme de contenu, nous avons procédé par la méthode analytique en utilisant comme outils de recherche un interview, nous avons récolté quelques réponses des cadres de santé.

Nous avons donc structuré notre travail en trois (03) chapitres, chaque chapitre est reparti sur trois (03) sections :

Le premier chapitre traitera l'hôpital et le système de santé dans une première section. La seconde section quant à elle entamera le système de santé en Algérie, et nous conclurons ce chapitre par une troisième section sur la prévention hospitalière.

Le deuxième chapitre, portera dans une première section sur la gestion des risque et sont impacte sur le système de santé.

Dans une seconde section, nous entamons la prévention et la gestion des risques liés à une pandémie.

Et nous parlerons des méthodes et les outils de gestion des risques utilisés dans un établissement de santé.

Le troisième chapitre est le nectar de notre travail, il comporte deux sections, Il entame naturellement dans une première section la présentation du ministère de la santé et de la population, sa structure, ses objectifs, ainsi que l'état des lieux de ses service. Pour ensuite passer à la deuxième section où l'on développe sur la méthodologie retenue et pratique de l'étude effectuée. Puis nous procéderons à l'analyse des résultats, et conclusions tirés pour arriver vers la fin aux recommandations et contributions.

Chapitre 01 :

La prévention Et le Système de santé

Introduction

Il n'y a aucun doute pour chacun que l'hôpital est avant tout destiné aux personnes malades, qui s'y rendent pour être soignés, il n'en a pas toujours été ainsi. L'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui a en effet évolué au fil des siècles depuis sa création, en fonction à la fois de l'évolution des besoins de la population et de leur prise en compte en termes de priorités politiques. Au-delà de toutes ses missions l'hôpital est aussi un auteur majeur de prévention.

Dans ce chapitre, dans une première partie nous verrons l'Hôpital et ses missions et surtout son évolution depuis l'indépendance, ainsi que les différents systèmes de santé dans le monde.

Dans une deuxième section nous nous approfondirons dans le système de santé Algérien et ces principes.

Et on conclura ce chapitre par une dernière section qui étudiera la prévention hospitalière, sa définition, les méthodes de prévention et ses mesures.

Section 01 : L'hôpital et le système de santé

1.1 Définitions et évolution historique de l'hôpital

Du latin « hospitalia » signifiant « chambre pour les hôtes » et « refuge pour les indigents », l'hôpital est un établissement aménagé d'une façon à pouvoir dispenser tous les soins médicaux et chirurgicaux. ¹

Hôpital, un terme où on regroupe tous les établissements qui permettent à une personne d'être hébergée pour des soins. Les hôpitaux dispensent des soins dans le cadre de « consultation hospitalière » où les patients viennent de façon ponctuelle, et de « hospitalisation » où ils passent un séjour plus ou moins long.²

Le mot est surtout lié au concept d'hospitalité, d'accueil des malades, des indigents et des mourants, tâche réservée pendant le moyen âge aux ordres religieux hospitaliers dans des locaux qui se sont longtemps appelé indifféremment hospice ou hôpital.³

Autre fois, les hôpitaux n'étaient pas destinés aux malades mais à l'hébergement des pauvres. En effet sous une notion centrale « gratuité », les constructions sont structurées pour les personnes nécessiteuses et indigentes. A noter que la plupart de ces structures ont été construites en dehors des villes, sans aucune vocation médicale.

En 18^{ème} siècle, la pauvreté devient un problème politique et l'Etat s'en approprie. Sont alors créés des hôpitaux pour recueillir les miséreux, les sans-logis... cependant, ils restaient des lieux de claustration des pauvres, des marginaux...

Les révolutionnaires ont protesté ce système et ont souhaité un autre décentralisé dans lequel l'hôpital est rattaché à la commune.

A partir du 19^{ème} siècle, la mission médicale de l'hôpital a été renforcée, une nouvelle loi est imposée « assistance publique » en énonçant « lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune ». Peu de temps après une autre loi apparait

¹ Sondos CHAABANE, Service d'urgences hospitalières, gestion hospitalière, N°13 2002.

² Dr. Wilfrid PAVAGEAU, système de santé en France, santé au quotidien, [en ligne]. 2015, P1. Disponible sur <https://www.docteurlic.com/encyclopedie/hopitaux.aspx> (Consulté le 06/06/2020).

³ <https://fr.wiktionary.org/wiki/h%C3%B4pital> (consulté le 07/06/2020).

pour les vieillards, les privés de ressources, les âgés de plus de 70 ans ou ayant une maladie incurable, d'être gratuitement accueilli dans les hôpitaux.

Suivi par cela, une autre communication d'une loi relative aux hôpitaux annonçant l'ouverture de l'hôpital à toute la population mais qui institue un prix à la journée d'hospitalisation.

La seconde évolution était la constitution des centres hospitaliers et universitaires (CHU) dans les villes où il y avait des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les facultés et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centre de soins, d'enseignement et de recherche... donc s'est tiré le nom de « centres hospitaliers et universitaire ».

L'idée centrale était qu'une partie du personnel médical des hôpitaux universitaires devait être conduite à devenir temps plein, et à partager ce temps entre les soins, l'enseignement et la recherche. Les hôpitaux devenaient des lieux de pratique professionnelle et de recherche, réunissant praticiens et universitaires.

Aujourd'hui, l'hôpital touche l'ensemble des établissements d'hospitalisation et se limite parfois aux établissements publics, parfois encore aux établissements sous dotation globale.

De nos jours on entend parler d'hôpital, de clinique, d'établissement de santé, d'établissement de soins, de centre hospitalier ou de centre d'hospitalisation.

L'hôpital est aussi considéré comme étant un monde fermé qui commence à s'ouvrir sur son environnement, en raison de sa mission de plus en plus humanitaire.⁴

1.2 Missions et valeurs de l'hôpital

Le milieu hospitalier est à la fois sensible et complexe. Sensible, parce que ses activités s'intéressent à la fois à la santé et à la préservation de la vie humaine. Complexe, parce que son organisation et son fonctionnement confrontent plusieurs pouvoirs d'où une multitude des centres de décision.

L'hôpital a des missions très importantes dont :⁵

⁴ <https://www.cnle.gouv.fr/histoire-de-l-hopital-et-prise-en.html> (consulté le 07/06/2020).

⁵ <https://www.sanitaire-social.com/guide/hopitaux-et-cliniques/missions-valeurs-hopitaux> (consulté le 07/06/2020).

- ✓ **La continuité des soins** : les établissements de santé assurant le service public hospitalier doivent être en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans d'autres services.
- ✓ **La prévention** : au-delà de sa mission de soin, l'hôpital public est aussi un acteur majeur de la prévention. Il est le lieu essentiel de détection des problèmes de santé, en particulier par le biais des urgences. Il s'inscrit aujourd'hui de plus en plus dans des logiques de réseau avec les autres acteurs sanitaires de son bassin de santé.
- ✓ **L'enseignement et la formation** : en coopération avec les facultés de médecine, les centres hospitaliers universitaires assurent la formation initiale des médecins. Le développement professionnel continue des médecins, la formation initiale des professionnels de santé non médecin (infirmiers, aides-soignants), la formation continue du personnel de la fonction publique hospitalière.
- ✓ **La recherche et l'innovation** : la recherche appliquée mise en œuvre dans les établissements leur permet de disposer d'un accès privilégié à l'innovation thérapeutique, dont ils peuvent faire bénéficier leur patients à condition que ces derniers soient clairement avertis des risques éventuels encourus.
- ✓ **La qualité** : l'hôpital doit rendre un service de qualité, au meilleur coût. Cette qualité se mesure notamment par rapport à des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel. Elle implique la mise en œuvre, dans chaque établissement, d'une démarche qualité.

L'hôpital doit se reposer sur ses propres valeurs dont :

- ✓ **L'égalité** : elle signifie une absence de discrimination (race, religion, âge ...) et le devoir de soigner tout le monde, quel que soit son état de santé et sa situation sociale. L'hôpital travaille en coopération avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi qu'avec les associations d'insertion et de lutte contre l'exclusion.
- ✓ **La neutralité** : les soins sont donnés sans tenir compte des croyances et opinions des patients.
- ✓ **La continuité** : l'hôpital public a en particulier des obligations spécifiques en matière d'accueil d'urgence. Pour cela, il doit mettre en place une organisation assurant la permanence des soins, de même qu'un service minimum en cas de grève.

- ✓ **L'adaptabilité** : les réorganisations et les mutations de l'hôpital public sont permanentes afin de préserver l'intérêt général et de répondre aux besoins de la population dans un environnement en perpétuelle évolution.

1.3 L'hôpital : une organisation hiérarchique

L'hôpital est considéré comme étant une organisation hiérarchique gouvernée par un système central de gestion et d'approvisionnement et gérée par un conseil d'administration et un directeur général.

La direction est chargée de différentes unités :

Les unités de soins (secteur de production de soins) et les unités administratives. Ces unités sont subdivisées en services classés selon leurs activités.

Un centre de responsabilité est une unité de l'hôpital qui peut comporter une ou plusieurs activités sous une responsabilité unique avec une structure de fonctionnement qui lui est propre.⁶

Une vision fonctionnelle des systèmes hospitaliers peut être fournie par ces centres de responsabilité :⁷

- ✓ **Les services cliniques** : ou lieu d'hébergement des patients.
- ✓ **Les consultations** : Souvent incluses dans des services cliniques et servent de filtre entre la demande du public et l'hôpital. Ainsi, le service d'urgence a une place à part, puisque les malades viennent sans rendez-vous et relèvent en principe des soins immédiats.
- ✓ **Le plateau technique** : Consiste des unités où s'exécutent un certain nombre d'actes nécessitant des technologies importantes, soit thérapeutique soit d'aide au diagnostic. Ces unités travaillent pour les services cliniques et les consultations.
- ✓ **Le secteur logistique** : s'occupe de l'hébergement des malades et effectue un certain nombre de tâches à destinations des unités précédemment décrites. Il s'agit essentiellement de la restauration et de la blanchisserie, mais aussi du transport des malades, de consommables, d'examen etc. Il est possible de classer dans ce

⁶ Combes, C. Un environnement de modélisation pour les systèmes hospitaliers. Thèse de doctorat, Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand, 2004.

⁷ Ebali A. Vers un outil d'aide à la planification et à l'ordonnancement des ressources dans les services de soins. Thèse pour l'obtention du Doctorat en Génie Industriel, Institut National Polytechnique de Grenoble, 2004.

secteur la pharmacie, lieu de stockage, de préparation et de distribution de produits médicamenteux qui pourraient appartenir à d'autres unités.

- ✓ **Le secteur administratif** : Composé de la direction générale, du service financier, de celui du personnel, de l'économat, du service informatique, etc. Une deuxième représentation de la structure d'un hôpital stipule qu'il est composé de cinq activités centrales qui gèrent différents types d'intrants et d'extrants dans le but d'offrir de multiples produits ou services répondant aux besoins des patients.

Plus précisément nous retrouvons :

- **Les activités de logistique interne** : qui regroupent l'acquisition, la réception et la distribution de différentes fournitures utilisées en soutien à la prestation de service et associées aux extrants intermédiaires et finaux ;
- **La gestion de la demande** : qui consiste à prévoir, planifier et orchestrer l'utilisation des différentes ressources nécessaires pour rencontrer les besoins ;
- **Les opérations et les services** : qui regroupent l'ensemble des activités soutenant le patient lors de son passage dans le centre hospitalier allant de son admission jusqu'à son congé ;
- **La logistique externe** : qui est associée aux activités de suivi médical du patient ;
- **Les services aux patients** : qui représentent les activités auxiliaires et non essentielles offertes par l'hôpital : distributeur, cafeteria, fast-food, programmes religieux, etc.

En résumé, l'hôpital se détermine par un éventail d'activités, à la fois large et profond. Large, puisqu'il y a une diversité et une immensité de compétences, profond du fait de son haut degré de compétences, qui nécessite une connaissance approfondie des différents domaines d'activités. L'hôpital peut être aussi sectionné en deux grands secteurs d'activité : les services cliniques et les services médicaux-techniques où chaque service est lui-même divisé en services selon le type d'activité qu'il réalise.

Dans ce travail, nous allons nous concentrer sur le service épidémies et maladies contagieuses, qui lui est un service médicaux-technique. La décomposition de l'hôpital en diverses activités sera détaillée ultérieurement pour le terrain de l'étude considéré dans ce travail.

L'hôpital se fait voir alors comme un élément, un vecteur dans des stratégies de pouvoir et de constitution de clientèles (patientèles), un lieu d'expression et d'élaboration des asymétries de l'information entre mondes différenciés. Plus largement, les hôpitaux, même s'ils disposent de propriétés, sont des consommateurs de produits, de services, de matériaux. A l'exception de ce qui concerne la gestion de leurs biens propres, les incidences économiques de l'activité d'un hôpital méritent d'être évaluées.⁸

1.4 Le système de santé :

1.4.1 Définition

Le système de sante peut défini comme l'ensemble des moyens (organisationnelles, humains, structurels et financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé, il regroupe donc d'une part les activités des soins et des préventions et d'autre part, c'est des politique d'utilisation des structures et des moyens .il constitue un sous-système de système économique.⁹

Selon l'OMS : Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé¹⁰

1.4.2 Les objectifs d'un système de santé

L'OMS assigne trois objectifs aux systèmes de santé :

- ✓ Améliorer et maintenir l'état de santé de la population. L
- ✓ Assurer la réactivité du système.
- ✓ Garantir une contribution équitable de la part de la société.

1.4.3 Les caractéristiques d'un système de santé

Un système de santé **doit pouvoir** identifier les besoins de la population, déduire les priorités et mettre en œuvre une politique et des actions capables de réaliser ses objectifs.

⁸ Glouberman S., Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease. *Health care manage review*, Aspen Publishers, 2001

⁹ Dr S. AMAROUCHE Maître Assistante – Epidémiologie- Université 3 de Constantine – Avril 2017, P02

¹⁰ <https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>

Un système de santé **doit être** :

- ✓ **EFFICACE** : sur le plan :

Technique : basé sur les méthodes scientifiques approuvées

Economique : **nécessitant** des choix compatibles avec des efforts des pays pour assurer le financement des besoins de santé, tout en respectant les progrès de la science.

- ✓ **ACCESSIBLE** : sur le plan

Géographique : Le système de santé doit être proche de la population : la distance entre la communauté et les structures constitue un critère d'appréciation du système de santé.

Economique : Le droit à la santé constitue un des principes fondamentaux des droits de l'homme, le coût ne devant pas lui faire obstacle.

- ✓ **ACCEPTABLE** : Le système de santé doit avoir l'accord (consentement volontaire) de la population ; cette notion d'acceptabilité explique parfois les différences observées entre pays de niveau socio - économique identique en fonction de leur culture.

- ✓ **PLANIFIABLE ET EVALUABLE** : Ces deux qualités sont essentielles :

Le rôle de la planification est de déterminer les ressources disponibles pour satisfaire les besoins et choisir les solutions aptes à modifier la situation. Il convient ensuite d'évaluer les techniques, les structures et le matériel utilisés pour atteindre les objectifs fixés préalablement.

- ✓ **SOUPLE et MODIFIABLE** : Le système de santé doit pouvoir s'adapter à toute situation nouvelle imposée par le type de morbidité, le progrès technologique et les conditions sociaux – économiques.¹¹

1.4.4 Financement d'un système de santé

¹¹ Beresniack A, Duru G. Economie de la santé, Ed Masson, 1995, P 62

- ✓ Dépenses des ménages : ticket modérateur et paiement direct.
- ✓ Dépenses publiques : Soit des dons, allocation d'un budget, recettes propres des établissements de soins, impôts et autres

1.4.5 Évaluation d'un système de santé :

- ✓ **Fonctionnement et activités** : Étude de l'accessibilité aux soins. Étude de la fréquentation des établissements des soins et étude qualitative et quantitative des activités.
- ✓ **Moyens** : Étude de productivité (taux d'occupation des structures), équipements, et personnels.
- ✓ **Financement** : pour le malade : le prix de la journée.
- ✓ **Qualité** : capacités de réponses aux attentes des usagers.
- ✓ **Résultats** : Étude de l'efficacité sur le plan épidémiologique et des avantages et des bénéfices.¹²

1.4.6 Les principaux types des systèmes de santé

On distingue généralement deux types de systèmes : Centralisé et Décentralisé.

La différence entre les deux types tient :

- ✓ Au statut des producteurs de soins
- ✓ Au type de protection sociale de la population
- ✓ Au mode de financement du système de santé.

Les systèmes Centralisés :

L'exemple habituel est celui des systèmes de santé des pays de l'est Le « National Health Service » (N.H.S.) anglais crée en 1948 par Beveridge en est un autre modèle. Ce système a été repris par plusieurs pays industrialisés (Portugal, suède, Italie, Islande, Danemark, Grèce).

¹² BRUNO, Polier., la réforme des systèmes de santé. 7 ème Edition mise à jour, 2015, février. P 18

- ✓ **Statut des producteurs de soins** : La production de soins est assurée dans le cadre d'un monopole public. L'offre de soins à deux (02) composantes :

- ❖ **Les établissements hospitaliers** :

Ils sont tous nationalisés et leurs praticiens sont des salariés du N.H.S.

- ❖ **Les praticiens généralistes** :

Ils sont rémunérés selon le principe de la capitation (taxe par tête). C'est-à-dire qu'ils perçoivent un montant forfaitaire par malade inscrit pour une année. Ils sont sous contrat avec le N.H.S. mais conservent le statut de praticiens indépendants.

- ✓ **L'accès aux soins est réglementé** : Chaque individu est inscrit sur la liste d'un praticien généraliste auquel il doit être obligatoirement adressé pour être soigné ou être envoyé à l'hôpital ou à un spécialiste. Les spécialistes travaillent comme des consultants dans les hôpitaux et reçoivent un salaire.

- ✓ **Le type de protection sociale de la population est simple** : Le N.H.S assure la gamme complète de soins qui sont gratuits pour l'utilisateur. Le financement du N.H.S. Il repose essentiellement sur le budget de l'état c'est-à-dire l'impôt, selon le principe de redistribution des revenus.

- ✓ **Inconvénients du NHS** :

- ❖ Le patient ne peut pas choisir son médecin
- ❖ Absence de concurrence
- ❖ Liste d'attente dans les hôpitaux
- ❖ Lourdeur administrative.

Les systèmes décentralisés :

Les systèmes qui s'en rapprochent le plus sont les systèmes de santé en place aux Etats-Unis et en Suisse. Le système américain.

✓ **Les producteurs de soins :**

- ❖ Ils se répartissent entre le privé (2/3) et le public (1/3).
- ❖ La médecine ambulatoire est entièrement privée.
- ❖ En ce qui concerne les honoraires, les médecins sont libres d'en fixer les tarifs ; le paiement à l'acte est le plus courant pour les soins ambulatoires et pour l'hospitalisation sur la base d'une facturation de chaque service.

✓ **Le type de protection sociale :**

Il n'existe pas de système obligatoire d'assurance sociale. La population recourt à l'assurance privée à titre individuel ou par l'intermédiaire des employeurs. Les lois du marché déterminent le montant des primes.

Il existe toutefois des programmes publics d'assurances sociales pour certains groupes de population :

- ❖ **Le MEDICARE** : programme financé par le gouvernement fédéral prenant en charge les personnes âgées.
- ❖ **Le MEDICAID** : destiné aux personnes dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté, pris en charge par les états.

✓ **Le financement :**

Le système américain est cher mais il traduit un choix en matière de consommation.

✓ **Inconvénients :**

Son défaut principal est le risque de voir se développer une double médecine : une pour les personnes aisées pouvant s'assurer elles-mêmes et une pour les défavorisés dépendant des programmes publics.

Les systèmes mixtes :

Dans le cadre des systèmes de santé, le système français occupe une position mixte, associant décentralisation et centralisation.

- ✓ **Décentralisation** : Système décentralisé au niveau des usagers et des producteurs de soins. Les usagers bénéficient d'une :

- ❖ Liberté de choix du producteur de soins.
- ❖ Liberté du choix de l'établissement de soins. Les producteurs de soins ont l'entière liberté d'installation et de prescription.

- ✓ **Centralisation** : Le système français revêt par ailleurs un aspect centralisé lié au rôle des organismes d'assurance - maladies qui assurent l'essentiel du financement et au rôle de l'état.¹³

¹³ Dr Arézki TIBICHE Médecin Epidémiologiste, C.H.U de Tizi - Ouzou. Les systèmes de santé dans le monde, 2017, P 31-34

Section 02 : Le système de santé en Algérie

2.1 Organisation du système de santé Algérien

L'objectif d'un système de santé est la mise en œuvre concrète de la politique de santé, en vue d'améliorer la santé des citoyens.

Selon le rapport sur la santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), L'Algérie occupe le 45^{ème} rang en termes de niveau de santé, entre les 191 Etats membre du classement. Elle est classée au 81^{ème} rang en matière de performance globale du système de santé.¹⁴

La hiérarchisation des soins est placée au premier rang dans l'organisation du système de santé algérien. Elle consiste à différencier les actions de soins relevant de la compétence sanitaire du système de base, autrement dit des structures extrahospitalières de celles relevant des structures hospitalières selon des niveaux déterminés et différenciés en fonction du degré de technicité des soins exigés ou plutôt souhaités.

- ✓ **Les soins du 1^{er} niveau :** Il concerne les soins de santé de base, telles que les consultations médicales, soins dentaires, soins pour la mère et l'enfant, soins infirmiers, exploitations, éducations sanitaire, activité de prévention et les urgences de premier secours.

Pour répondre aux besoins de soins de ce niveau, on trouve des salles des soins, des polycliniques, des cabinets médicaux privés qui sont installés dans les quatre urbains, des communes ainsi que dans le sud et dans les zones dites isolées.

- ✓ **Les soins du 2^{ème} niveau :** ce sont des soins donnés au niveau des hôpitaux de daïra, de wilaya ou de région. Ces structures sont censées délivrer des consultations de médecine générale et de spécialité de base, comme la médecine interne, la chirurgie générale, laboratoire biologie et la pédiatrie. Ces structures ont la possibilité de transférer leurs malades vers l'hôpital du secteur sanitaire ou, si l'état de santé du patient l'exige, vers l'EHS (Etablissement Hospitalier Spécialisé) ou le CHU (Centre Hospitalier Universitaire). Il

¹⁴ OMS, stratégie de coopération avec les pays 2002-2005. [En ligne], Format PDF disponible sur : [Http : //www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr](http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr). P10.

fait noter que ces deux premiers niveaux ont une importance du fait qu'ils conditionnent l'efficacité des programmes de santé et des soins primaires. Ils permettraient aux hôpitaux de secteur d'être plus efficaces dans les soins secondaires.¹⁵

- ✓ **Les soins du 3^{eme} niveau :** Ces soins assurés dans les hôpitaux de secteur sanitaire et certaines cliniques privées. Ils disposent les soins primaires et secondaires. L'hôpital au secteur comporte au minimum un service des urgences, des consultations externes, une unité de stomatologie, quatre services de base (médecine, chirurgie, pédiatrie, et obstétrique) et un plateau technique (radiologie et laboratoire). De plus, c'est au niveau de l'hôpital du secteur sanitaire que siègent les services chargés de faire appliquer les programmes de prévention, les programmes nationaux de santé, les activités sanitaires orientées vers la mère et l'enfant, la prise en charge et le suivi des maladies chroniques, l'hospitalisation à domicile de certains cas chroniques (cancers en stade terminal, accident vasculaires cérébraux...) et les consultations des équipes mobiles en zones isolées.
- ✓ **Les soins du 4^{eme} niveau :** Il s'agit de soins spécialisés et hautement spécialisés mis en place pour la wilaya, les activités sont réservées à la prévention et au traitement de maladies lourdes, telles que les maladies cardiovasculaires, cancer, mais aussi traumatologie, les grands brûlés, la dialyse rénale, immunologie, gastro-entérologie, médecine nucléaire, radiothérapie. Donc ces soins sont hautement spécialisés et nécessitent des moyens financiers et humains très importants et sont assurés dans les CHU et les EHS ainsi que dans certaines cliniques privées. Les Chu ont d'autre missions que celles de la santé publique, qui se résument dans :
 - ❖ La formation du personnel de santé sous l'autorisation de la faculté de médecine.
 - ❖ Effectuer des études et des travaux de recherche.¹⁶

2.2 Historique et évolution du système de santé Algérien

Le système de santé en Algérie est un système qui existe depuis longtemps, d'ailleurs c'est un héritage du système colonial français. Il a connu des évolutions et des progressions vraiment remarquables depuis l'indépendance jusqu'à nos jours, à travers les différentes

¹⁵ MSPRH, Rapport final sur la réforme hospitalière, septembre 2003.P 29.

¹⁶ AIT MEDJANE.O : « les reformes de système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyse », mémoire de master en science économiques, option : Economie de la santé, 2013.

politiques et stratégies adoptées par les pouvoirs publics algériens. L'évolution du système de santé algérien est marquée par quatre phases à savoir :

2.2.1 La période 1962 à 1973 :

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un système de soins inadapté aux besoins de la population qui se caractérise par une infrastructure insuffisante. Cette infrastructure était centralisée dans le nord du pays et les grandes villes, elle couvre les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins. A cette époque, la situation sanitaire marquait par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de la prévention.¹⁷ Les indicateurs sanitaires de cette époque se caractérisaient par :

- ✓ Une espérance de vie à la naissance ne dépassant pas les 50 ans.
- ✓ Une mortalité infantile élevée dépassant 180 décès pour mille naissances en milieu urbain, les causes principales étaient les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et les autres maladies infectieuses, aggravées par un état de malnutrition chronique.
- ✓ Des maladies transmissibles d'une importante cause de décès et d'handicaps et de maladies mentales

Face à cette situation délicate, les préoccupations du ministère de la santé étaient alors tournées vers la fixation de certains objectifs essentiels :

- ✓ La vaccination à travers la généralisation de la vaccination.
- ✓ La mise en place des programmes nationaux de santé afin de lutter contre les maladies transmissibles et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgence médico-chirurgicales, natalité...).
- ✓ La prise en charge gratuite par l'Etat des malades atteints de certaines maladies (tuberculose, malnutrition...).
- ✓ Le développement de centres de protection maternelle et infantile (PMI), et des centres d'hygiène scolaire pour renforcer la politique de protection maternelle et infantile.

¹⁷ Rapport NABNI 2020 : « Cinquantenaire de l'indépendance : enseignement et vision pour l'Algérie de 2020 ». Janvier 2013, p.6

Cette phase a permis de développer l'offre de soins et de lutter contre les grands fléaux épidémiques, ce qui a permis l'amélioration de l'état de santé de la population.¹⁸

2.2.2 La période 1974 à 1986

L'Etat déclarait l'instauration de la médecine gratuite à partir de janvier de 1974 dans l'ensemble des services public. Désormais toute la population est ouverte dans exceptions cela est confirmé deux ans après la charte nationale qui stipule : « L'Etat a la charge d'assurer la protection, la prévention et l'amélioration de la santé de toute la population ». ¹⁹Sur le plan de l'état de santé de la population, cette période est caractérisée par une amélioration notable qui s'est traduite par :

- ✓ L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (63 ans en 1985 contre 50 ans en 1962).
- ✓ La diminution du taux de mortalité générale.
- ✓ La diminution du taux de mortalité infantile.

Par contre, sur le plan épidémiologique, la baisse notable de certaines maladies transmissibles, grâce aux programmes nationaux de santé (lutte contre la tuberculose, la malnutrition, programme élargi de vaccination...)²⁰.

2.2.3 La période 1986-2002

La politique de mise en œuvre jusqu'en 1986 connaît au frein brutal à la fin des années 80, en raison de la chute des revenus pétroliers et de l'endettement de l'Algérie, ainsi que l'augmentation de la demande des soins en raison de la gratuité des soins. Le programme de la santé connaît un net recul des 1986/1987, mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretien des équipements).

¹⁸ MSPRH : « Système National de Santé ». Assises Nationales de la santé, Alger 26,27 et 28 Mai 1998, p.5.

¹⁹ OUFRIHA F-Z : Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie. OPU, Alger, 1992, P. 14.

²⁰ AMALOU.M : « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogène dans un hôpital : cas du CHU de Sétif ». Mémoire de Magister en Science Economique, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009, p.9.

En 1994, le Fond Monétaire International (FMI) impose à l'Algérie le programme d'ajustement structural (PAS) dont l'objectif est de réduire les importations des médicaments ainsi que les dépenses de santé.²¹

Cette phase est caractérisée par :

✓ **Une transition épidémiologique :**

- ❖ Baisse remarquable de maladies transmissibles (tuberculose, maladies cibles du programme élargie de vaccination...).
- ❖ Augmentation des taux d'incidence de maladies non transmissibles (diabète, hypertension artérielle, cancers, maladie cardio-vasculaires...).

L'Algérie fait face à un double fardeau de morbidités, autrement dit la cohabitation des maladies de la pauvreté avec celles dites de civilisations. En parallèle, la réduction des niveaux de mortalité et la fécondité amorce également une transition sur le plan démographique.

✓ **Une transition démographique :**

- ❖ Amorces du vieillissement de la population (6.4%).
- ❖ Urbanisation rapide (59% de l'habitat en zone urbaine).
- ❖ Recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement importante (48.25% de la population a moins de 19 ans).²²

2.2.4 La période de 2002-2014

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires du fait de la rente pétrolière et en dépit des crises financières mondiales.

Pendant cette période, les transitions épidémiologiques et démographiques se poursuivent :

²¹ AMALOU M (2009), Op, Cit., p. 10

²² Rapport NABNI 2020, Op, Cit, p.9.

- ✓ Progression accélérée de la maladie non transmissible (pathologies dites modernes) : maladies neuropsychiatriques, cancers, diabète, pathologies respiratoires et cardiovasculaires en rapport avec le changement de rythme et de mode de vie du citoyen.
- ✓ Vieillesse de la population, lié ç l'allongement de l'espérance de vie.²³

2.3 Le financement du système de santé Algérien

En Algérie, le financement de la santé reste une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et la population. Il doit être fondé sur la solidarité nationale afin d'atteindre l'accessibilité de soins de santé pour tous, à partir de janvier 194 c'est instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques, le système de santé a principalement été financé par deux bailleur de fonds : le budget de l'Etat et la sécurité sociale.

Les mondes de financement de la santé ont été énumérés dans la charte et la loi n° 85-05 du 16 Février 1985.

Les sources de financement de santé en Algérie :

Le financement du système de santé Algérien relevé de plusieurs sources de financement qui sont les suivantes : L'Etat, les caisses de sécurité sociale, les ménages, les mutuelles et les collectivités locales.²⁴

²³ Rapport NabNi 2020, Op, Cit, P 11.

²⁴ ART. 228- Le financement des services publics de santé est assuré par l'État. Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

ART.229. - Les entreprises et administrations concourent au financement de la santé, dans le cadre des actions programmées conformément à la législation et à la réglementation relative aux œuvres sociales.

ART.230- Les collectivités locales participent au financement des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur

Art. 231. - Les bénéficiaires de soins peuvent être appelés à contribuer au financement des dépenses de santé, dans le respect des dispositions de l'article 22 de la présente loi. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 232. - La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisation à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé, et est soumise aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés. Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art. 233. - Les entreprises, les organismes publics et les collectivités locales peuvent être appelés également, à concourir au financement de réalisation à caractère sanitaire, selon les procédures en vigueur en matière d'investissement planifié.

- ✓ **L'Etat** : prend en charge les dépenses de fonctionnement et d'équipement alloués annuellement au ministère de la santé et de la population. Différents programmes de prévention et de lutte contre les principales maladies ont été entrepris et de gros investissements liés à la constriction des établissements publics sanitaires et hospitaliers sont pris en charge par l'Etats.
- ✓ **La sécurité sociale** : Couvre les assurances sociales qui offrent des prestations aux profits des assurés. Elle prend en charge le remboursement des médicaments (80% du taux de responsabilité et 100% pour certaines pathologies comme les maladies chroniques) et des soins des patients transférés à l'étranger.
- ✓ **Les ménages** : Leur participation au financement prend plusieurs formes : le ticket modérateur, quant aux ménages non assurés ils prennent en charge la totalité des frais de médicaments.
- ✓ **Les mutuelles** : L'article 06 de la loi 90-33 ne stipule que les travailleurs salariés d'institutions d'établissement publics, d'entreprise publiques et privés et les personnes exerçant pour leur propre compte peuvent constituer des mutuelles²⁵. Les mutuelles interviennent dans la prise en charge des 20% de dépenses des adhérents et ayant droit.
- ✓ **Les collectivités locales** : Participent au financement de la santé à travers le financement des actions de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire.²⁶

Section 03 : La prévention hospitalière

3.1 Définition de la prévention

La notion de « prévention » est complexe dans le domaine de santé et elle peut se définir sous différents aspects. Il convient de présenter plusieurs définition de ce concept afin de percevoir une définition la plus complète et pertinente que possible.

La prévention :

²⁵ MSPRH : Compte nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003, p.45.

²⁶ ZIANI .Z : « Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012, p. 38-43

Une activité dont l'objectif est de réduire la fréquence de la gravité des problèmes de santé. (Maladie ou accident)²⁷

Une discipline ayant pour objet la prévention des maladies infectieuses à l'hôpital et dans les établissements de soins. L'hygiène hospitalière fait partie intégrante de l'activité et de la qualité des soins des hôpitaux.²⁸

La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportement qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé.²⁹

Il convient de distinguer :

La prévention dite de « **protection** » qui est avant tout une prévention de ou contre, laquelle se rapporte à la défense contre les agents ou des risques identifiés.

La prévention dite « **positive** » voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de « promotion de la santé ».

Selon l'OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.

Il s'agit de distinguer trois types de prévention :

- ✓ **La prévention primaire :** ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et a donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.
- ✓ **La Prévention secondaire :** est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du

²⁷ www.medatice-grenoble.fr

²⁸ Dictionnaire Larousse

²⁹ François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU, "Traité de Santé Publique" chapitre 15 : Prévention et promotion de la santé d'édition Médecine-Sciences Flammarion

trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

- ✓ **La prévention tertiaire :** qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

RS. Gordon en 1982, présente une classification de la prévention en trois parties :

- ✓ **La prévention universelle :** est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fait donc partie intégrante de cette acceptation de la prévention des champs dits de l'éducation pour la santé qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène.
- ✓ **La prévention sélective :** s'exerce en direction de sous-groupe de population spécifique : automobilistes, travailleurs en bâtiment, jeune femmes etc. La promotion de l'activité physique ou la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.
- ✓ **La prévention ciblée :** est non seulement fonction de sous-groupe de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteur de risque spécifique à cette partie bien identifiée de la population.³⁰

3.2 Les techniques de la prévention

3.2.1 La formation :

La formation en hygiène hospitalière est un élément essentiel de la prévention des infections nosocomiales et de la qualité des soins. Elle doit être individualisée de façon spécifique dans chaque établissement. Elle prend en compte l'ensemble des aspects cliniques, microbiologiques et épidémiologiques de ces infections, mais également l'organisation des soins, la maintenance des équipements hospitaliers, la gestion de l'environnement, la protection des personnels.

³⁰ <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>

Elle est offerte à l'ensemble des services et à l'ensemble des personnels, comme un élément indispensable de formation continue. Elle constitue un indicateur de qualité et de sécurité.

3.2.2 La surveillance :

Chaque établissement de santé définit sa propre stratégie de surveillance des infections nosocomiales en tenant compte des priorités nationales. La politique ainsi définie doit obtenir l'adhésion de la commission ou conférence médicale d'établissement et le soutien de la direction de l'établissement.

Le centre de surveillance en liaison avec la structure ou l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, les modalités de cette surveillance :

- ✓ Types d'infections sous surveillance et informations collectées.
- ✓ Services et patients concernés.
- ✓ Types d'infections sous surveillance et information collectées.
- ✓ Modalité de collecte d'information (incidence, prévalence, personnels impliqués dans le recueil)
- ✓ Règles pour la circulation de l'information et le respect de la confidentialité (déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté pour le traitement d'information nominatives).

Il est indispensable que la surveillance d'appuie sur une méthodologie validée (définition standardisées, méthode de recueil validée...).

3.2.3 Propreté de l'environnement :

La propreté de l'environnement à l'hôpital est essentielle pour limiter les infections. Le choix des agents désinfectants dépendra des nombreux facteurs et chaque établissement devrait posséder ses propres politiques et procédures en la matière.

3.2.4 Stérilisation / désinfection du matériel, des dispositifs et des instruments :

Le matériel, les dispositifs et les instruments doivent être stérilisés/désinfectés correctement, en respectant scrupuleusement les recommandations.

3.2.5 Dispositifs médicaux « à usage unique »

Les dispositifs « à usage unique » sont conçus par les fabricants pour ne pas être réutilisés. Ainsi, ne seringue à usage unique ne devrait jamais être réutilisée car le risque d'infection est très élevé. Les dispositifs d'infection stériles à usages unique incluent les seringues hypodermiques stériles, les aiguilles hypodermiques stériles, les seringues autobloquantes destinées à la vaccination, les seringues à usage général avec dispositif empêchant la réutilisation, et les seringues à usage général avec dispositif de prévention des piqûres d'aiguille.

3.2.6 Hygiène des mains

L'hygiène des mains est l'intervention la plus importante que chaque professionnel de santé peut mettre en pratique en prévention des infections associées aux soins. Elle est donc indiquée chaque fois qu'il y a un risque de transfert de micro-organismes de la peau ou d'une surface inanimée vers une autre surface.

Les recommandations sont les suivantes :

Les données montrent que le respect par les professionnels de santé des recommandations en matière de prévention et de lutte contre les infections et une durée d'hospitalisation des patients réduites au minimum peuvent faire baisser les taux d'infections.

3.2.7 Utilisation d'équipement de protection individuelle

Les Equipements de Protections Individuelle (EPI) incluent les sur-blouses, les gants, les tabliers, les lunettes de protection, les sur chaussures et les masques chirurgicaux.

✓ Gants :

Les comportements suivants sont recommandés dans la fiche d'information de l'OMS sur l'usage des gants.

- ❖ Le port des gans ne se substitue pas à l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou au lavage au savon et à l'eau.
 - ❖ L'usage des gants est recommandé lorsqu'il paraît plus que probable que l'on aura un contact avec du sang, d'autres liquides biologiques, une peau lésée, une muqueuse ou du matériel potentiellement contaminé.
- ✓ **Sur-blouses et masques chirurgicaux anti projection**

Porter une sur-blouse permet d'éviter de contaminer sa tenue avec du sang, des liquides biologiques et d'autres substances potentiellement infectieuses. D'après les recommandations, les professionnels de santé devraient :

- ❖ Porter des tabliers jetables en plastique lorsqu'ils sont en contact étroit avec un patient, du matériel ou des équipements u en cas de risque de contamination.
- ❖ Jeter les tabliers en plastique après chaque procédure. Les vêtements de protections non jetables devraient être envoyés à la blanchisserie.
- ❖ Porter des sur-blouses longues imperméables en cas de risque de projection Importante de sang, de liquides biologiques, sécrétions ou excréta, hormis la transpiration.
- ❖ Porter des masques chirurgicaux et des lunettes de protection en cas de risque de projection de sang, de liquides biologiques, de sécrétion ou d'excréta ver le visage et les yeux.

3.2.8 Utilisation et élimination sans danger des objets piquant ou tranchants

Les professionnels de santé devraient être conscients du problème majeur que constituent les piqûres d'aiguilles. Pour éviter ce type de blessure, les pratiques suivantes sont recommandées :

- ✓ Limiter la manipulation des objets piquants ou tranchants su strict nécessaire.
- ✓ Ne pas décaphuchonner, tordre ou casser une aiguille après utilisation.
- ✓ Jeter chaque aiguille directement dans un conteneur destiné aux objets piquants et tranchants au point d'utilisation immédiatement ares leur utilisations.

- ✓ Ne pas surcharger les conteneurs destinés aux objets piquant ou tranchant s'il est plein.
- ✓ Ne pas laisser de conteneur destiné aux objets piquants et tranchants à la portée des enfants.
- ✓ Pour limiter les risques d'exposition des professionnels chargés de l'élimination des déchets, le conteneur destiné aux objets piquants et tranchants dans lequel sont collectées les aiguilles au chevet des patients doit être placé dans un conditionnement sécurisé.
- ✓ Toujours déclarer une blessure due à une aiguille conformément aux politiques locale en vigueur.³¹

3.3 Les mesures de prévention

Les mesures préventives consistent à :

- ✓ Appliquer des mesures d'hygiène rigoureuses : hygiène des mains, utilisation des solutions hydro-alcooliques. Fixer des protocoles de soins pour les différents gestes de soins médicaux et paramédicaux.
- ✓ Utiliser du matériel médicale stérile ou à usage unique. Améliorer les méthodes de stérilisation et appliquer les bonnes pratiques de désinfection du matériel.
- ✓ Détecter les situations à risque et d'épidémies.
- ✓ Détection des patients porteurs de germes multi-résistants et mise en place des protocoles pour la prise en charge des situations de colonisation septique et géographique des patients porteurs de germe multi-résistants. C'est-à-dire isolements des patients porteur de germes multi-résistants dans des chambres seules, port de sur-blouses lors des visites médicales.
- ✓ Encadrement de la prescription d'antibiotiques et création des guides de bonnes pratiques.³²

³¹ Ducel G, Fabry J, Nicolle L. Prévention des infections nosocomiales : Guide pratique [Internet]. 2e éd. 2002. P 71 -76

³² <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifir/objectif.htm>

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire qu'en quelques années, il y a eu de grandes avancées dans la lutte contre les maladies nosocomiales. La première étape a été la reconnaissance de cette pathologie inhérente à l'hospitalisation. La découverte qu'il s'agit d'un problème de santé publique avec un coût aussi bien individuel que collectif. La prévention est en effet le seul moyen efficace de lutte contre cette pathologie : faire en sorte qu'un germe extérieur ne puisse être en contact avec un patient.

Cela fait appel à des règles d'hygiène qui paraissent, vues de l'extérieur, simples d'application. Mais, dans la réalité, la multiplicité des acteurs soignants, la diversité des patients et les problèmes environnementaux font que la disparition des maladies liées aux soins est quasiment impossible. Il n'en reste pas moins, qu'une politique permettant d'augmenter la vigilance du personnel soignant, que la reconnaissance de patients à risque et que la prise en compte des bactéries multi résistantes, ont permis un progrès franc dans la prévention de ces infections. C'est pour cela qu'il est important que chaque personne qui fréquente un milieu hospitalier, qu'il fasse partie du personnel soignant ou qu'il soit simple usager, prenne le maximum de précautions afin de limiter le plus possible les risques sanitaires liés aux infections nosocomiales.

Chapitre 02 :

La gestion des risques
liés à une pandémie

Introduction

La fonction de l'hôpital s'est développée au fil du temps, il est de plus en plus défini par un cadre étouffé d'activités où le risque zéro est inexistant. Le système de santé se doit de contrôler, manager, gérer et prévenir le risque, néanmoins les risques hospitaliers sont de natures très variés, c'est pourquoi la gestion des risques s'adhère aujourd'hui comme une composante capitale de la stratégie d'un système hospitalier.

Parallèlement, le secteur industriel s'est armé d'outil de maîtrise des risques. Dans cet encadrement, il est important d'étudier ces outils et de s'influencer pour les approprier au milieu hospitalier.³³

Ce chapitre est organisé comme suit : on commence par la notion de risque et de gestion de risque, ensuite on passe à la présentation de la gestion des risques dans un milieu hospitalier, bien évidemment après avoir présenté les différents types de risques dans ce même milieu. Par la suite, on présente les différentes étapes de la démarche de la gestion des risques et ses enjeux en établissement de santé.

Dans une deuxième section on verra la gestion des risques et la prévention en cas de pandémie et on finit par découvrir les méthodes et les outils de la gestion des risques en établissements de santé.

Section 01 : La gestion des risques et son impact dans un système hospitalier

1.1 Définition du risque

³³ Cogan.P, Hopkin.P, Fundamentals of Risk Management, 4th Edition Institute of Risk Management (GBR), 2017.

Le risque fait l'objet de plusieurs définitions voisines, chacune dépend de l'angle sous lequel le risque est perçu, autrement dit, la définition du risque est connexe au point de vue de l'observateur, la réception du risque est donc profondément diversifiée. Cependant, certains auteurs cherchent à universaliser cette définition. Prenons par exemple KERVEM définit le risque comme étant un évènement dont l'apparition n'est pas certaine et dont la manifestation est susceptible d'engendrer des dommages significatifs sur un programme entraînant la baisse des performances du système ou l'augmentation des coûts de maintien en conditions opérationnelles.

La notion du risque a évolué au fil du temps. D'après HANSSENS, il a été considéré comme étant lié à la perception humaine d'un phénomène qui dépasse la compréhension

Ainsi, le risque possède une double facette ; un danger à éviter et un facteur d'opportunité : oser pour gagner. GOURC appuie cette définition en disant « pour qualifier le risque subi, plutôt négatif, il utilise l'appellation « risque-écueil ». Quant au risque créateur d'opportunité, il le désigne par « risque-action » ».

D'après ces définitions, on peut généraliser en supposant que le risque et non seulement un mot commun mais également un mot difficile à définir. Ainsi il n'y avait aucune définition théorique consolidée de risque, mais les définitions répandues affirment que le risque est lié à l'incertitude des résultats, la probabilité de perte et non détection.

Selon ces explications, les facteurs clés du risque sont : le temps est le premier facteur clé puisqu'il s'agit d'une attitude au futur, il provient de l'incertitude qui présente le deuxième facteur clé. L'information est le troisième facteur clé étant donné qu'il se produit en raison de la connaissance d'information, enfin, il inclut l'obstacle, donc, la perte est le dernier facteur clé.³⁴

On présente ci-dessous un tableau récapitulatif des principales définitions du risque figurante dans la littérature (tableau 01).

³⁴ Saber Aloui, Contribution à la modélisation et l'analyse du risque dans une organisation de santé au moyen d'une approche système. Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Ecole des Mines de Paris Spécialité "Science et Génie des Activités à Risques", 2007.

Tableau 1 Les principales définitions du risque figurante dans la littérature

Auteurs et années	définitions
Le petit Larousse	Possibilité, probabilité d'un fait, d'un évènement considéré comme un mal ou un danger.
Le petit Robert	Un danger éventuel, plus ou moins prévisible, ou s'exposé à un danger dans l'espoir d'obtenir un avantage.
Bernoulli, 1938	L'Espérance mathématique d'une fonction de probabilité d'un évènement.
Kervern, 1995	Un évènement dont l'apparition n'est pas certaine et dont la manifestation est susceptible d'engendrer des dommages significatifs sur un programme entraînant la baisse des performances du système ou l'augmentation des coûts de maintien en conditions opérationnelles.
Aloui, 2007	L'exposition (d'une personne ou un bien) à un danger potentiel inhérent a une situation ou une activité.
Xu jiayin, 2008	Evènement lié à l'incertitude des résultats, la probabilité de perte et de non détection, la différence entre résultats et attentes et le changement vers la perte.

Source : récapitulatifs des définitions du risque

1.2 Classification des risques professionnels en milieu hospitalier

Les professionnels de santé sont exposés à des risques propres à la fonction hospitalière et à des risques communs à d'autres métiers, mesurer ces risques permet à l'établissement de santé de mener une politique de prévention efficace. D'autre part cette démarche répond à une obligation réglementaire : loi n°91-1414 du 31/12/91. Les risques professionnels représentent un « cout » humain et financier. Ils ont également un impact en termes d'image sur la population.

Risques biologiques :

- ✓ Le risque infectieux est prédominant.
- ✓ Le risque allergique : asthme ; rhinite allergique.

- ✓ Le risque d'intoxication : solvants ; plomb.
- ✓ Les accidents d'exposition au sang ou autre liquide biologique.

Risques chimiques :

- ✓ Liés aux produits utilisés en milieu hospitalier, leurs effets sont variables

Risques physiques :

- ✓ Liés à une exposition professionnelle à des agents physiques qui agissent sur le corps humain.
- ✓ Les radiations ionisantes : rayons x, sources scellées, sources non scellées.
- ✓ Autres risques physique : bruit, éclairage, ambiance thermique, vibrations.

Risques ergonomiques, gestes et postures :

- ✓ Les contraintes physiques des professionnels de santé font partie des risques prépondérants quel que soit leur fonction.
- ✓ Rupture de l'équilibre entre les charges subie et les capacités d'adaptation de l'individu.
- ✓ Liés à la manutention des malades et aux contraintes posturales.
- ✓ Situations debout, accroupies, à genou, piétinements, bras en l'air, torsions du dos, sciatiques et tendinites.

Risques psychologiques :

- ✓ Liés au métier lui-même, en d'autres termes : situations rencontrées, douleur, handicap, mort, exigences déontologiques représentent également une charge psychologique importante.
- ✓ Liés aux conditions de travail, natures des tâches à accomplir, interruptions dans les taches, le rythme de travail.
- ✓ Liés aux situations de violence et d'agressivités, entraînant stress et syndrome d'épuisement professionnel.

Risques hospitaliers :

- ❖ **Risques iatrogéniques :**

- ✓ Constitués par les risques, les effets pathologiques liés aux actes et soins médicaux ou l'hospitalisation elle-même.
 - ✓ Les maladies peuvent résulter d'une faute, d'une erreur ou d'un aléa imprévisible et inévitable.
 - ✓ La fréquence des complications iatrogènes augmentent avec l'âge et la gravité des patients (la chute fait partie des risques iatrogènes).
- ❖ **Risques de la vie hospitalière :**
- ✓ Liés avec l'environnement hospitalier, la logistique et la technique.
 - ✓ La sécurité des locaux et des installations est une préoccupation importante.
 - ✓ La première source de risque dans ce domaine est constituée par les travaux réalisés par l'hôpital.
- ❖ **Les risques en lien avec la sécurité des biens et des personnes ou sécurité anti-malveillance :**
- ✓ Gestion des situations de violence et de vols dans le but de maintenir un niveau de sécurité optimal à l'hôpital.
- ❖ **Risques liés au circuit du médicament :**
- ✓ Le circuit du médicament comprend la prescription, la commande, la livraison, la dispensation et l'administration du médicament.
- ❖ **Risque en lien avec les différents circuits à l'hôpital :**
- ✓ Toute l'activité hospitalière est organisée en amont.
 - ✓ Un circuit est un itinéraire recommandé pour la circulation des personnes et des objets. Dans un établissement de soins, il est impératif de mettre en place des circuits « propre » et « sales » devant être respectés tant par le personnel que par les patients et les visiteurs.
- ❖ **Vigilances sanitaire :**
- ✓ Surveillance attentive soutenir dans le but de la surveillance des incident ou risques liés à l'utilisation des produit de santé : médicaments, dispositifs médicaux, produit sanguins labiles afin de maintenir un haut niveau de sécurité des soins.

La gestion des risques quel qu'ils soient est une préoccupation permanente de nos organisations et fait partie intégrante du management dans les établissements de santé.³⁵

1.3 Définition de gestion des risques : cas de pandémie

La gestion des risques dans le domaine de la santé s'est étendue aux Etats Unis dans les années 50, afin de diminuer le risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels et, ce faisant, les actions en dommages-intérêt et le coût des assurances pour insouciance médicale. Les programmes de Risk management, premièrement centrés sur les soins et la pratique en milieu hospitalier, particulièrement les activités d'obstétrique, d'anesthésie et d'urgence, se sont développés par la suite à l'ensemble des événements inimitable. A la fin des années 80, cette formalité a mécanisé dans les pays anglo-saxons vers un effort de diminution et de préventions des risques outre de leur probabilité de conduire à une équivoque. La gestion des risques s'attache alors de plus à déterminer et étudier les causes profondes des risques, risques pour patients, les visiteurs les professionnels, risque pour l'institution, quel que soit la nature de ces risques.³⁶

Il 'existe pas aujourd'hui de consensus sur la définition de la gestion des risques en établissement de santé. Certains emploient le terme de maitrisés des risques défini comme « un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que possible les risque encourus par les patients, les visiteurs et le personnel »³⁷.

D'autres appellent gestions des risques « un processeur régulier, continu et coordonné, intégré a l'ensemble de l'organisation, qui permet l'identification, le contrôle, l'évaluation des risque et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, aux professionnels, aux biens de l'établissement »³⁸

La gestion des risques est réactive et préventive, elle assemble justement :

- ✓ Une approche réactive qui s'intéresse a posteriori aux événements indésirables survenus ou avérés. Elle vise à limiter le nombre des événements (incidents, accidents) ou à réduire les conséquences dommageables de ceux-ci par la mise en place d'actions correctives.

³⁵ <http://leucosite-soins-infirmiers.com/differents-types-de-risques-a-lhopital>

³⁶ Quenon J.-L, Gautier R. Du risque à la gestion des risques. Techniques hospitalières, 2000, n°652, p. 20-21.

³⁷ norme ISO 8402

³⁸ Barthélémy B. Gestion des risques. Paris : Editions d'organisation ; 2000, P 50

- ✓ Une approche préventive ou anticipative, qui identifie a priori les évènements redoutés ou évènements indésirables par une analyse du système et de ses dangers. Elle comprend l'identification des situations dangereuses et des vulnérabilités de l'établissement puis la mise en place d'action de prévention et le suivi de leur efficacité.

1.4 La démarche de gestion des risques : les différentes étapes

1.4.1 L'identification du risque :

L'étape d'identification, essentielle, consiste à connaître les évènements indésirables. L'identification porte sur les évènements redoutés ou identification a priori, et sur les évènements réalisés ou identification a posteriori. Elle conduit les établissements à élaborer leur propre classification des risques.

1.4.2 L'analyse des risques :

L'analyse des risques vise à quantifier et la gravité et la fréquence de chaque risque, à déterminer ses causes et ses conséquences (dommage et préjudice). Seule une analyse systémique permet de retracer « la chaîne d'évènement » ayant conduit à l'accident ou l'incident. Elle recherche l'ensemble des causes, notamment les causes liées à l'organisation.

1.4.3 La hiérarchisation des risques :

Cette étape permet de sélectionner les risques qui exigent la mise en œuvre d'actions préventives prioritaires. Cette hiérarchisation est fonction de la fréquence (probabilité de survenue et de la gravité de l'évènement (conséquences humaines, organisationnelles, financières...). Elle est établie en fonction de la criticité du risque mais aussi de son acceptabilité, de son évitabilité et son coût.

1.4.4 L'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action :

Plusieurs scénarios peuvent être envisagés pour améliorer la situation. Ils seront analysés en fonction de leur faisabilité, du rapport coût/efficacité, des bénéfices secondaires pour les acteurs en terrain. Le choix du plan d'action résulte d'un compromis, la sécurité étant in fine le résultat d'un arbitrage entre la criticité des risques à traiter, les points de vue des différents acteurs et diverses contraintes d'ordre réglementaire, budgétaire, social, politique,

sociologique par exemple. Quel que soit le plan d'action retenu, sa mise en œuvre repose essentiellement sur la capacité de l'institution à mobiliser les acteurs concernés autour des enjeux de maîtrise des risques.

1.4.5 Le suivi et l'évolution :

La mise en place d'un suivi des plans d'action a non seulement pour objet de vérifier la pertinence du plan d'action et d'identifier les risques résiduels à surveiller, mais aussi de s'assurer de l'efficacité des actions au regard des objectifs. Elle nécessite la définition préalable d'indicateurs.

La démarche de gestion des risques, quel que soit le champ d'application, la déclinaison successive de plusieurs étapes utilisant des méthodes et outils spécifiques de la gestion des risques.³⁹

1.5 Les enjeux de la gestion des risques en établissements de santé

La gestion globale et intégrée des risques est un enjeu d'actualité et d'avenir pour un établissement à plusieurs titres. Elle constitue une réponse aux attentes croissantes et incontournables de la société, des usagers en matière de qualité et de sécurité des soins. La loi du 04 mars 2002 donne une véritable légitimité aux exigences des usagers en matière de transparence sur les accidents, d'implication et de participation aux décisions médicales. La tolérance collective au risque est de plus en plus limitée.

Des efforts importants de transparence, d'information et de communication sont à conduire pour rendre les risques inhérents à l'activité de production de soins acceptables par les usagers. Elle tend à faire de la sécurité un objectif partagé par chaque acteur de l'établissement, l'objectif qui doit ensuite se décliner au quotidien dans la pratique de chacun. Dans un contexte d'instauration d'une culture d'évaluation de la qualité (accréditation, évaluation des pratiques), d'accroissement des contraintes externes, la gestion des risques est une opportunité pour optimiser les compétences, améliorer les organisations et les conditions de travail, favoriser la pluridisciplinarité et la transversalité au sein de l'établissement. Intégrer la finalité de sécurité dans la performance hospitalière implique non seulement une responsabilisation de chaque acteur, une prise de conscience individuelle et collective des risques, mais aussi des changements importants en termes d'organisation de système d'information et de management.

³⁹ Caillard JF, Gehanno JF. L'évaluation des risques professionnels, une démarche de progrès pour l'hôpital. Gestions hospitalières, n°421, janvier 2003.

Par ailleurs, l'intervention de l'Etat pour rétablir l'assurabilité des établissements, dans un contexte de désengagement de la plupart des assureurs du marché de la responsabilité médicale et d'augmentation des cotisations. A mis clairement en lumière les conséquences assurancielles possibles d'une sinistralité croissante. La mise en place des programmes d'un établissement. Dans des pays antérieurement confrontés à des situations similaires, elle est devenue une condition impérative. Elle a permis à garantir la pérennité des contrats d'assurance en responsabilité professionnelle et de maîtriser leurs couts.⁴⁰

Section 02 : La gestion des risques et la prévention en cas de pandémie

2.1 Définition de la pandémie

On parle de pandémie en cas de propagation mondiale d'une nouvelle maladie.

Une pandémie de grippe survient lorsqu'un nouveau virus grippal apparait et se propage dans le monde entier, en l'absence d'immunité dans la grande majorité de la population. En général, le virus qui a provoqué des pandémies dans le passé avait pour origine des virus grippaux de l'animal.

⁴⁰ Poullain I, Lespy F. Gestion des risques et de la qualité, guide pratique à l'usage des cadres de santé. Editions Lamarre, Rueil - Malmaison, 2002, P 125

Par certains aspects, les pandémies grippales peuvent ressembler à la grippe saisonnière, alors que d'autres caractéristiques les distinguent nettement. Par exemple, la grippe pandémique et la grippe saisonnière provoquent toutes les deux des infections dans tous les groupes d'âge, et dans la plupart des cas, se manifestent par une maladie spontanément résolutive, avec guérison complète du sujet sans traitement. En revanche, sous sa forme classique, la grippe saisonnière provoque la plupart des décès chez les personnes âgées, d'autres cas graves survenant le plus souvent chez des sujets présentant divers états pathologiques.⁴¹

2.2 Les différents niveaux d'alerte d'une pandémie

2.2.1 Alerte initial :

Une information encore incertaine laisse penser qu'un nouveau virus grippal a potentiellement pandémique est apparu et a commencé à se transmettre dans une population. Ce stade permet aux établissements de revoir et préparer les protocoles pour faire face à une crise.

2.2.2 Stade 01 : freiner l'introduction sur le territoire :

C'est une phase de détection précoce des premiers cas arrivant sur le territoire, avec mise en œuvre de mesures préventives telles que le contrôle sanitaire aux frontières, la prise en charge médicale des cas et de leurs contacts, la mise en place de mesures barrières.

2.2.3 Stade 02 : freiner la propagation du virus sur le territoire :

C'est une phase de mise en œuvre des mesures barrières et de montée en puissance du système sanitaire dès lors que se développent des cas isolés autochtones ou de petits foyers sur le territoire.

2.2.4 Stade 03 : atténuer les effets de la vague pandémique

L'augmentation rapide du nombre de cas signe le début de la vague pandémique. Le stade 03 marque l'arrêt de la surveillance individuelle des cas par l'institut de veille sanitaire. Il s'agit alors de limiter la contagion par des mesures barrières, de réduire la charge sur le système de santé, de limiter l'absentéisme au travail, de renforcer la capacité de réponse sanitaire.

⁴¹ https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/fr/

2.2.5 Stade 04 : revenir à la situation antérieure et se préparer à une vague suivante éventuelle :

On passe au stade 04 des lors que l'on repasse en dessous du seuil pandémique définie par l'institut de veille sanitaire. Retour à une situation normale, évaluation des conséquences de la « vague pandémique », retour d'expérience de la conduite de crise, préparation pour une éventuelle vague nouvelle, poursuite de la vaccination dans cette perspective.

Les limites de la nomenclature de l'Organisation Mondiale de la Santé, basée sur la circulation du virus a l'échelle du globe ont conduit à définir ces quatre stades dans le nouveau plan national de lutte contre une pandémie grippale.⁴²

2.3 Les actions à mettre en œuvre en cas de pandémie

Lorsqu'un cas de grippe a été diagnostiqué au sein de l'établissement, le personnel ainsi que les résidents doivent appliquer des mesures préventives afin de ne pas propager le virus au sein de l'établissement.

2.3.1 Les mesures préventives

- ✓ **La vaccination antigrippale pour les résidents :** le ministère de la Santé lance la campagne de vaccination contre la grippe, cette campagne sera relatée par l'Assurance Maladie, avec un argumentaire renforcé autour d'un message, élaboré en concertation avec la Direction Générale de la Santé Publique « Pour éviter l'hospitalisation, passez à la vaccination ». La plupart des personnes atteintes sont des personnes âgées, des personnes souffrant de maladie chronique ou des femmes enceintes. C'est pourquoi les pouvoirs publics se mobilisent afin de faire comprendre l'intérêt et l'importance de la vaccination antigrippale.
- ✓ **La vaccination antigrippale pour les salariés :** au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées, les salariés concernés par l'obligation de vaccination sont ceux qui exercent « une activité professionnelle l'exposant a des risques de contamination ».

⁴² https://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Affichette_lavage_mains.pdf

- ✓ **L'élaboration du protocole :** l'établissement doit s'assurer de la présence d'élaboration des protocoles de base et doit les mettre à disposition des professionnels.

Il s'agit des :

- Protocole d'hygiène.
- Protocole de nettoyage et de désinfection des locaux.
- Protocole de procédure d'hospitalisation et de retour en établissement.
- Protocole définissant le circuit des prélèvements à analyser lors des premiers cas de grippe.
- Protocole du circuit de déchet.⁴³

2.4 Les bonnes pratiques d'hygiène

2.4.1 L'hygiène des mains :

Il faut se laver les mains au savon ou avec des produits hydro-alcooliques pendant au moins 30 secondes et se sécher les mains avec une serviette personnelle ou jetable. Il est primordial que le personnel se désinfecte les mains en quittant la chambre du résident grippé et après avoir ôté le masque ou le cas échéant jeté les gants.

2.4.2 L'hygiène respiratoire :

Le virus de la grippe se transmet principalement par voie aérienne, notamment par les gouttelettes respiratoires (postillons, éternuement, toux), mais il peut se déposer sur les mains des malades et sur des surfaces (objets, mobiliers, vêtements)

2.4.3 Le port de masque et des gants :

Avant d'entrer dans la chambre du résident, le professionnel de santé doit porter un masque et des gants à usage unique. Pour être efficace, le masque doit être placé sur le visage

⁴³ Beck U. La Société du risque. Aubier : Alto, 2006, P 521.

d'une manière correcte avec un ajustement de la barrette nasale, doit être stocké aussi dans un endroit tempéré et sec et jeté après chaque utilisation autrement dit après au maximum une journée de travail.

2.4.4 Les précautions pour le résident malade :

Il convient d'aérer la chambre du résident, si possible plusieurs fois par jour ainsi que de maintenir la porte de la chambre fermée. Par ailleurs, il convient de changer régulièrement la literie et le linge corporel du résident chaque fois que nécessaire.

Le personnel doit également s'assurer d'hydrater régulièrement le résident qui peut rapidement se déshydrater à cause de la température élevée de son corps. Si le résident est amené à quitter la chambre, celui-ci devra être muni d'un masque afin de ne pas propager le virus au sein de l'établissement.⁴⁴

2.5 L'organisation en cas de pandémie grippale

2.5.1 L'activation du plan de l'activité continue

L'essentiel du plan d'activité : Chaque établissement doit avoir rédigé le volet infectieux de son plan bleu qui intègre les mesures spécifiques au risque pandémique dont notamment le plan de continuité de l'activité. Ainsi, l'élaboration du plan d'activité continue permet de maintenir l'activité au niveau le plus élevé. Ce plan comporte un volet organisationnel et un volet de prévention.

En voici, les principaux éléments :

Les étapes de construction d'un plan de continuité d'activité (PCA) :

Etape 01 : Nommer un référent grippe et son suppléant

Les missions d'un référent grippe :

- ✓ Pilote la préparation de l'établissement à une pandémie grippale.
- ✓ Prépare le Plan de Continuité d'Activité PCA.
- ✓ Prévoit son remplacement.
- ✓ Est l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics.

⁴⁴ Soury F., Caria A., Rybak C. « Gestion des risques : une fonction nouvelle à l'hôpital », Gestions hospitalières 2008 ; Québec : P 722

- ✓ Formalise un maximum de procédures par écrit.
- ✓ Détermine le mode d'organisation médicale permettant en cas de pandémie d'assurer la continuité des soins 24H/24 en collaboration avec le médecin coordinateur et les médecins traitants.
- ✓ Vérifie les stocks.
- ✓ Assure la communication au sein de l'établissement.

Etape 02 : Volet organisationnel

✓ **Organisation du travail en situation gardée :**

- ❖ Sensibiliser les personnels sur l'impact de la pandémie en matière d'absentéisme.
- ❖ Prioriser les tâches.
- ❖ Réorganiser les conditions de travaux (horaires, ajustement des cycles, soutien psychologique...).
- ❖ Prévoir la logistique (conditions d'hébergement sur place, zone de repas, de repos...).
- ❖ Renforcement des effectifs :
- ❖ En interne : déprogrammer les activités non essentielles, réorganiser les ressources humaines.
- ❖ En externe : associations de solidarité et recours aux réserves sanitaires.

✓ **Organisation des soins :**

- ❖ Prévoir l'isolement des personnes contaminées.
- ❖ Retarder les admissions prévues.

✓ **Fonction logistique :**

- ❖ Prévoir l'absentéisme des personnels de la restauration.
- ❖ Prévoir l'absentéisme des personnels de la blanchisserie (prévoir un circuit linge contaminé).
- ❖ Ravitaillement des produits divers (eau de javel, mouchoirs, dispositifs médicaux, gants...).
- ❖ Prendre contact avec les fournisseurs habituels.

✓ **Fonction de communication :**

- ❖ Constituer un annuaire de crise avec tous les correspondants utiles.
- ❖ Disposer de fiches à jour avec les coordonnées des familles.
- ❖ Convenir des modalités de communication avec les familles.
- ❖ Convenir des modalités de communication avec les personnels et des modalités des réunions.
- ❖ Préparer des affiches pour rappeler les procédures aux personnels.

✓ **Gestion des déchets infectieux :**

- ❖ Doubles sacs plastiques pour les déchets infectés.
- ❖ Prévoir l'approvisionnement de la filière de Déchet d'Activité de Soins à Risques Infectieux D.A.S.R.I.

✓ **Gestion des corps :**

- ❖ Prévoir la gestion des corps en cas de décès massifs.
- ❖ Disposer d'un stock de housses mortuaires.
- ❖ Renforcement du nombre de place en chambre mortuaire.
- ❖ Mise en cercueil immédiate des corps placés dans une housse hermétique.
- ❖ Lieux d'accueil et de recueillement des familles.

✓ **Impact financier :**

- ❖ Prévoir une désorganisation des systèmes financiers (acquittement des factures et paies...).

Etape 03 : volet prévention et protection

✓ **Santé des personnels :**

- ❖ Actualiser le Document Unique d'Evaluation des Risques D.U.E.R en lien avec le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail C.H.S.C.T.

- ❖ Actualiser le règlement intérieur.
- ❖ Prévoir l'intervention du médecin du travail.

✓ **Sensibilisation et formation des personnels :**

- ❖ Prévoir l'affichage des bonnes pratiques d'hygiène.
- ❖ Formation des personnels.

✓ **Moyen de protection individuelle :**

- ❖ Prévoir des stocks de masques, mouchoirs, gants, et des solutions hydro-alcooliques.

Etape 04 : Volet risque infection

En théorie tous les établissements doivent avoir un conclu de convention de coopération avec une structure sanitaire dans le cadre du plan bleu, même si en pratique de nombreux établissements sont confrontés à la réticence des centres hospitaliers.

✓ **Les éléments à intégrer :**

- ❖ Désignation de référents dans chaque institution pour faciliter les admissions.
- ❖ Le circuit des prélèvements à analyser lors des premiers cas.
- ❖ Les procédures d'hospitalisation en cas de pandémie et particulièrement la possibilité de mise en place d'un circuit spécifique pour les personnes âgées afin d'éviter le passage aux urgences.⁴⁵

⁴⁵ Pandémie grippale et vie des entreprises : INRS Réalité Prévention n° 14 – 2007 ; 12 pages

2.5.2 Les mesures appliquées en cas de pandémie grippale

En cas de pandémie grippale le référent grippe (en pratique le médecin coordinateur et le directeur) doit s'assurer de la mise en œuvre des mesures spécifiques dont :

- ✓ L'organisation de la logistique de crise, qui doit permettre de s'assurer de l'approvisionnement en denrées alimentaires, en produits d'entretien et d'hygiène ou encore en dispositifs médicaux.
- ✓ Le principal problème risque alors d'être la gestion du volume de stocks nécessaire.
- ✓ La détection des premiers cas : le médecin diagnostiquant une grippe informe le référent grippe ou le directeur de l'établissement afin que la survenue de plusieurs cas concomitants puisse être détectée et signalée à l'Agence Régionale de Santé.
- ✓ Le monde d'organisation médicale permettant en cas de pandémie, d'assurer la continuité des soins.
- ✓ L'organisation du travail, permettant, en cas de pandémie, d'adapter les horaires et les plannings, les astreintes, et les tâches réalisées par les salariées afin d'assurer la poursuite de l'activité de l'établissement.
- ✓ L'utilisation des moyens de protection du personnel, des praticiens et des visiteurs en contact avec les résidents.
- ✓ Les solutions possible d'isolement du ou des premiers cas.
- ✓ La limitation des visites.
- ✓ La sensibilisation des familles pour éviter si possible les contacts rapprochés (02 mètres) et les sensibiliser au port du masque.
- ✓ La restriction des sorties des résidents en leurs expliquant le risque de contamination.
- ✓ S'assurer d'une bonne hydratation et une bonne nutrition des résidents grippés.
- ✓ L'adaptation des menus des résidents, afin de réduire le temps de préparations.
- ✓ La gestion des déchets des soins à risque infectieux : les masques utilisés seront considérés comme tels, ce qui augmentera considérablement le volume de ces déchets.
- ✓ La gestion des corps en cas de décès massifs : en lien avec les services communaux et la préfecture pour prévoir les lieux d'accueil et de recueillement

des familles, et les lieux de conservation des dépouilles jusque ‘à ce que l’entreprise des pompes funèbres vienne chercher les corps.⁴⁶

⁴⁶ Nichan Margossian, Risques et Accidents Industriels Majeurs : Caractéristiques, Réglementation, Prévention, Dunod, Paris, 2006, P 32

Section 03 : Les méthodes et les outils de la gestion des risques en établissements de santé

L'objectif principal des demandes de la gestion des risques aux soins est d'assurer et d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients en diminuant les risques de survenue d'évènement indésirable grave associés aux soins. Elles sont particulièrement applicables dans le domaine de la maîtrise du risque infectieux nosocomial. La mise en œuvre de ces méthodes s'inscrit dans une démarche transversable impliquant l'ensemble des professionnels, il existe deux grands types de méthodes : Les méthodes a priori et les méthodes a posteriori.

3.1 Méthode a priori de la gestion des risques

Elles permettent, avant la survenue de l'évènement indésirable d'urgence, d'identifier les risques pour en réduire la fréquence et la gravité potentielle. Il est recommandé de les mettre en œuvre dans des unités de soins volontaire souhaitant développer et améliorer leur culture de sécurité des soins.

Plusieurs méthodes existent notamment :

- ✓ **La visite du risque** : est la réalisation d'un état des lieux par comparaison à un référentiel validé qui permet de prioriser les actions d'amélioration à mettre en œuvre.
- ✓ **L'analyse du scénario** : permet, en s'appuyant sur le déroulé d'un épisode survenu ailleurs, d'évaluer le niveau de maîtrise d'un risque dans un temps court et de façon collégial et participative.
- ✓ **L'analyse du processus** : consiste à
 - ❖ Décrire le début et la fin d'un processus, ses objectifs, les étapes successives, les acteurs...
 - ❖ Identifier et analyser les points critiques.
 - ❖ Proposer des actions d'amélioration de l'organisation.

Cette analyse est menée collectivement par l'ensemble des acteurs concernés. Elle peut être complétée par une analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de la criticité AMDEC.⁴⁷

⁴⁷ HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 – Fiche 26 : Analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE).

3.1.1 Méthode a priori : la visite de risques

La visite du risque peut être utilisée pour avoir une vision globale du risque infectieux d'une organisation ou pour analyser les défaillances d'une pratique à a risque infectieux. Elle favorise la communication entre professionnels et la mise en œuvre rapide de solution pragmatiques aux difficultés identifiées. La visite du risque peut être organisée dans le cadre :

- ✓ D'une politique de qualité.
- ✓ De l'ouverture d'une nouvelle unité de soins ou de la réouverture d'une unité fermée.
- ✓ De la prise de fonction d'un responsable de service.
- ✓ De l'arrivé de nouveaux professionnels.

Objectifs :

- ✓ Réalisé un état des lieux de la prévention du risque infectieux lié aux pratiques professionnelles et à l'environnement dans un service de soins.
- ✓ Analyser le risque infectieux d'une activité de soins ou d'un service à risques.

Principe :

C'est une visite de terrain, à partir de référentiels connus, combinant plusieurs modes de recueil de données : entretiens, étude documentaire, observation sur site. Il est primordial d'obtenir une implication active de tous les professionnels, en particulier le responsable du service.

Modalité :

1. Mettre en place un groupe de travail : le directeur, le responsable du service (cadre de santé ou médecin, l'équipe opérationnelle en hygiène, le gestionnaire de risque, correspondants hygiènes, soignants ...

Son rôle est de :

- ✓ Concevoir les grilles de recueil de donnée en vue d'entretien, d'observation ou de recherche documentaire. Choisir les thèmes et les critères d'évaluation en s'assurant de leur caractère spécifique, mesurable, reproductible et perfectible.
- ✓ Planifier et organiser la visite de risques : ressources humaines nécessaires, information des professionnels concernés par la démarche, échéancier...

2. Mettre en œuvre la visite en fonction de l'organisation locale, des possibilités du service et du thème de la visite.

Prévoir :

- ✓ Une ou deux demi-journées d'observation.
- ✓ Une ou deux demi-journées d'entretien.
- ✓ Une réunion d'analyse de documents.
- ✓ Une réunion de fin de visite : échange avec les professionnels au sujet de la visite, éventuellement action corrective immédiates.

3. Analyser les données recueillies par le gestionnaire de risque et l'équipe opérationnelle en hygiène.

4. Formaliser le rapport final dans un délai d'un mois (groupe de travail) :

- ✓ Synthétiser les points forts et les points à améliorer.
- ✓ Hiérarchiser les actions à entreprendre sur la base de la criticité et proposer un échéancier en tenant compte de leur faisabilité.

5. Restituer aux professionnels du service le rapport final au cours d'une séance d'information collective programmée.

6. Réajuster le plan proposé à la recherche de consensus, puis contractualiser sur la base des décisions retenues (groupe de travail).⁴⁸

3.1.2 Méthode a priori : analyse du scénario

L'analyse du scénario, méthode développée initialement par le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en aquitaine, s'appuie sur le déroulé d'un épisode

⁴⁸ HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 – Fiche 17 : visite de risques.

infectieux grâce survenu dans un autre service ou établissements (ailleurs) que l'on présente aux professionnels d'un service (ici) accueillant des patients exposés au même risque.

Objectifs :

- ✓ Analyser avec les professionnels concernés les barrières mise en place et leur caractère opérationnel ainsi que les autres défenses possibles.
- ✓ Identifier les vulnérabilités (défaut d'organisation, de procédures...).
- ✓ Comprendre les difficultés et les freins rencontrés dans la mise en œuvre des bonnes pratiques.
- ✓ Favoriser la prise de conscience par rapport à l'existence d'un risque identifié.⁴⁹

Principe et modalité :

La réunion doit être programmée à l'avance afin de permettre à chaque professionnel de se rendre disponible, selon un horaire favorable à l'équipe soignante de l'unité dans une salle réservée.

Les participants, au nombre de 15 maximum, sont des représentants de chaque catégorie professionnelle concernée par la maîtrise du risque infectieux. La présence des correspondants hygiène est souhaitable.

Des grilles d'évaluation, mises à disposition par le réseau, permettant de structurer la réunion et de collecter les données. Il est également possible de construire le scénario et la grille de recueil à partir d'une situation vécue dans un autre service et ayant fait l'objet d'une analyse des causes.

Les données sont collectées lors d'un entretien collectif semi structuré. L'analyse est bas » un remue-méninge des professionnels participants (brainstorming) d'une durée de 45 minutes :

1. Introduction (en 5 minutes) : l'animateur expose la méthode et le déroulement de la séance et présente les objectifs ainsi que la règle de confidentialité.

⁴⁹ HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 – Fiche 27 : des causes identifiées à la définition du plan d'actions et des modalités de suivi des résultats.

2. Présentation du cas (en 5 minutes) et analyse de l'événement survenu (en 10 minutes) : il s'agit de rechercher les défauts de soins et les facteurs contributifs.

L'animateur pose les questions suivantes au groupe :

- ✓ Que s'est-il passé dans l'histoire racontée ?
- ✓ Quelles sont les défaillances ?
- ✓ Quelles étaient les barrières en place ?
- ✓ Quelles autres défenses auraient permis d'éviter l'incident ?

L'animateur peut aider les participants à identifier les erreurs ou les défenses si cela est nécessaire. Il sonne assez rapidement les résultats de l'analyse des causes

3. Analyse des vulnérabilités et mesures barrières du service (en 10 minutes) : il s'agit de rechercher la possibilité de survenue d'un tel scénario dans le service. Le groupe doit répondre aux questions suivantes :

- ✓ Quelle est la probabilité de survenue d'un tel scénario dans notre service ?
- ✓ Quelles sont nos propres défenses vis-à-vis de ce type d'événements ?
- ✓ Quelles sont nos vulnérabilités ?
- ✓ Que faire pour qu'un tel incident ne se produise pas ?

4. Discussion des actions d'amélioration et synthèse (en 15 minutes) : cette analyse donne lieu à un retour d'information, sous la forme d'un rapport écrit ou d'une communication orale au service concerné.⁵⁰

3.2 Les méthodes a posteriori de la gestion des risques

Elles permettent d'analyser les causes d'un événement indésirable urgent déjà survenu, afin de proposer des actions correctives. Elles s'appuient sur les dispositifs de déclaration interne des événements indésirables. Elles sont utilisables en cas d'épidémies ou de survenue d'infections graves, dans les services à risque, dans des situations problématiques identifiées et non corrigées. Deux méthodes qui peuvent être utilisées de façon complémentaire :

⁵⁰ http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Analyse_scenario/analyse_scenario.html

- ✓ **La méthode ALARM** : consiste en une analyse systémique des événements indésirables, basée sur la description chronologique des faits, puis sur la recherche des causes racines.
- ✓ **L'arbre des causes** : permet d'identifier les causes racine et les mesures barrières.

L'analyse a posteriori est une démarche réactive mise en œuvre après survenue d'un événement indésirable grave avéré ou d'un événement porteur de risque pour prévenir sa récurrence. Le principe d'une démarche d'analyse d'un événement indésirable est le même quel que soit le cadre de mise en œuvre. Le retour d'expérience (REX) est la mémoire de l'analyse et du plan d'action.

Objectifs :

- ✓ Analyser les événements qui ont été signalés afin d'en identifier les causes apparentes (liées à l'opérateur et aux pratiques) et les causes latentes ou racine (liées à un dysfonctionnement organisationnel).
- ✓ Envisager des mesures correctives, quant à leur opportunité, leur efficacité, leur faisabilité.
- ✓ Evaluer ces mesures.

Principes et modalités :

La méthode Alarm et l'arbre des causes sont deux outils complémentaires : la méthode alarme vise à identifier les facteurs contributifs, l'arbre des causes vise à les hiérarchiser pour mieux définir le plan d'amélioration. Après le choix de l'événement à analyser, plusieurs étapes se succèdent⁵¹

Figure N°01 : Méthode de gestion des risques

⁵¹ [Http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/rex.html](http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/rex.html)

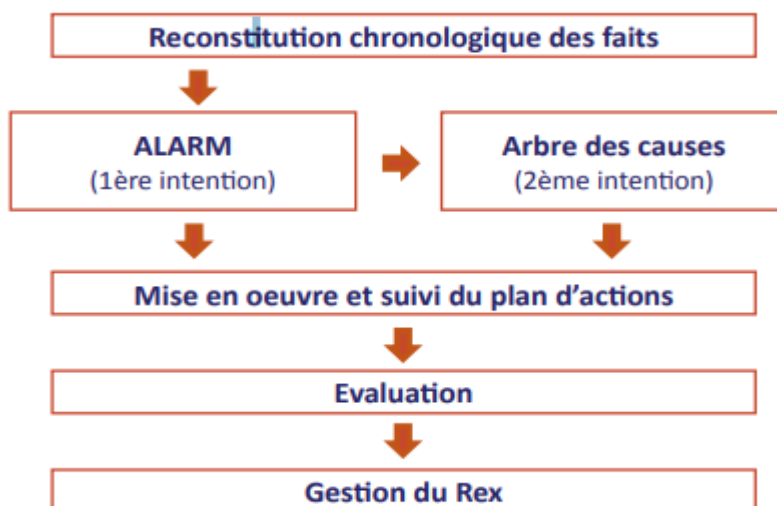


Figure 1 : Méthode de gestion des risques

Source : Méthode de gestion des risques

3.2.1 Méthode Alarm :

Principe :

- ✓ Analyser un événement indésirable grave en débutant par une analyse chronologique des faits.
- ✓ Identifier l'ensemble des facteurs contributifs liés au contexte institutionnel et organisationnel à l'environnement du travail, à l'équipe, aux individus, aux tâches à effectuer, aux parents

Méthode :

- ✓ Décrire la chronologie des faits qui ont abouti à l'évènement, sans interprétation et sans jugement de valeur.
- ✓ Identifier tout acte ou situation non conforme qui a concouru à la survenue de l'évènement (défaut de soins), en référence à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles.
- ✓ Analyser les défauts de soins, identifier et classer leurs facteurs contributifs, dans les thèmes suivants : facteurs liés au patient, facteurs liés aux tâches à accomplir, facteur

liés aux professionnels impliqués, facteurs liés à l'équipe, facteur liés à l'environnement de travail, facteur liés à l'organisation et au management. Un modèle d'Ishikawa (voir ci-dessous) peut être utilisé pour meilleure représentation graphique.

- ✓ Décider des actions correctives à mettre en œuvre pour éviter la répétition de l'évènement indésirable.
- ✓ Rédiger un rapport de l'analyse en collaboration avec les responsables médicaux et para médicaux du secteur concerné par l'évènement, en dressant la liste des causes et des actions décidées.
- ✓ Mettre en œuvre les actions et en suivre l'évolution.⁵²

Figure N°02 : Diagramme d'Ishikawa

3.2.2 Méthode Arbre de cause :

Principe :

- ✓ Méthode déductive simple et systématique partant du fait ultime (accident ou presque accident) et de ses causes immédiates, remontant pas à pas aux causes racines (ou latentes).

⁵² HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 – Fiche 23 : analyse d'un évènement indésirable par méthode Alarm.

- ✓ Formalisation graphique en arbre qui permet une approche systématique de toutes les causes et de toutes les barrières potentielles.

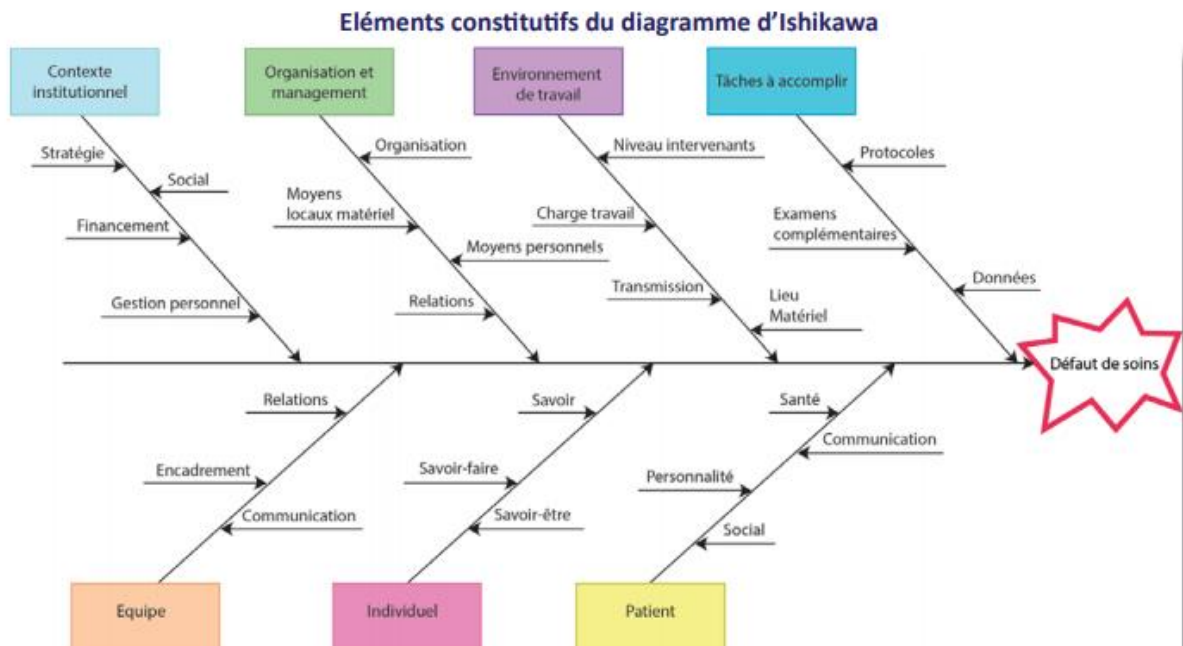


Figure 2: Elément constitutifs du diagramme d'Ishikawa

Méthode :

- ✓ Faire l'enquête 3 à 15 jours après la survenue de l'accident avec l'ensemble des personnes concernées, afin de collecter des faits concrets et objectifs sans interprétation ni jugement de valeur.
- ✓ Partir de la conséquence de l'accident.
- ✓ Utiliser la méthode des « 5P » qui consiste à se poser la question « pourquoi ? » jusqu'à cinq fois de suite, pour identifier les causes immédiates, puis les causes secondaires puis les causes profondes de l'accident.
- ✓ Décomposer la situation en prenant en compte les éléments suivants : personnes, tâches, milieu, matériel, etc.
- ✓ Rechercher en priorité les variations (ce qui ne s'est pas passé comme d'habitude).
- ✓ Repérer les enchaînements et les faits qui ont conduit à la survenue de l'accident.
- ✓ Repérer les barrières manquantes.
- ✓ Veiller à la restitution collective des résultats une fois l'analyse des causes effectuée.

- ✓ Définir un plan d'actions à partir des causes racines identifiées.⁵³

3.3 Quelques définitions sur les Expressions précédentes

3.1 Cause racine (ou cause profonde ou cause latente) :

Circonstance, acte ou élément susceptible d'avoir participé à la naissance ou à la survenue d'un incident ou d'avoir accru le risque d'événement indésirable grave (EIG). Elle peut être externe (l'établissement n'en a pas la maîtrise), liée à l'organisation (absence de protocoles acceptés), liée au personnel (problème comportemental d'une personne, absence d'encadrement, manque de collaboration ou communication insuffisante) ou liée au patient (attitude problématique).

3.2 Comité de retour d'expérience (Crex) :

Comité pluri professionnel qui se réunit régulièrement (si possible chaque mois) pour examiner les signalements d'événements indésirables du périmètre concerné, choisir un événement prioritaire et désigner un « pilote » chargé de son investigation. L'investigation est réalisée à l'aide d'une méthode d'analyse systémique et donne lieu à un rapport qui est présenté à la réunion suivante. Parmi celles suggérées par le « pilote », le comité décide deux ou trois actions d'amélioration et suit leur mise en œuvre.

3.3 Défaut de soins :

Acte ou situation durant la prise en charge (cf. analyse chronologique) dont la qualité est jugée insuffisante au regard des recommandations ou des référentiels. En pratique, rejoint les questions « qu'est-ce que l'on a fait ou que l'on n'aurait pas dû faire ? » et « qu'est-ce que l'on n'a pas fait ou que l'on aurait dû faire ? ». Un défaut de soins peut être médical, infirmier ... individuel, de groupe...

3.4 Événement indésirable associé aux soins :

⁵³ HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 – Fiche 24 : analyse d'un événement indésirable par arbre des causes.

Tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. Peut aussi concerner un patient venant le temps d'une consultation, d'une investigation ou d'un traitement.

3.5 Événement indésirable grave :

Événement indésirable associé aux soins présentant un caractère certain de gravité (décès, ré-hospitalisation, transfert en réanimation ou ré-intervention).

3.6 Événement porteur de risque :

événement n'ayant pas engendré de conséquence grave pour le patient « presque accident », dont l'analyse méthodique favorisera la compréhension des causes de survenue, mais aussi celles des modalités de la récupération ayant permis à temps sa détection et son traitement

3.7 Mesures barrières (ou barrières de sécurité) :

Solutions trouvées pour traiter les risques. Elles peuvent permettre d'éviter la survenue d'erreur (barrières de prévention), de récupérer les erreurs avant qu'elles ne produisent des conséquences (barrières de récupération) ou d'atténuer les conséquences en cas d'événement indésirable constitué (barrières d'atténuation).

3.8 Retour d'expérience :

Fiche de synthèse qui permet de garder la mémoire des analyses d'événements indésirables graves (causes, enseignements, propositions d'actions dont les mesures barrières, +/- indicateurs de suivi) et de partager, valoriser les expériences de gestion des risques.

3.9 Revue de morbidité-mortalité (RMM) :

Analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage à un patient. Elle a pour objectif la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la prise en charge des patients et de la sécurité des soins.⁵⁴

⁵⁴ <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/>

Conclusion

Les exigences dans le domaine de la gestion des risques Hospitaliers se sont renforcées et ont évolué passant d'une approche axée sur le respect de la réglementation dans les différents secteurs d'activité à une approche globale des risques visant à appréhender l'ensemble du risque de l'établissement pour établir des priorités d'action.

La cartographie des risques d'établissement, à travers les étapes de construction de l'outil (classement, évaluation, hiérarchisation du risque) et l'utilisation qui peut en être faite en termes de lisibilité de la politique menée et donc de communication, constitue l'outil indiqué pour la mise en œuvre d'une gestion globale des risques.

L'on comprend aussi en quoi la cartographie des risques peut être conçue comme un levier d'évolution du système de management des risques dans un milieu hospitalier.

L'objectif visé est cependant l'instauration d'un mode de fonctionnement pérenne et partagé de la gestion des risques permettant de répondre à l'exigence d'une approche globale des risques pour atteindre à terme une maîtrise optimale des risques.⁵⁵

⁵⁵ Poulin. I, Gestion des risques, Guide pratique à l'usage des cadres de santé, Edition Lamarre, fonction cadre de santé, 2006, P 140

Chapitre 03 :

Le protocole de
prévention mis en place en
matière de gestion des
risques en cas d'une
pandémie en Algérie

Introduction

Suite à l'étude des aspects théoriques que nous avons essayé de présenter précédemment concernant la gestion des risques, la prévention hospitalière et le processus d'action, ainsi que les méthodes appliquées en cas de pandémie, nous allons essayer dans ce dernier chapitre de traduire notre compréhension des notions théoriques développés dans les chapitres précédents.

Suite à la crise sanitaire gérée par la pandémie de Covid-19, nous n'avons pas pu effectuer notre stage convenablement, qui ce dernier devait être effectué au sein du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Heureusement que nous avons pu avoir un minimum de contact avec son personnel qui a bien était présent pour offrir son aide.

L'objectif de cette étude de cas est d'analyser les mesures et les méthodes de prévention en matière de gestion des risques en cas de pandémie en Algérie.

Pour cela nous avons opté pour une structure en trois sections, la première section porte sur la présentation du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière e, donnant un bref aperçu organisationnel. Dans la seconde section, nous présenterons la crise sanitaire de la pandémie du Covid-19. Et à l'aide d'une analyse qualitative, la troisième section est accordée à la méthodologie de la recherche ainsi que l'analyse de l'enquête et des résultats obtenus, et nous finirons par proposer quelques recommandations et suggestions.

Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil

1.1 L'organisation du MSPRH

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 ;

Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 Jomada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-188 du 23 juin 1990 déterminant les structures et organes de l'administration centrale des ministères ;

Vu le décret exécutif n° 05-428 du 5 Chaoual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Vu le décret exécutif n° 11-379 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les attributions du ministre de la santé de la population et de la réforme hospitalière ; Après approbation du Président de la République ;

Décète :

Sous l'autorité du ministre, l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière comprend :

- ✓ **Le secrétaire général**, assisté de deux (2) directeurs d'études, et auquel est rattaché le bureau du courrier et de la communication et le bureau ministériel de la sécurité interne de l'établissement ;
- ✓ **Le chef de cabinet**, assisté de huit (8) chargés d'études et de synthèse, chargés :
 - ❖ De la préparation et de l'organisation de la participation du ministre aux activités gouvernementales.
 - ❖ De la préparation et de l'organisation des activités du ministre dans le domaine des relations extérieures.
 - ❖ Du suivi du dossier relatif à la protection du patrimoine et de l'initiation des campagnes d'inspection et de contrôle visant la sécurité des personnes et du patrimoine public.

- ❖ De la préparation, de l'organisation et du suivi des activités du ministre dans le domaine des relations avec les organes d'information ; ó du suivi et de la synthèse des bilans.
- ❖ Du suivi des dossiers de la recherche en santé.
- ❖ Du suivi du dossier des partenaires sociaux et associations.
- ❖ Du suivi des dossiers des activités du ministre dans le domaine des relations publiques.

- ✓ **L'inspection générale** dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par décret exécutif.
- ✓ **Les structures suivantes :**
 - ❖ La direction générale de la prévention et de la promotion de la santé.
 - ❖ La direction générale des services de la santé et de la réforme hospitalière.
 - ❖ La direction générale de la pharmacie et des Equipements de santé.
 - ❖ La direction de la population.
 - ❖ La direction des Etudes et de la planification.
 - ❖ La direction de la règlementation, du contentieux et de la coopération.
 - ❖ La direction des ressources humaines.
 - ❖ la direction de la formation.
 - ❖ La direction des finances et des moyens.
 - ❖ la direction des systèmes d'information et de l'informatique.

1.2 Direction de la prévention et de la promotion de santé

Dans cette étude nous nous sommes beaucoup plus intéressés à la direction de la prévention et de la promotion de la santé

Mission :

- ✓ De l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion, d'amélioration et de préservation de la santé de la population, en collaboration avec les structures concernées.
- ✓ D'assurer, dans le cadre de la veille et de l'alerte sanitaires, la surveillance épidémiologique de la population, la préparation aux menaces liées aux maladies émergentes et réémergences et le contrôle sanitaire aux frontières.

- ✓ d'impulser et d'assurer la mise en œuvre et la supervision des politiques, plans stratégiques et programmes de lutte dans les domaines des maladies transmissibles prévalences, émergentes et réémergences, des maladies non transmissibles, de la santé environnementale et de la santé en milieux spécifiques, notamment en matière de prévention.
- ✓ De participer au contrôle de l'application de la législation et de la réglementation en matière hygiène des eaux, des aliments et des déchets hospitaliers.
- ✓ D'impulser et d'organiser l'éducation sanitaire et la sensibilisation dans les domaines de ses attributions, notamment par le développement d'actions visant la réduction des facteurs de risques, la promotion de modes de vie sains et de comportements favorables à la santé.
- ✓ D'évaluer les actions entreprises et d'en établir les bilans.

Section 02 : Présentation de la crise sanitaire générée par la pandémie du Covid-19

Le 31 Décembre 2019, le bureau de l'OMS en Chine a été informé de cas de pneumonies d'origine inconnue, détectés dans la ville de Wuhan, province du Hubei. Un nouveau coronavirus, responsable de cette maladie respiratoire, a été identifié le 07 Janvier 2020 et a été dénommé « SARS-COV-2 ».

Cette épidémie n'a cessé de prendre de l'ampleur, avec un nombre de personnes atteintes en constante augmentation, d'abord en Chine, puis s'est étendu à d'autres pays, la plupart des cas étant associés à des voyages en provenance de Chine.

L'évolution de la situation épidémiologique du coronavirus COVID-19 a amené le Directeur Général de l'OMS à réunir le comité mondial des urgences le 22 puis le 23 Janvier 2020. Le degré de menace lié au COVID-19, au niveau mondial, a été considéré, à cette période, comme modéré. Le 30 Janvier 2020 et sur recommandation du même comité, l'OMS, par le biais de son Directeur Général, a déclaré l'épidémie de coronavirus COVID-19 comme étant une « Urgence de Santé Publique de portée Internationale ». Aucune restriction n'a été émise par l'OMS. En vertu du Règlement Sanitaire International (RSI), l'OMS recommande aux Etats Membres d'intensifier les efforts de préparation à la riposte à ce nouveau virus, y compris le renforcement de la surveillance, de la détection précoce et de la prévention de la propagation de l'infection.

2.1 Réservoir du virus

Les coronavirus sont des virus zoonotiques, leurs réservoirs naturels sont des animaux. Les génomes du SARS-Cov-2 et de ceux qui circulent chez cette dernière sont identiques à 96%, ce qui permet d'incriminer la chauve-souris comme étant le réservoir de ce virus. Néanmoins, il a été montré que le coronavirus, identifié chez cette dernière, n'est pas équipé pour se fixer sur les récepteurs humains.

Le passage à l'homme ne peut donc s'opérer, que via un autre animal, appelé hôte intermédiaire qui sont la civette maquée pour le SARS et le dromadaire pour le MERS. Dans le cas du SARS-COV-2, il est possible que des animaux vivants vendus sur le marché de Wuhan aient joué ce rôle. Le pangolin, un petit mammifère à écailles, serait le possible hôte intermédiaire.

2.2 Suivi dans le milieu extérieur

Comme tous les coronavirus, le SARS-COV-2 survit en moyenne quatre à cinq jours. Cependant, il est capable de survivre jusqu'à neuf jours sur la surface de certains objets en verre, plastique et métal lorsque la température ambiante ne dépasse pas les 20°C comme cela est le cas en période hivernale. Sa survie n'est de quelques heures lorsque la température est supérieure à 30°C. Il peut cependant être facilement « désactivé », en moins d'une minute, en désinfectant les surfaces par l'eau oxygénée ou de l'eau de javel.

2.3 Mode de transmission et contagiosité

Le mode de transmission de COVID-19 n'est pas complètement élucidé mais c'est certain que la maladie se transmet principalement par :

- ✓ Les projections de gouttelettes de sécrétions respiratoires d'une personne infectée lors d'une toux ou un éternuement.
- ✓ Le contact par les mains ou lors d'un contact avec les surfaces inertes contaminées, comme les boutons d'ascenseur ou les poignées de porte...
- ✓ Une transmission par aérosols semble possible, mais encore à confirmer selon l'OMS.

La contamination est donc actuellement inter humaine. La présence du virus, sans quatre échantillons de selles sur 62 analysées (6.5%), est également au niveau de la salive et des urines fait craindre d'autres voies possibles de contamination notamment oro-fécale ce qui pourrait expliquer pour certains auteurs la propagation rapide de l'épidémie.

On considère actuellement que :

- ✓ Seules les personnes symptomatiques sont susceptibles de transmettre la maladie bien que l'on ne puisse infirmer l'existence de cas asymptomatiques.
- ✓ Le nombre moyen de cas secondaires à partir d'un cas infecté est de 2.7 environ.

2.4 La maladie

L'analyse récente des données publiée par des auteurs chinois, sur un échantillon de 1099 patients atteints par le covid-19 et pris en charge au niveau de 552 hôpitaux répartis dans 31 provinces chinoises a permis une meilleure connaissance de la maladie Covid-19 causée par le SARS-CoV-2.

2.4.1 Les caractéristiques sociodémographiques

- ✓ Un âge moyen de 47 ans.
- ✓ Une prédominance masculine.
- ✓ Les professionnels de santé représentent un minimum des personnes infectées.

2.4.2 Les caractéristiques cliniques

- ✓ La durée d'incubation est estimée à 14 jours.
- ✓ Les symptômes sont peu spécifiques : Fièvre, toux, vomissement, diarrhée...
- ✓ Absence de fièvre pour la moitié des cas ce qui les rend plus difficiles à détecter.
- ✓ Plus du quart de la population atteinte présentaient des comorbidités (maladies chroniques, maladies respiratoires, diabète...)

2.4.3 Les caractéristiques biologiques

- ✓ Une symphonie.
- ✓ Une cytolysé hépatique.
- ✓ Une insuffisance rénale aigue.

2.4.4 Les caractéristiques radiologiques

- ✓ Les foyers de condensation et des infiltrats extensifs.
- ✓ Des images en verre dépoli dans la moitié des cas.

2.4.5 Les caractérisés évolutives

Le taux de létalité est plutôt faible. Comme pour la grippe saisonnière, la létalité est plus importante chez les personnes âgées, ainsi que chez les personnes souffrant de comorbidités (hypertension, diabète, maladies cardiovasculaires).

Tableau 2 Caractéristiques évolutives du Covid-19

Signes cliniques	Signes biologiques	Signes radiologiques
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fièvre (87.9%) ✓ Toux sèche (67.7 %) ✓ Myalgies (44 %) ✓ Pharyngite (13.9 %) ✓ Céphalées (13.6 %) ✓ Vomissements (5 %) ✓ Diarrhée (3.7 %) ✓ Conjonctivite (0.9%) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Leucopénie ✓ Lymphopénie (82.1 %) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pneumonie bilatérale ✓ Images en « verre dépoli » ✓ Foyers de condensation

Sources : Données du MSPRH

2.5 Traitement et vaccin

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun traitement antiviral spécifique validé.

Le traitement visé :

- ✓ Pour les cas modérés, à surveiller les fonctions vitales.
- ✓ Pour les cas sévères, présentant notamment une détresse respiratoire aiguë, à confier le patient en Unité de Soins Intensifs (USI) et à éviter toutes les complications respiratoires ou infectieuses surajoutées.

Section 03 : Enquête et traitement des résultats

Dans cette section, nous allons présenter la méthodologie que nous avons suivie pour répondre à notre problématique ainsi que les résultats de l'enquête afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses.

3.1 Démarche méthodologique de l'enquête

3.1.1 Présentation de l'enquête

Afin d'atteindre notre objectif de recherche et répondre à notre problématique, nous avons jugé utile de mener une étude qualitative sur le terrain.

Pour réaliser cette étude, nous avons préconisé une démarche méthodologique que nous pensons adapter à la nature de notre recherche.

3.1.2 L'objectif de l'enquête

Tout travail de recherche scientifique exige des méthodes et des techniques afin de donner des résultats fiables. Ainsi, pour pouvoir vérifier nos hypothèses et atteindre les objectifs de notre travail, nous avons jugé utile de mener une étude qualitative sur le terrain.

Notre recherche a pour objectif de :

- ✓ Vérifier les hypothèses de notre recherche qu'elles soient confirmées ou infirmées à travers les réponses obtenues auprès des répondants.
- ✓ Chercher les méthodes de préventions en matière de gestion des risques en cas de pandémie en Algérie.
- ✓ Déterminer des solutions nécessaires à l'amélioration des imperfections.

3.1.3 L'outil de collecte d'informations

Dans une étude qualitative, l'entretien est un mode principal de collecte d'information.

Un entretien est défini comme étant : « Une technique destinée à collecter, dans le respect de leur analyse, des données discursives reflétant notamment l'univers mental conscient ou inconscient des individus. Il s'agit d'amener les sujets à vaincre ou à oublier les mécanismes de défense qu'ils mettent en place vis-à-vis du regard extérieur sur leur comportement ou leur pensées ».

3.1.4 Méthode de traitement de données

Nous avons pris la méthode de synthèse comme outil de traitement des informations de chaque réponse acquise par les interviews.

3.2 Notion de base sur l'entretien

L'entretien est à notre avis l'outil le plus adéquat pour la réalisation de notre travail de recherche.

3.2.1 Définition de l'entretien

« L'entretien consiste en une séance de questionnement adressée à une personne ou à plusieurs personnes choisies fortuitement dans le but de collecter les informations permettant de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de recherche.

Donc l'entretien permet de recueillir les informations personnelles et à caractère intime sur un sujet donnée ou sur la personnalité, la mentalité ou la conduite de la personne interviewée, et nécessite un contact direct avec celle-ci ».⁵⁶

3.2.2 Les types d'entretien

On distingue trois types d'entretien :

- ✓ **Entretien non directif** : Ce type d'entretien est peu structuré, et le degré de liberté est un peu plus réduit. On y recourt pour une recherche d'information ou d'opinions de niveau assez générale. L'interview non directive, se caractérise par la liberté accordée à l'interviewe pour s'exprimer sur un thème le plus souvent très large.
- ✓ **Entretien semi directif** : Dans ce type, le chercheur pose peu de question il laisse le choix à la personne interviewée mais il demande des explications, des arguments et des exemples. L'interview semi directive, plus structurée, pendant laquelle l'intervieweur guide un peu plus la discussion en utilisant une stratégie de questionnement préétablie.
- ✓ **Entretien directif** : Dans ce type, le chercheur dirige la communication, il pose des questions liées au sujet de recherche. Ce type permet d'approfondir le sujet de recherche. L'interview directive très structurée au cours de laquelle l'intervieweur pose des questions très précises dans un ordre prédéterminé.⁵⁷

⁵⁶ OUACHRINE, (H) et CHABANI : « *guide de méthodologie de la recherche en science Sociales* », 1ère édition, 2013, Alger, p 72.

⁵⁷ Ibid, p 73-74.

3.3 La démarche suivie et le choix des interlocuteurs

3.3.1 Mode de sélection

L'entretien avec un nombre de dirigeant est important, tel que les dirigeants du ministère de la santé, de la population, et de la réforme hospitalière. Pour cela, il s'est avéré nécessaire d'introduire quelques responsables qui nous ont paru les plus appropriés pour vérifier notre polémique.

Pour réussir notre étude et mieux comprendre les méthodes de prévention en matière de gestion des risques en cas de pandémie, nous avons procédé à la sélection du personnel des différents départements de l'organisme, qui ont des catégories principales (cadre), et ce à des fins de bien comprendre le dysfonctionnement distingué au cours de la réalisation du processus, et puis pour que nous puissions donner des solutions adéquates.

3.3.2 Constitution de la sélection

L'entretien a été réalisé auprès d'un ensemble de six personnes qui contribuent au déroulement de prévention et gestion des risques.

Elles ont les statuts suivants :

Pr. EL HADJ : Directeur général des services de santé.

Pr. BENCHENOU : Directeur des structures de santé.

Mme. RAHALI : Responsable de la communication.

Pr BENHAMADI : Directrice de la prévention et de la promotion de santé

Mme ZOUBIRI : Responsable du budget de fonctionnement des établissements de santé.

Mr. KASSALI : Secrétaire général du ministre des finances.

3.3.3 Type d'entretien suivi

Pour effectuer notre recherche en toute conformité, nous avons considéré que la technique de l'entretien semi directif est la plus adaptée. Les questions sont posées les unes après les autres et l'enquête est plus ou moins contrainte de s'y confirmer, dans ces réponses, au déroulement prévu. Cependant, même dans le cadre de cet entretien, l'enquête dispose assez grande latitude spontanée.

3.4 Le guide l'entretien

Le guide de l'entretien est un véritable support facilitant l'échange et le déroulement de l'entretien. Il comprend les thèmes sur lesquels de basent les questions et qui facilitent d'avantage l'analyse qui impose la comparaison du contenu des entretiens.

3.4.1 La rédaction du guide de l'entretien

Notre guide d'entretien comprend 10 Questions, regroupées en 4 axes fondamentaux qui vont nous permettre de confirmer ou infirmer nos hypothèses à travers l'analyse des réponses obtenues auprès des répondants.

Nous présenterons ci-après, les résultats de notre enquête effectuée auprès des cadres. Les questions de l'entretien sont ordonnées comme suit :

Axe 01 : Evaluation du risque

Question 01 : Sur quelle base évaluez-vous le risque du COVID-19 ?

Question 02 : Quelle est la stratégie de riposte du système de santé contre le risque du COVID-19 ?

Axe 02 : Mesures de prévention

Question 01 : Quelles sont les mesures de prévention afin de limiter les risques de transmission lors de la prise en charge d'un malade suspect d'infection Covid-19 ?

Question 02 : Quelles sont les mesures de prévention devant un patient décédé d'une infection Covid-19 ?

Axe 03 : Plan de communication

Question 01 : Quelle est votre stratégie de communication ?

Axe 04 : Structuration et budget

Question 01 : Avez-vous un nombre suffisant de lit pour les patients hospitalisés atteint de l'infection covid-19 ?

Question 02 : En cas de surcharge des hôpitaux, comment procédez- vous ?

Question 03 : L'Algérie dispose-t-elle un budget de prévention en cas de crise sanitaire tel le covid19 ?

Question 04 : Si le budget attribué au ministère de la santé est suffisant comment justifier vous le manque d'outil et de matériel médical ?

3.4.2 Analyse des résultats

Axe 01 : Evaluation du risque

Cet axe nous permis de connaître l'évaluation du risque, la stratégie de riposte ainsi que la méthode d'identification de ce risque.

Le risque encouru par l'Algérie à la menace d'introduction du COVID-19 est évalué sur la base des éléments d'informations suivants :

- ✓ Les données factuelles de la maladie.
- ✓ L'évolution de la situation épidémiologique dans le monde.
- ✓ Le niveau d'exposition au risque de notre pays.
- ✓ Les capacités de réponse du système de santé en cas d'épidémie.

La stratégie de réponse du système de santé à l'infection COVID-19 est déclinée selon différents niveaux d'alerte, correspondant à la présence ou non du virus sur le territoire national et à ses modalités de transmission. Mme BENHAMADI du département de la prévention des maladies transmissibles et lutte contre les facteurs de risque confirme que la stratégie est définie en fonction de la cinétique épidémique. Et on distingue deux phases de quatre niveaux

Le niveau 01 : se caractérise par l'absence de cas d'infection au covid-19 sur le territoire national. L'objectif est de renforcer la préparation à la survenu d'une épidémie au covid-19, et de mettre en alerte le système sanitaire afin d'éviter la survenue de cas sur le territoire national. Les trois axes clés de ce niveau sont renforcement des points d'entrées, l'information et la sensibilisation.

1. Mise en place du dispositif de surveillance et d'alerte à l'infection par le nouveau coronavirus (Covid-19)

- ✓ Réunion du comité d'expert pour l'évaluation du risque.
- ✓ Réunion des sous- commissions du comité intersectoriel du Règlement Sanitaire International (RSI) pour information et prise de décision.

- ✓ Mise en alerte des structures de santé
- ✓ Estimation des besoins en réactifs, Equipement de protection individuelle (EPI), masques ... et commande.

2. Activation du dispositif de veille au niveau des points d'entrée

- ✓ Mise en place des caméras thermiques pour les avions en provenance de Chine.
- ✓ Rapatriement et confinement des citoyens résidents dans les régions touchées par l'épidémie.
- ✓ Suppression des vols en provenance de Chine.

3. Information et sensibilisation de la population

- ✓ Elaboration d'un plan de communication.
- ✓ Création d'un dossier « coronavirus » sur le site web du MSPRH.
- ✓ Organisation des conférences de presse.
- ✓ Journée de formation et d'information de personnel de santé et les médias.

Le niveau 02 : se caractérise par l'apparition de cas importés sur le territoire national. Cela peut être des cas isolés ou des foyers circonscrits. Il n'existe pas de circulation active du virus. L'objectif est de détecter précocement les cas pour éviter la transmission du virus à d'autres personnes et de contenir l'infection aux foyers identifiés afin de retarder la propagation du COVID-19. Durant cette phase, on met en œuvre ou on renforce les mesures de préparation. Les axes clés sont la détection précoce des cas et leur prise en charge selon un parcours de soins sécurisé, et la recherche des sujets contacts ou Co-exposés pour éviter la propagation active du virus dans la population.

1. Détection précoce des cas d'infection au Covid-19

- ✓ Mise en place de la cellule de crise au niveau du MSPRH.
- ✓ Mise en alerte des structures de santé.
- ✓ Renforcement des mesures de surveillance épidémiologique.
- ✓ Investigation de tous les cas détectés pour identifier les sujets contacts.
- ✓ Mise en place de mesures d'isolement au sein des structures hospitalières.

2. Prise en charge des cas

- ✓ Mise en alerte des structures hospitalières habilitées pour la prise en charge des cas Covid-19.

- ✓ Les Etablissements Hospitalier Spécialisé (EHS) en infectiologie et les services d'infectieux, de médecine interne et des unités de soin intensif (USI) sont en alerte et prennent en charge les malades.
- ✓ La distribution du matériel nécessaire à la prise en charge d'un patient infecté par le covid-19 au niveau des différents services concernés.

3. Recherche des sujets contacte ou Co-exposés

- ✓ Réaliser une enquête épidémiologique par le Service d'épidémiologie et de médecine préventive (SMPE) territorialement compétant autour du cas d'infection au covid-19.

4. La formation

- ✓ Formation du personnel de santé : préparation et riposte
- ✓ Formation pour les autres secteurs.

5. Information et sensibilisation de la population

- ✓ Conférences de presse pour informer de la situation sanitaire en matière d'infection au covid-19.
- ✓ Réalisation d'affiche sur les conseils aux voyageurs, dépliants...
- ✓ Mise en place d'un numéro vert le 3030.
- ✓ Information et sensibilisation de la population.

6. Mesure sectorielles

- ✓ Renforcement du control au niveau des frontières.
- ✓ Restriction des voyages en direction des zones touchées de manière importante par l'épidémie.
- ✓ Mise en alerte de la protection civile : transport des malades.

Niveau 03 : se caractérise par une transmission avérée du virus dans la population avec un nombre important de cas. L'objectif est de réduire au maximum les effets de l'épidémie. Les interventions seront axées sur la prise en charge des cas avec deux niveaux :

- ✓ Une prise en charge en ambulatoire pour les cas bénins.
- ✓ Une prise en charge hospitalière pour les cas sévères.
- ✓ La limitation des transports en commun, voire leur suspension le cas échéants, durant la période d'activité maximal du virus.

- ✓ La fermeture des établissements scolaire, des universités...
- ✓ Fermeture des lieux de loisirs, parcs, jardins publics, grands centres commerciaux.
- ✓ La suspension ou le report des manifestations regroupant un grand nombre de personnes (salon, foire, congrès, manifestations sportives.
- ✓ Le confinement à la maison dans les situations extrêmes.

Lors de cette phase, les personnes infectées par le coronavirus n'iront plus systématiquement à l'hôpital : Les personnes dans gravité (80% des cas selon les études internationales) resteront chez eux. « Ce dispositif de maintien à domicile vise à ne pas saturer les capacités d'hospitalisation des établissements de santé et à permettre de réserver les ressources des établissements de santé aux cas les plus graves » affirme Pr. BENACHNOU : Directeur des structures de santé. De même, les tests de diagnostic du Covid-19 ne seront plus doucement appliqués à tous les cas suspects. Des actions doivent être menées en parallèle pour éviter les pénuries, l'augmentation des prix et la disponibilité des produits de première nécessité.

Niveau 04 : L'alerte épidémique, correspond au retour à la normale. L'objectif est d'évaluer les actions entreprises et les leçons apprises et réajuster la stratégie si nécessaire.

Axe 02 : Mesures de prévention

La limitation du risque de transmission lors de la prise en charge d'un malade suspect d'infection covid-19 impose de prendre deux grands types de mesure :

Les mesures en relation avec la prise en charge directe du patient :

- ✓ Revêtir la tenue Equipement de Protection Individuelle (EPI) selon les recommandations.
- ✓ Limiter les entrées et sorties de la chambre du malade au strict nécessaire.
- ✓ Utiliser un matériel dédié au patient : stéthoscope, tensiomètre, thermomètre...
- ✓ Privilégier chaque fois que possible le matériel à usage unique.
- ✓ Limiter les visites dans la chambre du patient en dehors des entrées du personnel soignant.

Les mesures en relation avec l'environnement du patient :

- ✓ Renforcer les mesures d'hygiène standard.
- ✓ Nettoyer les surfaces contaminées à l'aide d'un produit détergent désinfectant ou à défaut avec un détergent type ISIS liquide puis rincer avec de l'eau et en dernier désinfecter avec de l'eau de javel à 12°C
- ✓ Réaliser un bio nettoyage quotidien de la chambre.
- ✓ Désinfecter le petit matériel dédié au patient.
- ✓ Désinfecter immédiatement en cas d'une souillure d'une surface.
- ✓ Utiliser de préférence du linge et de la vaisselle à usage unique pour le patient.
- ✓ Renforcer la gestion des déchets d'activité de soin à risque infectieux (DASRI)

Selon le Pr. El HADJ : directeur général des services de santé La prise en charge de la dépouille mortelle comprend les étapes suivantes :

- ✓ Le revêtement de la tenue de protection individuelle.
- ✓ La préparation de la dépouille.
- ✓ Le transport de la dépouille.
- ✓ L'enterrement.

1. La tenue de la protection :

Le personnel chargé des soins post mortem doit se protéger et porter la tenue de protection EPI. Elle doit être portée avec le contact avec la dépouille mortelle, de son déplacement et de son dépôt dans un sac en plastique.

La tenue doit être retirée immédiatement après. Elle doit être traitée comme un déchet à risque infectieux DASRI. L'hygiène des mains doit être respectée scrupuleusement immédiatement après le retrait de la tenue de protection.

2. La préparation de la dépouille :

Cette étape comprend :

- ✓ **La préparation de la dépouille avant son transport vers la morgue**

Etape 01 : Pour les membres de la famille qui désirent voir le corps, leur faire revêtir la tenue EPI pour éviter tout contact direct avec des fluides corporels.

Etape 02 : Appliquer la précaution standard pendant la toilette du corps pour éviter tout contact avec des fluides corporels.

Etape 03 : Envelopper le corps dans un linceul imperméable et scellé avant son retrait de la salle d'isolement et son transport à la morgue.

Etape 04 : Transporter la dépouille vers la morgue.

✓ **La décontamination des surfaces**

La chambre doit être ensuite nettoyée.

L'équipement médical réutilisable, doit être nettoyé et désinfecté selon la procédure standard.

3. Le transport de la dépouille

Le transport doit obéir aux principes suivants :

- ✓ La dépouille est mise dans un cercueil scellé ou une housse mortuaire imperméable avant tout transport.
- ✓ Les personnes désignées pour transporter la dépouille doivent porter des gants ménagers.

4. Inhumation au cimetière

- ✓ Descendre doucement la dépouille dans la tombe.
- ✓ Récupérer tous les gants ménagers utilisés et les placer dans un sac à déchet destiné à la désinfection.
- ✓ Se laver les mains à l'aide de savon liquide ou solution hydro-alcoolique ; cela concerne toutes les personnes ayant pris part au transport et à l'inhumation du défunt.

Axe 03 : Plan de communication

La stratégie de communication repose sur les principes applicables pour toute menace ou crise sanitaire à fortiori celle ayant une portée internationale suivante :

- ✓ Délivrer une réponse adaptée en fonction du risque de propagation du virus.
- ✓ Informer en priorité les personnes les plus exposées au nouveau coronavirus pour prévenir l'importation du virus en Algérie.
- ✓ Fournir une information objective, transparente et régulièrement actualisée.
- ✓ Favoriser l'adhésion aux mesures prises par les pouvoirs publics, notamment pour les personnes les plus exposées.
- ✓ Permettre à chacun d'être acteur de la prévention des risques.

Selon Mme. RAHALI : Responsable de la communication : l'information et la communication sont primordiales en cas de menace de santé publique, notamment au regard du rôle joué par les médias et les réseaux sociaux, c'est pourquoi Le plan de communication est adapté à la situation épidémiologique qui prévaut dans le pays tout en tenant compte de la situation internationale (annexe plan de communication). Dès l'identification d'un cas confirmé, il doit exister une concertation étroite entre la DSP et le directeur de l'établissement de santé afin de préparer des éléments de communication sur la prise en charge d'un patient confirmé afin de ne pas délivrer des informations erronées ou contradictoires. À ce stade, seul le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière communique sur l'annonce de cas confirmés, les décès, les patients guéris et seuls les cas classés « confirmés » feront l'objet d'une communication. Le MSPRH ne communiquera pas sur des cas suspects mais assure en temps réel l'annonce aux médias de tous les cas confirmés. Le ministère de la santé insiste sur le respect de la vie privée des personnes (anonymat) et sur le secret médical. La communication est orientée vers deux niveaux national et international.

✓ **Au niveau national**

En collaboration étroite avec le secteur de la communication, au moyen de la radio, de la télévision et de la presse écrite, la sensibilisation cible le large public tout en mettant un accent particulier aux voyageurs. La communication des messages pertinents et adaptés au contexte, auprès des organes de presse est inscrite à l'indicatif du secteur de la santé. Les messages et les canaux de leur diffusion, seront adaptés aux différentes phases et au public concerné :

- ❖ Voyageurs.
- ❖ Professionnels de santé.

- ❖ Grand public.
- ❖ Médias.
- ❖ Personnels des transports maritimes et aériens

✓ **Au niveau international**

La stratégie de communication est élargie à la déclaration et à la communication de la situation épidémiologique lors de l'apparition de cas de covid-19 sur le territoire national, à l'OMS, en vertu des dispositions du Règlement Sanitaire International (RSI) pour lequel l'Algérie est Etat Partie.

La formation

Les actions de formation et d'information sont initiées au niveau des 48 wilayas. La formation sur la Covid-19, accès sur les risques de transmission, les précautions universelles, les tâches spécifiques pour chaque catégorie de personnel (médecin, infirmier, personnel de laboratoire, personnel d'entretien, équipe du transport, ...) cible tous les personnels des établissements de santé. A l'effet d'assurer leur sécurité et réduire les risques de transmission de la maladie, la formation concerne également l'ensemble des professionnels hors santé tel que la sûreté nationale, la protection civile, le personnel naviguant... dont les missions peuvent impliquer un contact avec les malades exposés et les exposer au risque de contamination.

Axe 04 : Structuration et budget

D'après le Professeur BENACHNOU, Directeur des structures de santé, l'Algérie dispose un nombre suffisant de lits d'hospitalisation ainsi que les lits de réanimation chaque wilaya a un nombre de lit dédiés selon ses capacités un exemplaire d'occupation de lit du 06 Septembre 2020 de toute les wilayas en annexes.

Chaque jour, chaque structure de chaque établissement de wilaya doit faire une mise au point de ses occupations en hospitalisation et en réanimation. Qui se résume en :
MOUVEMENT QUOTIDIEN DES MALADE PAR ETALISSEMENT.

Le ministère de la santé met pour chaque établissement un chiffre de référence pour les lits d'occupation et une alerte d'écart si ce dernier est remarquable, et donc dans ce cas les données de l'établissement se mettent en question et le responsable doit justifier cet écart d'entrée de malade et donc l'occupation de lit et de leur sortie ce qui fait la libération de lit, en hospitalisation comme en réanimation.

Un exemple du mouvement quotidien de malades des établissements de la wilaya d'Alger du 06 Septembre 2020 en annexes.

Le Pr. BENACHNOU insiste que ces mises au point quotidiens finissent tous à 11h du matin, pour tous les établissements de toutes les wilayas, afin de pouvoir faire la comparaison et calculer les statistiques pour que ces derniers soient publiquement publiés.

En cas de surcharge des lits ce qui n'est jamais arrivé jusqu'à maintenant, chaque wilaya dispose d'hôtel pour les soins qui ne nécessite pas beaucoup d'équipement médical, ces hôtels sont libres depuis le début de la crise disponibles pour le cas d'urgence de manque de lit.

Un exemplaire des hôtels disponibles pour la wilaya de Sétif met en annexes.

Partie budget :

D'après le décret présidentiel n°20-97 du 6 chaabane 1441 correspondant au 31 mars 2020 portant institution d'une prime exceptionnelle au profit des personnels de la santé.

Décète :

Article 1^{er} – Le présent décret a pour objectif d'instituer une prime exceptionnelle au profit des personnels des structures et établissement publics relevant du secteur de la santé, mobilisés dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la propagation du coronavirus (COVID-19).

Depuis un certain moment l'Algérie fait des économies pour le pays, et ne les attribues a aucun secteur sauf en cas de besoin urgent, ce qui dans ce cas le COVID-19 que le pays n'attendait pas du tout, et n'était pas prêt pour lutter contre ça.

Le budget de lutte contre le covid-19 se repartie comme suit :

- ✓ Une partie de don extérieur telle la FADES du Kuwait qui a donné 320 Million de dinars

- ✓ Une partie de don des citoyens algériens.
- ✓ Une partie de l'Etat qui se résume à 16 Milliard de dinars pour le personnel et 12 Milliard de dinar pour le matériel entre pasteur et la pharmacie

De plus les aides extérieures comme :

- ✓ **Le ministère du transport** : Pour la mise en œuvre du dispositif de surveillance et d'alerte au niveau des points d'entrée : la facilitation de la mise en place des caméras thermiques, identification de salle d'isolement, listing des passagers d'un vol ayant abrité un cas suspect. Pour la facilitation des actions de sensibilisation des voyageurs notamment par l'affichage des posters dans les zones les plus stratégiques des points d'entrée.
- ✓ **Ministère de la communication** : Pour l'organisation, à la demande du MSPRH ou spontanément si la conjoncture l'impose, d'émissions en direction du grand public afin de l'informer de la situation en temps réel. Pour l'appui et la facilitation à l'accès aux différents médias. Pour l'organisation d'émissions en direction du grand public pour transmettre les informations provenant de sources fiables et officielles, dans la transparence la plus totale, en utilisant des messages validés, accessibles et vulgarisés.
- ✓ **Ministère des affaires religieuses et du wakfs** : Pour l'appui et la facilitation de la mise en application des actions de sensibilisation du large public par le recours des mosquées, par le biais des imams et des morchidates, en veillant à leur fournir un message vulgarisé et accessible ; Pour la mise en place des dispositions concernant la prise en charge d'une dépouille mortelle dans le respect des rites tout en veillant à la préservation des conditions d'hygiène et de sécurité absolues.
- ✓ **Autre** : Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres secteurs pourraient être sollicités si la situation épidémiologique l'exige et si le profil de la maladie venait à prendre une tournure inattendue.

3.4.3 Synthèse de l'analyse

Tableau 3:analyse et synthèse des résultats

Individuel	Pr. Benachenou	Pr. El Hadj	Pr. Benhamadi	Mme. Rahali	Synthèse Horizontale
Question 01 : sur quelle base évaluez-vous le COVID-19 ?	La capacité de riposte du système de santé	Le niveau d'exposition du pays	Les données factuelles de la maladie	Evolution de la situation épidémiologique dans le monde	Les indicateurs d'évaluation du covid-19 ne sont pas fixés sur des mesures constantes mais plutôt adaptés à la situation
Question 02 : Quelle est la stratégie de riposte ?	Capacité des lits dédiés / structure de secours tel les hôtels	Dispositif de surveillance et alerte d'infection	Interdiction des regroupements / éviter la propagation	Information / sensibilisation de la population / la formation	Les stratégies de riposte sont basées sur 3 aspects : des lois adaptées en situation de crise. Les capacités hospitalières dédiées à la gestion de la crise. La sensibilisation de la population.

Question 03 : quelles sont les mesures de prévention pour éviter la transmission du virus ?	Désinfection des chambres des malades et des endroits contaminés	Recherche des cas et sujets contacts	Désinfection et prendre les mesure de prévention : lavage des mains et port des masques.	La sensibilisation de la population pour suivre le protocole d'hygiène	Appliquer les mesures de prévention recommandées par l'OMS.
synthèse vertical	L'Algérie évalue par ses capacités et moyen de substitutions tout en assurant mesures barrières.	L'Algérie évalue ses risques selon le niveau d'exposition et met en place une stratégie basé sur l'évolution de l'épidémie en interne.	L'Algérie évalue ses risques d'exposition au virus et met en place une législation adapté à la crise.	L'Algérie adapte ses critères d'évaluation selon la propagation de l'épidémie et tout assurant les compagnes de sensibilisation afin de limiter la propagation du virus.	

Tableau 4: analyse et synthèse des résultats (suite)

Individuel	Mme. Benkassa	Mr. Kassali	Mme. Zoubiri	Synthèse horizontale
Question 01 : L'Algérie dispose-t-elle un budget de prévention en cas de crise sanitaire ?	Oui, l'Etat donne sa part ainsi que les dons.	les économies de l'Etat non attribué juste en cas d'urgence.	Oui, le MRPRH dispose d'un budget supplémentaire d'urgence.	L'Etat Algérien assure la mise en disposition des moyens techniques et financiers adaptés aux situations d'urgence et de crises sanitaires.
Question 02 : Le budget attribué au secteur de santé dans cette pandémie est-il suffisant ?	Oui, de plus que d'autre ministère collabore sans aucun retour financier.	Oui, l'Etat donne ce qui est à sa disposition.	Oui, c'est suffisant pour lutter mais pas pour éliminer.	L'Etat assure les moyens logistiques et humains pour lutter contre la crise sanitaire.
Question 03 : Comment justifier vous le manque de matériel médical ?	Le covid-19 est nouveau et temporaire, on ne peut pas investir dans le matériel.	Il y a un manque d'organisation pas un manque de matériel.	On ne fait pas sortir tout le matériel en cas de nouvelle crise.	Nous constatons une défaillance organisationnelle

<p>Synthèse verticale</p>	<p>L'Etat dispose d'un budget pour les crises sanitaires toute fois les moyens mis en places sont temporaires et le retour d'investissement n'est pas garanti.</p>	<p>L'Algérie ne dispose pas un budget spécialisé pour les crises sanitaires et adapte ses financement selon les évolutions de la crise, cependant le manque d'organisation affecte largement le processus.</p>	<p>L'Etat dispose d'un budget adapté à la lutte tout en équilibrant les dépenses</p>
----------------------------------	---	---	---

Synthèse générale :

L'Algérie a mis en place les recommandations internationales liées à la crise sanitaire en adaptant les moyens hospitalier et financier du pays afin de lutter, en premier lieu, contre la propagation du virus et garantir les moyens de protection.

Ce que nous apercevons, c'est qu'il n'y a pas d'étude préalable pour la lutte des pandémies, mais plutôt une fois qu'il y a alerté le pays met en place un dispositif de riposte.

Le pays dispose d'un budget propre à lui en cas de situation urgente, toute fois, il n'existe guère un budget de prévention spécialisé pour les crises sanitaire.

Le MSPRH essaye d'équilibrer entre les dépenses de la santé par peur de déclenchement de nouvelles crises

3.4.4. Discussion des résultats de l'enquête et des hypothèses

Cette partie est dédiée à la discussion des résultats obtenus de l'entretien semi-directif que nous avons fait avec les responsables du Ministère de la Santé, de la Population et de la Reforme Hospitalière ainsi que les responsables du Ministère des Finances pour répondre aux hypothèses que nous avons proposé.

A travers les données présentées précédemment ainsi que les résultats de l'entretien :

La première hypothèse : « parmi les moyens de prévention, des moyens financiers destiné au secteur de la santé en cas de pandémie » est confirmée.

Le gouvernement a fait des économies pour le pays, et ne les affectes a aucun secteur sauf en cas de crise très urgente ce qui fait le cas de la situation actuelle du covid-19. Le gouvernement a donné une somme remarquable au ministre de la santé, de la population et de la reforme hospitalière afin de s'approvisionner du matériel de prévention masque tenue imperméable et la somme a été réparti entre l'institut pasteur et la pharmacie central ainsi que le personnel de la santé.

La deuxième hypothèse : « Le protocole de gestion et prévention se diffère du protocole de la gestion des risques classique » est confirmée.

Dès les premiers cas dans les autres pays affecté par le covid-19, l'Algérie a mis en place un plan de préparation de lutte contre le coronavirus, le système de santé a étudié tous les scenarios possibles et a mis des mesure de prévention qui correspond chacun de ces scenarios.

Le risque est nouveau est l'Algérie n'avait pas de protocole spéciale crise urgente elle a du faire un nouveau car le Protocol standard ne marche pas dans ce genre de situation. Et ce qui confirme que le protocole de prévention est complètement différent du Protocol habituel de la gestion des risques.

La troisième hypothèse : « Les mesures, et les moyens à disposition sont bien maitrisé » est infirmés.

Malgré le financement qui a eu et les dons reçus de la part des organisations internationales et des dons des citoyens sauf qu'aujourd'hui l'Algérie manque toujours de matériel médical et traverse toujours la crise sanitaire, parmi les rares pays qui n'ont pas encore levé le confinement pour ces citoyens.

D'après les réponses des interviewés chacun justifie le manque de matériel à sa façon et on conclut qu'il n'y a pas de cause unifiée ce qui montre qu'il y a un manque d'organisation au système de santé en lui-même.

L'Algérie doit étudier ce point en très urgence car après cette crise sanitaire le système de santé Algérie doit améliorer et renforcer son système de santé.

3.4.5 Recommandation

Le monde étant confronté à une menace sans précédent, l'opportunité existe d'émergence de systèmes de santé plus robustes et d'une meilleure collaboration mondiale qui permettront de faire face à la prochaine menace sanitaire. Alors que nous nous concentrons sur la riposte immédiate à la crise de la COVID-19, il faut garder à l'esprit l'ampleur et l'intensité des conséquences qui se font déjà sentir à travers le monde. Il nous appartient de tirer dès maintenant les leçons de cette pandémie et, ce faisant, de veiller à ce que notre réponse, chaque fois que c'est possible, ait une empreinte positive et durable et contribue à rendre plus sûr le monde de demain.

L'Algérie doit :

- ✓ Considéré la santé comme un bien suprême.
- ✓ Des publicités plus humoristiques pour améliorer la prévention.
- ✓ Revalorisé la rémunération des soignants.
- ✓ Optimiser ses dépenses de santé.
- ✓ Revoir l'organisation du système de santé.
- ✓ Etudier les priorités en terme de risques.

Conclusion

La question principale à laquelle nous voulions répondre est de savoir quelles sont les mesures de gestion de risques en cas de pandémie mais surtout si ces mesures sont bien maîtrisées par le système de santé Algérie.

La réponse à cette question n'est pas affirmative, il existe bel et bien des mesures de prévention en matière de gestions en cas de crise sanitaire mais il y a un manque remarquable a la maitrise de ces mesures.

Les moyens financiers de l'Etat sont à disposition, mais nous trouvons un manque d'organisation et manque de maitrises par rapport a la notion gestion des risques.

Le système de santé se doit rattacher aux autres secteurs pour son insuffisance et incapacité de prévoir des risques bien plus dangereux que les risques standards habituels.

La peur de la nouvelle vague du SARS-Cov-2 confirme le manque de maitrise de gestion de risque dans notre système de santé.

D'un point de vue théorique, ce travail nous a permis de montrer l'importance de la gestion des risques dans le système de santé, ainsi que les méthodes et les mesures de prévention en matière de gestion des risques. Les stratégies habituelles pour faire face aux risques et la prévention en cas de pandémie.

A travers notre travail de recherche, nous avons pu déterminer le cadre théorique de notre thème de recherche : **Gestion des risques de la prévention hospitalière en cas de pandémie en Algérie**, d'une part et la vérification de l'aspect théorique sur le plan pratique d'une autre part.

Pour répondre à notre problématique : **Quelles sont les mesures et les moyens de prévention mis en place en matière de gestion des risques en cas d'une pandémie dans le système sanitaire Algérien ?**

Nous avons effectué une étude qualitative qui se définit en entretien semi directif auprès du personnel du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

L'enquête menée nous a permis de confirmer les hypothèses et ce comme suit :

H1 : Parmi les moyens de prévention on trouve bel est bien des moyens financiers destinés au secteur de la santé en cas de pandémie sauf que ce n'est pas dédié spécialement au secteur de la santé mais plutôt un budget que le pays a mis de côté en cas d'urgence quelconque, ce qui fait le cas de la crise sanitaire du COVID-19 actuellement.

Etant donné que le coronavirus est une nouveauté, L'Algérie manque de matériel de riposte tels les tests PCR et doit s'approvisionner afin de mettre à disposition tous les outils de lutte et de prévention pour la riposte contre la crise sanitaire.

H2 : effectivement le protocole de la gestion des risques et de la prévention se diffère du Protocole habituel de la gestion des risques en cas de crise sanitaire contenue de l'ignorance et l'incertitude que ce virus peut apporter.

L'Algérie met en place un plan de préparation et de riposte à la menace de l'infection coronavirus dès qu'elle a reçu l'alerte du comité de surveillance. Ce plan se repartit en 3 phases : en premier lieu les mesures de prévention pour que le virus ne touche pas le pays ce qui résume la phase de préparation, un deuxième scénario dans le cas où l'Algérie détecte des cas infectés par le covid-19 et c'est la phase de riposte et de la prise en charge totale du malade et se met à la recherche des sujets contacts et des cas suspects. En 3eme phase on trouve la lutte contre la propagation du virus et met des protocoles d'hygiène contre la contamination.

L'enquête menée nous aussi permet d'infirmer les hypothèses et ce comme suit :

H3 : Malheureusement, les mesures et les moyens à disposition ne sont pas bien maîtrisés.

Le pays manque de maitrises des outils de gestion de risque dans notre étude un facteur non étudié dans la partie théorique est sortie comme un élément très important de la gestion des risques : le facteur financier.

D'après les intervenants interviewés, ce n'est pas le manque de moyen financier qui remet en question notre système de santé mais plutôt sa bonne maitrise.

De plus que l'Algérie, plus précisément le système de santé algérien n'a pas étudié en profondeur les risques qui pourront arriver étant donné qu'il n'y a pas un propre budget en cas de crise sanitaire, spécialement pour la riposte et la lutte contre l'infection.

Le pays doit se développer en matière de gestions des risques vu qu'il y est toujours des risques non encore maîtrisés.

Crise sanitaire, état d'urgence sanitaire, pandémie, guerre. Autant D'expression pour définir la situation actuelle dans laquelle nous nous trouvons.

Globalement, cette épidémie, les bouleversements qu'elle crée sont une mise à l'épreuve pour tous les acteurs. Que ce soit la population, qui joue un rôle essentiel dans la lutte contre cette épidémie notamment par rapport à sa propagation, la presse, le corps médical, le système de santé, ou encore le gouvernement Algérien.

Tous ces acteurs occupent un rôle essentiel dans la gestion des risques ou plus ou moins de la crise sanitaire. Chacun d'entre nous se retrouve soldat du pays et est mis devant ses responsabilités avec un besoin quelquefois de le leur rappeler.

Dans ce cadre, il convient d'apprécier la gestion de cette crise qui, depuis manquement des mois, bouleverses le quotidien des Algérien, voir le monde entier.

L'épidémie de COVID-19 aura placé le monde dans une situation inédite de risque et d'incertitudes. Elle a mis à mal tous les systèmes de prévention classiques, et forcé les pays notamment l'Algérie, les gouvernements et les organisations à repenser leur gestion des risques et leur confrontation à l'incertitude.

Néanmoins, il est possible de noter que si le choc fut brutal et qu'il convient encore de résister pendant un temps, les mesures pour l'avenir existent déjà et vise à limiter les dégâts causés par le confinement. Ne laissant pas à l'abandon ceux qui risquent le plus d'être impactés et rectifiant des problèmes déjà existant comme celui des hôpitaux.

Cependant, il est temps pour juger de l'efficacité des mesures et de si elles seront suffisantes, et surement faudra-t-il laisser le temps à notre pays de panser ses plaies avant l'envisager toute analyse ou amélioration.

Si la gestion de cette crise aurait pu être largement anticipée et bien mieux préparée, il en résulte que les outils législatifs ont su faire preuve de réactivité face au trouble et évoluer selon les besoins là où l'habituel reproche est celui de sa lenteur.

Pour le reste, espérons que nous saurons tirer les leçons de nos échecs et faiblesses et que nous saurons nous constituer à l'instar de notre corps, des anticorps qui nous rendront plus forts face à la prochaine crise.

La mémoire du risque est importante, apprenons et n'oublions donc pas ce que nous a enseigné l'épisode du COVID-19.

Au terme de notre travail, nous espérons pouvoir apporter une valeur ajoutée dans le domaine de la recherche scientifique mais surtout d'aider les futurs étudiants qui s'intéresse au domaine de la gestion des risques.

Etant donné que l'Algérie n'a pas encore dépassé la crise sanitaire on ne pourra pas conclure définitivement cette recherche et on pourra donc lancer une problématique complémentaire à la nôtre :

Une fois atténuée, la crise sanitaire générée par la pandémie de Covid-19, Que fera l'Algérie pour l'amélioration de la réforme de son système de santé et surtout en matière de gestion des risques contre les crises sanitaires urgentes ?

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie :

Ouvrage :

- ✓ Barthélémy B. Gestion des risques. Paris : Editions d'organisation ; 2000.
- ✓ Beck U. La Société du risque. Aubier : Alto, 2006.
- ✓ BRUNO, Polier., la réforme des systèmes de santé. 7 ème Edition mise à jour, 2015, février.
- ✓ Caillard JF, Gehanno JF. L'évaluation des risques professionnels, une démarche de progrès pour l'hôpital. Gestions hospitalières, n°421, janvier 2003.
- ✓ Cogan.P, Hopkin.P, Fundamentals of Risk Management, 4th Edition Institute of Risk Management (GBR), 2017.
- ✓ Dictionnaire Larousse.
- ✓ Duce G, Fabry J, Nicolle L. Prévention des infections nosocomiales : Guide pratique [Internet]. 2e éd. 2002.
- ✓ **François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU, "Traité de Santé Publique" chapitre 15 : Prévention et promotion de la santé d'édition Médecine-Sciences Flammarion.**
- ✓ Nichan Margossian, Risques et Accidents Industriels Majeurs : Caractéristiques, Réglementation, Prévention, Dunod, Paris, 2006.
- ✓ OUFRIHA F-Z : Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie. OPU, Alger, 1992.
- ✓ Poulin. I, Gestion des risques, Guide pratique à l'usage des cadres de santé, Edition Lamarre, fonction cadre de santé, 2006.
- ✓ Poullain I, Lespy F. Gestion des risques et de la qualité, guide pratique à l'usage des cadres de santé. Editions Lamarre, Rueil - Malmaison, 2002.
- ✓ Soury F., Caria A., Rybak C. « Gestion des risques : une fonction nouvelle à l'hôpital », Gestions hospitalières ; Quebec ; 2008.

Revue et articles :

- ✓ Beresniack A, Duru G. Economie de la santé, Ed Masson, 1995.

- ✓ Dr Arezki TIBICHE Médecin Epidémiologiste, C.H.U de Tizi - Ouzou. Les systèmes de santé dans le monde, 2017.
- ✓ Dr S. AMAROUCHE Maître Assistante – Epidémiologie- Université 3 de Constantine – Avril 2017.
- ✓ Glouberman S., Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease. Health care manage review, Aspen Publishers, 2001.
- ✓ HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012.
- ✓ MSPRH : Système National de Santé ». Assises Nationales de la santé, Alger 26,27 et 28 Mai 1998.
- ✓ MSPRH : Compte nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003.
- ✓ MSPRH, Rapport final sur la réforme hospitalière, septembre 2003.
- ✓ Quenon J.-L, Gautier R. Du risque à la gestion des risques. Techniques hospitalières, 2000, n°652.
- ✓ Rapport NABNI 2020 : « Cinquantenaire de l'indépendance : enseignement et vision pour l'Algérie de 2020 ». Janvier 2013.

Mémoires :

- ✓ AIT MEDJANE.O : « les reformes de système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyse », mémoire de master en science économiques, option : Economie de la santé, 2013.
- ✓ ALOUI SABER, Contribution à la modélisation et l'analyse du risque dans une organisation de santé au moyen d'une approche système. Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Ecole des Mines de Paris Spécialité "Science et Génie des Activités à Risques", 2007.
- ✓ AMALOU.M : « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogène dans un hôpital : cas du CHU de Sétif ». Mémoire de Magister en Science Economique, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009.

- ✓ Combes, C. Un environnement de modélisation pour les systèmes hospitaliers. Thèse de doctorat, Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand, 2004.
- ✓ EBALI A. Vers un outil d'aide à la planification et à l'ordonnancement des ressources dans les services de soins. Thèse pour l'obtention du Doctorat en Génie Industriel, Institut National Polytechnique de Grenoble, 2004.
- ✓ ZIANI .Z : « Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012.

Sites Web :

- ✓ <http://leucosite-soins-infirmiers.com/differents-types-de-risques-a-lhopital>
- ✓ <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/>
- ✓ http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Analyse_scenario/analyse_scenario.html
- ✓ <http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/rex.html>
- ✓ <https://fr.wiktionary.org/wiki/h%C3%B4pital>
- ✓ <https://www.cnle.gouv.fr/histoire-de-l-hopital-et-prise-en.html>
- ✓ <https://www.docteurclic.com/encyclopedie/hopitaux.aspx>
- ✓ https://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Affichette_lavage_mains.pdf
- ✓ https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/frhttp://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept
- ✓ <https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>
- ✓ <https://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr/objectif.htm>
- ✓ www.medatice-grenoble.fr
- ✓ www.sanitaire-social.com/guide/hopitaux-et-cliniques/missions-valeurs-hopitaux
- ✓ www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr

Textes législatifs :

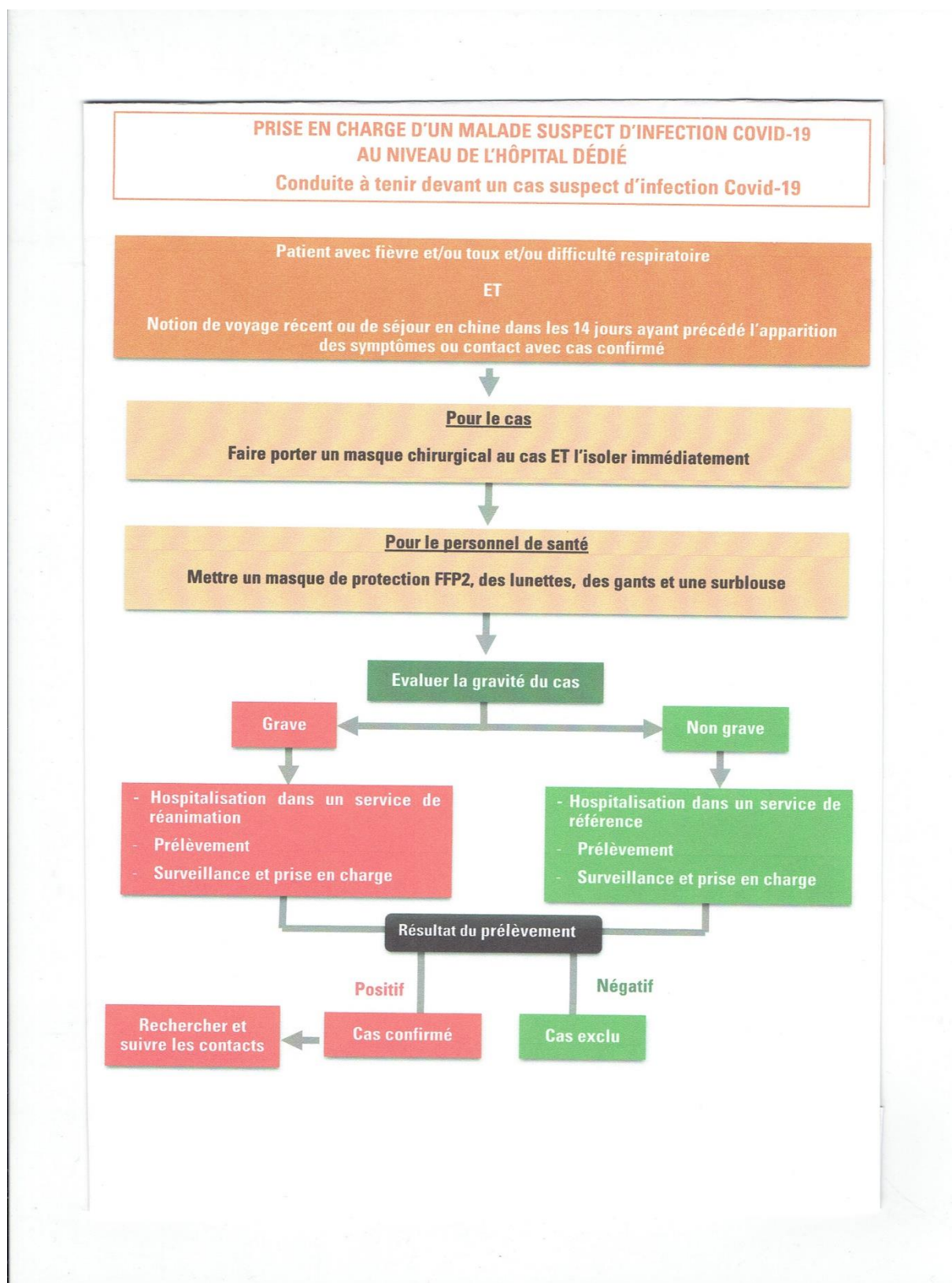
- ✓ ART. 228- Le financement des services publics de santé est assuré par l'État. Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité

sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

- ✓ Art. 231. - Les bénéficiaires de soins peuvent être appelés à contribuer au financement des dépenses de santé, dans le respect des dispositions de l'article 22 de la présente loi. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.
- ✓ Art. 232. - La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisation à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé, et est soumise aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés. Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.
- ✓ Art. 233. - Les entreprises, les organismes publics et les collectivités locales peuvent être appelés également, à concourir au financement de réalisation à caractère sanitaire, selon les procédures en vigueur en matière d'investissement planifié.
- ✓ ART.229. - Les entreprises et administrations concourent au financement de la santé, dans le cadre des actions programmées conformément à la législation et à la réglementation relative aux œuvres sociales.
- ✓ ART.230- Les collectivités locales participent au financement des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

ANNEXES

Annexe N° 01 : Protocole de conduite à tenir devant un cas suspect d'infection Covid-19



Annexes N° 02 : Fiche de notification d'un cas suspect ou confirmé d'infection Covid-19

DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DE L'INFECTION COVID-19
Fiche de notification d'un cas suspect ou confirmé d'infection COVID-19

Date de notification: /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Identifiant du cas : |_||_||_||_||_||_||

Médecin déclarant : _____

Etablissement déclarant :

1- CHU 2- EHU 3- EHS 4- EPH 5- EPSP 6- Clinique privée 7- Cabinet privé 8- Autres

Nom de l'établissement : _____ Wilaya : _____

DéTECTÉ AU POINT D'ENTRÉE : Oui Non Inconnu

Si oui, date /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Partie 1 : Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ ou âge : /_/_/ /_/_/ en année

si < 1 an, /_/_/ en mois ou si < 1 mois, /_/_/ en jour

Sexe : Masculin Féminin

Adresse exact du patient : _____

Partie 2 : Information clinique

Date d'apparition des 1^{ers} symptômes : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Date de consultation du patient : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Lieu de prise en charge initiale du patient : 1- CHU 2- EHU 3- EHS 4- EPH 5- Polyclinique
6- Salle de soins 7- Clinique privée 8- Cabinet privé 9- Autres

Date d'hospitalisation : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Service d'hospitalisation : 1- UMC 2- Soins intensifs 3- Réanimation 4- Autres

Si Autres, préciser

Mode d'admission : 1- Evacuation 2- Urgence 3- Consultation

Si Par évacuation, préciser :

Date d'isolement : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Symptômes du patient : Cocher tous les symptômes rapportés

1- Fièvre

6- Essoufflement

11- Douleur articulaire

2- Asthénie

7- Diarrhée

12- Douleur abdominale

3- Toux

8- Nausée/vomissement

13- Irritabilité

4- Maux de gorge

9- Céphalées

14- Confusion mentale

5- Ecoulement nasal

10- Douleur musculaire

15- Autres

Si Autres (précisez) : _____

Annexes N° 03 : Fiche de notification d'un cas suspect ou confirmé d'infection Covid-19
(suite)

Examen clinique du patient : Cochez tous les signes observés :

- | | |
|--|---|
| 1- Température: /_/_/_/_/°C | 5- Coma <input type="checkbox"/> |
| 2- Exsudat pharyngé <input type="checkbox"/> | 6- Dyspnée / tachypnée <input type="checkbox"/> |
| 3- Injection conjonctivale <input type="checkbox"/> | 7- Résultats anormaux de radiographie pulmonaire <input type="checkbox"/> |
| 4- Auscultation pulmonaire anormale <input type="checkbox"/> | 8- Convulsion <input type="checkbox"/> |
| 9- Autres <input type="checkbox"/> , précisez : _____ | |

Conditions sous-jacentes et comorbidité : Cochez tous ceux qui sont applicables

- | | |
|---|--|
| 1- Grossesse <input type="checkbox"/> (trimestre: _____) | 7- Post-partum (< 6 semaines) <input type="checkbox"/> |
| 2- Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> | 8- Immunodépression (VIH inclus) <input type="checkbox"/> |
| 3- HTA <input type="checkbox"/> | 9- Maladie rénale <input type="checkbox"/> |
| 4- Diabète <input type="checkbox"/> | 10- Maladie chronique des poumons <input type="checkbox"/> |
| 5- Maladie du foie <input type="checkbox"/> | 11- Cancer <input type="checkbox"/> |
| 6- Maladie neurologique ou neuromusculaire chronique <input type="checkbox"/> | |
| 12- Autres <input type="checkbox"/> , préciser _____ | |

Evolution clinique du patient

- Le patient a-t-il été ventilé : Oui Non Inconnu
Si Oui, précisez le type de ventilation : _____
- Evolution : en cours guérison décès
Date de décès ou de sortie de l'hôpital : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Partie 3 : Notion d'exposition et /ou voyages dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes

Profession : Cochez tous ceux qui sont applicables

Etudiant Professionnel de santé Autres (à spécifier): _____

Travailleur en contact avec les animaux Professionnel de laboratoire

Le patient a-t-il **voyagé** au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ?

Non Oui Inconnu Si oui, précisez les endroits où le patient a voyagé :

Pays _____ Ville _____ Date de départ de la localité /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Pays _____ Ville _____ Date de départ de la localité /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Pays _____ Ville _____ Date de départ de la localité /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Le patient a-t-il visité des **établissements de soins de santé** au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ? Oui Non Inconnu

Le patient a-t-il eu un **contact étroit** avec une personne atteinte d'une infection respiratoire aiguë au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ?

Oui Non Inconnu

Si oui, précisez le lieu de contact (cochez tous ceux qui sont applicables):

Structure de santé Cadre familial Lieu de travail Autres (à spécifier): _____

Annexes N° 04 : Fiche de notification d'un cas suspect ou confirmé d'infection Covid-19

(suite)

Le patient a-t-il été en contact avec **un cas suspect ou confirmé** au cours des 14 jours précédant l'apparition

des symptômes? Oui Non Inconnu

Si oui, énumérez tous les cas suspects ou confirmés :

Cas 1 : Nom et prénom : _____ Age : /__/

Sexe : Masculin Féminin Adresse exact : _____

Cas 2 : Nom et prénom : _____ Age : /__/

Sexe : Masculin Féminin Adresse exact : _____

Cas 3 : Nom et prénom : _____ Age : /__/

Sexe : Masculin Féminin Adresse exact : _____

Si oui, précisez le lieu de contact (cochez tous ceux qui sont applicables):

Structure de santé Cadre familial Lieu de travail Autres (à spécifier): _____

Si oui, lieu/ville/pays d'exposition : _____

Partie 4 : Information de laboratoire

Nom du laboratoire de confirmation : _____

Le test utilisé : _____

Classification du cas : Cas suspect Cas confirmé Cas exclu

Si cas confirmé :

Date de confirmation par le laboratoire /__/__/__/__/__/__/__/

Signature du médecin déclarant

Annexes N° 06 : Fiche d'accompagnement au laboratoire d'un prélèvement à la recherche du virus SARS-Cov-2 Covid-19

**MODALITES DE REALISATION, D'ACHEMINEMENT
DES PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES**

**Fiche d'accompagnement au laboratoire d'un prélèvement
à la recherche du virus SARS-Cov-2 Covid-19**

Direction de la santé et de la population :
Hôpital de référence :
Service :
Nom du Médecin traitant :
Téléphone/ Fax :

Identification du patient :

Nom : Prénom : - Sexe : M / F /
Date de naissance : / / / ou âge : / / en année
si < 1 an, / / en mois ou si < 1 mois, / en jours
Nationalité : Adresse :

Prélèvement

Type des prélèvements :
1-Nasal / 2-Pharyngé / 3-Nasopharyngé / 4- Lavage broncho-alvéolaire / 5- Autres /
Date du prélèvement / / / - Date d'envoi au laboratoire / / /

Contexte épidémiologique :

Date du début des symptômes : / / /
Voyage récent (<=14jours) : Oui : / Non : /
Si oui, pays : Période : du : Au :
: Période : du : Au :
Contact avec un cas : Suspect : / Confirmé : / - Date d'hospitalisation : / / /

Information clinique

1- Symptômes à l'admission (cocher tous les symptômes rapportés)
Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) / Toux / Dyspnée / , Céphalées / , Asthénie /
Douleurs musculaire / , Diarrhée / , Douleur abdominale /
Autres (préciser) :

2- Antécédents et commorbidités : Oui / Non / Inconnu /
Si oui, à préciser :

Prescription/vaccination

Prise d'un antiviral : Oui / Non / si oui (préciser) : Date de début : / / /
Prise de vaccin antigrippal 2019-2020 : Oui / Non / Si oui, date / / /

Information de laboratoire (Réservée au laboratoire)

Date de réception : / / / N° d'identification :
Etat de l'échantillon : Bon / Acceptable / Mauvais /

Signature du médecin demandeur

Annexes N° 07 : Plan de communication du COVID-19

PLAN DE COMMUNICATION COVID-19

Objectifs	Responsables	Actions	Activités	Supports	Indicateurs d'évaluation
Détecter et anticiper la crise de communication liée au covid-19	MSPRH OMS (Cellule de veille)	Assurer la veille médiatique et des réseaux sociaux sur le covid-19	Mise en œuvre d'un mécanisme de veille thématique médiatique et des réseaux sociaux, pour la vérification et la riposte aux rumeurs	Notes de veille Outil de veille stratégique : Revue de presse Liste des médias et canaux de communication Liste des porte-paroles à tous les niveaux	Nbr de notes de veille médiatique Liste des journaux Liste des journalistes spécialisés en santé Liste des medias lourds Liste des porte-paroles à tous les niveaux
Informier et communiquer sur le nouveau coronavirus 2019 ncov-19	MSPRH Ministère de la communication	Informier et sensibiliser le public cible sur le 2019-ncov (voir définition du cas suspect/ cas confirmé).	Élaboration de messages clés Par population cible. Développement des supports d'information adaptés à chaque population cible (particulièrement les voyageurs)	Site Web : Note d'informations Médiaplanning Faq Communiqué de presse Affiches Dépliant Spots TV et radio Messages pour les réseaux sociaux Leçon modèle	Faq Nbr de communiqué de presse Nbr de communication (présentation générique) Nbr d'affiches réalisé Nbr de dépliant réalisé Nbr de spots TV Nbr de spots radio Nbr de messages pour les réseaux sociaux Nbr de SMS envoyés
Renforcer les capacités des professionnels en communication	MSPRH Ministère de la communication MARW (affaires religieuse et wakf) Ministère de l'éducation nationale	Développer les compétences des professionnels de santé, des medias, des imams et morchidates en matière de communication sur 2019-ncov	Organisation de sessions de formation au profit des professionnels de santé, Des medias, des imams et morchidates	Formation Conférence Supports informatifs	Nbr de sessions organisées Nbr de journées de sensibilisation Nbr de personne formées
Identifier les principaux acteurs	MSPRH Communication affaires religieuse Autres	Cartographier et mobiliser les partenaires	Organisation des réunions avec les secteurs impliqués Y compris la société civile	<ul style="list-style-type: none"> Liste des personnes ressource par : - secteur, wilaya 	Nbr de PV de réunions tenues Nbr de personnes par secteur et par wilaya

Annexes N° 08 : Plan de communication du COVID-19 (suite)

Objectifs	Responsables	Actions	Activités	Supports	Indicateurs d'évaluation
Construire et maintenir la confiance	MSPRH Ministère de la Communication	Communiquer de façon transparente et déclarer le premier cas confirmé positif Donner des informations à temps même si incomplètes	- Organisation régulière de points de presse ; Publication de communiqué de presse, - Mobilisation des scientifiques pour rassurer le public.	Point de presse Communiqué de presse Plateau télévisé avec des personnes ressources Emission radio avec des personnes ressources	<ul style="list-style-type: none"> Nbr de conférence de presse Nbr de communiqués de presse Nbr de followers Nbr d'émissions télévisées organisées Nbr d'émissions radio/phoniques organisées Nbr de rumeurs captées notes de veille Nbr de supports élaborés par rumeur
Détecter et gérer les rumeurs	MSPRH Cellule de communication	Renforcer la surveillance pour la détection des rumeurs Gérer les rumeurs susceptibles de faire naître la confusion et la méfiance au sein du public cible	Surveillance des médias Identification de la source des rumeurs Publication de circulaire relatives aux fausses informations Intervention des porte-parole et intervenants crédibles pour contrer les rumeurs.	Registre des rumeurs Canaux de communication fiables et restreints -sources de rumeurs	<ul style="list-style-type: none"> Nbr de rumeurs captées Nbr de réponses par rumeur Liste des canaux de communications générateurs de rumeurs Nbr de sources de rumeurs identifiées
Disposer du rapport de mise en œuvre du plan de communication	MSPRH Comité National RSI	Elaborer un rapport hebdomadaire sur les activités de suivi et d'évaluation	Evaluation des activités mise en œuvre	Circulaires Communiqués Conférences de presse Mise à jour web	Rapport final avec les leçons apprises et proposer des recommandations

Annexes N° 09 : Mouvement des malades et gestion des lits –National- 06-09-2020

BRQ Mouvement des malades et gestion des lits - National - 6 sept 2020

Code Wil	Wilaya	Hospitalisation		Réanimation		Taux d'occupation	
		Malades	lis dédiés	Malades	Lits dédiés	hospitalisation	Réanimation
1	Adrar	16	195	1	11	8,21%	9,09%
2	Chlef	61	280	3	12	21,79%	25,00%
3	Laghouat	22	280	0	23	7,86%	0,00%
4	Oum Bouaghi	56	533	6	39	10,51%	15,38%
5	Batna	179	672	10	50	26,64%	20,00%
6	Bejaia	129	624	8	25	20,67%	32,00%
7	Biskra	50	375	5	28	13,33%	17,86%
8	Béchar	16	210	0	11	7,62%	0,00%
9	Blida	327	583	28	55	56,09%	50,91%
10	Bouira	100	422	10	40	23,70%	25,00%
11	Tamanrasset	14	350	1	12	4,00%	8,33%
12	Tebessa	60	376	6	20	15,96%	30,00%
13	Tlemcen	116	314	23	45	36,94%	51,11%
14	Tiaret	51	528	3	26	9,66%	11,54%
15	Tizi Ouzou	258	512	21	38	50,39%	55,26%
16	Alger	504	1618	72	124	31,15%	58,06%
17	Djelfa	80	590	5	35	13,56%	14,29%
18	Jijel	87	225	10	26	38,67%	38,46%
19	Setif	198	960	11	58	20,63%	18,97%
20	Saida	6	172	2	25	3,49%	8,00%
21	Skikda	161	443	15	40	36,34%	37,50%
22	Sidi Bel Abbas	8	244	4	25	3,28%	16,00%
23	Annaba	117	222	9	47	52,70%	19,15%
24	Guelma	65	160	3	12	40,63%	25,00%
25	Constantine	130	323	13	23	40,25%	56,52%
26	Medea	115	962	6	33	11,95%	18,18%
27	Mostaganem	51	371	6	29	13,75%	20,69%
28	M'Sila	95	692	6	14	13,73%	42,86%
29	Mascara	14	730	3	20	1,92%	15,00%
30	Ouargla	17	430	1	56	3,95%	1,79%
31	Oran	79	692	8	35	11,42%	22,86%
32	El Bayadh	1	95	0	13	1,05%	0,00%
33	Illizi	3	46	0	6	6,52%	0,00%
34	Bordj Bou Arreridj	57	351	4	31	16,24%	12,90%
35	Boumerdès	58	209	7	15	27,75%	46,67%
36	El Tarf	67	126	2	19	53,17%	10,53%
37	Tindouf	8	77	1	9	10,39%	11,11%
38	Tissemsilt	32	234	0	7	13,68%	0,00%
39	El Oued	17	418	0	14	4,07%	0,00%
40	Khenchela	32	177	4	38	18,08%	10,53%
41	Souk Ahras	29	180	0	17	16,11%	0,00%
42	Tipaza	98	430	17	44	22,79%	38,64%
43	Mila	55	295	2	19	18,64%	10,53%
44	Ain Defla	29	245	2	33	11,84%	6,06%
45	Naama	11	175	0	25	6,29%	0,00%
46	Ain-Témouchent	19	270	3	12	7,04%	25,00%
47	Ghardaia	18	232	0	18	7,76%	0,00%
48	Rélizane	23	370	5	31	6,22%	16,13%
Total National		3 739	19 018	346	1 388	19,66%	24,93%

Annexe N° 10 : Mouvement quotidien des malades par établissement (wilaya d'Alger)

MOUVEMENT QUOTIDIEN DES MALADES PAR ETABLISSEMENT																		
06/09/2020																		
WILAYA	Structure hospitalière	Malades hospitalisés				Malades en réanimation				LITS DÉDIÉS			ECARTS			TAUX D'OCCUPATION		
		malades suspects	malades positifs	lits restants	Malades en Réanimation	Malades intubés	Lits réa disponibles	Lits hosp	Lits réan	Lits hosp	Lits réan	Taux occup hospita	Taux occup réanim	Lits hosp	Lits réan	Taux occup hospita	Taux occup réanim	
Alger	CHU Beni Messous	88	21	91	12	2	0				16	0	2	0	54,50%	87,50%		
Alger	CHU Mustapha	5	63	177	20	4	31				245	0	0	0	27,76%	43,64%		
Alger	CHU BEO	0	49	95	10	0	0				144	16	0	0	34,03%	62,50%		
Alger	CHU Douera	17	10	88	2	4	1				115	7	0	0	23,48%	85,71%		
Alger	CHU El Kettar	6	53	91	0	0	0				150	0	0	0	39,33%	0,00%		
Alger	CHU Hussein Dey	5	6	41	5	0	2				52	7	0	0	21,15%	71,43%		
Alger	EPH Rouiba	29	17	44	2	0	2				90	4	0	0	51,11%	50,00%		
Alger	EPH Bologhine	2	15	73	4	0	3				90	7	0	0	18,89%	57,14%		
Alger	EPH Ain Taya	1	27	84	1	0	5				112	6	0	0	25,00%	16,67%		
Alger	EHS Salim Zmirli	8	5	19	0	1	2				32	3	0	0	40,63%	33,33%		
Alger	EPH Birtraia	0	24	26	0	0	0				50	0	0	0	48,00%	0,00%		
Alger	EPH Zeralda	12	0	48	1	0	3				60	4	0	0	20,00%	25,00%		
Alger	EHS Ben Aknoun	0	0	50	0	0	2				50	2	0	0	0,00%	0,00%		
Alger	EHS Les Orangers Djilali Rahmouni	0	0	52	0	0	0				52	0	0	0	0,00%	0,00%		
Alger	EHS Azur plage	0	5	16	0	0	0				21	0	0	0	23,81%	0,00%		
Alger	EHS Abderrahmani	0	0	20	0	0	0				20	0	0	0	0,00%	0,00%		
Alger	EHS Aïit Idir	0	0	15	0	0	0				15	0	0	0	0,00%	0,00%		
Alger	EPH El Harrach			30							30	0	0	0	0,00%	0,00%		
Alger	EPH Kouba	0	36	54	0	4	1				90	5	0	0	40,00%	80,00%		
Alger	TOTAL WILAYA ALGER	173	331	1114	57	15	52				1618	132	0	2	31,15%	54,55%		

Annexe N° 11 : Exemple de liste d'hôtel de secours (wilaya de Sétif)

	Hospit		Secours	
	Swap	⊕	Reste	Reste
Hotel el hidab -Setif	0	0	45	0
Auberge de jeunes - Ain El Kebira	0	0	50	0
Hotel RI Menara - El Eulma	0	0	80	0
Centre psycho pédagogique 2 - El Eulma	0	0	67	0
Maison de jeunes - Ain Oulmane	0	0	50	0
TOTAL SETIF	0	0	292	0

6 Chaâbane 1441 31 mars 2020	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 18	5
<p>Décret présidentiel n° 20-79 du 6 Chaâbane 1441 correspondant au 31 mars 2020 portant institution d'une prime exceptionnelle au profit des personnels de la santé.</p>	<p>— vingt mille (20.000) dinars, pour le personnel paramédical ;</p> <p>— quarante mille (40.000) dinars, pour le personnel médical.</p>	
<p>Le Président de la République,</p>	<p>Elle est servie pour une période de 3 mois renouvelable.</p>	
<p>Vu la Constitution, notamment ses articles 91-6° et 143 (alinéa 1er) :</p>	<p>Art. 3. — La prime exceptionnelle n'est pas soumise à l'impôt et aux cotisations de sécurité sociale.</p>	
<p>Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jomada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique et l'ensemble des textes subséquents ;</p>	<p>Art. 4. — Le bénéfice de cette prime peut être étendu à d'autres catégories de personnels par un texte particulier.</p>	
<p>Vu la loi n°18-11 du 11 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé ;</p>	<p>Art. 5. — Les modalités de mise en œuvre du présent décret sont déterminées, en tant que de besoin, par un texte particulier.</p>	
<p>Vu le décret exécutif n° 20-69 du 26 Rajab 1441 correspondant au 21 mars 2020 relatif aux mesures de prévention et de lutte contre la propagation du Coronavirus (COVID-19) ;</p>	<p>Art. 6. — Les dispositions du présent décret prennent effet à compter du 15 février 2020.</p>	
<p>Vu le décret exécutif n° 20-70 du 29 Rajab 1441 correspondant au 24 mars 2020 fixant des mesures complémentaires de prévention et de lutte contre la propagation du Coronavirus (COVID-19) ;</p>	<p>Art. 7. — Le présent décret sera publié au <i>Journal officiel</i> de la République algérienne démocratique et populaire.</p>	
<p>Vu le décret exécutif n° 20-72 du 3 Chaâbane 1441 correspondant au 28 mars 2020 portant extension de la mesure de confinement partiel à domicile à certaines wilayas :</p>	<p>Fait à Alger, le 6 Chaâbane 1441 correspondant au 31 mars 2020.</p>	
<p>Décète :</p>	<p>Abdelmadjid TEBBOUNE.</p>	
<p>Article 1er — Le présent décret a pour objet d'instituer une prime exceptionnelle au profit des personnels des structures et établissements publics relevant du secteur de la santé, mobilisés dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la propagation du Coronavirus (COVID-19)</p>	<p>Décret exécutif n° 20-63 du 20 Rajab 1441 correspondant au 15 mars 2020 portant approbation du renouvellement de la licence d'établissement et d'exploitation d'un réseau de communications électroniques ouvert au public par satellite de type V.SAT et de fourniture de services de communications électroniques au public, attribuée à la société « Optimum Télécom Algérie Spa ».</p>	
<p>Art. 2. — La prime citée à l'article 1er ci-dessus, est servie, mensuellement, selon les montants forfaitaires suivants :</p>	<p>Le Premier ministre,</p>	
<p>— dix mille (10.000) dinars, pour le personnel administratif et de soutien :</p>	<p>Sur le rapport du ministre de la poste et des télécommunications,</p>	

Table des matières

Introduction générale	11
Chapitre 01 : La prévention Et le	4
Système de santé	4
Section 01 : L'hôpital et le système de santé	5
1.1 Définitions et évolution historique de l'hôpital.....	5
1.2 Missions et valeurs de l'hôpital	6
1.3 L'hôpital : une organisation hiérarchique.....	8
1.4 Le système de santé :.....	10
Section 02 : Le système de santé en Algérie.....	16
2.1 Organisation du système de santé Algérien	16
2.2 Historique et évolution du système de santé Algérien.....	17
2.3 Le financement du système de santé Algérien	21
Section 03 : La prévention hospitalière	22
3.1 Définition de la prévention	22
3.2 Les techniques de la prévention.....	24
3.3 Les mesures de prévention	28
Conclusion	29
Chapitre 02 :.....	1
La gestion des risques liés à une pandémie.....	1
Introduction.....	31
Section 01 : La gestion des risques et son impact dans un système hospitalier	31
1.1 Définition du risque.....	31
1.2 Classification des risques professionnels en milieu hospitalier	33
1.3 Définition de gestion des risques : cas de pandémie	36
1.4 La démarche de gestion des risques : les différentes étapes	37
1.5 Les enjeux de la gestion des risques en établissements de santé	38

Section 02 : La gestion des risques et la prévention en cas de pandémie	39
2.1 Définition de la pandémie	39
2.2 Les différents niveaux d'alerte d'une pandémie	40
2.3 Les actions à mettre en œuvre en cas de pandémie	41
2.4 Les bonnes pratiques d'hygiène.....	42
2.5 L'organisation en cas de pandémie grippale	43
Section 03 : Les méthodes et les outils de la gestion des risques en établissements de santé.....	49
3.1 Méthode a priori de la gestion des risques	49
3.2 Les méthodes a posteriori de la gestion des risques	53
Conclusion	60
Chapitre 03 :.....	31
Le protocole de prévention mis en place en matière de gestion des risques en cas d'une pandémie en Algérie.....	31
Introduction.....	61
Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil.....	62
1.1 L'organisation du MSPRH	62
1.2 Direction de la prévention et de la promotion de santé	63
Section 02 : Présentation de la crise sanitaire générée par la pandémie du Covid-19	65
2.1 Réservoir du virus	65
2.2 Suivie dans le milieu extérieur	66
2.3 Mode de transmission et contagiosité	66
2.4 La maladie.....	66
2.5 Traitement et vaccin	68
Section 03 : Enquête et traitement des résultats	69
3.1 Démarche méthodologique de l'enquête.....	69
3.2 Notion de base sur l'entretien	70
3.3 La démarche suivie et le choix des interlocuteurs	71
3.4 Le guide l'entretien	72

Résumé :

Le système national de santé Algérien a toujours été exposé à plusieurs difficultés qui atteignent son efficacité et ses performances. Cela l'a rendu très réceptif à la pandémie du covid-19. Toute fois La gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé.

La pandémie du COVID-19 aura placé le monde dans une situation inédite de risque et d'incertitudes. Elle a mis à mal tous les systèmes de prévention classiques, et forcé les pays notamment l'Algérie, les gouvernements et les organisations à repenser leur gestion des risques et leur confrontation à l'incertitude.

Dans cette recherche on découvre la stratégie et les mesures de la gestion des risques prises par le système de santé en cas de crise sanitaire qui se diffèrent totalement aux mesures standards.

Sur ce point, l'Algérie a su faire preuve de rapidité sur le plan législatif. Mais si la création des outils fut rapide et efficace, encore faut-il les moyens de les faire appliquer.

Les moyens sont disponibles que ça soit financiers ou matériels, malheureusement la maîtrise des mesures de gestion des risques n'est pas totalement à la hauteur et l'Algérie doit en priorité revoir sa gestion et maîtrises des risques ainsi le renforcement de son système de santé.

Mots clés : Gestion des risques, préventions, Système de santé, Covid-19, crise sanitaire.