

Faculté des sciences sociales

Département de psychologie et des sciences de l'éducation

Doctorat en psychologie du travail et des organisations

Etude du système d'évaluation de la performance des ressources humaines et la prise en charge du patient dans les services des urgences hospitalières de la wilaya de Mostaganem.

Etudiant chercheur **Mustapha Ghobrini**

Encadreur Prof. **Mustapha Mansouri**

Membres du jury

Nom et prénom	Grade	Qualité	Université
Meziane Mohamed	Professeur	Président	Université d'Oran 2
Mustapha Mansouri	Professeur	Encadreur et Rapporteur	Université de Mostaganem
Bekri Abdelhamid	Professeur	Examineur	Université de Saida
Mimouni Mustapha	Professeur	Examineur	Université de Mostaganem
Kouidri Malika	Maitre de conférences A	Examinatrice	Université d'Oran 2
Bouksara Mansour	Maitre de conférences A	Examineur	Université d'Oran 2

Dédicaces

A mes chers parents,

A ma femme et à mes enfants,

Remerciements

Tous mes remerciements et ma reconnaissance à mon encadreur, le professeur **Mustapha Mansouri de** l'Université de Mostaganem qui m'a soutenu et assisté durant toute la période de recherche et de finalisation du mémoire,

Que les membres du jury qui ont accepté la responsabilité scientifique d'être membre, veuillent trouver toute ma reconnaissance et mon respect, je cite :

Meziane Mohamed, Professeur Université d'Oran 2

Bekri Abdelhamid, Professeur Université de Saida

Mimouni Mustapha, Professeur, Université de Mostaganem

Kouidri Malika, Maitre de conférences A, Université d'Oran

Bouksara Mansour, Maitre de conférences, Université d'Oran

Remerciements

Je remercie très chaleureusement,

Mes collègues de travail qui m'ont aidé et soutenu dans cette recherche, en particulier le Dr Amar Miloud.

Tous ceux qui m'ont aidé, de près ou de loin, dans la réalisation de cette thèse de doctorat,

Aux médecins, paramédicaux, administratifs et travailleurs des Urgences Médico-chirurgicales et EPH, Sidi Ali et Ain Tedeles, l'établissement spécialisé psychiatrique et la maternité de Mostaganem, au directeur de l'EPSP de Mostaganem ainsi qu'à monsieur le DSP et aux autres responsables de la Direction de la Santé et de la Population de Mostaganem.

A tous ceux qui ont participé aux entretiens exploratoires, ont répondu aux questionnaires, m'ont conseillé, qu'ils trouvent ma reconnaissance.

Aux membres qui ont expertisé les deux questionnaires, qu'ils trouvent également toute ma reconnaissance.

Durant le cheminement de cette thèse, On ne peut que souligner l'apport de :

Professeur Farouk Mohamed Brahim, du Service des urgences de l'hôpital d'Oran.

Professeur N. Midoun de l'EHU d'Oran.

Dr Idir Mohamed, Médecin spécialiste, chef de service de pédiatrie, représentant du syndicat national des médecins spécialistes, Alger.

Dr Ouazzani Allel, expert de l'OMS, qui m'a toujours soutenu dans mon travail de recherche.

Dr Saber Toufik, directeur de l'EPSP de Hay Bouamama d'Oran.

A

Feu Dr Saada Chougrani, de l'EHU d'Oran.

A mes amis Habib Tengour, et Zerhouni Sid Ahmed.

J'espère que toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à la réalisation de cette thèse de doctorat et dont le nom ne figure pas, veuillent bien comprendre la difficulté d'insérer tous les noms.

Résumé de la recherche

Cette recherche étudie l'analyse du système d'évaluation de la performance des ressources humaines et sa corrélation avec la prise en charge du patient dans les services des urgences de la wilaya de Mostaganem. Pour vérifier les hypothèses de travail, l'étudiant chercheur a soumis deux questionnaires, chacun prenant en charge une variable, et a opté pour questionner un échantillon, composé de 338 médecins, paramédicaux et administratifs sur une population de 527 personnes, soit un taux de 64.13 %. On résume les résultats de la recherche dans les conclusions suivantes :

- Il existe une corrélation, statistiquement significative, entre le système d'évaluation de la performance des ressources humaines et la variable « prise en charge des patients »,
- La variable « L'organisation des urgences et changement » a un effet significatif et positif sur la prise en charge du patient. Mais « Le rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences » entraîne des effets limités sur la prise en charge du patient,
- Il existe des différences, statistiquement significatives, entre les médecins, paramédicaux et administratifs dans la prise en charge opérationnelle du patient, mais le corps médical a le plus d'effet.

Mots clés : Système d'évaluation, Urgences hospitalières, Performance, Efficacité, Equité, recherche-action.

ملخص البحث

دراسة نظام تقييم اداء الموارد البشرية والتكفل بالمريض في مصالح الاستعجالات الاستشفائية لولاية مستغانم يهدف هذا البحث إلى دراسة النظام التقييمي لأداء الموارد البشرية و علاقاته بتكفل المريض في المصالح الاستعجالية لولاية مستغانم . و للتحقق من الفرضيات المطروحة طبق الباحث استمارتين على عينة قوامها 338 من الأطباء و شبه الطبيين و الإداريين بنسبة 64.13% من مجتمع الدراسة الذي يحدد ب527 فرد في المصالح الاستعجالية بولاية مستغانم. و تلخص نتائج البحث في الاستنتاجات التالية:

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين النظام التقييمي لأداء الموارد البشرية و متغير « التكفل بالمريض ».
 - إن متغير « التنظيم في الاستعجالات و التغيير » له تأثير دال و ايجابي على عملية التكفل بالمريض بالرغم من أن دور الموارد البشرية في تنظيم الاستعجالات « محدود في مجال التكفل بالمريض ».
 - توجد فروق دالة إحصائيا بين الأطباء و شبه الطبيين و الإداريين في التكفل العملي بالمريض، و يبقى الأطباء هم الفئة المهنية التي لها أكبر تأثير على التكفل بالمريض.
- الكلمات المفتاحية :** نظام التقييم، الاستعجالات الاستشفائية، الأداء، الفعالية، الإنصاف، البحث النشط.

Abstract

Study of the evaluation system of the human resources performance and the care of the patient in the hospital emergency services of the wilaya of Mostaganem.

This research studies the analysis of the evaluation system of the human resources' performance and its correlation with the patient's care at the emergency department in Mostaganem. To check the hypotheses, the researcher prepared a questionnaire for each variable, and opted to question a sample of 338 doctors, paramedics and administrative on a total population of 527 individual. So the sample's rate is of 64.13%. This paper summarizes the results of research in the following conclusions :

- There is a correlation between the evaluation system of the human resources' performance and the patient's care.
- The organization of emergency and change has a significant and positive effect on patient care; but the role of human resources in the organization of emergency resulted in a limited effects on the patient's care.
- There are substantial differences between doctors, paramedics and administrative in the operational patient care, but the medical profession has the most effect.

Key words : evaluation system, hospital emergencies, performance, efficacy, equity, action-research

دراسة نظام تقييم أداء الموارد البشرية والتكفل بالمريض في مصالح الاستجالات الاستشفائية لولاية مستغانم.

المقدمة

تطرقنا في هذا العمل البحثي إلى موضوع النظام التقييمي في الاستجالات الطبية-الجراحية تحت عنوان " دراسة النظام التقييمي لأداء الموارد البشرية و التكفل بالمريض في الاستجالات الطبية-الجراحية للمصالح الاستشفائية لولاية مستغانم ". يهدف هذا البحث إلى دراسة النظام التقييمي لأداء الموارد البشرية و علاقاته بتكفل المريض في المصالح الاستجالية لولاية مستغانم.

حولت النظم الصحية الوطنية تحت ضغط التطور التاريخي، الاقتصادي و الاجتماعي. ولذلك ليس من المستغرب أن هذه الأنظمة غالبا ما تعكس المشاكل الرئيسية في المجتمع، بما في ذلك الحكومة والإدارة والتمويل والاندماج الاجتماعي، ولكن سيتم تحديد الأولويات الخاصة و المراحل للتنفيذ انطلاقا من خصوصيات السياق الوطني (م.ع.ص، 2005 : 33-3).

اليوم، بلدان المغرب العربي تواجه متطلبات كبيرة من سكانها و تهدف للوصول إلى أقل تكلفة للخدمات الصحية وزيادة مشاركة المستخدمين و المهنيين والحوكمة للنظم الصحية. يجب كذلك أن تستجيب الحكومات بالتحكم في النفقات الصحية التي سوف تزيد بشكل كبير بسبب التوجه الخاص إلى زيادة الأمراض المستجدة الجديدة (الأمراض غير المعدية 79.7٪ من الوفيات في تونس، التنكسية والصددمات). للوصول إلى هذا الهدف، يجب على الدول المغاربية إعادة التفكير في نظمها الصحية (التحول التنظيمي جاري مند عقد من الزمن)، وتطوير البرامج التي، إن لم تكن موحدة، يمكن أن تكون متوافقة وتشمل التعاون فيما بين بلدان الجنوب و الاتحاد الأوروبي. هذه القواسم المشتركة من الممكن ان تواجهها البلدان الثلاثة، في وقت واحد تقريبا، تزامنا مع التحول الديمغرافي والوبائي. في الواقع، النظم الصحية للمغرب العربي، تركز بقوة على توزيع الخدمات الصحية، ويجب أن تتطور وتعزز تنمية مهام تتخذ المزيد من الاعتبار للمحددات الصحية، والقضايا الصحية ذات الصلة إلى حد كبير مع جميع السياسات العامة (التعليم، التغذية، الإسكان والبيئة). هذا هو التحدي الرئيسي الذي سيواجه بلدان المغرب العربي في السنوات العشرين المقبلة (شاوي، لقروس، 2012 : 05).

تحولات عنيفة انفجرت في الفضاء الحضري، والتوترات الاجتماعية المتعددة التي ميزت المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة (الإرهاب، العنف الاجتماعي، زيادة الفقر الخ) لا تخلو من عواقب، خاصة ارتفاع عدد الأمراض المزمنة مثل مرض السكري وارتفاع ضغط الدم (مبتول م، 2005 : 212).

الفشل المزمن لقطاع العام الصحي ساهم في تكوين سريع و واسع من الخدمات الصحية الخاصة التي تستقطب الاحتياجات الصحية الكثيرة. للأسف هذه التنمية المتسارعة في الطب الخاص لن ترافق بتحديد واضح لدوره وعلاقته مع القطاع العام. و على الأقل مع مراقبة نشاطاته والرسوم (الألعاب) المطبقة (أوفريجة ف. ز، 2009 : 35).

السياق الاجتماعي انخفاض أسعار النفط وإجراءات التقشف : أي توقعات للصحة ؟

يجري هذا البحث في سياق يتسم بالحاجة للتحكم بقدر الإمكان للنفقات الاستشفائية و الاستغلال بفعالية للموارد المخصصة لهذا القطاع الاستراتيجي الذي يقدم للهيكل والفرق الصحية خدمات بدون تحديد أهداف مدروسة مسبقا أو معايير ذات طابع المر دودية.

بالمقارنة مع القطاعات الاجتماعية الأخرى مثل التعليم ، التدريب المهني ، التعليم العالي، الضمان الاجتماعي والتضامن، والتي ليست معنية مباشرة بالانهيار المفاجئ في الإيرادات الخارجية لقلة استخدام بعض المنتجات وخدمات الاستيراد (المدخلات)، يقول الخبير الاقتصادي للصحة الدكتور ل. العمري، و بوضوح أن القطاع الصحي هو في حد ذاته مباشرة في عين العاصفة لاستخدامه المدخلات المستوردة و التي تشخص في المعدات الطبية- التقنية (الماسحات الضوئية، الطب الإشعاعي والأجهزة الطبية المتنوعة) ووسائل النقل طبي (سيارات الإسعاف والمركبات وغيرها من المرافق و المعدات للمعاقين) والأدوية واللقاحات والمواد الخام والمكونات النشطة للإنتاج المحلي من الأدوية، ناهيك عن الصلب و الاسمنت لبناء العديد من المرافق الصحية مثل المستشفيات الجامعية و العامة، العيادات، المراكز الصحية و غرف العلاج.

عند استحضار التجربة العالمية المعاصرة، يستفسر الخبير الاقتصادي في الصحة، أن تاريخ العالم المعاصر يتميز بظهور الأزمات المالية والاقتصادية العالمية، ترافقها لا محالة تخفيضات هامة في الميزانية التي تؤثر على القطاعات الاجتماعية التي هي بطبيعتها غير المنتجة مباشرة للنتائج المحلي الخام ولكن تشارك في النمو.

دراسة "الحسابات الصحية الوطنية" التي نؤديها في إطار برنامج دعم القطاع الصحي، برنامج التعاون بين وزارة الصحة العمومية و إصلاح المستشفيات والاتحاد الأوروبي، يقول الخبير الاقتصادي للصحة الدكتور ل. العمري، تسلط الضوء على ملاحظة أساسية ، هي أن نسبة عالية من النفقات الصحية المنزلية، مرتفعة بشكل غير طبيعي تقدر بنحو 24.7% (1/4) تقريبا) من الإنفاق الصحي الوطني تطرح إشكالية بالفعل على هذا المستوى عندما المنظمة العالمية للصحة والبنك الدولي يوصيا أنه لا ينبغي أن يتجاوز 10%، وينبغي أن تهم فقط أغنى الأسر. من باب الإسقاط، يقول ل. العمري أنه يتوقع "مساهمة كبيرة في تمويل المستفيدين من الخدمات الصحية في المؤسسات العامة لا يمكن تجنبها، وبالتأكيد سوف يتم تنفيذها في عام 2016 و لعدة سنوات بعده ."

واستكمالاً لما سبق يتم طرحه بان "قطاع الصحة سوف يشهد ضغوطاً قوية وقيوداً مالية لا يمكن تحملها و التي من شأنها أن تؤدي إلى تنازل من مشاريع التنمية التي تفاقمت بسبب التحول الصحي التي تسوده الأمراض المزمنة غير المتقلة و التي هي مكلفة جداً. بالتأكيد سوف يتم تخفيض فاتورة استيراد الأدوية وسوف تقتصر على الأدوية العامة " (جريدة الوطن، 26.09.2015 : 16-17).

ونظراً لهذه القيود المفروضة على الموارد، فإن القضية الأساسية، حسب تقرير وحدة العلوم الاجتماعية والبحوث الصحية لجامعة وهران، ليس فقط، لتعبئة الموارد المالية. وهكذا، التقرير البحثي يستنتج الدروس من التجارب السابقة ويحذر الحكومة : "على الرغم من الموارد المجنّدة من قبل الحكومة، يتميز النظام الصحي الجزائري بأعطال اجتماعية وتقنية متعددة (سوء استقبال للمرضى المجهولين، الفشل المتكرر للمعدات التقنية، تجوال المرضى، والتأخير الطويل في مجال الرعاية ووقاية ضعيفة، الخ) "يشير لنا بوضوح أن النتائج المتوقعة في التكفل الفعال للسكان، لم يتحقق بالكامل" (غراس، 2011: 18).

تاريخياً، مرحلة الانتقال إلى اقتصاد السوق في الاستجابة للأزمة الاجتماعية، لم تقترح مشروع مجتمع بديل ولا مشروع صحي مع أهداف محددة بوضوح. رغم تكريسه في مرسوم عام 1973، يتم مراجعة مبدأ مجانية الصحة العمومية، اثر المراجعة الدستورية لسنة 1989 بحذف المادة 51 (بأخذ محتوى المادة 54 من دستور عام 1996). مشروع قانون الصحة لعام 2003 هو جزء من هذا المشروع الاجتماعي للإصلاح شامل للمجتمع من منظور ليبرالي، مع تردد (بالنظر إلى القضايا السياسية)، فربما هذا ما يفسر بطء وتيرة المصادقة عليه. وهذه المرحلة الانتقالية تتطور في سياق نقص تامين قيمة العمل الإنتاجي، ومع إنتاج اتجاهات تتعارض مع قيم العمل وحماية الصالح العام.

قدم للمناقشة مع الفاعلين في قطاع الصحة ما قبل مشروع قانون الصحة الذي كانت صياغته في إطار إصلاح المستشفيات، و تمت المصادقة عليه من طرف المجلس الشعبي الوطني في جويلية 2018. كيف يمكن تفسير هذا التأخر في اعتماد هذا القانون والذي بالتأكيد سوف يساهم في تنشيط عملية الإصلاح في مجال الصحة ؟ أقترح ما قبل مشروع قانون الصحة هياكل التي تتلخص في المشاركة في وضع وتخطيط السياسة الصحية والتقييم وتنفيذ إجراءات هامة (و لو نظريا) مع اعتماد المنظمات الصحية. هذه الهياكل هي:

1. المجلس الوطني للصحة الذي يقدم رأي نقدي حول صياغة وتنفيذ السياسة الوطنية الصحية (المادة 31)،
2. الوكالة الجهوية (المواد 200-205)،
3. وكالة الصحة وطنية للأمن الصحي في المواد الصيدلانية (المادة 341)، وعلى وجه الخصوص،
4. وكالة وطنية لتطوير التقييم والاعتماد (المواد 232-238) التي تؤدي دورا حاسما لتطوير المنظمات الصحية.

في مبادئه الأساسية، يقترح ما قبل مشروع قانون الصحة أن المؤسسة العامة ذات طابع صحي لها الاستقلالية الإدارية والمعنوية (المادة 242)، وأن الموارد المجندة لتمويل النظام الصحي الوطني و الاستخدامات التي يتم إجراؤها يتم عرضها سنويا في الحسابات الصحية الوطنية إلى المجلس الشعبي الوطني (المادة 262).

الملاحظة الوحيدة (والتي تعبر عن عدم وجود الإرادة السياسية) التي تفرض علينا أنه ما بين تاريخ اقتراح قبل مشروع قانون الصحة في 2003 و 2018، خمسة عشر (15) سنوات، على الرغم من النقاش المنظم مع الفاعلين بما في ذلك الشركاء الاجتماعيين والذي أدى إلى عقد مؤتمر وطني في يوليو 2015، المجلس الشعبي الوطني صادق بتأخر كبير على هذا المشروع لإعداد المؤسسات الصحية في تنفيذ هذه الإجراءات لأن التغيير (ما تعلمناه من أدبيات التجربة العالمية) هو عملية تنظيمية طويلة، خصوصا عندما يتعلق الأمر بخلق، في نهاية المطاف، الظروف الملائمة لإحداث تغيير في مجال التسيير. نتساءل و لماذا، على وجه الخصوص، أن ننتظر اعتماد هذا التشريع وتطبيقه لإنشاء الحسابات الصحية الوطنية التي هي مفيدة جدا للمحاسبة الوطنية للموارد المخصصة لقطاع الصحة ؟

من جهة أخرى، التوصية 11 للجلسات الجهوية بشأن ما قبل مشروع قانون الصحة تشير فيما يخص السياسة الصحية أن "يقترح ان يكون القطاع الصحي قطاع ذات سيادة " (يومية وهران، 2014/06/17).

كيف يمكن لنا تصور سياسة استشفائية موجهة لأهداف التحديث، سياسة تهدف الى تهيئة الظروف لتعبئة جميع الموارد، في حين أن القطاع الخاص، الذي لديه قدرات وإمكانات كبيرة، لم يشارك ولم يدمج في عملية الإصلاح والتغيير؟ ومشاركته لن تكون حاسمة إذ، مسبقا، لا تهيئ الظروف القانونية، مع إظهار الإرادة السياسية، لمشاركته في النظام

الوطني المعلوماتي لوزارة الصحة أين سيتم دمج جميع هذه الأنشطة، أي الأمراض المعالجة، التشخيص والعلاجات المقدمة و كل المعطيات الإحصائية المتعلقة بهذا النشاط.

هذه المقاربة، ذات طابع سيستمي، مما يطرح في جدول الأعمال الحاجة الماسة إلى تفعيل مبدأ استقلالية منظمات الصحة العامة والهيئة الإدارية. كيف يمكن تقديمهم لعملية تخفيض قيمة العملة ومعايير الكفاءة ونوعية الرعاية دون تمكينهم من المشاركة في تطوير منظماتهم وبرامج التنمية المراد تحقيقها وفي تعريف معايير التقييم ؟ في نفس سياق هذا التفكير نتناول العلاقة بين المنظمات الصحية و بيئتهم و الصعوبات المتعددة، كما يجب علينا كذلك معالجة مسألة الترابط بين النظام الصحي و القطاعات الأخرى من الاقتصاد الوطني.

تناول الطالب الباحث قطاع الصحة ليس كمنظمة مغلقة بمنطق خاص، ولكن بوصفها كقطاع حيوي مع علاقات ذات مصالح مشتركة مع البيئة، وهذا يعني أن في نهاية المطاف، الحلول الأساسية لقطاع الصحة لا يمكن أن تتم إلا في ظل عامل "الزيادة في الميزانية" (كإجابة لطلبات العمال)، بل ولكن يتم تحديدها أيضا، و إلى حد كبير عن طريق تفاعله مع قطاعات أخرى من الاقتصاد الوطني المنتج.

النظم الصحية لا تقتصر على نظم الرعاية الصحية فقط، وسيكون من الخطأ تحديد سياسات الرعاية الصحية إلا للخدمات الصحية. لهذا تشمل السياسات الصحية كل خيار استراتيجي من القاع العام وشبه العام والخاص، لتحسين الحالة الصحية للسكان الذين هم تحت مسؤوليتهم، ثم سوف يحدد دور والتزامات الدولة في والخيارات الاقتصادية، البيئية، الاجتماعية المالية، وتنظيم الرعاية الصحية كذلك في الوقاية والتكوين (المؤتمر الأول الوطني حول سياسة الصحة وإصلاح المستشفيات، الجزائر 2010: 02). التحدي الأول يقول التقرير، أن تحدد بوضوح مجموعة من التدابير ذات الأولوية لتحسين أداء النظام الصحي، مع الأخذ بعين الاعتبار الترابط بين المكونات الرئيسية لهذا النظام - كما في الواقع أي نظام آخر (منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي بشأن الألفية، 2005: 35).

من الواضح كنا لا نعتبر هذه المقاربة العامة الذي قدمها من قبل مصلحا ألمانيا من الرواد في القرن التاسع عشر، الدكتور سالمون نيومان (1847) ، لا يمكن لنا بوضع حلول جذرية لمشاكل الصحة العامة (التي ستبرز في كل مرة إلى السطح) و فرق الاستشفائية سوف يواجهون نفس الظواهر الاجتماعية والثقافية التي ينتجها المجتمع و بالمزيد من التعقيد، سواء في مجالات الصحة و التربية الصحية (وبالتالي في المجال الوقائي)، على مستوى الحوادث المرورية، وتطوير أعمال العنف في الأحياء، ونقص في الاتصال والمعلومات حول القانون وحقوق وواجبات المواطنين بالعلاقة مع القطاع العام الصحي.

يتسائل الباحث : ما هي العوامل التي أدخلت، في بداية الخمسينات، مميزات متباينة بين الدول التي ظهرت من البلدان الفقيرة الأخرى، عندما بدأت الأخرى في بروز، في حين دخلت الأخيرة في الركود ؟ جان كلود بارتلمي (2007) Jean-Claude Berthélemy قام بدراسة العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي، في محاولة لشرح "المعجزة" الآسيوية بالمقارنة مع فشل التنمية في معظم البلدان الأفريقية. في هذا البحث، ينطلق الباحث من فرضية مثبتة في تمكن هذه البلدان الناشئة، خاصة في آسيا، أنهم نجو من الفقر في الوقت الذي بدؤوا تقدما نوعيا في مجال الصحة والتعليم.

استنتج، كما يقول الكاتب، أن في السنوات 1950 و 1960، التحسينات في الصحة كان لها دور أساسيا في مساعدة البلدان التي تسمى الآن بالناشئة، للخروج من البؤس و الذين كانوا قد اغرقوا فيه قليلا قبل فترة ، على غرار البلدان الأفريقية. ومع ذلك، شدد على أن تحسين الظروف الصحية، والخروج من التخلف لا يكون ببساطة عن طريق الزيادة في الميزانية للمساعدات الصحية. بدلا من ذلك، يوضح الكاتب، ستلزم التركيز على الإصلاحات اللازمة لتحسين فعالية السياسات الصحية. ومن هنا تأتي الحاجة إلى مقاربة اندماجية، أي دمج الصحة والتعليم وغيرها من الخدمات العامة الأساسية في

استراتيجية واحدة. وفي نفس السياق، يؤكد المشاركون في إعلان أدبلايد Adélaïde على ضرورة إدماج الصحة في جميع السياسات (م.ع.ص، 2010)، فمعدلات العنف و الصحة السيئة والإصابات ترتفع عند السكان الذين لديهم صعوبات في الحصول على الغذاء والماء والسكن وفرص العمل ونظام قضائي عادل غير مقبول.

فيما يتعلق بعلاقة التأثير بين التربية و الصحة، يستفسر تقرير الألفية العالمية (م.ع.ص، 2005 : 47) أنه يوجد ارتباط وثيق بين المستوى التعليمي للامهات و وفيات الأطفال : تشير دراسة أجريت في الهند أن 10 ٪ من نسبة الأمية بين الإناث من شأنها أن تقلل من معدل وفيات الأطفال ب 12.5 في 1000. حالة الجزائر تبدو مقلقة نوعا ما في تعداد عام 1998 للسكان والمساكن، ومعدل الأمية بين الناس الذين يتراوح أعمارهم بين عشر سنوات أو أكثر تم احتساب 31.66٪، كان 23.11٪ للرجال و 40.33 في المائة من النساء. وفيما يتعلق بولاية مستغانم المعدل العام هو ب39.53٪، بما في ذلك 26.67٪ للذكور و 52.56٪ للنساء (وزارة التربية والتعليم، 2005).

أيضا، في منظور المنظمة العالمية للصحة، كان دور الصحة في النمو الاقتصادي مقوم بأقل من قيمته بشكل كبير. ووفقا للأرقام التي قدمتها اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة، الذي أنشأت في يناير 2000 من قبل المدير العام لمنظمة الصحة العالمية لتحديد مرتبة الصحة في التنمية الاقتصادية العالمية، زيادة بنسبة 10٪ في متوسط العمر المتوقع يتوافق مع زيادة في النمو الاقتصادي من حوالي 0.3 إلى 0.4٪ سنويا، و كل ما تبقى من عوامل النمو أخرى مماثلة (م.ع.ص، 2002).

إذا يأخذ بعين الاعتبار هذا الترابط والتدابير القوية التي تفرض نفسها، سواء في مجال التنسيق مع القطاعات الأخرى أو في تنفيذ سياسة إستراتيجية للوقاية، يقول الباحث الفرنسي في علم الاجتماع F.Steudler ستودلر، "من الممكن للحكم على المجتمع من مستشفياته" ويستنتج أن هذه الخيارات الصحية تعتمد على توجهات المجتمع العام (1964 : 10) وأن هذه الخيارات والسياسة الصحية، قد يمكن أن تقوما بمراجعة البنية الأساسية للمجتمع.

حاليا، نرى أن الخدمات الصحية هي في أفضل مرتبة في الحكومات الأكثر ديمقراطية ، و دراسة للأمم المتحدة قدرت أن المرحلة الانتقالية تقلل من معدل وفيات الأطفال بنسبة 5 في 1000، لكن الديمقراطية هي شرط ضروري ولكنه غير كاف، يستنتج تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية البشرية لسنة 2010، مع الاعتماد على مثال دولة الولايات المتحدة الأمريكية التي كانت تتلقى صعوبات لتوفير الخدمات الصحية العامة لمواطنيها في ظل نظام ذات مؤسسات قوية (على أساس مؤشر مركب يقيس الفساد، سيادة القانون، الإدارة الجيدة، طبيعة الاستثمارات والصراعات الداخلية)، إذا كانت الحكومة تنفق المزيد من المال على الرواتب والسلع والخدمات، هذا يؤدي إلى مزيد من التقدم السريع لمؤشر التنمية البشرية، محذرا إذا كان مستوى التنمية المؤسساتية يتسم بتقدم ضعيف (كما هو الحال في الجزائر)، الاستثمارات المتزايدة ذات رأس مال عام تنتج تقدم أضعف لمؤشر التنمية البشرية على المدى الطويل (تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي حول التنمية البشرية لعام 2010: 62).

وأخيرا، يوضح جوناثان مان (Jonathan Mann)، أستاذ علم الأوبئة والصحة العامة في جامعة هارفارد، أن "الصحة العمومية تتطلب إشراك السكان في معالجة المشاكل التي تهمهم. إمكانية الأفراد المهتمين بنفس المشكل للالتقاء، يتابع الباحث، للحديث والبحث عن حلول فعالة أمر ضروري جدا للصحة العمومية، حيث أينما الحق في تكوين الجمعيات محدود، تعاني من ذلك الصحة العمومية". ويستنتج جوناثان مان أن "انتهاك الحقوق له تأثيرات يمكن قياسها في ميادين

الرفاهية المادية، العقلية والاجتماعية؛ ومع ذلك، فإن هذا التأثير على الصحة لا يزال إلى حد كبير موضوع الاكتشاف والتوثيق "(جوناثان مان، 1998 : 07).

نتائج التحقيق الوطني الأول لسنة (2003) حول الاستجالات الطبية- الجراحية

الاستشارات والإقامة في المستشفى للحالات الاستجالية تمثل جزء هام من القطاع العام. وغالبا المصالح الاستجالية في المستشفيات ذات حمولة زائدة بحالات استجالية ذات خطورة مختلفة، وقد تم تحديد هيكل صحية تعمل خارج المستشفيات على مدار 24 ساعة على 24 موزعة على القطاعات الصحية في جميع أنحاء البلاد نتيجة لإعادة الهيكلة لعام 1997 التي أجريت من طرف وزارة الصحة (التحقيق الوطني للاستجالات الطبية الجراحية، النتائج والتوصيات، 2006: 05).

في ميدان التعريف يمكن القول أن الحالات الاستجالية هي جزء من الاستشارات غير المجدولة وفي معظم الحالات موجهة إلى المستشفى الجامعي أو المستشفى لقطاع الصحي دون تكفل عناية فورية. وهذا يؤدي إلى الاستخدام الفوري لمصالح الاستجالات في المستشفيات. بالإضافة إلى ذلك، الاستشارات التي تقدمها هذه الخدمات الاستشفائية التي لا تشملها الحالات الاستجالية تمثل جزء هام من نشاط هذه المنشآت. كما تم تعريفها في الدراسات الدولية في مجال "الاستجالات" نفهم من مصطلح "الاستعجال" ضرورة التكفل التشخيصي أو العلاجي بسرعة ، و الذي لم يكن مبرمجا، و تقديم الاستشارات في مؤسسة استشفائية أو الإقامة في المستشفى. هذه الحاجة للتكفل الاستجالي المعبر عنها من طرف المريض أو عائلته تبقى مفهوم ذاتي وتقدر على اختلاف الأفراد (وص ام، 2006: 06).

وضعية الاستجالات الطبية- الجراحية تشهد على عطل على عدة مستويات، وخاصة على المستوى التنظيمي. وقد قدمت مقترحات وخطط مرارا وتكرارا، دون اتخاذ إجراءات فعالة على أرض الواقع، مما أدى إلى نقص في دافعية الموظفين الطبيين وشبه الطبي. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي وضع حوافز لتشجيع توظيف الاستجاليين وضمان المشاركة بأطباء استجاليين مؤهلين، من طرف المصالح المعنية لوزارة الصحة.

هذا التحقيق الأخير لوضعية الاستجالات الطبية- الجراحية يثبت الخلل التي سبق وصفه في تقارير سابقة لوزارة الصحة، ويحدد التقرير العناصر التالية (التحقيق الوطني للاستجالات الطبية الجراحية، النتائج والتوصيات، 2006: 49) :

1. التدفق الهائل على هيكل صحية معينة على حساب الآخرين،
2. نسبة كبيرة من حالات الاستجالية ليست من المنطقة،
3. تمثل الحالات الاستجالية الحقيقية أقل من عشر المرضى الذين يفحصون أثناء التناوب،
4. الموظفين ذات دافعية ضعيفة (العلاوات غير كافية ، ظروف العمل سيئة والبيئة صعبة) ،
5. في كثير من الأحيان، تأهيل الاستجاليين محدود.

ومع ذلك، لاحظ واضعو التقرير، أن " أكثر من نصف حالات الاستجالية التي تعالج خلال أسبوع التحقيق لا تعتبر حالات استجالية حقيقية " (التحقيق الوطني للاستجالات الطبية الجراحية، النتائج والتوصيات، 2006: 47). التقرير المقدم إلى وزارة الصحة يشمل ملخص للتوصيات المقترحة. فيقتراح إعادة هيكلة المصالح الاستجالية التي يجب أن تستند إلى خطة عمل مهما كان المستوى و على أساس دفتر الشروط و يجب كذلك أن يكون التقييم دوري، في المرحلة الأولى، وفي فترات قصيرة. ومن المهم أن هذا التقييم يجب أن يكون أولا داخلي، ويشترط كذلك هذا التقرير أن لجنة المتابعة تقوم بإشراك عناصر خارجية.

ويمكن أن تشمل هذه اللجنة ممثل عن مديرية الخدمات الصحية، وممثل عن المعهد الوطني للصحة العامة و خبراء في الاستعجالات (حالات استعجالية للكبار، حالات الاستعجالية للأطفال، أمراض القلب والأوعية الدموية الخ...). المهمة الأولى تتمثل في إنشاء منظمة صحية كما هو موضح أعلاه، مع تحديد دفتر الشروط على مختلف مستويات الهياكل الاستعجالية.

من جهة أخرى، استنتجت الدراسة التي أجراها فريق من خبراء في الأنثروبولوجيا الصحة لجامعة وهران تحت شعار " المهنيين الصحيين في مصالح الاستعجالات لمستشفى وهران"، أن " أكبر مشكلة في هذه المصالح تتمثل في العديد الكبير من عمليات الإجراء من مستشفيات محيطها، بالإضافة إلى صغر حجم مساحة محلاتها و "التعدي" على الوسائل المتاحة للتكفل بحالات وهران " (بوسلامة ن.، 2011 : 06). وجاء كذلك في هذا التقرير البحثي أن " المريض يريد البقاء في المستشفى كما لو كانت له الفرصة أن يذهب إلى مكان فيه الدعم من الجميع. يريد أن تصبح علاقته مألوفة مع الموظفين، و هذه هي حالة النساء التي وصلت بأسماء القابلات للعناية بهم ". (بوسلامة ن.، 2011 : 18) أدى هذا البحث إلى النتائج التالية:

1. يتم تفسير توترات التكفل الصحي لمهنيين الصحة من خلال استحالة تنفيذ المعيار الطبي في جميع أبعاده (النظافة، الغذاء، فضاء الخدمات الصحية، والوسائل التقنية الخ.) في واقع اجتماعي- صحي الذي يقوم بتفكيك كل النموذج المهني الذي كان يحلم به الممارسين الصحيين.

2. يؤكدوا مهنيين الصحة على الغموض التنظيمي الذي يشوه كل النشاط اليومي الذي تم تشخيصه بعناصر المخاطر، العطل و الشكوك.

3. يجب الانطلاق من البعد الاجتماعي- التنظيمي المفروض على جميع الفاعلين في الصحة (المرضى) والمهنيين، لفهم خيبة الأمل (المهنيين في الصحة) المعبر عنها حول سير العمل في مصلحة الاستعجالات (بوسلامة ن، 2011 : 21).

وعلاوة على ذلك، إذا كنا نريد التطرق بشكل صحيح لإشكالية الاستعجالات الاستشفائية، هي تحت شرط مزدوج، أولا بإنشاء نظام تقييمي لأداء الاستعجاليين (كنظام فرعي داخلي للمنظمة الاستعجالية) و بعد ذلك الاحترام، من الناحية العملية ، للتسلسل الهرمي للنظام الصحي، وبالتالي احترام دور المنظمات المتواجدة في الخطوط الأمامية. ونستشهد بالمؤسسات العامة للصحة الجوارية، كنظام فرعي خارجي (للنظام الصحي المحلي) للحالات الاستعجالية والذي يلعب دورا حاسما في مهمة وأهداف المنظمات الاستعجالية، وذلك بهدف انعكاس أو تصحيح اتجاه تدفق المرضى (ممثلة بنسبة 80 ٪ من الاستشارات الغير عاجلة و 20٪ بأمراض عاجلة). وهذا يعني تصور، في الهندسة الجديدة للنظام الصحي، الحاجة إلى التنسيق بين المؤسسات العامة للصحة الجوارية ومصالح الاستعجالات (التنسيق، التقييم، التبادل على الحلول الخ.).

وبالتالي، في تحديد الأولويات البطاقة الصحية الجزائرية، هذا النظام ينص على أن المواطنين مدعوون ليكونوا موجهين نحو الهياكل الصحية التي تشخص في المؤسسات العامة للصحة الجوارية ، و الهياكل المجاورة مثل غرف العلاج في الأحياء والقرى. في نفس المناقشة، وفقا لما تقدم به عبيد عبد القادر (2014)، إطار في وزارة الصحة، "تحديات متعددة من التطورات الديمغرافية والوبائية، والتخطيط الحضري والحوكمة، من بين أمور أخرى، والدعوة لنظام صحي هرمي محدد، مبني على قاعدة الخدمات الصحية الأساسية. تم بناء النظام الصحي الجزائري وفقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن العرض الصحي القريب (الخدمات الصحية الأولية)".

في عملية التكفل يستلزم على الهياكل الطبية أن تخضع لدقتر الشروط الذي يسمح بترشيد الميزانيات وخفضها أو زيادة اعتمادا على النتائج. يجب كذلك على القطاع الخاص أن يخضع لنفس القواعد في تحديد الأولويات، المهام، والمواصفات ضمن إطار متفق عليه مع الحكومة (فاروق أ، 2012).

نؤكد أن مستوى رضا مستخدمي المصالح الاستعجالية مؤشر هام للدولة عند إدراكها الخدمات الصحية العامة. و يتم تقديم الافتراض العام فيما يتعلق بهذه المسألة على النحو التالي : نظام التقييم الحالي ذات طابع إداري، لا يقوم بتقييم نشاط الموارد البشرية و هو غير فعال خاصة إذا قيمناه من زاوية مبدء الإنصاف.

إشكالية وفرضية البحث

عملية التقييم حقا مفيدة إذا كانت هي نقطة انطلاق للتحسين. التقييم الذي لا يؤدي إلى تنفيذ إجراءات تصحيحية أو وقائية لا معنى له، ويكون محبط جدا للمهنيين. وهكذا، تهدف عملية التحسين للحفاظ على نتائج المحصل عليها وتحسين تلك التي هي ناقصة أو غير مقبولة (مونتاغون، 2009: 981).

من زاوية التحليل الاقتصادي استخدام المصالح الاستعجالية في المستشفيات يبين أن "الدور المعترف و المعياري للاستعجالات الاستشفائية في علاج الإصابات الناجمة عن الحوادث أو المشاكل الصحية المرتبطة مع نوبات حادة من الأمراض المزمنة أو مراحل الأمراض الحادة التي تتطلب تدخل طبي عاجل (المجلس المركزي للخدمات الصحية، عام 1962، و تورنس، 1970، ماجنوسون، 1980، هيرلي وآخرون، 1989؛ سيلبي وآخرون، 1996). ولكن، يوضح الباحث، الاستعجالات الاستشفائية تستخدم على نطاق واسع لأي أسباب أخرى " (ليماي أ، 1996: 08).

من جهة أخرى، تم تصميم الهياكل الاستعجالية للتكفل بالأمراض الحادة و في أقرب الآجال، من أجل تحسين التشخيص الحيوي، تنبأ تعقد الحالات الناتجة عن الأمراض والحد من الألم. في حين أنه من الضروري أن يستقبل جميع المرضى في أقرب وقت ممكن لتقييم احتياجات التكفل. الانتظار بين التقييم و التكفل الطبي-العلاجي يعتمد على شدة الحالة الصحية للمريض. ويعكس هذا الانتظار الفرز في هياكل الاستعجالات. للحصول على فتح غرفة استعجالات، يحذر كاتب المقال، يجب أن يكون الحد الأدنى لعدد الموظفين في أي وقت من اليوم، لضمان استقبال المرضى و التكفل بهم (بما في ذلك الدخول إلى المستشفى لمدة قصيرة). عدم وجود مرجعيات (بطاقات مناصب العمل) يولد مجموعة متنوعة من الحالات اعتمادا على الخدمات لمرافق الاستعجالات. بالعكس، إنشاء منصب للاستقبال والتوجه (Poste d'Attente et d'Orientation) للهياكل الاستعجالية التي تستضيف تدفق قوي من المرضى أمر بالغ الأهمية، لأنه يتيح أفضل توجه للمرضى (L. Ricroch و A. Vuagnat، 2005 : 4-1).

ووفقا لتقديرات البنك الدولي، إن التحول الديمغرافي وحده سيزيد الإنفاق على الرعاية الصحية ب60% من حيث القيمة الحقيقية بين فترة 2000 و 2020 (البنك الدولي، 2007). ومن هنا كانت الحاجة ملحة لتقييم أداء نظام الموارد البشرية التي يشارك من خلال ما يبرره من توزيع العلاوات ونظام ترقوي منصف إلى استخدام فعال للنققات والموارد المتاحة للنظام الصحي.

ينطلق الباحثون لمنظمة الصحة العالمية من ملاحظة أن "فجوة كبيرة بين إمكانات النظم الصحية وأدائها الفعلي، والبلدان التي تكسب على ما يبدو نفس الموارد ونفس فرص تحصل على نتائج مختلفة جدا." (م ع ص، 2000 : 04) لماذا يحدث هذا ؟ الباحثون يتسائلون كثيرا عن ما إذا كانت طريقة تنظيم النظام الصحي هي التي تفضل نظام صحي على الآخر، فردت منظمة الصحة العالمية أن ما يهم في الهيكل العام للنظام هو القياس الذي يسهل أداء المهام الأساسية لهذا النظام.

في تحديد موضوع البحث، أخذنا بعين الاعتبار استنتاجات المذكرة للمجستير واحتياجات واقع النظام الاستشفائي وقضايا الصحة العامة ذات الأولوية، و اقترحنا بحث ليس له علاقة مباشرة مع تطوير مرجعية تقييم أداء الموارد البشرية في مصالح الاستعجالات بمستغانم، ولكن بدلا من ذلك تطرقنا "لمرجعية" (من الواقع الملموس) من نظام تقييم أداء الموارد البشرية في الاستعجالات. أي دراسة تفاعل تقييم أداء نظام الموارد البشرية (المتغير المستقل) وتكفل المريض ذات الجودة الغير مقبولة (المتغير التابع).

يجب أن تأخذ هذه المنهجية في الاعتبار مستوى تنظيم الاستعجالات في المستشفى : تنظيم تقييم الأداء، التنسيق مع الدعم الفني والأدوات الإدارية، وجودة نظام المعلومات. وينعكس هذا المستوى من المنظمة في نوعية الرعاية للمرضى من خلال فرق الاستعجالات في المستشفى. سوف تكون الحوسبة (إدخال الحاسوب وآلياته) شرطا مسبقا للحصول على أداء المستشفى، نظرا لعلاقتها المباشرة مع "كفاءة" النظام المعلوماتي. مفهوم الأداء، زيادة على طابعه المتعدد الأبعاد، نسبي. ما هي المعايير والمقاييس التي تأسس هذا المفهوم الجوهرية؟ كيف يتم إدراكه من قبل فئات مختلفة من العاملين في مجال الصحة ؟ ما هي مرتبة المساواة و الإنصاف في الأبعاد الثقافية (روح العدالة والمساواة متجذرة في ثقافة المجتمع الجزائري) والاقتصادية في دوائر العمال، ولا سيما في صفوف الشبه الطبي، انطلاقا من دورهم الخاص في المستشفى؟ أهمية هذا البحث تنسجم مع سياق إصلاح النظام الصحي واندماجه في ما يسمى باقتصاد السوق (مع الحاجة لإدخال نظام القياس) والبحث على نموذج نظام صحي استعجالي بديل للنظام الحالي.

أننا نركز بحثنا على تقييم أداء نظام الموارد البشرية، بعد ملاحظات (مثبتة في مرحلة ما قبل التحقيق) متعلقة باختلالات في مصلحة الاستعجالات في تكفل المريض. إشكالية تقييم أداء الموارد البشرية تقع لا محالة في أفق تغير المنظمة الاستعجالية، وذلك بهدف التحقق من صحة مصداقية قطاع الصحة العام ودوره في ديناميات اقتصاد السوق مع متطلباته و متطلبات استقطابه، خاصة فيما يتعلق بالمقارنة بالدور الذي يقوم به القطاع الخاص الآن.

ضعف الجودة في التكفل بالمرضى تفسره الشكاوى وعدم رضا المرضى، أسرهم و في بعض الحالات الاستعجاليين أنفسهم. كما تنشره تقارير الصحف المكتوبة، بانتظام، على إقامة المرضى في المرافق الصحية والاستعجالات في المستشفى (الصحافة المكتوبة واستنتاجات تقرير 2007 للبنك الدولي تؤكد هذه الاتجاهات لعدم الرضا المرضى).

على مستوى المستشفى، يتشخص تقييم الأداء ماديا في توزيع المكافآت للموظفين، الأطباء، الشبه الطبي والإداريين. وتستند إجراءات التقييم إلى نصوص و معايير عامة. تطبق هذه النصوص في كثير من الأحيان بطريقة إدارية أو بيروقراطية وتتجاهل الجهود الحقيقية لكل عامل، مسعف أو طبيب والفروق في الأداء بين مختلف المجموعات بالمستشفى (مصلحة، وحدة، الخ.). بالفعل هناك صعوبة كبيرة : الأهداف العامة المحددة في المصالح للانجاز، في المراكز أو الوحدات لا تطرح كأساس للأداء أو لمعايير التقييم.

من خلال الدراسة الاستطلاعية لهذا الموضوع، فإننا ندرك أهمية نظام الحوافز في تحسين إنتاج الخدمات الصحية. سنقوم بإبراز أهمية الإنصاف وتصوره من قبل العاملين (نظرية أدمس). و ندرس سلوك الاستعجاليين كرد فعل لتصورهم للمكانة أو المرتبة التي يستحقونها في المنظمة الصحية.

في هذا البحث، نحن مهتمون كذاك بفهم لماذا الزيادات في الأجور لعام 2008، بما يتفق فيه الكفاية، لم تسفر لها تأثير نوعي على تحسين أداء المنظمات الاستشفائية والاستعجالية والتكفل بالمريض. الملاحظ أن هذا التنظيم هو الذي سيقترح عليه مشروع قانون الصحة و نظام تشريعي (نفذوا بالفعل في البلدان الرأسمالية المتقدمة) ويهدف إلى التقييم، لمشروع المؤسسة، لمنهجية الجودة و عملية الاعتماد، وفقا للإجراءات المحددة في القانون الجديد للصحة لسنة 2018.

في هذا السياق، نحن ننطلق من المسلمة الأساسية، الوضع الذي ثبته جميع البيانات (التحقيق الاستكشافي وأدبيات المنظمة العالمية للصحة)، أن هناك فرقا واضحا (وسياق تنظيمي آخر) بين المرافق الصحية الجزائرية والفرنسية أو الأوروبية، وليس هناك حاجة لنقل لا نمط منظمة، أو مقارنة المسيرين أو تشريعات العمل (ومع ذلك يمكن أن نستوحي من هذه التجارب).

تعتبر الموارد البشرية ذات أهمية بالغة بسبب استخدامها بقوة في المنظمة الاستيعابية و كذلك بسبب النفقات العالية المتكررة. والسؤال المطروح هو ليس فقط كيف هي العديد من الموارد متوفرة، ولكن ضمان المزيج المناسب واستخدام الموارد بكفاءة (OMS, 2000).

في هذا النهج، من زاوية علم النفس التنظيمي، الموارد البشرية تلعب دورا مركزيا في الاستقبال، مرافقة المرضى وإنتاج الخدمات الصحية بنوعية، وبالتالي في أداء المنظمة الاستشفائية. هذه المقاربة تركز على ضرورة مساهمة علم النفس العمل والمنظمات والموارد البشرية، في تحليل تغييرات المنظمات الصحية. بالإضافة إلى أهمية المقاربة ذات تعدد التخصصات، هذا التخصص يمكننا من الإجابة في مجال البحوث والتطبيقات، لاحتياجات متعددة من خدمات المنظمة الصحية : تحليل الموارد البشرية بشكل عام، الأداء، الدافعية، نظام التقييم، عمل الفرقة، ديناميات الجماعة، دور القيادة، نزاعات العمل وتحليل علاقات العمل. علم النفس العمل يهتم أيضا في تحليل نظام الحوافز والتشجيع العاملين في المجال الصحي ونظام اتخاذ القرار.

وسيتم إعطاء اهتمام خاص لنظام التسيير المستخدم في إدارة المستشفى وفي المصالح الصحية. وتجدر الإشارة، كقاعدة عامة، سواء كان الطاقم طبي أو شبه-طبي (الذين يسيرون المصالح الصحية)، أن تكوينهم يستند أساسا على التقني والطبي. و بالتالي نظم التسيير و ممارسات المناجمنت أهملت إلى حد كبير في مراحل تكوين الاستيعابيين.

في المناقشة حول إدارة المنظمات والعوامل المتعلقة بالأداء والإنتاجية، تساءل يطرح في المجتمع الجزائري : هل المجتمع يعاني من "مشكلة الرجال الأكفاء" ؟ هذه المشكلة المتكررة تطرح في جدول أعمال كل المراحل الحرجة (التي تمر بها البلاد) على الحاجة إلى مسيرين أكفاء في المؤسسات أو المنظمات الإنتاجية (أو الخدماتية).

هناك أكثر من قرن و مؤسس الإدارة العلمية (مهما كان رأي الباحثين على نهجه في تنظيم العمل)، حكم و بت في هذه المسألة الجوهريّة. وهكذا في مقدمة كتابه "شركات إدارة العلمية" ف. و. تايلور (1912) الذي قدم فعالية النظام الجديد للقيادة والإدارة (المنظمة العلمية للعمل) أوضح المبدأ العام أنه " في الماضي، كان الرجل السيد الراجح، في المستقبل، سوف يكون النظام هذه الراجح "وأن الكتاب كتب خصيصا بهدف" في محاولة لإقناع القارئ بأن العلاج لعدم الفعالية يتمثل في القيادة العلمية وليس بحثا عن رجال استثنائيين أو عابرة " (ف.و. تايلور، 1912). وبالتالي هذا الطرح يدعو للحاجة إلى قطيعة مع النظام التسييري القديم والتحول نحو منظمة مبنية على الأداء و التسيير العصري.

على ضوء هذه التساؤلات المقترحة ونتائج المقابلات الاستطلاعية ودراسة الأدبيات ذات الصلة ببحثنا، قمنا بصياغة إشكالية عامة لهدف تحليل أداء نظام تقييم الموارد البشرية في الإشكالية التالية : هل يوجد تأثير هام لنظام تقييم أداء الموارد البشرية في الاستجالات الطبية-الجراحية على التكفل بالمرضى ؟

نؤكد أن رضا مستخدمي مصالح الاستجالات مؤشر هام لخدمات الصحة العمومية و لمصادقية مؤسسات الدولة. و نقدم الفرضية العامة على النحو التالي: نعم يوجد تأثير قوي للنظام التقييمي لأداء الموارد البشرية في الاستجالات الطبية-الجراحية على التكفل بالمرضى.

وعلاوة على ذلك، فإننا نقدم التساؤل الثاني: في تحليل ديناميكية الفئات المهنية لمجموعة الاستعدادات (الطبيب، الشبه الطبي و الإداري) نتساءل هل يوجد فرق في التأثير بين هذه الفئات المهنية المختلفة على التكفل بالمرضى ؟ لذلك فإن الفرضية الثانية تقدمها في الصياغة التالية : هناك فرق بين المجموعات المهنية الثلاث في التأثير على التكفل بالمرضى لصالح الأطباء و الشبه الطبي.

في صياغة المشكلة هذه الطريقة تقودنا إلى تحديد، مسبقاً، نوع طبيعة التسيير الحالي في مصالح الاستعدادات الاستشفائية. في تحليل مسألة الموارد البشرية الصحية، يلاحظ المكتب الإقليمي لأفريقيا لمنظمة الصحة العالمية أن "نظم المعلوماتية والإدارية محدودة ولا توفر القياس الحقيقي لإنتاجية المستخدمين"، مشيراً على عدم وجود نظام التقييم مبيناً الخصائص التالية للنظم الصحية الأفريقية (م.ع.ص ، 2007 : 16) :

1. إشكالية مصداقية المعطيات،
2. ضعف النظم المعلوماتية الصحية،
3. موارد تقنية محدودة للتحكم في النظم المعلوماتية،
4. سوء نوعية المعطيات التي تم جمعها (ضعف تعريفهم)،
5. ضعف ومحدودية منهجية جمع المعطيات،
6. مقارنة ضعيفة بين البلدان،
7. ويستنتج تقرير الندوة الضرورة للانتقال من إدارة شؤون الموظفين إلى الإدارة الإستراتيجية للموارد البشرية.

منهجية البحث : البحث النشط

منهجيتنا متشعبة بمبادئ البحث النشط، ووفقاً لتعريف فريدريك واشو (1996 : 118-119)، هذه المنهجية مبنية على أساس ثلاث مسلمات :

- لمعرفة الحقيقة، يجب علينا تغييرها،
- التغيير يكشف عن التسيير الفعلي،
- مشاركة الباحث في الحركة تسهل تشكيل موضوع البحث، والتزامن بين البحث والعمل الميداني.

يعرف البحث النشط كوسيلة لتنظيم علاقة منفعية متبادلة بين الممارسين في المؤسسة وباحث في علم التسيير. وتنظم مشاورات نشطة ومنهجية في المنظمة لإنتاج المعرفة في عملية التغيير. وفي هذا السياق، الباحث لديه هدف تعاقدي مع المنظمة، ويجب أن ينتج، في نهاية المطاف، مقترحا و وضع اللمسات الأخيرة، واستعراض مشروع التعجيل للجهات الفاعلة مع قبوله. البحث النشط يتسق مع سلوك خبير في بحثه عن المعرفة حول الأداء وتقييم المؤسسة. وهكذا فإن الباحث يزيد من إنتاجه في تحقيق الإشكالية ، حين أن المسير يوافق للتدخل في الأسباب الحقيقية للأعطال.

في معالجتها لمشروع التغيير المقترح والمتطلبات العلمية، طريقة البحث النشط تهدف وفقاً لمقاربة فريدريك واشو إلى أربعة مسلمات محتملة هي (F. Wacheux ، 1996 : 121) :

- إن حل المشكلة يكون حسب المنهج والتنفيذ،
- معرفة مثبتة بالتجربة في سياق البحث النشط،
- تشكيل مجتمع متعلم مع مهارات فردية وجماعية،
- الأسئلة الجديدة تدرج في البحوث المستقبلية.

مفهوم البحث النشط، الذي استخدمه كارل ليوين (K. Lewin)، كان في الواقع بسيط جدا. وهو يتطلب وجود ثلاث خصائص :

- ينبغي إجراء البحوث بالتعاون مع الأفراد؛
- ينبغي عدم إجراء البحوث في المخبر، ولكن في بيئة "طبيعية"؛
- قبل وبعد كل مرحلة تدخل، كان يتعين قياس اتجاهات الناس وسلوكياتهم.

هذه الخصائص الثلاث تسمح لنا لتخيل بسهولة النموذجين المثاليين الذي وضعهما ليوين لتحديد مفهومه للبحث النشط، وهذا يعنى، نموذج البحوث التجريبية في المخبر من جهة، والعلاج الطبي، أو حتى العلاج النفسي، على الجانب الآخر. من هذا المنطلق، يجب فهم أهم ثلاثة سمات لمفهوم ليوين فيما يتعلق بالمناقشات الحالية حول البحث النشط (Van Trier ، W. E ، 1980 : 181).

أسباب اختيار موضوع البحث

يرتكز اهتمام هذا البحث حول موضوع تقييم أداء الموارد البشرية في الحالات الاستعجالية، استنادا إلى الأسباب الرئيسية التالية :

1. انشغالنا في هذا البحث يتعلق تحديدا بموضوع خاص : الأداء الاستعجالي. وظيفة تعديليه وإستراتيجية للموارد البشرية، وبالتالي فإن النظام الصحي في علاقة ديناميكية مع اقتصاد السوق و في أفق إصلاح أولوي للنظام الصحي.
2. هذا البحث يفيدنا عن طريقة توظيف المعطيات على الوضع الحقيقي للمنظمة الاستعجالية ، بما في ذلك المؤشرات الصحية والمهنيين في القطاع الصحي أين عبا العمل موجود بنسبة عالية.
3. تحديد مرتبة خاصة للخدمات الاستعجالية في سياق الإصلاح الاستشفائي. مع وجود مخاطر صحية عالية في حياة الاستعجالين الجماعية و عبا عملهم هو أكثر أهمية بالمقارنة بالمصالح الاستشفائية الأخرى. إحصائيا، أكثر من 24.5٪ من المرضى تتوجه يوميا إلى الاستعجالات في المستشفى (وزارة الصحة، الإحصاءات الوطنية، 2009 : 436).
4. هذا المجال هو للدراسة المتعددة التخصصات بالامتياز (علم النفس العمل، علم الاجتماع والصحة، أنثروبولوجيا الصحة واقتصاد الصحة الخ...) التي تتطلب الكثير من البحوث و الاقتراحات و الحلول في إطار إجراء إصلاح جذري للنظام الصحي.
5. النصوص التي تنظم جميع أنشطة الاستعجالات ترجع إلى سنة 1988 و بالتالي لم تعد تلبى متطلبات واهتمامات الاستعجالات الاستشفائية التي تهم تسيير و متابعة هذه المصلحة أو متابعة المسار المهني للاستعجالين.
6. مصلحة الاستعجالات الاستشفائية تمثل، في تصور المواطنين، مكانة هامة بالنسبة لمصداقية الخدمة العمومية ومؤسسات الدولة.

أهداف البحث :

كيف نترجم المبادئ الأساسية لمنظمة الصحة العالمية والأدب العالمي في إشكالية الأداء الاستعجالي و عملية تقييم أداء الموارد البشرية في المصالح الاستعجالات أي النظام الصحي الجزائري؟ ما هي أهداف البحث بالتحديد ؟

أداء الموارد البشرية هو موضوع ساخن. ما كتب حول هذا الموضوع وفيرا (على المؤسسات الصحية الأوروبية، والدول الرأسمالية المتقدمة). ما هي حقيقة النظام الصحي الإستعجالي الجزائري وأدائه ؟ علما ان هذا البحث سيوفر إجابات دقيقة لهذه الأسئلة.

بشكل ملموس، يترجم هذا إلى تحقيق الأهداف التالية :

1. توضيح معنى مفهوم الأداء الاستشفائي. خارج نطاق مفهومه النظري. وهذا ماذا يعني، وكيف يدركه الاستشفائيين، خاصة الاستعجاليين في مصلحة الاستعجاليات (بعلاقة مع الإنصاف) وبأخذ هذا التعريف معنى خاص عندما نريد أن نتطرق إلى عملية قياس الأداء وتقييمه.
2. الهدف الرئيسي لهذا البحث يرتكز على دراسة نظام تقييم الأداء في الاستعجاليات. هذا البحث يهدف أن يساهم في تحليل الأفكار والمواقف لمختلف فئات الموارد البشرية (الأطباء، الشبه الطبي والإداريين) وردود فعلهم في التوجهات، الحلول والفرص الممكنة لتحسين حالة الاستعجاليات.
3. تسليط الضوء والتأكيد على كيفية التعامل مع نظام تقييم الأداء، الرسمي وغير الرسمي. يوجد قواعد للنظام التقييمي المحددة في النصوص، الإجراءات والممارسات و نسلط الضوء كذلك على الخطوط العريضة لتقييم الأداء في حالات الاستعجاليات، وحدودها ونقاط الضعف أو الايجابية.
4. وكجزء من هذا البحث، تقييم دور نظام الحوافز وخاصة علاقتها مع معيار الانصاف. دراسة مساهمته والقيود في تحسين أداء الاستعجاليات.
5. تسليط الضوء على المؤشرات الصحية الرئيسية في الحالات الاستعجالية.
6. الاستفادة من الخبرة الأجنبية، خاصة من أدبيات و تجربة المنظمة العالمية للصحة.
7. الوصول إلى وضع دليل بيبليوغرافي والذي يكون بمثابة أداة لدراسة موضوع تقييم الأداء في مصالح الاستعجاليات وعموما في المنظمة الاستشفائية.
8. مع الأخذ بعين الاعتبار السياق الاجتماعي والسياسي الذي يقوم فيه بحثنا والمناقشات حول القضايا الصحية ومشروع قانون الصحة وتحديدًا حول المحتوى الذي يلزم تقديمه، (و استراتيجيات التي يمكن عرضها) في سياق إصلاح النظام الاستشفائي والقضايا الاقتصادية المتعلقة به. و نعتبر كذلك هذا البحث، مع نتائج التحقيق وتوصياتها كمساهمة ملموسة في هذا النقاش و الأفاق التي يمكن فتحها.

بعد تقديم أهداف البحث، نمر إلى مرحلة تقديم المفاهيم الاجرائية :

التعريف الإجرائي للمفاهيم :

نقدم التعاريف التالية للمصطلحات الإجرائية :

1. **مصلحة الاستعجاليات الطبية-الجراحية** : منظمة صحية تعمل بدون انقطاع ، مهمتها تتمثل في التكفل بالمريض في الحالات الاستعجالية. التنظيم ، الكفاءات، الإجراءات الإدارية و حتى العلاقات تساهم و تندمج في هذه الوظيفة الأساسية. الواقع يتسم بنقص في الاستقبال، الحالات الاستعجالية تمثل 20 % من المرضى الذين يتوجهوا إلى المصالح الاستشفائية.
2. **الإستعجالي** : عامل في المصلحة الإستعجالية، كطبيب، شبه طبي أو إداري. لديهم كفاءات تتفق نسبياً مع طبيعة المصلحة و يعملون في ظروف صعبة تتسم خاصة بتدفق كبير من المرضى الذين يتميزون في 80% بالحالة الغير استعجالية.

3. **التكفل بالمريض** : هو العمل اليومي الذي يقوم به الاستعجالي في استقبال للمريض، التوجيه، المقابلة الطبية وكل الإجراءات التي تقوم بها فرقة الاستعجال في التكفل بالمريض، حتى الخروج من المصلحة (الشفاء، التوجيه إلى مصلحة أخرى أو الوفاة).
4. **الإنصاف** : سلوك أو اتجاه النظام الإداري الذي يتسم بالمساواة بين أعضاء المنظمة في مختلف مجالات الحياة المنظمة، لا سيما في مجال الراتب، المكافآت، الترقية وتقييم الأداء.
5. **نظام التقييم** : هي مجموعة من الإجراءات والقواعد والمعايير، الرسمية وغير الرسمية، محددة مسبقا، تهدف لقياس وتقييم العمل المقدم من طرف الفرقة الاستعجالية و نسبة الأداء، فردا أو جماعة، باستخدام أدوات موظفة لهذا الغرض. عمليا هذه الإجراءات غير منفذة في الواقع. النظام التقييمي ذات طابع ادارى لا يأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية و الجماعية و بين المصالح الاستعجالية و المصالح الاستشفائية الاخرى.
6. **الأداء** : هو نسبة انجاز الأهداف المحددة مسبقا، وفقا لسلم تقييم متفق عليه. وهذا يعني، نتيجة نسبية، عن طريق قياس النتائج الفعلية أو النشاط لموظفي المصلحة الاستعجالية.

الدراسة الاستكشافية

أجريت الدراسة الاستكشافية في المصالح التالية :

- المصالح الاستعجالية الطبية- الجراحية لثلاث مؤسسات استشفائية بمستغانم، عين تدلس وسيدي علي،
- المستشفى الطبي- النفسي المتخصص في مستغانم،
- مجمع المستشفى المتخصص ، مجمع الأمهات والأطفال، مستغانم.

ويستند اختيار هذه المنظمات الصحية الثلاث إلى سمة مشتركة، وهي الطابع الملح للنشاط الاستعجالي. وفي إطار بحثنا في الماچيستتر(عبريني م. ، 2007 : 142) ، استنتجنا ضرورة التنسيق بين هذه المنظمات الصحية الثلاث، المصالح الاستعجالية والأمومة والطب النفسي (كشرط أساسيا، من أجل أداء أفضل لنشاط الاستعجال).

وقد أجريت الدراسة الاستكشافية في الفترة من 20 ديسمبر 2014 إلى 15 فبراير 2015.

عينة ما قبل التحقيق

تم اختيار العينة عشوائيا. وتكونت عينة ما قبل التحقيق من ستين (60) طبيبا، الشبه الطبي وإداريين (من أصل مجموع 527 عضوا) أي بنسبة 11.38٪، موزعين على النحو المبين في الجدول التالي :

جدول رقم 08 يمثل خصائص عينة ما قبل التحقيق

الإفراد	الأطباء		الشبه الطبي		الإداريين		المجموع		
	التعداد	%	التعداد	%	التعداد	%	التعداد	%	
الجنس	الرجال	8	13.33%	21	35%	4	6.66%	33	55%
	النساء	8	13.33%	19	31.66%			27	45%
الاقدمية	سنة 0 – 5	7	11.66%	10	16.66%	2	3.33%	19	31.66%
	سنة 5 – 10	6	10%	08	30%			14	23.33%
	10 و أكثر	3	5%	22	36.66%	2	3.33%	27	45%
منصب العمل		16	26.66%	40	66.66%	4	6.66%	60	100%

جدول رقم 09 يمثل تعداد عينة ما قبل التحقيق

الإفراد/المصلحة	الأطباء	الشبه الطبي	الإداريين	المجموع	
استعجالات مستغانم	الرجال	1	8	2	11
	النساء	3	1	0	4
	المجموع	4	9	2	15
استعجالات عين تادلس	الرجال	2	3		5
	النساء	1	1		2
	المجموع	3	4		7
استعجالات سيدي علي	الرجال		3		3
	النساء	2	2		4
	المجموع	2	5		7
الامومة	الرجال	1	4		5
	النساء	2	9		11
	المجموع	3	13		16
الامراض العقلية	الرجال	4	3	2	9
	النساء		6		6
	المجموع	4	9	2	15
المجموع	16	40	4	60	

معايير الإدماج

يتم إدماج فقط الاستعجاليين الدائمين (الأطباء، الشبه الطبي والإداريين) في قائمة العينة. وأنهم عملوا أيضا، على الأقل، سنة واحدة، لكي يشعروا بحقائق تنظيم الاستعجالات. ويستثنى من الإدماج العاملون بعقود ما قبل التشغيل، العاملون المتعاقدون (طلاب الجامعات، المدرسة الشبه- الطبي، مركز التدريب المهني، أو العاملين التابعين لمديرية العمل الاجتماعي).

معايير الاستبعاد

استنادا إلى معطيات الدراسة الاستطلاعية، لم تعتبر المؤسسات العمومية الصحية و الجوارية وهي الهياكل الصحية في خط المواجهة (العيادات الطبية سابقا) كمنظمة استعجالية، لأنها لا توفر على وسائل الخدمات الاستعجالية، رغم أنها تساهم في الحد من الحالات الغير الاستعجالية. وهذا ما يفسر عدم دمج هذه الهياكل الصحية في مجال التحقيق.

بناء مشروع الاستبيان

السلم المعمول به في هذا البحث يعرف باسم العالم النفساني الأمريكي رينزيس ليكرت (Rensis Likert) (1903-1981). وضع في الثلاثينات و هو مقياس ترتيبي. تهدف أسئلة مقياس ليكرت إلى تقييم الاتجاهات و مواقف عناصر العينة. وتوزع مجموعة الردود على امتداد أربعة (04) مستويات. وقد تم إلغاء الاستجابة التي تسمى بالاستجابة المركزية أو المحايدة لأن توظيفها يتمثل في استقبال كل الأسئلة، أي أن المسألة، في رأينا، تتجنب التأكيد والتعبير عن الاستجابة، و يتحرك عنصر العينة نحو استجابة محايدة. في حالة استبيان من أربعة اختيارات، الذي صممه الطالب الباحث، يمكن اعتباره استبانة "اختيار مجبور".

استنادا إلى المتغيرين المحددين في الإشكالية (تقييم أداء الموارد البشرية في المصالح الاستعجالية والتكفل بالمرضى) وعلى ضوء نتائج 40 مقابلة شبه موجهة مع الاستعجاليين، و دراسة أدبيات المنظمة الصحية الجزائرية و تجارب بعض البلدان، تمت صياغة مشروع الاستبيانين، كل مع ثلاثة محاور في صياغتها الأولى و الأول مع متغير "التكفل بالمرضى"، وفقا للمحاور التالية :

جدول رقم 13 يحدد أبعاد وأهداف استبيان رقم 01

الأهداف	البنود	الإبعاد
قياس موقف الاستعجاليين فيما يتعلق بالإدارة القائمة على المشاركة والتزامهم بأهداف التغييرات في التنظيم الصحي والعلاقة بين التنظيم والفعالية	01-18	حقائق النظام الصحي
قياس موقف الاستعجاليين تجاه الاستقبال والتكفل بالمرضى في الاستعجال (مقبول أم لا) من قبل فريق الاستعجاليين	19-25	المرضى والمرافقين والزوار

ظروف العمل	26-32	يقيس موقف الاستعجاليين من خبراتهم المهنية فيما يتعلق بظروف عملهم.
------------	-------	---

و الثاني مع متغير " تقييم أداء الموارد البشرية في المصالح الاستعجالية "، وفقا للمحاور التالية :

جدول رقم 14 يحدد أبعاد وأهداف استبيان رقم 02

الأبعاد	البنود	الأهداف
دور الموارد البشرية في المنظمة الاستعجالية	01- 16	يقيس موقف الاستعجاليين تجاه دور فريقهم فيما يتعلق بمعايير الأداء
الإنصاف	17-21	يقيس موقف الاستعجاليين من الإنصاف والاعتراف بالالتزام المهني وعلاوة الأداء.
نظام تقييم الأداء	22-30	يقيس موقف الاستعجاليين من واقع نظام تقييم فريقهم الاستعجالي

وأسفر تقديم مشروع الاستبيان إلى الخبراء عن حذف ستة عشر (16) مادة بما في ذلك سبع (7) بنود من الاستبيان الأول و تسع (09) بنود من الاستبيان الثاني. فضلا عن إدخال تعديلات في الصياغة على عدة بنود من الاستبيان. النتيجة نقدمها في هذين الجدولين :

جدول رقم 17 خاص بميادين و أهداف الاستبيان رقم 01 ، بعد التصحيح

الأبعاد	البنود	الأهداف
دور الموارد البشرية في المنظمة الاستعجالية	01-10	قياس اتجاهات الاستعجاليين تجاه دور فريقهم الاستعجال فيما يتعلق بمعايير الأداء،
تنظيم الاستعجالات و التغيير	11-20	قياس اتجاهات الاستعجاليين فيما يتعلق بانضمام الاستعجاليين إلى أهداف التغييرات في المنظمة الصحية

جدول رقم 18 خاص بميادين و أهداف الاستبيان رقم 02 ، بعد التصحيح

الأبعاد	البنود	الأهداف
تقييم أداء الموظفين و الإنصاف	01-14	قياس اتجاهات الاستعجاليين نحو واقع النظام التقييمي و الإنصاف لفرقة الاستعجالات

ظروف التكفل بالمريض	15-27	قياس اتجاهات الاستجاليين نحو معاشهم المهني بالنسبة لظروف العمل
---------------------	-------	--

بعد إخضاع الاستبيانين لإجراءات المنهجية الضرورية و بالتحديد التصحيحات، نعتبرهم جاهزين لأجراء الدراسة الاستطلاعية و التي عينتها حددت ب60 استجالي على أساس مجموعة كلية تعد ب 527 استشفاني. بعد الخطوة الأولية لتقديم مشروع الاستبيانين رقم 01 و 02 N ° على أساس حكم مجموعة الخبراء، تم تصحيحهما وبالتالي صلاحيتهما ثبتت من قبل مجموعة الخبراء وتوزيع العينة المكونة من 60 استجالي. لقياس موثوقية الاستبيان ، تم حساب الصدق و الثبات لكل استبيان.

الصدق : من أجل التحقق من صدق الاستبيانين، لجئنا إلى :

- حكم الخبراء، كما ذكر أعلاه،
- صدق الاتساق الداخلي للبيود، عن طريق حساب الارتباطات الداخلية للبيود الموجودة في الاستبيان.

الثبات : من أجل التحقق من ثبات الاستبيانين ، لجأنا إلى :

- موثوقية مجزأة
- معامل ألفا كرونباخ كما توضحه الجداول رقم 20 و 22

جدول رقم 20 : معاملات ثبات الاستبيان رقم 01

نوع معامل الثبات	حجم العينة	معامل الثبات
Fiabilité fractionnée موثوقية مجزأة	60	0.554
معامل ألفا كرونباخ	60	0.698

جدول رقم 22 : معاملات ثبات الاستبيان رقم 02

نوع معامل الثبات	حجم العينة	معامل الثبات
Fiabilité fractionnée موثوقية مجزأة	60	0.556
معامل ألفا كرونباخ	60	0.749

الاستبيانين لهما خصائص سيكومترية عالية و يمكننا تنفيذها بثقة في الدراسة الأساسية.

بعد الدراسة الاستكشافية و للتحقق من الفرضيات المطروحة وجاهزية الاستمارتين، طبقت هذه الأداة على عينة كلية قصديه قوامها ب527 فرد في المصالح الاستعمالية بولاية مستغانم من الأطباء و شبه الطبيين و الإداريين و كانت الاستجابة بنسبة 64.13%.

جدول رقم 23 يحدد المصالح الاستعمالية لولاية مستغانم

الأفراد/المصلحة		الأطباء	الشبه الطبي	الإداريين	المجموع
استعمالات مستغانم	الرجال	20	81	11	112
	النساء	19	24	3	46
	المجموع	39	105	14	158
استعمالات عين تادلس	الرجال	8	16		24
	النساء	4	5		9
	المجموع	12	21		33
استعمالات سيدي علي	الرجال	5	22		27
	النساء	2	2		4
	المجموع	7	24		31
الامومة	الرجال	11	22	9	42
	النساء	22	112	16	150
	المجموع	33	134	25	192
الأمراض العقلية	الرجال	8	32	15	55
	النساء	11	38	9	58
	المجموع	19	70	24	113
المجموع		110	354	63	527

جدول رقم 24 يحدد خصائص عينة البحث الأساسي

الأفراد		التعداد	النسبة المئوية
الجنس	الرجال	160	47.90%
	النساء	174	52.10%
الاقدمية	سنة 0 – 5	126	37.70%
	سنة 5 – 10	97	29%
	سنة 11 - 15	30	09%
	و أكثر سنة 16	81	24.30%

منصب العمل	الأطباء	85	25.4%
	الشبه الطبي	199	59.60%
	الإداريين	50	15%
المجموع		334	100%

جدول رقم 28 توزيع الأفراد حسب قطاع النشاط

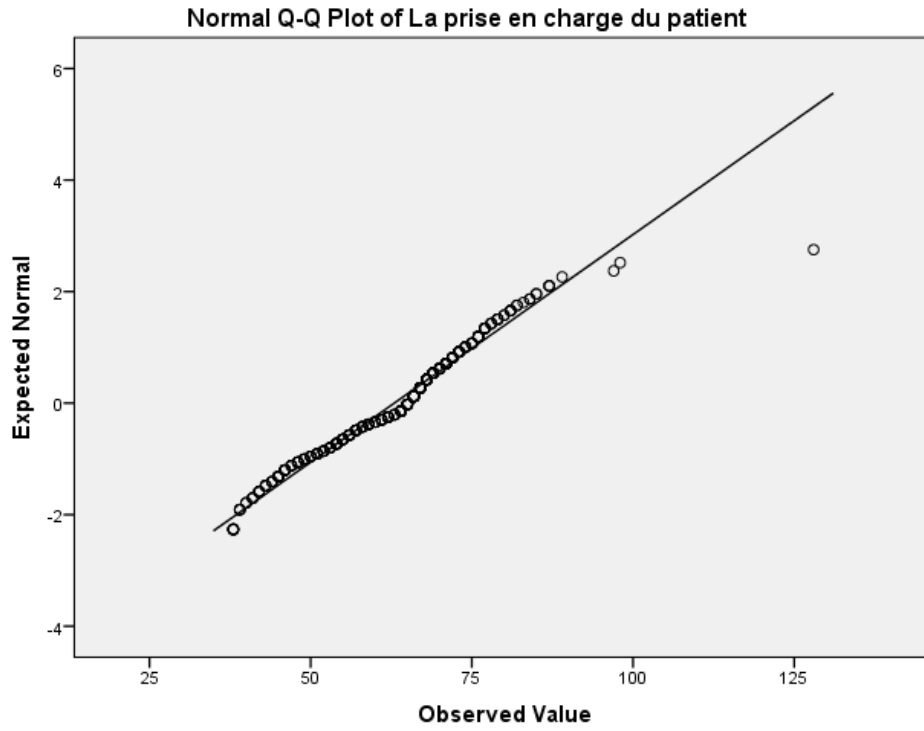
النسبة	الأفراد	القطاعات
28,14	94	مصلحة إستعجالات الطبية الجراحية مستغانم
7,19	24	مصلحة إستعجالات الطبية الجراحية عين تادس
5,69	19	مصلحة إستعجالات الطبية الجراحية سيدي علي
20,06	67	المستشفى الطبي- النفسي المتخصص في مستغانم
38,92	130	مجمع المستشفى المتخصص ، مجمع الأمهات والأطفال، مستغانم
100,0	334	المجموع

وللمعالجة الاحصائية و ضفنا طريقة الانحدار المتعدد لأهميتها في خلق عينة متجانسة و توضيح طبيعة العلاقة الارتباطية.

كما توضحه الجداول التالية.

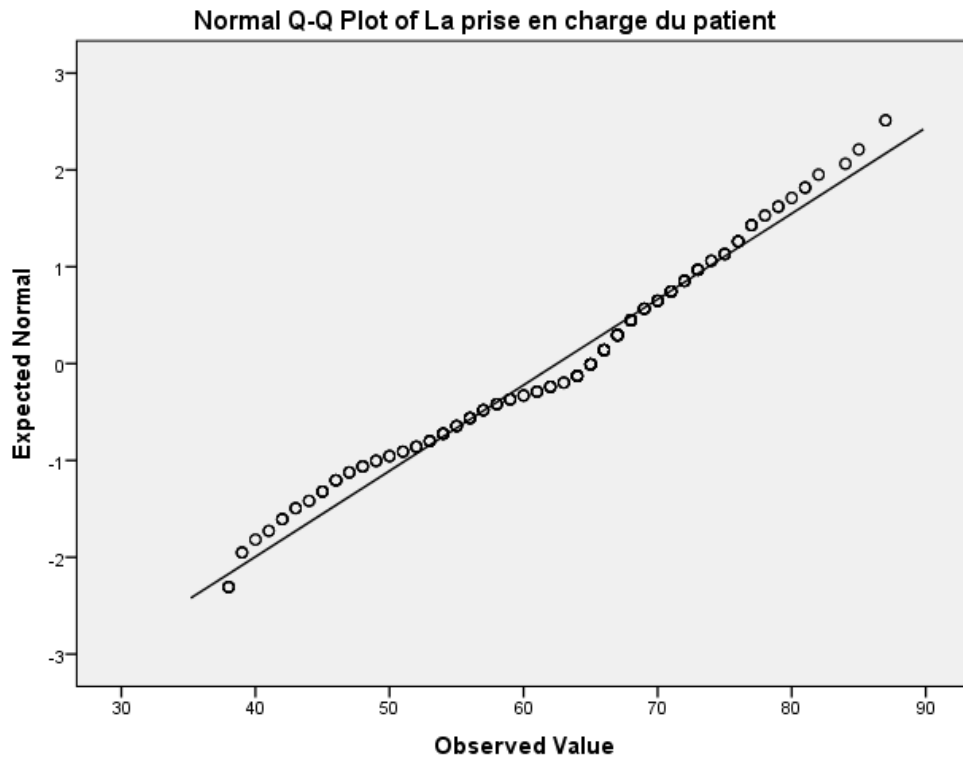
جول رقم 30 القيم المتطرفة للتكفل بالمريض

		عدد الحالات	القيمة	
التكفل بالمريض	أعلى	1	312	128,00
		2	258	98,00
		3	257	97,00
		4	303	89,00
		5	52	87,00
	أسفل	1	133	38,00
		2	131	38,00
		3	129	38,00
		4	128	38,00
		5	127	38,00



شكل رقم 13 مخطط التوزيع (قبل التعديلات)

التعديلات التي تم إجراؤها : بعد إزالة القيم المتطرفة (حالة الرتبة 312 ، 258 ، 257 و 127) ، نصل إلى توزيع إحصائي متماسك حيث تتم محاذاة غالبية الوحدات البنائية. يمكننا بالتالي تحليل النتائج. كما يوضحه الشكل التالي.



شكل رقم 14 مخطط التوزيع (بعد التعديلات)

الجدول رقم 37 يعرض نتائج الارتباطات بين متغيرات البحث والمتغير التابع

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	29,983	3,984		7,527	,000
	rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences	,315	,162	,101	1,951	,052
	Organisation des urgences et changement	1,124	,146	,397	7,699	,000

a. Variable dépendante : La prise en charge du patient

الفرضية رقم 01 : نعم يوجد تأثير قوي للنظام التقييمي لأداء الموارد البشرية في الاستجابات الطبية-الجراحية على التكفل بالمرضى

النتيجة الأولى هي أن النموذج دال. ولذلك نستنتج انه يوجد علاقة تأثير بين نظام تقييم أداء الموارد البشرية والتكفل بالمرضى في المصالح الاستعجالية. اختبار t من الانحدار " لتنظيم الاستجابات و التغيير " هو أكبر من 2. وبالتالي يمكننا أن نستنتج أن "تنظيم الاستجابات والتغيير " له تأثير دال وإيجابي على " التكفل بالمرضى " ($t = p < 0,05$) (7.699). اختبار t الانحدار "دور الموارد البشرية في تنظيم الاستجابات" أقل من 2 ($t = 1,951; sig = 0.52$). ومن ثم يمكننا القول بأن دور الموارد البشرية في تنظيم الحالات الاستعجالية له آثار محدودة على "التكفل بالمرضى".

الفرضية رقم 2 : هناك فرق بين المجموعات المهنية الثلاث في التأثير على التكفل بالمرضى لصالح الأطباء و الشبه الطبي.

المتغير المستقل سيكون "مناصب العمل " التي يضم مجموعة المستجيبين حسب الوظيفة المحتملة أي ثلاثة مجموعات، من أطباء، الشبه الطبي والإداريين. المتغير التابع سيكون " التكفل بالمرضى"، والذي يشمل جميع المستجيبين للمتغيرين "دور الموارد البشرية في تنظيم الاستجابات" و "تنظيم الاستجابات والتغيير".

الجدول رقم 42 مقارنات متعددة (Bonferonni)

Variable dépendante : La prise en charge du patient						
(I) Poste de travail	(J) Poste de travail	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Significatio n	Interval de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Médecins	Paramédicaux	5,91045*	1,77509	,003	1,6392	10,1817
	Administratifs	6,49059*	1,99988	,004	1,6785	11,3027
Paramédicaux	Médecins	-5,91045*	1,77509	,003	-10,1817	-1,6392
	Administratifs	,58014	1,45397	1,000	-2,9184	4,0787
Administratif	Médecins	-6,49059*	1,99988	,004	-11,3027	-1,6785
	Paramédicaux	-,58014	1,45397	1,000	-4,0787	2,9184

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

يظهر في اختبار بونفيروني (Bonferonni) أن منصب العمل "الأطباء" يختلف اختلافاً كبيراً عن منصب "الشبه الطبي"

(p = 0.003 ، I-J = 5.91) ، وكذلك عن "الإدارة" (I-J = 6.49 ، p = 0.004)؛ مقارنة مع متغير "التكفل بالمريض".

يمكن تلخيص نتائج الدراسة في العناصر التالية :

- توجد علاقة تأثير دالة (ولكن محدودة) إحصائياً بين «النظام التقييمي لأداء الموارد البشرية» و متغير « التكفل بالمريض».
- إن متغير « التنظيم في الاستعجالات و التغيير » له تأثير دال و ايجابي على عملية التكفل بالمريض بالرغم من أن دور الموارد البشرية في تنظيم الاستعجالات محدود في مجال « التكفل بالمريض ».
- توجد فروق دالة إحصائية بين الأطباء و شبه الطبيين و الإداريين في التكفل العملي بالمريض، و يبقى الأطباء هم الفئة المهنية التي لها أكبر تأثير (إيجابي) على التكفل بالمريض. يظهر أن الفرضية ثبتت جزئياً.

خلاصة البحث

في ضوء البيانات الواردة من الجداول الإحصائية، يمكن التأكيد على وجود فرق بين الفئات المهنية في علاقتها بالتأثير مع المتغير " التكفل بالمريض". وأن الطاقم الطبي هو الفئة المهنية التي لها أكبر أثر ايجابي في التكفل العملي للمريض، وذلك بسبب دورها الأساسي في التسيير الاستشفائي، وبالتالي فإن الطاقم الطبي مدعو "لتنفيذ استراتيجيات مكيّفة نسبياً مع سلوك المريض، والأشخاص المرافقين والموظفين" (سفمو، 2004: 103). في سياق انعدام الأمن ونقص في الموارد البشرية، تستمد مهنة الطب شرعيتها وسلطانها من خبراتها ("غورغيو، مواتي، 2013: 223).

ولكننا لم نستطيع التفكير في فعالية فريق الاستعجالات دون الإشارة للدور الأساسي للشبه الطبي، إذا ما أرجعنا إلى العديد من مصادر الأدبيات بما في ذلك مصادر منظمة الصحة العالمية (التقرير السنوي 2006). وهذا ليس واضحاً و لم يبرز

بقوة في البيانات الإحصائية. وهناك على الأرجح عوامل "طفيلية"، مثل عدم استقرار فئة الشبه الطبي وعوامل أخرى تستحق الدراسة.

في سياق إصلاح المستشفيات وعقلنة الإنفاق على الصحة، تدعو هذه النتائج إلى مجموعة من التدابير (التنظيمية والقانونية الخ.) بما في ذلك الاعتراف بالوضعية أو الوظيفة الحقيقية للطبيب في حالات الاستعجالات كاستعجالي والاستمرارية في البحوث في ميادين التقييم المهني، تحليل مهام فريق الاستعجالات والتعاون بين الأطباء المتخصصين والأطباء العاميين. والممارسين العاميين مع فئة الشبه الطبي التي لديها دورا مركزيا في جميع مراحل التكفل العملي للمريض. وينبغي أيضا أن يكون تعريف دور الأمانة الطبية-الإدارية (التي غالبا ما تهمل)، وأهمية الفرز في استقبال المرضى والتكوين المستمر. هذه كذلك مصادر انشغال للباحثين والفاعلين في مجال الصحة العمومية و المنظمة الاستشفائية، بما في ذلك الاستعجالات، التي هي مقبلة على تطبيق تدريجي لإجراءات القانون الجديد 2018 لإصلاح المنظومة الصحية.

الخلاصة العامة

تشخصت مساهمتنا في هذا البحث في اقتراح مشروع تنمية الموارد البشرية في سياق تصور منظمة صحية استعجالية مبنية على الأداء، تستند بالضرورة إلى التسيير التشاركي. مشروع منظمة فعالة ومنصفة، الذي يقوم على نظام تقييم الأداء، الفردي والجماعي، في الحالات الاستعجالية، هو التصور الذي تابعنا في جميع مراحل هذا البحث.

هذا العمل البحثي مبني على مضمون المقابلات التي أجريت مع الاستعجاليين، استنتاجات المقاربة النقدية للقاعدة القانونية لتنظيم المصالح الاستعجالية في الجزائر واقتراح قائمة من النصوص المتعلقة بالمنظمة الاستعجالية (في ملحق)، نتائج التحقيق الوطني عن الاستعجالات في المستشفيات لعام 2003، وتحليل مشروع قانون الصحة لعام 2003 (اعتمده البرلمان في جويلية 2018)، دراسة التجربة الجديدة للمنظمة الجوارية للصحة العمومية (EPSP)، التي أنشئت في سنة 2008، دون دراسة مسبقة ودون مشاركة المعنيين بالأمر، فيما يتعلق بمساهماتهم في الحد من التدفق الكبير للمرضى بأسباب غير استعجالية، وتقييمها من قبل مسيري الاستعجالات بنسبة 80 ٪ والتي تسبب في إحداث عبء العمل المؤلم للاستعجاليين.

في هذا العمل البحثي نعرض كذلك دراسة النظام التشريعي المعمول به و المتعلق بنظام تقييم الأداء في المنظمات الصحية، مع تجربة هذه المنظمات ودور الجهات الفاعلة.

استفاد هذا العمل البحثي من الإضاءة النظرية والخبرة العالمية في تحليل تغيرات النظم الصحية ودور الموارد البشرية، كما نحدده في العناصر التالية :

- استندنا إلى الخبرة العالمية و الأدبيات المتخصصة لمنظمة الصحة العالمية، ومشاريعها البحثية العديدة (التي تتطلب مراجعة منهجية، تواصلية للباحثين و "المدراء" في النظام الصحي)، لا سيما تلك التقارير السنوية لسنة 2000 (على أداء النظام الصحي) و 2006 (حول دور الموارد البشرية). كما نذكر الدليل الكندي لتسيير الوحدة الاستعجالية (2006)، في تصميم مرجعي، الذي لا يتطلب تطبيقا ميكانيكيا، ولكن سيتم أخذ هذه التجربة بعين الاعتبار، في بناء نموذج تشاركي لجودة الخدمات الصحية.

- تقارير المراجعة التدقيقية (audit) عن النظام الصحي الجزائري، التي أجراها البنك الدولي (1990) و (2007)، و ندمج معها تقرير وزارة الصحة عن التحقيق الوطني الوحيد للمصالح الاستعجالية بالمستشفيات في 2003.

التقارير البحثية عن الأنظمة الصحية في الجزائر والمغرب وتونس (M. Legros ،F. Chaoui ،2012)، تقرير مجموعة الأبحاث في الأنثروبولوجيا الصحية (GRAS،2011)، تحت التوجيه العلمي لـ M. Mebtoul، حول خدمات الرعاية الصحية في المنظمات الجوارية، عمل B. Boulahbel على الاحتياجات الاجتماعية بحلول عام 2005 ، دراسات L. Abid من وزارة الصحة و الطبيب FM Brahim (بمستشفى وهران)، خبراء الاقتصاد الصحي FZ Oufriha ، L. Lamri ، والتعليقات لتقرير مجلس الأمة لعام 2010 إلخ. والعديد من أعمال الباحثين والخبراء الأجانب. الملاحظة الأساسية في سياق هذا التقييم البحثي، هي أن هذه الأعمال، التقارير، التشريعات والمشاريع التنظيمية لم يتم وجودها على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة العمومية. وأن أي تغيير في النظام الصحي يتطلب، مسبقاً، إعادة بناء النظام المعلوماتي وإدخال الحوسبة عمليا (informatisation)، كمرحلة أولوية في المصالح الاستشفائية.

في نهاية هذا البحث، بناءً على منهجية البحث-النشيط، وضعنا توصيات بإمكانها أن توفر إطاراً للتفكير في إنشاء منظمة استعجالية، مبنية على الأداء، الإنصاف، و التسيير التشاركي، الأفضل والأكثر ملائمة كنموذج تسييري (فيما يتعلق بالخبرة الدولية) الذي يمكن أن يدعم تنمية الموارد البشرية وإبراز السلوك القيادي، كشرطاً أساسياً للتنمية والأداء في هذه المنظمات الصحية العمومية.

أهمية مشروع بحثنا، المؤسس للحاجة إلى إدخال نظام لتقييم الأداء في المصالح الاستعجالية في المستشفيات هو من ناحية، يصل إلى مرحلة النضج للتدخل في تغيير المنظمة الاستعجالية نحو الأداء والإنصاف، ومن ناحية أخرى، فإنه يتطابق مع أحكام قانون الصحة الجديد الذي يحمل "مشروع منظمة الصحة" موضوع الانجاز. وهذا ما يعنيه قانون الصحة الجديد، بصعوبة (مع بعض المقاومة)، لتقديم شروط جديدة لعقد العمل، من خلال إدخال تشريع مناسب و تقييم نتائج الأداء، شريطة أن يحترم النهج التشاركي.

في تحديد الأفاق، من خلال الاستفادة من إسهام علم النفس العمل و المنظمات، فإنه قبل كل شيء نفكر (في سياق التغيير التنظيمي) لماذا الجهود الشخصية (وتشتيت الطاقات)، والمبادرات، والمهارات الفردية، لا تشكل عمليا "جماعة الكفاءات" أو فرق متجانسة في الاستعجال حسب تصور C. Krohmer و Boterf، 2000 المذكور من طرف (J. Piret، 2017 : 10) في معنى النص الذي يقول أن "الكفاءة الجماعية" لا تنتج فقط من مجموع المهارات الفردية، بل تتجاوز إلى حد بعيد وتنبثق عن التعاون و التآزر القائم بين المهارات الفردية ". و في مذكرة ماجيستر لدراسة الإرهاق، يشعر ممرضو الاستعجاليين الذين يظهرون انخفاضاً في الإنجازات الشخصية "أنهم غير قادرين على إكمال عملهم بالرغم من الجهود الكبيرة" (بن عطية ي، 2008: 226).

إن غياب الحوسبة في المصالح الاستعجاليات يعقد هذه الوضعية، التي تتميز بنظام معلوماتي تقليدي. ويتساءل المرء كيف يتم، في ظل هذه الظروف الإدارية، إعداد وتحديث لوحة القيادة (TDB) للمنظمات الاستعجالية، للمستشفيات (EPH)، و للمنظمات الجوارية (EPSP) أو لمديرية الصحة والسكان (DSP). كل هذه المؤسسات تسير، يوماً بعد يوم، للمعالجة اليومية والبراغمية وحتى الروتينية للمشاكل المعقدة المتعلقة بإدارة المستشفيات و المصالح الاستعجالية. في حين أن مفاهيم الربحية (rentabilité)، الأداء، وتحديد الأهداف المراد تحقيقها، تمارس في نهاية المطاف، بمعيار إلزامية النتائج. كل هذه المصطلحات تندرج في ضرورة التغييرات لجميع هذه المنظمات الصحية. وفي هذا السياق، يمكن اعتبار

قانون الصحة الجديد فرصة ممتازة لجميع الفاعلين، لإعادة بناء المنظمة الصحية الاستعجالية على أساس التضامن، الإنتاجية ونظام صحي عمومي و تنافسي في السوق.

نتساءل كذلك هل من الممكن تصور تغيير نوعي في منظمات الاستعجالات، دون دمج في لوحات التسيير، البيانات، الوسائل الهامة وتعاون القطاع الخاص؟ على الرغم من أن القانون الصحي الجديد يدمج القطاع الخاص كجزء من النظام الصحي، و تبقى الحقيقة أن هناك حاجة لإرادة كفاءات على المستوى المركزي وإشارات قوية بما يكفي لكسر ثقافة القطاع الخاص المهمش وأن مفهوم النظام الصحي لا يقتصر على هياكل قطاع الصحة العمومية وحدها.

في هذا التصور المتوقع لتوظيف أداة الكمبيوتر (وحوسبة الخدمات الاستعجالية، و إنشاء شبكة وطنية، كخطوة أولوية) وشبكة الكفاءات، سوف ندرك انعكاس هذا التنظيم وربحية الاستثمارات و الميزانيات الهامة التي يتم إدخالها كل عام في الميزانية السنوية للدولة (على الرغم أن إلا جزء صغير من هذه النفقات موجه للوقاية وتشجيع الابتكار والبحث العلمي)، من حيث الوقت والجهد البشري، تحسين تسيير الموارد البشرية وأدراجها في مجال التقييم والأداء وفي الإدارة الحديثة للاستعجالات.

يمكن اختتام هذا البحث من خلال هذا التقييم عن تطور البلدان التي تمر بمرحلة انتقالية، مما يؤكد أن ألان ليبيتز (Alain Lipietz) يلاحظ أن التقارير تترك جانبا البلدان التي تمر بمرحلة انتقالية، مثل أوروبا الشرقية ، وجنوب آسيا، إفريقيا وشبه القارة الهندية. و يعتقد هذا الباحث أن خلاص البلدان النامية يمكن أن يأتي أساسًا من القيادة الداخلية الجيدة التي تقود الإصلاحات الصحيحة مع الحكم الراشد (إف. بورغينيون ، 2000: 172).

التوصيات المنهجية لإنشاء منظمة جديدة و فعالة و التي تضمن الأداء في الاستعجالات الاستشفائية

ونتيجة لهذا البحث الذي يركز على تحليل نظام تقييم الأداء في المصالح الاستعجالية، بعلاقة بالتكفل بالمريض وعلى ضوء منهجية البحث- النشيط، نقترح توصيات منهجية التي تكون بمثابة مبادئ للمقاربة لتطوير سياسة تقييم الأداء الاستشفائي في المجال الأولوي للاستعجالات الاستشفائية.

من حيث المبدأ، إذا نريد تنفيذ أهداف منهجية البحث- النشيط، ينبغي علينا اقتراح مشروع لنظام لتقييم أداء الموارد البشرية بموافقة الجهات الفاعلة في الاستعجالات. هذا هو المعيار الرئيسي الذي يمكن أن يؤدي إلى تقييم يقوم على الإنصاف، وبالتالي يضمن الكفاءات الفردية و الجماعية ويشارك (من خلال حركية الجهات الفاعلة) في ظهور الخدمات الاستعجالية الأكثر جودة.

هذه الإجراءات تندرج بانسجام مع أهداف القانون الصحي الجديد، الذي يسمح، خاصة إذا كان هناك إعداد تدابير، بالتعاون مع الممثل القانوني، لتهيئة الظروف اللازمة لخلق المنظمة المستقبلية على أساس الجدارة والتعلم بالتزام بالنتائج. وعلى وجه التحديد، سوف يتم بناء، تدريجيا، منظمة مبنية على الأداء و الفعالية لحالات الاستعجالات، ذات مصداقية في نظر المواطن والمجتمع، أي منظمة تضمن التكفل للمريض في ظروف، نسبيًا الأمثل، بجودة وسلامة.

عرض مخطط المذكرة

لقد تم تنظيم عملية بحثنا في جزأين رئيسيين.

الجزء الأول يتكون من أربعة فصول الذي يتطرق إلى :

1. المقدمة للبحث التي تحتوي على حيثيات موضوع البحث، السياق، الإشكالية، الفرضيات، الدوافع، أهداف البحث و المصطلحات الإجرائية.
2. في الفصل الثاني ندرس "وصف وتحليل المنظمة الصحية الاستعجالية"، حيث يتم تقديم موجز لدليل الاستعجالات الكندية (كمرجعية)، و في مرحلة ثانية نتطرق إلى فصل "تنظيم وتسيير مصلح الاستعجالات في المستشفيات في الجزائر"، من خلال النصوص الأساسية وكذلك نقدم النتائج الأساسية " للتحقيق الوطني للاستعجالات الطبية-الجراحية ل 2003، النتائج والتوصيات".
3. في هذا الفصل، الطالب الباحث يقوم "بتحليل النظام الصحي الجزائري والإصلاح الاستشفائي"، حيث ناقش عرض بيانات التحقيق في تقرير البنك الدولي (2007)، و يسبقه عرض لتقرير البنك الدولي عن الصحة لسنة 1991، و ندرس كذلك "مشروع قانون الصحة: تحليل الأهداف والأحكام" و "إنشاء المؤسسة الصحية العامة الجوارية (EPSP): مع انشغالنا لمعرفة ما مساهمة هذه المنظمة الصحية في الحد من تدفق المرضى على المصالح الاستعجالية".
4. في هذا الفصل للجزء الأول نقوم بدراسة "تقييم أداء النظام الصحي" : نطرح مقارنة منظمة الصحة العالمية والتجربة الدولية و نظام التقييم في المرافق الصحية مع تحليل القوانين الأساسية.

الجزء الثاني يتكون من فصلين الذي يتطرق إلى :

1. في هذا الفصل ندرس البحث الميداني و النتائج المحصل عليها. مع تقديم المنهجية المتبعة (البحث النشط)، و بعض المقابلات الاستطلاعية، و مناقشة نتائج البحث. سننهي هذا الجزء، كما تتطلب التقاليد الأكاديمية، بعرض:
2. توصيات منهجية لإنشاء المنظمة الجديدة التي تتسم بالفعالية والأداء للحالات الاستعجالية في المستشفيات. ننهي هذه الأطروحة بتقديم المراجع والملاحق.

Index des Tableaux

N°	Titre	Page
01	Principaux motifs de recours aux soins d'urgence	97
02	Nombre de patients victimes de traumatismes	98
03	Les causes du traumatisme	98
04	Les motifs d'évacuation	99
05	Elaboré par les experts de la Banque mondiale (Rapport 2007) : place de la « Prévention » dans les budgets alloués au ministère de la santé (1994, 1999 et 2004).	127
06	Les primes et indemnités versées aux médecins, chirurgiens-dentistes pharmaciens, et inspecteurs de santé publique	224
07	Les primes et indemnités versées aux fonctionnaires des corps communs des institutions et administrations publiques	225
08	Les caractéristiques de l'échantillon du pré-test de l'enquête exploratoire	253
09	Les effectifs du pré-test de l'enquête exploratoire	253
10	La distribution de la variable sexe de l'échantillon de l'enquête exploratoire	253
11	La distribution de la variable groupe professionnel de l'échantillon de l'enquête exploratoire	254
12	La distribution de la variable expérience professionnelle de l'enquête exploratoire	254
13	Les principaux axes avec leur signification du questionnaire N° 01	255
14	Les principaux axes avec leur signification du questionnaire N° 02	255
15	Les propositions de suppression des items des questionnaires N° 01 et 02 proposées par les experts	256
16	Les items des questionnaires N° 01 et 02 qui ont subi les reformulations proposées par les experts	257
17	Les dimensions et objectifs du questionnaire N° 01, après correction	258
18	Les dimensions et objectifs du questionnaire N° 02, après correction	258
19	Les coefficients de corrélation entre les degrés des items et les scores totaux du questionnaire N° 01	259
20	Les coefficients de fidélité du questionnaire N° 01	259
21	Les coefficients de corrélation entre les degrés des items et les scores totaux du questionnaire N° 02	260
22	Les coefficients de fidélité du questionnaire N° 02	260
23	La population des établissements et services des urgences de la Wilaya de Mostaganem	261
24	Caractéristiques de l'échantillon de la recherche fondamentale (sexe, poste de travail et ancienneté)	261
25	Répartition de l'échantillon de la recherche fondamentale selon le sexe	262

26	Répartition de l'échantillon de la recherche fondamentale selon l'expérience	262
27	Répartition de l'échantillon de la recherche fondamentale selon le poste de travail	263
28	Répartition de l'échantillon de la recherche fondamentale selon le secteur d'activité	264
29	Statistiques descriptives	265
30	Les valeurs extrêmes relatives à la variable « La prise en charge du patient »	265
31	Le nouveau tableau des valeurs extrêmes	266
32	Test d'homogénéité des variances	268
33	Corrélation de Pearson entre les variables introduites	270
34	Variables introduites/supprimées	271
35	Analyse de variance	271
36	Récapitulatif des modèles	272
37	Évaluation des paramètres du modèle	272
38	Vérification de multicolinéarité	273
39	Évaluation des paramètres du modèle	274
40	Test d'homogénéité des variances pour ANOVA à 1 facteur	276
41	La prise en charge du patient	276
42	Les comparaisons multiples (Bonferonni)	277

Index des figures

N°	Titre	Page
01	Les concepts opérationnels	66
02	Schéma des pratiques d'accès aux urgences hospitalières	103
03	Rapport de la Banque mondiale de 2007 : une synthèse des principales dispositions de l'avant-projet de loi sanitaire de 2003.	123
04	Aperçu sur l'organisation du système de santé en Algérie. État des lieux, 2009, M. Baghriche.	142
05	Les systèmes de santé selon l'OMS (Denis Porignon, Ecole de Santé Publique, Bruxelles, 2013 : 49)	174
06	Moyens d'agir sur les quatre aspects de la performance du personnel de santé (OMS, 2006 : 71)	176
07	Trois postulats structurent la recherche-action	234
08	Quatre résultats possibles d'une recherche-action	234
09	Répartition de la population selon le sexe	262
10	Répartition de la population selon l'expérience professionnelle	263
11	Répartition de la population selon le poste de travail	263
12	Pourcentage de la population selon les secteurs de l'enquête fondamentale	264
13	Les schémas de distribution (avant modification)	266
14	Le schéma de distribution (après les modifications)	267
15	Diagnostic des résidus	268
16	Le diagramme gaussien de régression des résidus standardisés.	269

Index des annexes

1. Les deux questionnaires 01 et 02 avant les modifications
2. Tableau des experts qui ont participé à l'expertise des questionnaires N ° 01 et N° 02
3. Questionnaire N° 01, après modifications
4. Questionnaire N° 02, après modifications
5. Grille d'entretien
6. Tableaux statistiques de la recherche fondamentale
7. Résultat global des réponses des deux questionnaires
8. Modèle de fiche de notation du personnel hospitalier
9. Textes sur l'organisation et le fonctionnement de la garde et du service d'urgence, sur les évacuations des malades, les épidémies et sur l'intervention et secours en cas de catastrophes.

Sommaire

Dédicaces	ii
Remerciements	iii
Résumé de la recherche.....	iv
Abstract	v
Résumé de la recherche en arabe.....	vi
Index des Tableaux.....	xxxiii
Index des figures	xxxv
Index des annexes.....	xxxvi
Sommaire	xxxvii
Introduction générale.....	1
Chapitre 01 : Introduction à la recherche.....	2
Transition et système de santé en Algérie	4
Système de santé et approche systémique : une dimension intersectorielle incontournable.....	6
Problématique de la recherche	9
Hypothèses de recherche	14
Motivations pour le choix du thème de recherche.....	19
Les objectifs de la recherche	20
Définition opérationnelle des notions.....	21
Chapitre 02 : Description et analyse de l'organisation des urgences hospitalières	25
Introduction	25
1. Un référentiel de l'organisation des urgences	25
1.1 Domaine de définition de la notion d'urgence hospitalière.....	25
1.2 Les objectifs des urgences	26
1.3 Organisation des urgences.....	27
1.4 Guide de gestion de l'unité d'urgence.....	28
1.4.1 Principes directeurs fondateurs du modèle de gestion.....	29
1.4.2 Modèle de gestion	30
1.4.3 La performance.....	31
1.4.4. La mission de l'urgence.....	31
1.4.5 L'accès à l'urgence.....	31
1.4.6 Le triage.....	31
1.4.7 Critères de compétence	32
1.4.8 Durée de séjour à l'urgence	32
1.4.9 Prise en charge du patient.....	32

1.4.10 Famille et visiteurs à l'urgence.....	33
1.4.11 Gestion du stress.....	33
1.4.12 Mécanismes de protection du personnel.....	34
1.5. Tout service d'urgence représente un véritable observatoire de santé publique	34
1.5.1 Constituer le référentiel, définir la mission	34
1.5.2 Quelle qualification ?	35
1.6 Quelles perspectives ?	36
2. L'organisation et le fonctionnement des Urgences hospitalières (Algérie)	37
2.1 Le dispositif juridique : éléments d'évaluation	38
3. Enquête Nationale sur les Urgences Médico-Chirurgicales, Résultats et recommandations	52
3.1 L'objectif de l'enquête	53
3.2 L'analyse des principaux résultats de l'enquête nationale de 2003.....	54
3.2.1 Les résultats relatifs à la prise en charge du patient	57
3.2.2 Les recommandations du rapport	58
Conclusion.....	60
Chapitre 03 : Analyse du système de santé algérien et réforme hospitalière.....	62
Introduction	62
1. Projet pilote de gestion du secteur de la santé publique par la Banque Mondiale (1991).....	62
2. Présentation des données de l'audit du rapport de la Banque Mondiale (2007)	65
2.1 L'analyse du système de santé	67
2.2 Les ressources financières	67
2.3 Le cadre institutionnel actuel ne permet pas une bonne gestion du système de santé.....	69
2.4 Proposition de démarche du rapport de la Banque Mondiale.....	70
2.4.1 Renforcer le pilotage et la gestion du système	70
2.4.2 Améliorer le cadre institutionnel.....	70
2.4.3 Rationaliser l'utilisation du système de santé.....	71
2.4.4 Réformer le système de financement	71
3. Les effets du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) sur les ménages et le secteur public de santé.....	72
4. Avant-projet de loi sanitaire (2003) : analyse des objectifs et des dispositions proposées	79
4.1 La coopération sanitaire entre le public et le privé.....	80
4.2 Les urgences hospitalières.....	81
4.3 La prévention.....	84
4.4 Quelles réformes pour quels systèmes de santé ?.....	86
4.5 La transition démographique.....	92
4.5.1 La transition épidémiologique et les nouveaux déterminants de santé : Algérie, Maroc, Tunisie	93
4.6 Les déterminants de santé, une cible nouvelle de l'action publique	94

5. Création des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) : quel apport de ce mode d'organisation dans la limitation du flux des patients sur les services des urgences ?.....	98
5.1 La hiérarchisation des soins dans le système de santé	99
5.2 Les conclusions de la première enquête nationale sur les urgences (2003)	101
6. Fonctionnement de l'organisation des EPSP.....	102
6.1 Les opinions de praticiens de santé publique	103
6.2 Les EPSP jouent, théoriquement, un rôle de filtre à l'accès aux autres niveaux de soins.....	109
7. Résultats de l'enquête du Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS)	109
7.1 Les caractéristiques principales des EPSP	110
7.2 Déploiement administratif, brutal et volontariste (selon le rapport)	112
7.3 A la quête d'une autonomie réelle.....	115
7.4 Résultats de l'enquête.....	117
8. Observations du rapport du Conseil de la Nation.....	118
8.1 Les conclusion du Conseil de la Nation	119
8.2 Propositions du rapport	120
8.3 Relations entre les services de première ligne et les organisations des urgences.....	122
9. Le lien entre santé publique, droits de la personne et économie de la santé	124
9.1 Articuler les intérêts des droits citoyens de la personne et la promotion de la santé publique..	125
9.2 Le lien entre santé publique et économie de la santé	126
Conclusion.....	128
Chapitre 04 L'évaluation de la performance du système de santé : l'approche de l'OMS et l'expérience internationale.	130
Introduction	130
1. Principes généraux : définition et objectifs du système de santé	130
2. Le cadre général de la performance pour les organisations de santé : Comment élaborer une politique de santé fondée sur la performance et non sur le seul principe de rentabilité ?	133
2.1 Le rôle stratégique de l'administration générale dans la réalisation des objectifs du système de santé.....	134
2.2 Les prérogatives du secteur public : la définition des priorités du système de santé	135
2.3 Domaine de définition : les significations de l'évaluation, du travail et de la performance.	135
2.3.1 L'évaluation.....	135
2.3.2 La performance.....	136
2.4 Une prise charge de qualité du patient	138
2.5 Evaluation de la performance du système de santé	140
2.5.1 L'équité salariale	141
2.6 Rapport coût-efficacité	143
2.7 Réduction de la charge de morbidité	144
2.8 Ressources humaines de santé.....	144

2.8.1 Contraintes que rencontrent les ressources humaines dans les organisations de santé	146
3. Christophe Dejours : l'analyse du travail exige d'aborder la notion de travail vivant.....	148
4. La reconnaissance : les individus aspirent à « être reconnus comme individus et non comme simples agents de l'entreprise ».....	151
4.1. Les causes de l'émergence de la généralisation de la reconnaissance et des bonnes pratiques en santé.....	152
4.2. La formation du sentiment de justice et l'évaluation de la performance.....	153
5. Réformes hospitalières : quels enseignements tirés de l'expérience universelle ?.....	156
5.1 Autonomie et décentralisation.....	156
5.2 Autonomie et prise de décision	157
5.3 La relation privé-public : quelle approche ?.....	157
5.4 La sous-traitance.....	159
5.5 Vers quel type d'organisation des structures de santé ?.....	159
6. Qu'est-ce qu'un système de rémunération efficace ?.....	159
6.1 La relation entre les formes d'organisation et incitations.....	160
6.2 Les contrats incitatifs.....	161
6.3 Le contrat d'objectif de performance	161
6.4 Les paramètres du système d'incitation	162
Un système d'incitations est fondé, en général, sur les paramètres suivants :	162
6.5. Le salaire de performance	162
7. Comment renforcer l'engagement des salariés ?.....	162
7.1 Les objectifs à atteindre.....	163
7.2 Que les moyens à mettre en œuvre.....	163
8. Le système d'évaluation dans les établissements de santé : une analyse du dispositif réglementaire	165
8.1 Analyse critique de la législation du travail : la réalité de la performance sur un plan institutionnel.....	165
8.2 Le système d'évaluation dans les établissements de santé : analyse critique du dispositif réglementaire d'évaluation de la performance des ressources humaines dans le système de santé	167
8.3 Discussion critique	170
9. Forum euro-méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'administration	175
10. L'apport du projet de réforme hospitalière dans le domaine de l'évaluation de la performance des ressources humaines	176
11. La nouvelle organisation sanitaire et la dynamique du changement	177
Conclusion.....	178
Chapitre 05 : L'Enquête de terrain	184
Introduction	184
1. Méthodologie	184

1.1 La Recherche-Action : une méthode entre les praticiens d'une entreprise et un chercheur en science de gestion.....	185
1.2 Domaine de définition.....	186
1.4 Les forces divergentes.....	187
1.5 Le point d'aboutissement : la conception de Heinz Moser.....	189
1.6 La période d'émergence et de consolidation.....	190
1.7 Frédéric Wacheux : une méthode entre les praticiens d'une entreprise et un chercheur en science de gestion.....	191
1.8 La participation : un outil pour être acteur de sa santé et réduire les inégalités,.....	193
1.9 Participer au changement en éducation : Manuel de recherche-action pour les chercheurs et praticiens en Afrique de l'Ouest et du Centre (2003).....	194
2. Présentation des données des entretiens exploratoires.....	196
2.1 Déroulement des entretiens.....	196
2.2 L'évaluation de la performance dans les urgences.....	197
2.2.1 La culture du travail.....	197
2.2.2 Encouragement et mesures incitatives.....	197
2.2.3 La formation.....	198
2.2.4 La progression dans la carrière professionnelle.....	199
2.2.5 Engagement des professionnels de la santé.....	199
2.3 L'organisation sanitaire et la dynamique du changement.....	199
2.3.1 Perception de l'organisation des urgences.....	199
2.3.2 Les conditions de travail.....	203
4. Terrain d'enquête.....	207
3.1 L'étude exploratoire.....	207
3.1.1 Récolte des données.....	207
3.1.2 Récolte des données bibliographiques.....	208
3.1.3 Sources bibliographiques.....	208
3.1.4 Les entretiens.....	208
3.1.5 Démarche d'élaboration de la grille d'entretien (cf. Annexe).....	209
3.1.6 L'objectif de l'étude exploratoire.....	209
3.1.7 L'échantillon du pré-test.....	209
3.1.8 L'outil de l'étape exploratoire : la construction du projet du questionnaire.....	212
3.1.9 La construction du questionnaire et les principaux axes avec leur signification.....	212
3.1.10 Soumission du projet des deux questionnaires à l'avis des experts.....	214
3.1.11 Conclusion de la soumission des projets des deux questionnaires à l'avis des experts....	215
3.1.13 Résultats de l'analyse statistique du pré-test avec le logiciel SPSS.20.....	216
3.2 L'étude fondamentale.....	218
3.2.1 Echantillonnage.....	218

3.2.2 Description des variables d'étude.....	222
3.2.3 Analyse des résultats de la recherche	227
2.3.4 Les comparaisons multiples	234
2.3.5 Conclusion de la recherche fondamentale	235
3.3 Discussion des résultats de la recherche.....	236
3.3.1 Hypothèse N° 01 : Le système d'évaluation de la performance des ressources humaines a une influence significative sur la « prise en charge du patient » dans les services des urgences.	236
3.3.2 Hypothèse N° 02 : Il existe une différence d'influence dans le collectif des urgentistes, au bénéfice des deux groupes professionnels, médical et paramédical, dans leur rapport d'influence opérationnelle, sur la variable « prise en charge du patient ».....	248
Conclusion.....	259
Chapitre 06 : Les recommandations méthodologiques pour la mise en place d'une nouvelle organisation efficiente et performante des urgences hospitalières	270
Introduction	270
1. Position du problème.....	270
2. Principes généraux	275
2.1 Disponibilité des données statistiques et leur fiabilités	275
2.2 Principes d'une politique de santé dans les urgences hospitalières.....	276
2.3 Le principe de l'interdépendance des facteurs qui agissent sur le secteur public de santé.....	276
2.4 La politique d'intéressement des ressources humaines	277
3. Les principales mesures à prendre.....	279
4. Sur la démarche de la réforme du système public de santé	280
5. Les principes de l'évaluation des pratiques professionnelles.....	284
5.1 L'organisation de l'intégration des urgentistes dans la démarche du DPC.....	284
5.2 La place particulière de l'EPP en médecine d'urgence	285
6. Le rôle particulier des Etablissements de Proximité de Santé Publique (voir aussi chap. EPSP) ...	285
6.1 Explication des réformes et leur orientation.....	286
7. Propositions de mesures qui vont dans le sens de fluidifier les passages aux urgences.....	287
Conclusion	287
Bibliographie	289
Annexes	298

Introduction générale

Cette recherche aborde dans le domaine de la santé publique, un sous-système qui exprime une forte attente de la population et constitue également un indicateur essentiel de la crédibilité du secteur public de santé : les Urgences hospitalières. La problématique étudie la corrélation du système d'évaluation de la performance des ressources humaines, dans les urgences hospitalières (variable indépendante) et la prise en charge du patient, de qualité médiocre (variable dépendante). Cette recherche se déroule dans un contexte socio-économique dominé par un débat sur le projet de réforme de santé qui vient d'être adopté (en juillet 2018) après quinze années d'hésitations, puisque proposé depuis 2003.

Présentation du plan de la thèse

On a structuré notre démarche de recherche en deux grandes parties :

Dans la première partie, composée de quatre chapitres, on aborde :

1. **Une introduction à la recherche** qui présente l'argumentaire de la thématique de recherche, le contexte, la problématique et l'hypothèse, les motivations, les objectifs de la recherche ainsi les concepts opérationnels.
2. Les urgences hospitalières dans « **Description et analyse de l'organisation des urgences** », où on expose le Guide canadien de l'urgence (référentiel), « L'organisation et le fonctionnement des Urgences hospitalières en Algérie », à travers ses textes fondamentaux ainsi que « Enquête Nationale sur les Urgences Médico-Chirurgicales, de 2003, Résultats et recommandations ».
3. « **L'Analyse du système de santé algérien et réforme hospitalière** » où on aborde « Présentation des données de l'audit du rapport de la Banque Mondiale (2007) », précédée d'une présentation du premier rapport de la Banque Mondiale sur la santé (1990), « Avant-projet de loi sanitaire : analyse des objectifs et des dispositions » et « Création des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) : quel apport de ce mode d'organisation dans la limitation du flux des patients sur les services des urgences ? » et
4. « **L'évaluation de la performance du système de santé : l'approche de l'OMS et l'expérience internationale** » et « Le système d'évaluation dans les établissements de santé : une analyse du dispositif réglementaire ».

Dans la deuxième partie, composée de deux chapitres, on aborde :

1. « **L'enquête de terrain et les résultats de la recherche** » où on présentera la recherche-action, des entretiens exploratoires, les études exploratoire et fondamentale, la présentation et l'analyse des résultats. On achèvera cette partie, en application de la démarche de la recherche action, par la présentation :
2. « **Les recommandations méthodologiques pour la mise en place d'une nouvelle organisation efficiente et performante des urgences hospitalières** ». Ce mémoire se termine par la bibliographie et les annexes.

Chapitre 01 : Introduction à la recherche

Les systèmes de santé nationaux se sont transformés sous la pression de l'évolution historique, économique et sociale. Il n'est donc pas surprenant que ces systèmes reflètent souvent les grands problèmes de société, notamment en matière de gouvernance, d'administration, de financement et d'intégration sociale, mais les priorités spécifiques et les étapes de leur mise en œuvre seront dictées par les particularités du contexte national (OMS, 2005 : 33-34).

Aujourd'hui, les pays du Maghreb font face à des attentes fortes de leurs populations qui demandent l'accès aux soins de qualité au moindre coût ainsi qu'une plus grande participation des usagers et des professionnels à la gouvernance des systèmes de santé (transition démocratique). Les gouvernements doivent y répondre tout en maîtrisant les dépenses de santé qui vont considérablement augmenter du fait, notamment, de l'accroissement des nouvelles pathologies émergentes (maladies non transmissibles causant 79,7 % des décès en Tunisie, dégénératives et traumatologiques). Pour y arriver, les pays du Maghreb doivent repenser leurs systèmes de santé (transition organisationnelle en cours depuis une dizaine d'années) et développer des programmes qui, à défaut d'être communs, pourraient être compatibles et comporter des coopérations Sud-Sud et avec l'Union européenne. Ces convergences sont d'autant plus envisageables que les trois pays font face, de façon presque simultanée, à leur transition démographique et épidémiologique. En effet, les systèmes de santé du Maghreb, fortement axés sur la distribution des soins, doivent évoluer et favoriser le développement d'actions prenant davantage en compte les déterminants de santé, les questions de santé étant largement liées à l'ensemble des politiques publiques (éducation, nutrition, habitat, environnement). Il s'agit là du principal défi, concluent les auteurs du rapport, auquel ils devront faire face dans les vingt prochaines années (Chaoui, Legros, 2012 : 05).

Les transformations brutales et éclatées de l'espace urbain, les multiples tensions sociales qui ont marqué la société algérienne ces dernières années (terrorisme, violences sociales, accroissement de la pauvreté etc.) ne sont pas sans conséquence sur la montée d'un certain nombre de maladies chroniques à l'exemple du diabète et de l'hypertension (M. Mebtoul, 2005 : 212).

Les défaillances chroniques du secteur public de soins ont accéléré la formation rapide et considérable des services de soins privés qui captent une grande partie de la demande de santé. Le développement accéléré de la médecine privée ne s'est malheureusement pas accompagné d'une définition claire de son rôle de son rapport au secteur public et encore moins d'un contrôle de ses activités et des honoraires pratiqués. (F. Z. Oufriha, 2009 : 35).

Contexte socio-économique : Chute du prix du pétrole et mesures d'austérités, quelles projections pour la santé ?

Cette recherche se déroule dans un contexte marqué par la nécessité de maîtriser et de limiter, autant que possible, les dépenses hospitalières (toujours en augmentation), et d'exploiter de manière efficiente les moyens alloués à ce secteur stratégique et mis à la disposition des structures de santé et équipes hospitalières, il faut le souligner, sans fixation d'objectifs étudiés et fixés préalablement ou de normes dite de rentabilité.

Comparativement aux autres secteurs sociaux comme l'éducation, la formation professionnelle, l'enseignement supérieur, la sécurité sociale et la solidarité, qui ne sont pas concernés de façon «frontale» par le brusque effondrement des recettes extérieures car utilisant peu les produits et services d'importation (inputs), par contre le secteur de la santé, explique l'économiste de santé L. Lamri, est quant à lui directement dans l'œil du cyclone car utilisant des inputs importés que sont les équipements médico-techniques (scanners, radiologie, instrumentation médicale diverse...), les moyens de transport médicalisés (ambulances, véhicules et autres équipements aménagés pour handicapés...), les médicaments, vaccins, matières premières et principes actifs pour la production locale des produits pharmaceutiques, sans oublier les aciers et le ciment pour la construction des nombreuses infrastructures sanitaires programmées (CHU, hôpitaux généraux, polycliniques, centres de santé, salles de soins etc.).

En évoquant l'expérience universelle, l'économiste de santé rappelle que l'histoire mondiale contemporaine nous a enseigné que l'avènement des crises financières et économiques mondiales s'accompagnent fatalement de coupes budgétaires drastiques qui affectent d'abord, en premier lieu, les secteurs sociaux qui sont par nature non producteurs directs de PIB mais favorisent sa croissance.

L'étude «Comptes nationaux de la santé» réalisée par nos soins dans le cadre du Programme d'appui au secteur de la santé, programme de coopération entre le ministère de la Santé publique, de la Réforme hospitalière et la Communauté européenne, souligne l'économiste de santé, a établi un constat majeur qui est la part anormalement élevée de la dépense de santé des ménages évaluée à 24,7 % (1/4 presque) de la Dépense nationale de santé qui est déjà problématique à ce niveau lorsque les organismes internationaux OMS et Banque mondiale recommandent qu'elle ne devrait pas dépasser 10 % et ne devrait concerner que les ménages aisés. En termes de projection, L. Lamri explique qu'il faut s'attendre à une « contribution plus importante des usagers au financement des prestations de santé dans les établissements

publics. Elles ne peuvent être évitées et vont certainement être mise en œuvre en 2016 pour plusieurs années au-delà ».

En complétant que « Le secteur de la santé va connaître de fortes pressions et d'insoutenables contraintes budgétaires qui vont se traduire par un renoncement aux projets de développement aggravés par la transition sanitaire qui fait prédominer les maladies chroniques non transmissibles qui sont très coûteuses. La facture des importations des médicaments va certainement être réduite aux princeps et elle sera restreinte aux génériques » (El Watan, 26.09.2015 : 16,17).

Face à ces contraintes budgétaires, la question fondamentale, selon le rapport du GRAS d'Oran, ne se résume pas, seulement, à mobiliser les ressources financières. Ainsi, le rapport de recherche tire les leçons de l'expérience passée et avertit les pouvoirs publics : « Malgré les ressources mobilisées par les pouvoirs publics, le système de santé algérien est caractérisé par de multiples dysfonctionnements sociaux et techniques (mauvais accueil pour les patients anonymes, pannes fréquentes des équipements techniques, errance des malades, délais trop longs dans la prise en charge, une prévention fragile, etc.) qui permettent d'indiquer clairement que les résultats escomptés dans une prise en charge efficiente des populations, n'ont pas totalement été atteints » (GRAS, 2011 : 18).

Transition et système de santé en Algérie

Historiquement, la transition vers l'économie de marché, en réaction à la crise sociale (à partir de 1986, avec la chute des prix du pétrole), n'a pas proposé un projet de société alternatif et donc un projet de santé avec des objectifs nettement définis. Consacré par l'ordonnance de 1973, le principe de la gratuité des soins est révisé, voir supprimé par l'article 51 lors de la révision constitutionnelle de 1989 (dont le contenu est repris de l'article 54 de la Constitution de 1996). L'avant-projet de la loi sanitaire de 2003 s'inscrit dans ce projet social de réforme globale de la société, dans une perspective libérale, avec des hésitations (étant donné les enjeux politiques), c'est peut-être ce qui explique la lenteur de son adoption et, probablement aussi, de sa mise en œuvre. Cette transition évolue dans un contexte de dévalorisation des valeurs du travail productif, avec la production d'attitudes contraires aux valeurs du travail et de la protection du bien public.

L'avant-projet de loi sanitaire élaboré dans le cadre de la réforme hospitalière, soumis au débat aux acteurs de la santé, est adopté en 2018 par l'assemblée nationale. Comment expliquer ce retard dans l'adoption d'une loi qui, certainement, va accélérer le processus de réforme engagé dans le domaine de la santé ? Cet avant-projet de la loi sanitaire a mis en place un dispositif général doté de structures dont la tâche se résume dans la participation à

l'élaboration et à la planification de la politique de santé, son évaluation, la mise en place de procédures visant (théoriquement) l'accréditation des organisations de santé. Ces structures sont les suivantes :

1. Un conseil national de la santé qui donne un avis critique sur l'élaboration et l'exécution de la politique nationale de santé (Art 31),
2. Une agence régionale sanitaire (Art 200 jusqu'à 205),
3. Une agence nationale de sécurité sanitaire en produits pharmaceutiques (Art 341) et, en particulier,
4. Une agence nationale pour le développement de l'évaluation et de l'accréditation (Art 232 jusqu'à 238) dont le rôle est capital pour le développement des organisations de santé.

Dans les principes fondamentaux, le projet de loi propose la décision que l'établissement public à caractère sanitaire soit doté de l'autonomie administrative et morale (Art. 242) et que les ressources mobilisées pour le financement du système national de santé ainsi que les utilisations qui en sont faites soient présentées annuellement à l'Assemblée Populaire Nationale, en tant que comptes nationaux de santé (Art. 262).

Le seul constat (qui exprime le manque de volonté politique) qui s'impose à nos yeux est, qu'entre la date de proposition du projet de loi (2003) et 2018, soit quinze (15) années, malgré le débat organisé avec les acteurs de la santé dont les partenaires sociaux qui a abouti à la conférence nationale de juillet 2015, le gouvernement et l'assemblée nationale ont trop hésité pour, enfin, adopter ce projet et prit les décisions nécessaires pour préparer les organisations de santé à la mise en place de ce dispositif, car le changement (ce que nous enseigne la littérature internationale) est un long processus organisationnel, surtout lorsqu'il s'agit, à terme, de créer les conditions pour un changement dans le domaine du management et de la gestion. Pourquoi, en particulier, les autorités ont attendu l'adoption de ce projet de loi et son application pour créer les Comptes Nationaux de Santé qui sont d'une grande utilité pour la comptabilité nationale des ressources allouées au secteur de la santé ?

Par ailleurs, la 11eme recommandation des assises régionales sur le projet de loi sanitaire suggère qu'en matière de politique de santé, « Le secteur de la santé est proposé à être un secteur de souveraineté.» (Le quotidien d'Oran, 17.06.2014). On pourrait s'interroger de savoir, comment pourrait-on concevoir une politique hospitalière tournée vers des objectifs de modernisation, c'est-à-dire une politique qui devrait créer les conditions de mobilisation de toutes les ressources, alors que le secteur privé qui dispose de capacités et moyens importants, si on se réfère aux statistiques officielles, ne participe et n'est pas intégré dans cette

dynamique de réforme et de changement ? Ainsi, selon Boulahbal (sans date : 16), plus de 60 % des praticiens spécialistes exerce dans le privé, et les pharmaciens sont, dans leur grande majorité, dans le privé. Aussi, selon K. Mekalt (2015: 10) la médecine privée est plutôt développée dans le nord du pays, dont plus de 90% de l'offre est concentrée. La participation du privé ne sera pas déterminante si, au préalable, on ne crée pas les conditions réglementaires, avec la manifestation d'une volonté politique, pour sa participation au système national d'information où seront intégrées toutes ces activités, c'est-à-dire les diagnostics, les pathologies traitées et les traitements proposés. .

Aussi, est-il possible, de créer les conditions de la performance hospitalière, c'est-à-dire, en augmentant la productivité du travail et en améliorant la prise en charge du malade, en recherchant beaucoup plus la qualité de service et des réponses appropriées aux doléances du patient, et en étant imprégné du principe fondamentale de l'équité, sans que les autres secteurs de la fonction publique ne soient pris en ligne de compte, en particulier les secteurs prioritaires comme l'éducation, la santé et la justice ? Car la politique intersectorielle est un maillon incontournable pour une politique de santé publique efficace.

Système de santé et approche systémique : une dimension intersectorielle incontournable

C'est cette approche, de nature systémique, qui met à l'ordre du jour la nécessité vitale de rendre opérationnelle le principe d'autonomie des organisations de santé publique et de leur organe dirigeant. Car comment pourrait-on les soumettre à la démarche dévaluation et à ces critères d'efficacité et de prise en charge de qualité sans leur permettre de participer à l'élaboration des programmes de développement de leur organisations respectives et des objectifs à réaliser ainsi que dans la définition des critères d'évaluation ?

Dans la même lancée de cette réflexion et dans la mesure où on aborde le rapport des organisations de santé avec leur environnement et ces multiples contraintes, on doit aborder la problématique de l'interdépendance du système de santé avec les autres secteurs de l'économie du pays.

Le regard du chercheur aborde le secteur de santé, non pas comme un secteur fermé, avec une logique propre, mais comme un secteur dynamique avec ses rapports d'intérêts avec l'environnement, c'est-à-dire qu'en définitive, les solutions de fond du développement du secteur de santé ne relèvent pas uniquement du facteur de « l'augmentation budgétaire », mais est déterminé aussi et même dans une large mesure par son interaction avec les autres secteurs de l'économie productive nationale.

Les systèmes de santé ne se limitent pas aux systèmes de soins de santé, de même, il serait erroné de limiter les politiques de santé aux politiques de soins de santé. Les politiques de santé comprennent l'ensemble des choix stratégiques des secteurs publics, parapublics et privés, pour améliorer l'état de santé des populations qui sont sous leur responsabilité : il s'agira alors de déterminer le rôle et les obligations de l'Etat en matière de choix sociaux, économiques, environnementaux, financier, d'organisation de soins, de prévention et de formation (Conférence nationale sur la politique de santé, Alger, 2010 : 02).

Le premier enjeu, explique le rapport de l'OMS, est de définir clairement un ensemble de mesures prioritaires visant à améliorer le fonctionnement du système de santé, tout en tenant compte de l'interdépendance des principales composantes de ce système – comme d'ailleurs de tout autre système (OMS, Rapport mondial sur le millénaire, 2005 : 35)

De toute évidence si l'on ne tiendra pas compte de cette approche d'ensemble, déjà formulée par un des principaux réformateurs allemands du 19 siècle, en 1847, le Dr Saloman Neumann, on ne pourra formuler des solutions radicales aux problèmes de santé publique (qui remonteront à chaque fois à la surface de la société) et les collectif des urgentistes ainsi que les équipes hospitalières auront à aborder et à affronter les mêmes phénomènes sociaux et culturels produits par la société et avec plus de complexité, que ce soit dans les domaines de l'hygiène et de l'éducation sanitaire (et donc de la prévention), des problèmes liés aux accidents de la route, au développement de la violence dans les cités et quartiers, au manque de communication et de l'information sur la législation et les droits et devoirs des citoyens par rapport au secteur public de santé.

Jean-Claude Berthélemy (2007) étudie la corrélation entre la santé et la croissance économique, en tentant d'expliquer le miracle asiatique comparé à l'échec du développement dans la grande majorité des pays africains. Quels facteurs, s'interroge l'auteur, ont différenciés à partir des années 1950, les pays qui ont émergé des autres pays pauvres, quand les premiers ont commencé à décoller alors que les seconds stagnaient ? Dans cette recherche, l'auteur part du constat validé que les pays émergents, principalement en Asie, ont échappé à la misère à partir du moment où ils ont commencé à faire des progrès en matière de santé et d'éducation.

Notre conclusion, affirme l'auteur, est que, dans les années 1950 et 1960, des améliorations dans la santé ont joué un rôle décisif pour aider les pays qu'on appelle maintenant émergents à sortir de la misère dans laquelle ils étaient plongés peu de temps auparavant, au même titre que les pays africains. Toutefois, J-C Berthélemy souligne que l'amélioration des conditions de santé, et la sortie du sous-développement, ne se feront pas simplement par augmentation

des budgets d'aide à la santé. Il faut plutôt mettre l'accent sur les réformes nécessaires pour améliorer l'efficacité des politiques de santé. D'où la nécessité d'une approche intégrative, incluant la santé, l'éducation et d'autres services publics de base dans une même stratégie. Dans le même esprit, affirment les participants à la déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, en proposant des exemples d'action gouvernementale concertée et mettant en rapport la sécurité et la justice, les taux de violence, de mauvaise santé et de traumatismes, augmentent dans les populations, dont l'accès à l'alimentation, à l'eau, au logement, aux possibilités de travail et à un système de justice équitable est médiocre. De ce fait, recommande la déclaration, la justice doit alors traiter les conséquences du manque d'accès à ces besoins fondamentaux (OMS, 2010 : 04).

Au sujet de la relation de détermination entre éducation santé, le rapport mondial sur le millénaire (OMS, 2005 : 47), explique qu'il existe une étroite corrélation entre le degré d'instruction des mères et la mortalité de l'enfant : une étude réalisée en Inde indique qu'une réduction de 10 % du taux d'analphabétisme féminin permettrait de réduire la mortalité infantile de 12,5 pour 1000. Le cas de l'Algérie semble assez préoccupant. Au dernier recensement de la population et de l'habitat (RGPH) de 1998, le taux d'analphabétisme des personnes âgées de dix ans et plus a été calculé à 31,66 % ; il était de 23,11 % pour les hommes et de 40,33 % pour femmes. Concernant la wilaya de Mostaganem, le taux global est de 39,53 % dont 26,67 % pour les hommes et 52,56 % pour les femmes (Ministère de l'éducation nationale, 2005).

D'après les chiffres présentés par la Commission Macroéconomie et Santé qui a été mise en place, en janvier 2000 par le directeur général de l'OMS, pour déterminer la place de la santé dans le développement économique mondial, une augmentation de 10 % de l'espérance de vie correspond à un accroissement de la croissance économique d'environ 0,3 à 0,4 % par an, tous les autres facteurs de croissance restant identiques (OMS, 2002). Ainsi conclue l'OMS, le rôle de la santé dans la croissance économique a été fortement sous-évalué.

Tenir compte de cette interdépendance et des mesures énergiques qu'elles imposent, que ce soit dans le domaine de la coordination avec les autres secteurs ou de la mise en application d'une politique stratégique de prévention, signifie pour le sociologue français F. Steudler, « qu'il est possible de juger une société à partir de ses hôpitaux » et de conclure que les choix en matière de santé dépendent des orientations de la société globale et que de tels choix, en matière de politique de santé, peuvent remettre en cause la structure même de la société (1974 : 10).

Actuellement, on s'aperçoit de plus en plus que les services de santé sont meilleurs sous des gouvernements plus démocratiques et qu'une étude a estimé que la transition réduit la mortalité infantile de 5 pour 1000, mais la démocratie serait une condition nécessaire, mais pas suffisante, conclut le rapport de 2010 du PNUD sur le développement humain, en prenant l'exemple des Etats Unis d'Amérique qui peinent à fournir des services de santé publiques à ses citoyens et que sous un régime où les institutions sont solides (d'après un indice composite, mesurant corruption, respect de la loi, qualité de l'administration, profil des investissements et conflits internes), si le gouvernement dépense plus d'argent pour les salaires et les biens et services, cela entraîne des progrès plus rapide de l'Indice de Développement Humain, en avertissant que si par contre le niveau de développement institutionnel est peu avancé (ce qui est le cas de l'Algérie), les investissements accrus de capital public entraînent un progrès moindre de l'Indice du Développement Humain (IDH) à long terme (PNUD, Rapport sur le développement humain, 2010 : 62).

Enfin, propose Jonathan Mann, Professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'université de Harvard, une conclusion fondamentale tirée de sa recherche qui peut concerner le système politique algérien, «La santé publique requiert l'engagement des populations dans le traitement des problèmes qui les concernent. La possibilité qu'ont les personnes concernées par un même problème de se retrouver, d'en parler et de rechercher des solutions efficaces est si essentielle pour la santé publique, que là où le droit d'association est restreint, la santé publique en souffre ». Jonathan Mann conclut que « La violation des droits a des conséquences mesurables sur le bien-être physique, mental et social ; cependant, ces effets sur la santé restent encore largement à découvrir et à documenter » (J. Mann, 1998, 07).

Problématique de la recherche

Les chercheurs de l'OMS partent du constat qu'il existe « d'immenses écarts entre le potentiel des systèmes de santé et leurs performances effectives, et des pays ayant apparemment les mêmes ressources et les mêmes possibilités obtiennent des résultats beaucoup trop différents » (OMS, 2000 : 04). Pourquoi en est-il ainsi ? Si les chercheurs s'interrogent beaucoup sur la question de savoir si un mode d'organisation du système de santé est préférable à un autre, l'OMS répond que ce qui compte dans la structure générale d'un système, c'est la mesure dans laquelle elle facilite la performance des fonctions essentielles de ce système. Cette approche scientifique est démontrée et vérifiée, de manière pédagogique, dans le modèle conceptuel universel du Dr Avedis Donabédian. En effet, en 1966, A. Donabedian a publié ses travaux, devenus désormais classiques, sur l'évaluation de la qualité des soins de santé. Ce modèle sur la santé comporte les composantes de la structure (Input), du processus (Process) et des résultats (Output).

Selon le rapport de l'OCDE, Donabedian (1988) conçoit que la qualité peut avoir trait à la structure, à la procédure et aux résultats de la prestation de soins; les éléments les plus couramment examinés sont l'efficacité et la satisfaction des patients. Le terme « qualité », lorsqu'il s'applique aux services de santé et, plus généralement, aux systèmes de santé, explique le rapport, peut également couvrir des aspects tels que l'accessibilité, l'utilité, l'acceptabilité, la rapidité et la continuité des soins. Dans un rapport de 2006 qui a fait date, l'Institute of Medicine a également cité l'efficience et l'efficacité parmi les six objectifs qualitatifs essentiels d'un système de santé (IOM, 2001) (OCED, 2008 : 05).

Tenant compte des conclusions du mémoire de magistère et des besoins de la réalité hospitalière ainsi que des problèmes prioritaires de santé publique, nous proposons une recherche qui ne porte pas directement sur l'élaboration d'un référentiel sur l'évaluation de la performance des Ressources Humaines dans les services des urgences (UMC) de Mostaganem, mais plutôt sur le « référentiel » (tiré de la réalité concrète) du système d'évaluation de la performance des ressources humaines dans les UMC. C'est-à-dire l'étude de la corrélation du système d'évaluation de la performance des ressources humaines dans les urgences (variable indépendante), et de la prise en charge du patient, de qualité médiocre (variable dépendante). Dans le domaine de la recherche, c'est un premier pas, presque préalable, pour aborder avec une grande visibilité l'analyse de la performance hospitalière, comme résultante de la conjonction et détermination de nombreux facteurs du système de santé. Cette recherche nous exige de connaître sur la base de quels indicateurs, normes et procédures, l'administration et les acteurs hospitaliers des services des urgences, évaluent la performance des ressources humaines dans les urgences. Et, en quoi, les résultats obtenus (qui se synthétisent dans le degré de qualité de prise en charge du patient, depuis l'accueil jusqu'aux soins post-opératoires), expriment ce rapport de détermination entre le système d'évaluation de la performance des Ressources Humaines et le système de management des services des urgences hospitalières.

A la lumière des arguments qui fondent la problématique proposée, des conclusions des entretiens et de l'étude de la littérature se rapportant à notre recherche, on a formulé la problématique générale sous l'angle de l'analyse du système d'évaluation de la performance des ressources humaines dans les termes suivants : **Le système d'évaluation de la performance des ressources humaines a-t-il une influence significative sur la prise en charge du patient, dans les services des urgences hospitalières ?**

Par ailleurs, nous formulons un second questionnement : **Dans l'analyse des dynamiques professionnelles, existe-t-il une différence entre les catégories professionnelles (médecins,**

paramédicaux et administratifs) dans leur relation d'influence opérationnelle sur la prise en charge du patient, dans les services des urgences hospitalières ?

Cette prise en charge du malade est de qualité peu acceptable car produisant, en général, peu de satisfaction au niveau des usagers. En soulignant que ce peu de satisfaction des usagers des UMC est un indicateur important sur l'état du service public de santé. Cette approche doit tenir compte du niveau d'organisation des urgences hospitalières : réglementation de l'évaluation de la performance, coordination avec le plateau technique, outils administratifs et qualité du système d'information etc. Ce niveau d'organisation se reflète dans la qualité de prise en charge du patient par les équipes des urgences hospitalières. L'informatisation serait une des conditions préalables pour la performance hospitalière, étant donné son rapport direct avec l'efficacité du système d'information. La notion de performance, au de-là de son caractère multidimensionnel, est toutefois relative. Quels sont les critères et les normes à la base de cette notion fondamentale ? Comment est-elle perçue par les différentes catégories de travailleurs de la santé ? Quel est la place de l'équité, dans ses dimensions culturelles (l'esprit de justice et d'égalitarisme est très ancré dans la culture de la société algérienne) et économiques dans les milieux de travailleurs, en particuliers chez les paramédicaux, du fait de leur rôle particulier dans les services hospitaliers ? C'est toute l'importance de cette recherche qui s'intègre dans un contexte de réforme du système de santé et d'intégration dans ce qu'on appelle l'économie de marché (avec le besoin de l'introduction du système de mesure des inputs dont les ressources humaines) et qui est imprégnée d'une problématique que met en rapport l'analyse de la corrélation entre le système d'évaluation des ressources humaines dans les urgences hospitalières et la faible qualité de la prise en charge du patient.

La problématique de l'évaluation de la performance des ressources humaines s'inscrit, inévitablement, dans la perspective du changement de l'organisation hospitalière des urgences, ainsi que dans l'objectif de valider la nécessité de la crédibilité du secteur publique de santé et de son rôle dans la dynamique de l'économie de marché avec les exigences d'attractabilité par rapport au rôle joué par le secteur privé actuellement.

Cette faible qualité dans la prise en charge des patients est fondée sur le constat, les réclamations et l'insatisfaction des patients et de leurs familles et parfois des urgentistes eux-mêmes. C'est aussi ce que rapporte la presse écrite, régulièrement, sur les réclamations des usagers, les séjours, et parfois, des décès évitables des patients dans les urgences hospitalières (articles presse). Les conclusions du rapport de la Banque Mondiale confirment cette attitude d'insatisfaction et de manque de confiance des patients à l'égard des établissements des secteurs sanitaires (2007 : 185).

Sur le terrain hospitalier, l'évaluation de la performance des ressources humaines se traduit par la distribution de primes aux corps médical, paramédical, administratif et autres agents des urgences. La procédure d'évaluation est fondée sur des textes, avec des paramètres généraux, assez discutables, sans lien avec la réalité des services hospitaliers et de leurs exigences. L'application de ces textes est, souvent, administrative, voire bureaucratique et ne tient pas compte des efforts réels de chaque médecin, paramédical ou administratif. Ni même des différences de performance entre les différents collectifs hospitaliers (service, unité etc.). On note déjà une grande difficulté : les objectifs généraux à atteindre dans les services, centres ou unités ne sont pas la base du « référentiel d'évaluation » réel de la performance.

En étudiant ce thème, on comprend parfaitement l'importance des systèmes incitatifs dans l'amélioration de la production des soins. On mettra en relief l'importance de l'équité et de sa perception par les travailleurs (théorie Adams). Et le comportement des urgentistes en réaction à leur perception de la place qu'ils méritent dans l'institution ou l'entreprise hospitalière.

Dans cette recherche, nous nous sommes intéressés à comprendre pourquoi les augmentations salariales de 2008, assez conséquentes (comme l'expliquent les théories classiques des organisations), n'ont pas produit un impact significatif sur l'amélioration de la performance hospitalière des ressources humaines et donc sur la prise en charge du patient dans les urgences. Il faut souligner que c'est à ce type d'organisation que le projet de loi sanitaire propose un dispositif (déjà mis en œuvre dans les pays capitalistes développés) qui vise l'évaluation, le projet d'établissement, la démarche qualité et la procédure d'accréditation.

Dans ce cadre, nous partons du postulat de base, ce que nous confirment toutes les données (de l'enquête exploratoire et de la littérature universelle), qu'il y a une nette différence (et un autre contexte organisationnel) entre les établissements sanitaires algériens et français ou européens, et qu'il n'y a pas lieu de copier, ni l'organisation, ni la démarche des gestionnaires telle quelle ou leur législation du travail. On peut, toutefois, s'en inspirer.

Les ressources humaines sont perçues comme particulièrement importantes en raison du fait que les systèmes de santé sont des systèmes à forte utilisation de main d'œuvre et que les dépenses de personnel sont généralement le poste de dépenses le plus lourd parmi les dépenses de santé récurrentes. Comme l'explique l'OMS, la question n'est donc pas seulement de savoir combien de ressources sont disponibles, mais de veiller à ce que le panachage soit approprié et à ce que les ressources soient utilisées de manière efficiente (OMS, 2000).

Cette manière de formuler la problématique nous amène à définir, préalablement, le type de management actuellement en exécution dans l'organisation des urgences hospitalières. Dans l'analyse de la problématique des ressources humaines de santé, le bureau régional de l'OMS

pour l'Afrique, constate que « les systèmes d'information et de gestion sont limités et ne fournissent pas de réelle mesure de la productivité des personnels », en soulignant que l'absence de système d'évaluation met en évidence les caractéristiques suivantes des systèmes de santé africains (OMS, 2007 : 16) :

1. Problème de fiabilité des données;
2. Faiblesse des systèmes d'informations sanitaires;
3. Ressources techniques limitées pour la maîtrise des systèmes d'information;
4. Mauvaise qualité des données récoltées (faiblesse de leur définition);
5. Médiocrité et insuffisances des méthodologies de collecte de données;
6. Faible comparabilité des données entre les pays;
7. Le rapport de la conférence conclut qu'il s'agit de passer de l'administration du personnel à la gestion stratégique des ressources humaines.

Dans cette approche, sous l'angle de la psychologie du travail et des organisations, les ressources humaines qui jouent un rôle central dans l'accueil, l'accompagnement du malade et la production des soins et donc dans la performance de l'organisation hospitalière, seront au centre de cette problématique.

Cette approche est donc sous-tendue par le nécessaire apport de la psychologie du travail, des organisations et des ressources humaines, dans l'analyse des organisations de santé. En plus de l'importance de l'approche multidisciplinaire, cette discipline permet de répondre, dans le domaine de la recherche et des applications, aux multiples besoins de l'organisation et des services de santé : analyse des ressources humaines, du rendement, motivation, système d'évaluation, poste de travail, le travail d'équipe et la dynamique des groupes ainsi que le rôle des leaders, les conflits du travail et l'analyse des relations du travail. La psychologie du travail s'intéresse également à l'analyse du système incitatif et d'encouragement du personnel de santé, du système de décision, de la chaîne de commandement etc. Cette problématique et la proposition des hypothèses s'inscrivent dans la tradition des sciences de gestion et de l'organisation. Dans ce sens, la psychologie du travail et l'ergonomie peuvent apporter des réponses de fond aux dysfonctionnements et contraintes de l'organisation des urgences et à la problématique de la qualité de la prise en charge du patient.

Un intérêt particulier sera accordé à l'analyse du système du management mis en œuvre dans l'administration hospitalière et des services de santé. Il faut souligner qu'en règle générale, que ce soit le corps médical ou paramédical (qui gèrent les services de santé), leur formation est fondée essentiellement sur le technique, le médical. Les systèmes de gestion, les pratiques du management sont fortement négligés dans leur formation.

Dans le débat sur le management des organisations et la recherche des facteurs de performance et de compétitivité, la société algérienne souffre-t-elle « d'un problème d'hommes compétent » ? C'est un problème récurrent qui revient à chaque fois dans les débats sur la nécessité de gestionnaires compétents dans les institutions ou dans les organisations de production (ou de service).

Il y a plus d'un siècle, que le fondateur de l'Organisation Scientifique du Travail (quelque soit l'opinion qu'on se fait sur son approche sur l'organisation du travail), a tranché sur cette question de fond. Ainsi dans l'introduction de son livre « La direction scientifique des entreprises », F.W Taylor (1912), qui présentait l'efficacité du nouveau système de direction et de gestion, l'Organisation Scientifique du Travail (OST), dégagait ce principe général que « dans le passé, l'homme était l'atout maître ; dans le futur, le système sera cet atout » et que ce livre a été précisément écrit dans l'objectif « *d'essayer de convaincre le lecteur du fait que le remède a cette inefficacité réside dans la direction scientifique et non dans la recherche d'hommes exceptionnels ou de génie* » (F.W Taylor, 1912). La détermination, donc, des outputs et de la performance, en particulier, n'est pas l'affaire d'hommes exceptionnels mais de la mise en place d'un système d'organisation et de gestion. D'où la nécessité d'une rupture avec l'ancien système de gestion et d'une transition vers un nouveau système de santé, fondé sur la performance et le management participatif, condition essentielle d'une gestion moderne.

Hypothèses de recherche

A la lumière de la problématique générale, l'hypothèse générale formulée est présentée dans les termes suivants : **Le système d'évaluation de la performance des ressources humaines a une influence significative sur la prise en charge du patient, dans les services des urgences hospitalières.**

Le système d'évaluation, de caractère administratif, non valorisant l'activité des ressources humaines et peu efficace en particulier dans le sens de l'équité, explique la prise en charge d'un niveau de qualité peu acceptable par les usagés.

En réponse au second questionnement relatif à l'analyse des dynamiques professionnelles et des différence entre les catégories professionnelles dans leur relation (d'effet) sur la prise en charge du patient, nous formulons la seconde hypothèse : **Il existe une différence d'influence dans le collectif des urgentistes, au bénéfice des deux groupes professionnels, médical et paramédical, dans leur rapport d'influence opérationnelle sur la prise en charge du patient, dans les services des urgences hospitalières.**

Les structures des urgences sont conçues pour prendre en charge dans les meilleurs délais des pathologies graves, pour améliorer le pronostic vital, prévenir les séquelles, diminuer la

douleur, etc. S'il est fondamental que tous les patients soient vus le plus vite possible pour évaluer les besoins de soins, l'attente entre l'évaluation et la prise en charge médico-soignante doit dépendre de la gravité de l'état de santé du patient. Ce temps d'attente reflète le triage dans les structures des urgences. Pour qu'un service d'urgences puisse ouvrir, avertit l'auteur de l'article, il doit disposer d'un nombre minimum de personnels à tout moment de la journée, afin d'assurer l'accueil des patients et leur prise en charge (y compris l'hospitalisation de courte durée). Pour les structures d'urgences accueillant une forte affluence de patients, l'absence d'un référentiel (de fiches de postes) engendre des situations très diverses selon les services des établissements des urgences. Par contre, la mise en place d'un poste d'accueil et d'orientation (PAO) est déterminante, en ce sens qu'elle permet une meilleure orientation des patients (L. Ricroch et al, 2015 : 1-4).

La démarche d'évaluation n'a réellement d'intérêt que si elle est le point de départ d'une démarche d'amélioration. Une évaluation qui ne conduirait pas à la mise en place d'actions correctives et/ou préventives n'aurait pas de sens et serait très démotivante pour les professionnels. Ainsi, la démarche d'amélioration a pour objectif le maintien de certains résultats obtenus et l'amélioration de ceux qui s'avèrent insuffisants (M. Montagnon, 2009 : 981).

L'analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers nous montre que « Le rôle normativement reconnu des urgences hospitalières est de traiter des traumatismes dus à des accidents ou des problèmes de santé liés à des épisodes aigus de maladies chroniques ou des épisodes graves de maladies aigues qui nécessitent une intervention médicale urgente (Central Health Services Council, 1962 ; Torrens et Yedvab, 1970 ; Magnusson, 1980 ; Hurley et al, 1989 ; Selby et al, 1996). Toutefois les urgences hospitalières sont largement utilisées pour des motifs tout autres. » (Anne Lemay et al, 1996 : 08)

Selon les estimations de la Banque mondiale, la transition démographique à elle seule fera augmenter les dépenses de santé de 60 % en valeur réelle entre 2000 et 2020 (Banque mondiale, 2007 : 172). D'où la nécessité urgente d'un système d'évaluation de la performance des ressources humaines qui puisse participer par une distribution justifiée des primes et un système de promotion équitable à une utilisation rationnelle des dépenses et des moyens mis à la disposition du système de santé.

La première enquête nationale de 2003 sur les urgences hospitalières

Les consultations et hospitalisations en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public. Les services d'urgence hospitaliers étant le plus souvent surchargés, avec des urgences de gravité différente, des structures extra hospitalières

fonctionnant 24 heures sur 24 et réparties par secteur sanitaire sur l'ensemble du territoire national ont été identifiées dans le cadre de la restructuration de 1997 par le Ministère de la Santé (MSRH, Enquête Nationale sur les UMC, 2006 : 05).

Les urgences représentent une part importante des consultations non programmées et sont dans la majorité des cas orientées vers le centre hospitalo-universitaire ou l'hôpital du secteur sanitaire le plus proche. Ceci a pour conséquence le recours immédiat aux services des urgences hospitaliers.

Selon la définition proposée dans les études internationales sur le volet « urgence », on entend par « urgence » le besoin exprimé d'une prise en charge diagnostique ou thérapeutique rapide, non programmée, entraînant la consultation dans un établissement de soins ou l'hospitalisation. Ce besoin exprimé par le patient et/ou sa famille reste une notion subjective et différemment appréciée d'un sujet à l'autre (MSRH, 2006 : 06). Les consultations et hospitalisations en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public. Les services d'urgence hospitaliers étant le plus souvent surchargés, avec des urgences de gravité différente, des structures extra hospitalières fonctionnant 24 heures sur 24 et réparties par secteur sanitaire sur l'ensemble du territoire national ont été identifiées dans le cadre de la restructuration de 1997 par le Ministère de la Santé (MSRH, 2006 : 05).

La situation des urgences témoigne de dysfonctionnements à plusieurs niveaux et plus particulièrement au niveau de l'organisation. Des propositions et des plans d'action ont été établis à plusieurs reprises, sans action efficace sur le terrain, entraînant une démotivation du personnel médical et paramédical. De plus, des mesures incitatives doivent être mises au point pour favoriser le recrutement des urgentistes et faire en sorte que les postes aux urgences soient occupés par des paramédicaux et médecins qualifiés.

Cette dernière enquête sur les urgences médico-chirurgicales ne fait que confirmer les dysfonctionnements déjà décrits dans les précédents rapports du ministre de la santé, soulignent les rédacteurs du rapport (MSRH, Enquête Nationale sur les UMC, 2006 : 49), tels que :

1. Le flux massif sur certains points aux dépens d'autres,
2. Une part importante des cas d'urgences qui ne sont pas de la zone,
3. Les vraies urgences représentent moins du dixième des malades examinés durant la garde,
4. Le personnel est peu motivé (primes de garde insuffisantes, conditions de travail médiocres, environnement difficile),

5. Le personnel est souvent peu qualifié.

Cependant, notent les rédacteurs du rapport, « Plus de la moitié des urgences reçues au cours de la semaine d'enquête ne sont pas considérées comme des urgences réelles » (MSRH, Enquête Nationale sur les UMC, 2006 : 47). Enfin, ce qui prédomine reste l'absence de ligne directrice et plus que l'insuffisance des moyens humains (médecins spécialistes, urgentistes) ou de moyens matériels, c'est l'absence d'organisation qui reste le point crucial, conclue le rapport (MSRH, Enquête Nationale sur les UMC : 50).

Une synthèse des recommandations est proposée dans le rapport soumis au ministre de la santé. La restructuration des urgences doit être basée sur un plan de travail avec un cahier des charges au niveau des structures d'urgences, quel que soit leur niveau. L'évaluation doit être périodique, avec dans un premier temps, une périodicité courte. Il est important que cette évaluation qui doit d'abord être interne à la structure, soit dirigée par un comité de suivi impliquant des personnes extérieures à la structure.

Ce comité de suivi pourrait comporter un représentant de la Direction des Services de Santé, un représentant de l'Institut National de Santé Publique (INSP) et des experts cliniciens des urgences (urgences médico-chirurgicales d'adultes, urgences pédiatriques, urgences cardiovasculaires etc.). Le premier travail consiste donc à établir selon l'organisation décrite précédemment, un cahier des charges pour les différents niveaux de structures d'urgences.

Par ailleurs, l'enquête menée par l'équipe du Laboratoire de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS) autour du thème « les professionnels de la santé dans les services des urgences du CHU d'Oran », souligne que « Le plus gros problème de ces services sont les innombrables évacuations, en provenance des hôpitaux de la périphérie, qui en plus de l'exiguïté du service, empiètent sur les moyens mis à leur disposition pour la prise en charge des cas d'Oran » (N. Bouslama, 2011 : 06). Le rapport de recherche précise aussi que « Le malade veut rendre son séjour à l'hôpital comme s'il s'agit de se rendre dans un endroit où tout le monde le soutient. Il veut se familiariser avec le personnel, c'est le cas des femmes arrivées avec des noms des sages-femmes pour s'occuper d'elles » (N. Bouslama, 2011 : 18). Cette recherche a aboutie aux conclusions suivantes :

1. Pour le professionnel de santé, les tensions sont interprétées par cette impossible mise en œuvre de la norme médicale dans toutes ses dimensions (hygiène, alimentation, espace de soins, moyens techniques etc.) au sein d'une réalité socio-sanitaire qui vient déconstruire tout le modèle professionnel rêvé des praticiens de la santé.

2. Les professionnels de la santé insistent sur le flou organisationnel qui pervertit toute l'activité quotidienne identifiée en termes d'aléas, de dysfonctionnements et d'incertitudes.
3. Il faut bien partir de la dimension socio-organisationnelle imposée à l'ensemble des acteurs de la santé (usagers), professionnels de santé, pour comprendre ce désenchantement exprimé par ces derniers à propos du fonctionnement des services des urgences (N. Bouslama, 2011 : 21).

Par ailleurs, si on veut aborder correctement la problématique des urgences hospitalières, c'est sous la double nécessité, d'abord celle de la mise en place d'un système d'évaluation de la performance des urgentistes (comme un sous-système interne de l'organisation des urgences). Ensuite, celle du respect, d'un point de vue opérationnel, de la hiérarchisation du système des soins et donc du rôle des organisations de première ligne. On cite l'Etablissement Public de Santé de Proximité (EPSP), comme un sous-système externe (du système de santé local) aux urgences, qui joue un rôle déterminant sur la mission et les objectifs des organisations des urgences, dans l'objectif d'inverser ou de corriger la tendance du flux des patients (représenté schématiquement par 80 % de consultations non urgentes et 20 % de pathologies urgentes, si on réfère à l'entretien avec le directeur des UMC de Mostaganem). C'est-à-dire projeter, dans la nouvelle configuration du système de santé, la nécessaire coordination entre les EPSP et les trois services des Urgences Médico-Chirurgicales ainsi que la maternité et la psychiatrie de la wilaya Mostaganem (coordination, évaluation, échanges sur des solutions etc.).

Ainsi, ce système de hiérarchisation de la carte sanitaire algérienne prévoit que les citoyens sont appelés à être orientés vers les structures médianes de santé que sont les EPSP, à partir des structures de proximité que sont les salles de soins dans les quartiers et les villages, et ce, pour désengorger les hôpitaux du flux humain des demandeurs de soins de base (Wikipédia, 30.08.2016). Dans la même réflexion, selon A. Abid (2014), cadre au ministère de la santé, « des défis multiples liés aux évolutions démographiques, épidémiologiques, urbanistiques et de gouvernance, entres autres, en appellent à un système de santé hiérarchisé, pyramidal, rénové, à articuler sur sa base que sont les soins de santé de base. Le système de santé algérien a été construit selon la préconisation de l'OMS sur l'offre de santé de proximité (soins de santé primaires)».

Cette hiérarchisation de soins et des structures nécessite un cahier de charge pour chacune d'elle, mais aussi par service hospitalier, propose M. Brahim Farouk. Ce cahier de charge permettra une répartition rationnelle des budgets, et leurs révisions à la baisse ou à la hausse en fonction des résultats. Ce serait alors la base même de la contractualisation. Le secteur

privé doit être soumis aux mêmes règles de hiérarchisation, de définition des missions, et de cahier de charge, dans un cadre concerté avec les pouvoirs publics (M. B. Farouk, 2012).

Motivations pour le choix du thème de recherche

L'intérêt de cette recherche centrée sur la thématique de l'évaluation de la performance des ressources humaines dans les urgences, repose sur les motifs essentiels suivants :

- 1.** Un intérêt de recherche qui concerne une activité des plus particulières : la performance hospitalière. Une fonction régulatrice stratégique des ressources humaines et donc du système de santé. En rapport avec l'économie de marché et la perspective de la réforme hospitalière.
- 2.** Cette recherche nous renseignera, par le retour des données et résultats, sur l'état réel de l'organisation des urgences, des professionnels de santé et indicateurs dans un des services hospitaliers où la charge de travail est la plus élevée.
- 3.** Définir la place particulière des services des urgences dans la réforme hospitalière. C'est un service hospitalier à hauts risques pour la santé du collectif des urgences et où la charge de travail est la plus importante, par rapport aux autres services hospitaliers. Statistiquement, plus de 24.5 % des malades se dirigent quotidiennement vers les urgences hospitalières (MSPRH, Statistiques nationales, 2009 : 436). De l'activité globale des services hospitaliers, les urgences représentent, il faut souligner, une activité continue et un flux important des malades. Aussi, le service des urgences hospitalières est perçu et identifié par les usagers comme une symbolique forte des institutions de l'état. Les urgences représentent, dans le système de santé, une place significative par rapport à la crédibilité du service public.
- 4.** C'est un champ d'étude interdisciplinaire par excellence (psychologie du travail, sociologie de santé, anthropologie de santé, économie etc.) qui nécessite de nombreux travaux de recherche et de propositions de solutions d'amélioration, dans le cadre d'une réforme radicale du système de santé.
- 5.** Les textes réglementaires qui régulent toute l'activité des urgences qui datent de 1988, ne répondent plus aux exigences et préoccupations des urgences hospitalières qu'elles concernent le fonctionnement des urgences ou le suivi de la carrière des différents corps professionnels du collectif des urgentistes. Rappelons aussi que le système de santé actuel fonctionne toujours sur la base de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, qui date de l'époque du parti unique (jusqu'à la date d'adoption par l'Assemblée Nationale de la nouvelle loi sanitaire, en juin 2018).

Les objectifs de la recherche

Comment traduire les principes essentiels de l’OMS et de la littérature universelle sur la performance hospitalière dans la formulation de la démarche d’évaluation du système de performance des ressources humaines dans les services des urgences du système de santé algérien ? Quels sont les objectifs de la recherche à définir ?

La performance des ressources humaines est plus qu’un thème d’actualité. La littérature sur ce sujet est abondante (sur les organisations sanitaires européennes, des pays capitalistes développés). Qu’en serait-il des Ressources Humaines des systèmes de santé africains (et de leur performance) ? Notre travail de recherche peut proposer des réponses précises à cette question ainsi que des pistes de recherche.

On se propose de fixer comme objectif central de cette recherche, de formuler modestement une démarche de l’évaluation de la performance hospitalière des ressources humaines des urgences hospitalières dans l’organisation de santé algérienne. C’est un des objectifs qui est inscrit dans les textes de l’avant-projet de loi sanitaire (section 5 : Art.232 jusqu’à 238). Concrètement, cela se traduit dans les objectifs suivants :

1. Clarifier la signification du concept de performance hospitalière. Au-delà de son acceptation théorique. C'est-à-dire ce qu’il signifie et comment il est perçu et défini par la communauté hospitalière et particulièrement dans les urgences (équité etc.) Cette définition prend une connotation particulière quand on veut tenter d’aborder la démarche de la mesure de la performance et de son l’évaluation.
2. Un des objectifs essentiels de cette recherche centrée sur l’étude du système d’évaluation de la performance dans les urgences est d’analyser les attitudes et réflexions des différentes catégories des ressources humaines (corps médical, paramédicaux, administratifs) et leurs réactions dans les sens des possibilités de solutions et des perspectives d’amélioration qu’ils proposent.
3. Mettre en évidence et faire ressortir comment fonctionne concrètement le système d’évaluation de la performance, formel et informel. Et sur quelles règles établies est fondé le système d’évaluation (textes, procédures, usages, pratiques consensuelles etc.). En faisant ressortir également le schéma général d’évaluation de la performance dans les urgences, son caractère opérationnel ainsi que ses limites et faiblesses ou dysfonctionnements.
4. Dans le cadre de cette recherche, faire ressortir, évaluer le rôle du système incitatif et particulièrement son rapport avec le critère équité. Etudier son apport et limites dans l’amélioration de la performance des urgences.

5. Tirer les leçons des expériences étrangères (les erreurs à ne pas commettre).
6. Dans le domaine de la littérature, on tentera de répondre à la question suivante : quel proposition de qu'on pourrait adopter dans la démarche d'évaluation de la performance des ressources humaines dans l'organisation sanitaire algérienne des urgences?
8. Aboutir à l'élaboration d'un guide bibliographique (littérature et textes réglementaires) qui servira d'outil à l'étude de la problématique de l'évaluation de la performance dans les urgences hospitalières.
9. En collaboration avec le corps enseignant médecin, élaboration de cours et programme d'enseignement, pour les étudiants de médecine et les paramédicaux des instituts de formation paramédicale, sur la problématique de l'évaluation de la performance hospitalière dans les urgences : les matériaux rassemblés (bibliographie, prise de notes, conclusions et recommandations) serviront aussi à l'élaboration d'un programme de cours centré particulièrement sur l'approche managériale et ses concepts dans le secteur de la santé, ainsi que sur les expériences internationales et les travaux de l'OMS.
10. En tenant compte du contexte sociopolitique dans lequel se déroule notre travail de recherche et des débats autour des problèmes de santé et de l'avant-projet de loi sanitaire et plus particulièrement autour du contenu à donner, (et des stratégies implicites à proposer) à la réforme hospitalière et des enjeux économiques qui lui sont liés, nous considérons cette recherche, avec ses remarques, les résultats de l'enquête et ses recommandations, comme une contribution concrète à ce débat et aux perspectives à lui offrir.

Définition opérationnelle des notions

Nous proposons les définitions des concepts opérationnels suivants : les services des urgences, les urgentistes, la prise en charge du malade, l'équité, le système d'évaluation et la performance des urgentistes (cf. figure N° 01, Notions opérationnelles, page 24).

Avant ces définitions, nous proposons de présenter le modèle conceptuel de Donabédian (du système socio-sanitaire) qui s'identifie au système de production et d'évaluation des soins et comprend les trois éléments essentiels, à savoir les Inputs, le Process et les Outputs (Résultats) et qui, à notre avis, exprime le mieux et de la manière la plus pédagogique, le processus de production, de mesure des soins et, finalement, l'analyse de la qualité du système de santé. Les inputs sont représentés par les trois principaux apports du système de santé présenté par l'OMS.

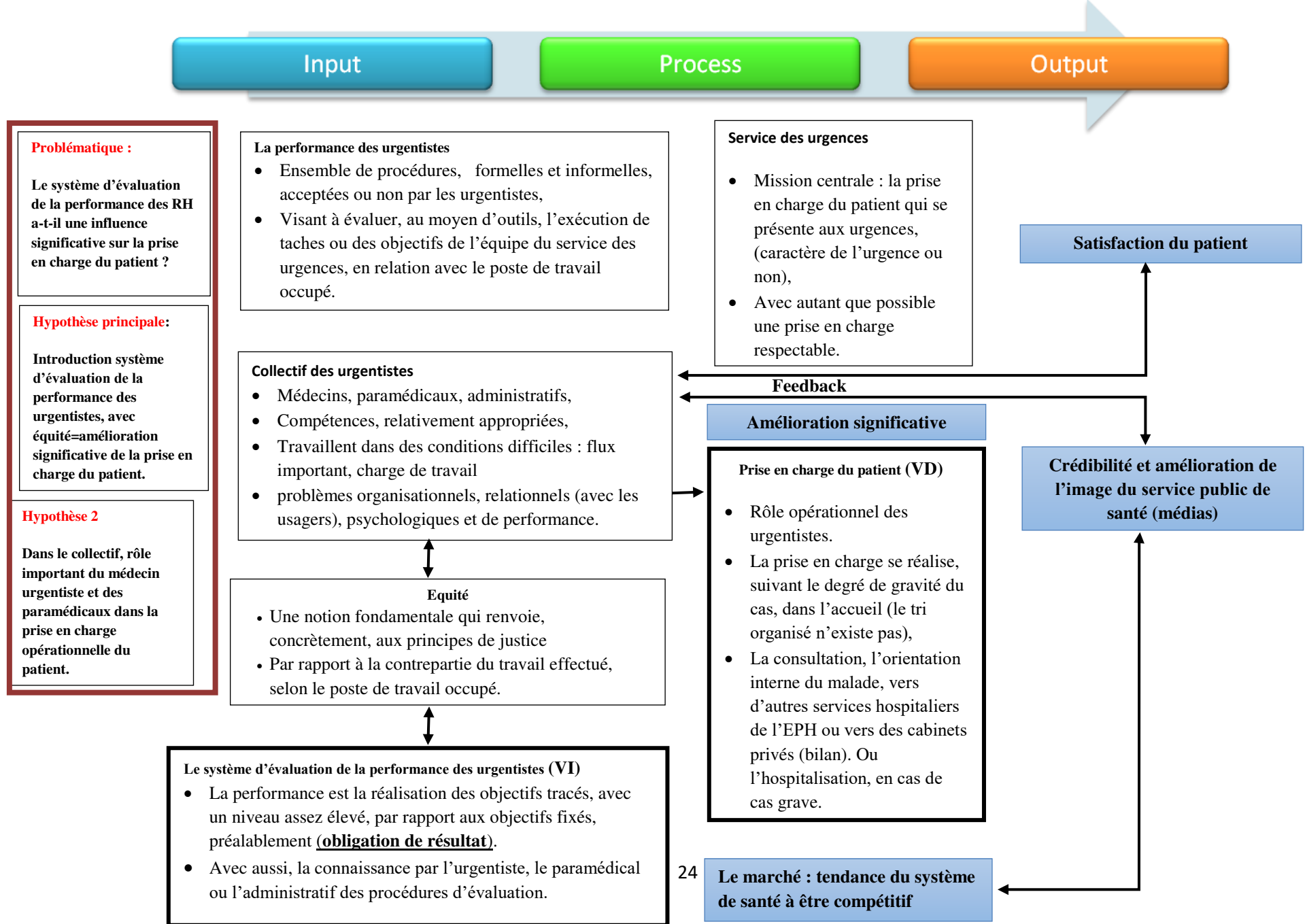
Le processus est représenté par toutes les transformations au niveau de l'organisation hospitalière des services des urgences, et où les ressources humaines jouent un rôle central.

Les résultats correspondent aux offres de soins qui s'identifient à la problématique de la performance, soit la corrélation de la prise en charge du patient avec système d'évaluation de la performance des urgentistes et des administratifs.

- **Les services des urgences** : Leur mission centrale est la prise en charge du patient qui se présente aux urgences, présentant le caractère de l'urgence (ou non), avec autant que possible une prise en charge respectable. Ce sont les services des urgences des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) de Mostaganem, de Ain Tedeles et de Sidi Ali, ainsi que les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) gynéco-Obstétrique (maternité) et l'EHS de la psychiatrie, relevant de l'EPH de Mostaganem.
- **Les urgentistes** : C'est un personnel de santé qui travaille dans les différents services de l'urgence, qu'ils soient des médecins, des paramédicaux ou des administratifs. Ils disposent de compétences, relativement appropriées, et travaillent dans des conditions de travail, souvent difficiles, qui accompagnent la prise en charge du patient, avec le souci de la qualité. Le flux important, particulièrement les cas non urgents, représentent une charge professionnelle difficile à maîtriser. D'où de multiples problèmes organisationnels, relationnels (avec les usagers), psychologiques et de performance.
- **La prise en charge du malade** : C'est le rôle opérationnel des urgentistes. La prise en charge se réalise, suivant le degré de gravité du cas, dans l'accueil (le tri organisé n'existe pas), la consultation, l'orientation interne du malade, vers d'autres services hospitaliers de l'EPH ou vers des cabinets privés (bilan). Ou l'hospitalisation, en cas de cas grave. L'expérience prouve que des problèmes peuvent se poser : soit le manque d'effectif (manque de spécialistes, de produits médicaux nécessaires) ou d'indisponibilité d'ambulance, en cas d'évacuation interne (intra-hospitalière) ou externe (vers d'autres services hospitaliers, de la wilaya de Mostaganem ou d'autres régions, tel Oran).
- **L'équité** : c'est une notion fondamentale qui renvoie, concrètement, aux principes de justice par rapport à la contrepartie du travail effectué (avec, il faut le souligner, la perception de l'urgentiste et de l'administratif), selon le poste de travail occupé. L'équité s'exprime dans la distribution des salaires et primes, particulièrement celles dites d'intéressement. C'est le facteur matériel. Nous intégrons également les stimulants moraux qui représentent une forte charge symbolique pour le travailleur, tels le respect, l'estime, toutes les formes de reconnaissance du travail effectué, exprimés par les différents responsables et aussi par le partenaire social (dans les services des urgences, l'EPH et la DSP). Nous complétons, en intégrant également, la promotion qui comprend les deux stimulants, matériel et moral.

- **Le système d'évaluation(de la performance des urgentistes)** : c'est un ensemble de procédures, de règles et d'échelles de mesure, formelles (définies préalablement dans les textes), et informelles (en intégrant les valeurs culturelles de la société algérienne), acceptées ou non par les urgentistes et administratifs, visant à évaluer et à mesurer, en général, au moyen d'outils conçus et élaborés à cet effet, l'exécution d'un programme ou de tâches du service des urgences, en relation avec le poste de travail occupé ou des objectifs de l'équipe. Le résultat de cette évaluation aboutit au versement de la prime d'intéressement (ou de performance) et à d'autres actes visant soit le respect, l'estime, l'encouragement, la promotion ou la sanction financière (suppression de journées de salaire, diminution ou suppression de la prime) ou morales (avertissement, blâme, affectation à un autre service etc.).
- **La performance des urgentistes** : la performance est la réalisation des objectifs tracés, avec un niveau assez élevé, par rapport aux objectifs fixés, préalablement. Avec aussi, la connaissance par l'urgentiste, le paramédical ou l'administratif des procédures d'évaluation. Elle signifie, en premier lieu, un résultat relatif (positif ou négatif), réalisé au moyen de l'évaluation et grâce à un outil de mesure, en général en mesurant les résultats ou les activités réalisées (corrélées à une échelle ou des objectifs) par le personnel de l'organisation des urgences. L'outil d'évaluation est une fiche de notation qui devrait être remplie par le responsable du service des urgences, en notant certains paramètres (présence, absences, qualité du travail). Il n'existe pas de cahier des charges définissant les objectifs à réaliser dans le service.

Figure N° 01 Système d'évaluation de la performance des urgentistes et la prise en charge du patient : les concepts opérationnels



Chapitre 02 : Description et analyse de l'organisation des urgences hospitalières

Introduction

Dans ce chapitre centré sur les urgences hospitalières, nous aborderons le domaine de définition, le champ d'intervention, l'organisation des urgences, le rôle des ressources humaines, l'expérience universelle, pour en faire bénéficier le système de santé algérien et les urgences hospitalières, en particulier. Dans ce cadre, nous présentons un résumé du *Guide canadien de gestion de l'unité d'urgence* et son approche des urgences, comme l'expression d'un référentiel, au titre de l'expérience universelle, en ce sens où son approche se recoupe, avec les analyses de fond de l'OMS. Nous accompagnons cet éclairage sur l'organisation et le fonctionnement des urgences par une présentation des urgences du système de santé algérien, à travers l'analyse du dispositif réglementaire et de son expérience sur le terrain, et de l'analyse des résultats de l'enquête nationale de 2003. Pour une meilleure visibilité, on présentera, en annexe, le dispositif juridique des urgences, dans ses différentes composantes.

1. Un référentiel de l'organisation des urgences

On s'appuiera dans cette première partie sur le Guide canadien de gestion de l'unité d'urgence (2006), au titre d'une proposition d'un référentiel, non pas pour tenter une application mécanique du Guide, mais tout d'abord, en tant qu'expérience internationale et également pour s'inspirer, selon les conditions concrètes, organisationnelles et l'architecture du système de santé, dans une perspective « dynamique et évolutive », comme le conçoivent ses auteurs.

1.1 Domaine de définition de la notion d'urgence hospitalière

Nous présentons certaines définitions de la notion d'urgences :

La notion d'urgence a été évolutive dans le temps : apparue pour la première fois, en France, sous ce terme dans un texte ministériel de 1965, où elle était implicitement corrélée à la gravité de l'état clinique, elle sera considérablement élargie en 1991 puisque c'est le caractère imprévu et pas forcément la gravité qui sera retenue. L'organisation des urgences est donc un phénomène récent. Les services d'accueil des urgences ont progressivement acquis un statut propre, en même temps que leur mission s'est à la fois précisée, spécialisée, et élargie (F. Faranpour, 2013 : 6-7).

Selon un rapport de l'Académie Nationale de Médecine (France), « L'urgence vitale peut se définir comme une situation qui met en jeu, dans l'immédiat, à court terme la vie des patients. Elle correspond à de multiples éventualités, comporte de nombreuses facettes qui traduisent la complexité des faits » (Académie Nationale de Médecine, 2010). On présente d'autres définitions :

1. On entend par "urgence" toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement.
2. Les modalités de fonctionnement du service sont prévues, écrites, et conformes au projet d'établissement.
3. L'hôpital s'engage à assurer globalement la fonction d'accueil, d'orientation et de soin des urgences. La prise en charge des urgences ne repose pas uniquement sur le service des urgences, mais sur l'ensemble des services de l'hôpital (SFUM, 2001).

Enfin, souligne l'Agence Régionale de Santé (France) « Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit où les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir » (ARS, 2012 : 03).

Par ailleurs, Laurence Cohen et al affirment dans un rapport d'information qu' « Il semble au total que le service public des urgences, soit particulièrement exposé à l'ensemble des tensions qui parcourent la société, et que se cristallisent de manière paroxystique à la porte des établissements de santé, par nature lieu d'incertitude et de stress et qu'en ce sens, conclu le rapport, les urgences hospitalières offrent un reflet de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé (L. Cohen et al, 2017).

Pierre Mardegan propose la définition suivante : « Quelle que soit la conjoncture, les missions fondamentales des services d'urgences doivent rester les mêmes : prendre en charge tout patient s'y présentant, garantir la continuité (24 heures sur 24 toute l'année) et la qualité des soins, avec obligation de performances diagnostique et thérapeutique, et s'assurer de l'orientation la plus adaptée » (P. Mardegan, 2005 : 01).

Le rapport de la commission des affaires sociales française souligne aussi « que l'on ne pouvait pas pour autant parler d'un « réflexe » vers les urgences de la part de nos concitoyens », puisqu'on retrouve parmi les patients des services un pourcentage important de personnes ayant entamé un parcours de soins en médecine libérale, explique le rapport. Les rapporteurs expliquent que, n'ayant pas trouvé de réponse (ou alors une réponse jugée inadaptée, s'agissant par exemple des délais de rendez-vous), les patients se tournent vers les services d'accueil des urgences (L. Cohen et al, 2017).

1.2 Les objectifs des urgences

On peut recenser les principaux objectifs des urgences dans les éléments suivants :

Selon le guide canadien de l'unité d'urgence, un service d'urgences doit assurer en permanence une prise en charge adaptée aux besoins du patient, efficace et sécurisée.

Le système informatique qui reconfigure tout le système d'information vers l'efficacité, constitue le principal élément du système d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des soins du service d'urgences. Il permet d'atteindre plusieurs objectifs :

- ✓ Enregistrer, analyser et superviser la trajectoire du patient par un système de suivi, ou "tracking", capable de décomposer les différentes étapes de la prise en charge depuis l'entrée dans le service, dans l'espace et le temps. Cette surveillance continue des patients depuis leur arrivée dans le service d'urgences permet d'obtenir des tableaux de bord d'indicateurs de qualité comme les délais d'attente, le taux d'occupation des box.
- ✓ Fournir des tableaux de bord affichant, en temps réel et en temps différé, des données quantitatives et qualitatives sur la trajectoire de patients se présentant au service d'urgences, soit au cours de la journée, soit lors des variations saisonnières ou annuelles.
- ✓ Fournir et communiquer les statistiques d'activités demandées par les tutelles.
- ✓ Analyser le trajet du patient bien avant son arrivée en s'appuyant sur un réseau établi entre le service d'urgences et les intervenants impliqués dans les soins primaires (par exemple, les SAMU, les médecins de ville par des liens intranet ou internet).
- ✓ Réaliser une aide à la décision médicale en procurant en temps réel les informations concernant les hospitalisations précédentes, les soins prodigués en dehors de l'Hôpital,

1.3 Organisation des urgences

Le caractère transversal de la médecine d'urgence, signifie pour la SFUM que « La médecine d'urgence partage avec les autres spécialités des référentiels, des stratégies, des parcours de soins et des techniques spécialisées qui s'inscrivent dans la compétence et les objectifs de formation des urgentistes ». En complétant que la mission de l'urgentiste est aussi « de trier les urgences en fonction de la gravité, de les traiter et de les orienter vers la structure médicale la plus adéquate ». (SFUM : 02, 2011).

G. Kokou APETE affirme, qu' « Au-delà d'une mobilisation, il faut plutôt parler d'une combinaison de l'intervention de plusieurs éléments et de plusieurs acteurs. Ces moyens et ces ressources, s'ils ne sont pas continuellement utilisés, combinés pour des patients, ne sont pas non plus disponibles comme on le voudrait à tous les moments. Il ne s'agit pas là d'une disponibilité uniquement quantitative, mais aussi qualitative » (G. Kokou APETE, 2011: 79).

Dans une « Contribution à la conception d'un système d'aide à la décision pour la gestion de situations de tension au sein des systèmes hospitaliers », Farid Kadri explique que « Les

services d'urgence sont des composantes clés des systèmes hospitaliers. Les principales problématiques auxquelles les services d'urgence doivent faire face sont essentiellement :

- ✓ L'augmentation du volume des admissions aux urgences hospitalières (engorgement des urgences, pics d'activités),
- ✓ La limitation des ressources (humaines et matérielles),
- ✓ Les contraintes structurelles, financières et organisationnelles,
- ✓ Le manque de formation du personnel médical pour résoudre les problèmes liés à la gestion du flux de patients.

La conjonction de ces problématiques, conclut F. Kadri, est la cause de l'apparition de situations de tension au sein d'un service d'urgence. Elles induisent des dysfonctionnements importants et un accroissement sensible de la charge de travail du personnel du service (F. Kadri : 01, 2014).

Par ailleurs, la Fédération Hospitalière de France, dans un communiqué, affirme que l'augmentation continue du recours aux Urgences (plus de 38 % en 10 ans) marque la reconnaissance par les Français de l'excellence hospitalière, comme le relève un récent sondage TNS Sofres qui rappelle que la principale cause de recours aux Urgences est la qualité et la disponibilité d'un plateau technique et de compétences humaines. Cette augmentation, explique le communiqué, génère en revanche des problèmes liés avant tout à la difficulté de trouver des solutions d'aval pour une partie des patients (FHF, Communiqué du 04.06.2013).

1.4 Guide de gestion de l'unité d'urgence

Nous présentons les missions des urgences, en s'appuyant sur l'important *Guide canadien de gestion de l'unité d'urgence* (2006) dont la philosophie de travail prônée (selon l'introduction du guide) se veut dynamique et évolutive. Ces auteurs confirment que « l'amélioration de la gestion des urgences constitue un dossier prioritaire du ministère de la Santé et des Services sociaux » et que le présent guide a été élaboré à partir d'octobre 1999, en réunissant, dans des forums, vingt-trois (23) organismes directement concernés par la question des urgences (dans un esprit d'intersectorialité, il faut le souligner) et dont la recommandation principale affirme que les hôpitaux et leurs partenaires réaliseront et diffuseront un guide complet de gestion de l'urgence dans l'hôpital, dans lequel on retrouvera une charte des conditions de réussite de l'intégration de l'urgence dans l'hôpital et dans ses liens avec la communauté et le développement de modèles de gestion de l'urgence faisant appel à une responsabilité partagée (médico-infirmière), en s'inspirant des meilleures pratiques et des réussites locales et régionales ». Un Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) a été créé en 2000 lors du deuxième forum sur les urgences dont la mission principale était de produire ce guide.

Cette philosophie qui a imprégné l'élaboration du guide s'exprime à travers les principes fondamentaux suivants :

- ✓ La primauté du patient.
- ✓ La satisfaction des besoins du patient.
- ✓ Un constant souci du maintien de la qualité des soins.
- ✓ Une approche rigoureuse en ce qui a trait à la gestion.
- ✓ La responsabilité des décideurs.

Des recommandations fondées sur des preuves scientifiques, lorsque celles-ci existent, sur des expériences connaissant du succès ou sur des tendances reconnues (AQESSS, 2006 :18).

Dans ce sens, les rédacteurs du guide soulignent que « Les hôpitaux et leurs partenaires réaliseront et diffuseront un guide complet de gestion de l'urgence dans l'hôpital, dans lequel on retrouvera une charte des conditions de réussite de l'intégration de l'urgence dans l'hôpital et dans ses liens avec la communauté et le développement de modèles de gestion de l'urgence faisant appel à une responsabilité partagée (médico-infirmière), en s'inspirant des meilleures pratiques et des réussites locales et régionales » (AQESSS,2006 :16).

Les rédacteurs du guide expliquent également que *le modèle de gestion doit s'inspirer des onze principes directeurs* décrits dans les points suivants :

1.4.1 Principes directeurs fondateurs du modèle de gestion

- ✓ Qualité des soins,
- ✓ Respect de la personne,
- ✓ Modèle de gestion,
- ✓ Implication du médecin de famille,
- ✓ Responsabilité des acteurs en cause,
- ✓ Connaissance des types de patients fréquentant l'urgence,
- ✓ Utilisation pertinente de l'urgence,
- ✓ Approche systémique,
- ✓ Gestion continue de la situation,
- ✓ Performance,
- ✓ Qualité et accessibilité des données.

Nous proposons de définir certains principes du modèle de gestion :

1.4.2 Modèle de gestion

Le modèle de gestion proposé est basé sur l'implication et la responsabilisation du personnel, ainsi que sur la délégation de mandats à des instances clairement identifiées, autorisées et reconnues, fonctionnant de façon interdépendante (AQESSS, 2006 : 19).

Les rédacteurs du guide expliquent que le modèle de gestion est fondé sur les principes suivants :

- ✓ Implication de tous les intervenants de l'urgence.
- ✓ Présence d'une équipe action-soutien à l'urgence.
- ✓ Existence d'un consensus accordant la priorité à l'urgence au sein de l'établissement.
- ✓ Existence d'un tandem médico-infirmier clinique et administratif.
- ✓ Présence d'un coordonnateur médical à l'urgence.
- ✓ Présence d'un coordonnateur de la gestion des lits dans l'établissement.
- ✓ Existence d'un plan de débordement de l'urgence approuvé par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le conseil d'administration (C.A.).
- ✓ Existence d'un comité de coordination quotidienne des départs et des admissions.

Afin de mieux définir et cibler le type de patient de l'urgence, les rédacteurs du guide recommandent d'adopter la définition de l'American College of Emergency Physicians (ACEP, 1994) : « *Emergency services are those health care services provided to evaluate and treat medical conditions of recent onset and severity that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe that urgent and/or unscheduled medical care is required* ».

Avec la traduction des rédacteurs du guide : « *Les soins d'urgence sont des services de santé servant à évaluer et à traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau moyen de connaissances en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire* » (AQESSS, 2006 : 21).

Pour terminer cette brève présentation, nous présentons quatre concepts, toujours en rapport avec l'architecture et la pratique du guide : les notions de performance, et de système d'information fiable.

1.4.3 La performance

Tout en reconnaissant que la notion de la performance est un sujet complexe, les rédacteurs du guide adoptent la définition de Voyer P. (1997) :

- ✓ – Accomplir sa mission en s’adaptant à son environnement et en profitant de ce qu’il a à offrir.
- ✓ – Produire des résultats de qualité correspondant aux objectifs de l’organisation.
- ✓ – Atteindre les résultats escomptés au meilleur coût possible.
- ✓ – Respecter les conditions organisationnelles liées à l’utilisation optimale des ressources et à la qualité du processus.

1.4.4. La mission de l’urgence

Dans la mise en œuvre de ses missions, le guide part du postulat de base de l’ « *Approche axée sur le patient* ». Ainsi, explique le guide, pour que l’on puisse accomplir cette mission, la vision de l’urgence doit être axée sur l’idée que celle-ci fait partie intégrante de la communauté à l’intérieur de laquelle elle fait office de filet de sécurité sanitaire. Il faut aussi que *l’urgence soit intégrée à l’hôpital* où elle constitue une plaque tournante et une importante porte d’entrée pour les patients ayant rapidement besoin de services. *La mission de l’urgence*, affirme le guide, *doit être affichée dans les locaux de l’urgence*, principalement dans la salle d’attente.

1.4.5 L’accès à l’urgence

Lorsqu’un patient décide de se rendre à l’urgence, il suit un certain parcours avant de recevoir les soins requis par sa condition médicale. La responsabilité de l’hôpital envers le patient débute dès que ce dernier entre sur le terrain de l’hôpital. Certaines précautions méritent d’être prises afin de diminuer les risques pour le patient durant ce parcours. L’urgence doit être facilement localisable, donc adéquatement identifiée à l’extérieur de l’édifice.

1.4.6 Le triage

L’Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) est utilisée dans le but d’uniformiser le processus du triage par le recours aux mêmes critères et à la même méthode de classification, autant pour les adultes que pour les enfants ou les personnes souffrant d’un problème de santé mentale. Une gestion continue de la salle d’attente, précise le guide, sous la responsabilité de l’infirmière du triage, doit tenir compte des priorités accordées au cours du triage et de la durée du temps d’attente avant la prise en charge médicale, particulièrement pour les personnes âgées et les personnes souffrant d’un problème de santé mentale.

1.4.7 Critères de compétence : L'infirmière qui effectue du triage devrait posséder

- ✓ Les aptitudes en communication et en relations humaines nécessaires au décodage de l'information transmise par le patient ou ses accompagnateurs.
- ✓ La capacité de mener une entrevue afin d'obtenir de l'information pertinente, qu'elle soit subjective ou objective, pour l'évaluation de l'état de santé du patient.
- ✓ Une bonne connaissance du développement physique et psychologique de l'adulte et de l'enfant, selon le sexe.
- ✓ Une bonne connaissance des échelles de l'évaluation de la douleur en fonction des types de personnes.
- ✓ Une bonne connaissance des paramètres physiologiques normaux de la population adulte, gériatrique et pédiatrique.
- ✓ Une bonne connaissance des problèmes psychosociaux familiaux : maltraitance des enfants, agression sexuelle, violence conjugale, négligence, pauvreté, etc.
- ✓ Une connaissance approfondie de l'ETG, à la fois pour les adultes et les enfants.
- ✓ Une connaissance des ressources communautaires disponibles (AQESSS, 2006 : 39).

1.4.8 Durée de séjour à l'urgence

Il demeure que la durée totale du séjour de ces patients à l'urgence apparaît trop souvent excessive, affirme le rapport. Les principaux facteurs responsables de cette situation au Québec sont bien connus, à savoir l'absence de ressources alternatives, les délais liés à l'évaluation initiale par le médecin, aux délais liés aux examens diagnostiques et aux consultations des spécialistes, ainsi que la difficulté de prise en charge des personnes âgées et des patients souffrant d'un problème de santé mentale par le réseau local. Il est souhaitable que le nombre de patients ambulatoires à l'urgence diminue, de même que leur durée de séjour. À titre de comparaison, l'Angleterre a adopté une norme de durée de séjour ne dépassant pas 4 heures, et ce, pour l'ensemble des patients de l'urgence (incluant les patients sur civière et les patients ambulatoires). L'aménagement de lieux, séparés du secteur des civières et réservés aux patients ambulatoires, apparaît essentiel, si l'on tient compte de toutes ces remarques.

1.4.9 Prise en charge du patient

L'urgence est intégrée dans le continuum des soins et l'équipe de l'urgence doit être en mesure d'offrir immédiatement les soins optimaux pour tous les problèmes urgents. L'urgence doit être en mesure d'offrir des soins autant aux adultes qu'aux enfants, à moins que l'établissement soit à vocation unique et que cette vocation soit bien connue de la population. Les établissements ayant une vocation unique ou qui sont moins familiers avec

certains types de cas doivent planifier des procédures de prise en charge et de transfert dès l'arrivée du patient dont la pathologie ne correspond pas à leur mission.

1.4.9.1 Conditions pour prendre en charge un patient à l'urgence

Le Collège des médecins du Québec, dans son rapport sur la complémentarité des services d'urgence, a proposé un canevas pour déterminer dans quelle mesure un médecin peut prendre en charge un patient. Le principe directeur justifiant l'établissement des critères de prise en charge des patients a pour but d'éviter les délais dans l'administration des soins. Le médecin de l'urgence doit évaluer rapidement si son établissement est en mesure d'offrir les soins aux patients qui consultent pour un problème aigu.

Un médecin peut prendre en charge un patient dans une urgence si, après évaluation, les principes suivants sont respectés :

- Le centre possède les ressources permettant d'évaluer adéquatement le patient et d'établir un diagnostic.
- Le médecin de l'urgence où l'établissement dispose des ressources pour traiter le problème adéquatement.
- Le traitement est susceptible d'améliorer l'état du patient, de sorte que ce dernier puisse quitter le centre dans un délai de 8 heures, lorsqu'il n'est pas nécessaire de l'hospitaliser.

1.4.10 Famille et visiteurs à l'urgence

La participation du patient et de ses proches, tout au cours de l'épisode de soins doit être un objectif à atteindre pour le personnel soignant. Le manque de connaissance et d'information sont des éléments qui génèrent un sentiment d'incertitude et d'anxiété chez la famille et les proches. Ces sentiments influencent leur capacité de compréhension de la situation et peuvent, par conséquent, nuire aux relations entre la famille et le personnel de l'urgence. Plus la famille reçoit d'information, plus elle devient une alliée pour l'équipe soignante.

1.4.11 Gestion du stress

L'urgence est un milieu propice au stress psychologique. L'activité quotidienne d'une urgence expose régulièrement ses intervenants à des stress post-traumatiques (échec d'une réanimation, tensions avec les patients, etc.). Les tensions supplémentaires qui sont imposées au personnel des urgences viennent augmenter le risque de stress psychologique. Par ailleurs, les infirmières et les médecins sont régulièrement sollicités en vue de faire des heures supplémentaires, ce qui les expose à l'épuisement et aux erreurs. Le chef de l'urgence,

souligne le guide, *doit prévoir des mécanismes de prévention* qui permettront d'éviter que des situations ponctuelles dégènèrent en problèmes majeurs ou chroniques.

1.4.12 Mécanismes de protection du personnel

La présence d'individus agressifs, armés ou violents est une éventualité à prévoir dans les urgences. Une équipe de contrôle physique, ayant une formation appropriée, permet d'intercepter et de maîtriser ces individus. Dans la même dynamique de compréhension de la mission des urgences et de ses implications dans l'organisation interne, Marie-Edith Petit-jean nous présente les caractéristiques des urgences dans les pays en voie de développement.

1.5. Tout service d'urgence représente un véritable observatoire de santé publique

C'est l'observation principale de Marie-Edith Petit-jean (2002), Experte en urgence et anesthésie-réanimation (France), dans sa réflexion sur « Les urgences hospitalières dans les pays en voie de développement ». Dans le cadre d'un réseau de prise en charge des urgences, explique l'auteur, « l'objectif principal est de pouvoir assurer à l'ensemble de la population concernée, l'accessibilité aux soins d'urgence dans un délai raisonnable et à un coût financier acceptable ». Ainsi au niveau de chaque district de santé, la prise en charge des urgences médico-chirurgicales de l'adulte et de l'enfant devrait être garantie à la population.

Analysant les particularités de l'unité d'Urgence, l'auteur explique que l'organisation des urgences doit tenir compte des spécificités de la mission et doit être centrée sur le “ circuit ” du patient, de son admission à sa sortie de l'unité, en précisant à chaque étape le rôle de chacun des intervenants, ses tâches et sa responsabilité vis à vis du patient.

1.5.1 Constituer le référentiel, définir la mission

Un préalable à toute organisation est de définir la mission de l'Unité d'Urgence. Elle vise à préciser le type de population accueillie (enfants et/ou adultes), la spécialisation ou non des soins (urgences polyvalentes, médicales, chirurgicales, gynéco-obstétricales etc.), la continuité ou non de l'activité de soins (accueil de jour, 24h/24). Ses limites seront déterminées par la disponibilité et la qualification des ressources professionnelles, la disponibilité et le degré de technicité des ressources matérielles du service, mais aussi par l'offre médico-chirurgicale et médico-technique présente au sein de la structure de santé concernée. On veillera tout particulièrement à ce que la mission de l'Unité d'Urgence soit bien en accord avec les objectifs de politique de santé de la structure et des responsables du district sanitaire.

Une fois validée, la mission de l'Unité d'Urgence sera portée à la connaissance de tous les professionnels de santé internes et externes à la structure considérée, mais aussi de la population concernée.

1.5.2 Quelle qualification ?

Idéalement, le personnel recruté devrait avoir une véritable compétence dans le domaine de l'urgence. Mais à ce jour, et à de rares exceptions près, il n'existe pas dans les pays en développement, de véritable plan de formation à l'urgence, et de reconnaissance institutionnelle de l'urgence en tant que spécialité médicale ou paramédicale. L'apprentissage des gestes d'urgence, l'enseignement des conduites à tenir face à une situation d'urgence est une nécessité et devrait être intégrée dans le cursus médical et paramédical général de tous les futurs acteurs de santé.

Dans le domaine de la formation à l'urgence, un partenariat initial peut être souhaitable avec des pays développés ayant une expertise reconnue. Mais la mise en place d'une formation nécessite un certain nombre de garanties auprès des autorités sur le statut professionnel, la mise à disposition des ressources pédagogiques (locaux, matériel, terrain de stage etc.), l'accord sur les critères de sélection des personnes à former, enfin la reconnaissance du diplôme délivré.

Travailler dans une Unité d'accueil des urgences expose à des contraintes physiques et psychiques, et nécessite des capacités d'organisation : ces éléments seront pris en compte dans l'élaboration du profil de poste. Au total, pour chaque catégorie de personnel, il sera élaboré :

- Une fiche de poste précisant l'identification du poste (titre de la fonction) et son contenu (objectif principal et listes des activités et tâches afférentes).
- Un profil de poste précisant les domaines de compétence (les savoirs théoriques, les savoir-faire, les savoir-être) et les exigences particulières.

1.5.2.1 Quelle formation continue?

Dans les pays en développement, une des grandes difficultés est l'accès à l'information et à la formation médicale continue. Cette quasi-absence aggrave largement l'isolement des professionnels de santé tout particulièrement dans les zones éloignées de la capitale. Or les compétences, les savoirs doivent être régulièrement évalués à tous les niveaux, si l'on souhaite maintenir expertise et qualité des soins.

1.6 Quelles perspectives ?

La mission de formation d'une Unité d'Urgence devrait s'étendre bien au-delà de son service. Ainsi, chaque unité devrait avoir l'ambition au sein de son district sanitaire, de devenir un véritable centre de référence pour la prise en charge des urgences, la formation du personnel aux gestes d'urgence, mais aussi l'éducation de la population. En effet, quel que soit le service de soins médico-chirurgical considéré, tout professionnel de santé peut se retrouver face à une détresse vitale non prévue. Aussi un des objectifs à moyen terme devrait être l'élaboration d'un plan de formation aux gestes d'urgence pour le personnel interne à l'établissement mais aussi pour le personnel des structures de santé de premier contact.

Qu'en sera-t-il dans le domaine de la prévention dans les urgences hospitalières ?

Le rapport de l'OCDE apporte une réponse au système de santé. Ainsi, il affirme que la meilleure connaissance des facteurs de risque individuels et la prise de conscience de la possibilité de mettre en place des interventions de prévention efficaces ont donné aux prestataires de soins de santé de nouvelles raisons de placer la prévention au cœur du système afin de passer progressivement d'une démarche curative à une démarche plus anticipative et préventive. Les systèmes de soins se transforment en systèmes de santé. Pour réaliser cette transition, il est nécessaire de suivre avec attention la santé et le mode de vie (tabagisme, nutrition, consommation d'alcool) de la population, ainsi que la qualité des soins (préventifs), notamment lorsqu'ils sont dispensés au niveau des soins primaires (OCDE : 04, 2010).

L'évolution constante de notre système de santé sollicite la participation de tous les partenaires du réseau, incluant le secteur pré-hospitalier, les services de première ligne, les soins hospitaliers, les ressources d'hébergement et les services de réadaptation, conclut les rédacteurs du guide, dans une approche inter-sectorielle. Dans ce contexte, les urgences demeurent une plaque tournante du système de santé et se situent au cœur des préoccupations quant à l'accessibilité des soins. L'urgence s'ajuste constamment à la demande de services, mais reflète trop souvent les dysfonctionnements de l'ensemble du réseau.

Après avoir abordé les principes, la philosophie et la démarche du guide canadien de l'urgence, dans la conception d'un référentiel, on présente, d'un point de vue critique, la base réglementaire de l'organisation et du fonctionnement des urgences, dans l'organisation sanitaire algérienne.

2. L'organisation et le fonctionnement des Urgences hospitalières (Algérie)

Introduction

On présente dans cette partie les deux principaux textes réglementaires (la circulaire du 20.06.1988 et l'instruction du 05.02.1989) qui régissent le fonctionnement et l'organisation des urgences qui ont été, il faut le souligner d'emblée, accompagnés, au fur et à mesure de l'évolution de la demande et des exigences de la santé publique, par des instructions et circulaires du ministère de la santé, rappelant l'importance du service public de santé, principalement dans l'accueil de l'utilisateur et l'amélioration de l'organisation de la garde et des soins, mais, il faut l'affirmer, sans performance effective, le niveau de la qualité de la prise en charge du patient, restant le principal critère de la performance et de la crédibilité de l'organisation des urgences. La prise en charge du patient (la principale variable de la recherche), quelles que soient les mesures d'amélioration prises dans les lieux de notre enquête (les UMC des trois EPH, l'hôpital psychiatrique et la maternité), reste tributaire du faible niveau d'organisation, de coordination avec l'environnement et d'un système d'information qui ne permet pas une évaluation efficace des ressources humaines et de l'organisation.

Dans cette partie consacrée à l'organisation des urgences et de la garde, nous avons, en reprenant le dispositif juridique mis en place à la fin des années quatre-vingt, tenté une évaluation de cette expérience, à la lumière des nouveaux besoins de ce segment de l'organisation hospitalière.

L'analyse de l'évolution du dispositif réglementaire fait ressortir les remarques suivantes :

- Dans leur majorité, les textes sont élaborés dans l'urgence, sous la poussée de réclamations du personnel de santé, pour répondre à des problèmes immédiats (organisation, indemnités, rappel des dispositifs réglementaires etc.),
- A la lecture des textes, on se rend compte qu'ils n'ont pas de caractère pédagogique, ou éducatif, en ce sens où l'administration n'argumente rarement les décisions par l'évaluation du parcours des organisations ou des ressources humaines,
- Ces données sont symptomatiques d'un modèle organisationnel bureaucratique, centralisé où la décision est, souvent prise, en dehors des partenaires sociaux, qu'ils soient du corps médical, des paramédicaux ou des administratifs,
- Ce style de management exprime une faible capacité de négociation liée à la nature de l'organisation,

- Sur le fond, une simple lecture de ces textes fait ressortir l'absence de la perspective stratégique. C'est surtout le court terme, voire l'immédiat qui est abordé.
- Enfin, l'élaboration des textes qui fondent l'organisation et le fonctionnement des Urgences mérite des rencontres de concertation (comme une tradition dans l'organisation) avec les partenaires sociaux, en rapport avec la gouvernance et l'évaluation systématique de l'activité. L'élaboration du dispositif juridique, même quand il s'agit de faire des mises au point ou des rappels, mérite l'intervention des experts.

2.1 Le dispositif juridique : éléments d'évaluation

Le schéma d'organisation, de fonctionnement des urgences et de la garde médicale, est fondé, juridiquement, essentiellement, sur deux principales circulaires.

2.1.1 La circulaire N° 406/MSP/ du 20.06.1988, portant garde médicale et pharmaceutique où sont définies les conditions matérielles à réunir pour améliorer les prestations de garde, l'organisation de la garde et, en annexe, les modalités d'application des sanctions disciplinaires (toujours en application mais, pour l'essentiel dépassées par le nouveau contexte institutionnel).

2.1.2 L'instruction N° 26/MSP/DSS du 05.02.1989 portant organisation et fonctionnement de la garde et du service d'urgence où sont définies,

Dans l'annexe 1: l'organisation générale, la coordination et le contrôle de la garde et du service d'urgence,

Dans l'annexe 2 : le schéma de la prise en charge hiérarchique des urgences médico-chirurgicales.

L'instruction du 05.02.1989 débute d'emblée par expliquer que l'amélioration de l'accueil et du traitement des malades amenés aux urgences dans les structures de santé, est un objectif prioritaire et permanent du ministère de la santé publique. Et de souligner, à juste titre, que « les conditions de prise en charge des patients est l'indicateur le plus sensible du sérieux et de l'efficacité du système de santé ». Cette instruction, reprend et précise, dans les annexes 1 et 2, les projets d'organisation et de fonctionnement des urgences médico-chirurgicales, abordés dans la circulaire du 20.06.1988.

2.1.2.1 Organisation de la garde des urgences

Nous présentons l'organisation de la garde dans les Urgences et dans les points de garde des urgences qui, précisons-le, sont situés dans les Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP), depuis leur ouverture, en 2008.

Principes d'organisation

La permanence ou la garde :

Le principe général de la permanence adopté par les urgentistes consiste à travailler pendant une période de 12 heures, y compris le jour de repos légal et les jours fériés, et à récupérer pendant 02 jours.

L'instruction du 27.01.2004, relative à la récupération après une garde, est très explicite à ce sujet : « Une période de repos d'une journée, pour la récupération, est désormais accordée à tout le personnel concerné immédiatement après avoir assuré sa garde. Il demeure entendu que cette période ne saurait être exigible si la garde est suivie d'un week-end d'une fête ou de toute période de repos légal ». Soulignons aussi que l'instruction du 07.01.1998 qui définit les conditions de la garde, précise que « la garde peut couvrir une amplitude allant de 12 heures à 24 heures ».

Le déroulement de la permanence des équipes des urgences est basé sur les tableaux de garde des médecins spécialistes, des médecins généralistes et de celui des paramédicaux. En règle générale, 02 équipes se relaient durant les gardes de jour et 03 équipes durant les gardes de nuit.

Les modalités de la permanence : théoriquement (et réglementairement), tous les médecins généralistes sont astreint à la garde et donc, inscrits sur le tableau de garde. Il faut comprendre que cette obligation n'est pas seulement un principe d'égalité entre médecins, mais surtout une démarche visant à permettre aux médecins urgentistes d'acquérir et d'améliorer les gestes de l'urgence et dans le domaine du profil de formation, à viser vers une polyvalence de l'urgence qui donnerait au médecin urgentiste la possibilité, en terme de compétence et de performance, de répondre à des situations de l'urgence à équations multiples.

Dans la pratique, ce principe n'est pas respecté. Pour des raisons culturelles et après les sollicitations des médecins généralistes femmes, dans la plupart des gardes des urgences, les médecins généralistes femmes ne sont pas concernées par les gardes de nuit. A notre avis, il faut compter que dans le Tableau De Bord de l'organisation sanitaire des urgences, c'est un comportement, économiquement et surtout socialement (en termes de statut de la femme dans la société et de ses valeurs), contre-productif et des attitudes, face aux nécessités du travail, à ne pas encourager, encore moins à accepter. Dans des perspectives qui annoncent une féminisation des effectifs de la fonction publique (santé et éducation). Ce dysfonctionnement est à inscrire dans les pistes prioritaires de la recherche.

2.1.2.1.2 Etablissement des tableaux de garde :

Les tableaux de garde mensuels et nominatifs du service de garde sont établis par les chefs de service au plus tard le 20 de chaque de mois, pour le mois suivant. Ces tableaux de garde qui sont transmis par les chefs de service au directeur de l'établissement et au directeur adjoint chargé des services sanitaires, pour suivi et contrôle, sont affichés au niveau des services concernés. Il est souligné que ces tableaux de garde doivent comporter l'indication détaillée de chaque temps de permanence dans toutes les structures de santé concernées (garde ou à domicile), en précisant à chaque fois le nom, les qualités du praticien et du paramédical ou de tout autre agent qui en sont chargés.

Dans la pratique, ce sont les comités de garde qui élaborent les listes de garde qui sont visées par, outre le chef de service des urgences ou le responsable de la spécialité concernée, le directeur de l'établissement hospitalier et le sous-directeur des services sanitaires

Participation au service de garde :

Le texte responsabilise, tout d'abord, le chef de service : « les chefs de service organisent et contrôlent le service dont ils assurent la responsabilité ». Participent au service de garde, les praticiens de santé publique, médecins, psychiatres, gynécologues, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, généralistes et spécialistes. Ainsi que le personnel administratif, technique, de maintenance et de service. Malgré leur omission, les paramédicaux qui jouent un rôle irremplaçable dans les UMC, participent depuis plusieurs années au service de garde.

Comité de la garde et des urgences :

• Sa mission se résume dans :

1. l'organisation, le suivi et le contrôle des gardes et des urgences des structures de santé et de veiller à leur bon déroulement,
2. la définition du type de structure, des moyens humains et matériels nécessaires aux activités de garde et des urgences et de veiller à leur mise en œuvre,

L'activité de ce comité se limite, pratiquement, à la programmation des gardes et à leur suivi. Les aspects d'évaluation et de réflexion ne sont pas traités régulièrement. A l'exception du comité de garde et des urgences du secteur sanitaire qui repose sur une activité réelle, les autres structures (de wilaya ou national) sont formelles et organisent des réunions sans liens avec les besoins et exigences des collectifs des urgences.

2.1.2.1.3 Le comité national d'organisation de la garde et des urgences :

Aucune information (P.V., courrier etc.) n'est parvenue aux établissements hospitaliers ou aux Urgences, depuis plusieurs années,

Le comité de wilaya

Existence formelle (ne tient même pas des réunions par trimestre, comme exigé dans les textes), pas d'échos de son activité auprès des collectifs des urgences,

Le comité de l'Établissement Public Hospitalier (EPH), de la direction de l'hôpital psychiatrique ou de la maternité

Rattaché directement aux exigences professionnelles des urgentistes et à la nécessité de programmer les gardes, ce comité fonctionne régulièrement, souvent sans aborder l'évaluation de l'activité des urgences ou des autres tâches dictées par l'instruction.

Périodicité des réunions des comités

Une réunion par trimestre, pour les comités de l'administration centrale et de wilaya; et une fois par mois pour le comité d'établissement.

Garde technico-administrative

Elle est assurée régulièrement dans le cadre de la garde des urgences, avec la participation d'administratifs, d'un grade élevé (directeur, directeur adjoint, administrateur, attaché) et d'agents techniques qualifiés (plombiers, électriciens, agents de maintenance etc.).

Garde en matière de sécurité

Le texte exige la présence permanente d'agents de la sûreté nationale et d'agents de surveillance de sécurité préventive, « au niveau de l'établissement hospitalier ou de toute autre structure de santé assurant la garde ». C'est un des aspects les plus sensibles dans les Urgences.

En matière de conditions de travail (restauration, hébergement et détente) :

Le texte est clair à ce sujet : « Le personnel médical et paramédical doit trouver au sein du service de garde le confort physique et moral afin d'offrir une disponibilité effective et efficiente (chambres de repos avec sanitaire, salle de restauration, détente avec cafétéria).» A ce niveau, la situation s'est relativement améliorée. La restauration et les chambres de repos existent dans les trois UMC, l'hôpital psychiatrique et la maternité de Mostaganem.

2.1.2.1.4 Schéma de la prise en charge hiérarchisée des urgences médico-chirurgicales

Cette approche est restée une constante dans la démarche du ministère de la santé. Cette démarche repose sur le principe que la prise en charge des urgences est hiérarchisée. Le premier niveau est représenté par les EPSP (polyclinique), par le centre de santé et les cabinets privés. Le deuxième niveau est représenté par l'hôpital (ou les Urgences) dont le rôle est d'assurer les soins aux malades qui ne peuvent être traités ambulatoirement, nécessitant une hospitalisation et des techniques d'investigation non disponible au sein du premier niveau.

Concrètement, cette démarche justifiée théoriquement, n'est pas généralement respectée par les citoyens. Son application est elle-même un critère d'appréciation des usagers sur le niveau d'intervention et d'efficacité des niveaux hiérarchiques proposés dans le cadre de cette approche.

2.1.2.1.5 A. Les urgences ambulatoires

Sur le terrain, les unités des urgences ambulatoires n'ont jamais fonctionnées, en assurant, comme prévu, des gardes 24/24. Et, c'est sous la pression des requêtes des populations et de la demande des urgentistes, l'expérience aidant, que timidement, depuis 2004, des points de garde sont ouverts, d'abord, dans les communes rurales. Avec le minimum disponible dans les polycliniques, en moyens humains et équipements. Après l'ouverture des EPSP, en 2008, le ministère organise l'activité continue, en H 24 et, progressivement, met en place des unités d'urgences, avec le minimum d'équipement et d'infrastructures. Il faut compter, surtout, sur la fonction du leadership interne pour un fonctionnement et une organisation qui tendent vers la performance.

Gardes des praticiens installés à titre privé

3.1 Profil des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes : généralistes, spécialistes,

3.2 Le mode : le texte est catégorique (et bureaucratique) et souligne que la garde est « obligatoire pour tous, toutefois une dispense sera accordée pour limite d'âge ». Il invite les volontaires désireux d'y participer, en plus de leur tour de garde.

3.3 Nombre de garde par mois (horaires et jours) : garde de nuit de 19 heures au lendemain 07 heures.

Jeudi : de 12 heures à 19 heures. Vendredi : de 07 heures à 19 heures. Les jours fériés, 07 heures à 19 heures.

3.3.1 Les modalités : la garde est assurée dans les cabinets, de nuit, les week-end et jours fériés. Le législateur propose, dans un but évident de mobilisation du corps médical, la création d'association de médecins type S.O.S. Médecins pour les visites à domicile. Le législateur propose également d'organiser les gardes selon un découpage de la ville en quartiers, et donc en fonction de l'importance numérique de la population.

Certainement, sous la pression des évènements, la direction générale des services de santé (DGSS) du ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière a instruit, durant l'année 2017, tous les directeurs de santé des wilayas (DSP) de prendre toutes les mesures nécessaires à l'effet d'instaurer la garde médicale dans le secteur privé. Ainsi, l'instruction N° 5, datée du 05 août 2017, rappelle l'obligation du service de garde pour tout praticien que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé.

La mesure non concertée et programmée sans préparation des intéressés est « rectifiée ». La direction générale des services de santé (DGSS) du ministère de la Santé, rectifie les dispositions contenues dans la circulaire N° 05 du 05 août 2017 relative au service de garde pour les praticiens médicaux installés à titre privé. L'instruction 07 du 08 août 2017 (DGSS) précise que, l'établissement des listes de garde dans le secteur privé est laissé à l'appréciation du directeur de la santé et de la population (DSP) de chaque wilaya en fonction des besoins, compte tenu du déséquilibre dans le nombre de spécialistes qui est en faveur du secteur privé par rapport au secteur public.

Fondamentalement, le secteur privé, malgré son évolution et toutes ses capacités acquises ces dernières années, reste marginalisé. Si, officiellement, dans les textes, le privé est sollicité pour participer aux gardes des EPH et des autres établissements d'urgences (maternités et hôpital psychiatrique), dans la réalité, cet aspect des urgences n'est, malheureusement, pas pris en charge, au détriment d'une prise en charge de qualité du patient et de la performance hospitalière. En effet, l'instruction du 07.01.1998, relative à la garde, souligne qu'en cas de déficit du personnel de santé, il peut être fait appel à des praticiens spécialistes de la même spécialité exerçant à titre privé, après avis du conseil médical.

2.1.2.1.6 B. Les urgences hospitalières

Unité hospitalière des Urgences Médico-Chirurgicales

La mission de l'unité des UMC consiste à :

- accueillir, explorer et de distribuer les premiers soins aux malades debout ou couchés, quel que soit l'heure de la journée ou de la nuit,
- hospitaliser tous les malades présentant un état pathologique grave,

- déterminer le service spécialisé qui conviendrait au traitement du patient et de l'orienter vers ce service.

1. Organisation et fonctionnement

L'unité qui comprend trois parties distinctes et complémentaires (accueil, hospitalisation et le plateau technique) assure ses activités 24/24.

1.1 Accueil

Le texte insiste sur l'accessibilité (information, orientation) de la structure où le malade subit les premiers soins d'urgence, et propose un regroupement de l'accueil des urgences en un seul point, pour permettre de mieux organiser les ressources humaines et matérielles. L'instruction présente cinq variantes dans l'accueil et les réflexes à adopter par les urgentistes :

- 1- le malade n'est pas déclaré urgent : il est alors orienté vers une consultation ultérieure,
- 2- le malade est déclaré urgent : il nécessite des soins mineurs ou de petite chirurgie. Il est traité sur le champ,
- 3- le diagnostic met en évidence que le malade relève exclusivement d'une spécialité. I est alors pris en charge par la garde de cette spécialité,
- 4- le traitement relève de l'extrême urgence : le malade passe directement à la salle de déchocage, en soins intensifs ou au bloc opératoire,
- 5- le diagnostic ne peut être établi : dans ce cas, le malade est, soit admis en observation médicochirurgicale au sein de l'unité d'hospitalisation des urgences, soit, après observation et établissement du diagnostic, traité sur place ou évacué vers la discipline dont il relève ou encore, rentrer à domicile.

L'instruction souligne que la mise en observation du malade, doit être de courte durée de manière à maintenir la capacité d'accueil de l'unité d'urgence.

1.2. Hospitalisation

Selon l'importance de l'unité d'urgence, elle doit disposer de 04 à 10 lits d'observation. La durée d'hospitalisation ne doit pas excéder 24 à 48 heures, selon le cas. Passé ce délai, le praticien responsable du service doit prononcer l'admission du patient dans le service d'hospitalisation qui convient le mieux à la poursuite du traitement. Cette décision est exécutoire sans délai, précise le texte qui exige que « chaque service d'hospitalisation de l'hôpital doit réserver en permanence 02 à 04 lit aux patients adressé par l'unité d'urgence» Cette obligation, sera reprise, quelques années plus tard, par une instruction du 29.04. 2000,

pour exiger que les services hospitaliers doivent « réserver obligatoirement 3 à 8 % de leur capacité en lits » aux UMC.

Le texte portant organisation et fonctionnement de la garde et du service d'urgence, responsabilise le chef de service, exerçant à titre permanent, en lui faisant assumer les tâches suivantes :

• Il a autorité sur le personnel médical et paramédical qui participe aux urgences et assure la discipline de service. Il veille particulièrement à :

- la présence effective du personnel médical et paramédical,
- la qualité de l'accueil et des soins aux malades ainsi qu'à l'accueil des familles,
- la réduction des attentes,
- l'organisation du transport des malades dans l'hôpital,
- l'organisation des transferts dans d'autres établissements, dans le cas où ils seront nécessaires,
- il coordonne les activités de cette unité avec les différentes équipes de garde dans l'hôpital,
- il est assisté dans ses tâches d'un surveillant médical exerçant à titre permanent.

Commentaire

Nous reprenant, telle qu'elle l'appréciation formulée, dans le magistère : « Cette fiche de poste est presque identique à celle d'un cadre administratif d'une entreprise industrielle où le style de commandement, la discipline générale, la structure hiérarchique et la nature de l'activité sont assez différents de celle d'une structure hospitalière où l'activité est, généralement, gérée par une équipe de soins et où le caractère administratif n'est pas fortement structuré. Cela s'applique aussi aux aspects organisationnels : l'activité de tri, par exemple, est souvent absente ou gérée par un infirmier. Le chef de service, est un médecin qui assure ses gardes comme les autres et assume la responsabilité pour les besoins de la coordination entre l'équipe elle-même et entre le service et les différents services hospitaliers » (M. Ghobrini, 2007 : 171).

Ce dispositif juridique a été complété, au cours des années suivantes, par d'autres textes. On cite, essentiellement, la décision du 15 août 1996, relative à la création d'une commission des urgences, une instruction de la même année relative à l'organisation et le fonctionnement de la garde et des urgences qui rappelle que « les conditions de prise en charge des patients est l'indicateur le plus sensible du sérieux et de l'efficacité du système de santé ». La garde est réglementée par l'instruction du 07.01.1998.

C'est certainement, sur la base d'un travail d'évaluation et sous la pression des réclamations des citoyens et des requêtes des urgentistes, que le ministère de la santé, a pris la décision N° 178 du 15 août 1996 portant création d'une commission des urgences au niveau des établissements publics de santé. Sans reprendre explicitement les conclusions de l'expérience et les motivations à la base de ce texte réglementaire. La principale critique à formuler, est l'exclusion injustifiée des paramédicaux, alors que l'organisation hospitalière leur confère un rôle irremplaçable dans le fonctionnement des établissements des Urgences hospitalières.

L'importance de la participation des hospitaliers est qu'ils définissent collectivement leurs objectifs, souvent réalistes, en prenant acte des suggestions et du niveau d'expérience des groupes professionnels en présence, ainsi que du flux et des besoins des usagers. L'idéal serait que les services concernés du ministère de la santé, sur la base de l'expérience des pays développés et à la lumière des résultats de l'enquête nationale des UMC de 2003, définissent et proposent aux urgentistes, des paramètres (réglementation, normes, éthique) de fonctionnement des établissements d'Urgences. Encore une fois, il faut éviter de prendre telle quelle et appliquer sans adaptation les textes et expériences des autres pays développés. L'adoption de la nouvelle loi sanitaire peut être considérée comme un point de départ, pour refonder une nouvelle organisation des urgences, à la lumière de l'expérience universelle (en respectant les recommandations de l'OMS) et des exigences de crédibilité le secteur public de santé.

Concernant le comité de suivi des recommandations, il faut tout simplement souligner qu'il n'a pas fonctionné. Sans ajouter un comité à leur plan de charge, les urgentistes ont trouvé des formules plus souples pour procéder au suivi des recommandations.

L'équipe des urgences

L'équipe des urgences est, en règle générale, constituée des membres suivants :

- un ou plusieurs médecins généralistes (un minimum de 02),
- un surveillant médical qui assure la coordination de l'équipe (registre de présence du personnel) et les travaux de secrétariat (donnés statistiques, suivi des congés, etc.) dont l'organisation dépend de la tenue de plusieurs registres,
- plusieurs IDE (soins, injections, plâtre, perfusions etc.), et 1 I.D.E (laborantin). En général, 02 à 03 et plus,
- un agent de sécurité (et plus),
- une femme de ménage,
- des agents techniques de maintenance : électricien, plombier, chauffagiste (de garde, mais pas sur les lieux),

- un sous-régisseur (pour la facturation), et
- une ambulance.

Les supports d'information

L'instruction du 07.01.1998, relative à la garde, définit 06 supports d'information :

- 1- Tableau de garde
- 2- Registre administratif de garde
- 3- Feuille de décompte (au service de la solde)
- 4- Registre médical de garde
- 5- Fiche médicale
- 6- Rapport de garde

Dans la réalité, cette configuration de l'action administrative relative à la garde, même fondée sur des outils traditionnels (puisque éloignée de l'informatisation de ses supports), n'est pas respectée. Dans la vie d'une organisation, particulièrement où l'activité est intense, la simplicité des supports d'information et le respect des spécificités des catégories professionnelles, sont l'exigence la plus prioritaire. A cela, s'ajoute l'importance d'un personnel administratif qualifié. Seuls les tableaux de garde, les registres de garde et les feuilles de décompte, sont utilisés régulièrement dans l'organisation des gardes.

Commentaire

La principale conclusion à tirer est que l'effort de mise en place des structures de l'organisation des urgences, d'adaptation et d'actualisation du dispositif juridique n'a pas été poursuivi et soutenu tout au long des années 1990, 2000 et jusqu'à l'année 2018. Ce sont, souvent, les équipes de soins des urgences qui se sont adaptées aux nouvelles exigences de santé publique. Sur le terrain des organisations des urgences, les responsables des services des urgences, gèrent l'unité, au jour le jour, en réglant les problèmes par des demi-mesures, des solutions provisoires etc.

L'organisation administrative des Urgences est l'objet de la partie suivante. L'accent sera mis sur le rôle central dans le système d'information hospitalier, du secrétariat médico-administratif.

2.1.2.1.7 L'organisation administrative des UMC

Le Secrétariat Médico-Administratif : une fonction centrale dans le système d'information hospitalier

La source de toute la récolte des informations et des données, de toute nature, est le secrétariat médico-administratif. C'est ce qui explique sa fonction centrale dans le système d'information (données statistiques, évaluation). Dans la réalité de l'organisation hospitalière, la fonction du secrétariat médico-administratif n'existe pas dans les Urgences.

En général, les tâches administratives sont prises en charge par un surveillant médical (les anciens sont plus favorisés), en plus de ses activités professionnelles dans l'organisation. Le secrétariat fonctionne comme une courroie de transmission qui assure différentes liaisons de communications et d'échanges entre les différentes équipes professionnelles des Urgences et les services hospitaliers, qu'ils soient administratifs, médicaux ou techniques. C'est le secrétariat médical ou médico-administratif qui se charge des affaires administratives. Les instructions sont généralement verbales et la relation de confiance compte beaucoup. Ainsi, dans les Urgences l'activité et ses règles de fonctionnement, sont peu codifiées ou normalisées.

Il faut souligner que le poste de secrétaire médical n'existe pas dans la structure des ressources humaines des établissements objet de la présente recherche, les services des urgences, l'établissement psychiatrique et la maternité. Les seuls secrétaires (peu nombreux), diplômés, qui avaient la qualité du poste ont été absorbés par le système des promotions.

Depuis une dizaine d'années, sous la pression du rythme de travail et des besoins en personnel d'administration, la plupart des secrétaires médicaux sont des agents administratifs, sans qualification réelle dans le domaine ou relèvent du filet social. C'est ce qui explique que le nombre de registres, le type d'informations à enregistrer, la définition des tableaux et la régularité de la transmission des informations, ne sont pas réglementés ou normalisés. Le personnel du secrétariat travaille, sans descriptif précis des tâches, avec l'approche du bon sens et en fonction de la demande de la hiérarchie (directeur d'hôpital, la DSP ou les services du ministère de la santé). L'absence d'informatisation des structures des urgences accentue cet état de fait, caractérisé par un système d'information traditionnel. On est à se demander, comment dans de telles conditions, sont mis en place et actualisés, les Tableaux De Bords des établissements des urgences, de la direction des EPH, des EPSP ou de la DSP. Tous ces établissements naviguent, au jour au jour, dans le traitement quotidien, pragmatique, voire routinier, des problèmes complexes de la gestion hospitalière. Alors que les notions de

rentabilité, de performance et de définition d'objectifs à atteindre et, finalement, d'obligation de résultats frappent à la porte de toutes ces organisations sanitaires.

Dans tous les cas, ce travail d'enregistrement systématique des données, n'a jamais été une priorité pour le personnel du secrétariat, appelé souvent à régler les problèmes des équipes de soins dans l'urgence. Le système d'information statistique des urgences est à fonder, dans la perspective de la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la nouvelle loi sanitaire.

Après la mise en place projetée de l'outil informatique (et de l'informatisation des services hospitaliers) et du réseau de compétences, on se rendra compte du gain économique et de la rentabilisation des investissements et budgets importants qui sont inscrits chaque année dans le budget annuel de l'Etat (malgré la faible part donnée à la prévention, à l'encouragement de l'innovation et à la recherche scientifique), en termes de temps, d'effort humain, de moyens de gestion et des implications dans le domaine de l'évaluation, de la performance et de la gestion moderne des Urgences. Pourtant, explique Caroline Gallais, les TIC suppriment les contraintes spatiales et temporelles et permettent un brassage des connaissances. Et affirme que leur impact sur les systèmes de santé s'envisagent à la fois au travers d'une meilleure diffusion des informations de santé publique ou des résultats de recherches, par une facilitation de la collaboration entre différents professionnels de santé, et même par l'hypothèse de pouvoir permettre des consultations à distance via la télémédecine, mais aussi de renforcer le suivi des systèmes de santé (C. Gallais, 2010).

2.1.2.1.7.1 La fonction du secrétaire médical

Les taches du secrétaire médical (ou médico-administratif) sont très variées (accueil, communication, gestion des malades, gestion administrative des dossiers des patients, participation à l'enseignement et à la recherche etc.).

Dans les pays développés, la fonction du secrétariat médical est valorisante. Il est exigé une qualification d'un niveau moyen, mais élevé. Le diplôme le plus souhaité est le baccalauréat technologique F8 sciences médico-sociales, dont la préparation dure de 2 ans (pour les titulaires du BEP sanitaire et social) à 3 ans (à partir d'une classe de seconde option sciences médico-sociales). Les épreuves d'enseignement général comportent français, philosophie, sciences biologiques, chimie etc.

La modernisation de l'administration hospitalière passe nécessairement par la réhabilitation de la fonction du secrétaire médical. C'est une condition essentielle pour la mise en place du dossier patient. La première mesure serait d'obliger l'administration à ne pas recourir aux jeunes du filet social ou de l'emploi des jeunes, et d'exiger des secrétaires médicaux qualifiés,

c'est à dire diplômés. En introduisant aussi comme critère d'accès au poste, de manière systématique, la formation à l'outil informatique.

Les Secrétaires Médicaux, explique l'auteur, doivent être polyvalentes, discrètes, respectueuses de l'éthique, dotées de capacités relationnelles, expertes et elles doivent connaître le monde médical. Il ajoute que les savoir-faire requis sont recensés dans le répertoire des métiers (français). Selon la fiche métier de la Secrétaire Médicale, explique-t-il, la fonction consiste à « traiter et coordonner les opérations et les informations médico-administratives du patient ». A ce titre, la Secrétaire Médical a un rôle de « pivot essentiel dans la relation entre le médecin, le patient et l'institution » (F. Langlais, 2007 : 02).

Soulignons aussi que l'instruction du 07.01.1998 qui définit les conditions de la garde, précise que « la garde peut couvrir une amplitude allant de 12 heures à 24 heures ».Le déroulement de la permanence des équipes des urgences est basé sur les tableaux de garde des médecins spécialistes, des médecins généralistes et de celui des paramédicaux. En règle générale, 02 équipes se relaient durant les gardes de jour et 03 équipes durant les gardes de nuit.

Le tableau de garde

Le planning mensuel des gardes est réalisé par les commissions des gardes par catégorie professionnelle (médecins généralistes, médecins spécialistes et paramédicaux) et visés par le chef de service concerné, le directeur administratif de la garde (le Directeur de l'Administration Sanitaire, DAS) ainsi que par le directeur de l'EPH, de l'hôpital psychiatrique ou de la maternité.

L'instruction du 07.01.1998, relative à la garde, définit, au titre de la participation au service de garde, les spécialités concernées par la garde effective :

- les spécialités chirurgicales (toutes),
- les spécialités médicales :
 - Médecine interne
 - Maladies infectieuses
 - Pédiatrie
 - Réanimation
 - Cardiologie
 - Anesthésie-réanimation
 - Psychiatrie
 - Pneumologie
 - l'exploration : -Imagerie médicale

-Endoscopie

-Biologie

L'instruction N° 007 du 17.08.2004, en raison d'une demande de soins diversifiée, complète la liste des spécialités concernées par la garde effective :

-Médecine légale

-Endocrino-Diabétologie

-Rhumatologie

-Gastro-Entérologie

-Hématologie

-Néphrologie

-Oncologie-Médicale

Rappelons que l'instruction du 10.08.1996 exige, dans ses recommandations, d'organiser obligatoirement un staff de garde quotidien pour établir les rapports de garde et enquêter sur les décès survenus durant la garde.

En tirant les leçons de l'expérience, on peut relever les principales observations suivantes (avis d'urgentistes) :

- Le médecin, de par sa qualification professionnelle, joue un rôle central dans l'équipe de garde, en assurant la prise en charge des malades et la régulation des Urgences.
- Le médecin spécialiste perçoit une indemnité d'encadrement, dont la finalité consiste à donner une formation aux médecins. Dans ce cadre, quel serait le rôle des médecins vis à vis des paramédicaux, dans le domaine de la formation ?
- A l'occasion de plusieurs cas, le médecin spécialiste ne répond pas (ou faiblement) aux sollicitations du médecin (avis médical).

Du fait de l'évolution de l'organisation des urgences et des « régulations internes » (un ensemble de mesures et de compromis, entre responsables et partenaire social afin d'améliorer le cadre de travail), des postes de travail nécessaires manquent à l'organisation :

1. Secrétaire médico-administratif (diplômé)
2. Femme d'entretien (diplômée)
3. Service de prévention
4. Assistante sociale
5. Psychologue clinicien
6. Chauffeur-ambulancier

7. Brancardier

8. La fonction de l'aide-soignant a presque disparu (une réflexion nécessaire).

La plupart des contraintes rencontrées par les services des urgences, se résument dans leurs isolement par rapport aux autres UMC, particulièrement celles situées dans le milieu rural, des difficultés liées à la gestion des moyens humains (surtout au manque de médecins spécialistes et à leur participation dans les gardes), l'absence d'un système d'évaluation, des retombées de la mauvaise gestion hospitalière, au problème de la sécurité du personnel, au manque de locaux et d'équipements médicaux appropriés, et à des coupures d'approvisionnement en produits d'urgence (médicament etc.). La formation des équipes des urgentistes n'a pas bénéficié de l'attention nécessaire des responsables locaux ou du ministère ni même des représentants du corps médical (conseil médical etc.).

Dans un contexte institutionnel et social, caractérisé par la préparation des mesures relatives à la réforme du système de santé, et par l'ouverture à l'économie de marché ou au libéralisme, tout court, la nécessité d'une adaptation des textes sur le fonctionnement, l'organisation des urgences et la valorisation du statut de l'urgentiste, est à l'ordre du jour. Avec la participation des intéressés, c'est-à-dire dans une démarche participative. L'adoption de la nouvelle loi sanitaire offre de nouvelles perspectives. La révision des textes portant organisation et fonctionnement des urgences est une première étape prioritaire.

Nous abordons, dans ce qui suit, les principaux résultats de l'enquête et les recommandations du rapport d'évaluation de 2006, du ministère de la santé, sur la première enquête nationale des urgences hospitalières de 2003.

3. Enquête Nationale sur les Urgences Médico-Chirurgicales, Résultats et recommandations (MSPRH, Rapport 2006)

Dans une partie introductive, le rapport présente la place des urgences dans la société. Il explique que les consultations et hospitalisations en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public. Les services d'urgence hospitaliers, étant le plus souvent surchargés, avec des urgences de gravité différente, des structures extra hospitalières fonctionnant 24 heures sur 24 et réparties par secteur sanitaire sur l'ensemble du territoire national ont été identifiées dans le cadre de la restructuration (1997) par le Ministère de la Santé (MSPRH, 2006 : 04).

Actuellement, précise le rapport, on dénombre plus de 300 structures extra hospitalières d'urgence, leur implantation ne répondant pas toujours à un besoin de la population. Ces structures créées à l'origine pour soulager les structures hospitalières d'urgence, devraient être le premier point d'accueil des patients consultant dans le cadre de l'urgence. Pour les

urgences graves, vitales et/ou fonctionnelles nécessitant une lourde prise en charge, après les premiers soins donnés au niveau de ces structures, ajoute le rapport, les patients sont censés être évacués dans de bonnes conditions vers les services d'urgence qu'ils soient ou non hospitalo-universitaires, mieux équipés.

En réalité, précise le rapport, la situation est différente. Ces points de garde extra-hospitaliers fonctionnent le plus souvent de la même manière que toutes les structures extrahospitalières de 8 heures à 16 heures avec des consultations programmées et des consultations non programmées.

Le rapport situe la place de la thématique étudiée, dans le contexte actuel. Il souligne que « Les urgences représentent une part des consultations non programmées et sont dans la majorité des cas orientées vers le centre hospitalo-universitaire ou l'hôpital du secteur sanitaire le plus proche, sans aucune prise en charge immédiate. Ceci a pour conséquence le recours immédiat aux services des urgences hospitaliers. De plus, les consultations assurées par ces services hospitaliers et qui ne relèvent pas de l'urgence, représenteraient une part importante de l'activité de ces structures. Ceci explique que ces services sont de plus en plus surchargés » (MSPRH, 2006 : 04).

Les auteurs du rapport expliquent aussi que « La réorganisation du système de soins d'urgence incluant les structures hospitalières et extra-hospitalières afin d'instaurer une prise en charge plus rapide et plus efficiente des urgences, nécessite une connaissance approfondie et claire de la situation sanitaire dans ce domaine » (2006 : 05). Ce qui a justifié l'initiation par la direction des Services de Santé du Ministère de la Santé, de la mise en place d'une enquête nationale sur les urgences. Cette enquête, explique le rapport, a été réalisée par l'Institut National de Santé Publique, en collaboration avec les différentes structures sanitaires du pays (MSPRH, 2006 : 05).

3.1 L'objectif de l'enquête

L'objectif de l'enquête, souligne le rapport, est de décrire le recours aux « unités de garde » sur l'ensemble du territoire. Les objectifs spécifiques de l'étude sont :

1. Déterminer la part réelle des urgences parmi l'ensemble des consultations non programmées au niveau de ces structures;
2. Décrire les caractéristiques socio-démographiques de la population accueillie;
3. Détailler le circuit de soins des patients en amont de l'accueil dans l'établissement;

4. Décrire la population accueillie en terme de motif de recours, de pathologie présentée, de gravité de l'état de santé lors de l'arrivée dans l'établissement;

5. Détailler le devenir de ces patients (consultation simple, hospitalisation, évacuation (MSPRH, 2006 : 05).

Selon la définition proposée dans les études internationales sur le volet « urgence », explique le rapport, l'« urgence » est définie par « le besoin exprimé d'une prise en charge diagnostique ou thérapeutique rapide, non programmée, entraînant la consultation dans un établissement de soins ou l'hospitalisation. Ce besoin exprimé par le patient et/ou sa famille, clarifie le rapport, reste une notion subjective et différemment appréciée d'un sujet à l'autre » (MSPRH, 2006: 05).

Type d'enquête : l'équipe chargée de l'enquête a proposé, pour répondre aux objectifs fixés, de réaliser une enquête prospective, de type transversale répétée.

Le champ d'enquête représente l'ensemble des unités de garde, hospitalières et extra hospitalières, concernées par l'étude. Cela comprend :

- Les services des urgences des centres hospitalo-universitaires (CHU) et des établissements hospitaliers spécialisés (EHS),
- Les services des urgences des hôpitaux des secteurs sanitaires,
- Les structures extra-hospitalières fonctionnant 24 heures sur 24,
- les urgences obstétricales et psychiatriques, accueillies dans les établissements inclus dans l'étude, ont été retenues (2006 : 06).

Au sujet du questionnaire, les rapporteurs précisent que le recueil d'information a été réalisé sur le mode déclaratif par le premier médecin prenant en charge le patient (interne, généraliste, résident ou spécialiste). Une pré-enquête a eu lieu au niveau de deux wilayates (Alger et Khenchela), pour tester la faisabilité de l'enquête et la compréhension du questionnaire (du 30 octobre au 1er novembre 2002). Enfin, une instruction ministérielle a défini les procédures, objectifs et phases de l'enquête nationale.

3.2 L'analyse des principaux résultats de l'enquête nationale de 2003

Le premier résultat noté par l'équipe du rapport est que la grande majorité des patients consultent au niveau d'un hôpital du secteur sanitaire ou d'une polyclinique. Cette donnée explique, à notre avis, l'importance de la proximité pour le patient et également l'importance du secteur public de santé.

Concernant la qualité du praticien par région sanitaire, le Tableau 5 révèle que le médecin généraliste est présent à 86,3%, au niveau des structures extra-hospitalières et des hôpitaux de secteurs sanitaires.

Le Tableau 11 indique que seulement 51.6% bénéficient de la couverture sociale.

Au sujet des moyens d'arrivée aux urgences (Tableau N° 16), les patients utilisent leurs propres moyens dans la très grande majorité des cas (95,0%), et l'ambulance publique représente (0,9%). Ces données donnent une idée sur la situation sociale des patients ainsi que sur le degré d'accessibilité des urgences du système de santé publique. Il faut en déduire de cette situation, la formation d'attitudes qui contrarient les rapports de confiance avec le système de santé et partant avec les institutions de l'Etat.

Tableau N° 01 Principaux motifs de recours aux soins d'urgence

Symptomatologie	Nombre de patients	Fréquence
Fièvre	36221	18.9%
Traumatismes	24516	12.8%
Toux	22606	11.8%
Douleurs abdominales	15134	7.9%
Dyspnée	13262	6.9%
Céphalées	13170	6.9%
Nausées - vomissements	11169	5.8%
Asthénie	8363	4.4%
Vertiges	7597	4.0%
Douleurs des membres	5237	2.7%
Dysphagie	5075	2.6%
Epigastalgies	4454	2.3%
Douleurs lombaires	4155	2.2%
Diarrhée	4056	2.1%
Rhinorrhée	4021	2.1%
Arthralgies	3628	1.9%
Eruption cutanée	3441	1.8%
Douleur thoracique	2945	1.5%
Prurit cutané	2231	1.2%
Impotence fonctionnelle	2190	1.1%
Brûlures mictionnelles	1925	1.0%
Douleurs pelviennes	1877	1.0%

La fièvre, les traumatismes et la toux représentent, presque la moitié, soit 43.5 % des motifs de recours aux urgences. C'est un indicateur essentiel pour la société et aussi pour la politique nationale de santé du ministère de santé.

Tableau N° 02 : Nombre de patients victimes de traumatismes

Tranche d'âge	Nombre de patients victimes de traumatismes	Nombre total de patients	Fréquence
0 – 30 jours	19	824	2,3%
1 – 11 mois	177	5670	3,1%
12 – 23 mois	383	4850	7,9%
2 – 5 ans	2858	18283	12,9%
6 – 15 ans	5404	28667	18,8%
16 – 25 ans	7213	37553	19,2%
26 – 35 ans	4099	26326	15,6%
36 – 45 ans	2329	19573	11,9%
46 – 55 ans	1584	15612	10,1%
56 – 65 ans	876	11889	7,4%
66 – 75 ans	671	10655	6,3%
76 ans et plus	387	6496	5,9%
Age non mentionné	694	5172	13,4%
Total	26194	191570	13,7%

Tableau N° 03: Les causes du traumatisme

Cause du traumatisme	Population infantile	Population adulte	Age non précisé	Total
Accident domestique	2988	4551	180	7719
Accident de la voie publique	946	2020	102	3069
Accident de travail ou à l'école	256	2355	86	2697
Chute	3381	4985	180	8546
Noyade	53	67	3	123
Brûlure	364	472	18	854
Piqûre d'insecte	139	213	17	369
Morsure d'animaux	456	444	27	927
Asphyxie	12	20	1	33
Ingestion de produit toxique	145	236	10	391
Electrocution	9	37	1	47
Coups et blessures volontaires	563	2754	93	3410
Autres	283	833	29	1145

Ces deux tableaux (21 et 22 dans le rapport- 02 et 03 dans le mémoire) permettent de formuler une remarque essentielle en rapport à la politique nationale de santé : c'est l'existence d'une étroite corrélation entre les résultats des deux tableaux sur un même dénominateur commun :

la prévention. D'une part, les causes des traumatismes font référence essentiellement à « l'éducation sanitaire » et d'autre part, la fréquence des traumatismes selon l'âge (de 12 à 23 mois jusqu'à 26-35 ans), en spécifiant le passage par l'enfance et l'adolescence de 6 à 25 ans, correspond à toute une période d'apprentissage des multiples habitudes d'hygiène de vie, soit 38 %, dans l'institution scolaire, la famille (les accidents domestiques représentent la première cause des traumatismes) et la société. Ce tableau exprime aussi un état de la violence dans la société : la case « Coups et blessures volontaires » représente la deuxième cause des traumatismes.

Concernant les « Principales pathologies chroniques associées (Tableau 23 : 25) », les rédacteurs du rapport notent que l'hypertension artérielle essentielle occupe la 1ère position (06 %) et est plus fréquente chez la femme. Avec le diabète et l'asthme, ce sont les trois pathologies chroniques les plus fréquemment notées. Il faut noter aussi que l'asthme représente dans la fréquence des pathologies chroniques associées la deuxième position, soit 3.7 %.

3.2.1 Les résultats relatifs à la prise en charge du patient

Les examens complémentaires : le rapport note que près du quart de la population enquêtée, a bénéficié d'au moins un examen complémentaire.

- Les consultations : dans 40 % des cas, il s'agit d'une consultation simple sans geste thérapeutique associé, note le rapport, en soulignant qu'au titre des gestes thérapeutiques pratiqués en urgence, l'injection qui joue un rôle important au plan psychologique, a été la plus pratiquée, soit 34.9 (Tableau N° 40 : 34).
- Le devenir du patient : selon le Tableau N° 42, 66.3 % retournent au domicile sans RDV, 22.7 % retournent au domicile avec RDV et/ou orientation et 2.8 % bénéficient d'une hospitalisation en urgence, alors que 2.8 % sont évacués en urgence.
- Le Tableau N° 44 donne une idée sur les difficultés rencontrées dans les services des urgences, lors de la prise en charge du patient. Ce qui justifie sa présentation.

Tableau N° 04 : Les motifs d'évacuation

Motif d'évacuation	CHU	EHS	Hôpital SS	SEH
Prise en charge spécialisée	698 (56,8%)	60 (44,1%)	1331 (63,4%)	1137 (61,1%)
Compléter la prise en charge	183 (14,9%)	21 (15,4%)	461 (22,0%)	442 (23,8%)
Manque de place	92 (7,5%)	15 (11,0%)	44 (2,1%)	36 (1,9%)
Absence de personnel qualifié	24 (1,9%)	5 (3,7%)	99 (4,7%)	68 (3,6%)
Plateau technique insuffisant	28 (2,3%)	10 (7,3%)	84 (4,0%)	212 (11,4%)
Non précisé	259 (21,1%)	40 (29,4%)	296 (14,1%)	205 (11,0%)

- Dans le Tableau N° 45 « Moyens de transport des patients évacués », dans près des deux tiers des cas (45.7%), le patient utilise ses moyens propres lors de son évacuation vers une autre structure. Le patient utilise l'ambulance publique à 26.9 % et l'ambulance privée à 0.7 %. L'évacuation, souligne le rapport, se fait dans la grande majorité des cas vers un hôpital, un CHU ou un EHS situé dans la même wilaya.
- Description des décès : les auteurs du rapport soulignent qu'ils ont recensé 262 décès au cours de la semaine d'enquête, survenus entre le 03 et le 10 mars 2003. Il ne s'agit, précisent-ils, que des décès survenus avant l'arrivée à la structure sanitaire ou des décès survenus dans les heures voire les minutes qui suivent le début de la prise en charge. La cause initiale est dominée par les traumatismes et les pathologies cardiaques (47 cas, soit 17.93 %).
- Fréquence des urgences réelles : Plus de la moitié des urgences reçues au cours de la semaine d'enquête ne sont pas considérées comme des urgences réelles, souligne le rapport, soit 59.0 % contre 36.2 % d'urgences réelles. Enfin, il est précisé que dans près de 60% des cas, l'urgence n'est pas considérée par le médecin traitant comme une urgence réelle, et ceci même dans les structures hospitalo-universitaires.
- Les rédacteurs du rapport expliquent, en procédant à l'évaluation, que des séances de travail organisées par la Direction des Services de Santé du MSPRH et l'INSP ont été programmées en décembre 2004 avec les présidents des comités médicaux nationaux et les membres du comité médical national sur les urgences médico-chirurgicales. Tous les participants, conclut le rapport, s'accordent pour reconnaître que toutes les propositions ou modalités d'études notées dans le passé, se sont arrêtées au niveau de l'analyse réfléchie et réitérée avec peu d'actions sur le terrain.

3.2.2 Les recommandations du rapport

Dans les recommandations, le rapport propose les mesures suivantes :

- Pour permettre d'assurer la permanence médicale 24 heures sur 24, il faut assurer le recrutement de médecins en nombre suffisant. dans ce cadre, il est recommandé que « des mesures incitatives doivent être mises au point pour favoriser ce recrutement et faire en sorte que les postes aux urgences soient occupés par des médecins qualifiés. Une mesure générale consisterait à assurer, pour les gardes, une rémunération et des conditions au moins égales à celles d'un travail de jour » (2006 : 54).
- Le rapport recommande aussi la participation des médecins libéraux aux urgences hospitalières, au niveau de leur cabinet et pharmacies privées. Ceci ne peut aboutir,

explique-t-il, qu'après établissement d'un mode et d'un taux de rémunération convenable qui doit rester en harmonie avec celle des personnels hospitaliers.

- Concernant les dernières catastrophes naturelles survenues en Algérie (séismes, inondations, sécheresses), rappelle le rapport, un comité multisectoriel avait été mis en place en 1982 avec un plan orsec, impliquant également du personnel de la santé. Mais ce plan n'a été en aucun cas associé aux services d'urgences médico-chirurgicales, regrettent les auteurs du rapport, ce qui rend très difficile les premiers secours et actions sanitaires entreprises dans l'urgence avec des services d'urgences souvent submergés, conclut-ils.

En conclusion, avertissent les auteurs du rapport, pour que cette restructuration puisse aboutir, il est important que les propositions soient concrètes avec un véritable cahier des charges et doivent être envisagées selon un calendrier à court, moyen et long terme. Il est proposé qu'un comité de suivi suive et évalue les actions mises en place de manière périodique, la périodicité devant être plus importante au début du programme (MSPRH, 2006 :50).

On peut affirmer, sans risque de se tromper, que depuis la publication de ce rapport, en 2006, de ses conclusions et recommandations sur la première enquête nationale sur les urgences hospitalières, l'organisation des urgences, ses collectifs et dysfonctionnements sont restés tels quels, sans changements significatifs.

Il faut rappeler aussi que le rapport de 2006 avait projeté certaines mesures (qui sont restées lettres mortes), telles :

- Le tri à l'accueil doit être assuré par un médecin senior (médecin généraliste expérimenté, pouvant faire face aux urgences vitales qui peuvent aboutir dans un premier temps dans ces structures). L'enregistrement de l'information à tous les niveaux (caractéristiques des patients, utilisation des consommables,...) doit être institué, de manière systématique.
- Mise en place d'un réseau des urgences médico-chirurgicales, chaque SEH étant liée à un service d'urgences hospitalières, recevant les urgences. Ce réseau doit être codifié et respecté en pratique.
- Développer le réseau de télécommunication, en mettant en place le « 3chiffres » reliant les SEH et les services d'urgences hospitaliers.
- Evaluation périodique assurée tous les 3 mois dans un premier temps par un comité de suivi constitué d'un représentant de la DSS, de l'INSP et du comité des urgences médico-chirurgicales.

Le rapport avait déjà, pour la période précédente, mis en évidence une conclusion essentielle : « des propositions et des plans d'action ont été établis à plusieurs reprises, sans action efficace sur le terrain, entraînant une démotivation du personnel médical et paramédical ». Quelle sont donc les facteurs à l'origine de ce retard, de cet écart significatif entre les textes, les mesures décidées, ce qui est projeté et la non application de ces mesures ? L'évolution de l'organisation sanitaire fait en sorte qu'elle « n'accepte plus » des demi-mesures, des solutions de replâtrages ou des directives (dans le sens le plus bureaucratique) venues d'en haut.

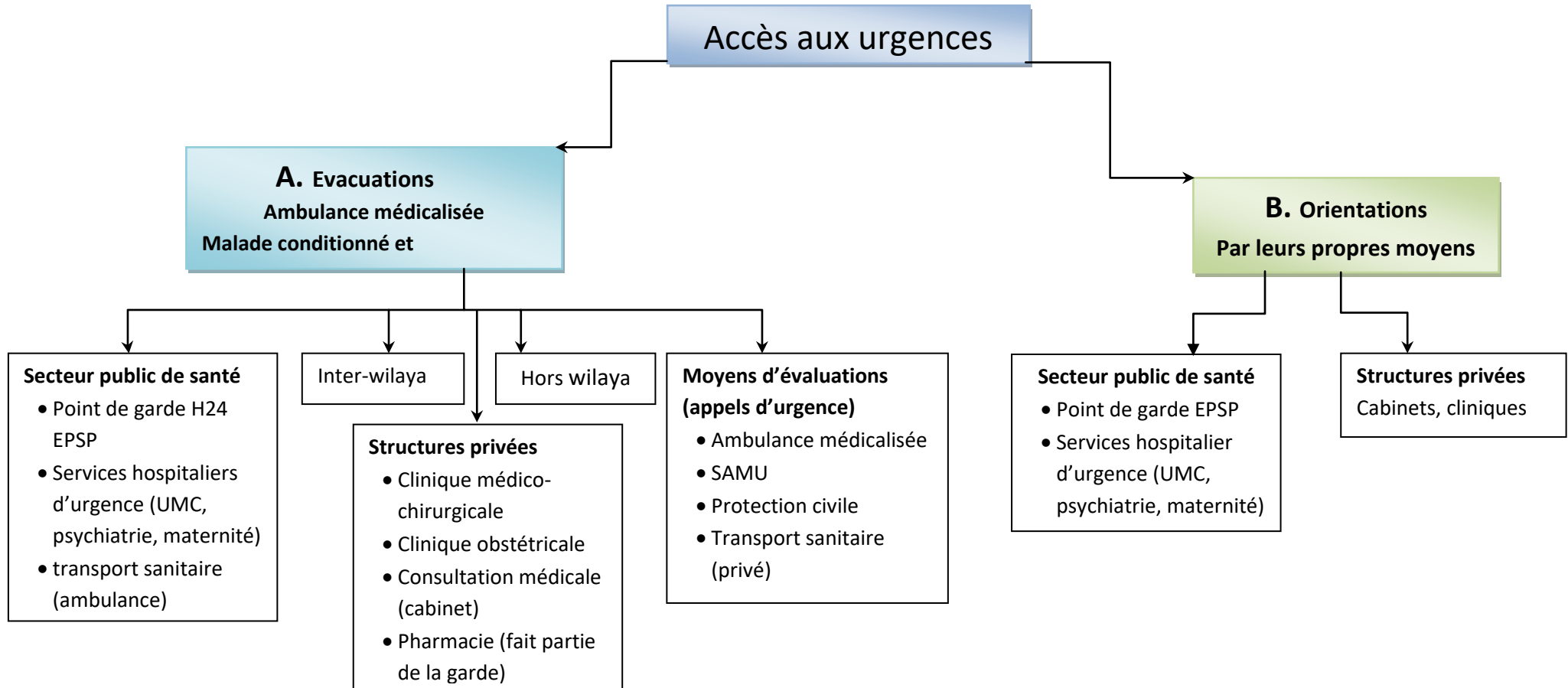
Conclusion

A notre avis, par rapport à la nature de l'organisation sanitaire, les mesures proposées n'ont pas de caractère systémique. Et une des lois de la systémique, comme une première phase, dans la solution de fond, c'est que les solutions doivent revêtir le caractère participatif, c'est-à-dire appliquer une des règles fondamentales de l'organisation, à savoir la négociation collective et aboutir à un consensus, avec un partenaire représentatif des catégories professionnelles composant le collectif des urgences.

Dans ce sens, adopter et décréter une nouvelle loi sanitaire, ne va pas produire un changement automatique. Une démarche moderne exige, au minimum, de respecter le rôle des acteurs de l'entreprise hospitalière.

L'adoption de la nouvelle loi sanitaire, peut inaugurer une nouvelle ère pour les urgences, en termes de législation, de valorisation des statuts des urgentistes, d'une nouvelle organisation du travail et de nouvelles conditions pour la performance hospitalière. A la seule condition d'inscrire le collectif des urgentistes dans le management participatif et une décentralisation effective de la décision.

Figure N° 02 Schéma des pratiques d'accès aux urgences hospitalières



Chapitre 03 : Analyse du système de santé algérien et réforme hospitalière

Introduction

Ce chapitre examine l'opportunité des réformes dans le secteur de la santé, présente le contexte institutionnel, la stratégie gouvernementale et analyse la structure des dépenses au cours de la dernière décennie. En présentant les principales conclusions et recommandations. Ce chapitre est fondé sur le Rapport de la Banque mondiale, (chap. 8) de 2007. Une synthèse est présentée pour l'importance des données statistiques, des observations et des propositions de mesures. Nous soulignerons les indicateurs (et variables) significatifs du système de santé, ainsi que les recommandations signalées par le rapport. Ce chapitre qui examine les évolutions du système de santé, analyse des principales dispositions de l'avant-projet de loi sanitaire de 2003, aborde la transition démographique et épidémiologique, évalue l'expérience des organisations de santé de proximité, que sont les EPSP et conclue sur une approche qui fait la corrélation entre la santé et les droits de la personne, considérant que c'est la perspective générale, qui se recoupe et se complète, avec celle de l'OMS et d'autres modèles de la performance, tel le modèle canadien, l'Évaluation Globale et Intégrale de la Performance des services de santé (EGIPSS) dans laquelle devrait s'inscrire l'évolution du système de santé.

1. Projet pilote de gestion du secteur de la santé publique par la Banque Mondiale (1991)

Il y a lieu de souligner l'existence d'un premier rapport d'évaluation de la Banque Mondiale du 06.02.1991, intitulé « Projet pilote de gestion du secteur de la santé publique ». Le projet proposé serait le premier projet de la Banque Mondiale dans le secteur de la santé en Algérie où la Banque Mondiale à l'occasion de contribuer au programme de réformes sectorielles. Ce rapport qui est basé sur les résultats d'une mission d'évaluation qui s'est rendue en Algérie, en mai 1990, n'a pas pour objectif d'établir seulement un audit, mais en partant d'un état des lieux, selon le rapport d'évaluation « le projet soutiendra les efforts entrepris par le gouvernement, pour améliorer le rendement et l'efficacité du secteur public de soins de santé algérien » (Banque Mondiale, 1991 : 12-13).

La zone de projet concerne l'hôpital universitaire (CHU) de Bab el Oued, le secteur sanitaire adjacent de Bab el Oued et la wilaya rurale de Médéa qui comprend (à cette époque) un hôpital général, cinq petits hôpitaux de secteur dont dépendent plusieurs services de soins de santé ambulatoire.

Malgré que le projet sera restreint au CHU de Bab el Oued, au secteur sanitaire adjacent de Bab el Oued et à la wilaya rurale de Médéa, ce projet qui a une dimension globale, voire très

ambitieuse, abordera tous les paramètres du système de santé : la formation médicale et paramédicale, la maintenance des équipements, la communication entre les différents échelons du système de santé, l'informatisation, la décentralisation etc. Jusqu'à la lutte contre la pollution industrielle, en passant par la modernisation des services d'urgence, de pédiatrie et de maternité de Médéa et les réseaux électriques, d'adduction d'eau etc.

L'objectif principal du projet, souligne le document d'évaluation, est de développer et de tester de nouvelles méthodes de gestion des services de santé –dans un contexte algérien en évolution- depuis les secteurs sanitaires ruraux jusqu'à l'hôpital universitaire. Si l'on estime, ajoute le document, que ces méthodes sont prometteuses ou fructueuses, on les étendra éventuellement au reste du pays (Banque Mondiale, 1991 : 17).

Le projet, précise également le rapport, renforcera la planification stratégique et la gestion du Ministère de la santé, ainsi que ses capacités en matière de suivi et d'évaluation des résultats du projet pour pouvoir éventuellement reproduire l'expérience à l'échelle nationale.

Le rapport cite la formation du personnel et la nécessité « de développer leur plan de carrière et la structure incitatrice des personnels de santé publique » (Banque Mondiale, 1991 : 16). En page 07, on peut lire aussi : « Un quatrième élément crucial pour l'amélioration de l'efficacité consiste à motiver le personnel à augmenter ses performances : programme d'incitation, sanction, possibilités de carrière, structures hiérarchiques. La santé, explique le document, est un réseau de services à forte intensité de main-d'œuvre où deux-tiers des dépenses sont consacrées aux salaires. On doit encourager le personnel, recommande le rapport, à s'acquitter de ses fonctions si l'on veut que le système marche correctement. Le rapport explique la méthode et les notions relatives à la performance : les principes à appliquer pour augmenter la productivité de la main-d'œuvre ne sont pas seulement normatifs ou régulateurs, mais consistent surtout à prendre des mesures d'encouragement et d'incitation. Sans ces ingrédients, avertissent les experts du rapport, qui devront s'appliquer au personnel médical et non-médical aussi bien aux cadres, il sera difficile de tirer tous les avantages d'une bonne formation, d'outils de gestion performants et de capacités de planification renforcées. Or, note le rapport, le système algérien n'y attache pas suffisamment d'importance à l'heure actuelle. Pour que ces mesures puissent être en place, recommande le rapport, il faut reconnaître la notion de mérite, récompenser les bonnes performances, renforcer la responsabilisation et introduire naturellement, comme corollaires, l'autorité et la responsabilité : les cadres doivent pouvoir gérer leurs ressources et, pour pouvoir répondre de leurs actions, ils doivent disposer de l'autorité nécessaire. Enfin, constate le rapport, l'un des traits particuliers du système algérien est que le personnel médical et infirmier supérieur n'a aucune autorité sur le personnel inférieur. Ce système, complète sa description le rapport, est également quasiment

dépourvu de règlement motivant le versement de primes et la rémunération au mérite (Banque Mondiale, 1991: 07).

Analysant le système d'information et de gestion du système de santé, le rapport constate les dysfonctionnements : « Bien que la base de données du système de soins algérien soit bien pourvue, il y a une pénurie d'informations sur les intrants, les extrants, les coûts et les performances, et dans les rares cas où les données sont traitées et analysées, le flux d'informations et la rétro-information sont insuffisants et l'utilisation des ressources trop restreinte pour permettre une planification ou une gestion adéquate des activités, et quel que soit le niveau du système » (Banque Mondiale, 1991: 07).

Ces constats mettent à nu le fonctionnement du système de santé ou de l'organisation sanitaire proprement dite, en faisant ressortir que les indicateurs d'activités ne ressortent pas dans le Tableau De bord de l'organisation et donc c'est une gestion administrative, fondée sur les directives, les ordres, les instructions nationales, les fax et non sur une gestion managériale, fondée sur le management participatif. C'est aussi, à notre avis, le résultat objectif de l'organisation hiérarchique, centralisée et du choix de responsables administratifs et non de chefs de projets, des managers et des leaderships. Il faut bien saisir la nature de la gestion bureaucratique, traditionnelle qui exclut de fait, l'utilité des compétences, de l'initiative, de porteur de projets ou de l'innovation. Et la résultante, en termes de valeurs. Interrogeons-nous, quel type de comportements et de culture de travail, peut produire un tel type d'organisation ? On ne peut concevoir que ce type d'organisation puisse produire des comportements productifs et une culture du travail, si l'on considère, partant du paradigme constructiviste (ou néo-constructiviste), que les comportements sont construits par un apprentissage et dont l'environnement, les conditions de travail et la pratique quotidienne jouent un rôle de déterminants. Autrement dit, le même paramédical ou le médecin, dans de nouvelles conditions de travail et un nouveau environnement, par exemple, en France, dans la Corée du sud ou en Allemagne, le moins qu'en puisse dire est qu'elles favorisent les comportements productifs, le travail d'équipe et les valeurs de la culture du travail.

Le rapport explique aussi que « le projet financera la réfection des installations, la fourniture d'équipements et matériels sanitaires afin d'assurer le fonctionnement adéquat des établissements dans la zone du projet, condition sans laquelle il serait impossible de tirer des conclusions valables de l'expérience » (Banque Mondiale, 1991 : 17).

Lors des négociations, précise le rapport, le gouvernement a confirmé, dans sa lettre du 09.01.1991, les grandes lignes de la réforme du secteur sanitaire envisagée et son engagement à mettre en place la majorité des mesures pendant la période 1991-1992.

Avec le recul, on comprend, parfaitement, que ce projet, malgré toutes ses insuffisances dans la négociation des termes du contrat d'assistance avec la Banque Mondiale, s'est inscrit dans le vent des réformes des années 1990. Mais le contexte s'est aggravé avec les années dramatiques de la décennie noire et son exécution deviendra difficile, sinon impossible.

Après ce bref, mais important aperçu du premier projet pilote de gestion de la santé publique par la banque mondiale, on présente le rapport d'audit de la banque mondiale de 2007.

2. Présentation des données de l'audit du rapport de la Banque Mondiale (2007)

En Algérie, le droit de tous les citoyens à la santé est consacré par les Constitutions de la République algérienne de 1989 et 1996 (Art. 54). Cela s'est traduit par la prédominance du secteur public avec une participation limitée mais grandissante du secteur privé.

Le rapport de la banque mondiale fait ressortir quelques données significatives sur plusieurs variables du système de santé dont *la mortalité hospitalière* qui constitue un des indicateurs pertinents à l'origine du classement de l'Algérie de l'OMS dans le rapport annuel de l'an 2000 :

1. La mortalité maternelle varie de 43,3 pour 100 000 à 232 pour 100 000 entre les wilayas. Environ 18,2 % des enfants de moins de cinq ans ont un faible poids pour leur âge dans le Sud, contre 5 % dans le Nord.
2. Le taux de mortalité infantile a chuté de 94 pour 1 000 en 1980 à 35 pour 1 000 en 2004.
3. Le taux de mortalité maternelle (TMM) n'a pas connu de progrès significatif et il est plus élevé que dans les pays ayant un niveau de revenu comparable (Graphique 8.3). En 2000, le TMM était de 140 pour 100 000 contre 160 pour 100 000 en 1990.

L'Algérie continue de déployer des efforts considérables en vue d'assurer à tous l'accès aux services de santé (le taux d'accessibilité géographique des établissements de santé est de 98 %), toute la population bénéficie d'une couverture maladie, tout au moins pour les soins prodigués dans le secteur public, en conséquence, les indicateurs de santé se sont beaucoup améliorés). Cependant, explique le rapport, l'offre de soins demeure peu efficiente, la qualité des services dans l'ensemble n'est pas optimale, et des inégalités persistent.

Par ailleurs, le rapport fait des réserves en soulignant qu' « il est très difficile de porter un jugement éclairé sur l'efficacité des dépenses de santé, compte tenu du manque de données sur les activités des établissements de santé et la qualité des soins en Algérie » (2007). L'efficacité globale du système, évalue le rapport, peut être considérée comme « relativement satisfaisante » si l'on considère que l'Algérie possède des indicateurs de santé globalement

positifs pour son niveau de revenu et si l'on rapproche ces résultats du niveau assez faible des dépenses de santé rapporté au Produit Intérieur Brut (PIB).

« *La qualité des soins est loin d'être optimale* » conclut le rapport de la Banque Mondiale. Une conclusion essentielle sur la performance du système de santé qui nous suggère des questionnements et de nombreuses pistes de recherche, en particulier celle se rapportant à aux indicateurs de performance, au rôle stratégique des Ressources Humaines, à la nécessaire réforme du système public de santé, et à l'irremplaçable système d'évaluation de la performance. Des études menées dans deux centres hospitaliers universitaires en 1991 et 2000 révèlent *un taux élevé d'infections nosocomiales (16 %)*, signe de dysfonctionnements internes (Banque mondiale, 2007).

D'autres éléments vont dans le même sens et laissent penser que la qualité des soins délivrés dans les établissements publics est insuffisante (déjà soulevés, à maintes reprises par la presse écrite et acteurs de la santé : pénurie de médicaments et de moyens de fonctionnement dans certains établissements, taux de panne des équipements médicaux élevé, mécontentement et démotivation des personnels de santé en raison de la faiblesse de leur rémunération qui se traduit par un certain absentéisme (nous sommes, notons-le, en 2007), mais est-ce bien un facteur, en rapport avec la démotivation des personnels de santé ?). Les augmentations salariales, conséquentes, de 2008, n'ont pas validées cette hypothèse. Un autre sujet de recherche sur la nature de l'organisation hospitalière et les déterminants de la performance (et donc de la motivation).

« *L'utilisation des différents niveaux de soins n'est pas satisfaisante* » (Banque mondiale, 2007) signalent les experts de la banque mondiale : le nombre de consultation par habitant dans le secteur public, à titre d'exemple, se situe également à un faible niveau : *1,3 consultation par habitant*, tous prestataires publics confondus et 1,13 au niveau des seuls secteurs sanitaires. Ces chiffres semblent, explique le rapport, confirmer le manque de confiance des patients à l'égard des établissements des secteurs sanitaires.

La variable équité : le développement actuel des cliniques privées qui se concentrent dans les wilayas les plus riches est susceptible d'accroître encore les inégalités d'accès à l'hospitalisation. Toutefois, complète le rapport, *les inégalités les plus criantes s'observent dans la répartition des professionnels de santé*. Il existe, donc, *de grandes disparités entre les régions : de 0,81 médecin pour 1 000 habitants dans le Sud-est à 1,52 médecin pour 1 000 habitants, ou presque deux fois ce chiffre, dans le Centre*. Ces écarts s'expliquent par le fait que les médecins ne souhaitent pas s'implanter dans les régions rurales et/ou enclavées et se concentrent dans les grandes villes.

En matière de réforme de santé, le rapport de la banque mondiale suggère que, « Pour bien gérer son système de santé, l'Algérie doit beaucoup investir dans le renforcement de ses capacités en matière de ressources humaines et d'équipement, aussi bien que dans la mise en place d'un système d'information, de suivi et d'évaluation pour faciliter la prise de décision. ».

Comment expliquer le retard dans la mise en œuvre des réformes dans la santé (depuis 2003 que l'Avant-projet est proposé), interrogeons-nous, et que l'adoption par le parlement algérien de l'Avant-projet est reporté, sans cesse ? Le rapport conclue que les autorités algériennes sont tout à fait conscientes des défis auxquels est confronté le système de santé, ainsi qu'en témoignent les nombreuses réformes en cours de préparation. Cependant, la plupart de ces travaux et mesures du gouvernement, ne débouchent que, *lentement*, sur des mesures concrètes. Outre les obstacles techniques qui restent à lever dans certains domaines, ceci s'explique, entre autres, notamment par une certaine *instabilité à la tête du ministère de la santé* (depuis 2002, quatre ministres se sont succédés à la tête de ce département) (Banque mondiale, 2007).

Ce n'est que jusqu'au mois d'*octobre 2006*, souligne le rapport de la Banque mondiale, que les nombreux travaux de réflexion stratégique développés au ministère de la santé ont été synthétisés dans un document stratégique global pour le secteur.

2.1 L'analyse du système de santé

L'Algérie est en pleine transition démographique :

- *Les indicateurs de santé se sont améliorés, mais tous les ODM ne seront pas atteints.*
- *L'espérance de vie à la naissance est passée de 53,5 ans en 1970 à 71 ans en 2004. Soit un niveau supérieur à celui d'autres pays à revenu moyen inférieur. L'espérance de vie des hommes s'établit à 76,6 ans et celles des femmes à 77,8 ans (ONS : 03, 2014).*
- *De même, le taux de mortalité infantile a chuté de 94 pour 1 000 en 1980 à 35 pour 1 000 en 2004. Ce taux est comparable à ceux d'autres pays à revenu moyen inférieur.*
- *Le principe de la gratuité des soins dans le secteur public est profondément ancré dans les mentalités tant des patients que du personnel du système de santé. Seule une modeste contribution est demandée aux patients dans le secteur public. Débat : gratuité des soins ou principe de justice sociale ?*

2.2 Les ressources financières

- *Dans l'ensemble, les ressources consacrées à la santé se situent à un niveau relativement faible*

- Le niveau de dépenses totales de santé est donc *relativement faible par rapport à celui d'autres pays ayant des niveaux de revenu comparables*.
- si les investissements dans le secteur de la santé vont s'intensifier de façon significative en raison *du programme quinquennal 2005-2009*, la part de ce secteur dans le programme n'est que de 2 % (soit 85 milliards de dinars sur un total initial alloué par le PCSC de 4202.7 milliards de dinars).
- Selon les estimations de la Banque mondiale la transition démographique à elle seule fera augmenter les dépenses de santé de 60 % en valeur réelle entre 2000 et 2020 Aussi, « Les données disponibles sur le financement de la santé dans les pays émergents montrent que celui-ci est très insuffisant. La plupart des pays sont très en dessous des 10 % du PNB recommandé par l'OMS. L'insuffisance des moyens financiers affectés à la santé ne saurait occulter leur mauvaise utilisation ».
- *la sécurité sociale se comporte en acheteur de soins « aveugle »* et il n'y a pas de réelle séparation financeur/fournisseur de soins capables d'inciter les établissements de santé à améliorer leur efficacité et la qualité des soins.
- *la part des ressources propres des établissements publics de soins* correspondant aux paiements directs des ménages *reste systématiquement très faible* (1,5 % du budget de fonctionnement des établissements de santé publique en 2003).
- la maîtrise des coûts de fonctionnement ne se traduit pas nécessairement par une amélioration de l'efficacité des établissements de santé. *La mise en relation des dépenses avec la quantité et la qualité des soins fournis montre que la performance du système est relativement insatisfaisante*. C'est véritablement un chantier de la recherche qui s'impose à un ensemble de disciplines pour les chercheurs algériens. Notre recherche s'inscrit, en droite ligne, dans cette thématique.
- Secteur privé : Le secteur privé reste toutefois assez mal connu des autorités algériennes et les données le concernant sont rares et souvent incomplètes. Une fois l'autorisation d'exercer accordée, les pouvoirs publics n'exercent aucun contrôle sur son activité et sur la qualité des soins qui y sont dispensés.
- le secteur privé a financé 45 % des investissements dans le secteur de la santé en 2001.

Enfin, il existe très peu de données sur l'activité des établissements privés et sur la qualité des soins qui y sont dispensés. Il faut signaler, également, que ce secteur qui occupe une place importante dans le système national de santé n'est pas « connecté » au système d'information du ministère de la santé qui perd toutes les données que recueille, quotidiennement, ce secteur, malgré sa reconnaissance (formelle), dans l'Avant-projet de loi de réforme qu'il un constituant du système national de santé, avec le secteur public de santé.

2.3 Le cadre institutionnel actuel ne permet pas une bonne gestion du système de santé

- *Le manque de coopération entre les services d'administration centrale nuit au pilotage du système.*
- *Malheureusement, la collaboration interministérielle est très limitée.*
- *le ministère de l'enseignement supérieur fixe le contenu du programme des facultés de médecine sans que le ministère de la santé puisse réellement influencer sa décision, alors qu'il est sans doute le mieux à même d'apprécier les besoins.*
- *Une autre source de difficulté est la séparation entre l'autorité chargée des dépenses d'investissement et celle responsable des dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé.*
- *L'organisation retenue au sein du ministère de la santé est le reflet de celle qui existe au sein du ministère des finances où, jusqu'à présent, deux sous-directions différentes de la direction du budget s'occupent des investissements et des dépenses de fonctionnement. De même, les négociations portant sur les crédits d'investissement et les crédits de fonctionnement se déroulent séparément.*
- *L'absence d'acteur fort au niveau local porte préjudice à la gestion du système les responsabilités opérationnelles des cinq régions sanitaires, dotées chacune d'un conseil régional de la santé, ne remplissant qu'un rôle consultatif, sont très limitées.*
- *La décentralisation du système de santé est très limitée. De ce fait, l'administration centrale est incapable d'accomplir ce qui doit être sa mission première, à savoir, le pilotage global du système.*
- *Les gestionnaires d'hôpitaux sont soumis à une tutelle très stricte, et ne disposent pas d'objectifs précis de la part de l'Etat qui permettraient d'orienter leur action, ce qui limite leur capacité d'initiative. Dans le même temps, Il n'existe ainsi pas de dispositif de contractualisation entre les DSP ou le ministère et les établissements de santé qui permettraient de définir les résultats à atteindre et les moyens à mettre en œuvre. Enfin, leur activité et leurs performances ne sont quasiment pas évaluées par la tutelle.*
- *La procédure budgétaire ne repose pas sur l'application d'orientations stratégique (et sans lien avec les besoins réels des établissements). Le rapport note des capacités insuffisantes de préparation des projets.*
- *Les données sur l'activité des établissements et sur la qualité des soins qui y sont dispensés ne sont pas largement diffusées.*
- *La carte sanitaire : les normes ambitieuses qu'elle contient en matière de taux d'équipement (ratio lits/habitant notamment) n'ont pas été actualisées depuis les années 1980 et méritent un réexamen.*

- Enfin, il existe très peu de données sur l'activité des établissements et sur la qualité des soins qui y sont dispensés.
- *La politique de maintenance est défaillante ainsi qu'en témoigne les taux de panne des équipements très élevés enregistrés dans les établissements de santé. A titre d'illustration, en 2003, 24% des échographes, 34% des endoscopes et 23% des incinérateurs étaient hors d'état de fonctionner. Lorsque des équipements médicaux sont défectueux, ils ne sont généralement pas réparés. Si des crédits sont disponibles, ils sont remplacés par du matériel neuf.*
- *les services compétents au niveau des wilayas et du ministère de la Santé même n'ont pas suffisamment de personnel formé pour concevoir les grands projets, en évaluer les coûts, suivre leur exécution, et à terme, évaluer leur qualité et leur impact (problématique de l'expertise nationale).*

2.4 Proposition de démarche du rapport de la Banque Mondiale

En expliquant qu'un accroissement des ressources allouées de façon non optimale ne pourra pas résoudre les problèmes du secteur et que, d'une part, les problèmes du système de santé algérien sont en partie imputables à la relative inadéquation des ressources. Mais les insuffisances liées à l'organisation et à la gestion du système jouent un grand rôle. Il est donc important de mener simultanément des actions sur quatre fronts.

2.4.1 Renforcer le pilotage et la gestion du système

- *Les capacités de pilotage et de gestion doivent être renforcées (au niveau central, renforcer les ressources humaines nécessaires pour le pilotage du système).*
- *Améliorer la formation des gestionnaires du système : des actions doivent être menées sur deux fronts. Renforcer les compétences financières et managériales des gestionnaires des établissements de santé. Cela est fondamental si l'on veut accroître l'autonomie de ces établissements. Ensuite, des modules de gestion et d'économie de la santé doivent être inclus dans le programme de formation des médecins, afin de les sensibiliser à la maîtrise des coûts et les préparer à leurs responsabilités de chef de service.*
- *Développer des systèmes d'information à tous les niveaux.*
- *Créer une agence chargée de l'évaluation des activités des établissements de santé et de la qualité des soins.*

2.4.2 Améliorer le cadre institutionnel

L'amélioration du cadre institutionnel implique trois actions principales :

- Réorganiser la structure centrale du ministère de la Santé afin de promouvoir une plus grande cohérence des politiques et améliorer la coordination.
- Mettre en place des agences régionales de santé. Ces agences serviraient de relais local à l'administration centrale pour la mise en œuvre de la politique de santé.
- Rendre les hôpitaux plus autonomes (le nouveau statut des hôpitaux d'Oran et d'Ain Témouchent constitue une évolution positive et il pourrait être souhaitable de l'appliquer à d'autres hôpitaux, une fois qu'il aura fait la preuve de son efficacité dans les deux hôpitaux concernés par la réforme actuelle).

2.4.3 Rationaliser l'utilisation du système de santé

Afin d'utiliser les différents niveaux de soins de façon plus rationnelle, deux mesures complémentaires envisageables :

- Renforcer les niveaux primaire et secondaire (les centres de santé et les hôpitaux locaux ont besoin d'être redynamisés afin d'attirer davantage de malades).
- Mettre en place un système de "médecin référent".
- Envisager l'organisation et la régulation de l'offre de soins de façon globale, c'est-à-dire en prenant en compte le secteur privé.

2.4.4 Réformer le système de financement

- Une meilleure maîtrise des dépenses devrait éviter l'accroissement des contributions du gouvernement et de la Sécurité sociale au financement du système de santé. Cela signifie :
 - A. Formuler de nouveaux taux pour les soins ambulatoires (la révision des tarifs de 1987 ne doit pas porter atteinte à la viabilité financière du système de santé).
 - B. Externaliser les services des établissements publics de santé (l'externalisation de certains services (alimentation, lessive, nettoyage) qui ne font pas partie du "cœur" de l'activité des hôpitaux pourrait également être envisagée, mais seulement si cela permet de réaliser des économies importantes et d'améliorer la qualité du service).
 - C. Maîtriser le coût des médicaments (Il est très peu probable de voir le montant des dépenses de médicaments décroître dans les années à venir).
 - D. Combattre l'«évasion sociale» (lutter contre l'évasion sociale constitue le meilleur moyen d'accroître les ressources du système de sécurité sociale sachant qu'une hausse du taux de cotisation semble politiquement difficile).
 - E. Envisager l'institution d'un panier de soins (comme les ressources sont limitées, le rationnement des soins qui s'opère n'est pas maîtrisé, avec des conséquences aléatoires sur l'équité et l'efficacité des dépenses, comme sur la qualité des soins).

F. Etudier la possibilité d'accroître la participation des ménages (Comme l'a montré la tentative avortée de révision des tarifs en 2002, la participation des usagers est une question sensible. Il serait donc souhaitable de procéder avec prudence, sans pénaliser les populations les plus vulnérables (indigents, enfants, personnes âgées et malades chroniques).

G. Réexaminer les modalités de partage du financement entre les différents financeurs. Pour sortir de cette impasse, il pourrait être utile de réaliser un audit précis de ce dossier, propose le rapport, analysant l'ensemble des points essentiels à la mise en œuvre de la réforme. Il faut surtout disposer des compétences humaines et techniques pour appliquer la méthode de tarification qui doit avoir un impact positif sur la santé de la population.

H. Méthode et calendrier des réformes : Les expériences étrangères montrent que de nombreuses réformes, totalement justifiées sur le fond, ont échoué pour des questions de méthode ou de calendrier. Un facteur clé du succès sera la capacité des autorités algériennes à établir des priorités, déterminer les réformes qui peuvent et doivent être mises en œuvre immédiatement, et celles qui peuvent attendre, notamment parce qu'un important travail d'expertise préalable est nécessaire.

Après la présentation de l'analyse (remarques et recommandations) des deux rapports de la Banque Mondiale (1991 et 2007) sur le système de santé algérien, Nous présentons le contexte d'application du Programme d'Ajustement Structurel et ses conséquences sur la santé.

3. Les effets du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) sur les ménages et le secteur public de santé

Pour une approche plus cohérente, on ne peut terminer cette partie sur le rôle de la Banque Mondiale (et du Fond Monétaire International), sans rappeler l'expérience algérienne face à la crise financière de 1986 et les conséquences négatives du Plan d'Ajustement Structurel, en particulier dans le domaine de la santé. Il nous semble que les leçons nécessaires, au sujet du rôle de la Banque Mondiale et du F.M.I., n'ont pas été tirées, au-delà des approches contradictoires des uns et des autres. Une revue de la littérature sur ce sujet et des principaux enseignements tirés par les auteurs est, à notre avis, plus que nécessaire.

L'ensemble des réformes économiques et sociales des années quatre-vingt (menée par l'équipe de Mouloud Hamrouche) a été engagé dans des conditions économiques, sociales et politiques particulièrement défavorables. La dynamique réformiste de la fin de cette décennie, celle qui se voulait plus radicale, et qui devait en principe permettre une transition vers une

économie de marché et une démocratie pluraliste, a été la plus contrariée et la plus controversée (Dahmani A., 1998 : 06).

L'Algérie, dont les moyens de paiement s'amenuisent depuis 1986, a mené de manière autonome à partir des événements de 1988 une politique d'assainissement des secteurs productifs. Cette dernière est prolongée par les accords conclus avec le FMI en mai 1989 et juin 1991, et celui d'avril 1994, qui lui imposent dorénavant de se conformer aux principes de l'ajustement structurel (Hamamda T., 2004 : 08).

C'est ainsi qu'on a pu observer, tout au long des années 90 et 2000, beaucoup de réformes suivies de contre-réformes, des ajustements fondés sur des recettes universelles qui se sont souvent avérées peu adaptées au contexte local. En d'autres termes, conclut l'auteur, l'absence de cohérence de la réforme traduit l'absence de projet de réforme (Bellal S., 2011 : 09).

Le Programme des Nations Unies pour le Développement estimait que le processus de réformes, par étapes, a été accéléré à partir de 1986 pour prendre en 1988 l'option claire de faire jouer au marché un rôle plus important dans l'allocation des ressources, le PNUD qualifiant l'Algérie d'économie en transition (UNDP, 1993) (W. Andreff, 2009 : 01).

Dans ce but, le PNUD a favorisé la consultation d'experts par le MRIP algérien pour apporter « des éléments d'appréciation et d'évaluation à la lumière d'expériences pertinentes de transition vers l'économie de marché », en particulier au sujet des mécanismes et des instruments de privatisation dans d'autres pays. La consultation a été réalisée dans des conditions peu ordinaires et préparée par deux documents d'orientation non publiés (Benachenhou, 1994 ; MRIP-PNUD, 1994), ne divulguant pas le projet de réforme à toute la population (W. Andreff, 2009 : 08).

Ces deux documents dressaient un bilan de l'économie algérienne et une liste des contraintes s'opposant à certaines solutions réformatrices, dont les experts de la consultation ont dû tenir compte (W. Andreff, 2009 : 09).

A partir de 1994, à l'instar des pays de l'est et de nombreux pays sous-développés, l'Algérie, dans un contexte d'aggravation de la crise socio économique, a mis en œuvre un vaste programme d'ajustement macro-économique et de réforme structurelle avec l'appui du FMI et de la Banque Mondiale (E. C. Chakib, 2002 : 01)

L'acceptation du rééchelonnement de la dette extérieure et son corollaire, l'application d'un programme d'ajustement structurel, sont d'abord des actes d'une charge symbolique extrême pour un État qui a toujours cultivé le mythe de la souveraineté et de l'indépendance (Dahmani A., 1998 : 08).

« Les déséquilibres économiques, souligne l'économiste de l'université d'Oran, étaient très profonds et toutes les thérapies imaginées au cours de la période qui a suivi le renvoi du

gouvernement des réformateurs en juin 1991, jusqu'à la fin de l'année 1993, se sont avérées inefficaces, d'autant plus que la situation politique du pays entrait dans une nouvelle phase marquée par une très forte violence. C'est dans ces conditions que les accords avec le FMI et la Banque mondiale ont été signés et présentés à la population comme l'unique solution, alors que, quelque temps avant, le rééchelonnement de la dette était présenté par la majorité de la classe politique comme un "bradage" de la souveraineté nationale. Ces accords ne soulèveront aucune contestation, et très rapidement la classe politique qui s'est exprimée sur cette question s'est montrée favorable à cette option. Le programme d'ajustement structurel (PAS) qui en a découlé imposait plusieurs objectifs visant tous à assurer les grands équilibres macro-économiques et à préparer les conditions d'une relance de la croissance économique. Quels sont les premiers résultats de l'application de ce programme, très vite devenu le programme de travail du gouvernement depuis avril 1994 ? (A. Benyagoub, 1997 : 2).

Comme la plupart des pays qui ont lancé de vastes et audacieuses réformes structurelles, l'Algérie a accusé une dégradation importante en matière de développement humain. Cette dégradation place actuellement l'Algérie, en matière de développement humain, à la 81ème place dans le monde, alors qu'elle se situait, avant 1988, à la 30ème place. La dégradation du développement humain pendant la période du P.A.S peut se mesurer par les indices suivants : la détérioration du pouvoir d'achat, l'augmentation du chômage, et les réductions des dépenses sociales essentiellement au niveau de l'éducation et de la santé (E. C. Chakib, 2002 : 11).

La dissolution d'un grand nombre d'entreprise est un des résultats des mesures du PAS, explique E. C. Chakib. Ainsi, plus de 800 entreprises économiques publiques ont été dissoutes depuis 1994 dont 54% pour le secteur industriel, suivi du secteur du BTPH 30% ; le reste, 16%, concerne les autres secteurs (E. C. Chakib, 2002 : 07).

La définition de l'économie algérienne nous permet d'affirmer le caractère rentier de l'économie algérienne en y relevant la prédominance de l'exportation du pétrole et de ressources minérales, qui va constituer la grosse part des ressources extérieures. En Algérie, il faut noter le rôle primordial joué par l'Etat dans le processus de centralisation et d'allocations des ressources générant ainsi des effets d'éviction pouvant nuire à la croissance de l'investissement productif. Dans ce cadre, les Programmes d'Ajustement Structurel proposent une réforme de l'Etat pour éliminer les distorsions qu'il a créées, au risque de remettre en cause le contrat social de la période rentière et la cohérence entre économique et politique. Cette assertion peut servir de schéma explicatif aux causes des émeutes urbaines vécues par certaines villes du Maghreb au cours des décennies 80 et 90 (Hamamda T., 2004 : 03).

Comme toutes les économies des pays en voie de développement, l'économie algérienne est sous développée . A la lumière de la théorie du développement qui nous enseigne que le sous-développement n'est pas un simple retard mais un phénomène historique correspondant au blocage de l'accumulation et des dynamiques de croissance (Hamamda T., 2004 : 02). Après cette courte introduction sur l'approche du Programme d'Ajustement Structurel et le contexte de sa mise en œuvre, nous présentons, en rapport avec notre recherche, les conséquences de ce programme ou « recettes » de la Banque Mondiale.

3.1 Les conséquences du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) sur le secteur public de santé (CENEAP)

Le Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Planification (CENEAP) a mené deux importantes enquêtes par pour le compte du Conseil National et Economique (CNES). L'objectif de la première enquête, menée en 1998, qui porte sur 2500 ménages réparties sur l'ensemble du territoire, était de mesurer les effets du PAS sur les ménages, les entreprises et le service public, sur deux périodes : 1995 et 1998.

Dans la même problématique, l'étude aborde également la pauvreté en Algérie, entre 1993 et 1997. La deuxième enquête qui a touché 1603 bénéficiaires sur 54500 personnes couvertes par le dispositif du filet social, concerne l'étude du système de protection et de solidarité mis en œuvre par les pouvoirs publics.

Toutes les wilayates, objet de l'enquête, sont unanimes pour souligner une insuffisance et une restriction dans l'octroi des crédits de fonctionnement. A ce sujet, les enquêteurs soulignent que "plutôt que de chercher à améliorer la gestion du service public par la mise en place d'une politique soutenue et permanente de modernisation de l'administration ou, à défaut, par la mise en œuvre de programmes de rationalisation de l'existant, c'est la solution de facilité qui a été choisie : opérer des coupes budgétaires, et sur un autre plan, augmenter les prélèvements obligatoires" (CENEAP, 2000 : N°16 : 158).

Aux dires des questionnés, commentent les enquêteurs, "le secteur de la santé connaît des restrictions budgétaires qui ne manquent pas d'avoir des répercussions négatives sur la qualité des soins et la motivation du personnel administratif et médical" (CENEAP N°15, 1999 : 118).

Les enquêteurs précisent également, que l'administration hospitalière ne pratique même pas la comptabilité analytique, pour étudier, par exemple, le prix d'une prestation du service public, qui servira à une utilisation rationnelle des ressources ou à l'élaboration d'un budget-programme. (CENEAP N°16, 2000 : 159). Ils ajoutent que les restrictions budgétaires, vont plus loin puisqu'elles touchent l'acte médical lui-même, en ce sens que les ressources

financières sont insuffisantes pour s’approvisionner en médicaments, en matériel et outillage médical et en consommables (CENEAP N°15, 1999 : 116).

Les résultats de l’enquête menée par le CENEAP restent toujours, à notre sens, pertinents. Ainsi pour affiner les données économiques et sociales, et mesurer l’impact du PAS sur les populations, le CENEAP a eu à mener deux importantes enquêtes, la première, intitulée « Les effets du PAS sur les ménages », est réalisée en 1998. La seconde étude, intitulée « L’impact de la politique du filet social sur les populations vulnérables », avait pour objectif de savoir si le système de protection sociale et de solidarité mis en œuvre par les pouvoirs publics a été efficace dans le soutien et la prise en charge des catégories les plus défavorisées (Makboul E. H., 1999 :11-12)

3.2 Les résultats des deux enquêtes du CENEAP

En introduction, les auteurs de l’article « Le programme d’ajustement structurel en Algérie : problématique et application », soulignent que dans le cadre contraignant des accords avec le FMI et la Banque Mondiale, il est, en effet, difficile de contester les coûts sociaux du PAS.

Toutes les wilayates, objet de l’enquête, affirment les enquêteurs, sont unanimes pour souligner une insuffisance et une restriction dans l’octroi des crédits de fonctionnement. A ce sujet, les enquêteurs soulignent que “plutôt que de chercher à améliorer la gestion du service public par la mise en place d’une politique soutenue et permanente de modernisation de l’administration ou, à défaut, par la mise en œuvre de programmes de rationalisation de l’existant, c’est la solution de facilité qui a été choisie : opérer des coupes budgétaires, et sur un autre plan, augmenter les prélèvements obligatoires” (CENEAP, 2000 : N°16 : 158).

Aux dires des questionnés, commentent les enquêteurs, “le secteur de la santé connaît des restrictions budgétaires qui ne manquent pas d’avoir des répercussions négatives sur la qualité des soins et la motivation du personnel administratif et médical” (CENEAP N°15, 1999 : 118).

Les enquêteurs précisent également, que l’administration hospitalière ne pratique même pas la comptabilité analytique, pour étudier, par exemple, le prix d’une prestation du service public, qui servira à une utilisation rationnelle des ressources ou à l’élaboration d’un budget-programme. (CENEAP N°16, 2000 : 159).

Sur le fond, le document explique : « on le constate, la Constitution de 1989, suivie en cela par celle de 1996, est nettement moins généreuse en matière de droits qui sont assurés par l’Etat au profit du citoyen. Cela est aisément compréhensible en raison de l’orientation idéologique, de nature libérale, qui caractérise la loi fondamentale » (CENEAP N°16, 2000 : 156).

La question de la maîtrise des effectifs prend une dimension particulièrement importante, soulignée à plusieurs reprises et avec insistance dans le questionnaire. C’est une mesure qui

est habituellement préconisée par les plans d'ajustement structurelle. Outre le blocage des recrutements, les départs à la retraite ne sont pas renouvelés, au moins pour maintenir un effectif constant alors que, dans le même temps, la demande sociale ne cesse d'augmenter, au moins pour des raisons démographiques. Mais, et dans le même temps, l'état investi des sommes importantes pour l'emploi des jeunes ... comme si la structure de la fonction public de carrière, qui offraient des emplois stables, s'orientait vers une fonction plus flexible, moins couteuse mais plus précaire ... la mise en place des contrats de pré-emploi en est l'illustration (CENEAP, 2000 : 159)

En guise de critique des limites de l'enquête, les auteurs affirment :

- L'objet de ce travail se limitera à donner des indications brutes qui ont été formulées par les questionnés pendant une période donnée puisqu'il s'agit de comparer les réponses entre deux dates : 1993 et 1997, et cela dans le but de faire émerger les éventuels impacts du plan d'ajustement structurel sur le service public. L'appréciation de la satisfaction du service s'appuiera essentiellement sur les indicateurs d'ordre quantitatif, ce qui, dans une certaine mesure, permettra d'évaluer également la qualité de la prestation. Néanmoins, une appréciation véritable de la qualité du service public n'est possible qu'à partir d'une enquête auprès de l'utilisateur du service public, et une telle dimension n'est pas prise en compte par le commanditaire de cette étude (CENEAP, 2000 : 154).
- Il faut quand même souligner qu'une seule et unique réponse s'est préoccupée de l'insuffisance prise en charge du malade, sans qu'aucune précision n'accompagne cette affirmation pour savoir si elle vise la dimension thérapeutique ou autre chose. La maladie reste la raison d'être du système de santé, et c'est une dimension qui ne ressort pas suffisamment de vigueur dans cette enquête (CENEAP, 1999 : 118).

D'une manière globale, les résultats sont insatisfaisants puisque ces maladies ont connu une progression, sauf l'hépatite virale et la dysenterie qui ont reculé. Mais, et dans l'absolu, la situation montre le peu d'efficacité du service public puisque ces pathologies devraient normalement disparaître car elles sont révélatrices de sous-développement inquiétant (CENEAP, 1999 : 115).

Une des principales conclusions de l'enquête est de relever un faible impact sur la gestion (administrative), en soulignant que plutôt que de chercher à améliorer la gestion du service public, par la mise en place d'une politique soutenue et permanente de modernisation de l'Administration ou, à défaut, par la mise en œuvre de programmes de rationalisation de l'existant, c'est la solution de facilité qui a été choisie : opérer des coupes budgétaires, et sur un autre plan, augmenter les prélèvements obligatoires (CENEAP, 2000 : 158).

En conclusion de l'approche de cette période caractérisée par l'application du PAS en Algérie, nous présentons quelques remarques et leçons tirées par les chercheurs.

Comme toutes les économies des pays en voie de développement, l'économie algérienne est sous développée. A la lumière de la théorie du développement qui nous enseigne que le sous-développement n'est pas un simple retard mais un phénomène historique correspondant au blocage de l'accumulation et des dynamiques de croissance (Hamamda T., 2004 : 02).

Toutes ces manifestations de la crise s'apprécient au regard de la nature et du rythme des transformations économiques opérées en Algérie depuis 1967 qui inscrivent les dysfonctionnements du système dans la logique même du modèle rentier d'accumulation axé sur des mécanismes d'allocation des ressources peu efficaces, des revenus salariaux et non salariaux distribués sans aucune contrepartie productive (Hamamda T., 2004 : 06).

L'enjeu majeur des réformes entreprises réside bien évidemment dans la finalité à créer les conditions d'une croissance économique saine et durable, d'une insertion maîtrisée dans le marché régional et mondial, et l'élimination de toutes les distorsions inhérentes au rôle de l'Etat dans l'économie nationale. Tous ces objectifs fixés par le PAS n'ont pas tous été atteints comme le montre notre évaluation du processus des réformes. En effet, si l'Algérie peut se prévaloir d'avoir réussi par certains égards sa stabilisation macro-économique, dans le domaine de l'application des réformes structurelles, elle accuse un immense retard qui pourrait lui porter préjudice dans un proche avenir (Hamamda T., 2004 : 13).

On convient aujourd'hui, explique Amara H. A, que le succès de certains pays d'Asie, comme le Japon ou la Corée du Sud, tient à la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'accumulation qui a requis une forte intervention de l'Etat, bien loin des dogmes de l'économie libérale actuelle. Il reste par ailleurs à démontrer que les catégories d'analyse et les hypothèses néoclassiques sont adéquates aux sociétés et aux économies précapitalistes (Amara H. A., 1999 : 04-05).

L'exemple des pays asiatiques déjà cités montre que l'économie de marché peut constituer une voie plus efficace d'un développement durable à condition d'être articulée à un projet national. Historiquement la base nationale d'accumulation a servi d'appui à la construction de l'État Nation, espace d'organisation et de représentation de la société (Amara H. A., 1999 : 05).

Les nouvelles échéances, conclut l'auteur, mettent l'Algérie au pied du mur. To be or not to be! Elle peut prendre le parti d'accepter passivement l'insertion dominée à l'économie mondiale qui lui est proposée par les accords régionaux et mondiaux qu'elle s'apprête à signer. Elle peut également décider de reprendre en main la maîtrise de son développement,

d'effectuer une ouverture extérieure sélective de son économie et de poursuivre la modernisation de l'Etat (Amara H. A., 1999 : 05).

Globalement, conclut le chercheur en économie, les indicateurs des grands équilibres macro-économiques traduisent une amélioration certaine de la santé de l'économie algérienne telle qu'elle est projetée dans le PAS. Mais, précise-t-il, ces performances ne réussissent pas à masquer la profonde crise économique marquée par un accroissement du chômage, la fermeture d'un nombre de plus en plus grand d'entreprises et une baisse importante du pouvoir d'achat de la majorité de la population et que « le programme d'ajustement structurel, aussi nécessaire soit-il, ne peut pas remplacer un programme de développement » (A. Benyagoub, 1997 : 3, 9).

Dans la même dynamique de recherche et après la présentation du rôle et de l'approche de la Banque Mondiale du domaine stratégique de la santé, nous abordons l'Avant-projet de loi sanitaire d'un point de vue critique et ses conséquences sur l'organisation hospitalière, particulièrement les urgences ainsi que l'expérience internationale, pour identifier et tirer les leçons nécessaires

4. Avant-projet de loi sanitaire (2003) : analyse des objectifs et des dispositions proposées

Dans les principes fondamentaux, la loi consacre le principe de l'approche intersectorielle de la santé, ainsi «les arbitrages rendus à l'échelon interministériel doivent traduire l'importance accordée à la santé comme un droit fondamental » (Art. 2) , la politique stratégique de la prévention (Art. 3 et 4) assumée par « L'Etat, les collectivités locales, les autorités sanitaires, les professionnels de santé, les établissements de santé publics et privés et tous les autres organismes participant à la prévention et aux soins ».

Dans les principes fondamentaux, le projet de loi propose la décision que l'établissement public à caractère sanitaire soit doté de l'autonomie administrative et morale (Art. 242) et que les ressources mobilisées pour le financement du système national de santé ainsi que les utilisations qui en sont faites soient présentés annuellement à l'Assemblée Populaire Nationale, en tant que comptes nationaux de santé (Art. 262). Au titre des obligations particulières de l'état, l'état prend aussi en charge les soins de base ainsi que les soins d'urgence (Art. 10).

Dans le même ordre d'idées, la lutte contre la mortalité maternelle et infantile constitue, aux yeux du présent avant-projet, une priorité de santé publique (Art. 44). Un domaine où

l'Algérie a enregistré un grand retard et qui constitue un critère essentiel pour l'OMS dans ses évaluations et classifications annuelles des systèmes de santé dans le monde (Rapport annuel 2000).

Le système de santé « se définit comme l'organisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières ainsi que l'organisation des institutions et organismes publics et privés qui concourent, par leur objet, à assurer la protection et la promotion de la santé » (Art. 5 et 272). C'est important de le souligner dans les textes fondamentaux, le privé est intégré et est une composante dans la définition du système de santé. Il faudrait que ce principe imprègne toute la politique de santé du ministère. Il y a déjà un décalage flagrant entre la politique officielle du ministère de la santé et l'application des textes par rapport à cette orientation.

On peut argumenter en soulignant, par exemple, que les représentants du privé sont rarement invités à des séminaires qu'organise le ministère de la santé et que les logiciels utilisés dans le secteur public n'ont jamais été proposés au privé. Si le statut ou la place du secteur privé dans le dispositif de la réforme, du moins théoriquement, est jugé positif, au sens où il est placé sur « un même pied d'égalité » avec le secteur public de santé, dans la pratique les activités du ministère de la santé, ne sont pas du tout imprégnées de cette orientation officielle. Dans la même thématique, nous abordons la coopération sanitaire des secteurs privé et public de santé.

4.1 La coopération sanitaire entre le public et le privé

Cette disposition de l'Art. 258 qui encourage et régit cette coopération sanitaire, énonce que « Les établissements de santé privés sont admis à assurer le service public de santé lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par voie réglementaire et qu'ils établissent un projet d'établissement compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Et que « La décision d'admission à assurer le service public de santé est prise par l'Agence régionale sanitaire », Cette mesure est, en soi, une réponse positive aux exigences de mobilisation des moyens humains, organisationnels, équipements médicaux et aussi du savoir-faire du personnel médical et paramédical, au profit du seul intérêt de la collectivité, du patient et de la performance hospitalière.

Dans la même logique, l'Art. 259 énonce que « Les établissements de santé privés à but lucratif peuvent conclure avec l'Etat des contrats pour l'exécution de sujétions de service public conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ». Malgré la confusion de la disposition proposée par le législateur, puisque la notion abstraite de « l'Etat » n'est pas exprimée en tâches précises et que dans le cadre du secteur de santé, il aurait été intéressant et

utile de cibler l'organisation sanitaire intéressée par cette coopération, cette mesure reste positive.

4.2 Les urgences hospitalières

La disposition de l'Art. 273 qui concerne les urgences hospitalières indique, comme dispositions obligatoires, des tâches que « les professionnels médicaux publics et privés *sont tenus* de participer aux gardes organisées la nuit, les week-ends et les jours fériés au niveau des officines pharmaceutiques, des établissements et structures publics et privés » est une excellente mesure, dans l'intérêt de la collectivité et du patient, pour peu que les mesures d'application soient beaucoup plus claires, cohérentes, quelles correspondent à l'organisation des urgences (et à ses besoins) et qu'elles soient aussi dans l'intérêt du secteur privé et, enfin, que les points, objet de la négociation, soient aussi définis. Le mieux est de mettre une structure permanente, paritaire (public et privé et toutes les parties intéressées) dont la tâche serait d'organiser, de planifier, de procéder au suivi et à l'évaluation, tout au long de l'année.

L'Art. 6 de l'Avant-projet de la loi sanitaire réaffirme les principes de planification sanitaire, de la carte sanitaire et d'inter-sectorialité.

Figure N° 03 Rapport de la Banque mondiale de 2007 présente dans le tableau ci-après, une synthèse des principales dispositions de l'avant-projet de loi sanitaire de 2003.

Encadré 8.1 Contenu de l'avant-projet de loi sanitaire (février 2003)
<p>Le préambule de ce projet de loi insiste sur la nécessité d'adapter le système de santé aux nouveaux défis—notamment, les transitions épidémiologique et démographique et les attentes croissantes de la population en matière de protection et de qualité des soins. Il expose en détail les principes qui sous-tendent le projet de loi, lesquels reflètent les principaux objectifs du système de santé, à savoir :</p>
<ul style="list-style-type: none">➤ l'universalité et l'équité dans l'accès aux soins➤ la solidarité, l'équité et la continuité des soins➤ l'utilisation rationnelle des établissements de soins➤ la décentralisation et l'« intersectorialité »➤ l'évaluation et le contrôle
<p>Plusieurs mesures sont proposées pour relever les nouveaux défis et réaliser ces objectifs.</p>
<ol style="list-style-type: none">1. Créer un Conseil national de la santé avec pour mission de définir les priorités de santé publique et de préparer des rapports sur l'état de santé de la population.2. Mettre en œuvre une série de mesures telles que le dépistage et le traitement gratuits des maladies non transmissibles.3. Concevoir des programmes de santé spécifiques pour les groupes vulnérables tels que les mères et enfants, les femmes, les adolescents, les personnes âgées et les indigents.4. Décentraliser le système de santé à travers la création de régions sanitaires, d'agences régionales sanitaires et de programmes régionaux de santé.5. Intégrer le secteur privé dans la politique gouvernementale en soumettant les prestataires privés aux mêmes règles générales que les établissements de santé publique et en subordonnant l'exercice de leur activité à la signature de contrats avec le ministère de la Santé.6. Développer des systèmes d'information à tous les niveaux du secteur de la santé.7. Créer un organe chargé d'accréditer et d'évaluer les services de santé.8. Créer un nouveau statut pour les établissements de santé publics pour leur donner une autonomie plus large.9. Obliger les hôpitaux publics à signer des contrats avec les agences régionales de santé pour pouvoir bénéficier des subventions de l'État.10. Préparer des comptes nationaux de la santé chaque année.
<p>Source : Banque mondiale</p>

Au sujet du domaine important de l'évaluation, l'art 9 souligne que « Les professionnels de santé, quel que soit leur régime d'exercice et les institutions de la santé, sont tenus de participer à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire. » Cette mesure est articulée avec l'Art.228 qui stipule que « Les établissements de santé publics et privés sont tenus de mettre en œuvre des systèmes d'information », ainsi qu'avec l'Art.214 du présent avant-projet de loi qui oblige «Chaque établissement assurant un service public de santé d'élaborer un projet d'établissement et un plan de démarche qualité ».

L'avant-projet de la loi sanitaire a mis en place un dispositif général doté de structures dont la tâche se résume dans la participation à l'élaboration et à la planification de la politique de santé, son évaluation, la mise en place de procédures visant (théoriquement) l'accréditation des organisations de santé :

1. Un conseil national de la santé qui donne un avis critique sur l'élaboration et l'exécution de la politique nationale de santé (Art 31),
2. Une agence régionale sanitaire (Art 200 jusqu'à 205),
3. Une agence nationale de sécurité sanitaire en produits pharmaceutiques (Art 341) et, en particulier,
4. Une agence nationale pour le développement de l'évaluation et de l'accréditation (Art 232 jusqu'à 238) dont le rôle est capital pour le développement des organisations de santé.

Dans les principes fondamentaux, le projet de loi propose la décision que l'établissement public à caractère sanitaire soit doté de l'autonomie administrative et morale (Art. 242) et que les ressources mobilisées pour le financement du système national de santé ainsi que les utilisations qui en sont faites soient présentés annuellement à l'Assemblée Populaire Nationale, en tant que comptes nationaux de santé (Art. 262).

Le seul constat (qui exprime le manque de volonté politique) qui s'impose à nos yeux est, qu'entre la date de proposition du projet de loi (2003) et 2018, soit presque 15 années, le ministère de la santé ou le gouvernement ont beaucoup hésité pour prendre la décision, car le changement (ce que nous enseigne la littérature internationale) est un long processus organisationnel, surtout lorsqu'il s'agit, à terme, de créer les conditions pour un changement dans le domaine du management et de la gestion. Pourquoi, en particulier, avoir attendu l'adoption de la loi et son application pour créer les Comptes Nationaux de Santé qui sont d'une grande utilité pour la comptabilité nationale des ressources allouées au secteur de la santé.

Enfin, l'expérience en Algérie, dans le domaine des lois et les procédures d'application (en déviant du contenu initial) est très riche et mérite de tirer les leçons. « Dans la réalité, il existe un fossé entre les textes officiels et leur application » (entretien, Médecin de la DSP).

Les Art. 80, 81 et 82 : Ces articles qui concernent la médecine du travail, vont combler un vide juridique, en ce sens où les entreprises publiques, (tout d'abord) ne sont pas tenues, obligatoirement, à appliquer les mesures de protection et de promotion de la santé des travailleurs algériens et donc d'entretenir et de renouveler la force de travail.

L'article 80 énonce, concernant la médecine du travail, qu'« Elle a pour but de promouvoir une santé physique et mentale optimale et l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale. L'Etat veille à la protection et à la promotion de la santé en milieu du travail et la médecine du travail est à la charge de l'organisme employeur » et dans la définition de ses domaines, l'article 81 précise que son 7ème domaine d'intervention vise « La *promotion des systèmes d'organisation du travail contribuant à la santé et à la sécurité du travailleur* ».

L'OMS qui valorise la démarche de prévention, présente, dans son site électronique, la médecine du travail, dans ces termes : « La médecine du travail traite de tous les aspects de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail, *l'accent étant mis en particulier sur la prévention primaire des risques*. Les déterminants de la santé des travailleurs sont multiples, et comprennent les facteurs de risque sur le lieu de travail qui peuvent être la cause de cancers, d'accidents, d'affections de l'appareil locomoteur, de maladies respiratoires, d'une perte de l'audition, de maladies de l'appareil circulatoire, de troubles liés au stress et de maladies transmissibles et autres » (OMS, 2000).

Les articles 85 à 88 traitent de la santé mentale, lorsqu'on sait que c'est un domaine où au-delà des problèmes d'infrastructures, la prise en charge des malades mentales pose un sérieux problème. Nous sommes loin des dispositions concrètes de la prévention. Dans une communication, le Pr Farid Kacha, psychiatre, déclare que l'hospitalisation en psychiatrie est régie par le code de la santé (loi de 1985, titre III) et aucune circulaire d'application n'a été préparée à ce jour et que rien ne pourra se faire sans la mise en place d'une sous-direction chargée de la santé mentale auprès du ministère de la santé. Alors que l'Algérie compte 600 psychiatres (quatre fois plus que nos collègues tunisiens et deux fois plus que nos collègues marocains), alerte le professeur F. Kacha, nous avons perdu 15 psychiatres et près de la moitié se sont installés en privé (F. Kacha, 2010).

4.3 La prévention

Art. 4 : La protection, le maintien et la promotion de la santé sont mis en œuvre par une politique de prévention de la santé qui s'exerce à travers des actions individuelles et collectives, tendant notamment :

- à réduire les risques éventuels pour la santé liés à l'environnement, aux transports, à l'alimentation ou à la consommation de produits et de services, y compris de santé ;
- à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé ;
- à entreprendre des actions de prophylaxie et des programmes de vaccination et de dépistage des maladies, des handicaps ou des facteurs de risques ;
- à promouvoir le recours à des examens et des traitements à visée préventive ;
- à développer des actions d'information, d'éducation et de communication en vue d'induire des comportements favorables à la santé.

L'Art. 132 : L'éducation sanitaire est une obligation dévolue à l'Etat et aux collectivités locales. Elle a pour but de contribuer au bien-être de la population en lui permettant l'acquisition des connaissances nécessaires

Les articles 03, 04 et 132 fondent la démarche de prévention sanitaire. Ils tracent, à grands traits, la politique nationale de prévention sanitaire de l'Algérie. Mais il ne suffit pas de décider de disposer d'une politique de prévention sanitaire pour que la prévention une politique concrète. Il faut que les parties concernées définissent collectivement une stratégie nationale de prévention, en répartissant les rôles, les responsabilités et les tâches. Il faut y mettre les moyens (financiers et autres) nécessaires. Ci-après des données sur la place de la prévention dans les budgets alloués au ministère de la santé (Banque Mondiale, 2007).

Tableau N° 05 : Elaboré par les experts de la Banque mondiale (Rapport 2007) : place de la « Prévention » dans les budgets alloués au ministère de la santé (1994, 1999 et 2004).

Tableau 8.6 Dépenses de fonctionnement, 1994-2004 (en milliards de dinars et en %)

Catégorie de dépense	1994				1999				2004				Tendance sur 10 ans en valeur nominale (%)
	Montant	% du total	% du PIB	% PIB HH	Montant	% du total	% du PIB	% PIB HH	Montant	% du total	% du PIB	% PIB HH	
Personnel	21,503	70,5	1,44	1,86%	36,313	66,9	1,12	1,68%	58,057	60,6	0,95	1,53%	170
Formation	910	3,0	0,06	0,08%	1,338	2,5	0,04	0,06%	2,187	2,3	0,04	0,06%	140
Alimentation	700	2,3	0,05	0,06%	938	1,7	0,03	0,04%	1,828	1,9	0,03	0,05%	161
Médicaments	4,057	13,3	0,27	0,35%	9,258	17,1	0,29	0,43%	17,633	18,4	0,29	0,46%	335
Prévention	470	1,5	0,03	0,04%	1,161	2,1	0,04	0,05%	2,609	2,7	0,04	0,07%	455
Matériel													
médical	823	2,7	0,06	0,07%	1,861	3,4	0,06	0,09%	4,953	5,2	0,08	0,13%	502
Maintenance	450	1,5	0,03	0,04%	800	1,5	0,02	0,04%	2,730	2,9	0,04	0,07%	507
Services													
sociaux	370	1,2	0,02	0,03%	609	1,1	0,02	0,03%	1,037	1,1	0,02	0,03%	180
Autres	1,200	3,9	0,08	0,10%	1,998	3,7	0,06	0,09%	4,701	4,9	0,08	0,12%	292
Recherche													
médicale	30	0,1	0,002	0,003%	20	0,04	0,001	0,00%	40	0,04	0	0,00%	33
<i>Total</i>	30,513	100	2,05	2,64%	54,296	100	1,68	2,52%	95,775	100	1,56	2,52%	214

Source : Ministère de la Santé.

L'Art. 239 : En vue de répondre à la satisfaction des besoins de la population, les établissements de santé publics et privés peuvent constituer, par convention, des réseaux de soins pour la prise en charge de populations spécifiques ou de problèmes particuliers de santé.

Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, la continuité des soins et la délivrance de soins de proximité de qualité, sur la base de conventions qui assurent l'accessibilité et l'équité en matière de santé.

Les réseaux peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de la santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. La convention constitutive du réseau de soins est portée à la connaissance des services déconcentrés et de l'Agence régionale sanitaire compétente.

L'Art. 262 de l'Avant-projet de loi sanitaire qui affirme que : « Les ressources mobilisées pour le financement du système national de santé ainsi que les utilisations qui en sont faites sont présentées annuellement, à l'Assemblée Populaire Nationale sous forme de comptes appelés « comptes nationaux de santé », a le mérite d'intervenir sur une question de fond : c'est l'application du principe de rendre compte de l'utilisation des ressources financières et de la transparence des actes de gestion et donc, de la possibilité qu'ont les citoyens (ou usagers) et leurs représentants, de pouvoir, légalement, apporter des critiques et aussi des suggestions. Il reste que cette mesure serait incohérente si elle ne serait pas suivie et complétée par la publication d'un rapport annuel sur l'état de la santé des algériens (publiés jusqu'à l'année 2004). C'est une exigence de la Constitution de 1946 aux Etats membres de l'OMS, comme exprimé dans son article 61.

Il est explicitement affirmé, dans les statuts adoptés par les Etats membres de l'OMS, Chapitre XIV – Rapports soumis par les Etats, Article 61, que « *Chaque Etat Membre fait rapport annuellement à l'Organisation sur les mesures prises et les progrès réalisés pour améliorer la santé de sa population* ».

Enfin, à notre avis, la décision la plus importante prise dans le cadre de l'Avant-projet de loi sanitaire, et qui a fait l'objet d'un large consensus, dans les consultations régionales et nationales, est celle relative à la suppression de « l'activité complémentaire » qui a beaucoup nuit au fonctionnement et à la performance de l'organisation sanitaire, hospitalière ou celle, de manière particulière, des urgences. Mais, le problème de gouvernance, ressurgit, de nouveau et dans l'adoption de la loi sanitaire, malgré toutes les réserves et les avertissements des partenaires de l'administration du ministère de la santé, les dangereuses (pour le système de santé) dispositions relatives à l'activité complémentaire ont été maintenues.

Nous sommes, toujours, dans la thématique de la réforme des systèmes de santé. Nous donnons la parole à une universitaire algérienne, Kaid T. Nouara, sur la problématique des réformes des systèmes de santé.

4.4 Quelles réformes pour quels systèmes de santé ?

Nous présentons les approches de deux universitaires, celle de l'économiste de santé, Miloud Kaddar et celle de Kaid T. Nouara.

Nous présentons un résumé de deux contributions de l'économiste de santé, Miloud Kaddar, sur le projet de la nouvelle loi sanitaire, pour la pertinence des arguments présentés dans ces deux articles, (Les Cahiers du GRAS, 2015, Quotidien d'Oran, 2017).

L'analyse de l'économiste de santé critique, dans ses premières remarques, la forme du projet. Ce qui est immédiatement notable, remarque l'auteur, est l'absence d'un exposé des motifs sur le contexte, les questions et problèmes justifiant une nouvelle loi, ses objectifs, ses principes et fondements ainsi que la procédure de consultation et de finalisation de cette loi (M. Kaddar, 2015).

La lecture du projet de texte, poursuit l'auteur, révèle l'énorme déséquilibre entre les titres, chapitres et sections. Certains sujets sont traités avec beaucoup de détails et de précisions (santé mentale,...), d'autres (conseil national de santé,...) sont évoqués de manière lapidaire et laissés ainsi aux futurs textes réglementaires, à l'initiative et l'interprétation de l'exécutif et du Ministère de la Santé en particulier. Dans ce cadre, précise M. Kaddar, il est à noter que n'ont pas été respectées les six grandes phases utiles pour garantir la qualité de la loi : phase préparatoire (phase 1); phase de programmation et de pilotage des textes (phase 2); phase de rédaction (phase 3); phase de discussion et d'adoption (phase 4); phase d'application (phase 5); phase de contrôle et d'évaluation (phase 6). Le non-respect de ces six phases, conclut l'auteur, peut compromettre gravement l'efficacité de la loi.

Après la lecture du projet, explique l'auteur, c'est « L'impression de décalage entre les généreux et nobles principes que ce projet réitère ou réaffirme et les réalités de l'accès aux soins et du fonctionnement quotidien du système de santé est très forte » (M. Kaddar, Quotidien d'Oran, 2017), car certaines dispositions sont positives et prometteuses, cependant d'autres sont confuses et méritent une sérieuse reformulation.

En poursuivant son analyse de l'architecture du projet de loi, l'auteur souligne que certaines composantes et approches essentielles sont cependant sous estimées ou traitées de manière conventionnelle alors qu'elles nécessitent une prise en compte des enseignements du passé et de l'expérience internationale. Ainsi en est-il de la question de la gouvernance des établissements publics, celle des ressources humaines mais aussi des capacités de gestion d'un système de santé de plus en plus complexe et diversifié tant dans sa composante publique que privée. Le déficit en gestionnaires et en maîtrise des règles de gestion et de transparence est criard à tous les échelons du système.

Par ailleurs, critique M. Kaddar, ce texte souffre de trois limites majeures :

a) il ne résulte pas d'un bilan quantitatif et qualitatif critique et contradictoire des réalisations, progrès, limites et faiblesses de ce qui a été observé depuis la mise en œuvre de la loi de 85.05 du 16 février 1985. b) il ne résulte pas d'une vision prospective de ce que sera ou devra être la santé des algériens et leur système de santé dans les 15/20 prochaines années. Aucun bilan critique des réalisations, limites, contraintes du système de santé sous l'empire de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 n'a été établi, publié et diffusé en parallèle à ce projet de loi. Cela aurait permis de mieux comprendre les forces, les failles et limites de la précédente loi et pourquoi et comment faut-il la modifier. c) il tient peu compte des nouvelles réalités économiques et financières du pays et du financement de la protection sociale et de la santé en particulier.

Dans le même ordre d'idées, souligne l'auteur, la carte sanitaire « n'a jamais été opérationnelle et effective. La répartition réelle s'est plus faite selon les capacités d'influence des groupes de pression et des intérêts des professionnels de la santé que des intérêts de la population ou des priorités sanitaires nationales et locales » (M. Kaddar, GRAS 2015). Cette notion (la région), explique M. Kaddar, est particulièrement séduisante et porteuse de grands espoirs pour mieux prendre en compte la diversité des besoins et des capacités de nos régions. Cependant elle ne peut se développer sans l'existence d'une entité géographique et administrative bien définie et acceptée. Or les régions n'existent pas actuellement en Algérie. Il serait difficile d'envisager la création de régions pour le seul secteur de la santé... Ce qui

n'empêche pas d'entamer et de promouvoir dès à présent un flux croissant de collaboration et de partenariat inter-wilayate dans le domaine de la santé.

Qu'en est-il du principe d'efficience et de l'amélioration de la performance ? L'économiste de santé répond que les principes d'efficience dans l'allocation et la gestion des ressources sont pratiquement absents de ce texte et que « L'amélioration des performances du système n'est vue qu'à travers l'augmentation continue des moyens humains, techniques et financiers, rarement à partir d'une meilleure utilisation des ressources existantes et mobilisables, d'une évaluation de la rationalité des pratiques ou de la performance des structures et équipes en place. Pour conclure que « La culture de l'évaluation, des performances et de la recevabilité est quasi-inexistante dans le système dominant » (M. Kaddar, GRAS, 2015).

Sur la question essentielle du service public, précise l'auteur, dans sa réflexion que la notion de service public est fondamentale dans le domaine de la santé. L'article Article 179 énonce que « le système de santé est fondé sur un service public de santé » qui est assuré par « les établissements publics de santé, les établissements privés assurant une mission de service public dans les conditions prévues par l'article 237 ci-dessous ». Cet article est confus dans la mesure où il donne le choix à travers l'article 237 aux structures privées d'assurer ou non le service public de santé, selon un cahier des charges. Le service public de santé est une mission que toute structure sanitaire doit assurer. L'article 200 énonce « les établissements assurant le service public, garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent ». Ceci, explique l'auteur, peut se comprendre qu'un établissement privé n'ayant pas signé la convention n'a donc pas d'obligation d'assurer la mission de service public et de ce fait n'est pas tenu de contribuer à assurer l'égal accès de tous aux soins.

Le projet de loi a fait un choix, me semble-t-il, conclue le chercheur : ignorer le nouveau contexte et les défis qui en découlent, reconduire les choix anciens, tenter de satisfaire tout le monde et donner l'impression que tout est possible avec quelques modifications à la marge. Cela est un pari risqué. En plus, aucune réelle étude d'impact n'a été conduite préalablement à la rédaction des textes. Est-ce que les meilleurs choix ont été faits dans le sens de l'équité, de l'efficience et de la pérennité ? Il en est de même pour ce qui est ou sera à la charge de la CNAS et de la CASNOS ou des établissements publics de santé.

Notre système de santé a connu une dynamique de croissance extensive avec toujours plus de médecins, d'établissements, de machines, de produits et de technologies sans jamais atteindre un niveau d'efficience et d'équité acceptable, loin de là. Instaurer et promouvoir une culture et une pratique de l'évaluation et du rendre compte à tous les niveaux.

Malheureusement, observe l'auteur, « Sur toutes ces questions et bien d'autres, nous n'avons aucune étude ou donnée récente, crédible et utilisable ». Peu de vision prospective de la santé et du système de santé en Algérie. Le pays a investi des milliards pour former, construire et équiper mais très peu pour compter, comprendre, analyser et agir sur des bases éclairées et justifiées. Comment alors dans ce contexte, s'interroge l'auteur, édicter un cadre juridique pour notre système de santé sans avoir les données fondamentales sur son fonctionnement, ses résultats, ses services à la population, son équité, son efficience et sa capacité à répondre aux besoins du pays, de son économie et de sa population ?

Conclusion : l'auteur tire la conclusion, à partir de l'analyse de l'Avant-projet de la loi sanitaire que le modèle dominant d'allocation des ressources semble maintenu et que c'est un financement des structures et non un financement des activités. Ce dernier, recommande l'auteur, devrait être fondé sur l'atteinte des objectifs et sur les performances obtenues tout en tenant compte des contraintes du service public. Ce dont a besoin le pays, conclut l'auteur, c'est d'une loi et d'une politique de santé publique équitable s'attaquant aux causes réelles des problèmes de santé et aux déterminants de la santé qui sont autant dans notre environnement, nos conditions socio-économiques, modes de vie et pratiques sociales, que dans les failles et limites du système de santé.

L'universitaire Kaid T. Nouara, affirme que la plupart des réformes se situent autour du couple solidarité/ maîtrise des coûts. Faut-il raisonner en termes de maîtrise des coûts ou en termes de maintien de solidarité ? S'interroge-telle. Elle propose les réponses et arguments suivants :

- Certains auteurs (Hayek F.A. 1974, Moatti J.P. 1992, Rochefort R. 1993, Gadreau M. et Schneider-Brunner C., 1997) pensent que toute tentative de maîtrise des coûts implique inéluctablement un déficit dans la solidarité par le biais d'une moindre accessibilité aux soins pour les plus démunis, à une moindre qualité des soins pour les autres, et par conséquent à une dégradation de l'état de santé global d'une population.
- A l'inverse, d'autres (Gamel C. 1992, Mougeot M. 1994, Fleurbaey M., 1996) pensent que le maintien de la solidarité passe inévitablement par une augmentation du rendement et de l'efficience des ressources, toujours trop peu importantes, affectées à la santé. La réforme d'un système doit être à la fois structurelle et culturelle.
 - Structurelle, dans le but de redresser les dysfonctionnements existants quel que soit le secteur où ils se manifestent.

- Culturelle à la fois au plan individuel et au plan collectif (l'orientation du malade vers un mausolée au lieu d'une structure de soins, la place de la médecine traditionnelle, etc.).

Ainsi, aucune réforme structurelle ne peut aboutir si les attitudes des pourvoyeurs de soins, des consommateurs et des assureurs-payeurs ne sont pas profondément modifiées. Quant à celle qui viendrait, au-delà des préoccupations politiques, administratives et financières, elle semble, encore plus lointaine dans la préoccupation réformatrice. Prétendre qu'une amélioration des soins aboutirait à la fois à une diminution des coûts et à une amélioration de la santé nécessite un débat approfondi car une telle réflexion implique une série d'hypothèses qui restent à prouver :

- La première, consiste à poser comme acquise : l'adéquation fondamentale des structures existantes aux problèmes et aux besoins de santé.
- La seconde, veut que des ressources allouées spécifiquement à la prévention et à la promotion de la santé aient une action sur l'état de santé meilleure que celles qui seraient allouées aux services de soins, comme c'est le cas actuellement. Valider toutes les hypothèses pour en faire une action rationnellement fondée et non une opinion est un processus long et laborieux.

Solidarité et équité : Le concept de solidarité qui est souvent lié à celui de l'équité, est à la base de tout système de sécurité médico-social et présente plusieurs aspects dont deux essentiels, sont fréquemment oubliés :

1. Certaines maladies sont représentées par des affections dénuées de prestige scientifique (douleurs dorsales, problèmes dermatologiques, états anxieux et dépressifs, etc.). Leur prise en charge ne nécessite aucune structure de haute technologie et l'intérêt scientifique qu'elle suscite reste modeste par rapport à des affections, plus rare, objets de toutes les attentions (cancers, chirurgie cardio-vasculaires ...). Si l'on souhaite agir équitablement sur le fardeau de la maladie, un rééquilibrage d'urgence en matière d'allocation des ressources dans les systèmes de soins s'impose. Cette remarque a été déjà faite par A.L. Cochrane au début des années soixante-dix.

2. La seconde anomalie, très répandue en matière d'efficacité et de solidarité, concerne les systèmes de sécurité médico-sociale, dans lesquels les cotisations ne sont pas proportionnelles aux ressources des cotisants.

Enfin, quelle que soit la difficulté de l'exercice, explique-t-elle, il faut admettre que les coûts extravagants des systèmes de soins font de la qualité des prestations non seulement un impératif professionnel, mais une exigence éthique, indépendamment du résultat attendu. Une

autre pression réformatrice est celle de la satisfaction des consommateurs quant à leur système de santé. Pour un même niveau de dépenses données, les consommateurs de soins peuvent avoir des comportements différents quant à la satisfaction de leurs systèmes de soins. Pour revenir au concept de l'équité et sans entrer dans un débat sur celui-ci face à la santé qui dépasse les préoccupations de notre étude il nous paraît important de souligner un aspect fondamental du problème des inégalités sociales de santé. Il est très bien évoqué par C. Schneider Bunner (1997) dans les interrogations suivantes :

- D'abord, "quelles sont les conceptions de l'équité que l'on peut envisager pour le domaine de la santé à partir des théories contemporaines de la justice sociale ?
- Puis, parmi ces conceptions, lesquelles sont en vigueur, explicitement ou implicitement, dans les systèmes de santé européens ? "

La recherche de l'auteur présente un intérêt théorique et social. L'intérêt théorique recouvre plus particulièrement la définition de l'équité dans le domaine de la santé. L'application des théories de la justice dans ce domaine, consiste à déterminer des critères d'équité. Et, "l'analyse de l'équité des systèmes de santé nécessite de déterminer les implications de ces théories pour la santé ou l'accès aux soins".

L'intérêt social se manifeste à travers la révélation des conceptions de l'équité sous-jacentes aux systèmes de santé européens. La recherche d'une meilleure connaissance de la situation et de l'évolution de ces systèmes vise tout à la fois à apprécier les mécanismes influant sur le niveau d'équité et à clarifier les alternatives possibles. Cependant, l'équité doit reposer sur la régulation des dépenses qui, aujourd'hui, est indispensable. Il semble que le lien entre efficacité et équité devrait et pourrait être développé de façon plus constructive que conflictuelle. La question que l'on se pose est la suivante : quelles incitations faut-il mettre en place pour que le système de soins soit à la fois juste et efficace techniquement et économiquement ?

La crise économique mondiale de la fin des années 80 et les diverses réorganisations réglementaires et budgétaires induites, conclue l'universitaire, ont provoqué une "redistribution des inégalités, désormais plus concentrées sur la population des exclus". En effet, la montée du chômage a eu des conséquences bien repérables sur les conditions de vie de larges couches de populations qui, par conséquent, réduisent leurs dépenses de santé dans la même proportion que l'ensemble de leur train de vie. Plus généralement, cette pression économique se manifeste par l'accroissement, au cours de cette dernière décennie, des disparités d'accès aux soins très marquées, selon le revenu, pour les plus mal couverts (Kaid T. Nouara, 2003 :7-8).

Nous abordons une thématique du système de santé d'actualité, que vit la société algérienne, avec ses multiples contradictions : les transitions démographique et épidémiologique.

4.5 La transition démographique

Le phénomène de transition démographique que connaît l'Algérie depuis peu de temps et un phénomène mondial, que plusieurs pays dans le monde connaissent depuis longtemps en l'occurrence les pays d'Asie et d'Europe.

La situation s'explique par l'inversement de la pyramide d'âge avec un taux de natalité faible et un taux de mortalité aussi faible, la population algérienne tend à vieillir.

en 2014, l'indice synthétique de fécondité est passé de plus de 7 en 1970 à 2.78, le taux de croissance démographique s'est stabilisé autour de 20 %, l'espérance de vie à la naissance s'approche de 75 ans, l'indice de vieillissement avoisine les 10 % avec des prévisions d'atteindre 30% d'ici 2050. L'ensemble de ses indicateurs sont le résultat de plusieurs facteurs :

- La baisse du pouvoir d'achat,
- L'urbanisation accrue renforcée par l'exode rural encouragé par l'industrialisation et les grands chantiers publics dans les villes (infrastructures),
- La prise de conscience des risques des grossesses répétées, grâce à la scolarisation des filles,
- Le développement du marché de travail des femmes,
- Le changement des comportements des parents, qui cherche à investir plus sur la qualité de vie de leurs enfants (K. Mekalt, B. Brahamia, 2015 : 06).

En conclusion, K. Mekalt, B. Brahamia, considèrent que la transition sanitaire que connaît le pays depuis près de 30 ans maintenant, s'accroît de plus en plus avec près de 60% de la population touchée par les maladies chroniques et plusieurs maladies endémiques en prolifération encore. La demande de soins a complètement changé par rapport au passé, où l'on enregistré une prédominance des maladies transmissibles. Aujourd'hui certaines de ces maladies transmissibles ont été éradiquées mais beaucoup d'autres persistent encore, laissant le système de santé perplexe entre la prise en charge des maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. Et que l'amélioration des ressources de l'Etat à contribuer à la reprise de l'investissement public dans le domaine de la santé, mais pas en infrastructures, puisque leur nombre est jugé suffisant, ce qui fait de l'Algérie le seul pays d'Afrique disposant du réseau le plus dense en structures sanitaires (K. Mekalt, et al., 2015 : 13).

Après ce passage sur la transition démographique, nous abordons les données de la transition épidémiologique que vit le système de santé algérien, en s'appuyant sur le rapport de l'IPEMED de 2012, préparé par F. Chaoui, (Algérie) M. Legros (France).

4.5.1 La transition épidémiologique et les nouveaux déterminants de santé : Algérie, Maroc, Tunisie, un même état de transition sanitaire

- Nous nous sommes appuyés sur le rapport réalisé par l'Institut de prospective économique du monde Méditerranéen (IPEMED), pour aborder, dans la cadre de l'analyse du système de santé, la période de la transition épidémiologique et les déterminants de santé. Le concept de transition épidémiologique est particulièrement intéressant pour décrire la situation sanitaire des pays du Maghreb et ses conséquences sur les politiques de santé à mettre en œuvre. À une phase démographique marquée, à la fois, par une forte natalité et une importante mortalité principalement infantile, succède une nouvelle phase dans laquelle les pathologies non transmissibles, dégénératives et traumatologiques deviennent prépondérantes.
- Alors que les affections de la première phase étaient liées à des maladies transmissibles trouvant souvent leurs origines dans l'absence de maîtrise de l'hygiène environnementale et dans une couverture vaccinale insuffisante, l'étiologie des pathologies de la seconde phase est plus complexe. Elle s'enracine, à la fois, dans les comportements individuels, dans la transformation des modes de vie et dans l'émergence de nouveaux risques collectifs.
- Cette évolution est commune à l'ensemble des trois pays. En Algérie, la manifestation de cette transformation est devenue évidente dès la fin des années 80 avec une nette régression des maladies dites du programme de vaccination élargi. Le dernier cas de poliomyélite déclaré remonte à 1996. L'instauration d'une solide couverture vaccinale a fait disparaître la diphtérie. Les maladies infectieuses ne figurent plus parmi les premières causes d'hospitalisation. Les quatre premières causes de décès sont désormais les maladies cardiovasculaires (26,1%), les affections périnatales (13,5%), les cancers (9,5 %) et les traumatismes (8,6 %) (F. Chaoui, M. Legros, 2012 : 23).
- La situation est similaire au Maroc en ce qui concerne la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos ou la rougeole. Si les maladies transmissibles pèsent encore pour un tiers de la charge de morbidité globale (CMG), les maladies non transmissibles (MNT) constituent maintenant 55,8 % de cette même charge. Les maladies cardiovasculaires, les maladies chroniques et dégénératives, les cancers, dont le nombre de nouveau cas est évalué annuellement entre 30 000 et 50 000, deviennent les principales causes de recours au système de santé. Il faut également mettre l'accent

sur le développement des maladies mentales, 26,5% de la population enquêtée en 2003 par le ministère de la Santé, présentait des troubles dépressifs, 9% de l'anxiété et près de 6 % des troubles psychotiques. Chez les enfants, la transition épidémiologique en cours a fait surgir de nouvelles pathologies (diabète chez des enfants de plus en plus jeunes ou augmentation du nombre d'allergies respiratoires). Dans le même temps, au Maroc, signe du télescopage des différentes phases d'évolution de l'état de santé des populations, les maladies maternelles et périnatales continuent de générer des taux élevés de mortalité et nécessitent des actions plus efficaces pour les maîtriser et les réduire, avertissent les rédacteurs du rapport.

- Le profil épidémiologique de la Tunisie n'est plus celui qui a prévalu jusqu'à la fin des années 1980. On enregistre dans ce pays un recul net, parfois même l'éradication, des maladies transmissibles dites traditionnelles comme le paludisme, la bilharziose, le trachome, la tuberculose, les diarrhées infectieuses et celles de la petite enfance (poliomyélite, tétanos, diphtérie).
- Vingt ans plus tard, les maladies non transmissibles constituent 79,7 % des décès et 70,8% de la charge globale de morbidité. On note aussi l'émergence des maladies non transmissibles, de types chroniques et dégénératives, d'étiologie multifactorielle, au coût de prise en charge élevé. Les statistiques des causes de décès pour l'année 2006 montrent que les maladies cardiovasculaires occupent la première place (28,9 %), suivies des néoplasmes (16,5 %), des accidents et des maladies métaboliques (9,7%) et des maladies du système respiratoire (9,5 %).
- Le rapport insiste sur le fait que la transition démographique a été suivie par une transition épidémiologique multifactorielle : sanitaire certes, mais aussi sociale, économique et culturelle. On possède peu de documents sur cette transition, en l'absence d'un système d'information fiable et pérenne. Cette remarque ne s'applique d'ailleurs pas qu'à ce pays.

4.6 Les déterminants de santé, une cible nouvelle de l'action publique

- Cette transition, expliquent F. Chaoui, M. Legros, met en évidence de nouveaux facteurs explicatifs de l'état de santé des populations. La transformation des modèles alimentaires, les changements d'habitat et de mode de vie, la montée des accidents et des traumatismes liés aux conditions de vie et de travail et l'émergence des risques environnementaux constituent les principales causes de la détérioration de l'état de santé des populations.
- En dépit d'une réelle amélioration des conditions de vie, largement décrite dans les trois pays – on pense par exemple à la généralisation, dans la plupart des cas, de

l'accès à l'eau potable ou à l'assainissement des milieux urbains – on n'assiste pas forcément à une réduction de la morbidité.

- L'urbanisation en pleine accélération et ses conséquences sur la maîtrise des services essentiels comme l'eau, l'hygiène, l'assainissement ainsi que les facteurs environnementaux sont de nature à détériorer les déterminants de santé dans les grandes métropoles et les quartiers périurbains.
- En Tunisie, la proportion de la population vivant dans les zones urbaines est passée rapidement de 40,1 % en 1996 à 64,1 % en 2004. Elle atteindrait 67 % vers 2015. Cette évolution s'est accompagnée d'une tendance à la sédentarité et à l'adoption d'un modèle de consommation alimentaire proche de celui des pays occidentaux.
- L'Algérie et la Tunisie sont maintenant classées dans la catégorie des pays à indicateur de développement humain (IDH) élevé alors que la Maroc reste à un niveau moyen, constatent les rédacteurs du rapport de l'IPEMED. Si l'amélioration du réseau des transports a considérablement contribué à de meilleures conditions de vie, elle a généré en même temps une nouvelle cause de mortalité et de morbidité induite par les accidents de la route et par des conséquences importantes en termes de handicap et de polytraumatisme dont les coûts globaux sont loin d'être identifiés.
- Même si un pays comme le Maroc élabore une charte de l'environnement et de la qualité de vie et si le département chargé de l'environnement, en collaboration avec les ministères et organismes concernés, pilote plusieurs actions en matière de gestion des produits chimiques (pesticides, produits destinés à l'agriculture) la montée des nouveaux risques environnementaux constitue une nouvelle ligne de front pour les questions de santé.
- Sur le plan nutritionnel, les consommations de sucre raffiné et de sel augmentent régulièrement, les glucides complexes et les fibres font de moins en moins partie de l'alimentation et ces facteurs de risque, représentés essentiellement par l'obésité, la sédentarité, et l'hyperlipidémie, avec le stress, ont engendré une prévalence accrue de certaines maladies, en particulier le diabète sucré, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires. L'usage plus fréquent du tabac a un impact bien documenté sur la recrudescence des cancers chez les hommes comme chez les femmes.
- Enfin, le rapport met en évidence les dangers et les coûts sur l'économie des pays. Ainsi les traumatismes et accidents intentionnels et non intentionnels génèrent près de 11% de la CMG et concernent principalement les accidents corporels avec un coût estimé pour la collectivité de l'ordre de 2,5 % du PIB.

- Les pays du Maghreb central se trouvent ainsi à un moment de la transition épidémiologique où ils subissent les conséquences des anciennes pathologies, dont témoignent les taux encore élevés de mortalité infantile et le maintien de pathologies transmissibles anciennes, alors qu'émergent, dans le même temps, les nouvelles affections davantage liées aux modes de vie et aux pathologies transmissibles (SRAS, VIH). Cela suppose de maintenir, à la fois, des programmes de vaccination et d'actions traditionnelles à l'encontre des maladies transmissibles, tout en développant des actions de promotion de la santé, plus larges et, surtout, intersectorielles.
- En matière de politique de santé, cette évolution a plusieurs conséquences. Tout d'abord, on peut avancer que l'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles est une caractéristique supplémentaire partagée par les trois pays : il s'agit du principal défi auquel les pays maghrébins vont devoir faire face dans les vingt prochaines années. Les chiffres avancés dans les trois rapports sont clairs et soulignent le décalage qui subsiste entre les moyens dégagés par les États des trois pays et le poids de ces pathologies.
- Les systèmes de santé des pays du Maghreb restent fortement axés sur la distribution des soins et n'ont pas résolu l'ensemble des problèmes liés à cette distribution des soins qu'ils vont devoir faire évoluer vers une plus grande prise en compte d'une action sur les déterminants de santé. Or on sait que les questions de santé sont étroitement liées à l'éducation, à la nutrition, à l'habitat, ou à l'environnement. Cet aspect souligne le caractère fortement intersectoriel de la lutte contre les maladies non transmissibles.
- Celle-ci ne doit pas impliquer seulement les institutions sanitaires mais concerner l'ensemble des politiques publiques. L'amélioration des conditions de travail, le contrôle de qualité des denrées alimentaires, la réduction de l'usage agricole des pesticides, la formation et l'éducation des conducteurs comme la qualité du réseau routier, sont quelques éléments parmi d'autres dont l'impact sur la santé est aussi important, voire plus, que la construction d'un nouvel hôpital.
- Les trois pays devront développer une politique de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce de ces affections dont les coûts de prise en charge sont plus élevés que la mise en place d'une couverture vaccinale. Par ailleurs, ces affections ont une composante chronique très forte, nécessitant, à la fois, des soins techniques intensifs dans certaines phases et un accompagnement à domicile par des personnels spécialisés dans d'autres phases. Cet accompagnement peut aller jusqu'à la mise en place des programmes de traitements palliatifs pour les maladies avancées (pour les cancers en particulier) en faisant appel à des approches humanisées, efficaces et de moindre

coût. Ils devront également faire des choix stratégiques pour définir des priorités, les hiérarchiser et les traduire en programmes à court, moyen et long terme en tenant compte des réalités économiques et sociales des trois pays.

- Ces programmes serviront de base à la planification des investissements immobiliers et en équipements lourds, à l'élaboration des actions de formation des personnels de santé et à la mise en place d'un système de financement transparent et équitable. C'est sur la base de ces programmes qu'apparaîtront les forces et les faiblesses de chaque système et que pourront se définir les opportunités transversales de coopération entre les trois pays et entre le Maghreb et l'Europe.
- L'approche par les déterminants de santé conduit à poser aussi de façon différente la question de l'accès aux soins des populations les plus pauvres et des inégalités de santé. Si en matière de vaccination ou d'accès à l'eau potable, les actions menées sont plutôt efficaces sur les populations pauvres, ce n'est pas le toujours cas en matière de déterminants de santé. Ainsi, les actions conduites dans le champ de la promotion de la santé, dans le domaine de l'éducation alimentaire par exemple, sont davantage prises en compte par les populations qui possèdent un capital culturel et économique plus important que par les plus pauvres qui, par ailleurs, n'ont pas toujours accès à des produits financièrement accessibles. La prise en compte des inégalités nécessite par conséquent un surcroît de volontarisme de la part des États et un ciblage plus précis des actions à conduire sur ces populations (F. Chaoui, M. Legros, 2012 : 27).

En conclusion, les rédacteurs du rapport relèvent deux constats. Le premier relève des modèles de politique sanitaire en usage dans les trois pays du Maghreb et met l'accent sur la construction progressive de convergences. Le second met l'accent sur les enjeux de la phase dans laquelle ces pays sont entrés depuis une dizaine d'années, enjeux d'accès aux soins, de rapports entre la distribution des soins et le développement des territoires, enfin enjeux de régulation du système de santé, particulièrement dans les rapports entre le secteur public et le secteur privé. Ces enjeux étant répertoriés, le rapport s'intéresse spécifiquement aux défis actuels en matière d'organisation du système de soins et insiste sur les limites de la gouvernance actuelle (F. Chaoui, M. Legros, 2012 : 27).

Dans le cadre de ce chapitre qui étudie l'évolution et l'analyse du système de santé algérien, nous venons de présenter le rapport d'audit de la Banque Mondiale de 2007, et une approche critique du dispositif réglementaire de l'avant-projet de loi sanitaire de 2003. Dans le même esprit, nous présentons une lecture de l'expérience de l'organisation sanitaire de proximité qu'est l'Etablissement Public de Santé de Proximité (EPSP), dont le rôle attribué, dans la

hiérarchie des soins, se situe précisément, dans le cadre d'une complémentarité et d'un partage de fonctions, de limiter les quatre-vingt pour cent (80 %) de motifs de passage aux urgences qui ne relèvent pas de l'urgence et qui participent à alourdir la charge de travail du collectif des urgentistes, avec toutes les conséquences, en termes de stress, de démotivation et de création de conditions de la non performance.

5. Création des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) : quel apport de ce mode d'organisation dans la limitation du flux des patients sur les services des urgences ?

Une des principales conclusions de l'enquête nationale sur les urgences est de revoir l'organisation des EPSP, le premier niveau d'intervention du système de santé pour alléger le flux sur les urgences (INSP, 2006). C'est tout l'intérêt de cette étude sur le nouveau rôle dévolue aux EPSP, en rapport avec les besoins et préoccupations des urgences. Nous nous interrogeons, à travers ce chapitre sur l'efficacité d'une telle organisation, comment ont réagi les autres acteurs du système de santé (cadre de santé, chercheurs, institutions de l'état etc.) et quelles sont les conclusions essentielles, en attendant l'application de la nouvelle loi sanitaire et aussi la prochaine restructuration des EPSP.

Les EPSP sont créés par le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des Etablissements publics hospitaliers et des Etablissements publics de santé de proximité.

Selon l'Art. 6. du présent décret L'Etablissement public de santé de proximité est un Etablissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

L'Art. 8 définit les missions de l'EPSP. Ainsi, l'Etablissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée :

- La prévention et les soins de base;
- Le diagnostic ;
- Les soins de proximité;
- Les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ;
- Les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale;
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Il est chargé également :

- De contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux;
- De contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.
- L'Etablissement public de santé de proximité peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les Etablissements de formation (Art. 9).

Les structures extra-hospitalières d'urgences mises en place pour alléger les hôpitaux continuent pour la plupart de fonctionner comme toutes les autres structures (polycliniques, centres de santé etc.). L'afflux vers les hôpitaux pour des consultations simples non programmées persiste avec toutes les conséquences de prise en charge insuffisante des véritables urgences.

5.1 La hiérarchisation des soins dans le système de santé

Dans le système de santé, la prise en charge des problèmes de santé de la population est assurée, de manière intégrée et hiérarchisée, au niveau des différentes structures de santé, dans le cadre de carte sanitaire, par les EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité), les polycliniques et centres de santé. Il s'agit d'assurer, selon la version officielle, une couverture sanitaire équilibrée dans l'ensemble des régions du pays. La hiérarchisation des soins signifie qu'il existe trois niveaux d'intervention :

- Soins de premier recours (les EPSP assurent les soins de proximité) : ce premier niveau est installé au niveau des quartiers urbains et communes a pour support les structures extrahospitalières (polycliniques, salles de soins, cabinets médicaux et dentaires privés). Le paquet minimum de soins est constitué de soins de santé de base : consultations médicales, soins dentaires, soins pour la mère et l'enfant, soins infirmiers, explorations, éducation sanitaire, activités de prévention, urgences de premier recours.
- Soins de deuxième recours (les hospitalisations) : il s'agit de soins généraux donnés au niveau des EPH de daïra ou deuxième niveau, au niveau de l'EPH de wilaya.
- Soins de deuxième recours (pôle régional, EPH de wilaya) : il s'agit de soins spécialisés ou hautement spécialisés mis en place pour la wilaya (L. Abid, 2014).

Dès 1981, les structures de santé du secteur public sont regroupées, dans leur majeure partie, au sein de nouvelles entités appelées « Secteur sanitaire » qui devaient avoir les missions de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée une population d'une daïra

(arrondissement administratif), à l'exception des grandes agglomérations, siège de structures hospitalo-universitaires (CHU) et autres établissements hospitaliers spécialisés (EHS).

Le secteur sanitaire, de forme pyramidale, s'articulait autour d'une polyclinique, chargée des soins spécialisés de base (MCO), et s'appuyait sur un ensemble de centre de santé qui avaient une mission de soins de santé primaire.

Cette période a connu la mise en place de près d'une trentaine de programmes nationaux de santé, tels que le programme de vaccination, de lutte contre la tuberculose, contre le paludisme. Ces actions ont permis une réduction très importante de la morbidité et de la mortalité.

Selon l'article 243 de la nouvelle loi sanitaire, cette option de hiérarchisation des soins est réaffirmée. Ainsi, « L'organisation du système national de santé repose sur la territorialisation, la hiérarchisation des soins et sur la complémentarité des activités des établissements constitués en réseau ou toute autre forme de coopération » (MSRH, 2003 : 38).

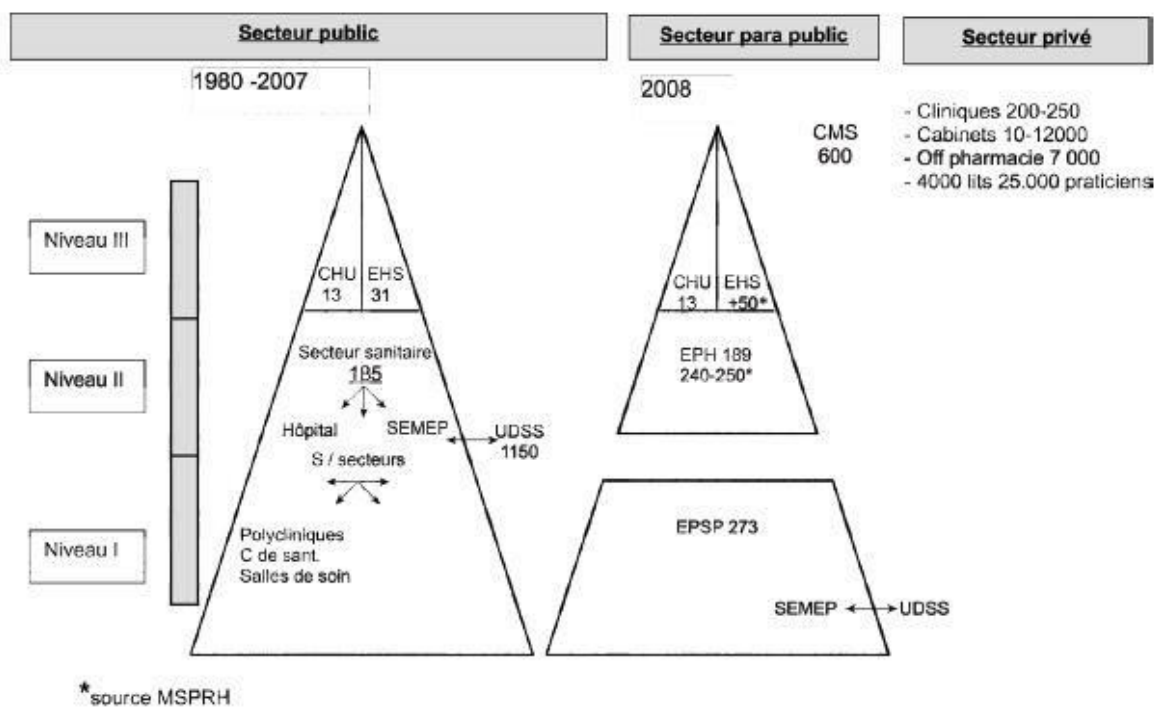


Fig 1 Système de santé en Algérie

Figure N°04 : Aperçu sur l'organisation du système de santé en Algérie. État des lieux, 2009, M. Baghriche (2010 : 24).

5.2 Les conclusions de la première enquête nationale sur les urgences (2003)

Dans ses recommandations, le rapport sur l'enquête nationale sur les urgences (2003) souligne que « Les vraies urgences représentent moins du dixième des malades examinés durant la garde », que la structure extra hospitalière, qui est une structure de proximité a pour rôle de prendre en charge tous les patients se présentant aux urgences, dont le cas relève apparemment de la médecine générale et *que ces structures ont été mises en place pour alléger les services d'urgences hospitaliers* (2006 :49-50).

Partant de ces constats, le rapport propose, dans une projection d'avenir :

- Un état des lieux des structures extra-hospitalières, réalisé par la DSS, qui devra être exploité en tenant compte des résultats de l'enquête de 2003,
- Un équipement avec un minimum requis. Cet équipement indispensable dans toute structure extra- hospitalière d'urgences a été défini et validé par des experts cliniciens au niveau de la DSP d'Alger,
- Les médicaments et consommables en général doivent être listés. Une gestion des stocks rigoureuse devra être respectée afin d'éviter les pénuries,
- Le tri à l'accueil doit être assuré par un médecin senior (médecin généraliste expérimenté, pouvant faire face aux urgences vitales qui peuvent aboutir dans un premier temps dans ces structures),
- L'enregistrement de l'information à tous les niveaux (caractéristiques des patients, utilisation des consommables,...) doit être institué, de manière systématique,
- Mise en place d'un réseau des urgences médico-chirurgicales, chaque SEH étant liée à un service d'urgences hospitalières, recevant les urgences. Ce réseau doit être codifié et respecté en pratique,
- Développer le réseau de télécommunication, en mettant en place le « 3 chiffres » reliant les Structures Extra-Hospitalières et les services d'urgences hospitaliers,
- Evaluation périodique assurée tous les 03 mois dans un premier temps par un comité de suivi constitué d'un représentant de la DSS, de l'INSP et du comité des urgences médico-chirurgicales.

Lorsqu'on procède à l'évaluation, on constate que les mesures positives n'ont pas été réalisées et qu'il y a lieu de procéder à une évaluation de l'expérience, lancée en 2008, des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP).

Abordant l'analyse du système de santé et le développement du secteur et organisation sanitaire, L. Rabia souligne que « L'inflation de structures sanitaires publiques née d'une planification sanitaire qui a répondu à un impératif d'égalité (pression des élus, administration

et populations) mais non d'équité (pour l'atteinte d'objectifs) s'est conjugué avec la floraison de structures de différents statuts dont la conséquence est le cloisonnement des structures privées et parapubliques à l'origine de l'atomisation du système. En concluant que, cette atomisation induit ainsi l'errance des patients (absence de parcours de santé), la disparition de la hiérarchisation et l'inflation des coûts de santé » (L. Rabia, 2014).

«Depuis 2007, explique le chirurgien Ghedia Aziz, le système de santé a abandonné l'organisation autour du secteur sanitaire pour adopter un schéma articulé autour de deux organisations distinctes et autonomes, les établissements hospitalier (EPH) et les établissements de santé de proximité (EPSP). En fait, le secteur sanitaire a été scindé en structures d'hospitalisation (EPH) et en structures ambulatoires (EPSP). Cette restructuration commence à poser le problème de la répartition du patrimoine mobilier et matériel et des ressources humaines. Les expériences dans les années précédentes ont montré que le personnel le plus qualifié préférerait rester dans les structures les plus encadrées et les mieux dotées, ce qui entraînait une discontinuité dans la mise en œuvre des activités et des programmes destinés aux populations les plus vulnérables. Généralement, le personnel le moins expérimenté et les cas disciplinaires sont orientés vers les structures nouvelles » (G. Aziz, 2013).

Enfin, analysant le projet de configuration sanitaire des EPSP, le journaliste F. Zahi (Quotidien d'Oran, 2015) écrit : que : « La structure sanitaire dite de proximité et quel que soit son statut devra impérativement s'inscrire dans un programme par objectifs à l'effet d'être en phase avec les déterminants d'efficience d'une politique nationale de santé. Le maître mot du continuum en sera le dépistage à visée préventive ; faut-il aussi que tous ses éléments constitutifs soient réunis ». Et d'affirmer « Quant au centre de santé, pierre angulaire de l'édifice, il a été lamentablement laminé. »

6. Fonctionnement de l'organisation des EPSP

Selon le professeur Larbi Abid, l'expérience menée avec la création des EPH et EPSP, instaurée par le décret 07-140 du 19 mai 2007 a fortement mené vers une confusion dans la manière de servir les usagers du service public de santé :

- Le malade se retrouve totalement désorienté passant d'une structure à une autre sans une prise en charge correcte,
- Dans pareil cas, les soins préventifs et les activités de santé deviennent des actions isolées, non intégrées dans un système où la coordination est une exigence et un élément de réussite (L. Abid, 2014 : 18).

6.1 Les opinions de praticiens de santé publique

Dans les entretiens que nous avons menés durant la période exploratoire, nous avons bénéficié des points de vue sur le fonctionnement, directement ou indirectement, sur la santé de proximité et son rapport avec les urgences hospitalières. Nous citons, à titre d'illustration, les opinions, instructifs, d'un médecin généraliste de l'EPSP, du directeur des UMC de Mostaganem, d'un chef du service du bloc opératoire et d'un directeur-adjoint chargé des ressources humaines.

Médecin généraliste

« On reçoit à notre niveau deux catégories de patients, les pathologies aiguës qui représentent à peu près 60 % et les maladies chroniques qui représentent à peu près 20 % ...Il faut souligner qu'on reçoit beaucoup plus de femmes que d'hommes...malgré la pression du nombre je questionne mon malade, les entretiens préliminaires qui sont importants durent entre 05 mn à 10 mn, je reçois en moyenne, dans la matinée, 40 patients... Nous sommes 06 médecins généralistes et 04 dentistes qui s'occupent de la consultation, on dispose d'un médecin anesthésiste qui réalise des examens pré-anesthésiques, un médecin pour la chirurgie infantile et un dentiste spécialiste.

Par rapport au passé, je constate qu'on ne reçoit pas que les malades, les gens s'inquiètent de leurs santé, l'algérien prend conscience de l'importance de la prévention, c'est peut-être l'effet des émissions de la radio et de la télévision...je remarque aussi que beaucoup de jeunes ont des problèmes d'acuité visuelle et ne manque jamais d'aborder avec eux le problème des effets néfastes de la cigarette.

Parmi mes constats, je cite surtout l'analphabétisme qui touche toutes les catégories de la population...on ne reçoit pas les jeunes scolarisés, mais par contre, les jeunes qui abandonnent l'école n'ont pas de niveau...les femmes en général, ne savent pas lire... mêmes les jeunes mamans et quand on leur pose la question de la lecture d'une notice de médicament, elles répondent : « il y a quelqu'un à la maison qui peut lire ».

Une autre observation concerne le niveau de vie des gens qui s'est dégradé, acheter un médicament ou faire un bilan revient très cher, beaucoup de chômage et de cas sociaux tels mari décédé, femmes au foyer sans qualification pour travailler, famille nombreuse etc. Concernant l'éducation sanitaire, les patients cherchent à savoir et questionnent le médecin sur la pathologie, le médecin prend une grande part dans la prévention, ne serais-ce qu'inclure deux minutes sur l'alimentation, l'hygiène de vie etc. Cela devrait être un travail quotidien, par exemple, dans la culture des algériens, bien manger c'est de la viande, alors que c'est

faux, bien manger c'est les légumes et fruits. L'algérien pense que le repos physique est indispensable, ce qui équivaut à la sédentarité qui est un facteur de risque important... l'algérien moyen a accès à un niveau de vie meilleur, entre autre le véhicule qui est le symbole d'une vie de luxe, alors que la marche est un pilier dans la thérapeutique de quelques maladies chroniques tels diabète, HTA etc. Il y a aussi dans le domaine de la prévention un gain économique important.

On devrait mener une étude sur le peu d'efforts fournis dans la prévention, parfois des initiatives sont prises mais elles sont timides et non répétées dans le temps...il n'y a pas une politique de santé clairement définie...par exemple, aux environs de 2006, on a doté la population de lecteurs de glycémie avec bandelette et pèse-personne pour mener une campagne de trois jours afin de diagnostiquer un diabète inconnu, une obésité etc. mais l'initiative ne s'est plus répétée.

Les gens n'ont pas idée de ce que l'état a investi dans le système de santé, dans la prise en charge des malades chroniques... chez nous, cela paraît normal, le malade n'est pas conscient de cette situation... lors d'une rencontre avec des confrères marocains où il n'y a pas chez eux de médecine gratuite, on a constaté une nette différence... le citoyen algérien est inconscient de cette situation.

Dans la prévention, le médecin joue un rôle central, il faut revoir la qualité de la formation et surtout sur le médecin généraliste qui a un rôle primordiale dans la société ... le système de santé est lié à l'efficacité de son activité... la formation continue est prioritaire parce que la médecine progresse... pour les maladies chroniques, il faut un médecin nutritionniste, ça devrait être une spécialité ou une formation spécialisée pour les médecins généraliste...c'est très dure de gérer les problèmes d'un diabétique... annoncer un diabète, une maladie grave... il faut toujours que le médecin soit accompagné d'un psychologue... la plupart du temps, c'est le médecin généraliste qui s'occupe de cette tâche...

La notion d'un médecin de famille n'existe pas encore dans la société, si le malade ou la famille suit un médecin, c'est parce qu'il le connaît, il se sent lié d'amitié avec lui et se sentent à l'aise avec lui... généralement, c'est selon la qualité du médecin...on affirme souvent «... c'est un bon médecin ».

Les personnes qui vont aux urgences, cherchent en premier lieu un traitement miracle, l'injectable, la guérison rapide...si on devrait aborder les relations l'EPSP, et les urgences, la première remarque, c'est qu'il n'existe aucune coordination ou échange ... à mon sens, on

devrait confronter les expériences, l'activité, les pathologies rencontrées, et les points de vue de chacun dans son travail (Médecin généraliste, EPSP Mostaganem).

Chirurgien, Directeur des UMC de Mostaganem

Notre problème ou la mauvaise réputation des urgences, ce sont les cas de consultations qui veulent passer devant tout le monde, qui veulent un cliché radio, un scanner ou une échographie alors qu'ils ne nécessitent pas, d'autres qui veulent un bilan biologique alors que ce n'est pas nécessaire ...alors ce sont les malades qui nous posent des problèmes et font de la casse aux urgences... c'est une structure indépendante où chacun peut venir faire les soins, c'est-à-dire c'est perçu comme une polyclinique ... ce n'est pas un service des urgences et ce n'est pas une polyclinique ... on s'est retrouvé à faire le travail de la polyclinique et celui des urgences ... on est obligé... on ne peut pas refuser les soins pour un malade...

Donc, il y a aussi un problème d'éducation sanitaire, en voyant le rôle de la télévision, de la radio, avec aussi une absence chez le malade des notions d'économie qui concernent le gaspillage, le rôle des rayons X qui sont des produits cancérogènes ... ce qui les attire dans les urgences, c'est un bonus, si on veut dire, c'est l'injection, il prend une ordonnance et il passe dans la salle des soins, ce sont des gens qui connaissent bien le fonctionnement des urgences ... de bouche à oreille on leurs dit allez-y aux urgences, vous aurez tout ce que vous demandez, vous aurez droit à la radio, une piqure, le plâtre ... alors que dans la polyclinique il n'y a pas ces activités, vous attendez votre tour, donc on est victime de nos prestation qui sont considérés comme des facilités, les gens profitent... moi qu'est-ce que je peux faire ? On doit aussi sensibiliser ce peuple ...

Le dispositif mis en place au départ, c'était un secteur sanitaire, il y a une répartition entre l'EPH et l'EPSP, c'était théorique, dans la réalité ce dispositif n'a rien limité, il faut voir sur le terrain ce que se passe au niveau de l'EPSP, tu vas constater que s'il y a 120 généralistes au niveau de l'EPSP de Mostaganem, ils se partagent un médecin qui travail et 30 qui tournent dehors, alors que normalement elle dispose de 20 médecins, de temps en temps, deux médecins viennent travailler, ils ne viennent pas pendant 15 jours, c'est ça ... si tu passes dans une polyclinique tu vas trouver 06 ou 07 médecins, dans la réalité ...

Si dans la polyclinique, il y avait 10 médecins avec 05 bureaux de consultation qui font chacun de son côté leur travail, les malades n'attendent pas beaucoup et ils vont s'habituer et seront compréhensif... alors que le médecin généraliste vient à 10h et arrête les consultations à midi ... logiquement, ils ferment à 20h, parce que notre problème ici aux urgences, j'en ai

déjà parler à l'administration, ici à partir de 15h à 17h vous allez constater un flux important comme si ... qu'est ce qui s'est passer ? Est-ce que deux bus se sont renversés et ont fait autant de victimes ou c'est un séisme ?, si un étranger se présente aux UMC avec l'esprit académique, il va se dire qu'un bus s'est renversé... ce sont surtout les consultations.

Il faut connaître la société, le matin, il règle ses problèmes personnels, soit qu'il travail, il enseigne, soit il a un enfant et sa femme est malade ou sa mère et il sait que ce n'est pas une urgence, une fois qu'il termine ses affaires, en sachant bien que c'est une consultation, ce n'est que vers 17h, 18h qu'il va se pointer aux urgences ... c'est un envahissement, de partout, de Sirat, Sidi Ali, les environs de Hassi Mamache, Aïn Nouissi, il y a plein de voitures, ce sont surtout des consultations qui nous arrivent entre 17h et 20h, c'est-à-dire que les passagers de la journée aux urgences, c'est la moitié de ceux qui arrivent dans les 24h, cette moitié arrive entre 17h et 20h ... parfois nous arrivons à 700 malades par jour, si nous recevons 700 malades / jours, il faut calculer que 300 arrivent entre 17h et 20h, c'est une responsabilité partagée, ce n'est pas seulement le travail des EPSP, les premiers ce sont les parents des malades et aussi les EPSP qui ferment à 14h ...

il y a aussi l'éducation sanitaire, il faut que le citoyen connaisse même le programme national de santé, qu'il sache ce que fait l'état, parce que en réalité, l'état a tracé, théoriquement sur papier, le rôle de l'EPSP, c'est toute la santé de base... c'est la consultation de tous les jours, une douleur abdominale, l'enfant qui a une blessure, une entorse, une petite fièvre, la prise en charge de 0 à 05 ans, le femme enceinte ou l'espacement des naissances, les maladies chroniques ... tout cela doit se faire au niveau de l'EPSP, excusez-moi, c'est théorique, sur papier, mais sur le terrain, ça n'existe pas, il y a des polycliniques où la radio est en panne, il n'y a pas d'injection, le bilan ne se fait pas ... pourquoi donc voulez-vous que les malades viennent aux EPSP ? (Chirurgien, directeur des UMC de Mostaganem).

Chirurgien, chef du service du bloc opératoire, EPH Mostaganem

Pourquoi les malades s'orientent-ils vers les urgences, parce que c'est un gros problème, si on ne trouve pas une solution, ça retenti sur la qualité de la prise en charge, parce qu'on va consacrer moins de temps à la prise en charge du malade ... la plupart des malades ne sont pas de vraies urgences, est-ce que ce sont les insuffisances des autres structures de proximité, est-ce que c'est l'échec de cette médecine de proximité ? Pour l'accessibilité aux soins, l'Algérie a fait beaucoup dans le domaine de la politique de proximité, les infrastructures et le personnel, que ce soit dans un douar, un quartier, malgré cela les premières lignes n'arrivent

pas à absorber le flux des malades, il y a plusieurs raisons, ces structures ne sont pas dotées de service radio, ça ne se limite pas qu'à ça ...

Si on prolonge la durée d'ouverture des polycliniques ou EPSP, on va créer de nouveaux malades, l'urgence c'est une mentalité, l'urgence n'attend pas, il n'y a pas de gens suffisamment formés pour le tri, il me semble que la seule solution, c'est une structure de tri à proximité des urgences, une expérience réussie à Oran, aux plateaux, à la polyclinique Bendaoud, elle absorberait beaucoup de malades, actuellement en Algérie, c'est la seule solution, l'urgence dans tout cela, c'est les vraies urgences, il y a en tête, l'urgence cardiologique, les médecins ne sont pas en cardiologie, les hôpitaux manquent de cardiologue, c'est catastrophique, le 1er problème dans les urgences, c'est la formation, il n'y a pas de formation dans les urgences, il y a une formation sur le tas, ils ne savent pas intuber, dans l'urgence c'est les techniciens anesthésistes qui réaniment. Il y a aussi des cas de malades qui viennent pour les injections...c'est incroyable, est-ce qu'on rend service à la population ? Parfois on arrive à 400 injections...comme ça on crée l'habitude, les urgences ne disposent pas de psychologues, les médecins font office...

On ne nous oriente que les nouveaux médecins, c'est très mauvais, quand ils dépriment... psychologiquement, beaucoup de médecins font des dépressions, ils ne peuvent pas supporter le rythme des urgences et quand ils partent, ils ont déjà acquis une expérience et on intègre de jeunes médecins...(Chirurgien, chef du service du bloc opératoire, EPH Mostaganem)

Directeur Adjoint chargé des ressources humaines

On constate une multitude d'organes extérieurs qui interviennent dans la gestion des établissements de santé : wilaya, daïra, association etc. c'est une armada de contrôle extérieur. ..Je suis personnellement pour les organes de contrôle interne, comme le rôle du conseil médical même s'il est facultatif...Il y a aussi des contraintes d'ordres législatifs, par exemple, le ministère a décidé qu'il ait des réseaux hiérarchisés de prise en charge du malade conformément à la carte sanitaire, mais dans l'application on constate autre chose. L'environnement bloque l'activité, ses interventions dont la décision du gestionnaire. Dans la prise de décision, le gestionnaire réfléchit et se préoccupe à 80 % aux agents de l'environnement (Directeur Adjoint chargé des ressources humaines, Maternité 64 lits Mostaganem).

Une écoute de ces entretiens nous permet de tirer une première leçon : l'absence de coordination, d'échanges entre les praticiens des EPSP, des urgences et des EPH. Deuxième remarque, « l'urgence c'est une mentalité », cela revient à aborder l'éducation sanitaire, dans l'école, les familles, la société et à relever le rôle essentiel des médias, dans la formation de

l'opinion publique. Mais les établissements publics (et même privés) de santé peuvent aussi se doter de sites d'information, dans un paysage médiatique très riche de moyens d'information. La publication des bilans d'activité, l'annonce des campagnes d'information etc. sont aussi un axe dans le programme semestriel, annuel de l'organisation sanitaire. La dernière remarque concerne une activité essentielle des établissements de santé de proximité : c'est la prévention qui nécessite de revoir, en premier lieu, la formation des médecins généralistes.

L'expérience menée avec la création des EPH et EPSP, instaurée par le décret 07-140 du 19 mai 2007, selon L. Abid, cadre au ministère de la santé, a fortement mené vers une confusion dans la manière de servir les usagers du service public de santé :

- Le malade se retrouve totalement désorienté passant d'une structure à une autre sans une prise en charge correcte,
- Dans pareil cas, les soins préventifs et les activités de santé deviennent des actions isolées, non intégrées dans un système où la coordination est une exigence et un élément de réussite (L. Abid, 2014 : 18).

Dans une évaluation sur l'évolution des systèmes de santé, le rapport de l'OMS Europe, souligne que les médecins de soins primaires sont eux aussi confrontés à des difficultés, par exemple à une population trop importante de patients, souvent âgés, présentant une comorbidité de plus en plus complexe et auxquels il faudrait consacrer plus de temps lors des consultations, des charges administratives de plus en plus lourdes, une incapacité à se tenir au courant des innovations cliniques et, d'une façon générale, un manque de temps pour travailler correctement (OMS, 2010 : 140).

Dans le cadre de la deuxième phase de restructuration du système de prestation des services de santé, les polycliniques traditionnelles ont fusionné en polycliniques générales pour hommes et pour femmes et, à partir de 2002, elles ont été réorganisées et rebaptisées en « centres de médecine familiale ». Désormais, elles proposent à la fois des services de soins primaires et secondaires en ambulatoire, qui vont des soins de santé généraux aux soins et diagnostics spécialisés, le but étant de réduire progressivement le nombre de spécialistes exerçant dans ces centres.

L'évaluation de ces mesures a montré un glissement des soins secondaires vers les soins primaires. L'importance accrue des services de santé primaires et du nombre de bénéficiaires s'accompagne d'une baisse des orientations vers les spécialistes et des hospitalisations inutiles.

6.2 Les EPSP jouent, théoriquement, un rôle de filtre à l'accès aux autres niveaux de soins

Lorsque l'on parle de l'accessibilité des soins primaires, cela signifie qu'ils sont accessibles géographiquement et financièrement à l'ensemble de la population. Cette notion recouvre également des aspects organisationnels tels que des horaires de réception pratiques, des services de garde, des consultations à distance, des délais d'attente réduits et la possibilité de visite à domicile. La continuité des soins implique un suivi du patient entre les consultations (OMS, 2010 : 137-213).

Cette notion établit une distinction entre la continuité en matière d'informations, qui a trait à la gestion courante des dossiers médicaux des patients (complétés lors de chaque consultation), et la continuité longitudinale, qui désigne la dispensation de soins primaires en un lieu donné sur une longue durée. Une notion plus importante encore est celle de continuité relationnelle, qui désigne une relation personnelle de suivi entre le patient et le soignant, caractérisée par une confiance et un respect mutuels.

La coordination des services des soins primaires est importante car elle détermine la capacité des services de santé dans leur ensemble à répondre aux besoins de la population, notamment parce que les soins primaires constituent le point d'entrée dans le système de santé et qu'ils jouent un rôle de filtre à l'accès aux autres niveaux de soins. Le risque de problèmes sur le plan de la prise en charge des patients est tout particulièrement évident au point de jonction entre les soins primaires et secondaires ou entre les services de soins curatifs et les autres services (de santé publique) du point de vue de la promotion de la santé.

L'étendue de ces services dépend également des conditions d'exercice, des installations, des équipements ainsi que de la qualification professionnelle du soignant. Nous abordons, dans ce qui suit, les résultats de l'enquête du GRAS d'Oran, sur prestations de soins de santé des EPSP en l'Algérie.

7. Résultats de l'enquête du Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS), Université d'Oran sur « Les prestations de soins de santé essentiels en Afrique, réalités et perceptions communautaires, cas de l'Algérie sur les prestations de soins de santé essentiels en l'Algérie (aout 2011) ».

Le double intérêt de l'étude, précise en introduction le rapport du GRAS, initiée par APOC et l'OMS, région Afrique, est d'une part de s'inscrire dans la comparaison internationale dont 13 pays africains sont concernés, et d'autre part, d'impliquer plus fortement les chercheurs et les pouvoirs publics, dans la perspective d'une transformation de nos systèmes de santé, en redonnant, nous l'espérons, plus de crédit et d'importance aux discours, aux suggestions et aux attentes des populations.

L'objectif de l'étude souligne le rapport, « est focalisé sur les perceptions de la population à l'égard des soins de santé essentiels en Algérie. Il s'agissait de comprendre, de décrire et d'analyser concrètement leurs visons de la santé, des prestations de soins de santé essentiels, de mettre en exergue leurs attentes et les contraintes multiples, qui semblent freiner leur implication et leur participation aux prestations des services de soins de santé essentiels ». En ajoutant qu'« En investissant la question des perceptions ou des représentations sociales, fortement documentée dans les recherches théoriques menées notamment par Moscovici (1961, 1976), Jodelet (1989), Herzlich (1969), Abric (1987) et Seca (2001), sa pertinence se situe dans l'importance accordée à la construction sociale d'une réalité par les différents agents sociaux. Autrement dit, l'étude des perceptions permet d'indiquer la prégnance d'un système de savoirs et de connaissances pratiques de la population (opinions, images, attitudes, préjugés, stéréotypes, croyances) » (GRAS, 2011: 07).

Le district sanitaire précise le rapport, sera identifié, en Algérie, à l'Etablissement Public de Santé de Proximité (EPSP) qui regroupe des polycliniques, des centres de santé et des salles de soins. Créés en 2007, les Etablissements publics de santé de proximité doivent officiellement permettre d'améliorer la qualité des prestations, de prendre en charge la transition épidémiologique, d'effacer les disparités géographiques et de rationaliser la gestion par l'octroi de l'autonomie financière à chaque établissement public de santé de proximité (GRAS, 2011 : 27).

L'objectif de l'enquête qui a concerné 840 ménages, dans une approche qualitative et quantitative, explique le Pr. Mebtoul, qui a assuré la direction scientifique de l'enquête, consistera à décrire le mode fonctionnement des Etablissements Publics de Santé de proximité (EPSP), en insistant sur l'organisation réelle, les multiples contraintes et les rapports de pouvoir entre les différents acteurs institutionnels de la santé (GRAS, 2011 : 45-60).

7.1 Les caractéristiques principales des EPSP

Tout d'abord, le rapport présente un historique de ces établissements de santé. Les Etablissements Publics de Santé de proximité ont été créés par décret exécutif 07-40 en date du 19 mai 2007 par les pouvoirs publics. Cette réforme avait pour objectif explicite et officiel, d'attribuer plus d'autonomie aux Services de Santé Essentiels. L'Etablissement Public de Santé de Proximité est un organe administratif composé de quatre directions (des services de santé, les ressources humaines, les finances, les moyens et la maintenance des équipements médicaux). Il gère plusieurs polycliniques et salles de soins, proches géographiquement des populations.

L'EPSP met fin à la sectorisation des services de santé officiels en vigueur depuis 1997 dont la particularité essentielle consistait à intégrer sur le plan institutionnel les hôpitaux et les structures de soins de santé primaire. La coordination et le pouvoir étaient dévolus au responsable du secteur sanitaire. Par exemple, dans la région d'Oran, les quatre secteurs sanitaires devaient en principe couvrir l'ensemble des besoins de la population de cette ville, en s'appuyant sur des centres de santé et des polycliniques localisées dans les zones urbaines et les salles de soins dans les espaces ruraux. Le secteur sanitaire était hiérarchiquement dépendant de la direction régionale de la santé.

Le changement important introduit depuis le déploiement des EPSP, analyse le rapport, est la multiplicité de structures de soins éclatées et des micro-pouvoirs qui caractérise à présent le système de soins officiel. Ceci se traduit par la rupture institutionnelle entre ce qu'il est convenu de nommer aujourd'hui les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et les 13 Centres Hospitaliers Universitaires et les Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP). La direction régionale de la santé a pour rôle central de transmettre et de veiller à l'application des règles, des circulaires et des notes diverses élaborées par le ministère de la santé, de la population et des réformes hospitalières. Elle assure la coordination entre ces différents acteurs institutionnels.

En s'appuyant sur ses travaux de 2010, le directeur du GRAS explique qu'il n'est pas possible d'occulter la prégnance, aujourd'hui d'un secteur privé des soins important (cliniques privées, cabinets de spécialistes et de médecins généralistes) qui captait plus de 60% de spécialistes en 2008, se « nourrissant » et se renforçant grâce à la déliquescence des Centres Hospitaliers Universitaires. L'émergence des cliniques privées est indissociable du fonctionnement des C.H.U et de l'Etat, conclut le rapport (GRAS, 2011 : 44).

Les établissements Publics de Santé de Proximité, dont le nombre est de 273, accèdent à une forme « d'autonomie toute relative ». Le ministère de la santé leur octroie un budget spécifique. Cet argent leur permet de mettre en œuvre les activités sanitaires de proximité centrées sur les consultations de médecine générale et spécialisée, la protection maternelle et infantile, les vaccinations, les accouchements, et les différents aspects liés à la prévention (Un service d'épidémiologie et médecine préventive, des unités de dépistage scolaire, un Centre de Santé Mentale, un Centre de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires). Le budget proposé par l'Etablissement public de Santé de Proximité fait toujours l'objet de correctifs assurés par les services financiers du Ministère de la santé, de la population et des réformes hospitalières.

Le directeur d'un EPSP disait : « L'accroissement du budget varie de 3 à 4% d'année en année. Quand tu fais une demande de budget de 100, le ministère de la santé te donne 50 à 55% de ce que tu as demandé. Même avec un argumentaire solide, eux ils voient ce qu'ils peuvent octroyer, car le budget, lui-même dépend de plusieurs facteurs. C'est un budget national fixe qu'ils doivent répartir... ».

Il semble difficile d'occulter cette tendance dominante des Etablissements Publics de Santé de Proximité, centrée sur la technicisation de certains de leurs espaces, par l'acquisition des moyens d'exploration et d'analyse. Une majorité d'EPSP enquêtées, particulièrement dans la région d'Oran, détient en général la radiologie, la mammographie, l'échographie et le laboratoire d'analyse et une pharmacie. Nos observations montrent bien, que sous la double pression de la demande sociale, et des pouvoirs publics, certains EPSP se transforment en « petits hôpitaux ».

Par ailleurs, critique le rapport, même si globalement, la féminisation de la profession médicale, est importante (plus de 52% des médecins sont des femmes), il n'en demeure pas moins que les statuts des hommes médecins sont plus élevés. La responsabilité semble davantage être confiée aux hommes (GRAS, 2010 : 30).

7.2 Déploiement administratif, brutal et volontariste (selon le rapport)

Les pouvoirs publics vont accélérer brutalement et de façon très volontariste la mise en œuvre sur le terrain des EPSP à partir de 2008. Toutes les études de cas montrent bien que cette réforme initiée, sans les acteurs locaux de santé (personnel de santé et la population) s'est opérée essentiellement par injonction politique et administrative. Les pouvoirs publics vont nommer rapidement et provisoirement les directeurs des EPSP, en puisant parmi les anciens responsables des secteurs sanitaires, ou des médecins coordinateurs, dans une logique de cooptation. Il fallait faire vite pour donner une visibilité politique à la réforme des services de soins de santé essentiels. Il s'agissait d'opérer une greffe majeure et fortement inadaptée, considérant rapidement et sans études préalables, que le découpage administratif de la ville (communes, daïra : la sous-préfecture) devrait être le référent pour donner sens à la sectorisation sanitaire (GRAS, 2010 : 45).

Le rapport appui son approche d'un extrait d'un entretien avec un médecin d'une polyclinique de la région d'Oran qui affirme : « Pour nous, la proximité n'existe pas ! Les usagers ne vont pas aux structures de santé les plus proches et préfèrent, malgré les difficultés d'accessibilité (éloignement, transport), se rendre à la polyclinique située au siège de L'EPSP, perçu comme un petit hôpital, relativement mieux équipé techniquement... ».

L'un des effets pervers de cette déconstruction sociale de la proximité géographique, analyse le rapport, traduit bien la conception centralisée qui a prévalu dans la mise en œuvre des EPSP. Paradoxalement, tout étant proches de la population, ils lui sont extérieurs, conçus et mis œuvre en dehors d'elles, sans une régulation sociale de proximité. De façon plus métaphorique, on peut noter, continu d'expliquer le rapport, que la cohabitation n'engendre pas toujours des rapports harmonieux. (GRAS, 2010 : 46).

On a pu observer, précise le rapport, que certaines salles de soins sont rarement fréquentées par une population frustrée de l'inutilité de cet espace de soins en l'absence de moyens humains et matériels. Une observation qu'exprime clairement un agent d'une polyclinique de la région de Tissemsilt : «Lors de la campagne électorale dans un douar (quartier), ils font des inscriptions de salles de soins, là, où il n'en faut pas ! Ils défendent leurs intérêts politiques et c'est la population qui paie. Pour renouveler son mandat, il ouvre une salle de soins. En outre, durant la conjoncture du terrorisme, les habitants ont quitté leurs terres. Il reste une ou deux familles. Certaines salles de soins sont fermées. D'autres ont été converties en logements au bénéfice des gardes champêtre. Dans ces zones rurales, la direction continue d'affecter le médecin et l'infirmier, alors qu'il n'y a rien ».

Quel sens peut-on donner à des services de santé de proximité marqués par les pénuries nombreuses et diversifiées (personnel, moyens techniques, etc.), particulièrement dans la région rurale de Tissemsilt, très défavorisée concernant le climat et les conditions de vie très médiocres de ses habitants ? S'interroge le rapport.

La rapidité dans la mise en œuvre des Etablissements Publics de Proximité, note le rapport, a conduit à la cacophonie, aux multiples tensions et conflits liés en partie aux difficultés de traduire dans la réalité des textes produits en dehors des acteurs locaux de la santé. Ils sont alors contraints d'exécuter dans l'opacité, des règles d'imposition qui n'ont pas été passées au crible du débat social et faiblement enracinée dans le tissu social (GRAS, 2010 :48).

Le rapport décrit le fonctionnement des EPSP, au niveau local. Dans la région rurale de Tissemsilt, souligne le rapport, les Etablissements Publics de Santé de Proximité, ont été aussi marqués par un déploiement très approximatif face à la pénurie de personnel administratif et médical beaucoup plus accentué qu'à Oran. Les pouvoirs locaux s'appuient alors sur une personnel sous-qualifié, temporaire, très faiblement rémunéré et instable (filet social, pré-emploi, vacataires) pour tenter vaille que vaille de « boucher les trous » des quatre sous-directions de l'EPSP de Tissemsilt (sous-direction des services de santé, sous-direction des ressources humaines, sous-direction des finances et des moyens, sous-direction de la maintenance des équipements médicaux).

On est bel et bien dans l'approximation qui dévoile de nouveau la cooptation à des postes de travail importants occupés par des agents sous-qualifiés et inexpérimentés, critique le rapport. La question de l'absence de la légitimité auprès de certains agents, renforce le laxisme et le laisser-aller. En effet, les sanctions positives ou négatives n'ont aucun sens dans un système de travail obsolète et anachronique. En outre, les directeurs des Etablissements Publics de Santé nommés provisoirement, ont une autorité peu reconnue sur le personnel de l'Etablissement Public de Santé de Proximité, conclut le rapport.

Le flou organisationnel, explique le rapport, interdit toute reconnaissance sociale du travail assuré par des directeurs fragilisés, détenteurs d'un statut instable, mais contraints de multiplier les tâches en l'absence de personnel, lors de la mise en œuvre des EPSP. Le rapport illustre par un entretien avec un ancien directeur d'un EPSP qui affirme : « Médecin coordinateur, plusieurs fois au conseil médical, syndicaliste, j'ai participé aux assises de la réforme. J'étais beaucoup en relation avec la direction régionale de la santé. On s'est approché de moi lors de la création des EPSP. On m'a dit que « tu as les atouts pour être directeur ». J'ai transmis mon C.V. au Ministère de la Santé. On m'a confié la direction de l'EPSP de Oued Tlelat, en qualité de chargé de fonction. J'étais seul pendant deux ans. J'étais à moi tout seul à la direction. Je faisais tout. J'étais l'économe...J'étais le directeur des services de santé. Quand je dis tout, c'est tout ! Je faisais du secrétariat, de la saisie, l'enregistrement du courrier. J'ai appris dans le tas car je n'ai pas reçu de formation. Quand on est gestionnaire, on vit dans la peur. Tu ne dois pas t'éloigner de ton téléphone. On est chargé de fonction. Durant ces deux dernières de directeur, je n'ai touché que mon salaire de médecin coordinateur. Le directeur peut être à tout moment éjecté sans qu'on lui reproche quoi que ce soit. On a mis fin à mes fonctions en me remettant un bout de papier. Jusqu'à maintenant, je n'en connais pas les raisons»(GRAS, 2011 : 50).

Paradoxalement, note le rapport, les pouvoirs publics s'approprient le processus décisionnel, en produisant toutes les notes et circulaires ayant trait au fonctionnement des EPSP, mais sont absents quand il s'agit de mieux réguler les services de santé, de remettre de l'ordre, de produire et d'appliquer des règles plus justes, en un mot, d'être présents sur le terrain pour un contrôle de proximité ; et c'est précisément une forte exigence des acteurs locaux de la santé.

Le sociologue français, Michel Crozier (1978), explique le rapport, a pourtant bien montré qu'on ne change pas une société par décret, nous dévoilant l'importance des relations sociales entre les acteurs sociaux pour comprendre une organisation sociale donnée. Nous essayerons de montrer à présent, annonce le rapport, que la mise en œuvre des EPSP dévoile des tensions et une multitude d'incompréhensions, en partie à l'origine des rapports de défiance, de dépendance, de distanciation où le pouvoir d'ordre sans légitimité, prime sur la concertation et

des interactions de proximité qui peuvent donner une signification positive aux prestations des services de santé.

7.3 A la quête d'une autonomie réelle

Formellement, les Etablissements Publics de Santé de Proximité sont dotés d'un ensemble d'attributs idéaux : proches de la population, autonomes sur le plan financiers, porteurs d'un schéma organisationnel qui n'a rien à envier à celui d'autres pays plus avancés (conseil d'administration, conseil médical, etc.). Mais la recherche sociologique, explique le rapport, a pour fonction centrale de chasser les mythes, pour reprendre l'expression heureuse du sociologue allemand Norbert Elias, et de traduire le plus précisément possible, les sens attribués par les acteurs locaux et nationaux de la santé, aux prestations de soins assurées par les EPSP.

Les textes juridiques aussi importants, soient-ils, sur les prérogatives et les nombreuses missions dévolues au conseil d'administration des Etablissements Publics de Santé de Proximité, avertit le rapport, peuvent être remodelés ou déconstruits face à la prégnance des rapports sociopolitiques qui donnent en partie leurs sens au fonctionnement des services de santé essentiels. Formellement, une multiplicité d'acteurs fait partie du conseil d'administration présidé par le wali (préfet) ou son représentant.

La richesse des missions dévolues de façon très rhétorique dans le décret ministériel, au conseil d'administration qui se réunit trois fois par an, mais rarement avec toute la composante humaine précisée dans le décret, est loin de se traduire dans la réalité, par une dynamique sanitaire horizontale, donnant la possibilité aux acteurs locaux de la santé, d'opérer une ouverture vers la société, pour promouvoir la proximité sociale avec la population. Notre enquête, précise le rapport, montre bien que l'Etablissement Public de Santé de Proximité, est loin d'accéder à l'autonomie qui reste très formelle, même si elle est valorisée et mise en scène par les pouvoirs publics.

Plus fondamentalement, les rapports noués avec ce qu'ils appellent de façon très significative la « tutelle », c'est-à-dire le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, ne semblent pas satisfaire les responsables des Etablissements Publics de Santé de Proximité). Ils remettent en question, tout au moins dans le discours, l'injonction administrative et politique (décrets circulaires, notes de services). Ils se voient contraints d'appliquer des décisions prises sans concertation avec ces derniers. Ils se considèrent dépendants à l'égard d'une bureaucratie sanitaire centralisée qui ignore les spécificités de la région. Ils n'ont pas de prise sur un processus décisionnel qui semble leur échapper.

Les programmes de santé, continue l'explication le rapport, font rarement l'objet de débats entre les agents de l'EPSP, eux-mêmes, et leurs partenaires (associations, caisse d'assurances sociales, etc.). Ils s'enferment davantage dans une logique administrative que sanitaire. Ils apparaissent aux yeux des acteurs locaux de la santé, comme des « instructions » à mettre mécaniquement en œuvre.

D'autres acteurs locaux mettront l'accent sur l'inadaptation de ces programmes aux réalités locales présentes. Ils observent d'une part que les programmes doivent prendre en considération l'environnement social, les conditions de vie des gens, et ne pas s'enfermer uniquement sur les pathologies en soi. D'autre part, ils sont confrontés à d'autres maladies spécifiques à la région qui n'ont fait l'objet d'aucun programme. Écoutons ce médecin coordinateur : « Si les programmes répondaient réellement à nos besoins, on aurait pu éradiquer la tuberculose ou autres maladies. Cela veut dire que ces programmes nationaux de santé doivent corrélés avec la réalité de l'environnement, du niveau de vie, et des problèmes socio-économiques de la population... ».

Cet autre médecin affirme : « Le programme souhaité pour notre région, c'est celui lié à la consanguinité. Dans notre région, les mariages entre cousins et cousines paternels ou maternels, sont très fréquents. Il y a des maladies qui vont apparaître plus tard. J'aimerais bien que ne soit pas le travail des médecins mais aussi, envisager la participation des psychologues. Nous avons besoin de préparer les gens psychologiquement en leur parlant et en leur faisant comprendre qu'il faut cesser ce type de mariage pour éviter l'apparition de certaines maladies, par exemple comme le diabète. Il y a aussi des maladies comme la débilité. J'aimerais que ce programme important soit appliqué au niveau national, pas seulement au niveau de Tissemsilt. Pour moi, c'est un problème de santé public majeur. Il faudrait aussi penser à envisager un programme sur la toxicomanie et les différentes drogues qui font ravage dans notre société ».

Face à la captation des programmes élaborés de façon verticale, le conseil d'administration se révèle, pour les acteurs locaux de santé, une « coquille vide » qui se limite à adopter le budget. Il sera ensuite avalisé auprès de la « tutelle » (Ministère de la santé) qui égratigne à sa manière et à son bon vouloir les différents chapitres du budget dont 60 à 80%, selon les EPSP, sont en général, consacrés aux salaires des agents. Le reste est en général utilisé pour l'acquisition des médicaments et des vaccins. La formation du personnel de santé, essentielle concernant les aspects humains et techniques, est totalement marginalisée dans la majorité des budgets que nous avons consultés.

La notion d'autonomie, c'est-à-dire la possibilité donnée aux acteurs locaux de la santé, de concevoir et de mettre en œuvre des services de santé essentiels proche de la population, nous a semblé très éloignée de la réalité quotidienne. Dans la même logique, le conseil médical composé de médecins et de techniciens et de représentants du personnel de la santé de l'EPSP, émet des avis sur la fermeture ou l'ouverture d'une salle de soins ou d'une polyclinique. Il a un rôle strictement consultatif. Mais les propositions du conseil médical, sont rarement prises en considération ou retenues, conclut le rapport.

7.4 Résultats de l'enquête

Au terme de cette enquête, le rapport exprime la conclusion suivante : « il semble bien que l'arbitrage politique prime sur les autres considérations techniques, professionnelles ou sociologiques. Le rôle des pouvoirs publics est d'accéder à la paix sociale et donc de limiter toute forme de contestation ou de contre-pouvoirs puissants. La décision politique passe avant toute chose, même si elle ne reçoit pas l'aval des professionnels de la santé. Ils sont souvent contraints au silence. Ouvrir une salle de soins, c'est réduire momentanément les plaintes de la population. Elle sera donc appliquée parce que le système sociopolitique fonctionne à d'allégeance et à la cooptation. Par exemple, le directeur régional de la santé est sous la dépendance du wali (préfet) qui représente le pouvoir central. Nos observations montrent que le wali ou le maire peut politiquement exiger l'ouverture d'une salle de soins dans une zone rurale, sans études préalables, sans avoir prévu le personnel de santé. Les responsables locaux de la santé seront contraints d'exécuter cette décision politique, même en l'absence d'un personnel de santé suffisant » (GRAS, 2010 : 57).

En tentant de saisir la logique de mise en œuvre des Etablissements de Santé de Proximité, la rapport d'enquête conclut qu' « il nous a semblé important de décrire et d'analyser leur mode d'organisation réelle en insistant notamment sur les rapports sociaux qui marquent profondément son fonctionnement au quotidien, révélant en réalité, le peu de considération et de réflexion collective accordée par les acteurs locaux de la santé, à la notion de proximité sociale. Pris dans un engrenage administratif et politique, l'EPSP reste encore à la quête de son autonomie pour lui permettre d'orienter son regard sur l'accueil, les rapports instaurés avec la population qui attend d'être reçue dans la dignité et le respect de sa personne » (GRAS, 2010 :58).

En conclusion de la présentation des résultats de ce rapport d'enquête du GRAS qui affirme que « la logique de concertation et de débat sur les questions socio-sanitaires, devrait représenter la matrice essentielle qui donne sens au fonctionnement des services de santé essentiels » (GRAS, 2010 : 74), on peut considérer que l'approche sociologique et anthropologique du GRAS a permis de déconstruire toute la logique de « construction » des

structures de santé, en rapport avec l'exigence de la participation des acteurs essentiels, les citoyens et les responsables de ces structures qualifiées de proximité. Les résultats de l'enquête sont bien résumés dans ce passage du rapport : « les responsables des Etablissements Publics de Santé de Proximité se voient contraints d'appliquer des décisions prises sans concertation avec ces derniers. Ils se considèrent dépendants à l'égard d'une bureaucratie sanitaire centralisée qui ignore les spécificités de la région. Ils n'ont pas de prise sur un processus décisionnel qui semble leur échapper » (GRAS, 2010 : 54).

Nous présentons, dans les lignes qui suivent, les remarques du rapport du Conseil de la Nation, sur l'expérience de ces organisations sanitaires de proximité que sont les EPSP.

8. Observations du rapport du Conseil de la Nation

Dans la même réflexion, consacrée à une évaluation de l'expérience des EPSP, on propose de présenter quelques remarques tirées d'un rapport du conseil de la nation de 2010. A ce titre, le rapport souligne que la mise en place de cette nouvelle organisation, depuis janvier 2008, transforme les 185 secteurs sanitaires en 189 établissements publics hospitaliers (EPH) et 273 établissements publics de santé de proximité (E.P.S.P). Toutes les structures extrahospitalières des ex secteurs sanitaires (les polycliniques, salles de soins etc.) sont ainsi séparées des hôpitaux. Les deux établissements publics nouvellement créés ont les mêmes statuts (Conseil de la nation, 2010 : 20).

La décision récente de modifier l'organisation du système de santé et qui visait en apparence à renforcer les structures extrahospitalières dites de proximité, pose depuis son application plus de problèmes qu'elle n'en résout, conclut le rapport, en ajoutant que la suppression des secteurs sanitaires (entités géographiques d'administration sanitaire correspondant aux « districts » sanitaires recommandés par l'OMS depuis plus de 50 ans), risque de disloquer la pyramide des services de santé qui étaient la colonne vertébrale depuis les années 1980 en Algérie (Conseil de la Nation, 2010 : 29).

C'est l'un des constats que propose le rapport de l'OMS sur la santé en Europe de 2009. Lorsque on parle de l'accessibilité des soins primaires, argumente le rapport, cela signifie qu'ils sont accessibles géographiquement et financièrement à l'ensemble de la population. Cette notion d'accessibilité recouvre également des aspects organisationnels, tels que des horaires de réception pratiques, des services de garde, des consultations à distance, des délais d'attente réduits et la possibilité de visite à domicile. La continuité des soins implique un suivi du patient entre les consultations.

Cette notion, complète le rapport, établit une distinction entre la continuité en matière d'informations, qui a trait à la gestion courante des dossiers médicaux des patients (complétés lors de chaque consultation), et la continuité longitudinale, qui désigne la dispensation de soins primaires en un lieu donné sur une longue durée. Une notion plus importante encore, est celle de continuité relationnelle, qui désigne une relation personnelle suivie entre le patient et le soignant caractérisée par une confiance et un respect mutuels.

En se référant aux travaux de l'OMS, les auteurs du rapport expliquent que la coordination des services des soins primaires est importante, car elle détermine la capacité des services de santé dans leur ensemble à répondre aux besoins de la population, notamment parce que les soins primaires constituent le point d'entrée dans le système de santé et qu'ils jouent un rôle de filtre à l'accès aux autres niveaux de soins. Le risque de problèmes sur le plan de la prise en charge des patients est tout particulièrement évident au point de jonction entre les soins primaires et secondaires ou entre les services de soins curatifs et les autres services (de santé publique) du point de vue de la promotion de la santé. L'étendue de ces services dépend également des conditions d'exercice, des installations et des équipements ainsi que de la qualification professionnelle du soignant (OMS 2010 :137-213).

L'objectif tracé par la Conférence Nationale sur l'Usage Rationnel des Médicaments en Algérie qui s'intéresse particulièrement à étudier l'usage rationnel des médicaments en Algérie, explique le rapport, se trace les objectifs suivants :

1. D' identifier les points forts et points faibles dans les pratiques d'usage rationnel des médicaments de notre système de soins de santé primaire (SSP) dans les établissements publics de santé de proximité (EPSP) comprenant des polycliniques et des salles de soins dans différentes wilayas (nord-est, centre, nord-ouest, sud-est, sud-ouest de l'Algérie) ;
2. De comparer les indicateurs d'usage des médicaments à travers ces wilayas du pays tout en prenant en ligne de compte l'environnement de la pratique médicale ;
3. Tirer des leçons de ces comparaisons et faire des recommandations en vue d'appliquer les données de l'étude afin de mieux développer la prise en charge des malades ;
4. Faire des propositions de développement de bonnes pratiques de prescription et de prise en charge des malades dans les Systèmes de Soins Primaires à la lumière des développements récents dans le domaine (rédiger un guide national du bon usage des médicaments).

8.1 Les conclusion du Conseil de la Nation

Ainsi, le rapport de cette conférence résume les conclusions dans les remarques suivantes :

- La troisième décennie après l'indépendance du pays et à la suite d'une crise financière et économique étouffante, un réajustement structurel s'est imposé avec une réorganisation de la santé. Il s'en est suivi, une abrogation du décret portant secteurs sanitaires avec disparition d'interventions structurées, hiérarchisées intervenant au niveau tant préventif que curatif entièrement prises en charge par l'Etat jusque-là.
- Parallèlement à la déconstruction de l'entité secteur sanitaire en 2007 et de ses services polyvalents et accessibles jusqu'ici, une augmentation à un rythme soutenu de cliniques privées et de cabinets a changé la configuration du système de santé des premières années après l'indépendance.
- Une émergence dans la foulée, d'un nouveau système publique qui jusqu'à ce jour n'a pas fait encore la preuve de sa pertinence en matière de prise en charge intégrée de la santé de la population et qui semble de plus, difficile à situer dans les recommandations prônées par l'OMS, tant en matière de distribution de soins que de qualité. Ces nouvelles structures ont reçu des dénominations nouvelles :les EPSP.

Le rapport de la conférence se termine par la conclusion générale que « Tous ces changements qui se sont accumulés en l'espace de quelques années, se situant en dehors de toutes les recommandations pertinentes des organisations Onusiennes, interpellent quant à leur performance, tant en cohérence hiérarchisée des soins que pour maintenir et sauvegarder la santé de la population au-delà de conjonctures économique-financières qui peuvent être variables (crise des hydrocarbures de 1979-80) » (PURMA , 2012 : 10).

La conférence a proposé aussi les mesures suivantes :

- Inciter les médecins et pharmaciens à participer aux formations continues,
- Réhabiliter la médecine générale en lui faisant jouer son rôle préventif d'abord et curatif dans le cadre des soins de santé primaires, comme définis par l'OMS,
- Organiser un cadre de formation pratique pour améliorer l'efficacité de la médecine générale et de la polyclinique comme premier recours de qualité avant l'hôpital (PURMA, 2012 : 22).

8.2 Propositions du rapport

Le rapport de la conférence propose sa principale conclusion, à savoir que « La déconstruction des secteurs sanitaires et la perte d'unicité du système de santé, en séparant « les soins de base » des « soins hospitaliers » d'une part, et la concentration des efforts sur les hôpitaux budgétivores d'autre part, est l'expression d'une vision incomplète de la santé qui est conçue au travers du seul défi financier, mais non pas en termes de gains en bien-être

physique et moral d'une population appelée à être la source principale du développement économique et social du pays »(PURMA, 2012 : 28-29).

Le rapport explique que d'autres pays avec des ressources moindres que l'Algérie ont réussi à édifier des SSP qui comptent parmi les plus performants du monde, parce qu'ils ont considéré que l'investissement pour le développement humain constitue la source garantissant un progrès permanent économique et social. Ces pays de l'Europe du nord et d'Amérique latine se sont propulsés dans le progrès en garantissant l'équilibre physique et mental à leurs populations, tout en faisant des choix appropriés en matière de développement chaque fois adaptés au besoin réel. Les soins de santé primaire n'ont pas été abandonnés même partiellement par ces pays, bien au contraire ils ont été renforcés et adaptés aux progrès scientifiques du moment. La médecine de famille, ajoute le rapport, est née de cette quête de disponibilité de soins de qualité pour promouvoir la santé en première ligne, désengorger les hôpitaux pour qu'ils remplissent leurs devoirs de structures de soins hautement spécialisés.

L'importance de cette approche qu'est la médecine de famille, argumente le rapport, est un mode de pratique en première ligne qui revalorise l'interaction clinique individuelle et améliore la capacité de réaction et d'adaptation du service aux problèmes et aux demandes, grâce au fonctionnement intégral qui fait passer d'une vision biomédicale apprise lors des études médicales à une vision globale bio-psychosociale, familiale et communautaire qui permet des activités préventives, promotionnelles en santé, mais aussi curatives et comportant une part importante de visites à domiciles des malades (ce qui permet de rattraper en mieux le bénéfice qui a été perdu par la disparition du secteur sanitaire), explique le rapport.

La médecine de famille, continue d'expliquer le rapport, permet d'humaniser les rapports entre soignants, soignés et son environnement et elle offre l'opportunité d'une prise en charge intégrale du malade en responsabilisant les acteurs et toute la communauté dans la prise en charge des patients (approche élargie mais centrée sur le patient). Enfin, le rapport tire une conclusion de fond sur la médecine de famille, en soulignant qu'« elle semble la voie la mieux adaptée au progrès de nos valeurs humaines, non seulement par la maîtrise du savoir et de l'exercice médical humanisé, mais aussi par la diminution des dépenses de santé, tout en mobilisant la communauté autour d'une solidarité élargie ».

A bien des égards, la médecine de famille a permis à des populations de régions en difficultés, soit parce que isolées comme dans les pays nordiques en hiver, ou lors de crise économique grave comme à Cuba, de continuer à recevoir des soins tout en continuant leur développement économique et social.

Néanmoins, le changement de paradigme médical en adoptant la médecine de famille dans un pays où une majorité de médecins sont des spécialistes, appelle à la spécialisation qui peut contribuer à légitimer la médecine de famille. Des polycliniques universitaires permettront de dispenser des formations complémentaires en médecine interne, gynéco-obstétrique, pédiatrie, urgences médico-chirurgicales aux médecins généralistes. La spécialité née de cette intégration est dite médecine générale intégrale qui permettra de renforcer les soins de première ligne et les adapter aux acquisitions médicales et scientifiques modernes. Certains pays ont pris la voie d'une spécialisation en 3 ans d'études, formant des spécialistes en médecine générale intégrale. C'est là une voie à explorer pour le développement de la santé publique en Algérie. N'oublions pas que la formation lors des études médicales en CHU a permis à l'étudiant d'apprendre à travers un contexte de travail précis, organisé, entouré par ses maîtres de stages, souvent au lit du malade dans un service hospitalier.

La pratique en polyclinique et au centre de santé une fois médecin est toute autre. Elle met le jeune praticien seul, face à son malade consultant à titre externe et entouré souvent par sa famille, avec cette fois l'inexistence d'un encadreur pour rectifier ses gestes et ses comportements et les adapter à son nouveau cadre de travail solitaire. Il est tenté de reproduire en première ligne pour plus de sécurité, les gestes et les comportements déjà appris en visites hospitalières, sans recherche d'adaptation réfléchie. Il faut donc réapprendre au jeune généraliste à adapter ses habitudes de travail aux nouvelles exigences opérationnelles des soins de première ligne. La polyclinique universitaire est le lieu où doit s'opérer graduellement cette transition organisée, grâce à des stages de 06 mois pour les jeunes diplômés, encadrés par des spécialistes en médecine générale intégrale, leurs maîtres de stage.

En outre et finalement, les performances moyennes en matière d'usage rationnel des médicaments de nos enquêtes exigent la mise en place d'un programme de prise en charge des malades plus large (donc intégral) et adapté aux connaissances et aux pratiques actualisées du moment, renforcé d'une promulgation d'une politique pharmaceutique nationale avec une liste nationale des médicaments essentiels à l'usage des EPSP. Toutes ces actions doivent être contrôlées par le comité scientifique et technique de l'EPSP selon les recommandations pertinentes de l'OMS.

8.3 Relations entre les services de première ligne et les organisations des urgences

Au sujet de la relations entre les services de première ligne et les organisations des urgences, le rapport explique que l'amélioration de la gestion des soins aux urgences nécessite d'organiser les structures hospitalières et les structures de santé de proximité, dans le cadre d'une complémentarité effective et efficiente. Cela signifie :

- Regrouper et impliquer les spécialistes affectés à l'E.P.S.P en créant une garde spécialisée ;
- Trier, orienter et évacuer en toute sécurité le malade nécessitant des soins spécialisés ;
- Préparer son accueil dans l'établissement choisi ;
- Organiser son transport vers l'établissement hospitalier (PURMA, 2012 : 13).

Perspectives

Quand on analyse les réformes en cours dans l'organisation sanitaire, la première remarque est que les récentes restructurations et le dernier projet d'organisation sanitaire (en 2008) n'ont pas été évalués. De plus, le ministère de la santé projette une nouvelle restructuration des EPSP, sans évaluation et sans l'avis des professionnels de la santé, des partenaires sociaux (incontournables) et des experts.

Selon la réflexion de Larbi Abid, cadre au ministère de la santé, dans le cadre de l'évaluation de l'expérience des EPSP, une réflexion est menée pour :

- Le rapprochement de la santé du citoyen;
- La hiérarchisation des soins, voire la place du médecin référent ;
- La réhabilitation de la prévention et des soins de base;
- La prise en charge de la transition épidémiologique ;
- La prise en charge des disparités géographiques ;
- Faire progressivement de la qualité des services, une préoccupation majeure.

Cette réflexion a mené à la proposition de création de la circonscription sanitaire comme établissement public administratif réunissant au niveau du territoire d'une daïra ou de plusieurs daïras les EPH, certains EHS bien identifiés et les EPSP concernés.

Son impact sur l'amélioration du fonctionnement de nos établissements de santé, explique L. Abid, et par voie de conséquence sur la prise en charge des malades apporterait des solutions aux difficultés auxquelles sont confrontées nos structures de soins (L. Abid, 2014).

Aussi bien le rapport du GRAS de l'université d'Oran que celui du conseil de la nation, avec des approches différentes, ils ont mis en évidence les dysfonctionnements dans la mise en place et le fonctionnement des EPSP, avec les conséquences prévisibles sur la prise en charge du patient et donc sur la performance de l'organisation sanitaire. Ce sont des observations et conclusions pertinentes qui expriment toutes les difficultés de cette organisation sanitaire, pour reprendre l'expression du rapport du GRAS, à « accéder à l'autonomie qui reste très formelle » et à se mettre dans la proximité de ses usagers et à intervenir, comme il est

explicité dans ses principales missions, dans la limitation des motifs de recours (non urgents) aux urgences qui relèvent du premier niveau d'intervention de la hiérarchie du système de santé.

Nous terminons ce chapitre qui analyse le système de santé, présente une approche critique des dispositions de l'avant-projet de loi sanitaire, diagnostic la transition démographique et épidémiologique, par la présentation d'une perspective qui s'inscrit dans l'expérience universelle : celle de lier la santé publique aux droits de la personne et à l'économie de la santé. C'est une contribution du médecin-chercheur américain Jonathan Max Mann.

9. Le lien entre santé publique, droits de la personne et économie de la santé

A cette articulation entre santé publique, droits de la personne et économie de santé, J. M. Mann médecin chercheur (1947-1998), apporte une réponse de fond, professionnelle et citoyenne. On propose ce texte, "La Santé Publique demain", présenté lors du Congrès de la Société Française de Santé Publique en 1998, pour l'importance qu'il constitue dans le débat actuel sur les réformes de santé. Au titre aussi de notre reconnaissance à son action professionnelle humaniste.

«...Le lien entre santé publique et droits de la personne, explique l'auteur, peut être exploré plus avant en considérant trois relations. *La première examine le retentissement potentiel des politiques, programmes et pratiques de santé publique sur les droits de la personne.* Dans la mesure où la santé publique implique en général une action directe ou indirecte de l'Etat, les responsables de santé publique représentent la puissance de l'Etat vers laquelle les préoccupations classiques en matière de droits de la personne se tournent traditionnellement. Ainsi, dans le monde moderne, les responsables de santé publique assument – pour la première fois – deux responsabilités fondamentales vis à vis du public : *protéger, promouvoir la santé publique, et protéger et promouvoir les droits de la personne.* Bien qu'il soit peu vraisemblable que les responsables de la santé publique cherchent délibérément à violer les droits de la personne, il existe une grande méconnaissance des concepts et des normes en matière de droits de la personne chez les praticiens de santé publique.

Dans un contraste saisissant avec le grand nombre de formations en bioéthique disponibles dans les facultés de médecine, une enquête récente dans les 28 écoles agréées en santé publique aux Etats-Unis, et dans les écoles de santé publique recensées de 34 autres pays, n'a pu identifier que 07 formations sur les droits de la personne pour ceux qui sont censés devenir les futurs leaders de la santé publique.

9.1 Articuler les intérêts des droits citoyens de la personne et la promotion de la santé publique

Jonathan Mann ajoute, dans le même de style de réflexion, articulant les intérêts des droits citoyens de la personne et la promotion de la santé publique, dont la société algérienne a fortement besoin, avec un argumentaire très simple et pédagogique.

La pratique de la santé publique est lourdement touchée par le problème de la discrimination fortuite : comme dans les activités de communication qui "postulent" que toutes les populations sont atteintes de façon égale par un message unique exprimé dans le langage dominant et diffusé par la télévision ; ou dans un programme qui "ignore" la capacité de réaction réelle de différentes catégories de population comme lorsque les messages d'information sur le saturnisme infantile sont diffusés sans se préoccuper de l'existence des moyens financiers permettant d'écarter le danger.

En fait, la discrimination fortuite est si répandue que toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'à preuve du contraire transférant sur la santé publique la charge d'affirmer et de faire en sorte de manifester son respect des droits de la personne.

De plus, dans les cercles de la santé publique, il y a souvent un sentiment inexprimé selon lequel santé publique et droits de la personne sont opposés de façon inhérente. Cependant, la complémentarité sous-jacente – plutôt que l'opposition inhérente – entre santé publique et droits de la personne a été mise en exergue tout récemment. Dans le contexte du SIDA, la santé publique a appris que la discrimination envers les personnes séropositives ou atteintes du SIDA est contre-productive. De façon spécifique, *quand les personnes atteintes ont été privées d'emploi, d'éducation ou de la possibilité de se marier ou de voyager, la participation aux programmes de prévention a diminué*. Ainsi, l'attention s'est récemment portée sur un processus de négociation permettant d'optimiser à la fois l'accomplissement des objectifs de santé publique et le respect des normes des droits de la personne, qui apparaissent de plus en plus dans une perspective plus large de santé publique comme hautement complémentaires.

Une seconde relation *entre santé publique et droits de la personne découle de l'observation que les atteintes aux droits de la personne ont des conséquences sur la santé – c'est à dire des effets négatifs sur le bien-être physique, mental et social*. Pour certains droits, tels que le droit de ne pas subir de torture ou de ne pas être emprisonné dans des conditions inhumaines, les dommages sur la santé semblent évidents, en fait inhérents à la violation de ces droits. Cependant, même s'agissant de la torture, ce n'est que récemment que l'impact extensif de la

torture tout au long de la vie, sur toute une famille, une communauté et à travers les générations a été reconnu.

Pour beaucoup d'autres droits, tels que le droit à l'information, de réunion ou d'association, les impacts sur la santé résultant de leur violation peuvent ne pas être aussi visibles initialement. Cependant, peu à peu, le lien est établi.

Le droit d'association fournit un exemple utile. La santé publique requiert l'engagement des populations dans le traitement des problèmes qui les concernent. La possibilité qu'ont les personnes concernées par un même problème de se retrouver, d'en parler et de rechercher des solutions efficaces est si essentielle pour la santé publique, que là où le droit d'association est restreint, la santé publique en souffre.

Une troisième relation entre santé publique et droits de la personne a déjà été suggérée ; en clair, promotion et protection des droits de la personne et promotion et protection de la santé sont indissociables. Encore une fois, ceci découle de ce que les droits de la personne offrent un cadre de référence au niveau sociétal pour identifier les déterminants – sociétaux – sous-jacents à la santé et pour y répondre.(Fin de citation).

A notre avis, cette approche est compatible avec les statuts de la Constitution de 1946 de l'OMS qui affirme dans son préambule qu' « Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations ».

L'intérêt d'introduire la dimension économique dans l'analyse des systèmes de santé, est une nécessité pour réhabiliter les indicateurs de santé et les introduire dans le Tableau De Bord de l'organisation sanitaire, parce que, au fond, le système de santé n'est pas seulement un producteur de services sanitaires. Il participe aussi à la croissance économique, par l'entretien et la préservation du capital humain (ou des Ressources Humaines) de la société. La mise en œuvre d'une politique intersectorielle, condition essentielle d'une stratégie de prévention, participe dans la politique globale du gouvernement, à réduire notablement, le gaspillage des ressources que le système d'organisation actuel génère, en plus des comportements non productifs. C'est l'approche que nous propose J. M. Mann.

9.2 Le lien entre santé publique et économie de la santé

Pourquoi l'économie de santé ou quelle relation entre la santé et l'économie ? Tout d'abord une définition.

Définition : l'économie de la santé peut être définie comme la connaissance de l'interaction du système de santé et du système économique et social ; son objet est l'optimisation de l'action

médicale, compte tenu des contraintes de moyens existants. C'est un sujet beaucoup plus partagé et donc polémique puisqu'il est à la fois le fait de professionnels de santé soucieux de mieux utiliser les moyens dont ils disposent et d'économistes, parfois au service de l'Etat ou d'organismes de la sécurité sociale dont l'objectif est de minimiser les dépenses occasionnées par les professionnels de la santé, voire de résoudre ces problèmes par des moyens échappant aux professionnels (très grossièrement la prévention non médicale) (J. Mann : 03, 2009).

On peut aussi considérer, conclut J. Mann, que le système de soins ne fait que pallier aux insuffisances d'un système de santé qui ne s'est pas donné des instruments de prévention. On pourrait ainsi imaginer "conduire" le système de santé en ayant pour objectif :

de supprimer :

- les accidents notamment du transport,
- le recours excessif au tabac et à l'alcool,
- les pollutions professionnelles ou non, responsables d'un nombre important de cancers.

d'adapter :

- les ressources alimentaires par rapport aux connaissances du moment en matière de nutrition,
- l'organisation sociale afin d'éviter le stress, les accidents,
- de réduire les inégalités sociales de santé.

S'il est assez simple d'idéaliser la fonction santé dans un système social théorique, en réalité il n'existe pas de "conducteur" du système, mais de multiples interactions qui empêchent d'atteindre ces objectifs :

- les professionnels de santé soignent les individus malades et ne sont pas formés à la prévention. Celle-ci est ressentie plus ou moins consciemment comme antinomique du soin (voire concurrente). L'industrie du médicament et des appareils médicaux n'a pas non plus intérêt à diminuer la consommation de soins, pas plus que les hôpitaux, fussent-ils publics.
- Les secteurs économiques autres que le secteur santé n'ont pas eux non plus intérêt, sauf exception, à modifier leur stratégie pour répondre à des objectifs de santé (exemple : automobile, agro-alimentaire). La santé, valeur culturelle est donc au cœur des contradictions de notre société et donc du débat politique.

La très grande majorité de la recherche sur la santé des populations, explique J. M. Mann, identifie ce qu'il est convenu d'appeler « les facteurs sociétaux » comme déterminants

majeurs de l'état de santé. La plupart des travaux menés dans ce domaine s'est focalisée sur le statut socio-économique comme variable-clé, dans la mesure où il est clair, à travers l'histoire et dans toutes les sociétés, que les riches vivent en général des vies plus longues et en meilleure santé que les pauvres.

Conclusion

Au-delà de ces considérations demeurées sans réponses, continue J.M. Mann, plusieurs études récentes ont mis en évidence la portée explicative limitée du statut socio-économique. D'autres indicateurs, tels que l'étendue de l'inégalité socio-économique, la nature, le niveau et la structure temporelle du chômage, l'insertion sociétale et l'étendue des réseaux sociaux, le statut marital, le stress dans le travail, les expériences de la petite enfance, et l'exposition à des situations d'atteinte à la dignité, ont tous été suggérés comme puissants composants potentiels d'une « boîte noire » de facteurs sociétaux dont le rôle dominant dans la détermination des niveaux de maladie évitable, d'incapacité et de décès prématuré est néanmoins au-delà de toute contestation. La santé publique, bien qu'ayant débuté comme un mouvement social, conclue le médecin chercheur, a – du moins dans les années récentes – relativement peu répondu à cette connaissance très profonde et vitale de l'impact dominant de la société sur la santé. À titre d'illustration, nous savons tous que certains comportements ont un impact énorme sur la santé, comme la consommation de cigarettes, l'excès d'absorption d'alcool, les choix diététiques, ou les degrés d'exercice et d'entretien physique. La façon dont ces comportements sont conceptualisés, conclue J.M. Mann, détermine la façon dont ils seront pris en compte par la santé publique. La question de base est de savoir si, et jusqu'à quel point, ces comportements peuvent être pris en compte – et, par conséquent, traités – comme des choix individuels isolés.

Dans le chapitre 03, nous avons abordé l'analyse du système de santé dans le contexte de la réforme hospitalière. Nous avons présenté le diagnostic, les conclusions et recommandations de la Banque Mondiale (1991, 2007). Dans un second mouvement, nous avons présenté et commenté les dispositions de la nouvelle loi sanitaire qui préfigure d'importants changements dans l'organisation du système de santé (et des résistances). Nous avons également étudié la place et l'apport des EPSP, un niveau d'organisation du système de santé dont l'une des principales missions est de limiter, autant que possible, la charge du travail sur l'organisation des urgences, en ce sens où le premier dysfonctionnement, le plus manifeste, est l'afflux continu de malades avec des motifs non urgents. Enfin, nous présentons aussi l'important rapport du Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé de l'université d'Oran qui a étudié les perceptions et représentations des usagers et la dynamique des acteurs en mettant à nu les dysfonctionnements de l'organisation de proximité. Nous citons également les

remarques du rapport du Conseil de la nation de 2010 sur l'organisation de proximité, dans la même thématique : quel apport des EPSP pour le système de santé ? Nous terminons ce chapitre par la perspective dans laquelle devrait s'inscrire le système de santé : l'intérêt d'introduire les notions de l'économie de santé dans l'analyse du système de santé et articuler les intérêts des droits citoyens de la personne et la promotion de la santé publique.

Chapitre 04 L'évaluation de la performance du système de santé : l'approche de l'OMS et l'expérience internationale.

Introduction

Dans ce chapitre, nous proposons de présenter la définition et l'évaluation de la performance, du point de vue de l'Organisation Mondiale de la Santé. L'approche de l'OMS sur le système de santé part du postulat fondamental que « La santé est l'objectif essentiel d'un système de santé, qui doit tendre à maintenir l'état de santé de toute la population à un niveau aussi élevé que possible à tous les stades du cycle vital, compte tenu des décès et incapacités prématurés » (OMS, 2000 : 30). L'OMS innove et propose pour la première fois un indice de la performance des systèmes de santé nationaux, appliqué aux 191 pays membres, dans la réalisation de trois grands objectifs : améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière.

En matière de droits à la santé, la charte fondatrice de l'OMS de 1946 affirme que "La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quel que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale." Dans cette perspective, l'OMS part du principe que la responsabilité de la performance du système de santé incombe, en dernière analyse, au gouvernement. Cette obligation morale et politique des pays signifie qu'une « une prise en charge judicieuse et réfléchie du bien-être de la population consiste à mettre en place le système de santé le plus efficace et le plus équitable possible compte tenu des ressources disponibles (OMS, 2000, XV).

Les systèmes de santé doivent non seulement, donc, améliorer la santé des gens, mais aussi les protéger contre le coût financier de la maladie, et les traiter avec dignité. L'essentiel, explique le rapport OMS, est de réduire les inégalités afin d'améliorer la situation des plus démunis. Les systèmes de santé ont, finalement, la responsabilité de veiller à ce que les gens soient traités avec respect et conformément aux principes reconnus des droits de l'homme (OMS, 2000 : 05).

Notre démarche consiste à présenter la problématique de l'évaluation de la performance du système de santé, en résumant les aspects essentiels du rapport de l'OMS.

1. Principes généraux : définition et objectifs du système de santé

L'objectif de la bonne santé, souligne l'OMS, est en fait double : réaliser la qualité, qui est le meilleur niveau moyen réalisable et l'équité qui est la plus faible différence possible entre individus et entre groupes (sans créer de conflit entre les 02 exigences). L'équité suppose que le système satisfait tout le monde et qu'il n'existe pas de discriminations ni de différences

dans le traitement accordé à chacun (OMS, 2000 : 28). Un financement équitable du système de santé suppose que les risques financiers auxquels est exposé chaque ménage en raison des coûts du système sont répartis en fonction de la capacité à payer et non du risque de maladie. Cet indicateur illustre le principe énoncé par Aneurin Bevan selon lequel « un service de santé satisfaisant est essentiellement celui qui traite riches et pauvres de manière identique, sans pénaliser la pauvreté ni avantager la richesse ». (OMS, 2000 : 39)

Pour fonder leur action sur des mesures de la performance, les responsables de l'élaboration des politiques doivent clairement comprendre les fonctions clés d'un système de santé. Le rapport en définit quatre : la prestation de services ; la production des ressources humaines et matérielles permettant de dispenser les services ; la collecte et la mise en commun des ressources utilisées pour financer les soins de santé ; enfin et surtout, l'administration générale dont l'activité essentielle est la définition et la mise en œuvre des règles et d'une orientation stratégique destinée à toutes les parties prenantes. En comparant la manière dont ces quatre fonctions sont effectivement exécutées, on dispose d'une base pour mieux comprendre les variations de la performance dans le temps et entre les pays (OMS, 2000 : 27).

Dans ce cadre, pour évaluer un système de santé, l'OMS propose une démarche qui consiste à mesurer cinq indicateurs essentiels (OMS, 2000 : 29) :

1. Le niveau de santé général,
2. La distribution de la santé dans la population,
3. Le degré général de réactivité,
4. La distribution de cette réactivité et
5. La répartition de la contribution financière.

C'est, explique le rapport, en comparant les façons dont les systèmes de santé s'acquittent effectivement de ces fonctions, qu'on est en mesure de comprendre les variations de la performance dans le temps et entre les pays. Afin d'assurer la réalisation de la performance du système de santé, l'OMS propose dans sa démarche générale, qu'un cadre général d'orientation, le ministère de la santé, en l'occurrence, doit tenir compte des cinq objectifs du système de santé et indiquer les stratégies qui permettront de mieux les atteindre.

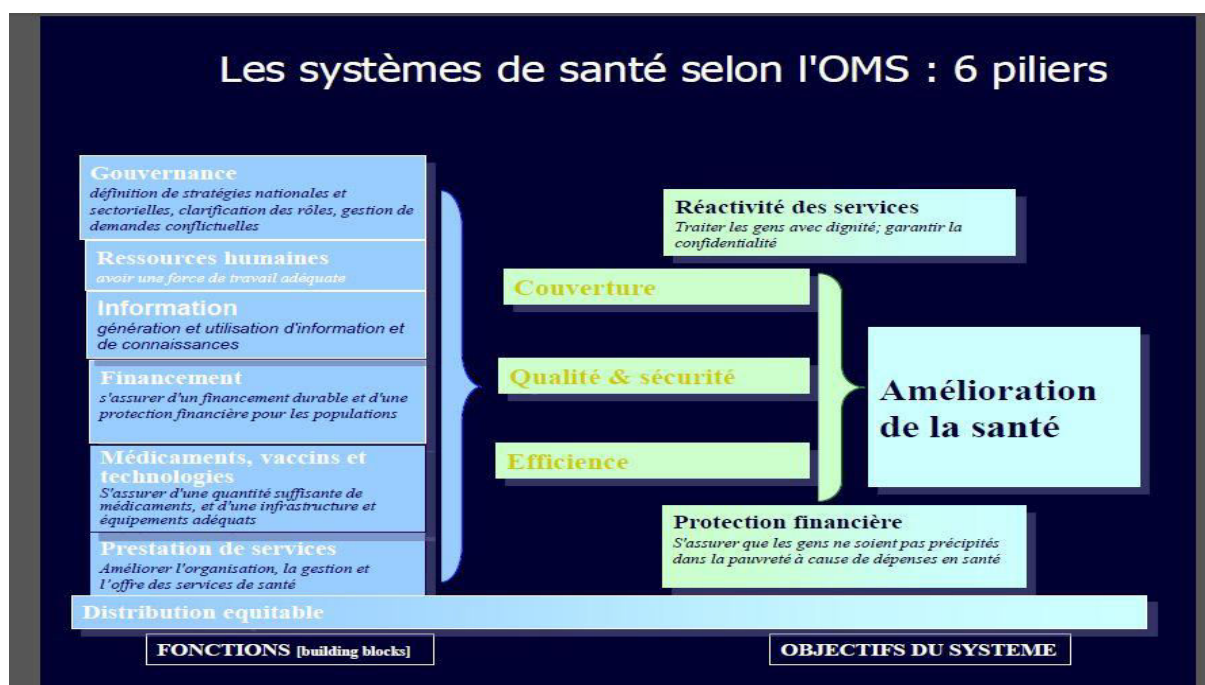


Figure N° 05 : Les systèmes de santé selon l'OMS (Denis Porignon, Ecole de Santé Publique, Bruxelles, 2013 : 49)

D'autres critères fondamentaux sont proposés pour mesurer et classer les systèmes de santé de chaque pays : il s'agit de la probabilité de décéder avant l'âge de cinq ans ou entre 15 et 59 ans, et de l'espérance de vie à la naissance. L'OMS a adopté ces critères afin d'évaluer l'état de santé général de la population et ainsi, d'apprécier dans quelle mesure l'objectif d'une bonne santé a été atteint. L'OMS a eu recours à l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), qui présente l'avantage d'être directement comparable à l'espérance de vie estimée à partir de la seule mortalité et qui se prête aisément à des comparaisons entre populations (OMS, 2000 : 31). Ainsi, en Algérie, dans l'organisation des urgences, le critère des « décès évitables » (pour peu qu'il soit normalisé et intégré dans un protocole de prise en charge du malade) pourrait être un critère essentiel dans le système d'évaluation de la performance des urgentistes.

Sur la base des chiffres de la mortalité, l'OMS a établi cinq strates qui vont d'une faible mortalité chez l'enfant et l'adulte à une forte mortalité chez l'enfant et à une très forte mortalité chez l'adulte. En associant ces strates aux six Régions OMS, on obtient 14 sous-régions géographiquement et épidémiologiquement bien définies. L'Algérie est ainsi classée à la 84ème place sur 191 pays, par rapport à la performance de son système de santé (OMS, 2000). Il serait intéressant d'actualiser ce classement international.

2. Le cadre général de la performance pour les organisations de santé : Comment élaborer une politique de santé fondée sur la performance et non sur le seul principe de rentabilité ?

Pour élaborer une politique d'amélioration de la performance, explique le rapport de l'OMS, il faut être informé des principaux facteurs qui déterminent cette dernière. La connaissance des déterminants de la performance des systèmes de santé, à ne pas confondre avec la compréhension de ce qui détermine l'état de santé, demeure très limitée.

Les hôpitaux, selon le rapport de l'OMS, sont incontestablement les organisations les plus complexes du système de prestation de services, et leur rôle évolue rapidement à mesure que de nouvelles procédures entraînent un rééquilibrage entre soins hospitaliers et ambulatoires et que les pressions financières s'accroissent (OMS, 2000 : 75)

Les structures ou formes organisationnelles, les modes de prestation des services, les mécanismes organisationnels d'incitation et les liaisons entre les services, explique l'OMS, sont les caractéristiques qui exercent le plus d'influence sur les services cliniques et de santé publique. Dans l'approche des organisations de santé, il est ainsi plus facile de considérer le service de santé dans son ensemble, explique l'OMS, au lieu de l'analyser progressivement à partir de sous-systèmes, organisations ou programmes de la composante, comme le font généralement les évaluations de la performance. En soulignant fortement que les progrès de l'application aux services de santé de l'analyse des systèmes et de la théorie de l'organisation mettent progressivement en évidence l'importance de ces facteurs (OMS, 2000).

L'essentiel, explique le Directeur Général de l'OMS, est de mieux comprendre les facteurs qui contribuent au changement, les multiples interactions complexes qui s'opèrent à l'intérieur d'un système de santé en invitant les responsables des politiques de santé à réfléchir sur les forces qui façonnent la performance et sur les mesures propres à l'améliorer. Dans cette optique, l'évaluation de la performance permet aux responsables des politiques, aux prestataires du secteur de la santé et à la population dans son ensemble de juger eux-mêmes le fonctionnement des mécanismes sociaux qu'ils ont contribué à mettre en place pour améliorer la santé (OMS, 2000 :VIII).

Enfin, comme principe général, l'OMS propose que pour juger des réalisations du système de santé, il importe de ne pas se fonder seulement sur des taux moyens ou globaux mais de chercher à déterminer si tous les individus ont à peu près la même espérance de vie (OMS, 2000 : 33). En Algérie, grâce au progrès social et à l'impact positif du système de santé, en l'espace de 25 années, l'espérance de vie a progressé de plus de 10 %. Ainsi, l'espérance de

vie à la naissance, est passée de 1990 à 2015, de 66,3 à 76,4 pour les hommes et de 67,3 à 77,8 pour les femmes (ONS, 2015).

2.1 Le rôle stratégique de l'administration générale dans la réalisation des objectifs du système de santé

La responsabilité de la performance du système de santé d'un pays incombe en dernière analyse au gouvernement. L'administration générale est la prise en charge consciencieuse et avisée du bien-être d'une population, ce qui est l'essence même d'un bon gouvernement. L'administration générale consiste donc en dernier ressort, selon l'OMS, à superviser la totalité du système, en évitant de faire preuve de myopie, d'étroitesse de vue, voire de cécité devant les défaillances du système de santé (OMS, 2000 : IX).

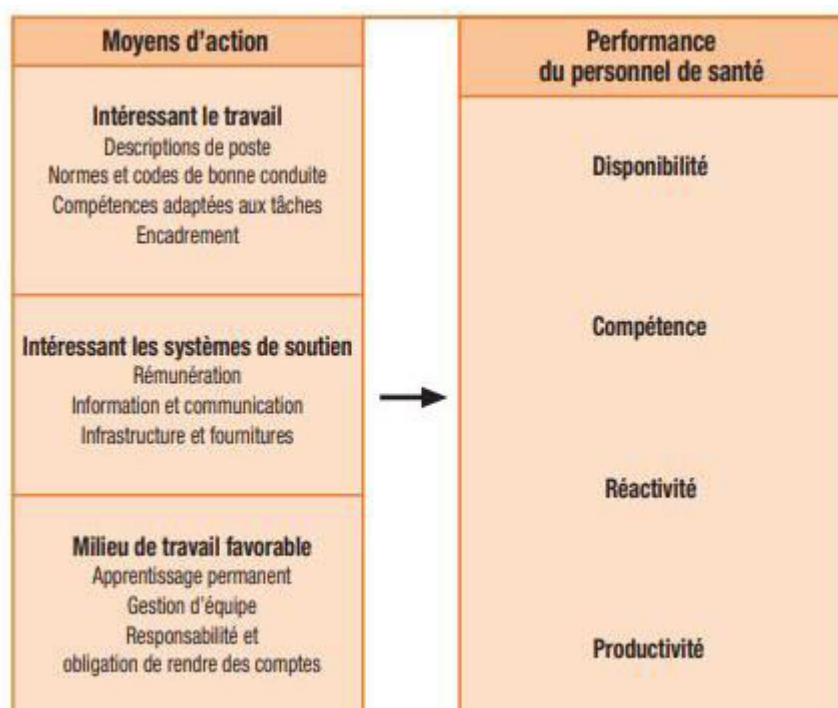


Figure N° 06 : Moyens d'agir sur les quatre aspects de la performance du personnel de santé (OMS, 2006 : 71).

En matière d'acquisition des investissements, la fonction d'administration générale consiste à s'assurer que les critères d'achat de technologie dans le secteur public (dont il a besoin) sont bien respectés et que le secteur privé ne bénéficie pas de mesures incitatives ou de subventions publiques pour des achats de technologie non conforme au but de la politique nationale de santé.

Dans les pays à économie planifiée, qui correspondent souvent à un système hiérarchique très centralisé (comme en Algérie), l'allocation des ressources et la planification des investissements se font souvent de façon graduelle, le budget de l'année écoulée servant de

base à la planification pour l'année à venir. Les activités en cours sont rarement remises en question, ce qui limite beaucoup la possibilité, pour le pays, d'allouer l'ensemble des ressources de manière plus rentable. Aussi, les administrations publiques s'efforcent généralement de maintenir le statu quo en restreignant les dépenses sans modifier les priorités générales ni tenir spécialement compte de la nécessité de protéger certaines zones géographiques ou certains groupes de la population.

Des résultats médiocres, la dégradation des installations et un personnel démoralisé témoignent clairement d'un déséquilibre entre les ressources. Souvent, le capital humain qualifié passe dans le secteur privé ou dans des régions plus riches. La détérioration du capital matériel est plus visible encore : les malades se tournent vers le secteur privé pour obtenir des soins de meilleure qualité (OMS, 2000 : 102). Cette observation du rapport de l'OMS, est une réalité bien vécue, au niveau de notre système de santé.

2.2 Les prérogatives du secteur public : la définition des priorités du système de santé

La détermination des priorités d'un système de santé est un exercice qui fait intervenir divers critères techniques, éthiques et politiques et qui est toujours sujet à des modifications en fonction de l'expérience, des réactions du public et de l'inertie du financement et de l'investissement.

Pour fixer les priorités de façon réaliste, il faut disposer de nombreuses informations, à commencer par les données épidémiologiques. La définition des priorités, précise le rapport, est généralement considérée comme une prérogative du secteur public, notamment en ce qui concerne le bon usage des dépenses publiques ou imposées par l'Etat.

2.3 Domaine de définition : les significations de l'évaluation, du travail et de la performance.

Les auteurs prêtent des significations différentes, voire contradictoires aux notions de l'évaluation et de la performance, en partant de l'analyse de la notion fondamentale du travail dans l'organisation.

2.3.1 L'évaluation

Rangeon F. affirme, dans le domaine de définition, que l'évaluation vise à apprécier la contribution du travail accompli par le personnel aux résultats de l'organisation, à relier les évaluations individuelles à l'évaluation du service (Rangeon F., sans date : 10).

Si on veut retracer le cheminement historique de la notion d'évaluation, précise l'auteur, pendant les années soixante, l'administration française a tenté, par l'intermédiaire de la RCB (Rationalisation des choix budgétaires), d'adapter les méthodes américaines du PPBS

(Planning-Programming-Budgeting System). Il s'agissait d'une tentative de quantification a priori de l'action administrative par voie budgétaire, le but étant notamment d'établir des indicateurs de mesure du coût et des effets prévisibles des programmes administratifs (Rangeon F., sans date : 4).

Généralement conçue comme une démarche méthodique visant à mesurer les résultats d'une activité en vue d'en accroître l'efficacité, l'évaluation est donc, une notion qui fut appliquée au début du siècle au calcul du rendement du travail humain. Dès cette époque, il est admis que l'évaluation ne se résume pas à la mesure chiffrée des résultats, mais qu'elle doit aussi inclure d'autres critères notamment d'ordre éthique. (Rangeon F., sans date : 1).

La notion d'évaluation fut ensuite adoptée par les sciences de l'éducation pour désigner l'étude, à la fois quantitative et qualitative des effets des politiques éducatives. C'est l'époque de l'Approche Par Objectif élaborée par Ralph Tyler, après, il faut le noter, la fondation, en 1911, de l'Organisation Scientifique du Travail, par Frederick Winslow Taylor (1856-1915) et ses collaborateurs. C'est ainsi que Ralph Tyler entreprend aux Etats-Unis au cours des années trente une évaluation des effets des réformes des programmes d'enseignement sur la réussite scolaire des élèves. Cette étude est considérée comme le point de départ de l'évaluation des politiques publiques qui s'est développée aux Etats-Unis sous l'impulsion du General Accounting office (GAO) créé dès 1921 (Rangeon F., sans date : 1).

Dans ce débat sur l'efficacité (et l'humanisme) de la pratique d'évaluation, les auteurs du glossaire proposant la notion d'évaluation participative. En effet, selon ces auteurs, l'évaluation participative engage, directement et activement, les différentes parties prenantes d'une intervention dans sa planification et sa réalisation (gestionnaires de programme, bénéficiaires, citoyens, etc.). Ceux-ci prennent part aux différentes étapes de l'évaluation. L'utilité de cette notion est que « Les parties prenantes acquièrent des habiletés, des connaissances et de la crédibilité tout au long du processus. Ces acquis leur permettent de renforcer leur pouvoir d'action et d'alimenter la réflexion et l'analyse suscitées par l'évaluation » (M. Leblanc-Constant et al., 2013 : 10).

2.3.2 La performance

En parallèle et puisque les deux notions, évaluation et performance, s'articulent dans même processus, on présente une définition de la performance. C'est, souligne le glossaire, « le degré d'atteinte des résultats visés par une organisation ». La performance s'apprécie sur la base de différents critères, à l'aide d'indicateurs liés à ceux-ci, et généralement par rapport à une donnée de référence qui peut être une performance passée, une situation souhaitée ou la

performance que d'autres organisations démontrent. Pour apprécier la performance, l'un des paramètres utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats est celui du rendement.

Une organisation est considérée comme performante, expliquent les auteurs du glossaire, lorsqu'elle s'acquitte de sa mission en atteignant ses objectifs stratégiques et opérationnels, notamment en matière de qualité de services aux citoyens, ainsi que lorsqu'elle utilise de manière économique ses ressources, maintient un climat de travail adéquat et offre des biens et des services de qualité dans le respect des lois et des règlements qui s'appliquent (M. Leblanc-Constant et al., 2013 : 15). Cette définition s'adapte assez bien à notre cadre d'étude qui est l'organisation hospitalière des urgences. On peut également ajouter les notions de contrôle administratif, de diagnostic et de contrôle de gestion qui viendront tardivement avec le New Public Management.

Selon Rangeon F, l'évaluation remplit dans les services publics trois fonctions principales :

1. Elle est d'abord un outil de gestion qui remplit une fonction récapitulative: établir un diagnostic des forces et des faiblesses d'une organisation.
2. Elle est ensuite un outil de programmation qui remplit une fonction prospective : orienter le développement de l'organisation.
3. Elle est enfin un outil de formation qui remplit une fonction mobilisatrice: développer les capacités d'analyse des agents et les inciter à s'investir lucidement dans l'organisation, par une meilleure connaissance de leur environnement et de la participation qu'ils prennent aux résultats du service (Rangeon F., sans date : 14-15).

Poursuivant l'évolution historique de la notion d'évaluation de la performance, Rangeon F. explique que le ministère de l'Équipement français avait adopté pour les cadres (dans les années quatre-vingt) une grille de douze critères d'appréciation, *cinq* portant sur l'activité de l'agent (professionnalisme, implication dans le travail, exercice des responsabilités etc.), *quatre* sur les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés dans le cadre du service, les *trois* derniers concernent les relations entre l'agent et son environnement interne (esprit d'équipe, capacité d'animation) et externe (rapports avec les usagers). Cette répartition des critères indique le double souci de prendre en compte les performances de l'agent mais aussi de les relier aux résultats du service (Rangeon F., sans date : 16).

L'institutionnalisation de l'évaluation, son introduction dans les règles et les coutumes de la fonction publique, conclut l'auteur, risque d'entraîner un usage ritualiste et de vider

l'évaluation de sa charge critique (Rangeon F., sans date : 23). Ce n'est pas tant le principe même de l'évaluation qui est ici en cause que les conséquences qui en découlent (Rangeon F., sans date : 21).

Pour remédier à cette situation, Rangeon F. propose la démarche suivante :

- Une diffusion large et exhaustive des résultats, accompagnés d'une note technique indiquant les conditions de réalisation de l'évaluation (nom du prescripteur, de l'évaluateur, méthode suivie...) permettrait d'en accroître la crédibilité.
- Mettre sur pied un dispositif d'évaluations "parallèles", portant sur un même objet et commandées à des évaluateurs différents par des prescripteurs ayant des intérêts distincts. La confrontation systématique de telles évaluations permettrait à la fois d'affiner la méthodologie et de pallier le risque de subjectivité qu'engendre une commande unique (Rangeon F., sans date : 22).

2.4 Une prise charge de qualité du patient

C'est la conséquence directe d'une organisation sanitaire performante dont l'évaluation des ressources humaines est fondée sur l'équité. C'est ce que explique le rapport de l'OMS, en précisant qu'un système de santé performant signifie de fait, aux yeux du malade, la garantie d'une prise en charge rapide, du respect, de la dignité et des vœux des patients, et d'un soutien physique et affectif adéquat pendant la durée du traitement. Et il est évident donc que les patients potentiels sont davantage incités à faire appel aux services de santé s'ils pensent qu'ils seront bien traités. Par contre, certains systèmes de santé ont un degré de réactivité extrêmement bas, explique l'OMS : traiter les gens d'une manière tout à fait impersonnelle et inhumaine, on se plaint fréquemment d'agents de santé du secteur public particulièrement grossiers et arrogants avec les patients et des délais d'attente importants pour les interventions chirurgicales non urgentes.

Dans ce cadre, il faut souligner que le critère de réactivité qui comprend les deux sous-critères (le respect des personnes et l'attention accordée au patient) correspond exactement aux besoins du système de santé algérien :

- Le respect des personnes, c'est-à-dire le respect de la dignité de la personne et l'autonomie qui est la possibilité de participer aux choix concernant sa propre santé, y compris celui du traitement qui lui sera ou non administré ainsi que la confidentialité ou le droit pour le patient de décider qui peut accéder aux informations concernant sa propre santé.

- L'attention accordée au patient porte sur la rapidité de la prise en charge, l'attention immédiate en cas d'urgence et des délais raisonnables pour les cas non urgents ainsi qu'un environnement de qualité satisfaisante, c'est à dire des locaux propres et spacieux et une bonne nourriture à l'hôpital et le nécessaire accès à des réseaux d'aide sociale pour les patients (famille et amis).

Quel que soit le revenu d'un pays, explique le rapport de l'OMS, il existe des moyens efficaces d'allouer les ressources de sorte que le système de santé fonctionne au mieux.

- La première étape consiste à sensibiliser l'opinion au problème en réunissant une documentation sur les diverses ressources utilisées, particulièrement sur la performance des systèmes de santé.
- Des données fiables sur les effectifs et la répartition des ressources humaines peuvent aider à formuler des politiques et des plans destinés à résoudre les problèmes, notamment si on les associe à des données sur la performance du système de santé.
- L'établissement des comptes nationaux de la santé est l'occasion de rassembler des données plus complètes sur les apports et de communiquer plus efficacement avec les différents intervenants au sujet des futures politiques d'investissement.
- Des renseignements plus pertinents sur les coûts et de meilleurs systèmes comptables faciliteraient aussi l'équilibrage des ressources.

Le meilleur moyen de réaliser une telle mobilisation, indique le rapport de l'OMS, est d'associer les fonctions d'administration générale – surveillance et influence – à une plus grande décentralisation du pouvoir de décision des acheteurs et des fournisseurs.

Mais la décentralisation du processus de décision au profit des prestataires, note le rapport, oblige à le contrôler et à le guider à l'aide d'une stratégie d'achats et de mécanismes de paiement appropriés pour qu'il soit conforme aux priorités générales. En ce qui concerne le détail des modalités de service et d'intervention, cette décentralisation requiert aussi de nouvelles stratégies de développement des ressources humaines et de la capacité de planification et de gestion à tous les niveaux.

Sans ce contrôle rigoureux de toutes les sources d'apports et cette étroite surveillance, les unités décentralisées jouiraient d'une latitude qui les inciterait à se conduire de manière opportuniste. La décentralisation ne signifie pas, explique le rapport de l'OMS, que l'on n'a pas à rendre compte de la gestion des ressources ni que le gouvernement central n'a pas à

intervenir dans la planification et la surveillance (OMS, 2000 : 22). Du point de vue de l'OMS, un système de santé efficace et rentable qui répond aux besoins sanitaires en fonction de priorités clairement énoncées incitera tant l'industrie médicale que les écoles de médecine à investir à bon escient dans la recherche-développement, les programmes d'enseignement et les apports matériels indispensables pour améliorer la santé.

Enfin, une politique élaborée au niveau central demeurera indispensable pour l'enregistrement des médicaments et des technologies importantes, l'élaboration de listes de médicaments essentiels et de directives thérapeutiques, l'assurance de la qualité et les soumissions pour les achats en gros.

2.5 Evaluation de la performance du système de santé

Comment mesure-t-on les résultats intéressants pour déterminer ce qui est fait à l'égard des trois objectifs : amélioration de la santé, réactivité et équité de la contribution financière (réalisation des objectifs) et comment les compare-t-on à ce que le système devrait être capable d'accomplir, c'est-à-dire aux meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources (performance) ?

Pourquoi, en ce qui concerne le système de santé algérien, avec les mêmes dépenses qu'utilise l'Algérie, les résultats sanitaires sont-ils bien meilleurs dans d'autres pays ?

En termes économiques, la performance est une mesure de l'efficacité : un système de santé efficace, explique l'OMS, obtient beaucoup de résultats, compte tenu des ressources à sa disposition, tandis qu'un système inefficace gaspille des ressources, même s'il donne d'excellents résultats en termes de santé, de réactivité et d'équité (OMS, 2000 : 46). Les résultats sanitaires ont souvent été évalués, d'après des apports tels que le nombre de médecins ou de lits d'hôpitaux par unité de population. Cette méthode montre ce que ces apports produisent effectivement mais ne permet guère de connaître le potentiel du système de santé, c'est-à-dire ce que l'on pourrait obtenir avec les mêmes ressources financières en produisant et en utilisant différentes quantités ou types de personnel, de bâtiments, de matériel et de produits consommables. Ce sont, finalement, les résultats obtenus en fonction des ressources qui constituent la véritable mesure de la performance d'un système de santé, conclue le rapport de l'OMS (2000 : 44).

En matière d'organisation de travail, les services doivent être conçus et exécutés de manière à permettre d'innover et de s'adapter à de nouveaux problèmes de santé et à de nouvelles interventions tout en répondant aux besoins de gens très différents quant à l'âge, aux revenus, aux habitudes et aux risques sanitaires (OMS, 2000 : 58). Ainsi, conclue le rapport de l'OMS : la performance du système de soins de santé dépend, en dernière analyse, des connaissances,

compétences et motivations des personnes responsables de la prestation des services (OMS, 2000 : 87).

L'OMS recommande, comme principe général de gestion, de mettre l'accent sur les interventions permettant de tirer le maximum de ce que l'on y investit et accorder une moindre priorité à celles qui, bien qu'utiles pour certains, n'améliorent la santé de la population en général que de façon négligeable pour chaque dollar dépensé. C'est là le fondement implicite de la mesure de la performance d'après l'espérance de vie corrigée de l'incapacité. Tout en veillant à ce que les efforts des services de santé restent essentiellement axés sur des interventions de santé publique et cliniques efficaces et d'un coût abordable. C'est-à-dire qu'on pourrait obtenir une répartition plus efficace des ressources du système en les transférant d'interventions peu rentables à des interventions d'un bon rapport coût/efficacité. Les gouvernements, explique le rapport, doivent savoir comment encourager les comportements favorables à la santé dans les groupes cibles nécessitant des soins (OMS, 2000 : 64).

Dans ces conditions, explique le rapport de l'OMS, on ne peut pas donc, imputer à un manque de ressources la mauvaise répartition des moyens entre le poste de santé et l'hôpital, la faible productivité de l'infirmière, la sous utilisation de l'hôpital lorsque son service de consultations externes ferme trop tôt, les périodes prolongées sans médecin de permanence et les pertes de temps subies par les patients qui doivent faire la queue, puis revenir un autre jour, parce qu'il n'existe pas de système de rendez-vous. Certaines de leurs causes se situent entièrement en dehors du système de santé : ainsi, le système d'éducation apporte une importante contribution au développement de la santé, mais son objectif fondamental est l'enseignement (des enfants en bonne santé sont mieux en mesure d'apprendre).

2.5.1 L'équité salariale

En matière d'équité, souligne Kingma (2003 : 6), «si le facteur salaire peut être considéré comme indifférent (une fois les besoins de base assurés), la perception des écarts de salaires engendre, quant à elle, une forte réaction émotionnelle». Les inégalités ont pour origine la sélectivité dans l'octroi des primes (accessibles aux seuls cadres, ou aux nouveaux collaborateurs à l'exclusion des travailleurs déjà employés) et le manque de transparence et d'obligation de rendre compte de la répartition des avantages et récompenses. Les mesures d'évaluation peuvent entraîner un effet décourageant, voire franchement contre-productif, si elles ne sont pas claires et transparentes et si les travailleurs concernés n'ont pas été convaincus, au préalable, de leur pertinence et de leur équité (Kingma et al, 2003; Mathauer et al, 2006).

2.5.2 Le droit du travail en Algérie : Rémunération et variable

En Algérie, par salaire il est entendu, au sens de la loi 90-11 (article 81) :

- Salaire de base,
- Indemnités liées à l'ancienneté et aux heures supplémentaires,
- Indemnités liées aux conditions particulières de travail,
- Remboursement des frais engagés,
- Primes liées à la productivité et aux résultats de travail.

L'article 07 de la loi 90-11 est explicite quant à la nature de la relation contractuelle entre l'employeur et le salarié. Ainsi, il énumère les obligations fondamentales à accomplir par le salarié, entre autres :

- *Accomplir, au mieux de leurs capacités*, les obligations liées à leur poste de travail, en agissant avec diligence et assiduité, dans le cadre de l'organisation du travail mise en place par l'employeur;
- Contribuer aux efforts de l'organisme employeur en vue d'améliorer l'organisation et la productivité.

L'article 82 vient clarifier le dispositif réglementaire. Ainsi, il est explicitement affirmé, que :

Art 82. Par revenu proportionnel aux résultats du travail, il faut entendre la rémunération au rendement et notamment à la tâche, à la pièce, au cachet et au chiffre d'affaires.

Dans son article 120, la loi explique que les aspects suivants, sont objet de la négociation collective (dans les conventions collectives):

- 1- Classification professionnelle;
- 2 - Normes de travail, y compris les horaires de travail et leur répartition;
- 3 - Salaires de base minimum correspondants;
- 4 - Indemnités liées à l'ancienneté, aux heures supplémentaires ou aux conditions de travail, y compris l'indemnité de zone;
- 5 - Primes liées à la productivité et aux résultats du travail;
- 6 - Modalités de rémunération au rendement pour les catégories de travailleurs concernés.

La démarche de performance s'inscrit, dans une logique de résultats. C'est donc le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats. Cette démarche de performance s'exprime dans les termes suivants :

- La politique financière (stratégie d'entreprise) a pour ambition de passer de la gestion d'une logique de moyens à une logique de résultats.
- Un budget orienté vers des résultats à atteindre.
- Les objectifs associés au budget sont des objectifs stratégiques.
- Une stratégie, des objectifs, des indicateurs et des cibles de résultats sont définis au niveau de la stratégie de l'entreprise.

Nous pouvons conclure que c'est le management participatif qui participe à l'émergence des leaders, qui est le moyen le plus sûr, pour mener et réaliser les objectifs planifiés, dans la cohésion des équipes opérationnelles, à l'échelon intermédiaire et dans les organisations de proximité.

2.6 Rapport coût-efficacité

De nombreux facteurs, explique le rapport de l'OMS, peuvent influencer sur le rapport coût/efficacité effectif d'un programme d'intervention donné au cours de son exécution. Parmi eux figurent la disponibilité, le dosage et la qualité des apports (notamment le personnel qualifié, les médicaments, le matériel et les biens consommables), les prix locaux, notamment ceux de la main-d'œuvre, la capacité d'exécution, les structures organisationnelles et les incitations sous-jacentes, et le cadre institutionnel sur lequel s'appuie le programme.

Le rapport coût/efficacité est une notion utile pour atteindre le meilleur état général de santé, mais pas forcément pour le deuxième objectif, qui est la réduction des inégalités. Le rapport coût/efficacité n'est jamais la seule justification de l'utilisation des ressources publiques, mais c'est le facteur dont il faut le plus souvent tenir compte dans le choix des interventions à acquérir. Un système de santé conçu et exploité uniquement dans un souci de rentabilité peut être en mesure d'allonger considérablement l'espérance de vie moyenne ou d'améliorer l'égalité, voire les deux, mais il correspondra beaucoup moins à ce que les gens veulent et attendent. Les étapes suivantes permettront aux systèmes de santé d'être plus à même d'effectuer des interventions efficaces d'un coût abordable, notamment pour les populations déshéritées (OMS, 2000 : 65). Dans ce cadre, l'OMS propose la démarche suivante :

Premièrement, il convient de procéder en permanence à une évaluation détaillée des facteurs de risque sous-jacents, de la charge de morbidité et des modes d'utilisation dans les populations cibles.

Deuxièmement, l'information recueillie dans le monde au sujet du coût et de l'efficacité des interventions ainsi que des diverses pratiques doit tenir compte des prix et des contextes locaux.

Troisièmement, tous les pays doivent instaurer une politique claire de rationnement des interventions et veiller à ce que leurs ressources dont le montant est limité soient affectées à des domaines considérés comme hautement prioritaires. Rares sont les pays qui disposent de protocoles cliniques permettant de standardiser les modes d'activité et d'adapter les interventions prioritaires connues aux besoins. Plus rares encore sont ceux qui ont les moyens de faire appliquer ces directives à la prestation des soins financés par le secteur privé.

Quatrièmement, aucune de ces mesures ne présente d'intérêt si la qualité de la prestation des services n'est pas assurée.

2.7 Réduction de la charge de morbidité

A partir d'une méthodologie rigoureuse, le rapport de l'OMS conclut que, réduire notablement la charge de morbidité est le principal indicateur de performance d'un système de santé (OMS, 2000 : 59). A partir de ce postulat, l'OMS fait ressortir les plus importants facteurs de risque évitables qui influent sur la maladie et la morbidité et auxquels le système de santé doit s'attaquer, en fonction du contexte local :

1. La malnutrition chez l'enfant,
2. Les mauvaises pratiques touchant à l'eau et à l'assainissement,
3. La sexualité à risque,
4. La consommation d'alcool,
5. La pollution des locaux,
6. Le tabagisme,
7. Les risques professionnels,
8. L'hypertension et
9. L'absence d'exercice physique.

2.8 Ressources humaines de santé

Le capital humain, explique le rapport de l'OMS, peut être traité en théorie comme le capital physique; l'éducation et la formation professionnelle constituent alors les investissements clefs pour l'ajuster et déterminer les connaissances et compétences disponibles. Une éducation permanente et une formation en cours d'emploi s'imposent pour que les

compétences existantes suivent l'évolution de la technologie et des connaissances. Lorsque l'enseignement de base et la formation professionnelle des jeunes médecins et infirmières laissent à désirer ou lorsque le personnel d'encadrement n'a pas le temps ou les ressources nécessaires pour mettre à jour ses connaissances et compétences, conclut le rapport de l'OMS, on peut s'attendre à de futures carences et à une perte de productivité.

Les ressources humaines, c'est-à-dire les différents types de personnel clinique ou autre permettant de réaliser chacun des actes individuels et chacune des interventions de santé publique, sont les principaux apports d'un système de santé.

Aussi satisfaisants que soient les connaissances, les compétences et les effectifs du personnel, si les installations, le matériel diagnostique et les médicaments sont inadéquats, la prestation des services demeure mauvaise.

La motivation, avertit le rapport de l'OMS, dépend non seulement des conditions de travail, mais aussi des incitations et compensations financières, c'est-à-dire des revenus et autres avantages ainsi que de la gestion générale du personnel et des perspectives de carrière. Par contre, souligne l'OMS, les médecins, infirmières et autres agents de santé ne sont pas uniquement motivés par les conditions de travail, les revenus et la gestion actuels et c'est là une autre différence entre le capital humain et physique qui a une incidence sur la gestion du personnel. En effet, ces personnels sont également influencés par la manière dont ils envisagent l'avenir en fonction de leurs expériences passées, des vues exprimées par les autres et des tendances qu'ils observent. Si le personnel qualifié estime que les traitements, avantages et conditions de travail vont se détériorer dans le futur, ses décisions professionnelles et ses motivations s'en ressentent. Cette ombre que fait planer l'avenir peut aisément faire plonger les motivations et les performances dans une spirale descendante.

Dans les organisations de santé, indique le rapport de l'OMS, les ressources humaines sont généralement le poste le plus important du budget d'exploitation de la santé. Les systèmes de santé sont de grands consommateurs de main-d'œuvre et nécessitent, pour bien fonctionner, un personnel qualifié et expérimenté. Cependant, le personnel ne serait pas en mesure de travailler efficacement sans capital physique – hôpitaux et matériel – et sans biens consommables, comme les médicaments, qui jouent un rôle important dans l'augmentation de la productivité des ressources humaines (OMS, 2000 : 90).

Sans une gestion judicieuse, explique le rapport de l'OMS, il faut des années, voire des dizaines d'années, pour que l'offre de main-d'œuvre qualifiée réponde aux signaux du marché. Même le licenciement d'agents de santé du secteur public est souvent si difficile qu'il ne peut être réalisé que dans le cadre d'une réforme générale de la fonction publique.

Les problèmes considérés dans les pays les moins développés comme les plus pressants pour le personnel de santé, selon le rapport de l’OMS, sont :

- L’insuffisance des traitements et avantages ainsi que les mauvaises conditions de travail parmi lesquelles figurent l’affectation dans des zones de conflits,
- Les installations inadaptées,
- La pénurie de médicaments,
- Autres produits consommables essentiels.

Après avoir présenté la démarche de l’OMS relative à l’évaluation de la performance du système de santé, nous abordons d’autres paramètres en rapport avec la gestion des ressources humaines.

2.8.1 Contraintes que rencontrent les ressources humaines dans les organisations de santé (OMS, 2000 : 98)

1. Dans l’analyse des divers degrés de pénurie de personnel sanitaire qualifié, l’OMS conclut que la capacité de formation limitée et les faibles rémunérations des agents de santé qualifiés entravent gravement la prestation des services, les effectifs sont au contraire pléthoriques.
2. Les agents de santé ne sont pas souvent qualifiés pour les tâches qu’ils exécutent, soit parce que les possibilités de formation sont insuffisantes, soit parce que les compétences disponibles ne sont pas adaptées aux besoins et priorités du système de soins de santé. Plus les gestionnaires et le personnel sont axés sur l’exécution d’une tâche clairement définie, explique l’OMS, et plus il sera possible d’atteindre les grands objectifs de la politique générale sans avoir à recourir, pour les contrôles, à une structure hiérarchique rigide.
3. Dans presque tous les pays, il y a des déséquilibres de ressources humaines entre zones urbaines et rurales.
4. L’expérience des politiques et plans nationaux de développement des ressources humaines pour la santé a récemment progressé, mais leur exécution n’est encore que partielle dans la plupart des pays. En outre, très rares sont les pays qui contrôlent et évaluent les progrès et l’impact de leur politique dans ce domaine.

Par ailleurs, les médecins, infirmières et autres agents de santé ne sont pas uniquement motivés par les conditions de travail, les revenus et la gestion actuels et c’est là une autre différence entre le capital humain et physique qui a une incidence sur la gestion du personnel. En effet, ces personnels sont également influencés par la manière dont ils envisagent l’avenir

en fonction de leurs expériences passées, des vues exprimées par les autres et des tendances qu'ils observent. Si le personnel qualifié estime que les traitements, avantages et conditions de travail vont se détériorer dans le futur, ses décisions professionnelles et ses motivations s'en ressentent. Dans le domaine des ressources humaines, les incitations et la gestion ont aussi un effet indirect sur l'utilisation des autres ressources. Cette ombre que fait planer l'avenir peut aisément faire plonger les motivations et les performances dans une spirale descendante, conclut l'OMS. Une telle approche sur les ressorts de la motivation, nous éclaire sur les réalités des ressources humaines de l'organisation sanitaire algérienne.

Enfin, l'insuffisance des compétences disponibles pour évaluer la technologie et contrôler la qualité est une autre cause de déséquilibre des ressources. Pour réduire les gaspillages des Ressources Humaines et accélérer les réajustements, l'OMS préconise les mesures suivantes (OMS, 2000 : 91) :

2.8.1.1 Taux d'utilisation, dosage et distribution : Il n'existe aucune norme absolue permettant de fixer le nombre de médecins ou d'infirmières par rapport à la population. On procède souvent de façon empirique. D'une manière générale, on décide qu'il y a pénurie ou pléthore de personnel selon les besoins et les priorités et sur la base de comparaisons avec des pays voisins ou parvenus à un niveau de développement comparable. Ces décisions nécessitent des données fiables sur les ressources humaines disponibles et sur leur distribution géographique et professionnelle, données qui font souvent défaut.

En faisant ressortir l'expérience universelle, le rapport de l'OMS propose trois types de stratégie des ressources humaines qui ont donné des résultats assez satisfaisants :

- utilisation plus efficace du personnel disponible grâce à une meilleure distribution géographique ;
- utilisation accrue, lorsqu'il y a lieu, d'un personnel à compétences multiples ;
- meilleur appariement des compétences et des fonctions.

La formation classique des agents de santé, notamment du personnel hautement qualifié, tient trop rarement compte des tâches effectives. Cette lacune est une source de gaspillage et a un effet démoralisant.

2.8.1.2. Enseignement de base et formation continue : Il apparaît clairement que le secteur public doit fortement s'impliquer dans la formation et dans le contrôle de la qualité de la formation continue pour stimuler le développement des ressources humaines dans des domaines cibles.

L'essor des connaissances ou les progrès de la technologie, comme la découverte de médicaments ou de matériels diagnostiques nouveaux, peuvent accroître considérablement la

capacité des ressources humaines à résoudre les problèmes de santé et, partant, améliorer les performances d'un système de soins de santé. Des mesures énergiques d'administration générale s'imposent désormais pour améliorer la qualité du diagnostic et contrôler la prescription et l'observance d'auto-traitement incontrôlé. L'intervention du gouvernement est surtout nécessaire pour garantir le respect des normes de qualité et de sécurité, la mise à disposition d'une information fiable sur les produits et le maintien de conditions favorables à une concurrence équitable. (OMS, 2000).

Enfin, l'absence des qualifications nécessaires, l'insuffisance des systèmes d'information sur les coûts, une budgétisation trop rigide et le fractionnement des tâches, notamment la dissociation des responsabilités relatives aux investissements et aux budgets de fonctionnement, note l'OMS, expliquent aussi le déséquilibre des ressources. Dans le même ordre d'idées, la distribution des ressources disponibles entre les zones urbaines et rurales est un problème majeur dans les pays à revenu moyen.

Dans le domaine des réformes de santé, le rapport de l'OMS tire la conclusion essentielle qu'à l'échelle mondiale, la tendance consiste à éviter l'inefficacité et l'absence de réaction inhérentes aux hiérarchies devenues trop rigides, tout en évitant l'autre extrême, à savoir des marchés non réglementés qui compromettent presque toujours la protection financière et risquent de gêner la coordination stratégique nécessaire pour dispenser des soins efficaces (OMS, 2000 : 76).

Après la présentation de certains paramètres de l'approche de l'OMS, en rapport avec la variable performance du système de santé, nous abordons, dans le même ordre d'idées, une autre approche, celle de Christophe Dejours et sa principale thématique : l'analyse du travail, et le regard du chercheur sur la notion de l'évaluation du travail.

3. Christophe Dejours : l'analyse du travail exige d'aborder la notion de travail comme un travail vivant

A partir d'une autre approche, C. Dejours explique qu'au regard de l'analyse du travail, la notion d'évaluation est ambiguë. Et donc évaluer renvoie à la mesure d'un objet ou d'une chose produite, mais aussi à des jugements portant sur le résultat d'une action ou du travail. Si aujourd'hui, souligne-t-il, la question de l'évaluation suscite autant de débats, c'est pour une bonne part en raison des procédures d'évaluation et de leurs effets sur les salariés. La controverse sur l'évaluation du travail scientifique n'en représentant qu'une illustration parmi tant d'autres. Toutefois, conclut-il, « vouloir traiter de la question de l'évaluation à partir du travail apparaît comme particulièrement justifié dans la mesure où le travail représente l'occasion la plus ordinaire d'établir un rapport avec le réel et le monde. Les données issues de la clinique du travail suggèrent, selon les auteurs, que l'introduction de l'évaluation

individualisée et quantitative des performances, associée à la qualité totale et au management par objectifs, a des effets délétères sur le rapport individuel et collectif au travail » (Dejours, 2003), (cité par I. Gernet et C. Dejours, 2009 : 01).

Travailler signifie donc, être confronté à des prescriptions, des procédures, du matériel ou des outils à manipuler, des personnes à accueillir ou à soigner; mais travailler suppose également de collaborer avec une hiérarchie et des collègues, qu'il va falloir apprendre à connaître et avec lesquels il faudra pouvoir interagir pour atteindre l'objectif de production d'un bien ou d'un service (I. Gernet et C. Dejours, 2009 : 03).

Expliquant le rapport entre le travail et le réel de l'organisation du travail, I. Gernet et C. Dejours, expliquent que l'exercice du travail s'accompagne inévitablement de la confrontation au réel, c'est-à-dire à ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance à la maîtrise, et pousse le sujet à penser et agir autrement que ce que l'organisation du travail a prévu. Les aménagements auxquels procède un sujet pour combler le décalage entre ce qui est prescrit et son activité effective ne peuvent jamais être intégralement anticipés, parce qu'ils sont réinventés quasiment à chaque fois. Les connaissances et les savoir-faire appris sont considérablement, voire parfois totalement remaniés au cours même de l'activité de travail et révèlent ainsi la part subjective du travail et son caractère « vivant ». Le travail réel ne peut donc s'appréhender comme une chose ou un objet séparé de celui qui le réalise (I. Gernet et C. Dejours, 2009 : 03).

La reconnaissance de ces habiletés du corps suppose au contraire une enquête et une explicitation de la manière dont est effectué le travail qui ne peut se réduire à ce qu'en dit une conceptualisation préconçue de l'intelligence, comme de la performance, élaborée à partir de référentiels plus ou moins sophistiqués des « compétences métiers » (I. Gernet et C. Dejours, 2009 :04).

Les deux auteurs notent que l'on s'accorde sur la définition du travail comme un travail vivant qui se caractérise par la contribution apportée par celles et ceux qui travaillent, et dans cette perspective, l'évaluation objective et quantitative à travers des « mesures » laisse dans l'ombre le travail réel qui se déploie pour une grande part en marge des procédures standardisées et des prescriptions. Évaluer le travail suppose d'abord de pouvoir rendre compte du travail concret. En l'absence de délibération sur le travail réel et de prise en compte de l'engagement de la subjectivité qu'il suppose (ingéniosité, sagesse pratique et activité déontique, stratégies défensives, dynamique de la reconnaissance), analysent les deux

auteurs, l'évaluation objective et quantitative oppose un déni à la réalité du travail. La mise en délibération des contradictions inhérentes au fait même de travailler sont, concluent les auteurs, dans leur principe, contradictoires avec l'évaluation objective et quantitative des performances (I. Gernet et C. Dejours, 2009 : 09).

Comment alors repenser les pratiques d'évaluation au regard de l'analyse du travail réel ? S'interrogent les deux auteurs qui proposent une démarche pour sortir de ces ambiguïtés et la résumant dans les éléments suivants :

- L'effort devrait principalement porter sur l'évaluation du travail collectif, parce que, précisément, ce dernier pâtit sévèrement des effets pervers de l'évaluation individualisée (concurrence généralisée, chacun pour soi, déloyauté, déstructuration de la confiance et des solidarités).
- Mais depuis une vingtaine d'années les espaces de délibération nécessaires à l'activité déontique et à la reconnaissance ont été systématiquement pourchassés et démantelés au nom de la guerre contre le gâchis, tout comme les pratiques de convivialité qui correspondent, en fait, à ce qui, doublant et complétant les espaces formels de délibération, constitue les espaces « informels » de discussion (I. Gernet et C. Dejours, 2009 : 09).
- Procéder à l'évaluation du travail collectif constitue, pour cette raison, un investissement dans la formation, la stabilisation et la transmission de nouvelles compétences collectives en matière d'évaluation de la coopération, qui sont aussi de nouvelles compétences dans la reconstitution de relations de confiance et de loyauté (I. Gernet et C. Dejours, 2009 : 09).
- Cela passe par un changement d'orientation en faveur des sciences du travail avec une posture plus critique à l'égard du « tournant gestionnaire » inauguré dans les années 1980 (I. Gernet et C. Dejours, 2009 : 10).

Au plan de la signification, les rapports entre les notions de contrôle et d'évaluation prêtent souvent à la confusion, du fait de l'interpénétration des tâches et des objectifs qui sont différents en ce sens que le contrôle vise à identifier les responsables d'un dysfonctionnement administratif et vérifier la conformité des procédures (avec une implication sur la notion de contrôle de gestion), alors que l'évaluation cherche à en comprendre les causes. Cette confusion dans les significations, expliquent les auteurs, renvoie surtout aux pratiques bureaucratiques exercées par le passé par l'administration et ses responsables.

Nous concluons que l'évaluation pilotée par l'administration hospitalière algérienne devrait progresser d'une vision fondée sur « l'obligation des résultats » et donc sur la notion fondamentale de la « Performance » à un management participatif où l'évaluation concerne le fonctionnement ou plus exactement la gestion de l'organisation hospitalière (en relation avec les valeurs de la culture du travail). La pratique de l'évaluation est ainsi inséparable d'une modernisation de l'administration de la fonction publique. Et de la reconnaissance du travail accompli par le travailleur.

4. La reconnaissance : les individus aspirent à « être reconnus comme individus et non comme simples agents de l'entreprise ».

Alexis Roche (2013, 13) définit la reconnaissance comme le : « Le besoin fondamental de se sentir exister passe par la reconnaissance par autrui de la singularité, de la valeur du travail et des compétences de l'individu ».

La reconnaissance passe par la perception, le registre des émotions et produit la satisfaction professionnelle (fierté). Elle est une porte d'entrée essentielle à la cohésion de l'équipe, au sentiment d'appartenance, à la réputation et à l'estime de soi. Les expériences menées par Elton Mayo à la fin des années 1920 ont mis en évidence l'importance de la reconnaissance dans l'activité de travail, particulièrement en matière d'efficacité (augmentation de la productivité et de la disposition au travail) générée par l'attention et l'écoute des chercheurs (effet Hawthorne). Du point de vue de l'approche behavioriste, la reconnaissance est un mécanisme de renforcement.

L'école des relations humaines est la source d'un changement de vision de l'Homme au travail. La productivité ne passe plus uniquement par la reconnaissance à travers des récompenses matérielles, mais aussi par la considération immatérielle pour les individus. (A. Roche, 2013).

A la notion de reconnaissance sont liées deux autres notions : la justice organisationnelle et la justice distributive : la justice organisationnelle est définie par Beugré comme : « l'équité perçue des échanges prenant place dans une organisation, qu'ils soient sociaux ou économiques et impliquant l'individu dans sa relation avec ses supérieurs, ses subordonnés, ses collègues et avec l'organisation prise comme un système social » (Beugré, 1998 : 13). La justice distributive est définie comme la justice perçue des rétributions matérielles ou socio-émotionnelles reçues par l'employé (Adams, 1965 ; Homans 1961).

La quête de reconnaissance se généralise et grandit dans tous les secteurs de la société (Lazzeri et Caillé, 2004 ; Caillé, 2007; El Akremi, Sassi & Bouzidi, 2009). La gestion de la

reconnaissance est donc un sujet d'actualité important pour les pratiques de gestion des ressources humaines et des organisations (Malherbe et Saulquin, 2003). En effet, l'entreprise est une structure sociale au sein de laquelle le travail, même le plus ordinaire, est devenu un enjeu essentiel pour la reconnaissance de soi (Dubar, 2000) car le travail serait devenu le lieu central du lien social (Carpentier-Roy, 2000 : 59).

Après ce passage sur l'analyse du travail et son rapport à l'évaluation, une réflexion que mène Christophe Dejours, nous continuons cette analyse en expliquant les causes à l'origine de l'augmentation des besoins du sentiment de reconnaissance, en exploitant les conclusions d'une modeste analyse bibliographique.

4.1. Les causes de l'émergence de la généralisation de la reconnaissance et des bonnes pratiques en santé

Un sondage de l'agence européenne pour la santé et le travail (EU-OSHA) de mars 2012 auprès de 35 000 citoyens dans 36 pays européens, analyse Alexis Roche montre que huit personnes sur dix (80 %) au sein de la population active européenne pensent que le nombre de personnes souffrant de stress professionnel augmentera au cours des cinq prochaines années, et pas moins de 52 % s'attendent à une «hausse importante». Le sondage a, en outre, montré que la grande majorité des Européens (86 %) estime que le respect de bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité au travail est nécessaire pour garantir la compétitivité économique d'un pays. Les avis sont similaires tant au sein de la population active qu'inactive (86 % et 85 %, respectivement).

Pour expliquer l'augmentation de ces besoins, de nombreuses causes peuvent être mises en avant. L'une des causes réside, selon Alexis Roche, sans doute, dans *la mondialisation*. Les attentes humaines sont en changement constant et les désirs de reconnaissance en augmentation, du fait des possibilités de comparaison offertes par les dispositifs de communication (les TIC).

Une autre cause est que *la modernité* se caractérise par l'hégémonie de l'économie et sa prédominance sur le social (Chanlat, 1998 ; Meda, 1995). Or, expliquent les auteurs, les individus aspirent à « être reconnus comme individus et non comme de simples agents de l'entreprise » (Rojot & Duval-Hamel, 2005). Cette hégémonie économique explique une vision des relations mécanistes, une gestion des activités et des compétences désincarnée au profit du « rôle », et une perte de la dimension citoyenne de l'individu au profit de la dimension productive.

La prépondérance des systèmes où l'humain est vu comme une ressource-outil au dépend des systèmes de reconnaissance réciproque, qui sont eux porteurs d'une vision morale de l'humain, explique le besoin grandissant d'être reconnu. Une troisième cause est *l'augmentation des contraintes, des besoins de compétitivité et de la complexité* (Petersen & Willig, 2004), ce qui nécessite, selon les auteurs, une énergie d'adaptation supérieure de la part des acteurs. La montée des exigences paradoxales au travail, liés aux règles, aux normes et à leurs utilisations, est un véritable défi de cohérence et d'équilibre pour les gestionnaires et les employés (Forest, 2001 ; Savall & Zardet, 2005).

Une quatrième cause est *la baisse de la proximité pour établir des liens*. La reconnaissance résidant dans l'interaction, la mondialisation et le développement des structures, a également dispersé les acteurs sur le plan géographique (Kayworth & Leidner, 2000; Townsend, Demarie & Hendrickson, 1998), abaissant leurs capacités à dialoguer et à se reconnaître.

Une cinquième cause est *la baisse de la sécurité de l'emploi*. L'augmentation de la concurrence et des crises, est à l'origine de changements plus fréquents d'organisation, et permet de moins en moins d'établir des relations dans la durée, nécessaires à la reconnaissance des individus. Le stress généré par le manque de reconnaissance, explique A. Roche, porte à des comportements parfois extrêmes allant jusqu'à la dépression et au suicide. Le défi réside, donc, dans la capacité de l'organisation à constituer avec les sujets, un lien social dans la durée (Pierre, 2002). Ce lien social, passe, nécessairement, par le sentiment d'appartenance en lien avec l'implication. Ainsi, conclut l'auteur, la performance sociale (santé physique et mentale des individus) influence la performance économique, et notamment, l'énergie fournie par les acteurs.

L'auteur s'interroge, en définitive, et pose la problématique, avec un côté philosophique : « Quel système organisationnel et quelles pratiques de reconnaissance permettent d'améliorer la performance sociale et économique de manière durable ? ». C'est toute la question de l'articulation des notions de justice et de l'évaluation de la performance qui est posée et que nous allons aborder.

4.2. La formation du sentiment de justice et l'évaluation de la performance

Dans cette articulation des notions de justice et d'évaluation de la performance, nous avons jugé utile de reprendre un long passage de la thèse de Cyprien Delaporte (2016) qui expose une revue de la littérature sur l'articulation des notions (et pratiques) de justice et de performance.

L'évaluation des performances est considérée comme ayant une plus forte influence sur le sentiment de justice que la satisfaction de la rétribution elle-même (Cherry, Ordonez et Gilliland, 2003). Il se joue donc au moment précis du dévoilement de l'évaluation entre le chef et le subordonné des enjeux professionnels et psychosociaux importants, dûs, entre autres, au fait que l'évaluation des performances rentre en ligne de compte dans des processus décisionnels (Sulsky et Keown, 1998). La revue de littérature que proposent Spence et Keeping (2010) nous renseigne tout particulièrement sur les types de distorsions qui peuvent intervenir dans un processus d'évaluation des performances de la part du chef.

En effet, l'évaluateur peut se retrouver dans une situation inconfortable s'il doit noter une personne en sachant que l'évaluation ne lui sera pas favorable. Il s'expose alors à des réactions négatives (Harris, 1994). Plusieurs raisons de différents ordres peuvent amener le chef à procéder à des évaluations malhonnêtes (Murphy, Cleveland, Skattebo et Kinney, 2004). Les trois principales raisons qui expliquent ces distorsions à travers la littérature, peuvent être résumées, selon Spence et Keeping (2010), par les facteurs suivants :

- La tentative d'éviter les conséquences négatives,
- La recherche de complaisance avec les normes organisationnelles,
- La poursuite de l'intérêt personnel.

Nous pouvons déjà percevoir les implications que vont avoir les enjeux liés à l'évaluation professionnelle sur le sentiment de justice des personnes notées. Bien que nous voyions que la justice interpersonnelle trouve son importance dans l'évaluation professionnelle, les rapports entre justice et évaluation de la performance apparaissent surtout dans les recherches à travers la justice distributive et la justice procédurale. En effet, dans la continuité de la théorie de l'équité (Adams, 1965), le personnel noté est sensible à la juste récompense sous forme d'évaluation en proportion avec le travail fourni. Cela influencera, directement, l'acceptation du système de notation en lui-même (Dipboye et de Pontbraind, 1981; Lawler, 1967).

De plus, les personnes évaluées vont être sensibles à de multiples éléments du processus de notation comme par exemple l'opportunité qui leur sera donnée d'exprimer leurs impressions à ce sujet (Landy, Barnes, et Murphy, 1978; Landy, BarnesFarrell, et Cleveland, 1980). La possibilité pour les individus évalués d'être impliqués dans le processus de notation est toujours perçue comme plus juste que si cette opportunité ne leur est pas donnée (Lissak, 1983). Dans ce cadre, Folger, Konovsky et Cropanzano (1992) ont proposé une approche procédurale d'évaluation des performances pour réduire les sentiments d'injustice. Selon eux, elle doit comporter trois impératifs :

- Une information adéquate. Les individus doivent savoir suffisamment à l'avance, quand et sur quels critères ils seront évalués. Cela nécessite une information régulière de la part du chef,
- Une écoute juste. Elle consiste à ne se baser que sur des performances professionnelles tangibles pour l'évaluation, plutôt que sur des impressions personnelles, tout en donnant la possibilité à la personne évaluée de donner son avis,
- Un jugement objectif. Les critères retenus et leur évaluation doivent être précis, ainsi que les décisions prises en suivant un processus formel. Greenberg (1986) relève quant à lui cinq critères de justice procédurale appliqués à l'évaluation des performances :
 1. Le recueil et l'utilisation d'informations en amont de l'évaluation,
 2. La qualité du dialogue durant l'entretien,
 3. La possibilité de correction,
 4. La connaissance du travail de la personne évaluée,
 5. L'utilisation de référentiels pertinents et cohérents.

Dans le champ théorique de l'évaluation professionnelle, les auteurs concluent qu'il existe de nombreuses problématiques qui amènent à la formation du sentiment de justice chez les individus. Notamment lorsque ces derniers perçoivent des distorsions dans la subjectivité de l'évaluation ou dans la qualité relationnelle (C. Delaporte, 2016 : 37-41).

Par ailleurs, en s'interrogeant sur certaines expériences de systèmes de rémunération fondés sur les incitations individuelles, Yves Emery affirme que les équipes contribuent de manière décisive à l'innovation, à la qualité des prestations, à la réduction des coûts et à l'amélioration de la productivité. L'individualisation des pratiques de rémunération, dont l'appréciation fait l'objet de controverses, poursuit l'auteur, laisse une faible place, à ce jour, à la promotion de systèmes d'incitation et de reconnaissance agissant au niveau de l'équipe. Alors que la rémunération à la performance individuelle peut notablement affaiblir la coopération, agir contre les objectifs d'amélioration de la qualité et aiguïser la compétition entre personnes, elle est introduite de manière généralisée dans les organisations publiques, notamment en Suisse (Y. Emery, 2004 : 03-04).

Une évaluation équitable, imprégnée des principes de justice organisationnelle, selon notre point de vue, participe à la crédibilité de l'administration hospitalière, renforce la cohésion des équipes des urgences et améliore la performance de l'organisation hospitalière. Il y a également un glissement de sens, lorsque qu'une évaluation est jugée positive par le personnel, elle implique directement, une appréciation positive (ou le contraire) du service public.

H. Landier fait ressortir une observation de sa recherche, que les managers, à tous les niveaux de décision, doivent faire l'objet d'une appréciation qui ne porte pas seulement sur leurs résultats opérationnels ou sur leurs compétences techniques, mais également sur leur aptitude à animer une équipe; certains bons experts ne manifestent par ailleurs aucune qualité sur le plan humain; c'est pourquoi les fonctions purement techniques gagneraient à être distinguées, quand elles ne le sont pas, des fonctions impliquant une responsabilité d'encadrement (Hubert Landier, 2012 : 54).

Dans ses conclusions, Y. Emery recommande d'intégrer, dans le processus de management des performances, au sein duquel la question des primes d'équipe s'insère, les dimensions individuelles, collectives et organisationnelles des performances, de sorte à parvenir à une bonne imbrication des objectifs à tous les niveaux de l'organisation, à une convergence des efforts déployés, à une synergie des moyens mis en œuvre et à un renforcement, à forte composante motivationnelle, des logiques d'action de l'individu, des équipes et de l'administration publique dans son ensemble. Si la totalité de l'imbrication se révèle impossible, celle-ci devrait, au moins, être réalisée jusqu'au niveau de l'unité organisationnelle qui garantit un ensemble de services cohérents aux citoyens (Y. Emery, 2004 : 46).

5. Réformes hospitalières : quels enseignements tirés de l'expérience universelle ?

Nous présentons certains enseignements tirés de l'expérience universelle, du point de vue de l'OMS.

5.1 Autonomie et décentralisation

Le but clairement affirmé de la décentralisation est souvent d'améliorer la réactivité et les incitations en transférant à des niveaux inférieurs du secteur public la propriété, les responsabilités et l'obligation de rendre compte explique le rapport de l'OMS. Cependant, en étudiant l'expérience d'un certain nombre de pays, l'OMS tire les conclusions suivantes :

- Les administrations hiérarchiques présentent aussi de sérieux inconvénients pour la prestation des services de santé. Elles risquent d'être influencées par les intérêts des bureaucrates et des prestataires qui y travaillent, et il arrive souvent qu'elles ne soient pas aussi efficaces pour limiter ou réorienter les priorités que pour développer la capacité de production et multiplier les services.
- Maintenir l'équilibre entre le contrôle général de l'exécution des politiques et une souplesse suffisante pour que les administrateurs et les prestataires soient capables

d'innover et d'adapter les politiques aux besoins et contextes locaux avec tout le dynamisme nécessaire.

- On y observe aussi fréquemment, explique le rapport de l'OMS, un grand nombre des défaillances du secteur commercial concernant l'abus des situations de monopole et le déséquilibre de l'information.
- Avec le temps, de nombreux systèmes de prestation de services hiérarchisés sont devenus beaucoup trop rigides, et leurs méthodes inefficaces produisent des soins médiocres ne répondant pas aux besoins et aux attentes des populations et des individus desservis. C'est la raison, conclue le rapport de l'OMS, qui a conduit à entreprendre un grand nombre des réformes récentes.
- Secteur public : une étroite surveillance est difficile à mettre en œuvre et un contrôle excessif est nuisible. On a obtenu, souligne le rapport, de meilleurs résultats avec des relations contractuelles basées sur la réputation professionnelle ainsi que sur un sens aigu de l'engagement et des responsabilités (OMS, 2000 : 71).

5.2 Autonomie et prise de décision

A mesure que des unités organiques comme les hôpitaux ou les dispensaires deviennent plus autonomes, explique l'OMS, le système de prestation des services risque de se fragmenter. Une fragmentation peut s'opérer entre des organisations de prestataires du même type (hôpitaux, services ambulatoires, ou programmes de santé publique) ou entre différents niveaux de soins. Elle a des effets négatifs sur l'efficacité et l'équité du système d'orientation-recours, à moins que l'on ait prévu des dispositions particulières pour garantir une certaine forme d'intégration entre les unités de prestations de services semi-autonomes ainsi créées (OMS, 2000 : 77).

5.3 La relation privé-public : quelle approche ?

Au sein des gouvernements, constate l'OMS, de nombreux ministères de la santé privilégient le secteur public et négligent fréquemment le secteur privé du financement et de la prestation des soins, alors que celui-ci est, dans bien des cas, beaucoup plus important. Il est de plus en plus essentiel que les gouvernements mobilisent les énergies des secteurs privé et caritatif pour obtenir une meilleure performance de leur système de santé tout en remédiant aux inconvénients des marchés privés.

Un secteur public fort peut même constituer une très bonne stratégie pour réglementer la prestation de services privés et protéger le consommateur s'il aide à rendre le secteur privé plus concurrentiel sur le double plan des prix et de la qualité des services (OMS, 2000 : 145).

L'exode du personnel qualifié des pays à bas revenu vers les pays riches ou du secteur public vers le secteur privé au sein d'un même pays est un problème connexe.

Lorsque des prestataires publics utilisent illégalement des installations publiques pour dispenser des soins particuliers à des patients privés, explique l'OMS, cela revient en fin de compte à faire subventionner une médecine libérale non officielle par le secteur public. Les professionnels de la santé n'ignorent rien des lois relatives à l'exercice de leur activité, mais savent que leur application est laxiste, voire inexistante (OMS, 2000 : 16).

En Algérie, l'exemple de l'activité complémentaire, est illustratif dans le système de santé. Malgré les « précautions » réglementaires, cette « procédure » détourne des centaines de spécialistes du système de santé (vers le privé), dont la mission est d'assister les malades, en souffrance, particulièrement dans les urgences. Il faut souligner que malgré le consensus réalisé dans les rencontres, régionales et nationales, dans les débats autour de l'Avant-projet de loi sanitaire, autour de la suppression des dispositions relatives à l'activité complémentaire, compte tenu des conséquences néfastes sur l'activité régulière des organisations de santé, particulièrement les urgences, cette disposition a été maintenue, dans la nouvelle loi sanitaire de 2018.

Pour l'OMS, il s'agit de définir une politique préventive. Il s'agit de déterminer, au préalable, les mécanismes nécessaires à cet effet : protocoles cliniques, systèmes d'enregistrement et de formation, délivrance des autorisations de mise sur le marché et des permis d'exercer, doivent être mis à jour et convenablement utilisés. Il est nécessaire, souligne l'OMS, d'élaborer une stratégie réglementaire établissant une distinction entre les diverses composantes du secteur privé et assurant la promotion de l'autoréglementation.

Toutefois, il arrive trop souvent, qu'en dépit de la gratuité ou du subventionnement de ses services, le secteur public que l'on considère comme non concurrentiel en termes de qualité et de réactivité, se détériore ou cesse de s'améliorer. Il va donc devoir consacrer des ressources et une attention excessive à la détection des cas de « marché noir », et la pratique de plus en plus courante des dessous de table va compromettre l'équité. Aussi, il s'agit, selon la démarche de l'OMS, de coordonner globalement les investissements publics et privés en tenant compte de la capacité de financement des dépenses renouvelables par le secteur public. La plus grave erreur serait d'encourager ou d'autoriser des investissements dont on ne peut couvrir les frais d'exploitation.

Dans les pays où le secteur privé est soumis à un contrôle particulièrement efficace, le gouvernement tient le plus souvent sa structure réglementaire à l'écart des acteurs privés auxquels elle s'applique. S'il n'en est pas ainsi, le secteur privé risque de circonvenir le

système en le faisant agir dans son propre intérêt, c'est-à-dire en cooptant des responsables de la réglementation pour que leurs décisions lui soient plus favorables.

5.4 La sous-traitance

Sur ce chapitre, l'OMS propose un retour d'expérience, avec les enseignements à tirer. L'un des moyens auquel de nombreux pays ont eu recours pour essayer d'accroître l'exposition des hôpitaux au marché consiste à sous-traiter certaines activités hospitalières. Les expériences tentées jusqu'ici dans ce domaine ont eu des résultats inégaux. La plupart de ces activités peuvent gagner en efficacité si elles sont confiées à des spécialistes. Mais, à quelques exceptions près, la sous-traitance pose beaucoup plus de problèmes avec les services cliniques, car elle entraîne la perte du contrôle stratégique exercé sur une partie du processus de production, un déplacement des coûts et des problèmes de surveillance de la qualité des produits (OMS, 2000 : 75).

5.5 Vers quel type d'organisation des structures de santé ?

L'OMS opte pour l'organisation en réseaux. Ainsi, l'« intégration virtuelle », au lieu de l'intégration verticale classique, est un moyen de préserver l'autonomie des prestataires avec tous ses avantages, sans provoquer de fragmentation.

Dans le cadre de l'intégration verticale, un dispensaire reçoit ses instructions d'un hôpital ou d'un service public, ce qui limite la possibilité de répondre aux besoins locaux. Avec l'intégration virtuelle, on utilise des systèmes de communication modernes pour échanger rapidement des informations, sans contrôles pesants.

Dans les systèmes de prestation de services hiérarchisés, les prestataires de services ont besoin d'une souplesse suffisante, non pas à des fins arbitraires, mais pour pouvoir réagir à des incitations claires, c'est-à-dire pour que les incitations incluses dans les mécanismes organisationnels et institutionnels ne soient pas rendues inopérantes par des blocages.

Dans les pays développés, les soins primaires ont été mieux intégrés à l'ensemble du système, peut-être parce qu'ils sont davantage associés aux fonctions des médecins généralistes et des médecins de famille, et à celles du personnel de santé subalterne tel que les infirmières et les auxiliaires médicaux. Le programme actuel de réforme de nombreux pays développés est axé sur une utilisation accrue de ces personnels. Nous abordons, maintenant, le domaine des rémunérations.

6. Qu'est-ce qu'un système de rémunération efficace ?

L'efficacité d'un système de rémunération se mesure par les ressources qu'il utilise et son coût par rapport à l'utilité qu'il procure, en l'occurrence la satisfaction des salariés et son

impact sur les performances de l'organisation. Il faut rappeler que, de façon schématique, la rémunération fixe rémunère la compétence; et la rémunération variable rémunère la performance, c'est-à-dire le résultat obtenu (B. Roman : 129-179).

6.1 La relation entre les formes d'organisation et incitations

- Dans cette relation entre les formes d'organisation et les incitations, il y a tout d'abord le degré d'autonomie (pouvoir de décision) de l'organisation vis-à-vis de son propriétaire, des acheteurs contractuels comme les caisses d'assurance, de l'Etat et des consommateurs. Parmi les pouvoirs de décision critiques figurent le droit de regard sur le dosage des apports et le niveau, sur les produits et les limites des activités, sur la gestion financière, sur l'administration hospitalière et non hospitalière, sur la gestion stratégique et sur la stratégie commerciale (s'il y a lieu).
- Le degré de transparence : lorsque les pouvoirs de décision sont délégués à une organisation, les gouvernements sont moins en mesure d'imposer un contrôle direct (par la voie hiérarchique). Lorsque l'autonomie s'accroît, il faut garantir la transparence en passant de la supervision hiérarchique au suivi, à la réglementation et à l'inclusion d'incitations économiques dans les contrats.
- Le degré d'exposition au marché ou la part de recettes fondées sur la concurrence et non sur un transfert budgétaire direct : lorsque des gouvernements viennent au secours d'organisations qui ont un déficit ou des dettes par suite d'une mauvaise performance technique, ils atténuent l'impact de l'exposition au marché.
- Le degré de responsabilité financière pour les pertes et le droit de percevoir des profits (bénéfices non distribués et produits des ventes de biens en capital). C'est ce qui détermine dans quelle mesure les gestionnaires et le personnel sont financièrement intéressés à économiser. En cas d'autonomie accrue, c'est eux et non l'Etat qui sont les ayants droit résiduels aux flux de recettes, mais les demandes doivent alors être clairement énoncées et réglementées.
- La proportion de services obligatoires non financés : lorsqu'une part importante des recettes globales est d'origine commerciale, les organisations courent un risque financier en raison des dépenses non récupérables associées aux obligations pour lesquelles il n'est pas prévu de fonds, comme les soins dispensés aux pauvres ou aux grands malades. Les réformes institutionnelles, axées sur une augmentation de l'autonomie, doivent donc s'accompagner de mesures complémentaires de financement de la santé destinées à protéger les pauvres.

6.2 Les contrats incitatifs

L'idée de base des contrats incitatifs est celle de la réalisation d'intérêts communs, par l'introduction de variables d'intéressement, individuelle ou collective, provoquant des changements dans le comportement des salariés et l'amélioration de la performance de l'entreprise.

L'intéressement : il s'agit d'un dispositif contractuel associant les salariés aux résultats et à la performance (individuelle et collective) de leur entreprise.

La plupart des études empiriques montrent que l'intéressement et l'actionnariat salarié améliorent la productivité de l'entreprise, augmentent les salaires et rendent le marché de l'emploi plus stable, réduisent l'absentéisme, et participent à la stabilité de l'emploi dans l'entreprise (Wilson et al, 1991, Azfar et al, 2001, Fakhfakh, 2004).

Un auteur souligne que l'intéressement et l'actionnariat salarié sont promus pour leur potentiel à réduire les conflits en milieu de travail, en améliorant la performance des entreprises (Kruse, 1996) :

- Ces gains permettent aux employés d'adopter un comportement plus coopératif,
- Il y a l'intérêt de l'impact de la négociation et de la participation financière sur la résolution des conflits collectifs,
- L'amélioration de l'engagement lié à l'entreprise,
- D'autres auteurs montrent que l'intéressement influence positivement le climat social, (A. B. Tall, 2016).

En se référant à une étude critique de l'OCDE (2007), le rapport danois déplore que le personnel d'encadrement dispose de trop peu de compétences et d'expérience pour utiliser le nouveau système de rémunération et d'évaluation. Cette critique a également été émise en Suisse et en Finlande.

La littérature relative à l'application des systèmes d'incitations considère que les mesures d'ordre financier ne suffisent pas, à elles seules, à retenir et motiver le personnel. La recherche confirme que certaines incitations non financières sont tout aussi importantes (autonomie au travail, horaires flexibles et reconnaissance professionnelle). Ceci se vérifie à la fois dans les pays riches, où le personnel dispose d'un niveau de vie élevé, que dans des pays relativement moins bien dotés (B. Weller, 2008).

6.3 Le contrat d'objectif de performance

Un Contrat d'Objectif de Performance présente, une structuration en cinq parties, qui sont successivement :

1. Une introduction /préambule (présentation générale de l'opérateur, état des lieux, diagnostic);
2. Une présentation des objectifs stratégiques et opérationnels, des moyens de leur mise en œuvre et des indicateurs ;
3. Une présentation des modalités de gestion, de planification et des modalités de suivi du contrat;
4. Les clauses particulières : conditions de révision de certaines clauses (problème de disponibilité de moyens, variables imprévues etc.);
5. Des annexes (aspects techniques, échelle de mesure etc.) (Guide, 2014 : 03).

Dans le même ordre d'idées, on propose de présenter, sommairement, les composantes du système d'incitation et ce qu'est un salaire de performance.

6.4 Les paramètres du système d'incitation

Un système d'incitations est fondé, en général, sur les paramètres suivants :

- Clarté des objectifs dans le cahier des charges,
- Le système est bien conçu, adapté à l'objectif poursuivi et a une portée stratégique,
- Le système prend en compte besoins des professionnels de la santé,
- Le système est juste, équitable et transparent,
- Le système est mesurable,
- Le système intègre des éléments financiers et non financiers.

6.5. Le salaire de performance

C'est la part variable de la rémunération directe. Elle rétribue les résultats obtenus qu'ils soient liés à l'individu ou au collectif. Le salaire de performance s'inscrit dans le cadre d'un système d'appréciation de la performance. Il répond à quatre enjeux :

- Un enjeu d'équité,
- Un enjeu d'attractivité et de fidélisation des salariés,
- Un enjeu d'augmentation de la production, en termes de quantité et de qualité,
- Un enjeu de positionnement efficace dans le marché (résultante).

7. Comment renforcer l'engagement des salariés ?

A partir d'une analyse des effets du désengagement sur la gestion des ressources humaines, Hubert Landier (2012), situe les causes dans une série de facteurs qui sont :

- Le manque d'efficacité personnelle et collective,
- Le manque de pro-activité,
- Le développement du turn-over,
- La progression de l'absentéisme,
- Le développement des risques psychosociaux (H. Landier, 2012 : 19).

Par la suite, il analyse le coût du désengagement qu'il attribue aux facteurs suivants (en les reliant au problème de l'évaluation des coûts cachés) :

- Le coût de l'absentéisme et d'un turn-over excessif,
- Le coût de la perte d'efficacité et de la perte d'image (H. Landier, 2012 : 27).

Dans une deuxième série de facteurs, il définit les causes extérieures à l'activité de l'entreprise, à savoir :

- L'obstacle constitué par une image négative de l'entreprise,
- Une méconnaissance de plus en plus fréquente de la réalité du travail,

Ainsi que les causes liées à l'organisation et au management de l'entreprise qui sont :

- La multiplication des causes d'irritation,
- Les relations avec les collègues de travail,
- Les relations avec l'encadrement de proximité,
- La perception des méthodes de management,
- La perception des relations collectives de travail,
- L'image de la direction générale,
- La perception de l'avenir (H. Landier, 2012 : 35-40).

Enfin, il répond à la question stratégique : comment renforcer l'engagement des salariés ?

En ciblant aussi bien :

7.1 Les objectifs à atteindre

- Restaurer le sens du travail bien fait,
- Responsabiliser les salariés à tous les niveaux de l'organisation,
- Renforcer le sentiment d'appartenance,
- Renforcer le dialogue social (H. Landier, 2012 : 49).

7.2 Que les moyens à mettre en œuvre

- La nécessité d'un renforcement de l'aptitude au travail,

- Gouvernance de l'entreprise et engagement des salariés,
 - Une organisation facilitant l'engagement et la prise de responsabilité,
 - Un management donnant toute sa place à la dimension humaine de l'entreprise
- (H. Landier, 2012 : 53-56).

Enfin, conclut l'auteur, l'organisation de l'entreprise et la façon dont elle est managée tendent trop fréquemment à privilégier sa dimension financière, technique et commerciale, au détriment de sa dimension humaine, en précisant, particulièrement, qu'il importe de souligner que la qualité de la gouvernance, la qualité de l'organisation et la qualité du management forment un tout indissociable. Le manager ne peut, donc, jouer pleinement son rôle que dans une organisation qui lui donne les moyens de ses responsabilités.

8. Le système d'évaluation dans les établissements de santé : une analyse du dispositif réglementaire

Dans ce chapitre centré sur l'analyse du dispositif réglementaire du système d'évaluation du personnel de santé et des urgences, nous allons présenter, dans une partie introductive, la réalité de la performance du système de santé public et dans un deuxième temps, une présentation critique du dispositif réglementaire du système d'évaluation des ressources humaines. Dans un troisième temps, nous étudierons une projection sur les éventuels apports et impacts du projet de réforme hospitalière sur le système d'évaluation de la performance des ressources humaines, dans l'organisation des urgences.

8.1 Analyse critique de la législation du travail : la réalité de la performance sur un plan institutionnel

Nous présentons quelques remarques introductives.

- La charte de la santé souligne l'importance de la préservation du secteur public et l'amélioration de ses performances, la mise en place d'un système d'assurance qualité, ainsi que l'amélioration des indicateurs de la santé de la population. Les principes directeurs de cette charte recommandent aussi la décentralisation du budget au niveau régional et local, l'institutionnalisation d'un système d'évaluation des activités, en fonction d'objectifs planifiés (MSRH, 1998).
- Le Programme National de Recherche en Santé (PNRS, 1997 : 14,15) souligne l'importance, dans un de ces quatre champs d'investigation, « l'efficacité et la qualité des programmes et services de santé », et la nécessité de « décrire et analyser le système de santé dans ses aspects économiques, en rapport avec les performances attendues qui sont nécessairement liées à la mise en place d'un système d'information et d'évaluation efficace ». Le PNRS affirme aussi que l'évaluation médicale des soins repose, en particulier, sur l'audit médical et que sa finalité consiste dans la mise au point de référentiels de qualité standards et des programmes d'assurances qualité.
- L'instruction du 05.02.1989 (MSRH, 1989) du ministère de la santé relative aux services des urgences médico-chirurgicales débute d'emblée, par expliquer que l'amélioration de l'accueil et du traitement des malades amenés aux urgences dans les structures de santé, est un objectif prioritaire et permanent du ministère de la santé publique. Et de souligner, à juste titre, que « les conditions de prise en charge des patients est l'indicateur le plus sensible du sérieux et de l'efficacité du système de santé ». Avec le recul, on peut affirmer et conclure que l'organisation, les méthodes de gestion, le système d'information traditionnel, dans une

organisation pyramidale centralisée n'ont pas favorisés une telle démarche de prise en charge correcte et acceptable du patient.

Dans la même démarche d'analyse du système d'évaluation, il est nécessaire de rappeler les conditions d'exercice de l'activité du corps médical, du point de vue du code de déontologie médicale de 1992. Nous formulons quelques remarques utiles à ce sujet.

Concernant la mission du corps médical et son rôle dans les urgences hospitalières, l'article 9 du code de déontologie médicale tranche de manière explicite, en expliquant que : « Le médecin, le chirurgien-dentiste doit porter secours à un malade en danger immédiat ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ». En soulignant dans son article 45 que « Le médecin s'engage à assurer à ses malades, des soins consciencieux, dévoués, conformes aux données récentes de la science et de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de confrères compétents et qualifiés ». Et de préciser aussi dans son article 14, en matière d'exercice de l'activité médicale, que « Le médecin, le chirurgien-dentiste doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, avertit le législateur, le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ». Dans la majorité des cas, les urgentistes exercent dans des conditions de travail difficiles et pleines de risques pour leur santé. Ils sont, moralement, contraints de porter secours et de prendre en charge le patient (et ses accompagnateurs), dans des conditions, souvent, décrites, comme minimales.

Mais, à partir de l'expérience des médecins eux-mêmes (si on se réfère aux entretiens exploratoires), là où le médecin n'arrive pas à assurer, particulièrement aux urgences, correctement sa mission, c'est lorsqu'il lui est demandé, en se référant à l'article 43, de « s'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical ». Le temps d'écoute, d'information et d'explication consacré (dans l'entretien d'examen) au patient est, du fait de l'urgence et de ses exigences, assez limité, voire bref.

Enfin, en matière de rendement et de productivité, l'article 86 du code de déontologie souligne que « Le médecin, le chirurgien-dentiste ne peut accepter une rémunération basée sur des normes de productivité ou de rendement horaire qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance professionnelle ».

Si dans le domaine du dispositif réglementaire, les textes protègent, en général, le personnel hospitalier (malgré qu'il existe une peu de textes qui abordent ce sujet), sur le terrain hospitalier le personnel s'accommode à la réalité hospitalière et ne tient pas compte, ou ne

vérifie pas certaines pratiques contraires au dispositif réglementaire. Dans tous les cas de figure, les dispositions dans le domaine de la prévention sont peu respectées et peu encouragées par l'administration hospitalière. Dans la même perspective, nous abordons l'étude du dispositif réglementaire d'évaluation de la performance des ressources humaines du système d'évaluation dans les établissements de santé.

8.2 Le système d'évaluation dans les établissements de santé : analyse critique du dispositif réglementaire d'évaluation de la performance des ressources humaines dans le système de santé

L'évaluation de la performance des ressources humaines est réglementée par le décret 90.145 du 22.12.1990. Un document du ministère de la santé intitulé « Document d'orientation en vue de la définition de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations », daté de mars 1991, définit la démarche réglementaire et pratique à suivre pour le calcul de cette indemnité.

Ce document classe les services de santé par types d'activités, décrit les tâches de chaque service et définit les paramètres d'évaluation, en proposant une grille de notation. Il propose également la mise en place d'une cellule d'évaluation où tous les responsables participent (y compris le représentant syndical).

Dans la réalité, ce système d'évaluation tel que conçu et élaboré n'est pas mis en œuvre, correctement. Cependant, il existe un système d'évaluation semestriel à caractère administratif qui ne tient pas compte des différences dans les rendements du personnel. Cette évaluation est réalisée sur la base d'un imprimé que remplit chaque service, unité ou centre. Quatre indicateurs d'évaluation sont retenus : la discipline, présence (05 points), la qualité et quantité du travail (05 points), les absences (05 points) et la conduite (ou la discipline) (05 points). Soulignons que cette évaluation n'est définitive que dans la mesure où il y a l'avis (ou l'accord) de l'intéressé. Chaque catégorie est notée selon un classement particulier : les ouvriers professionnels (OP) perçoivent 30 % du salaire de base. C'est une prime dite de rendement, et elle est fixe. Les paramédicaux perçoivent 15 % (également fixe). Le corps médical perçoit des primes depuis 2008, avec l'introduction de nouveaux textes sur le régime indemnitaire, et il faut le souhaiter, avec la mise en application de la loi de 2018, de mettre ces indemnités, en relation avec les exigences du cahier des charges des services de santé. Tel que pratiqué, ce système d'évaluation perd son rôle de stimulant au travail et de valorisant de l'effort individuel et collectif.

Le dispositif réglementaire d'évaluation de la performance des ressources humaines est décrit dans le décret 90.415 du 22.12.1990, intitulé « Document d'orientation en vue de la définition de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations ».

Ce dispositif s'articule sur une méthodologie de mise en œuvre dont les axes sont les suivants :

1. Définition de la nomenclature des services : la nomenclature des services hospitaliers est répartie entre les services cliniques (12 services médicaux dont les urgences médico-chirurgicales et 12 services chirurgicaux), les services administratifs, les services d'explorations fonctionnelles, les services techniques et généraux et les services extra-hospitaliers).

2. Descriptif des activités inhérentes aux différents services : le descriptif des activités est un résumé des principales tâches relevant de la mission de chaque service (tableau).

3. Définition des paramètres d'évaluation des activités des services : la définition des paramètres d'évaluation des activités des services correspond exactement à l'évaluation de l'activité des ressources humaines proprement dite et des services correspondants. Ce sont des tableaux à remplir selon la spécificité du service évalué (personnel, capacité en lits, les urgences, la Durée Moyenne de Séjour, le nombre de malades traités, analyse des écarts, le taux de satisfaction, les examens complémentaires, entretien et maintenance des équipements etc.).

4. Définition des indicateurs d'appréciation de l'activité des services : ce sont les indicateurs d'évaluation de l'activité des services, tels le Taux d'Occupation Moyen (TOM), la Durée Moyenne de Séjour (DMS), le Coefficient de Rotation par Lit (CRL) etc. Il est précisé que cette note sera complétée par une autre note d'appréciation de la gestion du service.

5. Missions et composition de la cellule d'évaluation de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations: la cellule d'évaluation a pour mission de déterminer l'activité optimale de chaque service et de statuer sur l'activité en fonction des moyens mis à la disposition du service. Elle est composée de tous les représentants des acteurs au sein du service ou de l'établissement, y compris du représentant syndical. La finalité de l'évaluation de cette commission est l'attribution d'une note.

6. Modalités de calcul de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations. Cette indemnité est calculée suivant deux étapes. Le document explique qu'“Il convient tout d'abord, d'évaluer le service, d'apprécier ses performances et de lui attribuer une note chiffrée qui va permettre de fixer le montant de l'indemnité qui lui revient en rapport avec ses activités, sa gestion et les moyens dont il dispose” (MSRH, 1991 : 19).

Cette appréciation sera en fonction de la définition de trois types d'activités du service évalué :

1. Une activité ou performance optimale (pour servir et faciliter la comparaison dans l'échelle d'évaluation), en rapport avec les normes admises,

2. Une activité négociée, en tenant compte des moyens humains et matériels mis en place (dans la logique des choses, la négociation des objectifs du collectif se réalise avant l'opération d'évaluation) et,
3. L'activité réalisée, c'est à dire le taux de réalisation des objectifs définis préalablement.

Le document rappelle que l'indemnité du service qui ne saurait dépasser les 10 % de la masse salariale des agents, n'est pas servie d'une manière uniforme et systématique au taux de 10 % et que les agents considérés plus performants pourraient le dépasser, alors que d'autres pourraient ne bénéficier que d'un taux inférieur à 10 %. Cette première phase de l'évaluation de la performance du service est la base d'appréciation et de calcul de l'indemnité individuelle de performance et d'amélioration des prestations.

L'attribution de "la prime de rendement individuel" est calculée sur la base des quatre critères suivants, notés chacun sur cinq points, qui sont repris dans une fiche de notation que doit remplir le responsable direct, le chef de service et que valide le directeur de l'établissement hospitalier :

- Qualité et quantité du travail fourni,
- Comportement dans le service (vis à vis des malades et du personnel),
- Absentéisme,
- Discipline.

A l'exception de l'identification des fautes liées à l'absentéisme et au comportement disciplinaire, il n'existe pas de règles ou paramètres établies pour évaluer la "Qualité et quantité du travail fourni" et le "Comportement dans le service". Cette appréciation reste toujours subjective et peut faire l'objet de contestations et de recours. C'est ce qui explique, en général, l'accord préalable tacite de l'évalué. L'évaluateur doit tendre, souvent, dans le cadre de l'évaluation, vers la pratique du consensus organisationnel, en excluant, de fait, les différences en matière de performance individuelle ou collective.

Le document utilise une démarche pédagogique, en ce sens qu'il expose, pour la compréhension de la méthodologie du document, des études de cas, autant pour le calcul de l'indemnité de performance individuelle que pour celle du service.

En complétant l'argumentaire, le document propose comme référence pour l'évaluation des services, les moyennes nationales des taux d'occupation par spécialités médicales (chirurgie, pédiatrie etc.). Ce sont les normes retenues (qui sont à actualiser) sur la base des statistiques nationales recueillies et traitées par la direction de la planification du ministère de la santé pour l'année 1989.

D'autres textes sont venus accompagner, souvent dans l'urgence, l'évolution du régime indemnitaire et des salaires, une conséquence de l'ouverture politique et médiatique, à partir de 1989, de la diversité syndicale et du développement du mouvement revendicatif.

On peut citer les textes réglementaires suivants :

- ✓ Décret exécutif du ministère de la santé N° 90-415 du 22 décembre 1990 instituant une indemnité de performance d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé.
- ✓ Arrêté interministériel fixant les conditions, critères et taux d'attribution de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations instituées par le Décret exécutif N° 90-415 du 22 décembre 1990 au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé publique.
- ✓ Décret exécutif du ministère de la santé N° 90-194 du 23 juin 1990 fixant la prime de rendement allouée au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques.
- ✓ Décret présidentiel N° 02-337 du 16.10.2002 modifiant le Décret exécutif N° 90-415 du 22 décembre 1990 instituant une indemnité de performance d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé.
- ✓ Instruction du ministère de la santé, sans date, relative à la mise en œuvre de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations (certainement à la suite de la publication du document d'orientation en vue de la détermination de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations, de 1991).
- ✓ Arrêté du ministère de la santé, sans date, portant création de comités d'évaluation des activités sanitaires.

Ces textes réglementaires expriment clairement l'absence d'un cadre réglementaire définissant une législation appropriée sur les modalités d'évaluation de la performance du personnel du système national de santé.

8.3 Discussion critique

1. Le document d'orientation qui détermine les paramètres d'évaluation de la performance des ressources humaines propose, au moins théoriquement, une approche intéressante et positive, en ce sens qu'il fait la liaison directe entre "l'indemnité de performance" et "l'amélioration des prestations". C'est ce que clarifie le document quand il affirme que la performance individuelle "est destinée à récompenser le rendement individuel de chaque

travailleur et à générer un esprit de compétitivité entre tous les travailleurs d'une même structure » (MSRH, 1991: 21).

2. Il faut souligner que le document d'orientation qui définit la méthodologie de mise en œuvre de l'évaluation et du calcul de l'indemnité de performance, définit cinq critères qui déterminent l'attribution de la prime de rendement individuel. Dans le même document, la fiche de notation ne reprend que les quatre critères cités plus haut, sur les cinq proposés. Le critère "respect de la hiérarchie" n'est pas repris, sans explication.

3. Initialement, dans l'imprimé que devaient remplir le chef de service et le directeur de l'établissement pour noter le travailleur, l'intéressé peut exprimer son avis contradictoire sur sa note de rendement, c'est-à-dire approuver ou contester la note. Par la suite, cette possibilité qui donne une crédibilité à cette évaluation a été éliminée, sans justification ou explication.

4. Pour son exécution, ce document méthodologique est accompagné de plusieurs textes d'application, entre autres, un arrêté portant création des comités d'évaluation des activités sanitaires. Dans la même logique administrative, voire bureaucratique, il est créé un comité d'évaluation d'établissement, de wilaya et un comité national d'évaluation; avec un rappel des consignes déjà proposées dans le document d'orientation de 1990.

5. Une instruction qui a pour objet d'explicitier les modalités de mise en œuvre du décret cité plus haut. Cette instruction rappelle que la prime vise à établir un système d'évaluation des activités et d'établir le rapport entre les moyens mis en place et la production des soins. Et d'affirmer que "cette note doit être objective et refléter, de manière effective l'effort déployé par l'agent, au niveau de chaque poste de travail" (MSRH, 1991: 04). Elle souligne également la nécessité pour les organes de gestion d'élaborer un cahier des charges négociable (dont on ne connaît ni le model, ni les normes) avec les responsables concernés des services. Cette prime, explique l'instruction, s'applique à l'ensemble des travailleurs des structures de santé, à l'exclusion du personnel médical qui bénéficie d'un régime indemnitaire spécifique. Cette instruction apporte une nouvelle donnée dans la mesure où elle propose un classement des taux d'occupation des lits, suivant les données suivantes :

- Un taux d'occupation des lits inférieur à 60% est jugé insuffisant,
- Un taux d'occupation des lits inférieur à 70% est jugé moyen,
- Un taux d'occupation des lits entre 70% et 80% est jugé bon,
- Un taux d'occupation des lits supérieur à 80% est jugé très bon.

On peut considérer, dans une large mesure, que la responsabilité des collectifs de travailleurs du service, dans l'élévation des taux d'occupation des lits, est fortement limitée (par plusieurs facteurs dont les conditions de l'hôtellerie).

6. Lorsque l'instruction précise que les paramètres à prendre en considération sont à titre indicatif, c'est-à-dire qu'on est face à une mesure approximative, voire provisoire. Cela contredit l'esprit avec lequel travaille l'équipe d'évaluation dans l'élaboration du cahier des charges, qui devrait plutôt s'orienter vers les mesures les plus précises et les plus adaptées aux réalités du service ou établissement.

7. Enfin, quand l'instruction énonce un principe général, tel que, "les paramètres retenus (pour l'évaluation) constituent des éléments indispensables en vue de mesurer les activités ou la performance des structures, la productivité du collectif et la satisfaction des besoins de la population" (MSRH, 1991: 06), il devient clair que « la satisfaction des besoins de la population » dépasse les capacités ou la responsabilité d'un collectif de service ou d'unité hospitaliers, à moins de considérer la responsabilité de l'établissement et dans ce cadre, il faut prendre comme référentiel le cahier des charges où sont identifiés les moyens matériels et humains nécessaires à l'accomplissement des objectifs définis collectivement.

En conclusion, on peut, dans cette discussion critique, résumer les principales insuffisances de ce dispositif réglementaire qui fonde le système d'évaluation, dans les remarques suivantes :

Sur le fond, ce dispositif réglementaire qui fonde, théoriquement, une méthodologie pour l'évaluation de la performance des ressources humaines, n'est pas accompagné d'un système d'information approprié. De plus, les exigences de traitement de l'information et du calcul mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, nécessitent une informatisation du système d'information, pour une gestion rapide, régulière, efficace et en temps réel des données relatives à l'évaluation de l'activité des services hospitaliers. Tous les paramètres, critères, normes et indications de mesure ou de classification, ne sont pas inscrits, intégrés, dans un cahier des charges ou contrat de performance, pouvant être adaptés à chaque structure hospitalière, quels que soient sa taille, son importance ou le niveau hiérarchique. C'est ce qui explique pourquoi ce dispositif ne peut constituer un outil d'évaluation, un référentiel cohérent et opérationnel.

Par ailleurs, dans son élaboration, ce dispositif ne s'est pas appuyé sur les résultats d'une enquête nationale, en termes de normes et de paramètres de rendement, des collectifs et structures hospitalières, afin des dégager des points de repères et des normes moyennes nationales. A l'avenir, c'est bénéfique pour le système public de santé algérien de se situer et de se classer dans le cadre de comparaisons internationales, sur la thématique de la performance hospitalière. L'OMS, peut constituer, en termes de concepts et de méthodes d'approche une excellente référence dans ce domaine. On ne remarque aussi aucune

indication explicite sur la relation du dispositif aux normes ou méthodologies d'évaluation universelles (OMS etc.).

L'élaboration de ce dispositif n'a pas été accompagnée d'une démarche démocratique et participative. C'est toujours la démarche administrative, le sommet hiérarchique qui réfléchit, élabore et fixe les modalités à la place des intéressés. Aussi, les différents systèmes de comptabilité mis en œuvre, souvent à titre expérimental, ne sont pas intégrés et exploités dans le dispositif d'évaluation (juridique, administratif et comptable).

Concernant l'organigramme de l'établissement, la structure qui est chargée d'étudier la performance des activités des services (service des activités de santé) n'est pas opérationnelle.

Ce système d'évaluation de la performance du personnel de santé, n'est pas spécifique au secteur de la santé. Il régit, avec certaines différences liées aux spécificités du secteur, tous les autres secteurs de la fonction publique, c'est-à-dire toutes les administrations de l'état (wilaya, commune, finances, université etc.).

Sur l'essentiel, la fonction publique qui est dotée avec la même configuration juridique pour l'ensemble des secteurs, au-delà des spécificités des secteurs qui peuvent exister, la plupart des « primes » et « indemnités » constituent, aux yeux du personnel hospitalier, des « compléments de salaire », parce que, tout simplement, il n'y a pas de contrepartie qui est exigée par l'administration hospitalière, comme par exemple, pour l'indemnité de documentation qui n'a jamais recouvert un réel achat de documentation.

Dans le même ordre d'idées, l'ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006, portant statut général de la fonction publique, met en place un cadre réglementaire global de l'évaluation du fonctionnaire, définit dans la partie « Evaluation du fonctionnaire », de l'article 97 à l'article 103.

Ainsi, le principe général du cadre réglementaire précise que « Tout fonctionnaire est soumis, au cours de sa carrière, à une évaluation continue et périodique destinée à apprécier, selon des méthodes appropriées, ses aptitudes professionnelles » (Art. 97) et que l'objectif de l'évaluation du fonctionnaire a pour finalité (Art. 98) :

- L'avancement;
- La promotion;
- L'octroi d'avantages liés au rendement et à la performance;
- L'octroi de distinctions honorifiques et récompenses.

L'article 99 de l'ordonnance définit les critères objectifs sur la base desquels est évalué le fonctionnaire :

- Le respect des obligations générales et statutaires;
- La compétence professionnelle;
- L'efficacité et le rendement;
- La manière de servir.

En projetant les adaptations nécessaires aux spécificités des différents secteurs de la fonction publique, l'article 100 énonce une possibilité de négociation et de concertation avec les partenaires sociaux, en précisant que « Les institutions et administrations publiques arrêtent, après avis des commissions administratives paritaires et accord de la structure centrale chargée de la fonction publique, des méthodes d'évaluation adaptées à la nature des activités des services concernés ».

En matière de responsabilité dans l'évaluation, l'article 101 souligne que « Le pouvoir d'évaluation et d'appréciation relève de l'autorité hiérarchique habilitée », que l'évaluation est périodique et qu'elle donne lieu à une note chiffrée accompagnée d'une appréciation d'ordre général.

Le statut général de la fonction publique définit aussi les modalités de participation dans le système d'évaluation de l'agent évalué (pour dépasser les éventuels conflits), en soulignant dans l'article 102 que « La note chiffrée est communiquée au fonctionnaire concerné qui peut la contester et saisir la commission administrative paritaire compétente qui peut proposer sa révision ». Et que la fiche d'évaluation est versée au dossier du fonctionnaire.

Il s'agit, donc, de règles et de procédures purement administratives qui régissent le parcours professionnel, complexe et différencié (au plan individuel), des « fonctionnaires », c'est-à-dire des travailleurs et cadres qui sont les acteurs de cette entreprise stratégique. La notion de fonctionnaire et de ce qu'elle sous-tend comme type d'organisation, de valeurs et de culture du travail mérite une nécessaire explication, dans la perspective de la réforme (le « fonctionnariat »). Une autre piste à inscrire dans la réflexion de la nécessaire réforme de la fonction publique.

Concernant les « facteurs de stimulation (moraux) », on peut déduire qu'il n'y a pas une politique concrète visant à animer, à déployer, à développer, à stimuler et à encourager les ressources humaines. Une condition nécessaire pour la formation et le développement des compétences, à tous les niveaux de la hiérarchie de l'organisation hospitalière. Ce système

d'évaluation et de gestion centralisée des ressources humaines n'offre pas la possibilité d'élaboration des stratégies sectorielles locales (que recommande, souvent, l'OMS).

Pourtant, des dispositions, comme les distinctions honorifiques et les récompenses, visant à encourager et à honorer le mérite, les actes de bravoure ou les efforts exceptionnels pour améliorer la performance, existent, mais seulement dans le statut général de la fonction publique. Elles n'ont jamais été mises en application. Ainsi, dans les articles 112 et 113, il est explicitement affirmé :

- Des distinctions honorifiques et des récompenses peuvent être décernées aux fonctionnaires sous forme de médailles de mérite ou de courage et de brevets ministériels (Art. 112).
- Le fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, fait preuve d'un acte de bravoure, dûment établi, ou d'efforts exceptionnels ayant contribué à améliorer la performance du service, peut bénéficier, après avis d'une commission ad hoc placée auprès de l'autorité ministérielle compétente, d'une distinction honorifique et/ou d'une récompense (Art. 113).

Une première évaluation, dans le cadre de la période exploratoire, est le constat d'une « pauvreté » (en nombre et en qualité) dans les textes réglementaires régissant aussi bien l'activité des urgences que le dispositif d'évaluation de la performance.

Le forum euro-méditerranéen apporte des réponses à certaines interrogations et exigences en rapport avec la nécessaire réforme de la fonction publique.

9. Forum euro-méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'administration, (Tunis 15-17 juin 2005)

Le rapport du Forum euro-méditerranéen qui aborde la problématique des innovations et les bonnes pratiques dans l'administration, par du principe directeur que « L'administration moderne, n'est pas seulement un instrument de la puissance publique, elle doit être aussi et surtout au service du public ; autrement dit elle doit améliorer la fourniture des prestations de service public aux usagers selon des règles d'efficacité, d'efficience et de transparence » (Forum, 2005 : 07).

Mais dans la réalité, « La ressource humaine est restée soumise à une logique formelle d'un statut du fonctionnaire qui a bridé toute l'intelligence et favorisé le clientélisme, l'esprit rentier et son corollaire l'insouciance sur les résultats et l'irresponsabilité » (Forum, 2005 : 05). Et c'est ainsi, analyse le rapport, que « L'administration publique confinée dans ses logiques formelles de gestion des ressources et de contrôle bureaucratique, sans rapport direct

avec les attentes des usagers du service public, et sans référence à des résultats, ne répond plus aux exigences d'une économie de marché décentralisée et en mouvement permanent » (Forum, 2005 : 08).

Enfin, le rapport conclut qu'« en raison de l'accumulation des dysfonctionnements institutionnels et des déficiences économiques dans le service public, l'ampleur des attentes de réformes est considérable. Il est attendu de réformer à la fois les concepts, les structures, les modes de management et les ressources humaines en introduisant de véritables innovations sur le service public » (Forum, 2005 : 18).

10. L'apport du projet de réforme hospitalière dans le domaine de l'évaluation de la performance des ressources humaines

Dans certains textes, la définition de l'évaluation de la performance s'inscrit dans la projection de l'application des textes de la réforme hospitalière. Ainsi le décret exécutif n° 09-393 du 24 novembre 2009, portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique, explique que compte tenu des critères énumérés dans l'article 99 de l'ordonnance 06-03 du 15 juillet 2006 et des spécificités de l'activité médicale, les critères d'évaluation du praticien médical de santé publique retenues dans un cahier des charges doivent s'articuler autour de :

- La réalisation des objectifs ;
- L'esprit d'initiative ;
- Les travaux de recherche, publications et communications à caractère scientifique ;
- Le dossier administratif dans son volet disciplinaire.

D'une part, le cahier des charges n'existe pas dans l'organisation actuelle du système de santé, ainsi que les objectifs qui devraient être définis préalablement. Comment structurer ces quatre paramètres dans une échelle d'évaluation qui s'adapte à toutes les situations, et particulièrement aux organisations très différenciées par leur objectifs et leurs tailles, dans lesquelles se retrouve et évolue le corps médical, particulièrement dans l'organisation des urgences ? Comment évaluer « l'esprit d'initiative » et formuler une méthodologie d'évaluation équitable qui tienne compte de toutes ces différences ? Une méthodologie d'évaluation qui devrait tendre vers l'encouragement de l'innovation dans la résolution des problèmes que rencontre quotidiennement l'organisation des urgences. Faudrait-il aussi considérer tout le personnel médical, généraliste et spécialiste, dans la qualité de chercheur, puisqu'on exige, dans le cadre de l'évaluation de la performance, la publication de travaux scientifiques ? A moins qu'on désigne de manière spécifique les praticiens hospitalo-universitaires. Et si tel est le cas, c'est-à-dire que le généraliste et spécialiste sont considérés

comme chercheurs, que l'administration hospitalière compétente mette les moyens, dispositifs et les procédures nécessaires (et la cadre législatif), c'est-à-dire un cadre général visant à développer et à encourager la recherche scientifique et l'innovation, au service d'une meilleure prise en charge du patient et de la performance de l'organisation sanitaire.

D'autre part, sur le terrain, dans l'organisation hospitalière, les structures dont la mission est l'évaluation de la performance des organisations et des ressources humaines restent à mettre en place. Il faudrait aussi que le législateur fasse un effort pour unifier ou uniformiser le concept de performance hospitalière. Elle est souvent définie, dans les termes de « prime d'amélioration des prestations médicales », de « prime de rendement individuel » ou de « prime de performance ». C'est une autre question que d'aborder la nécessité d'uniformiser les paramètres de ce système d'évaluation tant les conditions d'exercice de l'activité médicale sont différentes. Mais aussi le législateur est tenu d'assurer l'impérieuse équité entre les membres de l'organisation hospitalière et particulièrement entre le collectif du service des urgences et les collectifs des autres services hospitaliers.

Ce n'est pas aussi facile qu'on le pense, bien qu'il faille trouver des solutions concrètes, et une organisation qui réponde à cette nécessité vitale de l'évaluation de l'activité du personnel de santé. Cette conclusion nous emmène à aborder l'étude du projet de réforme hospitalière et son (éventuel) impact sur l'évaluation de la performance hospitalière.

11. La nouvelle organisation sanitaire et la dynamique du changement

Le MSRH inscrit l'évaluation hospitalière comme un mot-clé essentiel, une étape indispensable à la crédibilité et à l'efficacité du système de santé. Ainsi, dans l'Art 10, il est clairement souligné : « Dans le respect de la répartition constitutionnelle des pouvoirs, les attributions et les missions du ministère chargé de la santé et les fonctions du Ministre chargé de la santé portent sur tous les domaines de compétence du Gouvernement liés à la promotion, l'amélioration, la protection, l'évaluation, la surveillance, ainsi qu'au maintien ou au rétablissement de la santé de la population » (MSRH, 2003,05).

Dans l'Art. 02, le législateur clarifie le cadre général stratégique qui fonde le système de santé. Ainsi, « La protection et la promotion de la santé concourent au bien-être physique, psychique et social de la personne et à son épanouissement au sein de la société, et constituent, de ce fait, un facteur de cohésion sociale essentielle au développement économique et social du pays. La législation, la réglementation, l'organisation administrative ainsi que les arbitrages rendus à l'échelon interministériel doivent traduire l'importance accordée à la santé comme droit fondamental » (MSRH, 2003, 04).

Dans le chapitre « Obligations des structures et établissements », le projet de loi sanitaire fait obligation pour tous les établissements de santé, d'un projet d'établissement et un plan de démarche qualité. Ainsi, selon l'article 273, «Chaque établissement de santé, public ou privé, est tenu d'élaborer un projet d'établissement et un plan de démarche qualité qui s'inscrivent dans les objectifs nationaux, régionaux ou locaux en matière de développement sanitaire » (MSRH, 2003 : 42).

Au chapitre « Evaluation et accréditation des établissements de santé » (MSRH, 2003 : 46), suivant l'article 294, « Les systèmes d'information doivent permettre de procéder régulièrement à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement et au mode d'organisation de celle-ci, dans le but d'améliorer la sécurité sanitaire, la qualité de l'accueil des patients, la régulation et l'efficacité de l'offre de soins au sein de l'établissement ». Les objectifs tracés dans ce cadre signifient que « L'évaluation et l'analyse des pratiques professionnelles de santé doivent permettre une connaissance de l'activité de l'établissement de santé, une meilleure gestion interne de celui-ci et, pour les établissements hospitaliers, l'exercice d'un contrôle médicalisé sur ces derniers en termes d'activités et de ressources » (Art. 295). Suivant cette loi, la règle générale veut que « Tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation en vue de leur accréditation » (Art. 296). Cette procédure d'accréditation, explique le projet de loi sanitaire, est conduite par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation et de l'Accréditation en santé (Art. 300).

Enfin, cette procédure externe d'évaluation doit donner lieu à l'établissement d'un rapport d'évaluation élaboré par les établissements de santé, fait partie du dossier d'accréditation et constitue pour les établissements privés (on se demande pourquoi l'organisation sanitaire privée n'est pas mis sur le même pied d'égalité que le public) une condition au renouvellement des autorisations d'installation et d'exploitation (Art. 297).

Conclusion

Il existe un outil, un dispositif légal qui comprend des paramètres pour évaluer le personnel hospitalier quel que soit son poste de travail ou fonction. Mais avec les règles et procédures de l'administration hospitalière, ce dispositif n'est pas exécuté correctement et donc on peut affirmer que c'est une application administrative, qui ne fait pas ressortir les différences liés à la performance et à la productivité des travailleurs hospitaliers, de leurs services et unités.

On peut déduire, comme conclusion générale, que l'administration hospitalière à qui le « système politique » en place lui impose des règles avec comme résultat prévisible, une organisation à un seul objectif, celui, d'éviter autant que possible les conflits dans

l'organisation hospitalière et de tendre toujours vers la production de «la paie sociale», dans le cadre d'un consensus accepté tacitement par tous les acteurs.

Il est évident que le discours officiel affirme le contraire. Notre critère de vérification est de se rapporter au fonctionnement réel de l'organisation hospitalière sur le terrain : c'est ce qui explique les faiblesses dans la lutte contre le gaspillage des ressources allouées au système de santé, qu'elles soient financière, sous la forme d'équipements ou concernant le temps du travail (le temps légal du travail). Au niveau des professionnels de la santé, cela s'exprime par des attitudes négatives dans l'organisation du travail. Tableaux et variantes, normes, l'apprentissage de la performance, gains de productivité, corrélations. Une situation acceptée dans l'organisation comme un fait ordinaire et culturellement légitimée par différents prétextes, particulièrement la situation socio-politique du pays.

Dans ces conditions, la seule conclusion qu'on peut formuler par rapport au système d'évaluation en place, est que l'inefficacité de ce système d'évaluation provient du fait qu'il n'a pas été au préalable, négocié avec les acteurs du système de santé, c'est-à-dire avec les représentant des corps médical, paramédical et administratif.

En matière de réforme de santé, le rapport de la Banque Mondiale (2007) suggère que « Pour bien gérer son système de santé, l'Algérie doit beaucoup investir dans le renforcement de ses capacités en matière de ressources humaines et d'équipement, aussi bien que dans la mise en place d'un système d'information, de suivi et d'évaluation pour faciliter la prise de décision. » (Banque Mondiale, 2007).

Dans l'équipe de soins, il existe un consensus non formalisé dans la prise de décision relative à l'évaluation. Ce système traditionnel d'évaluation, où l'expérience individuelle et collective est peu valorisée, reste limité par la part importante de l'aspect subjectif de l'évaluateur et l'absence d'indicateurs pertinents, objectifs qui se personnifient dans le cahier des charges, un outil irremplaçable dans l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles. Si l'obstacle est principalement identifié dans l'absence d'un référentiel formalisé de l'évaluation, le facteur culturel est également à prendre en considération. Ainsi, les règles de la sagesse locale se résument dans une expression qu'on peut traduire dans ces termes : « ne perd pas l'estime des autres ». C'est la première règle à transmettre au nouveau recruté. L'évaluateur évite, au maximum, d'entrer en conflit avec l'autre membre de l'équipe, dans l'activité professionnelle. Nous sommes devant une autre facette ou une autre variable de la problématique de l'évaluation de la performance : c'est la culture du travail (qui nécessite une autre piste de recherche).

Nous avons abordé, autour d'une même problématique, l'introduction générale de la recherche et dans trois autres chapitres, la description et l'analyse de l'organisation des urgences, l'analyse du système de santé et la réforme hospitalière ainsi que l'évaluation de la performance du système de santé. Nous abordons la deuxième partie de cette thèse, à savoir l'enquête de terrain, avec ses deux étapes, exploratoire et fondamentale, où nous présentons la méthodologie, la construction du questionnaire, la présentation et discussion des résultats de la recherche. Nous présentons dans un dernier et sixième chapitre « Les recommandations », un aboutissement de tout le cheminement de la présente recherche.

Tableau N° 06 : Les primes et indemnités versées aux médecins, chirurgiens-dentistes pharmaciens, et inspecteurs de santé publique (réalisé par l'étudiant chercheur)

Indemnité de qualification	45 % du traitement 50 % du traitement	Trimestrielle	praticiens médicaux généralistes et principaux, médecins généralistes en chef de santé publique.	sans notation	
Indemnité de documentation	4000. DA 5000. DA 6000. DA	Mensuellement	praticiens médicaux généralistes, praticiens médicaux principaux, praticiens médicaux en chef.	sans notation	
Indemnité de soutien aux activités de santé	45 % du traitement 35 % du traitement	Mensuellement	praticiens médicaux généralistes et principaux, Pharmaciens, chirurgiens-dentistes, généralistes, principaux et chef de santé publique.	sans notation	
Prime d'amélioration de la performance	de 0 à 30 % du traitement	Trimestrielle	Praticiens médicaux inspecteurs de santé publique	soumise à une notation	Décret exécutif n° 11-187 du 5 mai 2011
Indemnité de qualification	45 % du traitement 50 % du traitement	Trimestrielle	Pharmaciens, chirurgiens-dentistes inspecteurs et inspecteurs en chef de santé publique, Médecins inspecteurs et médecins inspecteurs en chef de santé publique.	sans notation	
Indemnité de documentation	5000. DA 6000. DA	Mensuelle	Pharmaciens et chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique, Médecins inspecteurs, médecins inspecteurs en chef, pharmaciens inspecteurs en chef et les chirurgiens-dentistes inspecteurs en chef de santé publique.	sans notation	

Indemnité d'inspection et de contrôle	50 % du traitement	Mensuelle	Médicaux inspecteurs en chef de santé publique,	sans notation	
	45 % du traitement		Médicaux inspecteurs de santé publique,		
	40 % du traitement		Pharmaciens et chirurgiens-dentistes inspecteurs en chef de santé publique		
	35 % du traitement		Pharmaciens et chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique.		

Tableau N° 07 représentant les primes et indemnités versées aux fonctionnaires des corps communs des institutions et administrations publiques (réalisé par l'étudiant chercheur)

L'indemnité des services administratifs communs	25 % du traitement	Mensuelle	Secrétaires, agents d'administration, attachés d'administration, comptables administratifs, agents techniques en documentation et archives, assistants documentalistes-archivistes.	sans notation	
	40 %		Administrateurs, traducteurs-interprètes, documentalistes-archivistes, analystes de l'économie.		
L'indemnité des services techniques communs		Mensuelle		sans notation	

Chapitre 05 : L'Enquête de terrain

Introduction

Par définition, l'enquête de terrain s'inscrit, dans la continuité de l'étude exploratoire. Nous présentons dans cette deuxième partie, composée de deux chapitres, l'enquête de terrain, qui se subdivise en étapes, exploratoire et fondamentale. Ce chapitre est introduit par la méthodologie de la recherche adoptée, la recherche-action. Suit une présentation et discussion des résultats de la recherche, ainsi que les recommandations qui s'inscrivent dans la perspective d'un projet d'une organisation des urgences performante, qui répond aussi aux exigences de la réforme hospitalière, explicitée dans la loi de juillet 2018.

1. Méthodologie

Nous avons élaboré une méthodologie qui répond aux préoccupations des questionnements de la problématique qui a pour objectif essentiel d'étudier, la nature des corrélations entre le système d'évaluation de la performance des ressources humaines dans les urgences et la prise en charge des patients, de qualité médiocre, en général, de vérifier les hypothèses de travail proposées dans le cadre de cette recherche et de conclure, en formulant, dans la dernière partie, des recommandations méthodologiques sur les urgences hospitalières, dans une perspective d'une évaluation équitable de la performance.

Notre finalité, est d'aboutir à une meilleure compréhension et maîtrise des variables déterminantes du processus qui a abouti à une qualité médiocre de la prise en charge du patient, en termes d'insatisfaction. Et présenter, en collaboration avec les acteurs des urgences hospitalières, une évaluation et des Recommandations sur un système d'évaluation efficace, des ressources humaines, dans les urgences hospitalières. En s'inspirant des principes de la recherche-action. Ce qui suppose, qu'au plan méthodologique, on devrait suivre la démarche suivante :

1. Faire le diagnostic du système d'évaluation de la performance des ressources humaines, tant au niveau formel qu'informel, ce qui suppose de mettre en évidence :

a. La base réglementaire de système d'évaluation des ressources humaines et la performance du système de santé algérien. Et les critères et paramètres sur lesquels est fondée la performance, sous l'angle particulier de l'équité et de la justice organisationnelle.

b. Restituer comment est présentée, officiellement, la performance hospitalière, le cadre d'appréciation et de notation, pour pouvoir mesurer les résultats obtenus. C'est-à-dire, en

définitive, diagnostiquer l'échelle d'évaluation et ses paramètres et faire ressortir les écarts entre ce qui est conçu préalablement et les écarts sur un plan opérationnel.

c. Dans un objectif de cohérence de l'approche, on tentera, d'étudier les attitudes, réactions et proposition des différentes catégories professionnelles de l'organisation sanitaire des urgences, vis-à-vis de ce système d'évaluation.

2. Présenter, dans le cadre d'un travail de terrain, un état des lieux des urgences hospitalières, au niveau des points suivants :

a. Comment se présente l'organisation des urgences et comment se réalise le travail de l'équipe en faisant ressortir le rôle des ressources humaines dans la prise en charge du patient.

b. Le système d'évaluation des ressources humaines est au centre de cette dynamique des acteurs. Les entretiens sur site, dans les différentes organisations des urgences, nous permettent de mieux situer cette dynamique des rôles et de tenter d'expliquer les variables organisationnelles en rapport avec ces blocages qui limitent la participation active des différentes catégories professionnelles, en tant qu'acteurs du processus de production des soins, dans l'organisation des urgences. La réussite de la réforme hospitalière qui devrait, théoriquement, créer les conditions d'une organisation performante, ne peut, à notre sens, reposer que sur un système d'évaluation équitable qui implique et motive les ressources humaines.

Dans le cadre de cette recherche, notre démarche est imprégnée des principes de la recherche-action. Nous présentons dans les lignes qui suivent un survol historique de la recherche-action, ses principes et sa démarche dans les sciences sociales.

1.1 La Recherche-Action : une méthode entre les praticiens d'une entreprise et un chercheur en science de gestion

Dans cette partie axée sur la Recherche-Action qui est, rappelons-le, est notre méthode de recherche, nous présentons diverses définitions qui expriment toute la complexité des approches du champ de la recherche et les tentatives de les relier aux besoins du changement de l'entreprise et de la société. Nous proposons un survol historique de la recherche-action et ses implications dans la recherche. Nous présentons, ensuite, l'approche de Frédéric Wacheux. Nous terminons sur des expériences de mise en œuvre de cette méthode, dans des domaines aussi variés que la santé, l'éducation etc.

1.2 Domaine de définition

Dans un article, Adamczewski Georges propose des définitions sur la recherche-action qu'on reprend dans cette partie introductive qui aborde le domaine de définition. Il motive son article par le fait que « Le retour en force de la notion de recherche-action témoigne, à lui seul, de l'intensité des interrogations en cours. Nombreuses sont également les tentatives pour construire de nouvelles méthodologies, plus souples et mieux insérées dans leurs contextes » (G. Adamczewski, 2009 : 01).

Jean Dubost et André Lévy (1984), expliquent que « L'expression "recherche-action" est apparue il y a déjà plus de quarante ans sous la plume de Kurt Lewin. Parmi les travaux des psychosociologues nord-américains et britanniques, beaucoup ont repris au cours des années quarante et cinquante l'expression forgée par Lewin, pour le désigner. Alors que pour Rémi Hess (1983), en langue française, la référence à la recherche-action est devenue fréquente à partir de 1977. On pourrait même dire que la recherche-action est devenue une mode.

Dans *Questions de méthode* Jean-Paul Sartre (1960), explique que « Le dévoilement d'une situation se fait dans et par la praxis qui la change. Nous ne mettons pas la prise de conscience à la source de l'action, nous y voyons un moment nécessaire de l'action elle-même : l'action se trouve en cours d'accomplissement de ses propres lumières ». Pour le grand sociologue Alain Touraine (1982), ceux qui parlent d'un mouvement social, explique t-il, sans entrer dans les idées et les sentiments de ceux qui l'animent, manquent d'objectivité, car ils n'aperçoivent même pas ce dont ils prétendent parler.

Nous avons opté pour la définition d'André Morin (1985) pour tirer une conclusion, qui à notre point de vue, exprime la cohérence de la Recherche-Action. Dans « Critères de "scientificité" de la recherche-action », l'auteur explique qu'« En recherche-action, *le contexte* est essentiel. Les chercheurs y sont interreliés. Ils vivent dans un contexte qui *agit sur eux* de même *qu'ils interviennent sur lui*. Toute *modification du milieu joue sur eux* et change la perception ou l'action subséquente. S'ils doivent être liés au contexte, il faut aussi qu'ils *s'en imprègnent* tout en sachant *garder leur autonomie*. De cette façon, les chercheurs s'engagent dans les milieux, *s'en dégagent, se transforment et le transforment. La distanciation est aussi nécessaire que la convivialité pour réaliser un changement, conclut le chercheur.*

1.3 Historique de la recherche-action

Le point de départ : le modèle lewinien

Le concept de recherche-action, employé par Lewin lui-même, était en fait très simple. Il exigeait la présence de trois caractéristiques :

- ✓ La recherche devait être menée en collaboration avec les individus;
- ✓ La recherche ne devait plus être faite en laboratoire, mais en milieu "naturel";
- ✓ Avant et après chaque phase d'intervention, on devait mesurer les attitudes et les comportements des individus.

Ces trois caractéristiques laissent aisément deviner les deux modèles exemplaires à partir desquels Lewin a développé son concept de recherche-action, c'est-à-dire le modèle de la recherche expérimentale en laboratoire d'un côté; la thérapie médicale, voire psychiatrique, de l'autre côté. A partir de là doivent se comprendre les trois traits les plus importants du concept lewinien par rapport aux discussions actuelles sur la recherche-action (V. Trier W. E : 181, 1980).

Les origines de la recherche-action peuvent être recherchées dans les expériences des travaux, menées par J.L. Moreno et K. Lewin, juste avant et pendant la seconde guerre mondiale. Comme l'affirmait K. Lewin : "Quand nous parlons de recherche, nous sous-entendons Action-Research, c'est à dire une action à un niveau réaliste, toujours suivie par une réflexion autocritique objective et une évaluation des résultats. Puisque notre but, explique t-il, est d'apprendre vite, nous n'aurons jamais peur de faire face à nos insuffisances. Nous ne voulons pas d'action sans recherche, ni de recherche sans action" (cité par Marrow, 1972). De même, avec son équipe du Bureau des Services Stratégiques (O.S.S.), il s'attaque aux questions du moral des populations dans les nations ennemies et aux États-Unis, aux techniques de guerre psychologique, et au genre du commandement efficace.

1.4 Les forces divergentes

A partir d'un modèle dans lequel chaque entité de recherche est conçue comme une interaction entre quatre positions : les citoyens, le chercheur, le commanditaire et le gardien d'information, J. A. Barnes donne du paradigme des sciences naturelles, les cinq caractéristiques suivantes :

1. La participation des citoyens se limite à donner des réponses à des stimuli fournis par le chercheur;
2. Le chercheur essaye de minimiser l'altération du comportement du citoyen, causé par l'observation;
3. L'information à l'état brut est considérée comme étant objective;
4. le chercheur décide du déroulement de la recherche, bien que le commanditaire puisse exercer une pression quant au thème de la recherche;
5. Les gardiens d'informations sont des obstacles à surmonter.

Depuis une vingtaine d'années, ce modèle est l'objet d'attaques vigoureuses à partir de positions très diverses. On en mentionnera quelques-unes dans la mesure où elles semblent avoir une importance spécifique pour la discussion dans le domaine de la recherche-action. *Une première ligne de critique se forme à partir des positions méthodologiques nouvelles* et reste donc interne au champ scientifique. L'usage fait par ces courants de l'observation participante comme technique de recherche, est le fait que ces auteurs prennent le meaningful interaction comme point de départ de toute pratique scientifique, leur accentuation du contexte dans lequel se déroule toute intervention de recherche : tous ces éléments ne peuvent que pousser à la transgression des règles prescrites par le modèle naturaliste.

Une deuxième ligne de critique vient d'une direction tout autre, notamment les commanditaires. De ce côté, on retrouve, dans la même période, fortement discutée, la possibilité d'utilisation des recherches en sciences sociales. A l'occasion des H. Rowan Gaither Lectures (1970), Alice M. Rivlin émet des idées beaucoup plus répandues quand elle dit que, pendant la décennie précédente, le progrès était considérable en ce qui concerne les possibilités d'identification et de mesure des problèmes sociaux, mais que tout restait encore à faire en ce qui concerne l'étude des effets bénéfiques des programmes d'action sociale et des moyens par lesquels les effets de ces initiatives peuvent encore être améliorés.

A partir de ces idées, expliquent les auteurs, se développent des efforts considérables pour lier les recherches scientifiques et les programmes d'action sociale. Comme la cause de ce clivage entre théorie et pratique est cherchée, entre autres, dans les valeurs universitaires, influençant le déroulement pratique de la recherche, la décision sur ce déroulement ne peut plus rester le pouvoir autonome du chercheur tout seul.

Une troisième ligne de critique se développe évidemment à partir des luttes étudiantes. Ce qu'on reprochait aux sciences sociales était leur neutralité, leur place dans des tours d'ivoire,

de rester loin de la vie et de la lutte réelle. Le chercheur était sollicité de prendre (sa) place à côté des citoyens, de lutter avec eux, de participer à des recherches menées en vue de donner plus de pouvoir aux *have not* 's.

La science ne pourrait que devenir un moyen d'émancipation. Finalement, *une quatrième ligne de critique se dessine*. Celle venant des citoyens eux-mêmes, qui sollicitent leur droit de propriété privée à l'information, soit par des formes d'obstruction à des enquêtes ou des sondages en cours, soit par le développement des formes diverses appelées - faute de mieux - d' "auto-recherche". Et, dans plusieurs cas, on voit le chercheur reprendre son rôle de citoyen pour s'opposer à l'usage fait de ses recherches. Afin de mesurer à son juste prix l'importance à donner au renouveau récent de la recherche-action, il est nécessaire de placer cette discussion dans le champ global de la critique portée au modèle naturaliste. En effet, plus que comme étant en rupture avec ses courants critiques, la recherche-action peut être considérée comme une situation-limite pour chacun des quatre axes relevés.

1.5 Le point d'aboutissement : la conception de Heinz Moser

Après la parution du livre de Haag et autres, en 1972, se produit en Allemagne et particulièrement parmi les pédagogues, une discussion très intense sur cette nouvelle conception de la recherche-action. L'aboutissement théorique de cette discussion est l'œuvre de H. Moser qui donne de cette deuxième version de la recherche-action l'élaboration la plus poussée. Cette nouvelle conception de la recherche-action est caractérisée par trois traits particuliers, qui l'opposent très nettement à la conception lewinienne :

1. La recherche-action est vue comme le noyau précurseur d'un nouveau paradigme en sciences sociales,
2. Ce nouveau paradigme serait porteur d'une science émancipatrice et utilisable pour l'amélioration de la situation des personnes défavorisées,
3. Le rôle que jouent les citoyens dans la production scientifique est prépondérant; c'est-à-dire qu'à la limite ce ne sont pas les chercheurs, mais les citoyens qui fixeront les objectifs de l'intervention. Ou, bien davantage, qu'il n'y aurait plus de différence entre chercheurs et citoyens.

Etant donné que chaque recherche-action implique un élément d'agitation et un élément de communication, Moser propose les trois critères de qualité suivants :

1. La transparence du travail de recherche pour chaque participant,
2. La correspondance entre moyens et objectifs,
3. Le chercheur ne peut pas, consciemment, influencer le processus de recherche.

La généralisation du paradigme de Moser fait subir au système scientifique un changement qui, à première vue, consiste seulement dans le remplacement d'un système centré sur une notion de "vérité" par un système centré sur une notion de "communication sans autorité". Toutefois, si on analyse ce changement à partir d'une théorie des jeux de langage, le résultat devient très différent. En effet, le modèle véridique, dit classique, est centré essentiellement sur les énoncés dénotatifs ou de connaissance. Par contre le modèle communicatif, dit moserien, est centré essentiellement sur des énoncés prescriptifs ou d'action.

Dans le cadre de cette réflexion, on ne peut omettre de citer le sociologue français Jean Peneff. Son livre, *L'Hôpital en urgence. Étude par l'observation participante (1992)*, constitue, selon Nicolas Dodier, la première étude française d'un service hospitalier basée sur une méthode d'observation participante inspirée des préceptes de la sociologie interactionniste. L'auteur, explique, que J. Peneff a travaillé pendant un an comme brancardier bénévole à mi-temps dans le service des urgences d'un hôpital de l'ouest de la France. En suivant la grille d'observation qu'Everett Hughes formulait pour ses étudiants, il a accumulé, dans des notes d'observation prises au cours de cette période, la base empirique de cette monographie, qui prolonge pour la France la série désormais classique des observations de Howard Becker, Rosé Coser, Anselm Strauss, Erving Goffman, Eliot Freidson, et Renée Fox sur le travail dans les hôpitaux (Nicolas Dodier, 1992 : 119).

1.6 La période d'émergence et de consolidation

Comme toute discipline scientifique la recherche-action ne naît pas spontanément. Elle prend ses racines dans un passé plus ou moins lointain. Il faudrait sans doute en exhumer les racines dans les méthodes d'investigation proposées par des chercheurs en sciences sociales du XIXème siècle et du premier quart du XXème siècle. On peut penser à l'Enquête ouvrière de Karl Marx qui en son temps provoquait les ouvriers des manufactures à réfléchir sur leurs conditions de vie par le truchement de réponses à une enquête par questionnaire conçue comme un instrument militant. Mais encore aux monographies des budgets familiaux des ouvriers européens de Frédéric Le Play qui inauguraient les premières esquisses d'une sociologie qualitative (Barbier R., 2006 : 01).

Aux États-Unis, l'École de Chicago, en concurrence avec les universités de New York et de Philadelphie, va développer une voie de recherche originale et implicationnelle en liaison avec les problèmes sociaux urbains de la première moitié de notre siècle (Coulon, 1991). L'industrialisation massive et la migration démographique de personnes venues de l'étranger ou du sud, vers les villes du nord, avec son cortège de délinquance juvénile et de problèmes de sociabilité, suscitent une demande sociale de sciences humaines efficaces, portées par des techniciens sociaux (social workers) qui se formeront de plus en plus à l'université. Inspirés par l'École de Chicago, les Chicago Area Projects font participer les gens du quartier dans la réalisation du programme d'aide sociale. Les sociologues de terrain identifient les résidents dotés d'un leadership dans la communauté et forment des personnels qualifiés (Barbier R., 2006 : 01).

La mort prématurée de K. Lewin arrête ses travaux qui seront repris par ses élèves et par d'autres chercheurs. Les études d'Action-Research se multiplient après la guerre. Dans le domaine industriel, elles portent sur les décisions de groupe, l'auto-organisation, la formation des cadres, la modification des stéréotypes et la résistance au changement. La recherche-action s'ouvre au travail social, renouant ainsi avec les travaux de l'École de Chicago, par l'examen du comportement des bandes d'adolescents, l'influence des lois sur le changement social (numerus clausus dans les universités à l'égard des Juifs), l'intégration des vendeurs noirs, la solidarité de groupe et l'intégration dans les immeubles d'habitation (Barbier R., 2006 : 02).

Nous abordons une illustration avec la méthode proposée par Frédéric Wacheux, où s'organise une relation entre les praticiens d'une entreprise et un chercheur en science de gestion.

1.7 Frédéric Wacheux : une méthode entre les praticiens d'une entreprise et un chercheur en science de gestion

La recherche-action est définie par Frédéric Wacheux comme une méthode qui structure une relation mutuellement profitable entre les praticiens d'une entreprise et un chercheur en science de gestion. Elle organise une consultation active et méthodique dans l'organisation pour produire une connaissance sur un processus de changement. Dans ce cadre, le chercheur a donc un objectif contractuel avec l'organisation et doit produire, in fine, une proposition finalisée et opératoire acceptée par les acteurs. La recherche-action concorde avec le comportement d'expert du chercheur dans sa quête de connaissances sur le fonctionnement et l'évaluation des organisations. Ainsi le chercheur accroît la réalisation de

sa problématique, tandis que le dirigeant accepte d'intervenir sur les véritables causes des dysfonctionnements.

Notre démarche est imprégnée des principes de la recherche-action. Selon Frédéric Wacheux (1996 : 119), Trois postulats structurent la recherche-action :

- Trois postulats structurent la recherche-action**
- Pour connaître la réalité, on doit la modifier,
 - Le changement révèle les fonctionnements réels,
 - La participation du chercheur au mouvement facilite la formation de l'objet, par un synchronisme entre la recherche et l'action.

Figure N° 07 : Trois postulats structurent la recherche-action

Dans sa quête d'un projet de changement organisationnel et des exigences scientifiques, la démarche de la recherche-action aboutit, selon F. Wacheux (1996 :121) à quatre résultats possibles :

- Quatre résultats possibles d'une recherche-action**
- La résolution du problème concret en termes de démarches et de réalisation,
 - Des connaissances validées par l'expérimentation au cours de la recherche-action,
 - La formation d'une communauté éduquée : compétences individuelles et collectives,
 - Des questionnements nouveaux pour des études ultérieures.

Figure N° 08 : Quatre résultats possibles d'une recherche-action

La recherche-action est plus qu'une forme améliorée de consulting. La méthode se justifie lorsqu'on peut concilier une volonté de connaissance et une exigence de transformation. Le chercheur doit produire, in fine, une proposition finalisée et opératoire acceptée par les acteurs (F. Wacheux, 1996 :119).

Si on se réfère aux objectifs de la recherche-action, on devrait, aux termes de cette recherche, proposer avec l'accord des acteurs des services des urgences, un projet de système d'évaluation de la performance des ressources humaines, avec pour principal critère, une évaluation fondée sur l'équité et donc qui valorise les compétences et participe

(par le jeu des acteurs) à l'émergence de services des urgences performants. C'est ce qu'on a défini dans la dernière partie du mémoire, en termes de Recommandations.

1.8 La participation : un outil pour être acteur de sa santé et réduire les inégalités,

On peut exprimer dans l'actualité du concept de participation, souligne B. Sachs, une forme de reconnaissance implicite, de la part des instances politiques et des instances administratives, de la difficulté, parfois de l'incapacité, des systèmes – dans les missions, les configurations et les moyens qui sont les leurs – d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sociaux d'aujourd'hui : inégalités, injustices, situations de précarité, pauvreté, etc.

Ainsi, les notions de participation, de démarche participative, peuvent paraître, souligne Bertrand Sachs, de l'ordre de l'incantation, quand bien même des initiatives, en nombre croissant, mais peu nombreuses, ont pour objet de mettre en œuvre ces notions-théorie, des personnes et des groupes qui sont invités à devenir, à être des acteurs dans la société.

Dans le champ de la santé et de l'action sociale, la mise en œuvre de la participation des usagers s'est développée au cours des dernières années, favorisée par des innovations législatives appropriées. La représentation officielle des usagers, souligne l'auteur, s'est étendue progressivement dans le cadre de nombreuses instances publiques et privées du système de santé. Des actions associatives de proximité fonctionnent dans une dynamique de participation à travers, notamment, des pratiques de santé communautaire ou des pratiques spécifiques de soutien et d'accompagnement auprès de populations touchées par la pauvreté.

Les approches participatives sont restées jusqu'ici, le plus souvent, explique l'auteur, le propre d'actions entreprises dans des lieux et dans des milieux dits précaires, défavorisés, démunis, exclus, etc., c'est-à-dire pauvres. Une telle réalité ne peut manquer d'interroger le sens et les applications concrètes de la notion de participation. Malgré que le système de protection sociale et le système de santé français sont reconnus comme globalement performants.

Les dysfonctionnements et insuffisances des systèmes de protection et de soins sont vécus avec d'autant plus d'acuité que leurs effets sont durement éprouvés au quotidien par les populations en situation de précarité, mais aussi par les professionnels et les bénévoles qui les côtoient et ont pour tâche de les aider à accéder aux droits et aux prestations auxquelles elles peuvent prétendre.

Le développement de la mise en œuvre, en France, de démarches participatives avec des populations en difficulté, note Bertrand Sachs, s'est effectué à l'aide de méthodes parfois

adaptées, de pratiques en usage dans les pays en développement. Ces approches participatives, conduites au plan local au plus près des populations concernées, visent à associer les personnes et les familles aux démarches qui les concernent : *accompagner plutôt qu'assister*, faire avec et non pour, prendre en compte la parole, les savoirs, les idées des personnes et des groupes, *lutter ensemble pour une meilleure intégration sociale, économique, culturelle*. Dans cette situation, l'approche participative a pour origine et objet, précise l'auteur, une volonté de s'affronter à des inégalités afin de les réduire, à des injustices, des dysfonctionnements propres au système en place (B. Sachs, 2006 :14).

Pourtant, rappelle l'auteur, un nombre croissant de professionnels et intervenants des institutions sanitaires et sociales constate sur le terrain que l'approche participative peut être efficace. Ainsi, certaines démarches, présentées sans doute à tort comme participatives, se limitent à des actions d'information en direction des publics concernés. D'autres, plus proches de la réalité du concept de participation, peuvent aller depuis la seule consultation jusqu'à des processus dits de « codécision ».

Les expériences d'approche participative, conclut l'auteur, doivent aujourd'hui se développer avec toutes les réflexions et les précautions qu'implique la diversité des situations et des intentions autour desquelles elles sont construites.

L'auteur a fait le choix de terminer en ces termes, en analysant ces expériences de participation : « *Si on n'y prenait garde, l'appel à la participation et à la citoyenneté, érigé en principe civique et moral, pourrait n'être, en période de crise grave, qu'une façon de masquer l'impuissance collective à éviter et à traiter les fractures sociales.* » (B. Sachs, 2006 :15).

1.9 Participer au changement en éducation : Manuel de recherche-action pour les chercheurs et praticiens en Afrique de l'Ouest et du Centre (2003)

L'histoire récente de la démocratisation, de la décentralisation, et de l'augmentation du rôle de la société civile, explique le rapport, ont progressivement convaincu les décideurs, praticiens et chercheurs de la nécessité de promouvoir une recherche-action au service de la rénovation des systèmes éducatifs. Cette prise de conscience, selon le manuel, se fonde sur les constats suivants :

Les innovations conçues avec l'implication des acteurs et des chercheurs dans un processus de recherche action, ont plus de chance d'être mises en œuvre avec succès ;

- ✓ L'implication des acteurs et praticiens permet une meilleure compréhension par le chercheur du contexte et des facteurs déterminants le succès ou l'échec des innovations éducatives ;
- ✓ Les résistances aux changements sont le plus souvent, imputables à la faible implication des acteurs dans la conception, la mise en œuvre, et le suivi, ainsi que l'évaluation des innovations éducatives ;
- ✓ La pratique de la recherche par les acteurs de l'éducation augmente la motivation des praticiens à entreprendre des études post universitaires afin d'agrandir le cercle des chercheurs ;
- ✓ La pratique de la recherche par les acteurs de terrain, initie ces derniers à développer la réflexion continue et le mouvement de va-et-vient permanent entre le questionnement de la recherche, la réflexion et l'action ;
- ✓ La pratique de la recherche-action par les praticiens permet une appropriation des acquis par les acteurs de terrain et un partage du pouvoir et de la responsabilité dans la mise en œuvre et la réussite (Rocare, 2003 : 05).

Dans le cadre de l'élaboration du manuel, l'atelier d'Ouagadougou, soulignent les auteurs, ayant constaté des décalages culturels importants dans les perceptions et conceptions entre les cultures francophones et anglo-saxonnes en matière de recherche-action en éducation, a décidé de capitaliser cette variété comme source d'enrichissement en choisissant les auteurs dans les deux contextes. Ce choix a conféré au manuel un caractère bilingue.

Enfin, grâce à l'universalité et à l'adaptabilité des différents outils de recherche-action présentés, le présent manuel pourrait être utilisé dans le cadre des recherches-actions ou des recherches de développement menées dans d'autres domaines comme le développement rural, l'environnement, la santé, la promotion de la femme ou dans des études de type recherche-action entreprises dans le cadre d'autres disciplines des sciences sociales (sociologie, anthropologie, sociolinguistique etc.).

La recherche-action telle que nous la percevons est une recherche collaborative, une démarche d'investigation sur un objet de recherche (action) en vue d'un changement. Dans cette démarche, s'investissent un ou des chercheurs professionnels et des praticiens devenant à un moment ou à un autre de la recherche des co-chercheurs. Ces praticiens, conclut le manuel, co-construisent le changement avec le ou les chercheurs professionnels.

La situation de co-construction dans laquelle se trouvent engagés le chercheur professionnel et les praticiens vise une double finalité : produire un changement ou introduire des

innovations dans l'une ou l'autre dimension de la situation, provoquer la formation des acteurs et praticiens comme chercheurs professionnels.

Après cette présentation de l'historique et de la démarche de la recherche-action, on propose de présenter une partie des entretiens de l'étape exploratoire, pour l'importance et la signification qu'ils ont pour le thème de la recherche.

2. Présentation des données des entretiens exploratoires

On se propose, à l'appui de ces extraits de présenter les résultats des entretiens exploratoires qui nous ont permis de rassembler des observations, des réactions et avis par rapport à la thématique de notre recherche. On présente les résultats de ces entretiens.

2.1 Déroulement des entretiens

Le déroulement des entretiens s'est réalisé sur les lieux du travail, dans les services des urgences des cinq sites de l'enquête. Ce choix est motivé par l'importance du travail de proximité avec le personnel des urgences et toutes les possibilités qu'offre un tel travail de terrain, en ce sens qu'il permet d'observer et d'apprécier l'urgentiste, qu'il soit médecin, paramédical ou administratif, « en train de réaliser son travail », avec la dynamique des relations interprofessionnelles, la rapidité des opérations des urgences, les problèmes concrets et les multiples contraintes de la prise charge du patient.

On peut regrouper les différentes appréciations des urgentistes suivant deux critères et douze sous-critères, conformément à notre problématique et hypothèses de travail :

2.2 L'évaluation de la performance dans les urgences

- 2.2.1 La culture du travail
- 2.2.2 Encouragement et mesures incitatives
- 2.2.3 La progression dans la carrière professionnelle
- 2.2.4 La formation
- 2.2.5 L'engagement des professionnels de la santé

2.3 L'organisation sanitaire et la dynamique du changement

- 2.3.1 La perception de l'organisation des urgences
- 2.3.2 Les conditions de travail
 - 2.3.2.1 Le stress
 - 2.3.2.2 La charge de travail
 - 2.3.2.3 La violence
 - 2.3.2.4 L'hygiène et les risques sanitaires

2.2 L'évaluation de la performance dans les urgences

2.2.1 La culture du travail

Nous abordons un volet de l'organisation du travail : la culture du travail. Certes, une notion complexe, mais qui recouvre ...Un paramédical et un chef de service s'expriment sur le sujet : dans l'évaluation de la performance des ressources humaines, des relations entre chefs d'équipe et les autres membres sont imprégnés des valeurs culturelles qui ne permettent pas d'évaluer objectivement et avec lucidité les résultats de l'activité de chaque membre de l'équipe. Ce qui explique les commentaires de certains urgentistes sur les mentalités des travailleurs (qui ont changé), ce qui se reflète au niveau des passations de consignes des équipes, dans l'accueil et orientation du malade, l'absentéisme, les retards. Cela ressort aussi dans les dysfonctionnements dans la continuité du service des urgences. Un paramédical s'exprime : « *Le coordinateur et le chef d'équipe sont surplace, ils connaissent ceux qui sont travailleurs et ceux qui sont sérieux ...la charge de travail dans les urgences est le triple et même plus par rapport au service hospitalier, ils vivent dans des conditions difficiles...quoique l'on dise, le chef de service de gastro par exemple, ne peut pas donner de la notation moins que 10 ou 20 parce qu'il vit avec eux et il les connaît...le personnel qui ne travaille pas sérieusement dans les urgences n'est pas nombreux, sinon on ne pourrait pas continuer à travailler* » (Directeur (paramédical) des UMC de Mostaganem). Un chef de service aborde la question du changement des mentalités ou de la culture du travail : « *Par rapport à ce que nous fournissons comme efforts, cette augmentation des salaires ne couvre pas tous nos besoins...et puis il faut souligner que dans le passé, malgré tous nos bas salaires, on faisait un rendement...on faisait des gardes gratuitement...et s'il n'y aura pas des conditions de travail améliorées il n'y aurait de rendement* » (Chef de service des UMC, EPH de Sidi Ali).

2.2.2 Encouragement et mesures incitatives

En matière d'encouragement : un urgentiste s'exprime «*Sur la question des encouragements, je n'ai pas vu l'administration faire ce travail, on s'encourage sois même...ici on est presque tous les mêmes, ceux qui travaillent comme ceux qui ne travaillent pas...Je suis dans les UMC depuis 1986, ici aux urgences, on travaille beaucoup, on se fatigue, on reçoit des insultes de la part des citoyens ...par exemple d'autres services administratifs perçoivent les mêmes primes que nous...*» (TSS, UMC Ain Tedeles). Une sage-femme confirme cette appréciation : « *Le personnel ne se sent pas encouragé, pas de félicitations, avec mes 34 ans je ne suis pas gradée...C'est le problème de la carrière*

professionnelle...il y a une injustice flagrante dans l'attribution du mérite et souvent c'est l'inverse de ce qui devrait être fait et ça nous fait souffrir...» (Sage-femme, maternité 64 lits, Mostaganem). Un anesthésiste parle de « récompense morale ou matérielle » : « Au niveau de l'évaluation, notre travail est lourd, vu la responsabilité que nous assumons...il faut qu'il y ait une récompense morale ou matérielle du fait de la charge de travail assez lourde...dans ma conscience, je travaille par peur de dieu. Les meilleures conditions et la bonne prise en charge du malade sont le résultat d'une bonne collaboration de tout le monde...c'est le problème essentiel de l'Algérie, qui dit coordination, dit discipline ... » (Anesthésiste, UMC de Mostaganem).

Un médecin urgentiste explique la confusion ou le manque d'uniformisation du dispositif relatif aux gardes : « *Dans l'évaluation, nous les urgentistes, avons bénéficié depuis qu'on fait le travail posté dans les urgences, de gardes forfaitaires, de 05 gardes par mois, parce que c'est en remplacement des 25 % du salaire de base, la prime est éliminée, c'est un compromis. Actuellement, la directrice de l'hôpital les a complètement annulé parce qu'on a choisis d'avoir une journée en plus, on a rien d'autre comme prime par rapport à un médecin qui travaille dans un centre de santé, dans un service de neurologie ou d'orthopédie...on n'a pas de prime pour les gardes, la directrice se base sur le volume horaires des médecins mais elle ne sait pas qu'on reçoit 400 malades jours...* » (Médecin généraliste, Chef de service des UMC de Mostaganem).

2.2.3 La formation

Le thème du mérite de la formation ressort comme une préoccupation principale, prioritaire. Un paramédical exprime ce qu'il pense et repense depuis des années : « *avec mes 28 ans de carrière, je n'ai participé à aucune formation* ». Une explication est proposée par un pédiatre : « *Maintenant, si on regarde en direction du personnel, les personnels, tout corps confondu, ne sont pas au départ formés pour travailler dans les urgences...nous avons, par exemple, pour parler du médecin généraliste que...les médecins généralistes n'ont pas eu une formation de médecin urgentiste, nous avons des médecins spécialistes qui n'ont pas aussi été formés dans leur spécialité des urgences, mis à part le cas particulier, peut-être des réanimateurs et ajouter à cela en raison des contraintes liées à l'exercice des urgences, c'est-à-dire dans un contexte où il n'y a aucune mesure incitative qui encourage le personnel à choisir des postes à pénibilité accrue...donc au final, souvent, il y a beaucoup de personnel qui sont aux urgences suite à des procédures disciplinaires...ces personnels, souvent, n'ont pas accès à une formation continue de qualité qui les aide à accomplir leurs*

travail au quotidien...tout cela fait que la performance au niveau des urgences n'est pas au rendez-vous, maintenant» (Pédiatre, représentant du syndicat des spécialistes, Alger).

2.2.4 La progression dans la carrière professionnelle

Une autre insatisfaction sur la perception de la faible progression de la carrière, surtout par rapport à d'autres, si on se réfère à la théorie d'Adams. Ainsi : *« avec mes 34 ans, je ne suis pas gradé. Il y a une injustice flagrante dans l'attribution du mérite. C'est l'inverse de ce qui devrait être fait... dans l'évaluation du rendement, on a presque les mêmes primes...dans ma carrière il n'y a que les échelons qui progressent...»* (Infirmière TSS, UMC Ain Tedeles).

2.2.5 Engagement des professionnels de la santé

Dans ces conditions de travail difficiles, l'engagement professionnel, même s'il ne constitue pas une caractéristique dominante, existe et se manifeste à différents niveaux. Sans qu'il soit, systématiquement, encouragé ou comme disent les behaviouristes, renforcé. *« A la direction des ressources humaines, il y a une solidarité entre nous...on fait des efforts qui nous dépassent, on fait même des heures supplémentaires pour réaliser correctement notre travail et pour pallier au manque du personnel ...»* (Administrateur, direction des ressources humaines, EPH). Il y a l'entre-aide concernant même les problèmes personnels qui dans les textes n'existent pas ».

2.3L'organisation sanitaire et la dynamique du changement

2.3.1 Perception de l'organisation des urgences

Officiellement, l'évaluation de la performance des équipes urgentistes est fondée sur un dispositif réglementaire, avec des paramètres précis. Son objectif, théoriquement, si l'on prend en considération les paramètres proposés, est de faire ressortir les différences d'évaluation de la performance, tant individuelle que collective. Concrètement, dans l'application de ces textes, c'est le caractère administratif qui domine. Sur le terrain, les résultats obtenus ne dégagent pas les différences d'évaluation projetés. C'est précisément, ce qu'expriment les entretiens des urgentistes, toute qualification confondue. Un médecin généraliste exprime son appréciation sur ce sujet : *« L'évaluation de l'activité se base sur les trois critères : la disponibilité dans le travail, absence etc., l'activité propre au poste de travail et le comportement du personnel (tenue, relation avec les malades qui n'est jamais pris en compte dans l'évaluation) ... la majorité du personnel est évalué à 20 dans les fiches de notation. La différence d'activité n'est pas prise en considération, par exemple, entre*

l'activité d'un travailleur hospitalier et un travailleur dans les UMC» (Médecin généraliste, SEMEP, EPH Mostaganem).

Le médecin poursuit et explique : *« Aucun des services ne fonctionne avec des objectifs, on travaille en fonction des moyens, parfois en quantité suffisante, parfois il y a peu de moyens...les objectifs sont fixés uniquement pour les programmes nationaux de prévention. Le curatif travaille en fonction des moyens disponibles » (Médecin généraliste, SEMEP, EPH Mostaganem).* Le médecin inspecteur confirme cette appréciation et approfondit l'analyse : *« Si on veut établir une évaluation des EPH, EPSP, service des urgences etc. il faut se poser la question : est-ce qu'il y a au départ des objectifs fixés en fonction des ressources, équipements etc. alloués à ces structures...la classification des hôpitaux a été faite, mais est-ce que les gestionnaires, les conseils d'administration, ont fixé des objectifs de production des soins ?» (Médecin inspecteur, DSP Mostaganem).*

Un médecin généraliste revient sur la question des objectifs non fixés préalablement : *« Aucun des services ne fonctionne avec des objectifs, on travaille en fonction des moyens, parfois en quantité suffisante, parfois il y a peu de moyens...les objectifs sont fixés uniquement pour les programmes nationaux de prévention. Le curatif travaille en fonction des moyens disponibles » (Médecin généraliste, SEMEP, EPH Mostaganem).* Un paramédical apporte des précisions sur la démarche d'évaluation : *« C'est le médecin chef et le chef de service qui font l'évaluation du personnel et c'est le directeur qui donne le dernier mot. Parfois ce n'est pas par ordre de mérite, il y a certaines personnes à qui on donne de bonne notes, mais il y a d'autres qui méritent mieux que ces gens ... tu peux réclamer une fois, deux fois, et quand il n'y a pas de résultat, on se tait, on est découragé » (IDE, Etablissement psychiatrique, Mostaganem).*

Un pédiatre, avec sa longue expérience, analyse la pratique de l'évaluation, en rapport avec les besoins de la santé, en particulier la formation : *« La santé ça évolue et il y a un grand problème de mise à jour, de tout ce qui est soins, c'est surtout la prise en charge de la malade. Dans l'évaluation des ressources humaines, j'ai remarqué que quand on évalue une personne, on met l'accent surtout sur le côté négatif, et on néglige le côté positif...il n'y a pas aussi de récompense, le personnel médical fait un travail fou...la prime de rendement n'est pas significative, par exemple on récompense à la fin de l'année celui qui a bien travaillé...la maternité doit changer pour ceux qui travaillent et pour ceux qui dirigent...on note aussi le manque de personnel qualifié, particulièrement le manque de puéricultrices...l'idéal, c'est d'avoir une quinzaine, mais on peut gérer avec 08 ou 10 » (Pédiatre, Maternité Mostaganem).*

Dans le cadre de l'exploitation de ces entretiens sur l'évaluation, une psychologue cilicienne exprime ses craintes : « *Jusqu'à l'heure actuelle, qui doit me noter, comment on est noté, sur quel critère ? Je parie qu'on note suivant la personne... et puis, la somme du rendement est toujours la même. L'évaluation doit être bien organisée, discutée, chaque corps doit avoir un représentant et c'est ce représentant qui doit évaluer son personnel et discuter avec l'intéressé... plus on encourage, plus on forme, plus on veut être rentable... on est plus dans la réforme...on est loin...* » (Psychologue clinicienne, Etablissement psychiatrique, Mostaganem). Sur ce sujet, un paramédical, décrit comment, à son avis, s'opère la procédure d'évaluation : « *Il y a un personnel qui travaille avec le cœur, en général se sont ces gens qui prennent en charge les UMC, il y a d'autres qui font le strict minimum... que ce soit des médecins, des paramédicaux ou des OP, il y a ceux qui travaillent à 80 % et d'autres à 30 % ... les effectifs des médecins travaillent à 80 %, seulement 15 % à 20 % des paramédicaux travaillent à 80 %, les OP la même chose. Il y a certains qui ont peur de dieu, ils sacrifient de leur temps et de leurs efforts...pour améliorer, il faut changer le mode de recrutement, il faut des tests psychologiques, mesurer les aptitudes, si la personne peut supporter les conditions de travail des UMC...il faut choisir les majors de promotion, ceux qui ont des qualifications professionnelles et même avec aussi de l'éthique, des valeurs...* ». (Paramédical, UMC de Mostaganem).

Que faut-il faire pour améliorer le rendement des urgentistes ? Un paramédical donne ses arguments sur les augmentations salariales de 2008 en rapport avec le rendement : « *Il faut des moyens pour motiver le personnel des urgences...les augmentations salariales et les primes, elles sont avantageuses, mais elles sont généralisées à tout le personnel, elles ne prennent pas en considération la charge et le volume de travail, le stress des UMC...* » (Paramédical, UMC de Mostaganem). Et si on veut évaluer et mesurer concrètement le rendement des urgentistes, quel est l'appréciation des urgentistes ? L'avis d'un administrateur : « *Si on veut évaluer le rendement des services hospitaliers, je donnerais 50 %, il y a actuellement une amélioration...pour augmenter le rendement, il ajouter des effectifs qualifiés, améliorer les conditions de travail, renforcer la discipline et multiplier les inspections de contrôle et les tournées dans les services* ». (Administrateur, direction des ressources humaines, EPH).

L'augmentation des salaires est également perçue sous l'angle d'une mauvaise évaluation du poste de travail. Réaction d'une psychologue clinicienne : « *Il y a eu une augmentation de salaire pour les psychologues ...déjà que le psychologue est mahgour (méprisé), on n'a pas de statut, il y a des administrations où on est géré comme les paramédicaux et croyez-moi, dans les salaires, on ne remplit pas les conditions, l'infirmier est payé mieux que le*

psychologue qui a fait durant sa formation un cycle long...Dans un hôpital, ça a une importance quand l'infirmier voit qu'il est mieux payé que le psychologue, il le méprise...» (Psychologue clinicienne, Etablissement psychiatrique, Mostaganem).

Un médecin généraliste explique le rapport entre la charge de travail et les capacités de l'hôpital, d'où la surcharge et ses conséquences autant sur la « clientèle » que sur le personnel des urgences : *« Initialement l'hôpital psychiatrique est fait pour 60 lits, parfois en reçoit jusqu'à 101 malades surtout pendant la période d'été et le Ramadan...pour 80 malades, il y a 04 agents de sécurité...si on arrive à travailler avec une rentabilité de 50 %, c'est déjà beaucoup...»* (Médecin généraliste, bureau de consultation des urgences psychiatriques, Mostaganem).

Sur cet épineux problème du rapport entre moyens disponibles et rendement, un instrumentiste nous éclaire : *« Avec les moyens dont on dispose, on peut considérer qu'on peut réaliser une bonne prise en charge du malade de 70 % à 75 % et même jusqu'à 80 %... il y a d'autres paramètres qui rentrent en jeu : disponibilité du sang, la rapidité d'évacuation pour ramener le malade aux urgences. Le plus important, ce sont les conditions de travail qu'il faut améliorer pour qu'il y ait motivation...Sur le plan de la rentabilité, on peut estimer l'évaluation à 80 % et même plus...il y a des paramètres qui rentrent en jeu : la formation initiale, l'amour du métier, la persévérance, il y a aussi l'esprit de responsabilité et l'exemple à donner des gestionnaires et des chefs d'équipes »* (Instrumentiste, UMC de Mostaganem).

Un autre avis sur le rendement, celui d'un paramédical : *« Tout le monde travaille ici, il y a un personnel qui travaille avec le cœur, en général se sont ces gens qui prennent en charge les UMC, il y a d'autres qui font le strict minimum... que ce soit des médecins, des paramédicaux ou des OP, il y a ceux qui travaillent à 80 % et d'autres à 30 % ... les effectifs des médecins travaillent à 80 %, seulement 15 % à 20 % des paramédicaux travaillent à 80 %, les OP la même chose. Il y a certains qui ont peur de dieu, ils sacrifient de leur temps et de leurs efforts... »* (Paramédical, UMC de Mostaganem). Une sage-femme avance un autre point de vue, différent mais complémentaire : *«Concernant l'évaluation de la rentabilité du personnel, malgré toutes les difficultés de manque de places et de personnel et le manque de prise en charge spécialisée, le service est performant, je donne une évaluation de 14 à 15/20... notre seul objectif, c'est la mère sortante bien portante avec son nouveau-né bien portant. Quelle évaluation du personnel ? Je donne une évaluation de 95 % d'atteinte des objectifs»* (Sage-femme, maternité 64 lits, Mostaganem).

Un manipulateur-radio explique la différence entre l'organisation des urgences et les autres services, ainsi que les risques sur leur santé et la violence des « visiteurs » : « *En matière d'évaluation de la performance, quand on va à la poste, on n'encaisse pas les mêmes primes, alors que l'infirmier du centre de santé ne court aucun danger, ni stress, ni les risques de tuberculose...certains de mes collègues ont attrapé la tuberculose...dernièrement, il y a 03 mois, un manipulateur radio a été agressé par un malade avec un couteau parce qu'il voulait passer de force une radio...sans compter les toxicomanes qui viennent souvent dans les urgences, surtout pendant la période d'été...Par rapport à 2004, date de l'ouverture des UMC, la situation s'est améliorée au niveau de l'organisation...* » (Manipulateur radio, UMC de Mostaganem).

2.3.2 Les conditions de travail

Les conditions de travail caractérisent toute organisation de travail, hospitalière ou autre. Elles peuvent constituer aussi bien des facteurs favorisant (la motivation, engagement professionnel, performance etc.) que des facteurs aggravants (stress, désir de changement de poste, fuite des responsabilités etc.). On présente dans ce cadre, différentes facettes du facteur « conditions de travail », en particulier le stress, la charge de travail, la violence des visiteurs et les conditions d'hygiène.

2.3.2.1 Le stress

« *On vit le stress, l'angoisse, la charge de travail, moi-même j'ai eu une dépression nerveuse... en plein réunion, je n'ai pas pu me soutenir, j'ai éclaté, j'ai jeté mon tablier et je me suis dirigé vers le service de psychiatrie, ce n'est qu'ensuite que j'ai réalisé ce qui m'est arrivé dans la réunion, le stress...* Tout le monde travaille ici, il y a un personnel qui travaille avec le cœur, en général ce sont ces gens qui prennent en charge les UMC, il y a d'autres qui font le strict minimum... que ce soit des médecins, des paramédicaux ou des OP, il y a ceux qui travaillent à 80 % et d'autres à 30 % ... les effectifs des médecins travaillent à 80 %, seulement 15 % à 20 % des paramédicaux travaillent à 80 %, les OP la même chose. Il y a certains qui ont peur de Dieu, ils sacrifient de leur temps et de leurs efforts... pour améliorer, il faut changer le mode de recrutement, il faut des tests psychologiques, mesurer les aptitudes, si la personne peut supporter les conditions de travail des UMC... il faut choisir les majors de promotion, ceux qui ont des qualifications professionnelles et même avec aussi de l'éthique, des valeurs ... il faut des moyens pour motiver le personnel des urgences...les augmentations salariales et les primes, elles sont avantageuses, mais elles sont généralisées à tout le personnel, elles ne prennent pas en considération la charge et le volume de travail, le stress des UMC ... » (Paramédical, UMC de Mostaganem).

2.3.2.2 La charge de travail

Si on analyse l'organisation des urgences, en identifiant les principales contraintes à la prise en charge du patient, la charge de travail, ressort comme la principale contrainte : *« De manière générale, les activités des urgences, c'est une charge de travail difficile où il y a la pénibilité...les gens fuient la responsabilité, ils ont un volume de travail très important, parfois ils reçoivent jusqu'à 500 malades par jours, surtout en été. Ils ont une charge morale importante, vu la diversité des malades et la gravité des traumatismes et des maladies reçues aux urgences...dans les UMC, la responsabilité médico-légale est vraiment engagée... et parfois les consultations et les certificats délivrés se terminent par des conflits praticiens/malades qui protestent : tu ne m'as donné que trois jours, c'est peu... »* (Médecin généraliste, SEMEP, EPH Mostaganem). La charge du travail ressort aussi comme un facteur d'insatisfaction dans l'organisation du travail. Les effectifs des équipes dans l'urgence sont considérés comme faibles, pour faire face au taux élevé des admissions. Un médecin explique : *« Ici, une personne fait le travail de quatre (04) »*. *« Si on comptabilise le travail du médecin urgentiste dans la consultation, le travail d'un mois qu'il réalise peut égaler le travail d'une année d'un médecin qui travaille dans un centre de santé ou un service hospitalier...dans une armée, une unité d'élite qui est sur la première ligne de défense, n'a pas les mêmes moyens et n'est pas payé de la même manière que les autres corps de l'armée, ce n'est pas normal qu'ils encaissent les même primes et salaires »* (Médecin généraliste, UMC Mostaganem).

2.3.2.3 La violence aux urgences

« La dernière fois j'étais en visite aux UMC, j'ai constaté une situation de violence et un grand manque de sécurité. J'ai assisté à une scène où des personnes sont entrés violemment aux UMC parce que un des leurs était blessé... les citoyens ne sont pas conscients ... il y a quelques mois, un citoyen a agressé une femme médecin... (Administrateur, direction des ressources humaines, EPH).

2.3.2.4 L'hygiène et les risques sanitaires

« L'hygiène laisse à désirer, les femmes de ménages font le maximum, le problème c'est qu'ils n'ont pas de formation, ce ne sont pas des bureaux d'administration qu'on nettoie, c'est des infections, des microbes, les UMC c'est un lieu à grand risque d'infections. Peut-être que les UMC sont classées dans la classe A, la plus élevée, il y a un liquide avec lequel on devrait faire le ménage, c'est l'amynose, il est utilisé uniquement dans le bloc opératoire ... A sa place, on utilise les produits ménagers, domestique qui n'ont rien avoir avec l'hygiène des UMC... » (Paramédical, UMC de Mostaganem)

2.3.2.5 Ergonomie et gestion des urgences

Enfin, qu'en est-il de la gestion des urgences et l'approche ergonomique. Un administrateur répond à la question : « *La confiance du personnel revient petit à petit, les cadres qualifiés peuvent changer l'image de l'hôpital... Il nous manque surtout un personnel qualifié...l'architecture des UMC ne s'y prête pas à ces tâches... la structure de l'accueil est directement intégrée au bureau du médecin...* » (Administrateur, direction des ressources humaines, EPH). Un détail significatif de l'organisation des urgences qui ne passe pas inaperçu chez un ergonome : « *la structure de l'accueil est directement intégrée au bureau du médecin* ». C'est ce qui explique l'absence d'une fonction essentielle : l'équipe de tri des patients. En général, l'absence d'une architecture appropriée aux espaces des urgences hospitalières peut aussi être un facteur non favorisant cette fonctionnalité de l'équipe de tri.

Le bâtiment des urgences psychiatriques est une parfaite illustration du non-respect des principes ergonomiques dans la conception et la réalisation des structures hospitalières. Trois médecins femmes, d'une seule voix, dénoncent ce qui s'apparente à une injustice vis-à-vis autant des malades que des urgentistes... « *la structure n'est pas conçue pour la psychiatrie, le vitrage est interdit, les salles des malades devraient être isolées... pour un bon contrôle des flux, il faut une seule sortie des personnes, ce qui n'est pas le cas dans cette structure ... les salles de soins et les bureaux de consultations ne sont pas séparés comme il se doit...les salles des malades doivent être isolées...les chambres d'observation sont reliées à un couloir où tout le monde passe... au début je me rappelle, ils ont commencé par enlever les prises... il y a eu des aménagements dans la structure...L'établissement a connu trois cas de suicide de malades, les tentatives de suicide sont nombreuses, on a le cas d'un malade, qui, après 05 tentatives, il s'est suicidé...le meilleur moyen c'est la prévention, il faut répartir les malades suivant leurs pathologies, ce qui suppose de multiplier le nombre de paramédicaux. Ici toutes les pathologies sont regroupées, par exemple, il y a des malades avec une dépression qui sont regroupés avec des malades qui ont une psychose...Les femmes de ménage, elles n'ont pas bénéficié d'une formation spécialisée, leur effectif est réduit et leur charge du travail est importante...Les procédures d'hygiènes (consultation, coiffeur, douche, tenue...) ne sont pas respectées...si on arrive à travailler avec une rentabilité de 50%, c'est déjà beaucoup...* » (Médecins généralistes, bureau de consultation des urgences psychiatriques).

Après la présentation des entretiens, on propose en conclusion, un résumé des attitudes des urgentistes relevées lors des entretiens :

- Attitude d'insatisfaction des usagés (réclamations des usagers, articles de la presse écrite, observations verbales des usagers dans les UMC),
- Faiblesse du cadre juridique pour mieux clarifier les rôles des urgentistes, en particulier lors de la garde,
- Peu d'attractivité du secteur public de santé par rapport au secteur privé,
- Les urgentistes, médicaux, paramédicaux ou administratifs, ont la perception qu'ils n'ont pas toute la considération par rapport à la charge de travail dans les urgences et en comparaison avec les avantages et primes attribués aux autres travailleurs des autres services hospitaliers,
- La réforme hospitalière n'est pas perçue telle qu'elle est écrite et conçue dans les textes, encore moins que ses objectifs vont dans le sens de l'amélioration de l'organisation du travail. La meilleure expression est la relation qu'entretiennent les paramédicaux, le corps médical et autres catégories professionnelles avec les cliniques privées ainsi que leurs attitudes envers l'outil de travail. Ce qui ressort dans les entretiens, sur la perception de l'organisation sanitaire, c'est la difficulté de se projeter dans « la nouvelle organisation sanitaire ». Ce sont surtout les nouvelles valeurs liées au travail, caractérisées par un « relâchement » dans la performance et le respect de l'outil de travail. Tout l'environnement baigne dans une ambiance confuse, où règnent l'individualisme, la recherche du profit immédiat et des privilèges, sans contrepartie. C'est précisément dans ce contexte que se construisent toutes sortes d'attitudes avec leurs caractères de non productivité dans le travail quotidien, dans les relations de travail, dans le travail de coordination avec les autres services, face aux nouvelles exigences de prise en charge du malade. L'absence dans le système de santé, de mécanismes de « d'encouragement, de renforcement ou de sanction » des performances individuelles et collectives va progressivement affaiblir l'esprit d'initiative, les attitudes productives et l'esprit d'entraide professionnelle (au-delà de son aspect moral) dans l'organisation du travail. On peut même considérer que « l'attachement à l'organisation » ou « l'esprit de corps avec l'organisation » qui existaient par le passé, se sont effrités et que, par voie de conséquence, dans la « nouvelle organisation » les individualités qui s'impliquent positivement dans le travail ou qui expriment leur engagement professionnel, sous toutes ses formes et à tous les échelons de l'organisation, rencontrent des contraintes, voire de la résistance ou même le rejet de certains niveaux de l'organisation. Les exemples ne manquent pas dans ce domaine.

Après la présentation d'un passage consacré à la méthodologie adoptée dans cette recherche, la recherche-action, accompagnée d'une partie des entretiens exploratoires, nous abordons l'enquête de terrain, avec ses deux parties exploratoire et fondamentale. On achèvera la lecture de ce mémoire par la partie consacrée aux recommandations.

4. Terrain d'enquête

- Les services des Urgences Médico-Chirurgicales de Mostaganem, Ain Tedeles et Sidi Ali,
- L'établissement spécialisé psychiatrique de Mostaganem et
- La maternité de Mostaganem.

Le choix de ses trois organisations sanitaires repose sur un trait commun, à savoir le caractère d'urgence de la plupart des activités des trois types d'organisation sanitaire. Dans le cadre du travail du mémoire de magistère, nous avons abouti à la conclusion de la nécessité d'une coordination entre ces trois sites (services des urgences, maternité et psychiatrie), comme une condition nécessaire d'une meilleure performance de l'activité hospitalière.

3.1 L'étude exploratoire

Selon O. Aktouf, la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. L'auteur souligne aussi que la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses (O. Aktouf, 1987 : 103).

3.1.1 Récolte des données

Cette recherche se réfère, fondamentalement, à la démarche de la recherche-action. Dans ce cadre, on s'est référé aux conclusions de la recherche de Frédéric Wacheux, citées dans la partie qui présente la recherche-action.

Elle implique les modes de collecte de données suivantes :

1. Entretiens exploratoires de type semi-directifs (entretiens exploratoires sur site avec les professionnels de santé des urgences) et avec des personnes ressources qui évoluent dans l'environnement des services des urgences : médecins, paramédicaux, responsable des EPSP, médecins de la DSP de Mostaganem,

2. Etude et exploitation des données statistiques locales, souvent brutes, en relation avec l'organisation et l'organisation hospitalière locale (textes réglementaires, dispositif de performance, grille des salaires, textes en relation avec la médecine du travail etc.),
3. Exploitation de travaux de recherche en relation avec le thème étudié,
4. Intervention dans les services des urgences auprès des secrétaires administratifs et responsables pour le recueil des données statistiques et une démarche visant à reconstituer l'organisation des urgences et ses dysfonctionnements.

3.1.2 Récolte des données bibliographiques

Les différents sites (Ministère santé, INSP etc.) du ministère de la santé sont peu fournis en documentation. La DSP de Mostaganem dispose d'un site web, mais peu actualisé. Le ministère de la santé n'a pas publié de rapport annuel depuis 2004. La seule enquête nationale sur les urgences hospitalières date de 2003.

Recherche sur Google : nous avons engagé une recherche bibliographique en introduisant les mots- clés suivants : les urgences hospitalières, OMS performance, pays en voie de développement, OMS ressources humaines, OMS organisation sanitaire, système d'évaluation en santé, performance hospitalière et prise en charge du patient.

Nous avons utilisé les résultats des mots clé d'alerte des dépêches de l'OMS, Alerte Google Scholar - avec le mot-clé [« Organisation sanitaire performante »] et ceux du Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé.

3.1.3 Sources bibliographiques

Dans cette recherche bibliographique on s'est appuyé, particulièrement, sur des travaux de recherche d'algériens et d'étrangers ou des travaux sur le système de santé algérien de la Banque Mondiale (1990, 2007), ainsi que sur les rapports de l'OMS sur l'évaluation de la performance et des ressources humaines dans l'organisation de la santé. On a également étudié les textes réglementaires régissant le système de santé algérien et particulièrement le fonctionnement et l'organisation des urgences.

3.1.4 Les entretiens

L'objectif, à travers ces entretiens, est de recueillir les matériaux nécessaires (en plus de la littérature) pour la confection du questionnaire.

Type d'entretien : semi-directif

Transcription intégrale de l'entretien

Durée : environ une heure

Dans ce cadre, on cite la définition de Omar Aktouf sur l'interview semi-directive : « L'interrogé aura à répondre le plus directement possible à des questions précises (mais qui restent tout de même assez larges) ; il ne doit pas dévier du cadre de chaque question ni associer librement selon son inspiration comme dans les types d'entretiens précédents. Ce genre d'interview est, comme son nom l'indique, à mi-chemin entre la non directive et la directive. Dans la pratique, c'est souvent une combinaison de ces deux formes que l'on utilise. Le but recherché est de s'informer, mais en même temps de vérifier, à l'aide de questions, des points particuliers liés à certaines hypothèses préétablies » (O. Aktouf, 1987 : 88-89).

3.1.5 Démarche d'élaboration de la grille d'entretien (cf. Annexe)

3.1.6 L'objectif de l'étude exploratoire

On introduit cette partie sur l'étape exploratoire par cet éclairage d'Omar Aktouf qui affirme qu'elle constitue « La collecte des données, le pré-test et la passation. Il s'agit, dans cette étape, de s'assurer d'abord que l'instrument fonctionne bien comme on l'a prévu, et dans le sens des résultats (indicatifs) prévus. Si l'instrument s'avère remplir le rôle qu'on attendait de lui, sur le terrain prévu, alors on peut lancer l'opération de collecte des données. C'est ce qu'on appelle la phase de « pré-test et de passation » de l'instrument » (Omar Aktouf, 1987 : 44).

L'étude exploratoire s'est déroulée au niveau des sites suivants :

- Les trois services des Urgences Médico-Chirurgicales des EPH des communes de Mostaganem, Ain Tedeles et Sidi Ali,
- L'établissement spécialisé psychiatrique de Mostaganem et,
- La maternité de Mostaganem.

La période de l'étude exploratoire s'est déroulée du 20 décembre 2014 au 15 février 2015.

3.1.7 L'échantillon du pré-test

Omar Aktouf qui a consacré un livre à la méthodologie dans les sciences sociales (1987), situe la place du pré-test dans la recherche en considérant qu'avec la pré-enquête, le pré-test constitue une deuxième phase de préparation de l'enquête, c'est-à-dire de préparation de l'étape centrale qui consiste à effectuer sur le terrain, là où les choses se passent, les observations et les mesures qui vont constituer les données à soumettre aux traitements et analyses. En expliquant qu'il s'agit, à proprement parler de pré-tester l'instrument de mesure

ou d'observation que l'on compte utiliser. C'est une véritable mise à l'épreuve, un essai contrôlé et rigoureux du fonctionnement de l'outil que l'on vient de construire. La pré-enquête, souligne l'auteur, aura servi, entre autres, à nous indiquer quel serait l'outil le mieux adapté pour cerner ce que nous cherchons, et pour mieux coller aux caractéristiques spécifiques de notre univers de recherche (O. Aktouf, 1987 : 105) .

Critère de choix de l'échantillon

Le choix de l'échantillon a été décidé de façon aléatoire. L'échantillon comprend soixante (60) médecins, paramédicaux et administratifs, (sur une population mère de 527 membres, soit un taux de 11.38 %), répartis comme l'indique le tableau suivant.

- **Critères d'inclusion**

Seuls les urgentistes permanents, toute catégorie professionnelle confondue, (médecins, paramédicaux et administratifs), sont inclus dans la liste de l'échantillon. Qu'ils aient aussi travaillé, au moins, une année, pour s'être imprégnés des réalités de l'organisation des urgences. Sont exclus les pré-emplois, les contractuels ainsi que les stagiaires (universitaires, de l'école paramédicale et du Centre de Formation Professionnelle, ou ceux de l'emploi des jeunes que suit la Direction de l'Action Sociale).

- **Critères d'exclusion**

Aussi, les structures de santé de première ligne, les ex-polycliniques qu'on appelle actuellement les Etablissements Publics de Soins de Proximité (EPSP), après les changements introduits (textes de création en 2008), sont les anciennes polycliniques à qui on a confié la mission de permanence médicale.

A partir de ces données de terrain, on n'a pas considéré les EPSP, les structures de santé de première ligne, comme une organisation de l'urgence hospitalière, étant donné qu'elle ne réalise pas l'urgence proprement dite. Et donc ce type de structure de santé n'est pas intégré dans notre terrain d'enquête. En général, ce ne sont pas des Urgences Médico-Chirurgicales. Les malades qui présentent des cas d'urgence sont orientés vers les urgences médico-chirurgicales. Pour une claire définition, les UMC devraient disposer de lits d'observation et de plateaux techniques (laboratoires, radio, bloc opératoires et d'unités de réanimation).

- **Caractéristiques de l'échantillon du pré-test de l'enquête exploratoire**

On présente les caractéristiques de l'échantillon du pré-test suivant le sexe, la catégorie professionnelle, l'expérience professionnelle et sa distribution sur les cinq sites des urgences.

Tableau N° 08 : Les caractéristiques de l'échantillon du pré-test de l'enquête exploratoire

Personnel		Médecins		Paramédicaux		Administratifs		Total	
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Sexe	Homme	8	13.33%	21	35%	4	6.66%	33	55%
	Femme	8	13.33%	19	31.66%			27	45%
Ancienneté	0 – 5 ans	7	11.66%	10	16.66%	2	3.33%	19	31.66%
	5 – 10 ans	6	10%	08	30%			14	23.33
	10 et plus	3	5%	22	36.66%	2	3.33%	27	45%
Poste de travail		16	26.66%	40	66.66%	4	6.66%	60	100%

Tableau N° 09 : Les effectifs du pré-test de l'enquête exploratoire

Unité/Personnel		Médecins	Para-médicaux	administratif	Total
UMC Mostaganem	Homme	1	8	2	11
	Femme	3	1	0	4
	Total	4	9	2	15
UMC Aïn Tedeles	Homme	2	3		5
	Femme	1	1		2
	Total	3	4		7
UMC Sidi Ali	Homme		3		3
	Femme	2	2		4
	Total	2	5		7
Maternité	Homme	1	4		5
	Femme	2	9		11
	Total	3	13		16
Psychiatrie	Homme	4	3	2	9
	Femme		6		6
	Total	4	9	2	15
Total		16	40	4	60

La variable sexe de l'enquête exploratoire**Tableau N°10**: La distribution de la variable sexe de l'échantillon de l'enquête exploratoire

Personnel		Médecins		Paramédicaux		Administratifs		Total	
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	Homme	8	13.33%	21	35%	4	6.66%	33	55%
	Femme	8	13.33%	19	31.66%			27	45%
	Total	16	26.66%	40	66.66%	4	6.66%	60	100%

La variable groupe professionnel de l'enquête exploratoire

Tableau N°11 : La distribution de la variable catégorie professionnelle de l'enquête exploratoire

Personnel	Médecins		Paramédicaux		Administratifs		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	16	26.66%	40	66.66%	4	6.66%	60	100%

La variable expérience professionnelle de l'enquête exploratoire

Tableau N°12 : La distribution de la variable l'expérience professionnelle

Personnel	Médecins		Paramédicaux		Administratifs		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0 – 5 ans	7	11.66%	10	16.66%	2	3.33%	19	31.66%
5 – 10 ans	6	10%	08	30%			14	23.33
10 et plus	3	5%	22	36.66%	2	3.33%	27	45%
Total	16	26.66%	40	66.66%	4	6.66%	60	100%

3.1.8 L'outil de l'étape exploratoire : la construction du projet du questionnaire

On propose cette définition sur l'outil de recherche le plus utilisé dans la recherche, le questionnaire. En tant qu'instrument de recherche, souligne Omar Aktouf, et contrairement à un préjugé tenace, le questionnaire n'est ni une simple liste de questions ni un interrogatoire écrit que n'importe qui pourrait composer à propos de n'importe quoi, pourvu que les questions posées soient suffisamment claires (dans le sens courant du terme). Après l'interview, conclut-il, c'est l'instrument le plus utilisé dans toutes sortes d'enquêtes et de recherches en sciences sociales (O. Aktouf, 1987 : 93).

L'échelle du nom du psychologue américain Rensis Likert (1903-1981), développée dans les années trente, est une échelle ordinale. Les questions de type Échelle Likert sont basées sur une échelle d'évaluation conçue pour évaluer les attitudes. La gamme des réponses proposées est répartie sur un continuum de quatre (04) niveaux. La réponse appelée réponse centrale ou neutre a été éliminée étant donné qu'elle représente un « fourre-tout », c'est-à-dire que le questionné, à notre avis, évite de s'affirmer et d'exprimer sa réponse et s'oriente vers une réponse neutre. Dans le cas du questionnaire à quatre choix, conçu par l'étudiant chercheur, on peut considérer que c'est questionnaire à « choix forcé».

3.1.9 La construction du questionnaire et les principaux axes avec leur signification

En fonction des deux variables définies dans la problématique (système d'évaluation de la performance des ressources humaines dans les urgences hospitalières et la prise en charge du patient) et à la lumière des entretiens menés avec les urgentistes, deux projets de

questionnaires ont été établies, chacun avec trois axes. Le premier avec la variable « La prise en charge du patient », avec les trois axes suivants :

Tableau N°13 du questionnaire N° 01

Dimensions	Items	Objectifs
Réalités du système de santé	01-18	Mesure l'attitude du personnel concernant la gestion participative, l'adhésion du personnel aux objectifs de changements dans l'organisation sanitaire et la relation entre l'organisation et l'efficacité.
Patients, accompagnateurs, visiteurs	19-25	Mesure l'attitude du personnel vis-à-vis de l'accueil et de la prise en charge du malade (correcte ou non) par l'équipe des urgences.
Les conditions de travail	26-32	Mesure l'attitude du personnel vis-à-vis de leur vécu professionnel par rapport à leurs conditions de travail.

Le deuxième, avec la variable « Système d'évaluation de la performance des ressources humaines dans les urgences », avec les trois axes suivants :

Tableau N°14 du questionnaire N° 02

Dimensions	Items	Objectifs
Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences	01-16	Mesure l'attitude du personnel vis-à-vis du rôle de l'équipe de l'urgence par rapport aux critères de performance,
Equité	17-21	Mesure l'attitude du personnel vis-à-vis de l'équité, dans la reconnaissance par rapport à l'engagement professionnel, de l'indemnité de performance et du système d'évaluation de la performance.
Système d'évaluation de la performance	22-30	Mesure l'attitude du personnel vis-à-vis de la réalité du système d'évaluation de l'équipe de l'urgence.

3.1.10 Soumission du projet des deux questionnaires à l'avis des experts

La soumission des projets des deux questionnaires aux experts a abouti aux propositions des mesures suivantes :

Tableau N° 15 : Les propositions de suppression des items des questionnaires N° 01 et 02 proposées par les experts

Questionnaire	N° Items	Items
N° 01	02	L'organisation hospitalière est gérée sans gaspillage et avec efficacité
	10	Dans la perspective de la réforme du système de santé, les personnels de santé sont attachés à l'emploi permanent comme principe fondamental.
	14	La nature très centralisée du système de santé entraîne une prise en charge insatisfaisante du patient dans les urgences
	18	La modernisation de l'administration hospitalière nécessite l'introduction d'un système d'évaluation équitable du personnel de santé
	19	Le malade est hospitalisé dans des conditions humaines d'hôtellerie.
	26	La sécurité de mon emploi est garantie.
	28	Les risques liés à la santé des travailleurs dans les urgences, sont faibles
N° 02	02	Je donne le meilleur de moi-même dans le poste où je travail.
	08	Une prise en charge satisfaisante du malade nécessite des chauffeurs ambulanciers qualifiés qui participent aux opérations de transfert et d'évacuation.
	15	Ma qualification professionnelle est adaptée à mon activité dans les urgences
	16	Dans le fonctionnement de notre équipe de travail, il existe de l'entente, de la compréhension et une solidarité professionnelle.
	21	La motivation du personnel des urgences est dépendante des décisions équitables de sa hiérarchie.
	23	Le système d'évaluation mis en place par l'administration hospitalière permet d'accroître la performance des ressources humaines dans les urgences.
	25	Le système d'évaluation en place ne permet pas de récompenser les travailleurs les plus performants,
	29	Les représentants des travailleurs devraient siéger officiellement dans les commissions d'évaluation de la gestion des services des urgences.
	30	L'exercice des responsabilités devrait être confié à des personnes aux compétences reconnues.

Tableau N° 16 : Les items des questionnaires N° 01 et 02 qui ont subi les reformulations proposés par les experts

Questionnaire	Axes	N° Items
N° 01	Réalités du système de santé (01-18)	01, 02, 04, 05, 06, 08, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.
	Patients, accompagnateurs et visiteurs (19-25)	19, 21, 22, 23, 24, 25.
	Les conditions de travail (26-32)	26, 27, 28, 29, 30, 31, 30, 31, 32
N° 02	Rôle des RH dans l'organisation des urgences (01-16)	02, 04, 06, 07, 09, 10, 11, 13, 16.
	Equité (17-21)	17, 18, 20, 21.
	Système d'évaluation de la performance (22-30)	22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Enfin, l'équipe des experts a aussi suggéré les propositions suivantes :

- Il faut changer l'ordonnancement des questions de manière à commencer par celles qui intéressent les travailleurs et ne les gênent pas,
- Réélaborer certaines questions qui se répètent dans le contenu,
- Regrouper par sous-thème le premier axe (trop long),
- Rééquilibrer le nombre de questions par axe,
- La proposition de réaliser l'expérience du système Delphi. C'est-à-dire un atelier feed-back autour des résultats du questionnaire avec les urgentistes participants au questionnaire.

3.1.11 Conclusion de la soumission des projets des deux questionnaires à l'avis des experts

La soumission des projets des deux questionnaires aux experts a abouti à la suppression de seize (16) items dont 07 items du 1er questionnaire et 09 items du 2eme questionnaire. Ainsi qu'à introduire des reformulations dans plusieurs items des deux questionnaires. Nous aurons deux nouveaux questionnaires, le premier est composé de 20 items et le deuxième de 27 items.

Tableau N°17 : Les dimensions et objectifs du questionnaire N° 01, après correction.

Dimensions	Items	Objectifs
Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences	01-10	Mesure l'attitude du personnel vis-à-vis du rôle de l'équipe de l'urgence par rapport aux critères de performance,
Organisation des urgences et changement	11-20	Mesure l'attitude du personnel concernant l'adhésion du personnel aux objectifs de changements dans l'organisation sanitaire.

Tableau N°18 : Les dimensions et objectifs du questionnaire N° 02, après correction.

Dimensions	Items	Objectifs
Evaluation de la performance du personnel et l'équité	01-14	Mesure l'attitude du personnel vis-à-vis de la réalité du système d'évaluation de l'équipe de l'urgence.
Conditions de prise en charge du patient	15-27	Mesure l'attitude du personnel vis-à-vis de leur vécu professionnel par rapport à leurs conditions de travail.

Dans ces conditions, les deux questionnaires sont finalisés pour être distribués auprès de l'échantillon du pré-test, pour l'étude exploratoire, qui est, rappelons-le, de 60 urgentistes sur une population de 527 travailleurs hospitaliers.

3.1.13 Résultats de l'analyse statistique du pré-test avec le logiciel SPSS.20

Après l'étape préalable de la soumission des deux projets des questionnaires N° 01 et N° 02 au jugement du groupe des experts, leur correction et leur diffusion auprès de l'échantillon de 60 urgentistes, on a calculé la validité et la fidélité des deux questionnaires, sur la base des données recueillies. Nous présentons les résultats.

La validité : afin de vérifier la validité du questionnaire N° 01, on a eu recours :

- au jugement des experts, comme cité précédemment,
- à la validité de la cohérence interne des items, par le calcul des corrélations internes des items du questionnaire.

L'étudiant chercheur a calculé la validité du questionnaire N° 01 sur l'échantillon de 60 travailleurs de l'étape exploratoire, en procédant au calcul des corrélations internes entre les degrés des items et le score total du questionnaire. Ainsi, les résultats sont représentés comme suit :

Tableau N° 19 : Les coefficients de corrélation entre les degrés des items et les scores totaux du questionnaire N° 01

Items	Score général	Items	Score général	Items	Score général	Items	Score général
01	0.349**	06	0.503**	11	0.232	16	0.415**
02	0.516**	07	0.671**	12	0.665**	17	0.030
03	0.514**	08	0.574**	13	0.464**	18	0.513**
04	0.478**	09	0.592**	14	0.525**	19	0.490**
05	0.366**	10	0.208	15	0.351**	20	0.601**

**significatif au niveau 0.01,

* significatif au niveau 0.05

Sur la base des résultats des coefficients de corrélation entre les degrés des items et le score total du questionnaire, soulignés dans le tableau ci-dessus, les items dont les coefficients de corrélation sont statistiquement significatifs, au niveau de la signification statistique 0.01 et 0.05, ont été acceptés. Le questionnaire N°01 reste donc inchangé et composé de 20 items.

La fidélité : afin de vérifier la fidélité du questionnaire N° 01, on a eu recours à :

- la fiabilité fractionnée
- au coefficient Alpha Cronbach

Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau n° 20 : Les coefficients de fidélité du questionnaire N° 01

Type de coefficient fidélité	Taille de l'échantillon	Coefficient de fidélité
Fiabilité fractionnée	60	0.554
Coefficient Alpha Cronbach	60	0.698

Le questionnaire N° 01 présente des caractéristiques psychométriques élevées. Et de ce fait on pourra le mettre en œuvre dans l'étude fondamentale de cette recherche. Nous passons, maintenant, à l'étude du 2eme questionnaire, en parcourant les mêmes étapes.

La validité : afin de vérifier la validité du questionnaire N° 02, on a eu recours :

- au jugement des experts, comme cité précédemment,
- à la validité de la cohérence interne des items, par le calcul des corrélations internes des items du questionnaire.

Tableau n° 21 : Les coefficients de corrélation entre les degrés des items et les scores totaux du questionnaire N° 02

Items	Score général	Items	Score général	Items	Score général	Items	Score général
01	0.517**	08	0.543**	15	0.505**	22	0.417**
02	0.252	09	0.200	16	0.614**	23	0.541**
03	0.445**	10	0.459**	17	0.582**	24	0.313**
04	0.533**	11	0.428**	18	0.560**	25	0.634**
05	0.657**	12	0.355**	19	0.404**	26	0.532**
06	0.375**	13	0.400**	20	0.589**	27	0.481**
07	0.479**	14	0.538**	21	0.721**		

**significatif au niveau 0.01,

*significatif au niveau 0.05

Sur la base des résultats des coefficients de corrélation entre les degrés des items et le score total du questionnaire, les items dont les coefficients de corrélation sont statistiquement significatifs, au niveau de la signification statistique 0.01 et 0.05, ont été acceptés. Le questionnaire N° 02 a subi une modification, par la suppression de l'item 09 (0.200), étant donné qu'il présente une faible caractéristique psychométrique. Il est donc composé de 26 items.

La fidélité : afin de vérifier la fidélité du questionnaire N° 02, on a eu recours à :

- à la fiabilité fractionnée
- au Coefficient Alpha Cronbach

Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau n° 22 : Les coefficients de fidélité le questionnaire N° 02

Type de coefficient fidélité	Taille de l'échantillon	Coefficient de fidélité
Fiabilité fractionnée	60	0.556
Coefficient Alpha Cronbach	60	0.749

Les questionnaires présentent des caractéristiques psychométriques élevées. On pourra les mettre en œuvre, avec confiance, dans cette recherche.

3.2 L'étude fondamentale

3.2.1 Echantillonnage

L'étudiant chercheur a questionné la population totale, soit un échantillon intentionnel et non probabiliste. Le taux de réponse est de 64.13 %, soit 338 répondants. Seuls quatre (04) répondants sont éliminés pour réponses non appropriées. Il reste donc 334 répondants.

3.2.1.1 Présentation de la population

La population de la recherche fondamentale : l'étudiant chercheur a opté pour travailler sur la population totale, tel que présenté dans le tableau suivant :

Tableau N° 23 : La population des établissements et services des urgences de la wilaya de Mostaganem

Unité/Personnel		Médecins	Para-médicaux	Administratif	Total
UMC Mostaganem	Homme	20	81	11	112
	Femme	19	24	3	46
	Total	39	105	14	158
UMC AïnTedeles	Homme	8	16	-	24
	Femme	4	5	-	9
	Total	12	21	-	33
UMC Sidi Ali	Homme	5	22	-	27
	Femme	2	2	-	4
	Total	7	24	-	31
Maternité	Homme	11	22	9	42
	Femme	22	112	16	150
	Total	33	134	25	192
Psychiatrie	Homme	8	32	15	55
	Femme	11	38	9	58
	Total	19	70	24	113
Total		110	354	63	527

Tableau N° 24 : Caractéristiques de la population de la recherche fondamentale (sexe, poste de travail et ancienneté)

Personnel		Effectifs	Pourcentage
Sexe	Homme	160	47.90%
	Femme	174	52.10%
Ancienneté	0 – 5 ans	126	37.70%
	5 – 10 ans	97	29%
	11 - 15 ans	30	09%
	16 ans et plus	81	24.30%
Poste de Travail	Médecins	85	25.4%
	Paramédicaux	199	59.60%
	Administratifs	50	15%
Total		334	100%

3.2.1.2 selon le sexe

Tableau N° 25 : Répartition de la population selon le sexe

	Sexe	Effectifs	Pourcentage
Valide	homme	160	47,90
	femme	174	52,10
	Total	334	100

Le tableau ci-dessus N° 20 présente la répartition de notre population, selon le sexe. En effet, cette population est constituée de 160 hommes et de 174 femmes, soit des pourcentages, respectivement de 47,9 % d'hommes et de 52,1 de femmes.

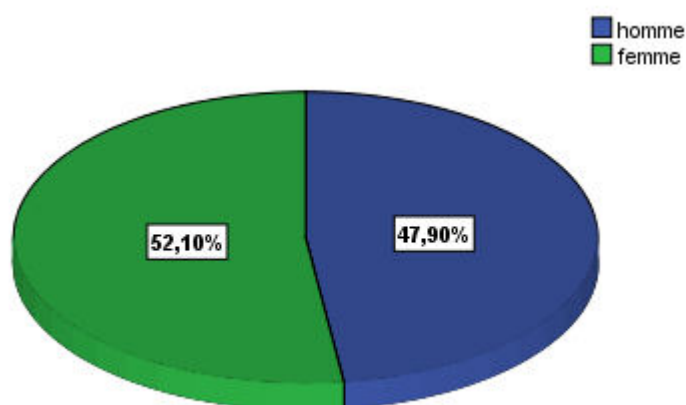


Figure n° 09 : Répartition de la population selon le sexe

3.1.1.3 la répartition de la population selon l'expérience professionnelle

Tableau n°26 : Répartition de la population selon l'expérience professionnelle

Expérience	Effectifs	Pourcentage
(1-5 ans)	126	37,73
(6-10 ans)	97	29,04
(11-15 ans)	30	8,98
16 ans et plus	81	24,25
Total	334	100,0

Le tableau-ci-haut laisse apparaître que notre population, en matière d'expérience, est constitué d'un nombre plus élevé de (1-5 ans), soit un effectif de 126 personnes sur 334. Soit un pourcentage de 37.72 %.

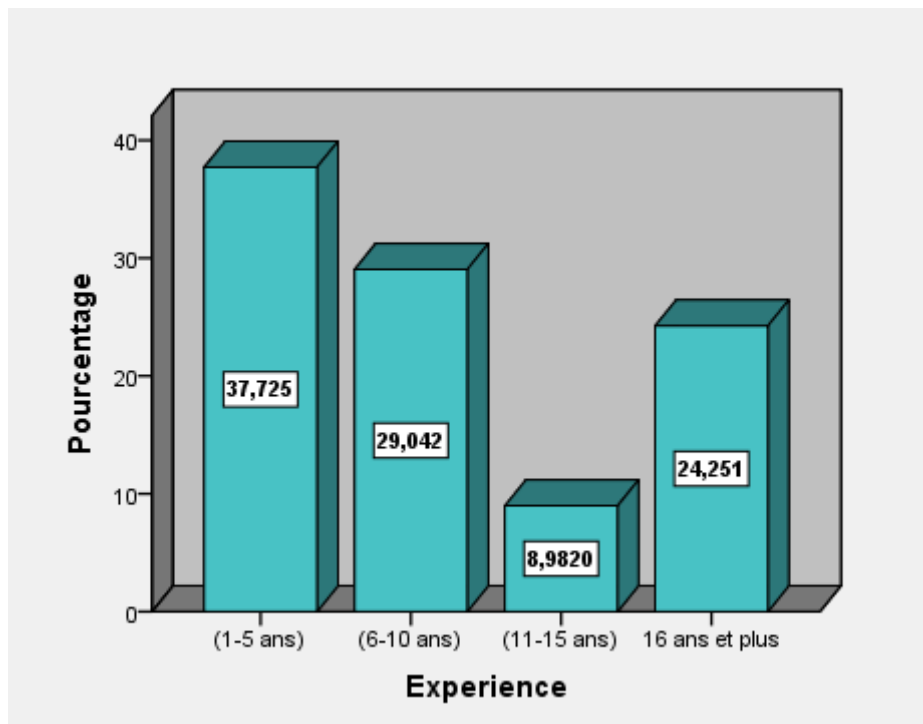


Figure N° 10 : Répartition de la population selon l'expérience professionnelle

3.1.1.4 Poste de Travail

Tableau n°27 : Répartition de la population selon le poste de travail

Poste de Travail	Effectifs	Pourcentage
Médecins	85	25,4
Paramédicaux	199	59,60
Administratifs	50	15
Total	334	100,0

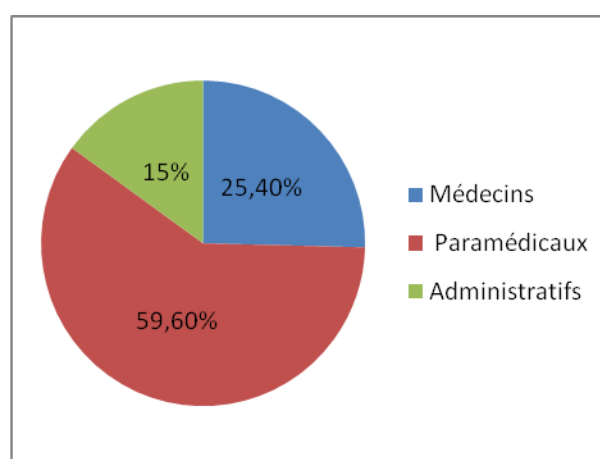


Figure N°11 : Répartition de la population selon le poste de travail

3.1.1.5 Répartition de la population selon Secteur

Tableau n°28 : Répartition de la population selon le secteur d'activité

Secteurs	Effectifs	Pourcentage
Urgences de Mostaganem	94	28,14
Urgences de AïnTedeles	24	7,19
Urgences de Sidi Ali	19	5,69
Urgences de Psychiatrie	67	20,06
Urgences de la Maternité	130	38,92
Total	334	100,0

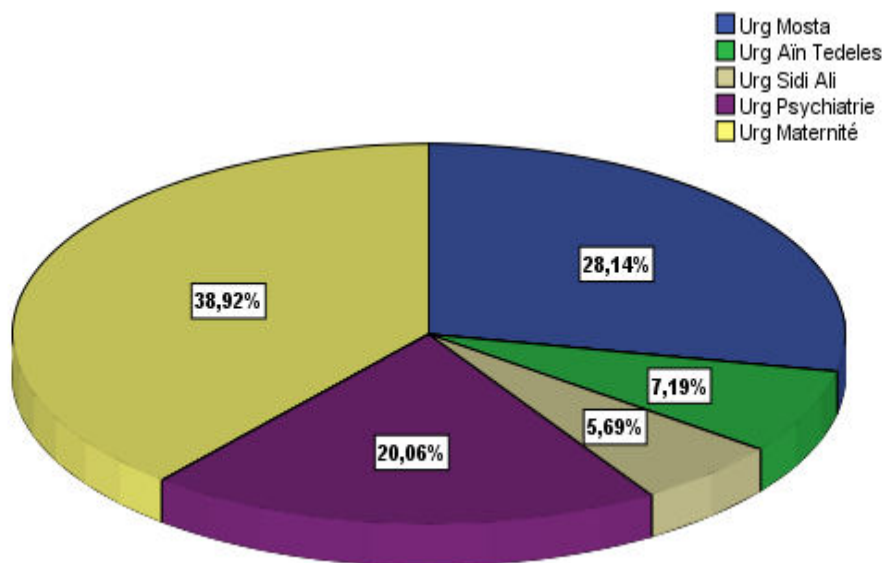


Figure N°12 : Pourcentage de la population selon les secteurs de l'enquête fondamentale.

3.2.2 Description des variables d'étude

Les types de variables à utiliser :

Indépendantes : Système d'évaluation de la performance des ressources humaines dans les urgences (continue)

- Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences (continue)
- Organisation des urgences et changement (continue)

Les trois variables suivantes (sexe, expérience et poste de travail) sont dites intermédiaires (entre les deux variables), en ce sens où elles participent aussi, dans leurs limites, à l'influence sur la variable dépendante.

- Sexe (catégorielle)
- Expérience (ordinaire)
- Poste de travail (ordinaire)

Dépendante : La prise en charge du patient (continue)

- Evaluation de la performance du personnel et l'équité (continue)
- Conditions de prise en charge du patient (continue)

3.2.2.1 Statistiques descriptive

Tableau N°29 : Statistiques descriptives

Variables	Moyenne	Ecart-type	N
La prise en charge du patient	62,65	11,40	334
Rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	19,42	3,64	334
Organisation des urgences et changement	23,62	4,03	334

Examinons d'abord les statistiques descriptives. Nous voyons que l'étude a été menée auprès de 334 employés. La moyenne de « La prise en charge du patient » est de 62.65 avec Ecart-type 11.40; la moyenne de « Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences » est de 19.42 avec Ecart-type 3.64 et la moyenne de « Organisation des urgences et changement » est de 23,62 avec Ecart-type 4.03.

Tableau N°30 : Les valeurs extrêmes de la prise en charge du patient

		Nombre de cas	Valeur	
La prise en charge du patient	Plus haut	1	312	128,00
		2	258	98,00
		3	257	97,00
		4	303	89,00
		5	52	87,00
	Plus bas	1	133	38,00
		2	131	38,00
		3	129	38,00
		4	128	38,00
		5	127	38,00

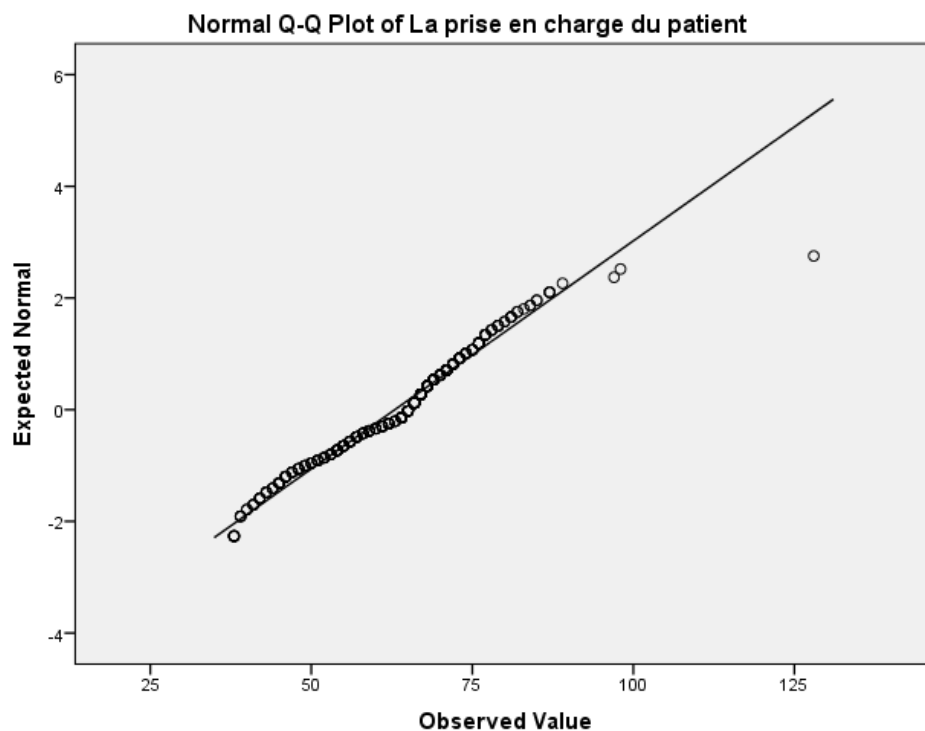


Figure N° 13: Le schéma de distribution (avant les modifications)

Tableau 31 : Le nouveau tableau des valeurs extrêmes

			Nombre de cas	Valeur
La prise en charge du patient	Plus haut	1	1	87,00
		2	2	87,00
		3	3	87,00
		4	4	85,00
		5	5	85,00
	Plus bas	1	332	38,00
		2	331	38,00
		3	330	38,00
		4	329	38,00
		5	328	38,00

3.2.2.2 Les modifications opérées

Après l'élimination des valeurs extrêmes (cas de rang 312, 258, 257 et 127), nous aboutissons à une répartition statistique cohérente où la majorité des résidus est alignée. Nous pouvons donc procéder à l'analyse des résultats.

Le nouveau schéma de distribution (après les modifications)

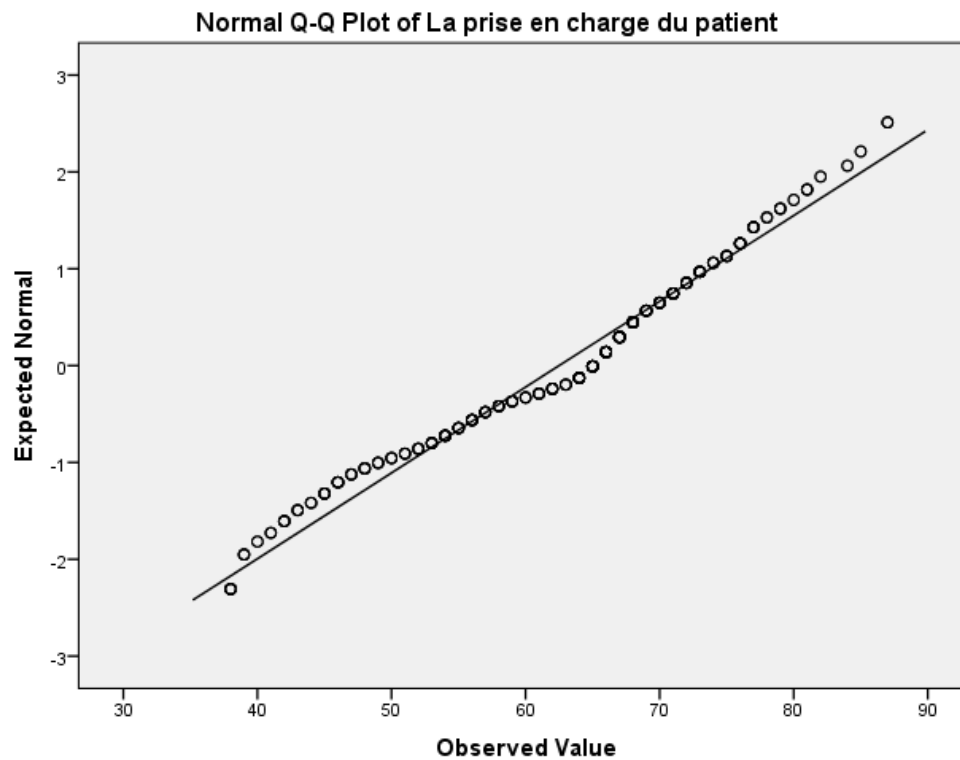


Figure N° 14 : Le schéma de distribution (après les modifications)

Les résultats de la régression multiple sur la prise en charge du patient

" La régression linéaire simple ou multiple estime les coefficients de l'équation linéaire impliquant cette ou ces variables indépendantes, qui évaluent le mieux la valeur de la variable dépendante " (M. Carricano et al. : 2009, 133).

3.2.2.3 Relation linéaire entre les variables indépendantes et la variable dépendante

La variation de la variable dépendante pour chaque augmentation d'une unité d'une variable indépendante suit une ligne droite.

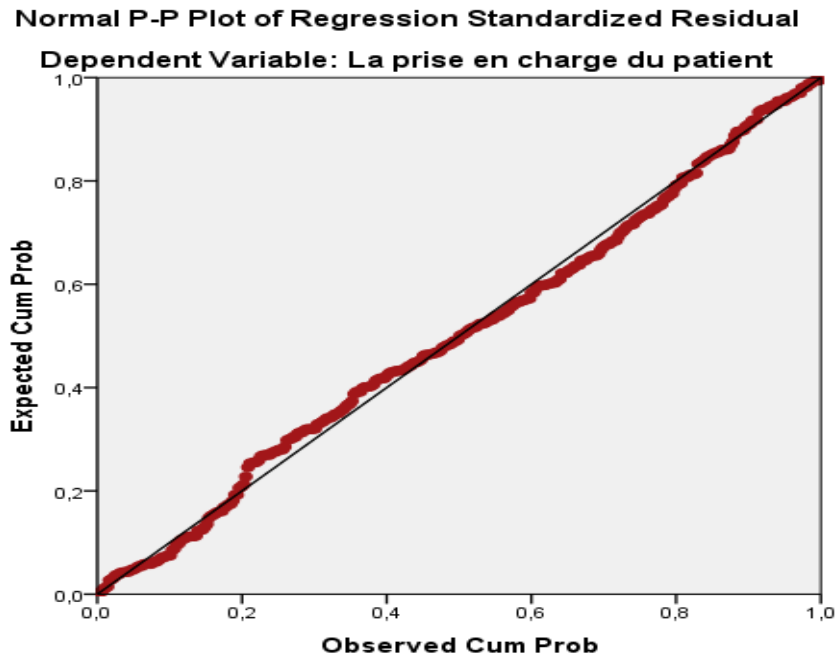


Figure N°15 : Diagnostic des résidus

Le graphique de répartition des résidus par rapport à une répartition normale montre que la majorité des résidus est alignée (Figures N°10 et 11).

Ce qui est confirmé par le test de Levene

Tableau n°32 : Test d'homogénéité des variances (La prise en charge du patient)

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Signification
1,784	3	330	0.150

La dernière colonne indique si le test est significatif ou non. Le seuil de signification est toujours fixé à $p < 0,05$. Le test n'est pas significatif ($p > 0,05$), on ne peut pas donc rejeter l'hypothèse nulle de l'égalité des variances.

3.2.2.4 Normalité de la distribution des termes d'erreurs

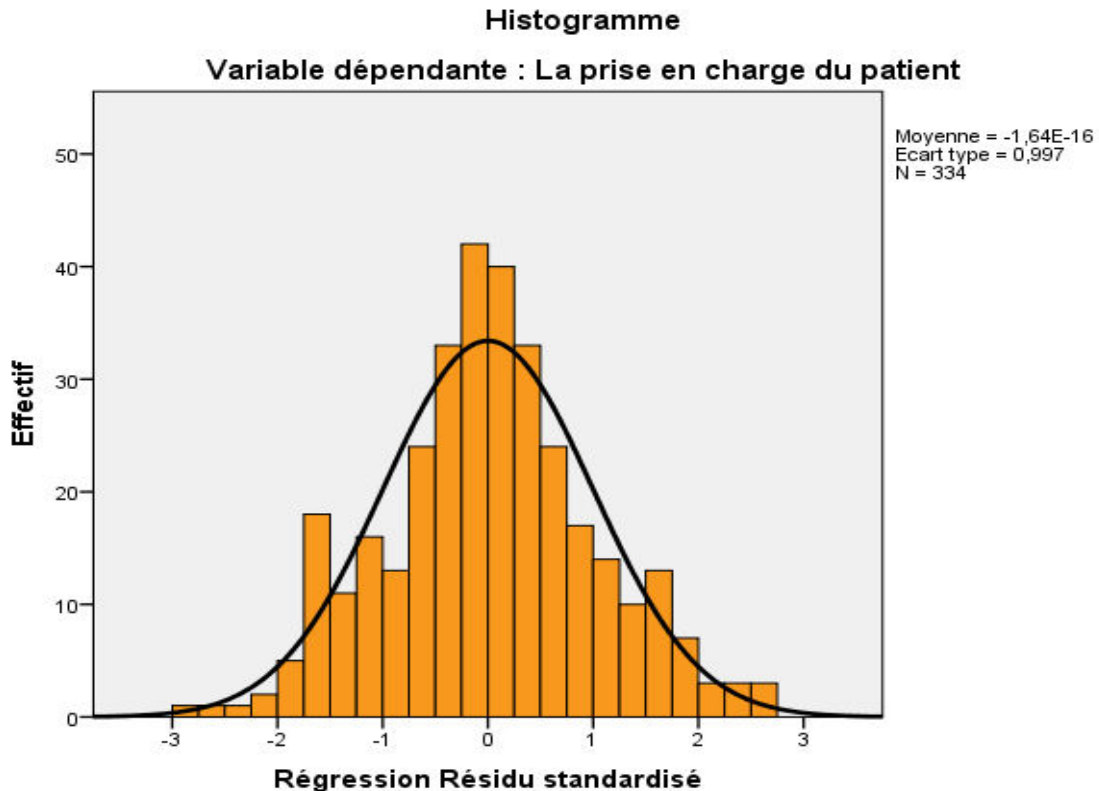


Figure N° 16 : Le diagramme gaussien de régression des résidus standardisés.

Commentaire : Dans la régression de la prise en charge du patient (après élimination des cas de rang 312, 258, 257 et 127), l’histogramme des résidus donné ci-dessus en figure 12 montre une certaine asymétrie de leur répartition. La courbe superposée représente la densité de la loi normale de même moyenne et de même variance.

3.2.3 Analyse des résultats de la recherche

3.2.3.1 Hypothèse N° 01

Le système d’évaluation de la performance des ressources humaines (Rôle des ressources humaines dans l’organisation des urgences/ Organisation des urgences et changement) a une influence significative sur « La prise en charge du patient », dans les services des urgences. Les résultats de la régression multiple sur la prise en charge des patients : pour savoir et valider l’hypothèse si le « Rôle des ressources humaines dans l’organisation des urgences » et « L’Organisation des urgences et changement » influence de manière significative la « La prise en charge du patient ».

Tableau N° 33 : Corrélation de Pearson entre les variables introduites.

Corrélations				
N 334		La prise en charge du patient	Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences	Organisation des urgences et changement
Corrélation de Pearson	La prise en charge du patient	1,000	0.214	,426
	Rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	,214	1,000	,286
	Organisation des urgences et changement	,426	,286	1,000
Sig. (unilatérale)	La prise en charge du patient	.	,000	,000
	rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	,000	.	,000
	Organisation des urgences et changement	,000	,000	.

Le tableau ci-dessus concerne les corrélations entre les variables étudiées. Nous constatons qu'il y a une corrélation positive et significative entre La « Prise en charge du patient » et le « Rôle des Ressources humaines dans l'organisation des urgences » et « Organisation des urgences et changement ». On doit porter une attention aux relations entre les variables indépendantes. Si la corrélation entre deux de ces variables se situait à +0,9 (ou - 0,9), il y aurait un risque important de multicollinéarité. " Dès lors, il y a multicollinéarité quand de telles variables sont trop fortement corrélées" (Delisle& Ouellet, 2002 : 51).

Tableau n° 34 : Variables introduites/supprimées

Méthode/ Entrée : toutes les variables sont introduites en une seule opération

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	- Organisation des urgences et changement - rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	/	Entrée
a. Variable dépendante : La prise en charge du patient			
b. Toutes variables requises saisies.			

Commentaire : Toutes les variables sont conservées pour la régression puisque nous n'avons pas spécifié de méthode de régression particulière; la méthode par défaut prend toutes les variables explicatives.

3.2.3.1.1 Évaluation de la pertinence du modèle de régression

En évaluant la qualité du modèle, il s'agit de s'assurer que toutes les variables introduites contribuent à améliorer significativement la variabilité expliquée par le modèle final.

Tableau N°35 : Analyse de variance

Modèle		Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.
1	Régression	8255.540	2	4127.770	39.020	0.000
	Résidu	35014.771	331	105.785		
	Total	43270.311	333			
a. Variable dépendante : La prise en charge du patient						
b. Valeurs prédites : (constantes), Organisation des urgences et changement, rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences.						

Commentaire

Le tableau ANOVA atteste que le modèle est significatif (la valeur de F est de 39.02 et est significative à $p < 0,000$). Il y a donc une relation statistiquement significative entre la variable dépendante (La prise en charge du patient) et la variable indépendante (Organisation des urgences et changement, rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences).

3.2.3.1.2 Évaluation de l'ajustement des données au modèle de régression

Tableau N°36 : Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Durbin-Watson
1	,437 ^a	,191	,186	10,28517	1,459

a. Valeurs prédites : (constantes), Organisation des urgences et changement, rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences

b. Variable dépendante : La prise en charge du patient

Commentaire : La variance expliquée par le modèle est de $R^2 = 0.19$; Les deux variables prises en compte expliquent 19 % (0.186) de la prise en charge du patient (R-deux ajusté). Cette donnée de 19% signifie que la corrélation entre les deux variables (La prise en charge du patient et Système d'évaluation de la performance des ressources humaines) n'est pas assez forte et est donc moyenne.

La dernière colonne concerne le test de Durbin-Watson, il n'y a pas de seuil de signification associé, seulement la valeur de la statistique qui est acceptable lorsqu'elle se situe entre 1 et 3. Il est convenu que plus la valeur est près de 2, moins il y a de problème au niveau de l'indépendance des erreurs. Avec une valeur de 1,46, nous pouvons croire que nous respectons cette prémisse.

N.B: Le test de Durbin—Watson introduit une statistique d pour tester l'autocorrélation d'ordre 1 des résidus obtenus à partir d'un modèle de régression linéaire. Le problème apparaît souvent lors de l'application d'un modèle linéaire à une série chronologique et que l'on désire tester l'indépendance des résidus ainsi obtenus. Historique : l'invention de ce test est due à J. Durbin et G.S. Watson en 1950 (Dodge, 2007: 531).

Tableau N°37 : Évaluation des paramètres du modèle

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	29,983	3,984		7,527	,000
	rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	,315	,162	,101	1,951	,052
	Organisation des urgences et changement	1,124	,146	,397	7,699	,000

a. Variable dépendante : La prise en charge du patient

Commentaire : Le premier résultat est que le modèle est significatif. Il existe donc une corrélation, une relation d'influence, entre le système d'évaluation de la performance des ressources humaines et la prise en charge des usagers dans les services des urgences. Le test t de la régression d'organisation des urgences et changement est supérieur à 2. Nous pouvons donc conclure que l' « organisation des urgences et changement » a un effet significatif et positif sur « La prise en charge du patient » ($t = 7,699$; $p < 0,05$).

Le test t de la régression du Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences est inférieur à 2. ($t = 1,951$; $\text{sig} = 0,52$). Nous pouvons donc affirmer que le rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences entraîne des effets limités sur « La prise en charge du patient ».

Tableau N° 38 : Vérification de multicollinéarité

Modèle		Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		Corrélation simple	Partielle	Partie	Tolérance	VIF
	Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences	,214	,107	,096	,918	1,089
	Organisation des urgences et changement	,426	,390	,381	,918	1,089

On constate que les valeurs de Tolérance et de VIF ont été considérablement améliorées dans « Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences » et « Organisation des urgences et changement » par le fait d'avoir centré les variables.

Il n'y a plus lieu ici de se préoccuper de problèmes de multi-colinéarité. Centrer les variables impliquées dans une interaction permet par conséquent d'obtenir un modèle qui a de meilleures propriétés statistiques.

Il ne doit pas y avoir de relation linéaire parfaite entre deux ou plusieurs variables indépendantes. Par conséquent, les corrélations ne doivent pas être trop fortes entre celles-ci. Cette prémisse peut être vérifiée avec le VIF (Variance Inflation Factor) indiquant si une variable indépendante a une relation linéaire forte avec les autres. La règle arbitraire souvent appliquée veut qu'une valeur de cet indice plus grande que 10 indique la présence d'un tel problème.

La régression multiple est complexifiée par la présence de multicollinéarité. Soulignons que cette condition n'existe pas dans les données présentées. En effet, la majorité des études mettent en jeu des variables explicatives qui sont corrélées. Une méthode simple pour détecter une trop grande corrélation entre variables indépendantes consiste à demander des tests de colinéarité : tolérance et facteur d'inflation de la variance (VIF).

La tolérance est définie comme la part de variabilité de la variable indépendante qui n'est pas expliquée par une ou d'autres variables indépendantes. Une tolérance élevée correspond à un faible degré de colinéarité. Le seuil de 0.3 est recommandé. À l'inverse, le seuil du facteur d'inflation de la variance (VIF) doit être faible : < 3. (Bressoux, 2008: 143-144)

Tableau N° 39 : Évaluation des paramètres du modèle

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	45,605	5,134		8,882	,000
	Rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	,282	,159	,090	1,778	,076
	Organisation des urgences et changement	,984	,144	,348	6,833	,000
	Expérience	-,228	,478	-,024	-,478	,633
	Sexe	-,362	1,198	-,016	-,302	,763
	Poste de Travail	-2,596	,882	-,143	-2,943	,003
	Secteur	-1,543	,357	-,228	-4,319	,000

a. Variable dépendante : La prise en charge du patient

Commentaire

Le signe du coefficient nous indique le sens de la relation. Dans notre cas, plus le niveau du système d'évaluation de la performance des ressources humaines (Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences/ Organisation des urgences et changement) augmente, plus le niveau du « La prise en charge du patient », dans les services des urgences, augmente.

L'erreur standard nous renseigne sur la variabilité du coefficient dans la population. Elle permet également de calculer la valeur de t. Cette dernière nous indique si le coefficient est significatif. Alors que le tableau sur le récapitulatif des modèles confirmait si chaque modèle était significatif, la signification de t indique si chaque variable contribue significativement au modèle. Plus la valeur de t est élevée et plus celle de p est petite, plus le prédicteur contribue au modèle. Nous constatons donc que " Organisation des urgences et changement variables est significative (sig= 0.000), mais que la variabilité expliquée par le Secteur (sig = 0.000) est plus importante que celle expliquée par le Poste de Travail (sig =0.003).

La valeur du Beta standardisé (β) apporte aussi une information intéressante. Elle indique le changement en écart-type de « La prise en charge du patient" pour chaque augmentation d'un écart-type du "système d'évaluation de la performance des ressources humaines (Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences/ Organisation des urgences et changement), quand toutes les autres valeurs sont constantes.

La conclusion est que l'hypothèse N°01 est validée, en ce sens qu'il existe une influence significative mais limitée entre le «système d'évaluation de la performance des ressources humaines » et « La prise en charge du patient ». A ce titre, à la lumière des données statistiques et de cette relation limitée entre les deux variables de la recherche, nous expliquons cette limite par les probables facteurs parasites suivants :

- Les conditions de travail et en particulier la charge du travail,
- Le rôle différencié (en termes d'influence significative) des gestionnaires des 05 services des urgences, objet de notre recherche,
- Le niveau de formation des médecins et des paramédicaux,
- L'instabilité chronique des responsables à tous les niveaux des services des urgences,
- La recherche de différences, dans cette relation d'influence entre ces deux variables, entre les cinq organisations des urgences, (les 03 services des urgences de Mostaganem, l'établissement spécialisé psychiatrique de Mostaganem et la maternité de Mostaganem), objet de cette recherche.

3.2.3.2 Hypothèse N°2

Il existe une différence d'influence opérationnelle dans le collectif des urgentistes, au bénéfice des deux postes de travail, médecins et paramédicaux, sur « La prise en charge du patient », dans les urgences. La variable indépendante sera « Les postes de travail » qui regroupe les répondants selon la fonction occupée, soit les trois postes (Médecins, Paramédicaux, Administratifs).

La variable dépendante sera « La prise en charge du patient ».

La variable indépendante sera les « Postes de travail » qui regroupent les répondants selon la fonction occupée, soit les trois groupes de médecins, paramédicaux et administratifs.

La variable dépendante sera « La prise en charge du patient » qui regroupe tous les répondants des deux variables « Rôle des Ressources humaines dans l'organisation des urgences » et « Organisation des urgences et changement ».

Tableau N°40 : Test d'homogénéité des variances pour ANOVA à 1 facteur

La prise en charge du patient			
Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Signification
,106	2	331	,899

Commentaire : Le test de Levene est significatif ($0,899 > 0,05$), l'hypothèse d'homogénéité des échantillons est donc acceptée. Nous pouvons donc procéder à l'analyse des résultats de l'ANOVA.

Tableau N°41 : La prise en charge du patient

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification (p)
Inter-groupes	1593,783	2	796,892	6.329	0.002
Intra-groupes	41676,528	331	125,911		
Total	43270,311	333			

Commentaire :

Plus la valeur de p est petite, plus la preuve est forte contre l'hypothèse nulle. Ici, les moyennes sont très différentes ($F = 6,329$; $p = 0,002$). L'hypothèse nulle est rejetée, il existe une différence entre les variables « Poste de travail » et « La prise en charge du patient ». À ce stade, nous ne savons pas où sont situées ces différences. Pour cela, il faut réaliser un test de comparaisons multiples, aussi appelé test post hoc.

2.3.4 Les comparaisons multiples

L'analyse de variance nous indique qu'il existe des différences entre les groupes, mais ne précise pas où sont situées ces différences. Pour remédier à la situation, nous avons fait un test post-hoc avec la comparaison de Bonferonni.

Tableau N°42 : Les comparaisons multiples (Bonferonni)

Variable dépendante : La prise en charge du patient						
(I) Poste de travail	(J) Poste de travail	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Significatio n	Interval de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Médecins	Paramédicaux	5,91045*	1,77509	,003	1,6392	10,1817
	Administratif	6,49059*	1,99988	,004	1,6785	11,3027
Paramédicaux	Médecins	-5,91045*	1,77509	,003	-10,1817	-1,6392
	Administratif	,58014	1,45397	1,000	-2,9184	4,0787
Administratif	Médecins	-6,49059*	1,99988	,004	-11,3027	-1,6785
	Paramédicaux	-,58014	1,45397	1,000	-4,0787	2,9184

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Commentaire : La première colonne comprend chaque groupe comparé et la deuxième présente les groupes comparés avec celui de la première colonne.

Dans la colonne "Différence de moyennes (I- J)", on observe les différences entre les groupes suivis par l'erreur-type et le degré de signification associés à cette comparaison.

Le test de Bonferonni montre que le poste de travail "Médecins" se différencie significativement des "Paramédicaux" (I-J =5.91; p=0.003), ainsi que de ceux des "Administratifs" (I-J =6.49 ; p=0.004); par rapport à la variable « La prise en charge du patient ». Il reste aussi à souligner qu'entre les groupes « Paramédicaux » et « Administratifs » il n'y a pas de différences (I-J =0.58 ; p=1.000).

2.3.5 Conclusion de la recherche fondamentale

A la lumière des données du tableau statistique, on peut confirmer qu'il existe une différence entre les catégories professionnelles dans leur relation (d'effet) avec la variable « prise en charge du patient ». Et que le corps médical est la catégorie professionnelle qui a le plus d'effet dans la prise en charge opérationnelle du patient (67,82), du fait de son rôle essentiel dans le management hospitalier et qu'il est donc appelé à « mettre en œuvre des stratégies relativement adaptées au comportement du malade, des accompagnateurs et du personnel» (SFMU, 2004 : 103). Dans un contexte d'insécurité et de manque de moyens humains, le corps médical « tire sa légitimité et son autorité de son expertise » (Gheorghiu, Moaty, 2013 : 223).

Mais on ne peut pas penser l'efficacité de l'équipe des urgences sans le rôle déterminant des paramédicaux, si on se réfère à de nombreuses sources de littérature dont celle de l'OMS (2006). Ce qui ne ressort pas, avec force, dans les données statistiques. Il y a, probablement, des facteurs « parasites » dont, à titre d'exemple, l'instabilité du personnel paramédical.

Dans un contexte de réforme hospitalière et de rationalisation des dépenses de santé, ces résultats appellent à un ensemble de mesures (organisationnelles, juridiques etc.) dont la reconnaissance du statut de l'urgentiste et une continuité dans la recherche dans les domaines de l'évaluation professionnelle, de l'analyse des tâches de l'équipe des urgences et de la collaboration entre les médecins spécialistes et généralistes. Et des médecins généralistes avec les paramédicaux qui ont un rôle central dans toutes les phases de la prise en charge opérationnelle du patient. La définition du rôle du secrétariat médico-administratif (souvent négligé), l'importance du tri dans l'accueil des usagers et la formation permanente devraient être également une préoccupation autant des chercheurs que des acteurs de la santé.

3.3 Discussion des résultats de la recherche

Dans notre recherche documentaire axée sur la relation entre le système d'évaluation de la performance des urgentistes et la prise en charge du patient, dans l'objectif de la recherche d'une amélioration de la qualité de cette prise en charge et la crédibilité du service public de santé, nous nous sommes fixés comme objectif central, avec la vérification des deux hypothèses, de proposer, en application des principes de la recherche-action, une démarche alternative à l'actuel système d'évaluation de la performance des urgentistes, traditionnel et non adapté à une organisation sanitaire moderne, orientée vers la performance. L'analyse des résultats de la recherche peut nous mieux nous éclairer sur les pistes complémentaires du travail de recherche que nous avons entamé.

Dans ce cadre, nous proposons une « discussion des résultats », en confrontant les résultats de la recherche aux propositions de nos deux hypothèses. Notre argumentaire puisera dans la recherche documentaire que nous avons menée, dans le cadre de la recherche exploratoire, en nous référant aux recherches académiques, aux travaux de l'OMS, spécialisée dans le domaine de la santé, et d'une manière générale à l'expérience internationale.

3.3.1 Hypothèse N° 01 : Le système d'évaluation de la performance des ressources humaines a une influence significative sur la « prise en charge du patient » dans les services des urgences.

Les résultats obtenus (tableau 33; 39) montrent que la variance expliquée par le modèle est de $R^2 = 0.19$. Les deux variables prises en compte expliquent 19 % (0.186) de la prise en charge du patient (R-deux ajusté). Cette donnée de 19% signifie que la corrélation entre les deux variables (La prise en charge du patient et le système d'évaluation de la performance des ressources humaines) n'est pas assez forte et la conclusion est que l'hypothèse N°01 est validée, en ce sens qu'il existe une influence significative mais limitée entre le «système

d'évaluation de la performance des ressources humaines » et « La prise en charge du patient ». A ce titre, à la lumière des données statistiques de cette relation limitée entre les deux variables de la recherche, nous expliquons cette limite par les probables facteurs parasites suivants (ce qui sous-entend d'autres pistes –complémentaires– de la recherche) :

- Les conditions de travail et en particulier la charge du travail,
- Le rôle différencié des gestionnaires des cinq services des urgences, objet de la présente recherche,
- Le niveau de formation des médecins et des paramédicaux,
- L'instabilité chronique des responsables à tous les niveaux des services des urgences,
- La recherche de différences, dans cette relation d'influence entre ces deux variables, entre les cinq organisations des urgences, (les trois services des urgences, l'établissement spécialisé psychiatrique de Mostaganem et la maternité de Mostaganem).

Il y a donc une corrélation positive et significative entre la « Prise en charge du patient » et le « Rôle des Ressources humaines dans l'organisation des urgences » ainsi qu'avec « l'Organisation des urgences et changement ». On doit porter une attention aux relations entre les variables indépendantes. Dans le cadre de l'analyse des résultats de la première hypothèse, nous présentons les arguments suivants :

Notre premier argument est que les recommandations sur la première enquête nationale sur les urgences hospitalières confirment cette nécessité d'introduire cet outil essentiel à la performance de l'organisation des urgences.

1. Les recommandations sur la première enquête nationale sur les urgences hospitalières proposent que des mesures incitatives doivent être mises au point.

Dans les recommandations du rapport, les mesures suivantes sont proposées :

Concernant le recrutement des médecins pour les urgences, le rapport d'enquête propose les mesures suivantes (MSPRH, Enquête nationale sur les urgences, 2006 : 54) :

- L'obligation pour les services d'urgences d'assurer la permanence médicale, 24 heures sur 24, ne pourra être satisfaite que s'il est possible d'assurer le recrutement de médecins en nombre suffisant.
- De plus, « des mesures incitatives doivent être mises au point pour favoriser ce recrutement et faire en sorte que les postes aux urgences soient occupés par des médecins qualifiés. Une mesure générale consisterait à assurer, pour les gardes, une rémunération et des conditions au moins égales à celles d'un travail de jour ».

- Certains services d'urgences étant nettement plus surchargés que d'autres, « les primes de garde pourraient être différenciées selon le nombre de patients et leur prise en charge ».
- Dans le même sens et « pour être en mesure de compenser la pénibilité des gardes et astreintes, il faut veiller à ce que le budget qui leur est alloué ne soit pas utilisé à autre chose qu'à la rémunération des gardes et astreintes effectivement assurées ».
- Un autre point concerne la participation des médecins libéraux aux urgences hospitalières, donc prenant la garde à l'hôpital. « Ceci ne peut aboutir qu'après établissement d'un mode et d'un taux de rémunération convenable. Cette rémunération doit rester en harmonie avec celle des personnels hospitaliers ». Il faudra également « réfléchir à l'implication des médecins libéraux dans les gardes au niveau de leur cabinet. Ceci est également valable pour les pharmacies privées qui n'observent plus de garde dans certaines régions ».

Il faut souligner que dans cette recherche documentaire, on n'a pas trouvé de travaux de recherche (thèses, mémoires), similaires au notre, avec la même problématique et l'intérêt de mettre en corrélation les deux variables (évaluation de la performance des urgentistes et la prise en charge du patient). Peut-être que pour beaucoup de pays, particulièrement européens et autres, cette question de l'évaluation de la performance des ressources humaines est, à notre avis, réglée dans la conception et la mise en œuvre de l'entreprise, étant donné l'évolution historique des pays industrialisés. C'est même un pré-requis dans la création d'une entreprise, de bien ou de service qui vise une plus-value. Un rappel historique est nécessaire.

Depuis le début du 20ème siècle, l'Organisation Scientifique du Travail a été fondée par Frédéric Winslow Taylor pour obtenir le meilleur rendement, suivant la formule « the one best way » (la meilleure façon possible, de produire). Ce sont les premières dispositions introduites dans l'organisation du travail, pour lutter contre la « flânerie » des travailleurs (selon l'expression de W. Taylor), encourager la « une rémunération au rendement » avec les stimulants financiers (le travail à la pièce, à la tâche etc.) pour augmenter la production et la productivité. Ce système d'organisation du travail a été généralisé, avec des adaptations, à toutes les sociétés industrielles et donc a un caractère universel. Après le fordisme, les conclusions historiques de l'école sociologique américaine d'Elton Mayo, connues sous le nom de "l'effet Hawthorne", après l'enquête dans la Western Electric et la naissance de l'école des relations humaines, ainsi que les autres adaptations (et théories) à l'évolution

historique de l'organisation capitaliste de production, produire des biens ou de « meilleurs services sanitaires possibles », dans le cas de notre recherche, exige de respecter les lois et règles fondamentales de l'entreprise moderne et donc de gérer selon les principes d'un management moderne. Et parmi ces lois fondatrices de l'entreprise, on cite le nécessaire « Système d'évaluation de la performance des urgentistes » qui est la variable indépendante dans notre recherche.

2. Un résumé de l'état de l'art sur la recherche sur les urgences hospitalières : une tendance vers les modèles de performance.

L'essentiel de la littérature sur la problématique des urgences hospitalières que nous avons parcouru est en rapport, en général, avec :

- Les thématiques de « L'étude des motifs de recours aux urgences », « L'analyse des délais d'attente aux urgences », ou « L'analyse des consultations dans les urgences », sont justifiées par les dysfonctionnements les plus expressifs, inappropriés de l'organisation des urgences qui devrait apporter des réponses et le mieux des solutions, même palliatives,
- Des recommandations de bonnes pratiques, par la mise au point de recueils, guides sur les procédures d'accueil, de tri, d'utilisation des salles d'urgence, ou en général des guides médicaux par pathologies (AVC, urgences pédiatriques, etc.),
- Les pathologies cardiaques (qui représentent près de la moitié des urgences),
- L'étude pour l'amélioration du parcours du patient,
- La qualité et sécurité des soins (médecine du travail),
- Le dossier patient avec l'informatisation, la télémédecine, etc.

Mais, il existe une riche littérature qui aborde cette problématique, indirectement, parce que la performance des ressources humaines ou de l'entreprise a un caractère transversal. C'est particulièrement les travaux de l'OMS et d'autres organismes de recherche qui interviennent sur cette thématique, en proposant des contributions scientifiques concernant l'expérience universelle sur le thème des incitations financières, l'équité et la politique d'intéressement, la rémunération au mérite, la motivation des travailleurs, la justice organisationnelle et distributive, la définition d'objectifs ou de contrats de performance, les nécessaires pratiques de reconnaissance du travail réalisé etc.

3. Les travaux de recherche de l'OMS : « Pour un système de santé plus performant (2000) ». Il faut reconnaître que les travaux de l'OMS, particulièrement les

rapports annuels, se distinguent par leur recherche systématique et leur éclairage sur les multiples thèmes, en rapport avec la santé.

Nous citons, en premier lieu le rapport de l'année 2000, consacré totalement à la performance de l'organisation sanitaire, « Pour un système de santé plus performant », dans il est précisé, en introduction que : « L'évaluation de la performance permet aux responsables des politiques, aux prestataires du secteur de la santé et à la population dans son ensemble de juger eux-mêmes le fonctionnement des mécanismes sociaux qu'ils ont contribué à mettre en place pour améliorer la santé ». La Directrice Générale de l'OMS *invite à réfléchir sur les forces qui façonnent la performance et sur les mesures propres à l'améliorer* » (OMS, 2000 : 09). Nous proposons des extraits illustratifs de ce rapport :

- « Les ressources humaines, c'est-à-dire les différents types de personnel clinique ou autre permettant de réaliser chacun des actes individuels et chacune des interventions de santé publique, sont les principaux apports d'un système de santé. La performance du système de soins de santé dépend, en dernière analyse, des connaissances, compétences et motivations des personnes responsables de la prestation des services » (OMS, 2000 : 102).
- « La motivation, toutefois, dépend non seulement des conditions de travail, mais aussi des incitations et compensations financières, c'est-à-dire des revenus et autres avantages ainsi que de la gestion générale du personnel et des perspectives de carrière » (OMS, 2000 : 104).
- « Des incitations appropriées et une bonne information sont deux puissants instruments pour améliorer la performance » (OMS, 2000 : 15).
- « Ce sont les résultats obtenus en fonction des ressources qui constituent la véritable mesure de la performance d'un système de santé » (OMS, 2000 : 62).
- « On s'interroge beaucoup sur la question de savoir si un mode d'organisation du système de santé est préférable à un autre, mais ce qui compte dans la structure générale d'un système, c'est la mesure dans laquelle elle facilite la performance des fonctions essentielles de ce système » (OMS, 2000 : 34).
- « C'est au gouvernement qu'incombe, en dernière analyse, la responsabilité de la performance d'ensemble du système de santé d'un pays, mais l'administration générale du système doit impliquer tous les secteurs de la société. La prise en charge judicieuse et réfléchie du bien-être de la population est l'essence même d'un bon gouvernement. Dans chaque pays, elle consiste à mettre en place le système de santé le plus efficace et le plus équitable possible compte tenu des ressources disponibles.

La santé des gens constitue toujours une priorité nationale et le gouvernement en est responsable en permanence » (OMS, 2000 : 15).

4. Les travaux de recherche de l'OMS : L'incitation à la performance des prestataires de services de santé

On cite également un document de travail de l'OMS, élaboré particulièrement pour « L'incitation à la performance des prestataires de services de santé », qui s'interroge sur les déterminants de cette performance et souligne que « les institutions (administrations sanitaires et prestataires de services de santé) et les personnes qui y travaillent sont des facteurs importants de cette performance du système de santé. Plus ceux-ci seront performants, plus le système dans son ensemble sera performant » (Jean Perrot et al., 2010 : 06).

Le document souligne, pour justifier cette nouvelle approche, que pendant longtemps, la logique a été que les différences de résultats atteints par les prestataires s'expliquaient :

- par les différences de moyens. Si l'on consacrait davantage de moyens à ces prestataires de services de santé, on allait obtenir automatiquement des résultats supérieurs;
- par des différences dans le recours à un commandement hiérarchique efficace, s'appuyant sur un système de sanctions;
- par des différences dans la conscience professionnelle des personnels travaillant dans les structures de santé.

Dans la réalité, explique le document, souvent, avec des moyens similaires, des prestataires de services de santé obtiennent des résultats assez substantiellement différents, et on estimera aussi que les moyens sont insuffisants pour atteindre de bons résultats.

- Par ailleurs, continue le document, le commandement hiérarchique est un principe de fonctionnement qui est de moins en moins accepté par les différents acteurs et n'est en outre pas une garantie du meilleur résultat possible (Jean Perrot et al., 2010 : 06).
- Face à ces constatations, une nouvelle stratégie est née ces dernières années, basée sur le recours aux incitations qui consiste à amener les prestataires de services de santé à avoir intérêt à faire plus et mieux.
- Enfin, conclut le document, les mécanismes d'incitation à la performance sont plus complexes qu'il n'y paraît tant au niveau des concepts que dans les modalités d'opérationnalisation, et ce, d'autant plus que le recul des expériences est encore largement insuffisant (Jean Perrot et al., 2010 : 07).

On peut considérer ce document consensuel comme un cours qui retrace, de manière pédagogique, la méthodologie à aborder, dans les organisations sanitaires, de la problématique de la performance, autant comme un référentiel que sous l'angle de la démarche opérationnelle, en s'appuyant sur l'expérience universelle, en présentant, trois expériences des dispositifs nationaux et des stratégies de mise en œuvre de l'incitation à la performance. Ce sont trois cas concrets des pays suivants : Haïti, Mali, Rwanda.

- On peut aussi adapter ce document (et d'autres complémentaires) aux réalités de l'organisation sanitaire algérienne et au cas concret, objet de notre recherche, des urgences hospitalières. Particulièrement, après l'adoption de la nouvelle loi sanitaire de juillet 2018 et donc, l'ouverture d'un grand chantier, avec de fortes résistances, certes, mais qui nécessite une stratégie de mise en œuvre consensuelle des acteurs. Et en respectant le principe managérial de l'OMS qui affirme que « Dans le domaine des ressources humaines, les incitations et la gestion ont aussi un effet indirect sur l'utilisation des autres ressources » (OMS, 2000 : 105).

Le concept de performance est en constante corrélation avec le concept de qualité. Dans ce cadre, nous présentons une approche de l'OCDE.

5. Incitations salariales et qualité de service : « En 2004-05 la performance des médecins a été évaluée par rapport à 146 indicateurs, dont plus de 50 % portaient sur la qualité clinique. À chaque point obtenu était associé un bonus financier, ce qui permettait aux médecins généralistes de percevoir une rémunération supplémentaire représentant jusqu'à 30 % de leur salaire, soit une hausse de 20 % du budget du National Health Service (NHS) alloué aux généralistes ». Après une année d'application, le QOF semblait avoir fait évoluer la qualité des soins délivrés aux patients dans deux des trois domaines qui avaient été contrôlés avant et après l'instauration des incitations (asthme et diabète). Les résultats enregistrés en 2004 montrent que la performance des généralistes a sensiblement dépassé les prévisions, et qu'ils ont en moyenne respecté à 91 % les orientations cliniques. Néanmoins, ce résultat est peut-être aussi partiellement imputable aux nombreuses interventions qui ont précédé le QOF, telles l'élaboration de directives nationales pour les principales maladies, la procédure appelée « gouvernance clinique », et une procédure d'inspection nationale » (OCDE, 2008 : 13).

6. La qualité devrait être au cœur de tous les systèmes de santé : les conséquences d'une qualité médiocre

Selon le rapport de l'OCDE, les soins de santé présentent des avantages potentiels énormes, mais ils comportent aussi des risques importants, le principal étant celui d'une qualité médiocre puisqu'elle met en danger la vie et le bien-être de la population. Une qualité de soins médiocre compromet tous les objectifs des systèmes de santé modernes, car elle engendre une insatisfaction grandissante des patients, une mortalité prématurée, une augmentation des coûts de santé, et est susceptible d'accroître les disparités sur le plan de la santé. De nombreuses initiatives politiques prometteuses cherchent à améliorer la qualité des soins ou bien partent du principe que celle-ci est aisément contrôlable. Par conséquent, il est crucial d'encourager le suivi et l'évaluation en continu de la qualité des principales stratégies en matière de soins de santé, en mettant notamment l'accent sur les aspects clés de la qualité, à savoir l'efficacité, la sécurité et le patient en tant qu'individu. La mesure de la qualité est déterminante pour optimiser les dépenses des systèmes de santé. (OCDE : 17, 2010).

7. Le rapport du GRAS de l'université d'Oran : la perception des usagers sur la prise en charge du patient et la performance de l'organisation sanitaire

En analysant la perception des usagers sur l'état des services de la structure sanitaire et donc sur ce qu'ils considèrent comme les critères de performance de la prise en charge du patient, le rapport du GRAS de l'université d'Oran explique que « Les arguments qui expliquent le mieux et qui peuvent influencer l'opinion des utilisateurs sur les services de santé de leur communauté sont :

- un cadre accueillant,
- une mauvaise attitude du personnel envers les patients,
- une insuffisance de médicaments et d'équipement et enfin,
- une longue attente au niveau des consultations » (GRAS, 2010 : 193).

Il faut bien noter, dans la classification de ces quatre « critères de performance », la première place accordée à « un cadre accueillant », un critère qui porte une grande signification dans la société, et qui nous renvoie au peu d'intérêt qu'accorde l'organisation des urgences à une fonction (d'entreprise) capitale qui exige le professionnalisme et l'esprit du travail d'équipe.

8. La bureaucratie professionnelle, selon Mintzberg, n'est pas compatible avec l'incitation à la performance et à l'efficacité

L'équipe universitaire que dirigeait Saada Chougrani, de la faculté de médecine du CHU d'Oran, a travaillé sur un projet de développement du Système d'Information Hospitalier à l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran qui, selon les chercheurs, nécessite une approche systémique incluant impérativement la gestion des contenus (dossier médical et extractions). L'équipe de chercheurs explique qu'« on ne peut inscrire un SIH sans qu'une vision globale dans le cadre d'une politique de santé claire ne soit définie ». Or, argumente l'équipe, ni la loi sanitaire en vigueur, ni les projets avortés de réforme de cette loi ne donnent une place à la politique d'information sanitaire et tous les systèmes d'information montrent l'importance et la place de l'individu, acteur central du système (Chougrani et al., 2013 : 624).

En conclusion de la recherche, les chercheurs soulignent qu'au-delà du management du système d'information « il y a d'abord la question du management du projet de l'établissement qui se pose »; en précisant que c'est à ce niveau que les gains de productivité peuvent être gagnés. Dans ses conclusions, l'équipe estime qu'il est utile de rappeler que « le leadership et la gouvernance dans les structures de soins restent assez complexes ». Les chercheurs concluent, en se basant sur la classification des organisations de Mintzberg, que le rapport à la hiérarchie et à l'autorité dans un système appartenant à la bureaucratie professionnelle (parlant de l'organisation hospitalière algérienne), selon Mintzberg, n'est pas compatible avec l'incitation à la performance et à l'efficacité (Chougrani et al., 2013 : 625).

9. L'importance d'un modèle pour la performance des urgences (qui implique une meilleure prise en charge du patient)

Ce mémoire adopte le modèle EGIPSS pour présenter un outil global et intégré d'évaluation de la performance organisationnelle de la salle d'urgences de l'Hôpital Général Régional à Guadalajara, au Mexique. Cet instrument est conçu pour prendre en compte spécifiquement les particularités propres des Salles d'Urgence, ainsi que les caractéristiques organisationnelles uniques de l'Hôpital Général Régional.

Ces relations de la salle d'urgence, comme celles du système de santé, comportent un degré de complexité et de récursivité qui n'ont rien de linéaire, tel que montré avec élégance par le modèle de Georgeopoulos et Cooke.

Malheureusement, souligne l'auteur de la recherche, les chercheurs intéressés par la performance des urgences semblent avoir ignoré ce modèle et ses avantages, pour privilégier des conceptions linéaires. Ainsi, la logique Donabedianne a été reprise sans tenir compte des limites et des mises en garde que cet auteur a formulé à propos de son propre travail.

Le développement de ce projet de mémoire contribue aux efforts d'amélioration continue de la performance de cet établissement, et enrichit les connaissances sur les urgences en tant qu'unités organisationnelles.

La complexité de l'urgence est telle, conclut l'auteur, qu'on erre en entreprenant l'évaluation de sa performance avec une conception unidimensionnelle ou linéaire, même si cette conception est dérivée d'un modèle aussi accepté et répandu que celui de Donabedian. Ainsi, une telle démarche conduirait à une appréciation incomplète et, à la limite, fautive de la performance des Salles d'Urgence.

Un grand nombre d'études sur le phénomène de l'engorgement a paru depuis les premiers rapports sur ce sujet en 1991. Si l'on juge par le nombre de publications dans la littérature qui correspondent à la performance et celles qui correspondent à l'engorgement, on peut dire avec justesse que pendant les dernières décennies l'attention des chercheurs a été plutôt centrée sur l'engorgement et non pas sur la performance des salles d'urgence. Alors, d'une certaine façon, conclut l'auteur, *les chercheurs poursuivent un symptôme et s'intéressent moins à la maladie qui le provoque.*

Cela s'explique en partie par la complexité de la notion de la performance à l'urgence, ainsi que par la visibilité du phénomène de l'engorgement, lorsqu'il constitue une des manifestations les plus tangibles de la crise que traversent les systèmes de santé. En fait, l'engorgement est un excellent exemple de performance inadéquate dans toutes les dimensions de la performance.

De plus, le cadre abrégé d'évaluation ici présenté serait applicable, avec des ajustements aux facteurs locaux, à n'importe quelle salle d'urgence dans le monde. En plus, « Un cadre aussi succinct et à la fois complet, serait fort utile dans les organisations qui souffrent des limitations d'infrastructure administrative et technologique comparables à celle abordée » (F. M. Rivas Olivares, 2011).

10. Une approche, sous l'angle clinique, qui aborde la problématique l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine (Y. Benatia, 2008).

L'objectif de cette étude est d'évaluer le phénomène de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine, son lien avec certaines caractéristiques socioprofessionnelles et les conditions d'exercice du métier. Un auto-questionnaire incluant le Hamburg Burnout Inventory (HBI) et des variables socioprofessionnelles, a été distribué à 526 infirmiers urgentistes ; 83 % ont répondu. On présente deux résultats de l'enquête qui mettent en relation les conditions de travail stressantes, l'épuisement professionnel et les sentiments d'impuissance ainsi que le manque d'accomplissement personnel, ce qui entraîne

une insatisfaction sur leur performance. Du fait aussi que les paramédicaux sont les plus proches du patient qui se trouve dans un certain niveau de gravité.

Selon les critères du HBI, 33,56 % d'infirmiers urgentistes ont un épuisement émotionnel important, 50 % souffrent de sentiment d'impuissance, 30,80 % éprouvent un vide intérieur, 35,86 % expriment un ras-le-bol professionnel et 28,50 % présentent une réaction agressive. Par ailleurs, ces professionnels sont loin d'être insatisfait de leur performance, d'être distant vis-à-vis des patients, d'avoir une réaction dépressive, d'éprouver des difficultés à se détendre et d'être exigeant avec soi-même. D'où aussi, et par voie de conséquence, le sentiment d'un manque d'accomplissement personnel (Y. Benatia, 2008 : 214). Ces données confirment l'existence de l'épuisement professionnel ou Burn-Out.

« Les infirmiers des urgences médicales, conclut le chercheur, accusent une baisse de l'accomplissement personnel dans la mesure où la confrontation aux situations de souffrance et de mort d'une part et les conditions de travail comme le manque de moyens, de personnel qualifié, etc. amènent ces infirmiers à se désinvestir en se sentant incapables de mener leur travail à terme malgré qu'ils déploient des efforts considérables. Ceci dit, ces infirmiers semblent avoir une vision négative de leur travail qui influe sur leur compétence et par conséquent sur leur auto-efficacité entraînant une insatisfaction sur leur performance » (Y. Benatia, 2008 : 226).

Par ailleurs, l'approche de la psychologie du travail et ses méthodes permettent de limiter l'action du Burn-Out sur les paramédicaux qui supportent une charge assez importante dans les urgences. En particulier quand on valorise le rôle des infirmiers urgentistes, par l'écoute et le management participatif, ainsi que par l'introduction d'un système d'évaluation de la performance qui réhabilite leur rôle stratégique dans l'organisation des urgences.

11. Comment optimiser les ressources existantes dans l'organisation des urgences ?

Dans son rapport sur la problématique des personnels de santé, « L'alliance mondiale pour les personnels de santé » a dégagé des recommandations relatives au renforcement des Ressources Humaines. Les préconisations issues des travaux des trois groupes de travail de la conférence, s'inscrivent dans une stratégie globale de renforcement et de développement des ressources humaines en santé. Elles concernent notamment les domaines :

- de la planification sanitaire (élaboration de PDRH, gestion des ressources sur les territoires et les bassins de santé, actualisation des cartes sanitaires) ;

- du management (gestion par postes, valorisation des carrières, possibilité de recrutement, de rémunérations adaptées, de mesures incitatives, développement des DRH) ;
- de la méthodologie et de l'ingénierie de programmes (harmonisation, coordination, benchmark, systèmes de monitoring et d'évaluation (Gwenaël Dhaene, 2007 : 07).

11.1 Groupe de travail n°1 : Comment optimiser les ressources existantes ?

Le groupe de travail s'est attaché à développer un consensus sur les problèmes ainsi que les facteurs d'environnement du renforcement des RH en santé (stabilité politique, collaboration entre les ministères, lutte contre la pauvreté, intégration sous-régionale). Un certain nombre de forces et faiblesses ont été retenus, notamment au regard des obligations de réalisation des OMD. Les recommandations issues des travaux du groupe, et assorties d'indicateurs et de deadlines (délais) de réalisation, sont les suivantes :

- Réaliser l'analyse de la situation des RH, dans le public comme le privé (juin 2008);
- Elaborer le plan stratégique de développement des RHS (juin 2009);
- Mettre en place et/ou renforcer les DRH santé et déconcentrer la gestion des Ressources Humaines de Santé (décembre 2007);
- Allouer progressivement 15 % du budget de l'Etat au secteur de la santé, prioritairement aux RH (décembre 2010);
- Optimiser la gestion des hôpitaux de référence à l'aide de convention d'objectifs et de résultats (décembre 2010);
- Contractualiser les performances des RHS dans le cadre de la décentralisation (juin 2009) ;
- Impliquer la diaspora et la société civile dans la gestion des systèmes de santé, sous forme de conventionnement (juin 2008);
- Favoriser le développement d'un secteur privé formel participant à l'amélioration de la fourniture de soins (décembre 2010) (G. Dhaene, 2007: 32).

12. Apport des systèmes de gestion de la qualité à la sécurité du patient : une revue internationale

L'objectif était d'identifier au niveau international la contribution des systèmes de gestion de qualité à la sécurité des patients. Les chercheurs ont réalisé une revue systématique pour décrire les éléments des systèmes de gestion de la qualité contribuant à la sécurité des patients.

La recherche systématique a fourni 774 articles, parmi lesquels 39 ont été sélectionnés. Trois principes de qualité ont été identifiés : la gestion par l'approche systémique, l'amélioration continue et la prise de décision basée sur les données factuelles. Les axes d'amélioration dégagés de cette littérature sont notamment :

- La réduction des barrières internes dans les établissements de soins,
- La diminution de l'écart entre les pratiques hospitalières actuelles et les différentes approches d'amélioration de la sécurité du patient,
- Le contrôle par des pairs,
- Les audits internes et externes ainsi que,
- Les évaluations de performance du personnel.

Nous concluons, explique l'auteur, que dans les stratégies et mécanismes permettant de garantir la sécurité des patients et la qualité de l'activité des professionnels de santé impliqués dans les procédures, il y a plusieurs facteurs, dont les évaluations de performance du personnel (R. Rojas YL et al., 2012).

3.3.2 Hypothèse N° 02 : Il existe une différence d'influence dans le collectif des urgentistes, au bénéfice des deux groupes professionnels, médical et paramédical, dans leur rapport d'influence opérationnelle, sur la variable « prise en charge du patient ».

Il faut rappeler que dans l'analyse des résultats, l'hypothèse a été confirmée partiellement.

Il existe une différence entre les variables « Poste de travail » et « La prise en charge du patient »: ($F = 6,329$; $p = 0,002$). À ce stade, nous ne savons pas où sont situées ces différences. est après la réalisation d'un test de comparaisons multiples (post-hoc) avec la comparaison de Bonferonni, aussi appelé test post hoc: Le test de Bonferonni montre que le poste de travail "Médecins" se différencie significativement des "Paramédicaux" ($I-J = 5.91$; $p=0.003$), ainsi que de ceux des "Administratifs" ($I-J = 6.49$; $p=0.004$); par rapport à la variable « La prise en charge du patient ». Il reste aussi à souligner qu'entre les groupes « Paramédicaux » et « Administratifs » il n'y a pas de différences ($I-J = 0.58$; $p=1.000$).

C'est-à-dire que seul le poste de travail « médecins » a été confirmé comme ayant un rôle d'influence significative sur « La prise en charge du patient ». Et donc le poste des « paramédicaux » n'a pas été confirmé, statistiquement. Il y a, certainement des biais ou peut-être même des erreurs. A mon sens, les changements fréquents des effectifs des catégories professionnelles, composant le collectif des urgentistes, et le fait que la période de passation du questionnaire était caractérisée, entre autres, par la préparation du personnel aux examens professionnels, ont, peut-être, joué en défaveur du poste des « paramédicaux ».

Nous aborderons, dans la discussion de ces résultats, en premier lieu, le statut, le rôle et la position des médecins dans l'organisation des urgences et, en deuxième lieu, le statut et le rôle, pas seulement important, mais fondamental des paramédicaux.

1. Le rôle du médecin dans l'organisation des urgences

Tout d'abord, le corps médical constitue l'élite hospitalière, avec toute sa formation, ses connaissances, ses compétences et son savoir-faire. Sa responsabilité de médecin urgentiste, sa position de conseil, d'être le premier, dans l'urgence, à s'entretenir avec une grande diversité de patients (et d'âge), à les examiner et définir la pathologie, à décider des premiers soins d'urgence et la meilleure orientation possible du patient, ou l'évacuation, font du médecin, un rôle central dans la prise charge du patient, dans l'organisation des urgences. Ses missions sont variées, il est dans la consultation, et parfois à s'expliquer devant la famille du patient, dans la réanimation ou la conduite du SAMU. Il y a plusieurs cas où les médecins urgentistes sont l'objet de violences. Le médecin est aussi devant ses responsabilités lorsqu'il y a des « décès évitables » (et peut se trouver devant la justice), des réclamations des familles de patients, une enquête déclenchée par les médias ou une demande d'explication des responsables de l'EPH, de la Direction de la Santé et de la Population (et parfois du premier responsable de la wilaya, le wali) ou même du ministère de la santé.

1.1. La prise en charge du malade : approche holistique et ouverte de systèmes complexes

Analysant les travaux étudiés relatifs au socle des référentiels et compétences en médecine générale, P. Frappé et al. recensent les fonctions du médecin généraliste dans la prise en charge du malade :

- Prévention, diagnostic, soins curatifs et de support.
- Intégration des contraintes administratives et réglementaires.
- Centrage sur le patient : prendre en compte les attentes dites et non dites du patient, autant que les contraintes de la maladie pour décider ensemble dans le cadre légal.
- Éducation et promotion de la santé.
- Établissement d'un projet de santé et de soins.
- Mise en œuvre de gestes techniques.
- Axe social : prestations sanitaires et sociales.

Par ailleurs, explique l'équipe de P. Frappé, « Par défense du patient, il faut entendre défense de ses droits et intérêts, pour qu'il bénéficie des meilleures possibilités qu'offre le

cadre réglementaire, associée à la propre marge de manœuvre du médecin », en ajoutant que le médecin assume également d'importantes responsabilités médico-administratives, en particulier la responsabilité du dossier médical du patient (P. Frappé et al., 2010 : 03).

Il faut préciser, qu'en prenant ces décisions, il est responsable, moralement, civilement et pénalement. Cette responsabilité dans l'organisation le met, de fait, dans le collectif des urgences, dans une position de leadership. Mais, quelle que soit les situations et les cas d'urgence, il garde toujours son autonomie de décision et sa position privilégiée dans le système de santé et dans la société.

1.2. Dans les résultats de l'enquête nationale sur les urgences

La prédominance des médecins généralistes (dans les consultations) est particulièrement marquée au niveau des structures extra-hospitalières et des hôpitaux de secteurs sanitaires.

Dans les résultats de l'enquête nationale sur les urgences, les rédacteurs du rapport commentent le tableau N° 05, en soulignant que la prédominance des médecins généralistes (dans les consultations) est particulièrement marquée au niveau des structures extra-hospitalières et des hôpitaux de secteurs sanitaires, soit (89,1%). Un résultat qui confirme notre 2^{ème} hypothèse sur l'importance de la place du médecin urgentiste par rapport aux autres catégories qui composent le collectif des urgentistes (MSPRH, 2003 : 14).

1.3. La qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients

Nous introduisons cette approche par cette citation de l'OMS qui explique la responsabilité du médecin dans l'activité des ressources humaines : « Tout d'abord, les ressources humaines, et notamment les médecins, déterminent l'utilisation des autres apports disponibles » (OMS, 2000 : 104).

Dans une thèse centrée sur *L'Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients*, Nicolas Krucien conclut que « Cette étude montre que les usagers accordent une importance majeure à la relation médecin-patient et plus particulièrement à l'échange d'informations avec le médecin généraliste. L'information du patient sur son problème de santé ainsi que sur le traitement, la clarté des explications et la prise en compte de l'histoire médicale du patient, explique le chercheur, constituent les principales préoccupations des usagers aux différents tours d'enquête ».

Aussi, ajoute le chercheur, l'information du patient sur son problème de santé est particulièrement importante et peut être assimilée à un élément indispensable d'un soin de

médecine générale de qualité. Cette plus grande importance accordée aux aspects interpersonnels du soin traduit une conception spécifique de la consultation du point de vue du patient.

Dans l'interprétation des résultats, le chercheur argumente que le patient semble envisager le soin comme un service permettant une modification globale de sa situation (e.g. acquisition de connaissances) et non pas uniquement de son état clinique (Anden et al, 2005). Il se réfère aux travaux de Brody et al (1989) qui montrent que les patients ayant bénéficié d'une intervention non technique (e.g. éducation thérapeutique, conseils sur la gestion du problème médical) pendant la consultation ont un niveau de satisfaction supérieur à celui des patients sans intervention non technique. De même, complète le chercheur, Ishikawa et al (2002) établissent un lien entre le mode de communication médecin-patient et la satisfaction du patient pour la consultation (N. Krucien, 2015 : 63).

2. Concernant le travail d'équipe et de coordination (médecin-paramédicaux)

« Les médecins généralistes semblent être davantage sensibilisés aux aspects relatifs à la coordination de la prise en charge plutôt qu'à ceux concernant la participation du patient », affirme N. Krucien. Nous affirmons, dans le cadre de notre recherche, que c'est la perspective de la prise en charge du patient, dans l'organisation des urgences.

A partir de ce résultat de la recherche, l'auteur tire les conclusions suivantes :

- Information du médecin généraliste sur l'évolution de la situation du patient (INF) (aspect de continuité informationnelle participant à une meilleure coordination des soins).
- Prise en compte accrue de la dimension socio-psychologique des problèmes de santé chroniques (PSY) et affirmation du rôle du médecin généraliste comme coordinateur principal de la prise en charge du patient poly-pathologique (RSP).
- Développement des actions visant à aider le patient à modifier son hygiène de vie et plus généralement son comportement de santé (HYG) et à accroître sa participation dans la prise en charge de ses problèmes de santé chroniques (AUT).

Nicolas Krucien s'appuie également sur la littérature internationale, en soulignant que :

- Dans la littérature internationale, la coordination est identifiée comme une condition centrale d'une prise en charge efficace des patients atteints de problèmes de santé chroniques (Rijken et al, 2008) (OMS, 2005), (N. Krucien, 2012 : 111).

Dans le même ordre d'idées, dans une recherche documentée sur le développement et le maintien du leadership infirmier, le rapport de l'Association des infirmières et infirmiers

autorisés de l'Ontario (AIIAO) explique que « *Les relations positives avec les médecins sont une caractéristique des établissements qui attirent et retiennent le personnel infirmier* ». Et d'ajouter que la collaboration avec les médecins peut mener au respect mutuel des connaissances et à la mise en commun des connaissances, ce qui contribuera finalement à l'habilitation et à l'amélioration du leadership clinique. (AIIAO, 2007 : 67).

2.1. La déclaration de Lisbonne sur l'éthique des urgences médicales (1989)

Par ailleurs, la déclaration de Lisbonne sur l'éthique des urgences médicales (1989), recommande, dans son quatrième principe, que « L'Egalité des Droits des Citoyens exige que l'on fasse bénéficier des soins d'urgence le maximum de patients qui en aient besoins et ceci avec le maximum de leur qualité » en soulignant que « Pour des motifs de Justice et d'Equité dans l'attribution des ressources de la collectivité, les médecins sont responsables dans le cadre de leurs fonctions dans les services d'urgence de la régulation économique de ces ressources de la Santé car elles sont rares et chères ». Enfin, la déclaration précise que dans un Service d'Urgences, et particulièrement en cas d'afflux de patients, ils (médecins) doivent établir avec justice les soins prioritaires.

2.2. La nécessité de former des médecins urgentistes

Les services des urgences, explique la circulaire du ministère français de la santé, ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. La formation reçue par les médecins urgentistes, ajoute la circulaire, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, implique qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence (Ministère de la santé – France-, 2003 : 03).

2.3. Les Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale

Dans le cadre de cet argumentaire sur le rôle et la place du médecin urgentiste par rapport à la prise en charge du patient, nous présentons les conclusions d'une recherche de Julie Dumouchel sur les *Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands, faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen.*

- Ainsi l'enquête menée par l'institut BVA sur « le rôle et la place du médecin généraliste en France », démontre que cette pression administrative exercée sur les médecins généralistes est un argument contre le choix de cette spécialité : 38% des internes interrogés jugent que c'est une cause de renoncement face aux autres spécialités. Cette lourdeur administrative a été de nombreuses fois évoquée par les généralistes rencontrés comme un stress et une complication de leur exercice. De manière générale, les médecins de l'étude aiment leur métier et apprécient leur travail de tous les jours. Ceci est corroboré dans des études sur l'ensemble de la population médicale. 82% des médecins interrogés par l'institut BVA se considèrent comme satisfaits de leur exercice professionnel. Tous les médecins ne font pas ce choix volontairement, avec parfois un sentiment d'échec en début d'exercice. Un échec perçu par eux même et dans certains cas par la population (J. Dumouchel, 2012 : 76)
- Le médecin généraliste a une obligation de permanence des soins (PDS) qui doit permettre une continuité de la prise en charge de la population et en particulier la nuit et les week-ends. Il doit aussi comme tout citoyen, porter assistance aux personnes en danger. Cette obligation est aussi mentionnée dans le code de la santé publique et de la déontologie (Julie Dumouchel, 2012 : 30).
- Le médecin généraliste a donc de multiples rôles dans le système de santé. Il est un point central de la prise en charge médicale. Il a pour particularité de pouvoir suivre un nourrisson et une personne âgée dépendante. Il est compétent pour la plupart des motifs : situations courantes de suivi ou dans un contexte d'urgence et peut suivre des pathologies très variées, bien plus qu'en secteur hospitalier. Cette diversité de pathologies rencontrées a été illustrée par le « carré de White » qui a été réactualisé en 2001 par Green et al. (Julie Dumouchel, 2012 : 25).
- Le patient évolue dans un monde où tout va plus vite. Il souhaite par conséquent une prise en charge efficace et complète dans un bref délai. La population semble évoluer sur un mode consumériste où la gravité n'est pas toujours l'argument de recours majeur (Julie Dumouchel, 2012 : 78).
- Le médecin généraliste a pour mission de prendre les décisions qui s'imposent pour permettre une prise en charge optimale du patient et pour lui assurer des soins de qualité. Pour cela, il doit faire une synthèse de ces connaissances, associée à une évaluation de la situation clinique. En outre, il doit obtenir l'assentiment de son patient pour que la prise en charge soit satisfaisante (Julie Dumouchel, 2012 : 26).

En conclusion, nous proposons cette définition qui nous semble la plus représentative du rôle du médecin : « Le médecin généraliste face à l'urgence a un rôle tout à fait spécifique et nécessaire. La relation tissée avec le patient lui permet de prendre des décisions en connaissant l'environnement et la réaction du patient. Il connaît la complexité de son patient, ce qui permet de prendre la meilleure décision par rapport à cette connaissance. C'est le seul intervenant en urgence qui possède cette connaissance et cette vision globale de la situation. Il doit, entre autre, avoir un rôle d'éducation du patient face à sa maladie et de prévention d'un point de vue individuel et publique » (Julie Dumouchel, 2012 : 81). Nous abordons l'importance des paramédicaux dans l'équipe des urgences. C'est ce qui, rappelons-le, n'a pas été confirmé par les résultats de la recherche.

2.4. Le rôle des paramédicaux dans la prise en charge des patients

Quoi qu'il en soit, l'expérience universelle, la réalité concrète des organisations sanitaires et leur perspective, dans le cadre des réformes, de les orienter vers des services de qualité et donc vers la performance des ressources humaines, prouvent toute l'importance et le rôle irremplaçable des paramédicaux, en particulier dans le cadre du travail des équipes ou collectifs des urgences. Tout d'abord, leur importance est prouvée par, au moins par l'aspect quantitatif qu'ils représentent dans les organigrammes et dans toutes les organisations de santé. Ensuite, par leur rôle opérationnel, dans les tâches quotidiennes, les plus difficiles, au contact du malade souffrant et de sa famille, quel que soient les dysfonctionnements qui existent dans les urgences (pénuries de médicaments, faiblesses dans l'hygiène, manque de spécialistes ou d'appareillage etc.).

Les paramédicaux, il faut le noter, sont, du fait de leur présence au contact du malade, dans les espaces des urgences, les plus exposés aux maladies et risques d'infection.

C'est quoi un paramédical ? Chaque infirmier est différent et apporte une vision personnelle et complémentaire à la prise en charge pluridisciplinaire des patients. A cette interrogation, Julie Vidal explique que « Notre identité professionnelle, se construit grâce aux outils fournis par les Instituts de Formation en Soins Infirmiers mais aussi au travers de nos expériences de stage, de l'encadrement reçu et bien évidemment de notre vécu personnel. Ainsi, chaque infirmier est différent et apporte une vision personnelle et complémentaire à la prise en charge pluridisciplinaire des patients » (J. Vidal, 2012 : 01).

La circulaire définit le rôle de l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (I.A.O) qui a pour but d'accueillir les patients arrivant seul ou en ambulance. C'est à elle qu'incombe la tâche de repérer et d'évaluer les signes de gravité afin d'orienter le patient vers le lieu de soins le plus

adapté. L'IAO travaille à l'aide d'un logiciel de tri appelé 'terminal urgences' qui définit en fonction de l'état du patient un niveau d'urgence et une estimation du temps d'attente. Au-delà de la prise en charge médicale, le rôle du personnel sera d'informer et d'apporter un soutien psychologique au patient. (J. Vidal, 2012 : 12-13)

« Parmi les difficultés rencontrées, conclut le chercheur, les soignants citent en premier lieu la violence ou l'agressivité des usagers. Ils mentionnent ensuite la douleur non calmée, la gestion de l'anxiété et la barrière de la langue comme les plus récurrentes. Ces facteurs sont décrits par les trois infirmiers comme étant des facteurs de diminution de la communication qui altèrent la relation soignant-soigné et qui compliquent la prise en charge des malades. Lorsqu'on interroge les soignants au sujet de ces difficultés, ils répondent que grâce à leurs compétences personnelles et professionnelles ces entraves à la relation sont la plupart du temps dépassées. Ces derniers émettent cependant une réserve lorsque, à ces difficultés, s'ajoute l'afflux massif de patients » (J. Vidal, 2012 : 06).

Un point positif cependant est abordé par l'infirmier ayant 07 ans de carrière dans les SAU. Le chercheur explique : le renforcement de la cohésion de l'équipe dans ces moments difficiles. Comme c'est souvent le cas dans les services de soins émotionnellement difficiles, les professionnels trouvent du soutien au sein de leur équipe. Ils décrivent leurs collègues comme une ressource qui leur permet de combattre le stress. Une équipe pluridisciplinaire soudée appréhende les situations extrêmes avec plus de facilité (J. Vidal, 2012 : 07).

2.5. Les personnels soignants sont confrontés souvent à des situations extrêmes dans leur lutte constante contre la souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge.

Dans une instruction ministérielle N° 18 du 27 octobre 2002 relative à la protection de la santé des personnels de santé, le ministère de la santé, dans le domaine de la prévention des risques, souligne que « Les personnels de santé toutes catégories confondues, et particulièrement les personnels soignants, au contact des malades, surtout dans les unités et services d'urgences, de soins intensifs et de prise en charge de pathologies lourdes sont confrontés souvent à des situations extrêmes dans leur lutte constante contre la souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge ». Il recommande que dans l'objectif de mieux évaluer l'ensemble des risques y compris les risques psychosociaux dans les différents établissements sanitaires, de prévenir leurs effets et de prendre en charge, précocement les travailleurs de la santé en situation de stress, « il y a lieu, demande l'instruction, de mettre en œuvre dans les meilleurs délais et dans tous les établissements

une démarche préventive basée sur l'analyse des activités et conditions de travail, et sur la surveillance médico-environnementale en milieu de soins ».

Une telle démarche préventive, conclut l'instruction ministérielle, doit être initiée et parrainée par les organes de direction et consultatifs des établissements en liaison avec les représentants des travailleurs pour réunir les conditions nécessaires à sa réussite et s'appuyer sur les services de médecine du travail des établissements d'une part et les Commissions d'hygiène et de sécurité (MSPRH, 2002).

Une réflexion devrait être envisagée sur les mesures à prendre, en coordination avec les autres services et établissements de la ville et dans une approche intersectorielle, entrant dans le cadre de la prévention et limitation des risques multiples qui existent dans la ville (accidents domestiques, de circulation, intoxications, hygiène dans la ville etc.). La généralisation de la formation de secouristes diplômés, auprès de la jeunesse étudiante (en collaboration avec l'université, le système éducatif et le mouvement associatif), participe à cet objectif.

Dans une société pénétrée par les nouvelles technologies, c'est une aberration quand on constate que la majorité des établissements d'urgences ne disposent pas de sites électroniques d'information. La diffusion sur le site du ministère de la santé, du rapport annuel sur l'activité des urgences hospitalières, permet de diffuser une culture de prévention sur les indicateurs de performance et de réfléchir, collectivement et de manière solidaire, à des solutions efficaces.

2.6. L'organisation des services d'urgences : la tendance actuelle est de professionnaliser l'accueil

C. Vassy part de la définition que « Les urgences sont devenues un pivot de l'organisation sanitaire », et explique qu' en opérant à l'interface entre médecine de ville et hôpital, soins de routine et intervention de pointe, action médicale et gestion du social, ces services sont soumis à des demandes contrastées auxquelles ils ont du mal à répondre, même avec des moyens augmentés, l'auteur conclut que « Les tensions entre prise en charge des « petits bobos », SAMU social et réanimation après accident ne peuvent en effet être réduites sans une réflexion plus générale sur les missions et l'utilité des urgences » (C. Vassy, 2004 : 01).

Carine Vassy exprime la conclusion générale que « La tendance actuelle est de professionnaliser l'accueil en faisant *travailler en tandem un agent et une infirmière, ou plus rarement un médecin régulateur, et en leur donnant une formation spécifique* ». Dans cette

perspective, « un nombre croissant de services formalisent les critères définissant l'urgence du point de vue clinique, et à l'aide de cette classification, l'infirmière d'accueil répartit les malades dans des catégories allant du plus au moins urgent » (C. Vassy, 2004 : 07).

2.7. Une recommandation de l'OMS (2000) : Si le personnel qualifié estime que les traitements, avantages et conditions de travail vont se détériorer dans le futur, ses décisions professionnelles et ses motivations s'en ressentent.

L'OMS souligne que les médecins, infirmières et autres agents de santé ne sont pas uniquement motivés par les conditions de travail, les revenus et la gestion actuels et c'est là une autre différence entre le capital humain et physique qui a une incidence sur la gestion du personnel.

En effet, ces personnels, explique l'Organisation Mondiale de la Santé, sont également influencés par la manière dont ils envisagent l'avenir en fonction de leurs expériences passées, des vues exprimées par les autres et des tendances qu'ils observent. Si le personnel qualifié estime que les traitements, avantages et conditions de travail vont se détériorer dans le futur, ses décisions professionnelles et ses motivations s'en ressentent. Cette ombre que fait planer l'avenir, avertit l'OMS, peut aisément faire plonger les motivations et les performances dans une spirale descendante (OMS, 2000 : 89).

3. Les augmentations salariales constituent elles un « stimulant matériel » et peuvent-elles aboutir à des résultats, dans les organisations de santé, en Algérie ?

Une question qui mérite un débat et des explications sur la nature de l'organisation hospitalière, en Algérie. Dans cette recherche, nous nous sommes intéressés à comprendre pourquoi les augmentations salariales de 2008, relativement assez conséquentes, en tant que stimulant matériel, (comme l'expliquent les théories classiques des organisations), n'ont pas produit un impact significatif sur l'amélioration de la performance hospitalière des ressources humaines et donc sur la qualité de la prise en charge du patient. Autrement dit, pourquoi ces mesures n'ont pas contribué à élever le niveau de la motivation, à améliorer la productivité et à créer les conditions du développement de comportements productifs dans l'organisation sanitaire ? Si on considère que l'organisation (entreprise) hospitalière est régie sur des principes économiques (dans les services) rationnels et que les rapports « salaires » et « travail » sont réellement des catégories économiques et qu'ils sont objectivement et consciemment corrélés. Et que le salaire soit la contrepartie du travail fourni, dans le cadre d'un contrat de travail.

Soulignons que cette augmentation n'est pas spécifique au secteur hospitalier. On peut considérer ces mesures comme une mise à niveau de leur statut professionnel, de leur situation salariale ou du pouvoir d'achat des travailleurs de la fonction publique. Finalement, est-ce une mesure de justice sociale, dans un contexte sociopolitique marqué par ce qu'on a appelé « le printemps arabe » et ses revendications ? Ou une mesure qui vise la « paix sociale » dans l'entreprise et la société. Ou les deux à la fois. Par conséquent, on peut déduire, que l'organisation hospitalière, pour autant qu'elle produise des soins, elle n'en constitue pas moins une organisation, dans le sens moderne du terme.

Ces données et interrogations justifient notre hypothèse de recherche qui considère que parmi les facteurs déclencheurs de la constitution de l'entreprise (et donc du travailleur productif), il y a la reconnaissance du travail fourni, en rapport avec les valeurs de la culture du travail. Ce qui suppose l'existence d'un système d'évaluation du travail réalisé et du niveau de la performance des différentes catégories de l'organisation hospitalière. L'expression la plus parfaite de la nature de l'entreprise hospitalière s'exprime dans le fonctionnement formel du Conseil d'Administration de l'EPH qui est, théoriquement, l'instance décisionnelle qui arrête la politique générale hospitalière et sa politique d'évaluation et de contrôle. En sachant, par exemple, que le représentant de la CNASAT dans le Conseil d'Administration, au titre de l'établissement du rapport annuel, n'est pas exigeant sur l'utilisation de la participation financière de la CNASAT dans le fonctionnement des services hospitaliers.

Notre conclusion, à partir des données de l'enquête de terrain, nous permet d'affirmer que les établissements de santé ne fonctionnent pas comme une organisation fondée sur la relation entre le travail fourni et l'obligation de résultat, à l'image des organisations de santé qui fonctionnent dans les pays capitalistes développés. La question posée, en rapport avec notre problématique, se résume ainsi : est-il possible de créer un cadre organisationnel et des « stimulants matériels et moraux » effectifs, sans qu'il soit doté d'un système d'évaluation de la performance des ressources humaines, fondé sur les principes d'équité et de justice organisationnelle ?

Cette conclusion nous oblige à reconsidérer l'état et le fonctionnement des organisations de santé actuelles, en intégrant cette évaluation dans notre démarche de compréhension et d'analyse des conditions de mise en œuvre de la loi relative à la réforme hospitalière. Il faut souligner que c'est à ce type d'organisation que cette loi sanitaire propose un dispositif (déjà mis en œuvre dans les pays capitalistes développés) qui vise l'évaluation, le projet d'établissement, la démarche qualité et la procédure d'accréditation.

Dans ce cadre, nous partons du postulat de base, ce que nous confirment toutes les données (de l'enquête exploratoire et de la littérature universelle), qu'il y a une nette différence (et un autre contexte organisationnel) entre les organisations sanitaires algériens et ceux des pays capitalistes développés, et qu'il n'y a pas lieu de copier, ni l'organisation, ni la démarche des gestionnaires ou leur législation du travail. On peut, toutefois, s'en inspirer des expériences et de la littérature universelle, en particulier celle de l'OMS (principe d'équité etc.) qui constitue une synthèse, des démarches et des recommandations consensuelles pour tous les pays qui ont la charge d'adapter leur système de santé, en fonction de leurs possibilités, de leurs particularités et de leur projet de société.

Conclusion

Dans la discussion des résultats de la recherche, nous avons proposé un argumentaire cohérent qui explique toute l'importance d'un système d'évaluation alternatif de la performance des urgentistes, dans le contexte de l'organisation actuelle, en particulier après la réforme proposée par la nouvelle loi sanitaire, adoptée en 2018, après presque quinze années de débat, mais surtout d'hésitations, symptomatiques des enjeux autour du projet d'un nouveau système de santé et de ses dispositions sanitaires.

Nous avons expliqué que la proposition de la nécessité de dispositifs réglementaires et d'outils contractuels qui formalisent la procédure d'évaluation de la performance des ressources humaines sanitaires des urgences, s'intègre dans une perspective historique des organisations, depuis l'époque de la naissance de l'Organisation Scientifique du Travail, jusqu'aux avancées et acquis dans les domaines de l'organisation de travail, de la législation du travail, du management et des méthodes d'amélioration de la performance des ressources humaines. Nous mettons toujours en relation la stimulation, l'encouragement de l'amélioration de la performance des urgentistes, et la prise en charge de qualité du patient ainsi que ses conséquences directes, et par voie de conséquence, la réhabilitation du secteur public de santé et sa crédibilité, aux yeux des citoyens et usagers. Dans un contexte de société où les médias interviennent et sont critiques sur la notion de « qualité de service » des secteurs sensibles et stratégiques, tels la santé, l'école et la justice. Dans un contexte également de marché, c'est-à-dire dans une position concurrentielle, avec le privé national (que la nouvelle loi sanitaire, met sur un même pied d'égalité, avec le secteur public de santé, du moins, théoriquement). Et aussi international, parce l'Algérie et son système de santé doivent intégrer, d'une manière ou d'une autre, la mondialisation des économies et des marchés.

Dans un contexte de mondialisation des échanges, accéléré par les nouvelles technologies, l'Algérie et son secteur de santé sont toujours concernés par les évaluations annuelles et classifications internationales des états sur leur système de santé. Cela implique, nécessairement, une collaboration active du ministère de la santé avec les experts de l'OMS.

Le rôle du médecin généraliste dans les urgences est à valoriser. Il occupe un rôle de leadership de l'équipe des urgences. Avec les paramédicaux, le médecin urgentiste constitue l'ossature des services des urgences. La problématique de « la prise en charge du patient » est le principal indicateur du fonctionnement du niveau d'organisation des urgences et des compétences du collectif des urgentistes. Mais la valorisation des compétences des urgentistes, qu'ils soient des médecins ou des paramédicaux, exige « une mise à niveau », une amélioration significative du fonctionnement des urgences. L'évaluation réglementée et normalisée, dans un cadre contractuel, est un facteur essentiel de dynamisation des services des urgences. *La démarche de prévention reste une perspective stratégique qui doit imprégner tous les niveaux d'organisation du système de santé, y compris les urgences.*

En réalité, l'introduction d'un système d'évaluation de la performance des ressources humaines exige qu'il soit articulé à un système d'information viable (collecte de données fiables), connecté au réseau informatique. Et que les différents niveaux de la hiérarchisation des soins, en premier lieu les EPSP, soient en coordination avec les urgences, dans l'objectif de limiter les motifs d'urgences ne relevant pas des urgences hospitalières. On peut considérer, donc, que ce dont a besoin l'organisation des urgences, pour une prise en charge efficace du patient, c'est qu'elles s'inscrivent dans une dynamique de changement. La nouvelle loi sanitaire va inaugurer un chantier de projets dont l'évaluation de la performance des urgentistes est une étape prioritaire.

On peut conclure cette recherche par cette appréciation d'un chercheur sur l'évolution des pays en transition. Alain Lipietz observe que les rapports laissent de côté les pays en transition, Europe de l'Est, l'Asie du Sud, l'Afrique, le sous-continent indien. Il estime que le salut, pour les pays en développement, ne peut venir essentiellement que *d'un bon leadership interne* conduisant les bonnes réformes avec une bonne gouvernance (F. Bourguignon, 2000 : 172).

Conclusion générale

L'apport de cette recherche a consisté à proposer un projet de développement des ressources humaines dans la projection d'une organisation sanitaire des urgences performante, fondée, nécessairement sur le management participatif. Ce projet d'une organisation performante et

équitable, fondée sur un système d'évaluation de la performance, individuelle et collective, dans les urgences hospitalières, a été le fil directeur qui a imprégné toute la recherche. Puisque argumenté par le contenu des entretiens des urgentistes, les conclusions de l'approche critique du dispositif de l'organisation des urgences (Algérie) et la proposition d'un recueil de textes sur les Urgences hospitalières (en annexe), les résultats de l'enquête nationale sur les urgences hospitalières de 2003, l'analyse du projet de loi sanitaire de 2003 (adopté par le parlement en 2018), et l'étude de la nouvelle expérience des Etablissements de Proximité de la Santé Publique (EPSP), mis en place en 2008, sans évaluation ni étude préalable et sans la participation des concernés (une tendance négative et contre-productive marquante dans la gestion du système de santé), quant à leur contribution à la limitation du flux important des patients avec des motifs non urgents, évalué par les responsables des urgences à 80 % et entraînant une charge de travail angoissante. Ainsi que la présentation et l'étude du dispositif législatif qui fonde le système d'évaluation de la performance dans les établissements de santé, en rapport avec l'expérience de ces organisations et du rôle des acteurs.

Dans l'analyse des changements des systèmes de santé et du rôle des ressources humaines, ce projet de recherche a bénéficié de l'éclairage théorique et de l'expérience universelle en mettant à profit :

- L'expérience universelle et spécialisée de l'Organisation Mondiale de la Santé, ses nombreux travaux de recherche (qui nécessitent pour les chercheurs et « gestionnaires » du système de santé une revue systématique), particulièrement ceux des rapports annuels des années 2000 (sur la performance du système de santé) et 2006 (sur le rôle des Ressources Humaines). Nous citons également le Guide canadien de gestion de l'unité d'urgence (2006), dans la conception d'un référentiel, non à appliquer mécaniquement, mais dont on tiendra compte du cheminement de cette expérience, dans la construction d'un modèle participatif de gestion de la prise en charge et de la qualité des soins.
- Les rapports d'audit instructifs sur le système de santé algérien, réalisés par la Banque Mondiale (1991 et 2007), auxquels on intègre le rapport du ministère de la santé sur la seule enquête nationale sur les urgences hospitalières, de 2003.

Les rapports de recherche sur Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie (F. Chaoui, M. Legros, 2012), le rapport du Groupe de Recherche en Anthropologie de Santé (GRAS, 2011), sous la direction scientifique de M. Mebtoul, sur les prestations de soins de santé dans les organisations de proximité, les travaux de B. Boulahbel sur les besoins sociaux à l'horizon 2005, les réflexions de L. Abid, du ministère de la santé, du Pr F. M.

Brahim, les économistes de santé F.Z. Oufriha, L. Lamri, M. Kaddar et les observations du rapport de 2010 du Conseil de la nation etc. Et d'autres travaux de chercheurs et d'experts algériens et étrangers. L'essentiel est de souligner, dans le cadre de cette évaluation de la recherche, que ces travaux, rapports, législation, projets d'organisation etc. on ne les retrouve pas sur le site du Ministère de la santé publique. Et que tout changement dans le système de santé doit, préalablement, refonder le système d'information et introduire l'informatisation, en priorité, des services et administrations hospitaliers.

Comme nous nous sommes intéressés à discuter la mesure gouvernementale des augmentations salariales de 2008 et est-ce qu'elle constitue effectivement un « stimulant matériel » (on non) et pourrait-elle aboutir à des résultats, en termes de performance et de qualité de prise en charge du patient, dans les organisations de santé, en Algérie ?

Nous avons formulé, au terme de cette recherche, fondée sur l'approche de la recherche-action, des recommandations qui peuvent constituer un cadre de réflexion pour la construction d'une organisation des urgences, fondée sur la performance et l'équité et un management de type participatif, le meilleur et le plus approprié comme mode de gestion (par rapport à l'expérience internationale) qui puisse permettre de faire accompagner le développement des ressources humaines et de faire émerger le leadership, condition essentielle pour le développement et la performance de ces organisations de santé publiques.

L'importance de notre projet de recherche, fondé sur la nécessité d'introduire un système d'évaluation de la performance dans les urgences hospitalières est que, d'une part, il arrive à maturité pour intervenir dans le changement de l'organisation sanitaire, vers la performance et l'équité, et d'autre part, il coïncide avec les dispositions de la nouvelle loi sanitaire et le « projet d'organisation sanitaire » à mettre en œuvre. C'est, donc, ce que la nouvelle loi sanitaire va s'atteler, difficilement (avec une certaine résistance), à mettre en œuvre, en reformulant autrement, les termes du contrat de travail, par l'introduction d'une législation appropriée qui sanctionnera les résultats de la performance, pour autant que la démarche participative soit respectée.

Dans les résultats de la recherche, notre première hypothèse a été validée, par la confirmation qu'il existe une corrélation, une relation d'influence significative entre le système d'évaluation de la performance des ressources humaines et la prise en charge des patients dans les services des urgences. Mais que cette relation d'influence significative n'est pas assez forte et est donc moyenne.

Concernant la deuxième hypothèse, les résultats la confirment partiellement. Le poste de travail "Médecins" se différencie significativement des "Paramédicaux" et des "Administratifs" par rapport à la variable « La prise en charge du patient ». Il reste aussi à souligner qu'entre les groupes « Paramédicaux » et « Administratifs », il n'y a pas de différences. Les résultats confirment le rôle et la position stratégique dans l'organisation des urgences du corps médical qui constitue l'élite hospitalière, par le savoir, le savoir-faire et le savoir-être, acquis tout au long des études, de la pratique professionnelle et accompagné du noble statut de « Hakim » dans la société, malgré les changements dans le respect des valeurs et la culture du travail, qui tendent, en général, vers le profit immédiat, la faible adhésion aux valeurs de l'organisation hospitalière, et la faible défense du secteur public de santé (négligences vis à vis des équipements, infrastructures, rapport avec le patient etc.).

C'est donc validé, le médecin a un rôle significatif dans la prise en charge du patient. Une des pistes de réflexion est l'étude de la formation et de l'accompagnement des valeurs du comportement productif, dans les conditions d'un changement ou d'une transition dans l'organisation hospitalière des urgences. Nous restons dans notre position de départ concernant le rôle important des paramédicaux dans l'organisation hospitalière. Toute l'expérience universelle le confirme. Les paramédicaux sont les plus proches du patient, de sa souffrance, au contact quotidien de toutes les pathologies de l'urgence et des risques du fait que l'organisation des urgences est un terrain à hauts risques.

Dans les perspectives, en mettant à profit l'apport de la psychologie du travail, il s'agit surtout, de réfléchir pourquoi les efforts personnels (et la dispersion des énergies), les initiatives, les compétences individuelles, ne constituent pas « un collectif de compétences » dans les urgences, dans le sens de Cathy Krohmer ou de Le Boterf qui affirme que « La compétence collective ne résulte pas uniquement de la somme des compétences individuelles, elle va bien au-delà et émerge à partir de la coopération et de la synergie existante entre les compétences individuelles » (Le Boterf, 2000, cité par Krohmer, 2004, paragr. 2) (J. Piret, 2017 : 10). Dans le magistère consacré à l'étude de l'épuisement professionnel, les infirmiers urgentistes qui accusent une baisse de l'accomplissement personnel « se sentent incapables de mener leur travail à terme malgré *qu'ils déploient des efforts considérables* » (Y. Benatia, 2008 : 226).

L'importance de constituer des collectifs caractérisés par une synergie de compétences collectives, dans les urgences, est une condition essentielle pour aller vers les chemins de la performance et de la qualité des soins. Une piste de recherche à inscrire dans l'agenda des recherches prioritaires.

Si on devrait résumer certains résultats de la recherche, on devrait souligner les aspects suivants :

1. Dans la perspective de la mise en œuvre de la nouvelle loi sanitaire, l'importance de la participation des hospitaliers est qu'ils définissent collectivement leurs objectifs, souvent réalistes, en prenant acte des suggestions et du niveau d'expérience des groupes professionnels en présence, ainsi que du flux et des besoins des usagers. L'idéal serait que les services concernés du ministère de la santé, sur la base de l'expérience des pays développés (en respectant les recommandations de l'OMS) et à la lumière des résultats de l'enquête nationale des UMC de 2003, définissent et proposent aux urgentistes, des paramètres (réglementation, normes, éthique) de fonctionnement des établissements d'Urgences. Ce sont de nouveaux rapports contractuels. Et de nouveaux mécanismes d'évaluation.

A ce titre, il serait intéressant de gagner du temps, en tirant les leçons de l'expérience de la mise en œuvre des réformes dans le système éducatif, en particulier l'expérience d'application du contrat de performance dans l'élaboration du «Projet d'établissement ».

Dans un document du Ministère de l'éducation nationale (13 pages) intitulé « Nouveaux règlements organisationnels du projet d'établissement, pour la préparation du contrat de performance, octobre 2010 », il est expliqué la démarche concrète d'élaboration du contrat de performance de l'organisation scolaire (Ecole primaire, CEM et lycée). Ce document explique les objectifs, les exigences et principes méthodologiques du contrat de performance, ainsi que les indicateurs d'évaluation de la performance. Dans une seconde partie, le document explique le programme d'action de la direction de l'éducation et la portée méthodologique d'opérationnaliser les objectifs qui visent à l'amélioration des indicateurs de réussite des établissements scolaires.

Le contrat de performance de l'organisation scolaire devrait, en toute logique, accompagner et même, donner une certaine validation aux réformes engagées dans l'institution scolaire, depuis 2003, puisque l'accélération des réformes scolaires devrait annoncer leur crédibilité par rapport à la problématique des résultats et donc de la mesure de la performance des établissements scolaires. Ainsi, le personnel de l'éducation, à quelque niveau qu'il soit dans l'institution scolaire (directeur, coordinateur de l'équipe pédagogique etc.), devrait être sanctionné, positivement ou négativement, suivant une échelle d'évaluation consensuelle, concertée avec les partenaires sociaux et les intéressés (enseignants, administratifs) et par rapport aux résultats annuels (ou trimestriels, puisque le personnel de l'éducation perçoit une indemnité de performance trimestrielle).

On peut résumer l'expérience dans les termes suivants. Conformément aux dispositions de l'instruction et à la fin de chaque année, le personnel de l'éducation, le partenaire social et l'association des parents des élèves de l'institution, sur la base des résultats annuels obtenus, élaborent consensuellement, un « Projet d'entreprise », c'est à dire un « contrat de performance », en définissant les objectifs, les étapes et les moyens d'y parvenir. Au moment de l'évaluation, malgré le débat qui s'instaure, la principale difficulté rencontrée concerne les différents niveaux ou formes de sanction. Si au départ, c'était un projet à titre expérimental, par la suite, l'expérience a pris la forme d'une démarche de routine ou purement administrative, jusqu'au moment où elle a été abandonnée. Parce que cette instruction n'était pas accompagnée d'une mesure réglementaire définissant les différents niveaux de sanction. L'intérêt de cette évaluation est que l'équipe du ministère de la santé ne fasse pas et ne refait pas la même et improductive expérience, dans le cadre de l'application des dispositions de la nouvelle loi sanitaire. Il faut, donc, au préalable, définir un cadre réglementaire, applicable à tout le personnel de l'organisation des urgences. Le ministère de la santé peut soumettre à toutes les composantes du partenaire social (paramédicaux, corps médical etc.) un projet règlementaire à débattre, pour ensuite le valider et l'engager dans le domaine de l'application.

2. La principale conclusion à tirer est que l'effort de mise en place des structures de l'organisation des urgences, d'adaptation et d'actualisation du dispositif juridique n'a pas été poursuivi et soutenu tout au long des années 1990, 2000 et jusqu'à l'année 2018. Ce sont, souvent, les équipes de soins des urgences qui se sont adaptées aux nouvelles exigences du système de santé publique. Sur le terrain des organisations des urgences, les responsables des services des urgences, gèrent l'unité, au jour le jour, en réglant les problèmes par des demi-mesures, des solutions provisoires etc.

3. La plupart des contraintes rencontrées par les services des urgences, se résument dans leur isolement par rapport aux autres organisations des urgences, particulièrement celles situées dans le milieu rural, des difficultés liées à la gestion des moyens humains (surtout au manque de médecins spécialistes et à leur participation dans les gardes), l'absence d'un système d'évaluation, d'un réseau informatique et de compétences, l'absence d'un système d'information moderne et des retombées de la mauvaise gestion hospitalière, au problème de la sécurité du personnel, au manque de locaux et d'équipements médicaux appropriés, et à des coupures d'approvisionnement en produits d'urgence (médicament etc.).

4. L'absence d'informatisation des structures des urgences accentue cet état de fait, caractérisé par un système d'information traditionnel. On est à se demander, comment dans de telles conditions, sont mis en place et actualisés, les Tableaux De Bord (TDB) des établissements des urgences, de la direction des EPH, des EPSP ou de la DSP. Tous ces établissements naviguent, au jour au jour, dans le traitement quotidien, pragmatique, voire routinier, des problèmes complexes de la gestion hospitalière et des urgences. Alors que les notions de rentabilité, de performance, de définition d'objectifs à atteindre et, finalement, d'obligation de résultats frappent à la porte de toutes ces organisations sanitaires. Dans ce cadre, l'adoption de la nouvelle loi sanitaire est une excellente opportunité, pour l'ensemble des acteurs, pour refonder l'organisation sanitaire sur des bases de solidarité, de productivité et d'un système de santé concurrentiel dans le marché.

5. Une des dispositions de la loi sanitaire de 2018, accorde une importance particulière au médecin référent (Art. 22). Il serait intéressant d'engager, au niveau de certains EPSP (les mieux organisés) une simulation dans ce domaine. On note un parallèle entre cette opération relative au médecin référent et la mise en place du dossier informatique des malades.

6. Est-ce qu'on peut concevoir un changement qualitatif dans les urgences, sans intégrer dans le système d'information, les TDB, les données, les moyens importants et la coopération du privé ? Malgré que la nouvelle loi sanitaire de 2018 l'intègre comme constituant du système de santé, il reste qu'il faut une réelle volonté, au niveau central et des signaux assez forts pour dépasser la culture du privé marginalisé et que le système de santé n'est assimilé qu'aux structures du secteur public de santé. Selon N. Kaid (sans date : 72), le secteur privé regroupe actuellement 51,2% des praticiens spécialistes, 32,6% des médecins généralistes et 89,5% des pharmaciens. Après avoir été limité essentiellement aux activités de consultation, explique l'universitaire, le champ d'intervention du secteur privé s'est étendu aux activités d'explorations (biologiques et radiologiques) et d'hospitalisation notamment en gynécologie-obstétrique. Cependant, souligne N. Kaid, la contribution du privé à l'activité d'hospitalisation, reste peu importante. Un manque de coordination avec le secteur public a été observé, ce qui entrave la prise en charge des problèmes de santé de la population.

7. En abordant l'importance des Tableaux De Bord (TDB) dans l'organisation hospitalière, il faut souligner qu'ils permettent d'évaluer la performance du système de santé (et d'autres variables), grâce à des critères, paramètres et données statistiques. Il faut rappeler que si l'Algérie était classée par le rapport de l'OMS (2000) à une place qui n'honore pas le pays

(malgré l'important budget annuel alloué au ministère de la santé), c'est sur la base du critère « décès infantiles et maternels » jugés excessifs par rapport aux possibilités dont dispose le système de santé algérien. Justement, une des priorités à inscrire dans la nouvelle configuration de l'organisation des urgences des maternités, et c'est un véritable défi, c'est la limitation de la mortalité infantile et maternelle. C'est ce que souligne l'Art. 70 de la loi sanitaire de 2018 : « Les programmes de lutte contre la mortalité maternelle et infantile santé, constituent une priorité de santé publique ».

8. Après la mise en place projetée de l'outil informatique (et de l'informatisation des services des urgences, érigées en réseau national, en priorité) et du réseau de compétences, on se rendra compte du gain économique et de la rentabilisation des investissements et budgets importants qui sont inscrits chaque année dans le budget annuel de l'Etat (malgré la faible part donnée à la prévention, à l'encouragement de l'innovation et à la recherche scientifique), en termes de temps, d'effort humain, de moyens de gestion et des implications dans le domaine de l'évaluation, de la performance et de la gestion moderne des Urgences.

9. En abordant la problématique du réseau de compétences, on s'intéresse, de manière prioritaire, à la nécessaire coordination entre les EPSP et les services des urgences, pour une meilleure maîtrise et diminution du flux des malades et une répartition judicieuse des rôles et des missions respectifs. L'Art. 268 de la loi de 2018 peut servir de cadre réglementaire pour la mise en place de cette organisation qui vise « une meilleure prise en charge du patient, la continuité des soins ainsi que la délivrance des soins de proximité de qualité, afin s'assurer l'accessibilité et l'équité en matière de santé ».

10. Existe-t-il une crise du travail productif, en Algérie ? C'est un débat essentiel où il faut apporter des réponses. Et c'est aussi une des pistes de réflexion. On s'est référé à un texte de 1984 des Cahiers du CREAD, d'un sociologue algérien, Said Chikhi, pour présenter sa réflexion qui se situe dans l'usine, dans le monde industriel. Le sociologue affirmait : « on peut dire que la crise du travail provient du fait que le travail productif – ou le travail tout court – n'a pas été pendant longtemps la catégorie centrale de l'organisation de la production sociale ni au centre des préoccupations essentielles des managers de l'organisation industrielle et du pouvoir central », en soulignant que « Les conditions de l'émergence du travail comme catégorie centrale ne sont donc pas réunies dans les usines algériennes. Parce que le procès de travail reste basé sur de multiples contradictions, entre l'atelier et le bureaucrate, entre les exigences de la continuité et les rythmes bureaucratiques, entre les "normes de production" et les "normes de consommation", entre l'épure de l' "ouvrier

industriel" et l'existence réelle de l' "ouvrier social", l'usine est, à l'instar de sa société, le lieu du désordre et porte les germes d'une crise du travail. » (S. Chikhi, 1984). C'est précisément, à notre avis, cette crise du travail productif, aussi bien dans le domaine de l'organisation de la production que dans le domaine des valeurs, qui n'a pas permis de mettre en évidence l'importance du système d'évaluation des ressources humaines. C'est un débat vital, économique et social, de société, qu'il faut aborder, en proposant des réponses précises, des chiffres, des paramètres et comparaisons, locales, régionales et internationales. Les réseaux de la mondialisation permettent d'assurer un tel débat. Ce débat est lié à la problématique de la formation des comportements productifs et non productifs (et des valeurs correspondantes) ainsi qu'au comportement citoyen qui nourrit les attitudes de coopération, de coordination et de comportements productifs. La formation dans l'école, du futur citoyen dans l'organisation sanitaire ou industrielle est interpellée, en articulation avec ces questionnements. L'objectif de cibler, en parallèle de la mise en œuvre de la nouvelle loi sanitaire, les établissements sanitaires les plus performants (ou l'inverse) et d'identifier les motifs à la base de ces réussites (ou des échecs), serait un pas encourageant dans la perspective d'organisations performantes, solidaires, en coopération avec le privé.

11. Ce débat nous permet d'aborder la problématique des ressources humaines. Du point de vue de la psychologie du travail, le rôle des ressources humaines, articulé à l'introduction du management opérationnel dans l'organisation hospitalière (et donc des urgences), est de plus en plus reconnu, comme un principe fondateur de l'organisation sanitaire performante. Dans ce cadre, et ayant à l'esprit la nouvelle configuration de l'organisation sanitaire, dans la perspective de la mise en œuvre de la loi sanitaire de 2018, on propose l'introduction de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), pour une meilleure planification et organisation des ressources humaines. Si on se réfère aux nobles objectifs de la nouvelle loi sanitaire (Art. 5, 6, 12, 14 etc.), cela exige une administration hospitalière moderne, efficace et des ressources humaines ayant les compétences nécessaires, le sens de l'initiative et imprégnés de ces objectifs stratégiques.

12. Il faut souligner qu'adopter et décréter une nouvelle loi sanitaire, ne va pas produire un changement automatique. Une démarche moderne exige, au minimum, de respecter le rôle des acteurs de l'entreprise hospitalière et que l'échéancier de mise en œuvre de l'ensemble des dispositions soit l'affaire de tous les partenaires du système de santé. Le ministre de la santé, a indiqué à la presse, qu' « une période de transition de deux ans est fixée par son département en attendant la promulgation des textes d'application ». Et qu'il compte travailler avec tous les partenaires, les professionnels de santé et tous les gestionnaires (El

Watan, 31.05.2018). Le chemin, à notre avis, ne sera pas aisé dans la planification des étapes et des priorités, ainsi que dans la cohérence entre le dispositif réglementaire, le caractère opérationnel des textes d'application et les objectifs stratégiques de la loi sanitaire. Après une lecture de la loi sanitaire de 2018 on a recensé cent deux (102) renvois qui exigent de préciser, par voie réglementaire, les modalités d'application.

On devrait, donc, s'interroger sur la portée de ces mesures dans le secteur public de santé, qui devraient générer, en réaction, c'est prévisible, de fortes résistances à sa mise en œuvre. Une résistance interne, d'ordre culturelle et organisationnelle, à la limite évidente, et externe liée aux poids des lobbies opérant dans le secteur de la santé. Le projet d'une santé publique, dans lequel participe le privé, est un véritable enjeu de société.

13. *L'intérêt d'introduire la dimension économique dans l'analyse du système de santé (et des concepts de l'économie de santé), est une nécessité pour réhabiliter les indicateurs de santé et les introduire dans le Tableau De Bord de l'organisation sanitaire, parce qu'au fond, le système de santé n'est pas seulement un producteur de services sanitaires. Il participe aussi à la croissance économique, par l'entretien et la préservation du capital humain (ou des Ressources Humaines) de la société et par la lutte contre les maladies, par un système de prévention efficace. La mise en œuvre d'une politique intersectorielle, condition essentielle d'une stratégie de prévention, participe dans la politique globale du gouvernement, à réduire notamment, le gaspillage des ressources que le système d'organisation génère, en plus des comportements non productifs.*

Dans cette perspective, le projet d'une santé publique étant un enjeu de société, il s'agit d'articuler les intérêts des droits citoyens de la personne et la promotion de la santé publique. Pour reprendre l'idée fondamentale, de J.M. Mann, d'une grande nécessité dans le contexte de la société algérienne et du système de santé, en transition, on peut affirmer que « La santé publique requiert l'engagement des populations dans le traitement des problèmes qui les concernent. La possibilité qu'ont les personnes concernées par un même problème de se retrouver, d'en parler et de rechercher des solutions efficaces est si essentielle pour la santé publique, *que là où le droit d'association est restreint, la santé publique en souffre* ». C'est une perspective « intersectorielle » entre la promotion de la santé publique et la mise en œuvre des droits de la citoyenneté qui constitue une des conditions de réussite du projet d'une organisation sanitaire et de l'urgence, performante, équitable et solidaire qui participe à la crédibilité du système de santé publique.

Chapitre 06 : Les recommandations méthodologiques pour la mise en place d'une nouvelle organisation efficiente et performante des urgences hospitalières

Introduction

En conclusion de cette recherche centrée sur l'analyse du système d'évaluation de la performance dans les services des urgences, en rapport avec la prise en charge du patient et à la lumière de notre démarche fondée sur la recherche-action, nous proposons les recommandations méthodologiques suivantes qui pourraient servir des principes de démarche pour l'élaboration d'une politique de l'évaluation de la performance hospitalière, dans le domaine prioritaire des urgences hospitalières.

En principe, si on se réfère aux objectifs de la recherche-action, on devrait, au terme de cette recherche proposer avec l'accord des acteurs des services des urgences, un projet de système d'évaluation de la performance des ressources humaines, avec pour principal critère, qui puisse permettre ou tendre vers une évaluation fondée sur l'équité et donc qui valorise les compétences et participe (par le jeu des acteurs) à l'émergence de services hospitaliers et particulièrement des urgences les plus performants. Fonder cette démarche sur le modèle canadien de l'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des systèmes de santé (EGYPSS), revient à l'intégrer dans la dynamique de performance du système de santé, et s'inscrirait dans une perspective prometteuse, d'autant plus que l'adoption du projet de loi de santé sur la réforme hospitalière, non sans des contraintes organisationnelles, économiques et sociales, ouvrirait de nombreux chantiers dans la modernisation du système de santé.

1. Position du problème

Première remarque : il existe déjà un outil, un dispositif légal qui comprend des paramètres pour évaluer le personnel hospitalier quel que soit son poste de travail ou fonction. Mais par le jeu des acteurs et par manque de définition préalable d'objectifs de performance, individuel ou collectif, ce dispositif n'est pas exécuté correctement. on peut affirmer donc, que c'est une application administrative qui ne fait pas ressortir les différences liées à la performance et à la productivité des travailleurs hospitaliers, de leurs services et unités.

Deuxième remarque : l'étudiant chercheur déduit comme conclusion des entretiens exploratoires, que *le système politique ou l'institution sanitaire (comme sous-système) imposent à l'administration hospitalière et aux acteurs hospitaliers, des règles pratiques, articulées à la seule variable, d'éviter autant que possible « les conflits » dans*

l'organisation hospitalière. Et de tendre, toujours, vers la production de « la paie sociale », dans le cadre d'un consensus accepté, plus ou moins tacitement, par tous les acteurs, au détriment des valeurs de la performance hospitalière.

Il est évident que le discours officiel affirme le contraire. Notre critère de vérification est de se rapporter au terrain même du fonctionnement réel de l'organisation. C'est ce qui explique les faiblesses dans la lutte contre le gaspillage des ressources allouées au système de santé, qu'elles soient financière, sous la forme d'équipement, les ressources humaines ou le temps du travail (le temps légal du travail) qui n'est pas souvent respecté par les professionnels de santé.

Troisième remarque : dans ces conditions, la seule hypothèse qu'on peut formuler par rapport au système d'évaluation en place, (qui n'est pas correctement appliqué) c'est que l'inefficacité de ce système d'évaluation est le résultat de l'absence de négociation préalable avec les acteurs du système de santé, c'est-à-dire avec les représentant des corps médical, paramédical et administratif.

Après ces remarques introductives sur la position de la problématique, nous formulons les propositions de principes fondateurs d'une nouvelle politique hospitalière, orientée vers un management participatif et une organisation hospitalière performante, en s'inspirant des recommandations de l'OMS.

1. Une politique de santé fondée, stratégiquement, sur une démarche de prévention, devrait s'articuler sur l'objectif de *former, d'encourager et d'accompagner des équipes d'experts algériens*, dans les différents domaines et intérêts de l'organisation hospitalière, en collaboration avec l'université et les centres de recherche.

Dans ce cadre, il faut souligner tout l'intérêt que place la loi relative à la santé, à l'évaluation et à l'audit, si on se réfère à ses articles 324 jusqu'à 328 (Section 7 : Evaluation et audit des structures et établissements de santé) où il est explicitement affirmé que « L'évaluation et l'audit des structures et établissements de santé doivent permettre de procéder régulièrement à l'analyse et à l'appréciation de la gestion des pratiques professionnelles dans le but d'améliorer la qualité des soins, la régulation, la maîtrise des coûts, l'efficacité de l'offre de soins et la sécurité sanitaire » (Art 324). En soulignant que « La procédure d'audit est engagée à la demande de l'établissement de santé. Elle a pour but d'obtenir une appréciation indépendante sur la gestion, la qualité et le coût des prestations qu'elle offre, à l'aide de normes, d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes

pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités qui le composent. L'audit est réalisé par les services compétents du ministère chargé de la santé » (Art 327).

2. Les notions de *contrat d'objectif et de cahier de charge*, dans une perspective opérationnelle, seront un centre d'intérêt dans la mise en œuvre de cette expérimentation.

3. Ces recommandations peuvent s'inscrire dans un projet national de recherche des « urgences hospitalières », dans une *version actualisée du Projet National de Recherche en Santé (PNRS)*.

4. Sur un plan opérationnel, *la seule proposition concrète formulée par un chirurgien*, dans les entretiens exploratoires, comme solution alternative à la situation des UMC, pour limiter le flux des patients, mérite d'être étudié par les responsables concernés, pour une éventuelle mise en œuvre. Elle est formulée dans les termes suivants : « il me semble que la seule solution, *c'est une structure de tri (d'une polyclinique) à proximité des urgences*, une expérience réussie à Oran, aux plateaux, à la polyclinique Bendaoud, elle absorberait beaucoup de malades, actuellement en Algérie, c'est la seule solution.. » (chirurgien, service de réanimation). Il faut préciser que cette proposition s'applique au cas particulier des Urgences Médico-Chirurgicales de Mostaganem qui sont situées en dehors de l'EPH. Mais l'idée reste intéressante et mérite d'être étudié et adapté aux réalités de l'organisation des urgences. Sa généralisation (ou son adaptation) aux autres urgences, peut aussi être envisagée.

En se rapportant à l'expérience française, le rapport de la cour des comptes, abordant l'expérience des Maisons Médicales des Gardes, souligne que « la formule qui apparaît comme la plus efficace et la plus pertinente est sans conteste celle dans laquelle la MMG se trouve adossée à l'hôpital et fonctionne, dans les faits, comme un circuit court ». La proximité des structures, conclut le rapport, permet en effet, dans le cadre d'un protocole prédéfini, à la fois un redressement de la part du service d'urgences, et un transfert vers les urgences dans le cas où les ressources de la MMG ne suffiraient pas à régler la situation (L. Cohen et al, 2017).

5. Il faut rappeler que « *Les activités de santé s'appuient sur les principes de hiérarchisation et de complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation des différentes structures et les établissements de santé.* » (Art. 03 de la loi sanitaire du 29 juillet 2018), comprenant donc plusieurs niveaux d'intervention (EPSP, EPH-Urgences, etc.). Le diagnostic fait ressortir des dysfonctionnements, particulièrement une absence ou insuffisante coordination entre ces niveaux, sans aborder la place (nécessaire) des structures du privé. La proposition serait de *formaliser cette coordination, par des textes réglementaires, en intégrant un système d'information efficace.*

6. *Le changement organisationnel* qui devrait s'opérer, prochainement, *au niveau des EPSP (vers des districts)*, devrait être étudié et intégré dans la perspective d'amélioration de la prise en charge du patient.

7. Dans la perspective de la mise en œuvre planifiée et ordonnancée des dispositions de la loi sanitaire du 29.07.2018, il serait utile d'*envisager une application planifiée et contrôlée, à titre expérimentale, du dispositif d'évaluation de la performance et de la qualité des établissements de santé*. Les résultats de cette expérience seront utiles à la mise en œuvre du dispositif général de la loi sur le système national de santé.

8. Il serait aussi nécessaire de *réaliser un état des lieux de l'organisation des urgences, avant le lancement planifié de l'application du dispositif général de la loi sanitaire. Une enquête nationale, après celle de 2003, est plus que nécessaire*. La perspective serait de sortir de cette « uniformisation » du niveau de performance des établissements sanitaires (et particulièrement des urgences) et de mettre en évidence les organisations des urgences qui sont caractérisées par les indicateurs de performance et d'aboutir à un classement national. C'est dans cette démarche qu'on peut mieux identifier les dysfonctionnements et leurs corrélations, dans le domaine de l'organisation et du management opérationnel.

9. *La prévention* : on peut commencer par écouter ce chirurgien des urgences de Mostaganem qui affirme : « Il faut des urgences spécialisées, je vais donner un exemple, si vous avez un hypertendu, il faut l'avis d'un cardiologue, un écho-cœur, il faut un examen du fond d'œil, il faut qu'il fasse un bilan rénal, s'il a un diabète, il va faire des complications néphrologiques, une incidence rénale etc. Il y a l'exemple des AVC, chaque nuit en moyenne trois à quatre cas, il faut faire un scanner pour savoir si c'est un ischémique ou hémorragique, après selon la gravité, soit il est intégré dans une structure de réanimation ou dans une structure en neuro, après il n'y a pas de traitement, c'est la rééducation, une hospitalisation de 15 jours en moyenne ou plus, on a cinq à six lits, où on va les placer ? ... combien seront les AVC dans 10 ans ? Donc il faut jouer sur la prévention, or, la prévention n'existe pas ...c'est une autre politique ».

La prévention a deux aspects. D'une part l'hygiène publique : la sécurité sanitaire, les vaccinations, la qualité bactériologique et toxicologique de l'eau, de l'air et des aliments. L'autre volet, est celui de la lutte contre les comportements à risques et qui est donc comme prioritaire.

Les études font apparaître aussi que la quasi-totalité de l'excès de mortalité prématurée (avant 65 ans) chez les hommes ou dans les milieux défavorisés est liée aux causes suivantes :

- Le tabac, l'alcool, les déséquilibres alimentaires qui sont à l'origine d'une mortalité excessive par cancer, maladies cardiovasculaire, hépatique ou pulmonaire.
- Les accidents et suicides, environ trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et plus fréquents dans les milieux défavorisés.

De façon générale, conclut le rapport, l'efficacité des mesures a été limitée par *l'absence d'une stratégie cohérente et persévérante* alliant l'information du public et des populations cibles avec l'éducation dès le plus jeune âge et la recherche (M. Tubiana et al, 2002 : 02).

L'institut canadien d'information sur la santé abonde dans le même sens. Il explique que les déterminants non médicaux de la santé sont des facteurs comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux ainsi que ceux liés aux habitudes de vie, qui sont indépendants du système de santé, mais influent grandement sur la santé des personnes. Ainsi, conclut-il, les facteurs comportementaux comprennent le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique; les facteurs environnementaux comprennent aussi la pollution atmosphérique, l'hygiène et la qualité de l'eau » (Institut canadien d'information sur la santé, 2011:7-22).

10. Au-delà des incompréhensions, des peurs, des mécanismes de défense et des *comportements de résistance prévisibles* et des difficultés « naturelles » de transition d'un système vers un autre, les chances de réussite de ce changement augmenteraient d'autant qu'elles s'inscriraient dans *une démarche réellement participative des acteurs du système de santé*.

Une des conditions de réussite de cette transition, vers une autre organisation de santé performante, en application des dispositions de la nouvelle loi sanitaire, c'est de définir un accompagnement de ces nouvelles mesures par la mise en œuvre d'un programme national de recyclage et de formation des différentes qualifications et compétences professionnelles du système national de santé. La formation des catégories professionnelles en rapport avec la mission des urgences (femme de ménage, chauffeur ambulancier, agent de sécurité, agent administratif etc.), devrait s'imprégner des missions et contraintes de l'organisation des urgences.

11. Parmi les principales mesures à prendre, si on s'inscrit dans les dispositions de la nouvelle loi sanitaire et dans la perspective d'une organisation sanitaire performante, fondée sur les normes de l'OMS, c'est *l'urgence de la révision du dispositif réglementaire de l'organisation et du fonctionnement des urgences et particulièrement du statut de l'urgentiste (valorisé)* et aussi de certains postes des paramédicaux des urgences (infirmier urgentiste par exemple). Une autre question mérite aussi réflexion : la fonction de médecin

urgentiste pourrait-elle reposer sur un choix volontaire pour se proposer d'exercer dans les urgences ?

12. On ne peut concevoir de tels changements, dans la perspective d'une organisation performante et une amélioration des compétences des professionnels de santé, sans *l'introduction de l'informatisation dans l'organisation des urgences*. En reconnaissant toute l'importance d'un système d'information et le rôle efficace du secrétaire médico-administratif.

13. On ne peut concevoir aussi des solutions alternatives proposées, dans la cadre d'une amélioration significative de la prise en charge du patient et, partant, d'une crédibilité du secteur public de santé, sans *une coordination et une synergie des moyens du secteur privé*. L'article 265 de la loi sanitaire du 19 Juillet 2018 définit l'organisation du système national de santé, entre autres éléments, comme : « Le service public de santé assuré par les établissements publics et les établissements privés investis de cette mission » (Loi sanitaire 2018 : 25). En soulignant également, dans l'article 16, que « L'Etat œuvre à l'élimination des inégalités en matière d'accès aux services de santé, et organise la complémentarité entre les secteurs public et privé de santé. » (Loi sanitaire, 2018 : 05).

14. Il est évident que de tels changements projetés dans l'organisation des urgences, nécessitent l'émergence, au lieu et place, de « responsables administratifs », de « chefs de service » ou de « simples courroies de transmission », *des leaders, des chefs de projet, imprégnés d'une nouvelle culture du travail et d'un engagement professionnel affirmé*, acquis, dans le cadre d'un apprentissage collectif, dans la nouvelle organisation sanitaire.

Après la présentation des principes fondateurs de la nouvelle politique dans les urgences, nous proposons des recommandations dans les axes suivants :

2. Principes généraux

2.1 Disponibilité des données statistiques et leur fiabilités

L'Algérie ne procède pas encore à des enquêtes régulières, alors qu'il faudrait compiler les statistiques sur le secteur public de santé au moyen d'enquêtes mensuelles, trimestrielles ou annuelles, comme cela se fait dans de nombreux pays dans le monde. Le seul rapport annuel sur la santé (en Algérie) que le ministère de la santé diffusait à la société, n'est plus publié depuis 2004.

Une autre question d'une toute autre importance se pose. Il s'agit de la question de la fiabilité des données statistiques. « Ce que l'on mesure a une incidence sur ce que l'on fait ; or, si les mesures sont défectueuses, les décisions peuvent être inadaptées ». Enfin, les indicateurs statistiques, leur régularité et fiabilité sont par conséquent très importants pour

concevoir et évaluer les politiques de santé visant à assurer le progrès des sociétés (K. Boutaleb, 2012).

Parmi les expériences universelles qui ont réussies et citées par l'OMS, on cite constamment Cuba. En effet, Cuba a basé son système de santé sur la médecine préventive et ses résultats sont exceptionnels. Selon Margaret Chan, la présidente de l'OMS, le monde doit suivre l'exemple de l'île dans ce domaine et remplacer le modèle curatif, inefficace et plus coûteux, par un système basé sur la prévention. « Cuba est le seul pays qui dispose d'un système de santé étroitement lié à la recherche et au développement en cycle fermé. C'est la voie à suivre, car la santé humaine ne peut s'améliorer que grâce à l'innovation », déclare-t-elle.

En suivant l'exemple de Cuba, l'Organisation mondiale de la santé souligne qu'il est possible pour un pays du Tiers-monde aux ressources limitées de mettre en place un système de santé performant et d'offrir à l'ensemble des populations une protection sociale digne de ce nom, s'il y a la volonté politique de placer l'être humain au centre du projet de société (Salim Lamrani, 2014).

2.2 Principes d'une politique de santé dans les urgences hospitalières

La bonne santé, à la fois droit de l'homme et mesure du bien-être de l'être humain, est également un moteur de croissance, en raison des retombées économiques positives des investissements dans la santé. Pendant la période 1965-1990, le différentiel de croissance entre l'Afrique et le reste du monde est imputable pour moitié aux facteurs « santé » et « variables démographiques ». Des populations en meilleure santé et l'éradication de maladies sont également de nature à encourager les investisseurs privés et à favoriser le tourisme (OMS, 2005 : 48).

Le premier enjeu, explique le rapport, est de définir clairement un ensemble de mesures prioritaires visant à améliorer le fonctionnement du système de santé, tout en tenant compte de l'interdépendance des principales composantes de ce système – comme d'ailleurs de tout autre système (OMS, Rapport mondial sur le millénaire, 2005 : 35).

2.3 Le principe de l'interdépendance des facteurs qui agissent sur le secteur public de santé

La première conférence nationale sur la politique de santé et de la réforme hospitalière de 2011 a mis en place des principes qui fondent la politique de santé. Le principe de l'interdépendance (entre la santé et les autres secteurs) a, entre autres, le mérite d'être mis en relief par la conférence. Ainsi, clarifie la conférence, les systèmes de santé ne se limitent pas aux systèmes de soins de santé, de même, il serait erroné de limiter les politiques de santé

aux politiques de soins de santé. Les politiques de santé comprennent donc, l'ensemble des choix stratégiques des secteurs publics, parapublics et privés.

Pour améliorer l'état de santé des populations qui sont sous leur responsabilité, la conférence propose les tâches suivantes. Il s'agira alors de :

- Déterminer le rôle et les obligations de l'Etat en matière de choix sociaux, économiques, environnementaux, financiers, d'organisation de soins, de prévention et de formation.
- Déterminer les besoins en santé et les territoires d'intervention ainsi que les champs d'intervention en vue d'une continuité et d'une cohérence dans la prise en charge.
- Faire des choix judicieux en matière de priorités, tout en tenant compte de l'équité dans l'accès aux soins.
- Préciser les buts et objectifs à atteindre.
- Rassembler les plans et les programmes de santé.
- Programmer les moyens qui seront engagés au niveau de la responsabilité collective (Conférence nationale sur la politique de santé et de la réforme hospitalière, Alger 2011 : 02).

Enfin, de toute évidence si l'on ne tiendra pas compte de cette approche d'ensemble, déjà formulée par un des principaux réformateur allemand du 19 siècle, le Dr Saloman Neumann, en 1847, on ne pourra formuler des solutions radicales aux problèmes de santé publique (qui remonteront à chaque fois à la surface) et les collectif des urgentistes ainsi que les équipes hospitalière auront à aborder et à affronter les mêmes phénomènes sociaux et culturels produits par la société et avec plus de complexité, que ce soit dans les domaines de l'hygiène et de l'éducation sanitaire (et donc de la prévention), des problèmes liés aux accidents de la route, le développement de la violence dans les cités et quartiers, le manque de communication et de l'information sur la législation et les droits et devoirs des citoyens par rapport au secteur public de santé (M. Ghobrini, 2007 : 24).

2.4 La politique d'intéressement des ressources humaines

On a repris certains passages du rapport de 2009 de l'assemblée nationale française sur « L'intéressement collectif dans la fonction publique » qui verse dans la même thématique et qu'on a jugé comme une contribution utile pour cette partie de la thèse.

Pour que l'intéressement réussisse, le rapport propose trois conditions essentielles :

1. Dans sa démarche d'élaboration et de mise en œuvre de la politique d'intéressement, le gouvernement avertit qu'il ne vise pas « à transposer purement et simplement dans le secteur public les méthodes de l'entreprise. Si la notion de performance est

aujourd'hui communément admise dans les administrations, celle de « rentabilité financière » est clairement rejetée », souligne-t-il. L'objectif des administrations, complète-t-il, n'est pas de gagner de l'argent ou de faire des économies, mais d'assurer un service de qualité. Le prix est assurément un élément important de la qualité, mais il n'en est pas l'unique critère (M. Diefenbacher, 2009 : 49).

2. Les objectifs, les critères, les modes de financement et d'évaluation de l'intéressement, ainsi que les mesures d'accompagnement en matière notamment d'information et de formation, explique le rapport, tiennent compte de la spécificité de la sphère publique et de la « culture » qui s'y attache, c'est-à-dire dans le secteur des services. Cette culture du service public ajoute le rapport, est profondément partagée dans l'ensemble de la Fonction publique. L'intéressement doit donc être conçu non pas comme un simple instrument de gestion, mais comme l'affirmation d'une ambition politique forte au service de la collectivité, conclut le rapport;
3. Les rapporteurs expliquent que, dans leur démarche, le dialogue prévale partout et qu'il est au cœur même de la démarche puisque depuis l'origine l'intéressement est fondé sur un accord entre les partenaires sociaux. Et c'est, à la base de cet argument de fond qu'il est proposé que l'ouverture de l'intéressement à l'ensemble de la Fonction publique soit initiée non pas par une loi mais par un accord-cadre à négocier entre l'Etat et les syndicats. C'est finalement sur la base de cet accord que le Parlement français sera amené à se prononcer et que la négociation pourra s'engager dans les ministères, les collectivités territoriales, les établissements hospitaliers et l'ensemble des organismes qui leur sont rattachés.

Par ailleurs, le rapport préconise que les critères soient adaptés afin de mieux prendre en compte les spécificités du service public, notamment en mettant l'accent sur les objectifs de qualité (Diefenbacher, 2009 : 17).

En se référant à l'expérience de la Finlande, le rapport souligne que « Le "scorecard" de l'Agence nationale du territoire finlandais comprend, pour résumer, quelques grands items classiques : efficacité, efficience, gestion des produits et de la qualité (quantités, niveau de service, qualité), management et développement des ressources humaines. On retrouve dans cet exemple, commente-il, la volonté des services publics de développer une culture non seulement de la performance, mais également de la qualité des services rendus » (Diefenbacher, 2009 : 17-18).

Continuant l'explication de la démarche du gouvernement sur la thématique de l'intéressement, le rapport poursuit : « C'est dans la Fonction publique hospitalière que les gestionnaires attendent l'intéressement avec le plus d'impatience » et de poursuivre : « l'activité hospitalière est fondamentalement collective, puisqu'elle engage par nature même des équipes. Les agents qui les composent relevant de statuts parfois très différents, l'instauration d'une rémunération commune à tous devrait permettre de renforcer la cohésion et la motivation de ces équipes » (Diefenbacher, 2009 : 38).

La mise en œuvre de cette politique de l'intéressement, explique le rapport, peut modifier en profondeur les méthodes et la culture de la fonction publique. Pour parvenir à ce résultat, Il faudra impérativement, propose le rapport, que des mesures d'accompagnement et qu'un suivi constant soient mit en œuvre. Ces mesures sont, pour l'essentiel, les suivantes (Diefenbacher, 2009 : 46-47) :

- **La formation** : La formation de l'encadrement à ces méthodes de gestion est prioritaire. Mais la nécessité d'obtenir une meilleure motivation de tous les agents impose que cet effort de formation se déploie à tous les niveaux.
- **L'information** : L'ensemble du dispositif devra être parfaitement transparent. Pour que les agents se sentent directement impliqués, il faudra utiliser tous les moyens (site internet, réunions de service, bulletins d'information...) pour les tenir informés sur les objectifs, les critères et les règles de calcul de la prime. Il faudra veiller à ce que cette information sur les « règles du jeu » soit complétée par une information régulière sur l'évolution de l'activité du service, ce qui devrait permettre de corriger en cours d'exercice une éventuelle dérive des résultats par rapport aux objectifs.
- **La période de simulation** : La durée du dispositif devrait être de trois ans, propose le rapport. A cette échéance, un bilan détaillé devra être fait dans chaque administration afin que le dispositif applicable à la période suivante soit adapté en conséquence. Toutes ces mesures devront être examinées en partenariat avec les personnels et leurs représentants, insistent les rapporteurs. Dans le contexte de l'application de la loi sanitaire, quelle seraient les mesures prioritaires à prendre ?

3. Les principales mesures à prendre

Le secteur de la santé va s'intégrer dans une autre dynamique de changement, après l'application des mesures de la nouvelle loi sanitaire du 29 juillet 2018. Le premier enjeu est de définir clairement un ensemble de mesures prioritaires visant à améliorer le fonctionnement du système de santé, tout en tenant compte de l'interdépendance des

principales composantes de ce système – comme d'ailleurs de tout autre système (OMS, 2005 : 35). Il s'agit donc, de prendre les principales mesures prioritaires suivantes :

1. Adapter le dispositif réglementaire régissant l'organisation et le fonctionnement des urgences, en concertation avec le représentant légal,
2. Pour préparer le programme de mise en place de la nouvelle organisation des urgences hospitalière, en exécution de la nouvelle loi sanitaire, il y a nécessité de préparer une enquête nationale sur les urgences, en tirant les leçons de la première enquête nationale de 2003,
3. Mettre en place l'Intranet des urgences (régional, puis national),
4. Préparer la mise en place d'un conseil national des professionnels des urgences.

Une des questions clés, en rapport avec les perspectives du système de santé et des urgences hospitalières, est la logique de réforme initiée depuis plus d'une décennie. Il serait intéressant de s'intéresser aux observations et conclusions de l'expérience universelle.

Il est évident que les changements du système national de santé doivent s'inscrire dans le cadre des principes fondamentaux de cette loi, en particulier son article 05 qui affirme, de manière significative, que : « Le système national de santé s'appuie sur un secteur public fort » et que « L'Etat accorde une attention particulière au secteur public de santé » (Art. 16).

4. Sur la démarche de la réforme du système public de santé

Le rapport du Forum euro-méditerranéen de 2005 qui aborde la problématique des innovations et les bonnes pratiques dans l'administration, par du principe directeur que « L'administration moderne, n'est pas seulement un instrument de la puissance publique, elle doit être aussi et surtout au service du public; autrement dit elle doit améliorer la fourniture des prestations de service public aux usagers selon des règles d'efficacité, d'efficience et de transparence » (Forum euro-méditerranéen, 2005 : 07).

Mais dans la réalité, « La ressource humaine est restée soumise à une logique formelle d'un statut du fonctionnaire qui a bridé toute l'intelligence et favorisé le clientélisme, l'esprit rentier et son corollaire l'insouciance sur les résultats et l'irresponsabilité » (2005 : 05). Et c'est ainsi, analyse le rapport, que « L'administration publique confinée dans ses logiques formelles de gestion des ressources et de contrôle bureaucratique sans rapport direct avec les attentes des usagers du service public et sans référence à des résultats, ne répond plus aux exigences d'une économie de marché décentralisée et en mouvement permanent » (2005 : 08).

Enfin, le rapport conclut qu' « en raison de l'accumulation des dysfonctionnements institutionnels et des déficiences économiques dans le service public, l'ampleur des attentes de réformes est considérable. Il est attendu de réformer à la fois les concepts, les structures, les modes de management et les ressources humaines en introduisant de véritables innovations sur le service public » (2005 : 18).

Le cinquième chantier est dédié aux agents de l'Etat desquels va dépendre, dans une large mesure le succès des réformes. Dans ce cadre, il s'agira de mettre en œuvre une nouvelle politique de la Fonction publique articulée autour des objectifs de valorisation des ressources humaines, de flexibilité des statuts et de modernisation des modes de gestion des personnels et ce, en cohérence avec les nouvelles missions de l'Etat (2005 : 15).

À défaut de réformer le système en place, souligne le forum, on devra introduire des méthodes et des techniques empruntées au management pour avoir l'illusion de conduire le changement et la réforme. Le secteur public algérien a entretenu cette illusion depuis la grande crise du milieu, souligne le forum.

Enfin, il est utile d'analyser les raisons de l'impossibilité du changement en Algérie, même si cet exercice est difficile, conclut le rapport du forum. La première barrière au changement, explique-il, est sans aucun doute la survivance de l'Etat providence. Les administrations sont très lentes et les nouvelles technologies d'information n'y sont pas vulgarisées. Par ailleurs, argumente le rapport, la fonction publique souffre d'un réel déficit dans la formation aux nouvelles compétences administratives comme la gestion stratégique, la gestion par projet ou les démarches qualité (2005 : 20-21).

Dans cette série de recommandations, on propose également les conclusions d'une enquête canadienne de l'équipe de Lemay Anne dont la thématique est liée à une analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers.

Avec son projet de réforme, visant à s'attaquer au problème du recours inapproprié aux urgences hospitalières, au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a projeté d'introduire la mesure de frais modérateurs aux patients qui se présenteraient aux urgences hospitalières pour motifs non urgents, plutôt que de consulter les cabinets privés de médecins ou les centres locaux de services communautaires (CLSC). Pour une meilleure prise en charge, cette mesure devait être complétée par une augmentation de la disponibilité des services communautaires. Ceux-ci sont considérés comme « la porte d'entrée des services d'urgence ». Mais un problème demeure : moins de la moitié des CLSC sont pourvus d'une clinique d'urgence et les heures d'ouverture sont restreintes. Ce plan, dont la faisabilité semblait très problématique et par mesure de prudence, n'a pas été mis en place.

Dans l'objectif d'une meilleure compréhension des facteurs explicatifs du recours aux urgences hospitalières des différentes clientèles, l'équipe de recherche a proposé le projet d'un cadre d'analyse qui s'appuie sur la théorie économique du comportement du consommateur adaptée au contexte de l'utilisation des services d'urgences hospitaliers.

Le recours à une modélisation des relations structurales du phénomène étudié a été la technique adoptée afin d'examiner le réseau de relations entre variables proposées. Les unités d'analyse sont les visites effectuées dans les salles d'urgence des hôpitaux sélectionnés pour l'étude. A cet effet, un échantillon probabiliste stratifié de recours aux urgences a été constitué selon l'urgence hospitalière utilisée, les années d'utilisation (1981, 1986, 1988 et 1990) et les quatre trimestres de l'année civile, soit 14 045 visites.

Dans cette démarche, le préalable méthodologique serait que « La connaissance des facteurs qui influencent le recours à l'Urgence Hospitalière, dont la disponibilité des ressources de substitution (CLSC, cabinets, polycliniques), serait essentielle à l'élaboration de politiques visant la modification des profils de consommation de soins de l'ensemble de la population et l'ajustement du système de soins d'urgence à la demande de soins ». (Lemay Anne et all : 07, 1996).

Les variables de la recherche : le degré d'urgence constitue une variable endogène et la nature exclusive des services utilisés à l'urgence hospitalière, la variable dépendante. Les résultats font ressortir quatre catégories de facteurs qui augmenteraient la propension à utiliser des services exclusifs à l'urgence hospitalière :

- l'accès géographique et le temps d'attente aux urgences hospitalières;
- le degré d'urgence de la condition du patient ;
- le revenu du patient;
- le prix des biens complémentaires.

Ces résultats sont tout à fait cohérents avec le processus décisionnel du patient, soulignent les chercheurs. Les résultats font également ressortir ce qu'affirment les chercheurs : « L'association que nous supposons entre la perception qu'ont les individus du réseau et ces caractéristiques empiriques se fonde sur l'expérience d'utilisation étendue qu'ont les patients des services de santé ambulatoires et hospitaliers » (Lemay Anne et all : 23, 1996). Contrairement à l'hypothèse proposée, l'état de santé et l'utilisation antérieure exercent un effet direct sur le type de services utilisés à l'urgence hospitalière, plutôt qu'un effet indirect via le degré d'urgence.

Cette recherche a mis en évidence le fait qu'une partie importante de l'utilisation des urgences hospitalière en milieu urbain au Québec est non appropriée, soit entre 64 % et 70 % des visites.

Enfin, en termes de facteurs liés à l'organisation du système de soins qui favorisent l'utilisation non appropriée des urgences hospitalières, la recherche a mis en évidence les éléments suivants : la localisation des services d'urgence sur le territoire (durée du trajet), le niveau de fréquentation de l'urgence hospitalière, la disponibilité et l'accessibilité des ressources substituables à l'urgence hospitalière, ainsi que les caractéristiques des effectifs médicaux de l'hôpital où est sise le service de l'urgence hospitalière. Les pistes de solutions doivent, donc, impliquer les usagers, les médecins, les gestionnaires des hôpitaux et du réseau des services de santé, et les Régies régionales.

Il serait souhaitable, proposent les chercheurs, de fournir aux usagers d'autres informations pour que leurs comportements d'utilisation soient cohérents avec des objectifs d'efficacité des services d'urgence. Cette stratégie qui viserait à faire changer les préférences des utilisateurs en faveur des services substituables à l'Urgence Hospitalière devrait être renforcée par les mesures d'information et de sensibilisation suivantes :

- sur la nature des services spécifiques à l'UH, c'est-à-dire le recours pour motif urgent et l'utilisation des services disponibles qui n'existent qu'à l'hôpital ;
- sur le fait que les services offerts à l'UH sont plus coûteux pour la collectivité ;
- sur le fait que l'UH ne permet pas la dispensation d'une bonne relation patient-médecin et de soins continus où l'aspect prévention est privilégié.
- la Régie régionale pourrait mettre aussi en place un système de référence, offrant 24 heures par jour et 7 jours par semaine des conseils à la population sur la meilleure façon d'utiliser les services, en cas d'urgence.

Par ailleurs, malgré qu'aucun patient ne peut se voir refuser l'accès à l'hôpital, l'implantation d'un tri centré non seulement sur la gestion interne du service d'urgence mais qui devrait aussi permettre de réorienter les patients dont la situation a été jugée non urgente ou ne nécessitant pas de services exclusifs à l'urgence hospitalière, devrait être envisagée. Seuls les patients consultant pour des problèmes psychiatriques seront l'exception à cette règle puisque l'urgence hospitalière constitue la seule ressource à leur disposition. Et donc, de moins en moins d'individus se retrouveront à l'urgence hospitalière pour des motifs non appropriés et ceux qui persisteront se verront étiquetés comme fautifs, concluent les chercheurs. Entre autres domaines d'intérêt dans l'analyse de l'organisation des urgences, on propose l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (L'EPP).

5. Les principes de l'évaluation des pratiques professionnelles

Selon M. Montagnon, l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (L'EPP) est une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, c'est-à-dire de la qualité des soins. C'est une démarche organisée pour améliorer les soins, consistant à analyser ces pratiques réalisées et les résultats obtenus, au regard des références professionnelles. Ce n'est pas une évaluation-sanction, son but est de faire prendre conscience des problèmes en vue de les améliorer, pour une meilleure prise en charge du patient (M. Montagnon, 2009).

Dans cette perspective, nous proposons, en s'appuyant sur les travaux de Bernard Nemitz, les remarques suivantes en relation avec le nécessaire développement professionnel continu et l'évaluation des pratiques professionnelles :

1. C'est un devoir pour tout médecin, quelle que soit sa spécialité et son mode d'exercice, que de veiller à développer ses connaissances et à améliorer constamment ses pratiques professionnelles (en référence au Code de déontologie médicale, art. 11) : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles » (B. Nemitz, 2011).
2. C'est donc désormais dans ce cadre que doit s'inscrire le Développement Professionnel Continu des urgentistes. En effet, bien que la médecine d'urgence ne soit pas encore une spécialité d'exercice reconnue (ce que seule la création du Diplôme d'études spécialisées (DES) le permettra), la discipline dispose, depuis son individualisation dans le concours national de praticien hospitalier, d'un corps de médecins hospitaliers publics se consacrant exclusivement à sa pratique. Par analogie, des médecins ont la même pratique exclusive dans les structures d'urgence des établissements hospitaliers privés. Il convient donc de mettre en place le dispositif opérationnel permettant à ces urgentistes de remplir leurs obligations de DPC dans leur discipline. Pour ce faire, deux nécessités sont à considérer : l'organisation de l'intégration des urgentistes dans la démarche du DPC et l'organisation de l'offre de formation DPC en médecine d'urgence.

5.1 L'organisation de l'intégration des urgentistes dans la démarche du DPC

Pour permettre cette intégration, il faut que les urgentistes soient partie prenante de la définition des orientations définies annuellement pour le DPC, ce qui suppose leur représentation au sein de la CSI. Pour ce faire la première étape est l'inscription de la médecine d'urgence dans le champ de la FSM, ce qui implique la constitution d'un conseil

national professionnel de médecine d'urgence. C'est ce qui a conduit les responsables des différentes structures associatives de la discipline (Société française de médecine d'urgence (SFMU), SAMU-Urgences de France, dans lequel elles sont toutes représentées, d'adopter le statut de Conseil national professionnel de spécialité en médecine d'urgence.

5.2 La place particulière de l'EPP en médecine d'urgence

Si plusieurs actions d'EPP ont été déjà entreprises en médecine d'urgence, ces actions devraient être considérablement renforcées dans le cadre du DPC dont elles constituent désormais un pilier essentiel.

Définie par le décret n° 2005-246 du 14 avril 2005, devenu l'article D 4133 du Code de la santé publique français, ce dernier souligne que l'EPP a pour but :

- L'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé.
- Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.
- Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

De la même manière, selon le rapport mondial de l'OMS sur le millénaire, dans le cadre de la dynamique de changement, il faudra, recommande le rapport, de réévaluer les attributions, les responsabilités et réexaminer les descriptifs de postes, de manière à ce que les agents de santé de diverses catégories se voient confier les tâches pour lesquelles ils sont le mieux formés, et cela à tous les niveaux du système, du centre de santé local à l'hôpital de district. Adapter la formulation des objectifs (compléter la nomenclature des postes de travail), il faudra également améliorer l'éventail des qualifications des agents de santé – renforcer notamment les compétences pour les services d'urgence, la chirurgie et les soins de santé primaires (OMS, 2005 : 36).

6. Le rôle particulier des Etablissements de Proximité de Santé Publique (voir aussi chap. EPSP)

Les médecins de soins primaires sont eux aussi confrontés à des difficultés, par exemple à une population trop importante de patients, souvent âgés, présentant une comorbidité de plus en plus complexe et auxquels il faudrait consacrer plus de temps lors des consultations, des charges administratives de plus en plus lourdes, une incapacité à se tenir au courant des

innovations cliniques et, d'une façon générale, un manque de temps pour travailler correctement (OMS, Bureau régional Europe, 2009).

6.1 Explication des réformes et leur orientation

Alors que l'expérience de la récente organisation sanitaire (fonctionnement des EPSP), mise en place en 2008, n'a pas fait l'objet d'aucune évaluation, un nouveau projet est mis en circulation (avec la même organisation qu'en Tunisie et au Maroc).

Dans le cadre de la deuxième phase de restructuration du système de prestation de services de santé, les polycliniques traditionnelles ont fusionné en polycliniques générales pour hommes et pour femmes et, à partir de 2002, elles ont été réorganisées et rebaptisées en « centres de médecine familiale ». Désormais, elles proposent à la fois des services de soins primaires et secondaires en ambulatoire, qui vont des soins de santé généraux aux soins et diagnostics spécialisés, le but étant de réduire progressivement le nombre de spécialistes exerçant dans ces centres.

L'évaluation de ces mesures a montré un glissement des soins secondaires vers les soins primaires. L'importance accrue des services de santé primaires et du nombre de bénéficiaires s'accompagne d'une baisse des orientations vers les spécialistes et des hospitalisations inutiles. Les EPSP jouent, théoriquement, un rôle de filtre à l'accès aux autres niveaux de soins.

Lorsque l'on parle d'accessibilité aux primaires, cela signifie qu'ils sont accessibles géographiquement et financièrement à l'ensemble de la population. Cette notion recouvre également des aspects organisationnels tels que des horaires de réception pratiques, des services de garde, des consultations à distance, des délais d'attente réduits et la possibilité de visite à domicile. La continuité des soins implique un suivi du patient entre les consultations.

Cette notion établit une distinction entre la continuité en matière d'informations, qui a trait à la gestion courante des dossiers médicaux des patients (complétés lors de chaque consultation), et la continuité longitudinale, qui désigne la dispensation de soins primaires en un lieu donné sur une longue durée. Une notion plus importante encore est celle de continuité relationnelle, qui désigne une relation personnelle suivie entre le patient et le soignant caractérisée par une confiance et un respect mutuels.

La coordination des services des soins primaires est importante car elle détermine la capacité des services de santé dans leur ensemble à répondre aux besoins de la population, notamment parce que les soins primaires constituent le point d'entrée dans le système de santé et qu'ils jouent un rôle de filtre à l'accès aux autres niveaux de soins. Le risque de problèmes sur le plan de la prise en charge des patients est tout particulièrement évident au

point de jonction entre les soins primaires et secondaires ou entre les services de soins curatifs et les autres services (de santé publique) du point de vue de la promotion de la santé (OMS, 2010 : 137).

7. Propositions de mesures qui vont dans le sens de fluidifier les passages aux urgences

Nous reprenons, dans le cadre de ces recommandations, les intéressantes propositions de mesures de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Des propositions de mesures qui vont dans le sens de fluidifier les passages aux urgences.

En amont :

- Détecter les situations à risque par des personnes de proximité et l'usage d'objets connectés;
- Filtrer le recours aux urgences via des plates-formes d'orientation, du téléconseil;
- Graduer la prise en charge et anticiper les services à mobiliser;
- Développer la télésurveillance.

Dans les services d'urgence :

- Définir des stratégies et des circuits dédiés;
- Distinguer les personnes fragiles des autres;
- S'appuyer sur les connaissances individuelles pour l'évaluation de la situation et l'application des critères d'admission;
- Sécuriser la prise en charge à l'accueil et éviter les interruptions de tâches;

Dans les services de soins :

- Organiser la gestion des lits, s'appuyer sur un bed-manager;
- Mutualiser.

En aval :

- Fluidifier l'accès aux structures d'aval;
- Anticiper la sortie du patient;
- Développer la coordination entre acteurs. Les sujets de système d'information, de formation, de montée en compétences, de sensibilisation des différents acteurs est aussi nécessaire (ANAP, 2016 : 45).

Conclusion

Cet ensemble de mesures s'inscrit dans le cadre des objectifs de la nouvelle loi sanitaire de juillet 2018. Il permet, particulièrement s'il y a une préparation des mesures, en collaboration avec les représentants du partenaire légal et légitime, de créer les conditions à une future organisation fondée sur le mérite et l'apprentissage du principe de l'obligation

des résultats. C'est précisément à cette condition que se construira, progressivement, une organisation publique des urgences, crédible aux yeux de l'utilisateur et de la société, c'est-à-dire une organisation qui assure une prise en charge du patient, dans des conditions, relativement optimales, de qualité et de performance.

Bibliographie

1. Abid Larbi, Les urgences médico-chirurgicales (UMC), http://ceil.univ-alger.dz/sciences_med/images/cours/1annee/Les%20urgences%20medico-chirurgicales.pdf, Consulté le 30.06.2017
2. Abid Larbi., 2014, Organisation actuelle du système de santé et perspectives, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger, http://www.sante.dz/colloque/docs/03_organisation_systeme_s_abid.pdf, Consulté le 15.09.2015
3. Académie Nationale de Médecine, 2010, Prise en charge pré-hospitalière des urgences vitales de l'adulte en pratique civile. Rapport d'un groupe de travail, au nom de la Commission IX (Chirurgie–Anesthésiologie–Réanimation –Urgences), France, www.academie-medecine.fr, Consulté le 01.11.2012.
4. Adamczewski Georges, La Recherche-Action, <http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR003-09.pdf>, consulté le 06.05.2016, 05 pages.
5. Agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne, 2012, Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoire de la région bourgogne, http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Vie_professionnel/PDS_A_/CDCPDSAreional.pdf, Consulté le 21.04.2016
6. Agence Régionale de Santé (France), Médecine d'urgence, Consulté le 22.09.2011
7. Aktouf Omar, 1987, Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987, 213 pp, <http://classiques.uqac.ca/>, Consulté le 05.10.2017
8. Amara Hamid Ait, 1999, du libéralisme à la mondialisation, Cahiers du CREAD N° 50, 4eme trimestre 1999, 19-24, <http://revue.cread.dz/index.php/les-cahiers-du-cread/article/view/685/518>, Consulté le 10.05.2017
9. Andreff Wladimir , 2009, Réformes, libéralisation, privatisation en Algérie, Point de vue d'un outsider en 1988-1994, <https://www.cairn.info/revue-confluences-mediterranee-2009-4-page-41.htm>, Consulté le 28.08.2018
10. Apete Kokou Geoffroy, 2011, Optimisation médico-économique et organisation des services d'urgences hospitalières : apport des systèmes multi-agents, université de Lille nord de France, université du droit et de la sante, Lille2, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00668083/document>, Consulté le 11.04.2016.
11. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), 2007, Développement et maintien du leadership infirmier, Toronto, Canada http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2802_Programme_de_lignes_directrices_pour_la_pratique_exemplaire_des_soins_infirmiers.pdf, Consulté le 09.06.2017
12. Bellal Samir, 2011, Problématique du changement institutionnel en Algérie : Une lecture en termes de régulation. Revue Algérienne des Sciences Juridiques, Economiques et Politiques, 2011, nouvelle série 2011 (01), pp.43-71, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00606391/document>, Consulté le 15.05.2017

13. Benatia Yacine, 2008, L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, Université Mentouri de Constantine, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Magister, <https://bu.umc.edu.dz/theses/psychologie/BEN978.pdf>, Consulté 04.05.2017
14. Boulahbel Bachir, sans date, Besoins sociaux à l'horizon 2005, L'Algérie de demain : relever les défis pour gagner l'avenir, <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/06411-etude.pdf>, Consulté le 03.02.2017
15. Bourguignon François, Christian Chavagneux et Laurence Tubiana, Pierre Salama, Jacques Valier, Daniel Cohen et Alain Lipietz, 2000, Rapport, Conseil d'Analyse Économique, La Documentation française, Delta, Paris, Consulté le 23.07.2014
16. Boutaleb Kouider, 2012, Les politiques des salaires poursuivies en Algérie : une quête contrariée d'efficacité, <http://files.tvc47.webnode.fr/200000296-e1149e210e/LES%20POLITIQUES%20DE%20SALAIRES%20EN%20ALGERIE.pdf>, Consulté le 15.02.2015
17. Bouyacoub Ahmed, 1997, L'économie algérienne et le programme d'ajustement structurel, http://www.revues-plurielles.org/_uploads/pdf/9_21_8.pdf, Consulté le 02.03.2017
18. Chaoui Farid, Michel Legros, 2012, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés, Etudes et analyses, Les Notes IPEMED, http://www.ipemed.coop/adminIpemed/media/fich_article/1336128563_LesNotesIPEMED_13_Sante_avril2012.pdf, Consulté 21.03.2016
19. Cherif E. Chakib, 2002, Programme d'ajustement structurel et résultats socio-économiques en Algérie, Revue sciences humaines N° 18, Université Abou Bakr Belkaïd Tlemcen, Algérie, Consulté le 05.04.2015
20. Chikhi Saïd, 1984, Le travail en usine, Cahiers du CREAD n°4, 4ème trimestre 1984, pages 5-35. <http://www.cread.edu.dz/images/archive%2001%2085et%2086/data/doc/index.html> Consulté le 13.08.2014
21. Chougrani Saada et al., 2013, Évaluation du système d'information hospitalier de l'établissement hospitalier universitaire d'Oran, Santé publique volume 25 / N° 5 - septembre-octobre 2013, <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-617.htm>, Consulté le 01.09.2016
22. Cohen Laurence, Catherine Génisson, M. René-Paul Savary, 2017, Les urgences hospitalières, Rapport d'information du Sénat, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 26 juillet 2017, <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>, Consulté le 02.05.2018
23. Commission Européenne, 2010, Règlement du parlement Européen et du Conseil, <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2010/FR/1-2010-774-FR-F1-11-ANNEX-20.Pdf>, 16 pages, Consulté le 07.07.2015
24. Conférence Nationale sur l'Usage Rationnel des Médicaments en Algérie (PURMA) Alger, 11-14 novembre 2012. Rapport, http://www.cnpm.org.dz/IMG/pdf/Rapport_de_la_conference_nationale.pdf, Consulté le 24.08.2016.
25. Conseil de la Nation, 2010, Journée Parlementaire sur la Santé, Palais Zirout Youcef, Alger, Rapport,

- <http://www.majliselouma.dz/textes/autresdoc/JP%20sur%20la%20Sante2.pdf>, Consulté le 16.9.2015
- 26.** Dahmani Ahmed, 1998, L'expérience algérienne des réformes : problématique d'une transition à l'économie de marché, Annuaire de l'Afrique du Nord, tome XXXVII, 1998, CNRS Éditions, http://aan.mmsh.univ-aix.fr/Pdf/AAN-1998-37_08.pdf, Consulté le 05.03.2017
 - 27.** Delaporte Cyprien, 2016, Les perceptions de justice en situation de changement dans l'armée de l'air française. Comprendre les enjeux de la notation annuelle pour agir de façon juste. Université de Nice Sophia Antipolis, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01337612/document>, consulté le 22.06.2017.
 - 28.** Denis Porignon, 2013, Les systèmes de santé selon l'OMS, Ecole de Santé Publique, Bruxelles.
 - 29.** Diefenbacher Michel, 2009, l'intéressement collectif dans la fonction publique, Assemblée nationale, France, p. 19 (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000247.pdf>, Consulté le 22.05.2017
 - 30.** Dodier Nicolas, 1992, Note de lecture, Sciences sociales et santé. Volume 10, n°3, 1992, pp. 119-123; Consulté le 03.04.2017
 - 31.** Dumouchel Julie, 2012, Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770075/document>, Consulté le 05.20.2016
 - 32.** Emery Yves, 2004, Rémunérer la performance des agents publics par des primes d'équipe : constats, analyses et recommandations, <https://ethiquepublique.revues.org/2042>, Consulté le 07.09.2015
 - 33.** Faranpour F., 2013, Missions et problématiques des urgences, PowerPoint, http://www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Instances_ARIS/travaux/2013/20131013_Table2_DiaporamaFARANPOUR.pdf, Consulté le 18.09.2016
 - 34.** Fédération Hospitalière de France, 04.06.2013, La FHF et les conférences hospitalières proposent des solutions pour faire face à augmentation du recours aux Urgences, <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/La-FHF-et-les-conferences-hospitalieres-proposent-des-solutions-pour-faire-face-a-l-augmentation-du-recours-aux-Urgences>. Communiqué de la FHF du 04.06.2013, Consulté le 15.08.2015.
 - 35.** Forum euro-méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'administration, Tunis 15-17 juin 2005, Consulté le 05.09.2016
 - 36.** Frappé Paul, Claude Attali, Yves Matillon, 2010, Socle historique des référentiels métiers et compétences en médecine générale, exercer la revue française de médecine générale, Volume 21 N° 91, <https://www.exercer.fr/numero/91/page/41/pdf/>, Consulté le 15.05.2016
 - 37.** Gallais Caroline, 2010, Les ressources humaines en santé dans les pays en développement, Revue bibliographique, Solthis-sciences Po, Consulté le 20.03.2015.
 - 38.** Gentile Stéphanie, Amadeï E., Bouvenot J., Durand A.C., Bongiovanni Isabelle, Haro J., Giraud C., Sambuc Roland, 2004, « Attitudes et comportement des usagers face à

- une urgence réelle ou ressentie », Santé Publique 1/2004 (Vol. 16), p. 63-74, URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-63.htm, Consulté le 18.09.2016
- 39.** Gernet Isabelle et Christophe Dejours, 2009, Évaluation du travail et reconnaissance, Nouvelle revue de psychosociologie, 2009/2 - n° 8, pages 27 à 36, <http://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2009-2-page-27.htm>, Consulté le 15.02.2015
 - 40.** Ghedia A., 2013, Système de santé en Algérie, <http://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/reflexions-sur-le-systeme-de-sante-137907>, Consulté le 02.04.2015
 - 41.** Ghobrini Mustapha, 2007, Projet de télémédecine régional dans les urgences hospitalières de Mostaganem, magistère, Université d'Oran, <http://www.univ-oran1.dz/theses/rechepage.php>, Consulté le 07.03.2014
 - 42.** Gouvernement du Québec, 2006, Guide de gestion de L'URGENCE, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf>, Consulté le 10.02.2014
 - 43.** GRAS, 2011, Les prestations de soins de santé essentiels en Afrique, réalités et perceptions communautaires, cas de l'Algérie, Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS), Rapport, Consulté le 10.02.2016
 - 44.** Gwenaël Dhaene, 2007, Ressources humaines et santé en Afrique : expériences, défis et réalités, Conférence Global Health Workforce Alliance de Douala (GHWA), http://www.ressma.com/Documentation/BIBLIO/RESSOURCES%20HUMAINES/GHWA_report_version_3_1_.pdf, Consulté le 20.05.2018
 - 45.** Hamamda Tahar, 2004, Crise et transition à l'économie de marché en Algérie, Université Mentouri Constantine, Revue sciences humaines n°21, Juin 2004, pp. 69-83, <http://revue.umc.edu.dz/index.php/h/article/view/971/1078>, Consulté le 27.08.2017
 - 46.** Kacha Farid, 2010, La santé mentale en Algérie, Journée Parlementaire sur la santé, Conseil de la Nation, <http://www.majliselouma.dz/textes/autresdoc/JP%20sur%20la%20Sante2.pdf>, Consulté le 10.05.2014
 - 47.** Kaddar Miloud, 2015, Remarques préliminaires sur l'Avant-projet de loi sanitaire, Les Cahiers du GRAS N° 06, juin 2015, https://www.researchgate.net/publication/288986463_Remarques_preliminaires_sur_l'avant-projet_de_loi_sanitaire_en_Algerie, Consulté le 23.05.2017
 - 48.** Kadri Farid, 2014, Contribution à la conception d'un système d'aide à la décision pour la gestion de situations de tension au sein des systèmes hospitaliers. Application à un service d'urgence. Thèse de doctorat, université Valenciennes et du Hainaut-Combrésis (France), consulté le 10.05.2016 <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01119943v2/document>, Consulté le 26.04.2016
 - 49.** Kaid T. Nouara, Les politiques de santé dans le monde : cas de l'Algérie, Université Abderrahmane MIRA de Béjaia, <http://docplayer.fr/33751637-Les-politiques-de-sante-dans-le-monde-cas-de-l-algerie.html>, Consulté le 20.06.2016
 - 50.** Khoukha Mekalt et Brahim Brahamia, 2015, Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, article scientifique, 15 pages, Consulté le 10.03.2017

- 51.** Krucien Nicolas (collectif), 2012, Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00807172/document>, Consulté 02.05.2017
- 52.** Lakehal Rabia, 2014, La santé de proximité : enjeux et perspectives, Colloque international sur les politiques de santé, http://www.sante.dz/colloque/docs/sante_proximite_rabia.pdf, Consulté le 25.04.2016
- 53.** Lamrani Salim, 2014, Cuba, un modèle selon l'Organisation Mondiale de la Santé. L'école latino-américaine de médecine (ELAM), <http://www.legrandsoir.info/cuba-un-modele-selon-l'organisation-mondiale-de-la-sante.html>, Consulté le 10.08.2014
- 54.** Landier Hubert, 2012, « Des salariés engagés : qualité du management et performance de l'entreprise », www.institut-entreprise.fr, Les Notes de l'institut, Consulté le 21.03.2016
- 55.** Langlais Fabienne, 2007, Secrétariat médical au CHU de NANTES : enjeux et perspectives d'une réorganisation, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/edh/langlais.pdf>, Consulté le 08.04.2017
- 56.** Leblanc-Constant Martine et Claire Bard, 2013, Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation, Pour une gestion saine et performante, Secrétariat du Conseil du trésor, Direction de la mise en œuvre de la loi sur l'administration publique, www.tresor.gouv.qc.ca, Consulté le 25.02.2015
- 57.** Lemay Anne, Béland François, Contandriopoulos André-Pierre, Boucher Marcel, Lavoie Ginette, 1996, Analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers, In: Sciences sociales et santé. Volume 14, n°2, 1996. pp. 5-38, http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1996_num_14_2_1356, Consulté le 21.05.2015
- 58.** Makboul El Hadi, 1999, Le programme d'ajustement structurel en Algérie : problématique et application, Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Planification (CENEAP) N° 15
- 59.** Makboul El Hadi, 2000, Les effets du programme d'ajustement structurel sur les services publics, Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Planification (CENEAP) N° 16
- 60.** Mann J. M., 1998, Santé publique : éthique et droits de la personne, Santé publique 1998, volume 10, no 3, pp. 239-250 https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2017/09/Mann_ps.pdf, Consulté le 25.04.2014
- 61.** Mann Jonathan M., 1998, Introduction à la Santé Publique, University of Philadelphia, https://facmed.univ-rennes1.fr/RENNES20090116095023ambegueIntroduction_A_la_SantE_publique, 09 p. Consulté le 25.04.2014
- 62.** Mardegan Pierre, 2005, Services d'urgences : difficultés actuelles, perspectives, adsp n° 52 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad524751.pdf>, Consulter le 01.05.2018
- 63.** Mebtoul Mohamed, 2005, Médecins et patients en Algérie, Editions Dar El Gharb
- 64.** Mekalt Khoukha, Brahim Brahamia, 2015, « Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement », Université de Bejaïa, Consulté le 02.03.2017

- 65.** Mihai Dinu Cheorghiu, Frédéric Moatty, 2013, L'hôpital en mouvement, changements organisationnels et conditions de travail, Editions Liaisons.
- 66.** Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, Circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf, Consultée le 19.05.2018
- 67.** Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, 2007, Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP).
- 68.** Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, 2003, Avant-projet de loi sanitaire, <http://www.santemaghreb.com/algerie/loisanit.htm>, visité le 02.05.2014.
- 69.** Montagnon M., 2009, Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : principes et enjeux pour les paramédicaux, http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Evaluaton_des_pratiques_professionnelles-Principes_et_enjeux_pour_les_paramedicaux.pdf, Consulté le 12.05.2014
- 70.** MSPRH, 1989, Instruction N°26/MSP/DSS du 05 février, Organisation et fonctionnement de la garde et du service d'urgence.
- 71.** MSPRH, 1991, Document d'orientation en vue de la détermination de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations, en application du Décret 90.415 du 22/12/1990, Alger mars 1991.
- 72.** MSPRH, 2002, Instruction ministérielle n° 18 du 27 octobre 2002 relative à la protection de la sante des personnels de santé, <http://www.sante.dz/Dossiers/dass/instruction27-02.htm>, Consulté le 04.05.2018
- 73.** MSPRH, 2006, Enquête Nationale sur les Urgences Médico-Chirurgicales, Résultats et recommandations, INSP, <http://www.sante.dz/insp/umc.pdf>, visité le 18.02.2015.
- 74.** MSPRH, 2006, Ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006, portant statut général de la fonction publique
- 75.** MSPRH, 2009, Statistiques nationales
- 76.** MSRHR, 1992, Décret exécutif N°92-276 du 06-07-1992 portant Code de Déontologie Médicale (JO N° 52 du 08.07.1992)
- 77.** MSRHR, 1998, La charte de la santé, Alger
- 78.** MSRHR, 2009, Décret exécutif n° 09-393 du 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique. JO N° 70 du 29.11.2009. <http://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2009/F2009070.pdf>, 27.04.2016
- 79.** MSRHR, 2011, Décret exécutif n° 11-187 du 5 mai 2011 instituant le régime indemnitaire des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique.
- 80.** MSRHR, 2018, Loi N°18-11 du 02 juillet 2018 relative à la santé, Journal Officiel N° 46 du 29.07.2018
- 81.** Nemitz B. et al., 2011, Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence, http://www.cmub.org/contenus/cmub/referentiel_metier_mu.pdf, Consulté le 22.01.2016

- 82.** OCDE, 2010, Améliorer la performance des soins de santé : comment mesurer leur qualité Forum sur la qualité des soins, Paris, <https://www.oecd.org/fr/sante/ministerielle-2010/46098531.pdf>, Consulté le 15.06.2016
- 83.** Office National des Statistiques (ONS), 2008, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, http://www.ons.dz/collections/pop9_national.pdf, Consulté le 26.10.2015
- 84.** Office National des Statistiques(ONS), 2013, enquête sur l'emploi du temps 2012, Rapport d'enquête, http://www.ons.dz/IMG/pdf/RAPPORT_ENET_2012_FRAN_2_pdf, Consulté le 13.09.2015
- 85.** Office National des Statistiques(ONS), 2014, Démographie Algérienne, <http://www.andi.dz/PDF/demographie/D%C3%A9mographie%20alg%C3%A9rienne%202014.pdf>, Consulté le 20.06.2017
- 86.** OMS, 2005, La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, http://www.who.int/hdp/publications/mdg_fr.pdf, visité le 20.03.2014
- 87.** OMS, 2006, Travailler ensemble pour la santé, <http://www.who.int/whr/2006/fr/>, Consulté le 15.02.2014
- 88.** OMS, 2010, Rapport sur la santé en Europe, 2009, Santé et systèmes de santé, Bureau régional Europe OMS 2010, Site Web www.euro.who.int, Consulté le 16.07.2014
- 89.** OMS, 2010, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf, Consulté le 02.03.2017
- 90.** OMS, 2010, L'incitation à la performance des prestataires de services de santé, http://www.who.int/contracting/DP_10_1_FR.pdf
- 91.** OMS, 2010, Rapport sur la santé en Europe 2009 : Santé et systèmes de santé, Bureau régional Europe OMS, www.euro.who.int, Consulté le 16.07.2014
- 92.** OMS, La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, 2005, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43301/924256298X.pdf;jsessionid=5C1B0C0BB9740C0D606A8D8B560F11F8?sequence>, Consulté le 10.05.2016
- 93.** Organisation Mondiale de la Santé, 2000, Pour un système de santé plus performant, <http://www.who.int/whr/2000/fr/>, Consulté le 15.02.2014
- 94.** Oufriha Fatima Zohra (collectif), 2009, un système de santé à la croisée des chemins, CREAD
- 95.** Oufriha Fatima Zohra, 2009, Transition et système de santé en Algérie, Edition CREAD, Alger.
- 96.** Ould Kada Mohamed, 2016, Recueil de textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de santé, <https://www.hopital-dz.com/upload/09-2017/article/TextFond2016.pdf>, Consulté le 17.04.2017
- 97.** Perrot Jean, Eic de Roodenbeke, Laurent Musango et György Fritsche, 2010, L'incitation à la performance des prestataires de services de santé, http://www.who.int/contracting/DP_10_1_FR.pdf, Consulté le 10.02.2017
- 98.** Petit-jean Marie-Edith, 2002, Recommandations en organisation générale d'une unité d'urgence, Université Bordeaux 2,

- 99.** Piret Justine, 2017, Des compétences individuelles aux compétences collectives : quels sont les rôles des RH ? Le cas du service juridique d'un secrétariat social liégeois Master en gestion des ressources humaines, Université de Liège https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/2642/5/M%C3%A9moire_Justine%20Piret_S122415.pdf, Consulté le 04.05.2018
- 100.** Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), 2010, Rapport sur le développement humain, http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2010_fr_complete_reprint.pdf, visité le 07.05.2014
- 101.** Programme National de la Recherche en Santé (PNRS), 1997, ANDRS, Oran
- 102.** RADP, Banque mondiale, 1991, Projet pilote de gestion du secteur de la santé publique par la Banque Mondiale, Rapport d'évaluation N° 8916 du 06.02.1991
- 103.** RADP, Banque mondiale, 2007, A la recherche d'un investissement public de qualité, Une Revue des dépenses publiques, Rapport N° 36270-dz (En deux volumes) Volume I : Texte Principal, Le 15 août 2007, Groupe pour le Développement socioéconomique Région Moyen Orient et Afrique du Nord, Consulté le 15.05.014
- 104.** Rangeon François, sans date, La notion d'évaluation, Université de Picardie Jules Verne,
- 105.** République Algérienne Démocratique et Populaire, Constitution, de 1996 et 1989
- 106.** Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education (ROCARE), 2003, Participer au changement en éducation : Manuel de recherche action pour les chercheurs et praticiens en Afrique de l'Ouest et du Centre, ROCARE et l'Université de Québec à Montréal (UQAM) avec l'appui du CRDI, www.rocure.org, Consulté le 15.03.2016
- 107.** Ricroch Layla et Albert Vuagnat, 2015, Urgences : sept patients sur dix attendent, Etudes et résultats (DREES), <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er929.pdf>, Consulté le 12.09.2015.
- 108.** Rivas Olivares Fernando Miguel, 2011, Un modèle global et intégré de la performance : application à l'urgence d'un hôpital au Mexique, Université de Montréal, https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/7050/Rivas_Fernando_2011_memoire.pdf Consulté le 02.05.2017
- 109.** Roche Alexis, 2013, Reconnaissance et performance : proposition du concept de reconnaissance activatrice et d'un modèle intégrateur, Université Jean Moulin (Lyon), www.theses.fr/2013LYO30011, Consulté le 15.05.2016
- 110.** Rodríguez Rojas YL, DA Camargo Rojas, 2012, Apport des systèmes de gestion de la qualité à la sécurité du patient : revue internationale, Pratiques et Organisation des Soins 2012/3 (Vol. 43), p. 205-214 <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-dessoins-2012-3-page-205.htm>, Consulté le 10.04.2016
- 111.** Roman Bernard, 2016, Bâtir une stratégie de rémunération, Systèmes de rémunérations et management de la performance, Dunod, <https://docs.google.com/file/d/0B4FrvXeliUyYS2RXS1A3WVRJYTg/edit>, Consulté le 18.10.2017
- 112.** Sachs Bertrand, 2006, Démarche participative : interroger les faits. La santé de l'homme, n° 382, mars-avril 2006, 13-15, Bureau démocratie sanitaire, direction générale de la Santé, ministère de la Santé et des Solidarités, www.inpes.santé.fr, Consulté 10.03.2016

- 113.** SFMU, 2004, Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence, http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/competences_medecins_urgences.pdf, Consulté le 10.04.2016.
- 114.** Steudler François, 1974, L'hôpital en observation, Armand Colin
- 115.** Taylor F.W, 1912, La direction scientifique des entreprises, Alger, Edition ENAG, 1992
- 116.** Trier Van W. E., 1980, La recherche-action. Déviance et société, Vol. 4 - N°2. pp. 179-193; http://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1980_num_4_2_1758, Consulté le 05.06.2015
- 117.** Vannier-Nitenberg Christiane, 2014, La recherche-action au service de l'examen périodique de sante senior, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00978546/document>, Consulté le 10.06.2017
- 118.** Vassy Carine, 2004, L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire, <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>, Consulté le 03.04.2015
- 119.** Vidal Julie, 2012, Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles Infirmiers aux urgences : « d'ouvriers du soin » à « professionnels de l'humain », Institut de Formation en Soins Infirmiers du C.H.U. de Nice, Mémoire de fin d'étude, <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-julie-vidal.pdf>, Consulté le 07.05.2018
- 120.** Wacheux Frédéric, 1996, Méthodes qualitatives et recherche en gestion, Ed. Economica, Paris
- 121.** Weller Bridget, 2008, Directives : Mesures incitatives pour les professionnels de la santé, collaboratrice : http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/38_2.pdf, Consulté le 20.04.2016
- 122.** Zahi Farouk., 2014, La refondation pyramidale des soins de santé : Acte premier de la réforme hospitalière, Colloque international sur les politiques de santé, <https://sorpbatna.files.wordpress.com/2016/12/msprh-colloque-int-politique-sante.pdf>, Consulté le 25.04.2016

- 123.** شرقي علاء، 1999، نظام التسيير عبر الأهداف و تطبيقاته على المؤسسة الصحية و وزارة الصحة و السكان، مكدرة تخرج لدراسات ما بعد التدرج في إدارة أعمال منظمات الصحة، المدرسة الوطنية للصحة العمومية.
- 124.** وزارة التربية الوطنية، أكتوبر 2010، من أجل إعداد عقد النجاعة، الضوابط التنظيمية الجديدة لمشروع المؤسسة.

Journaux

- 125.** El Watan, 26.09.2015
- 126.** Kaddar Miloud, 2017, Projet de loi sanitaire : des avancées et des questions, quotidien d'Oran du 12.01.2017, http://www.lequotidien-oran.com/index.php?news=5238478&archive_date=2017-01-12,
- 127.** El Watan, 31.05.2018
- 128.** Le quotidien d'Oran, 17.06.2014

Annexe

(1ere version du questionnaire, avant les modifications) Université Ibn Badis de Mostaganem
Faculté des sciences sociales
Département de psychologie

QUESTIONNAIRE N° 01

Cher travailleur, médecin, paramédical et responsable administratif,

Je prépare actuellement une étude sur le système d'évaluation de la performance du personnel de santé. Je vous prie de bien vouloir répondre avec sincérité et objectivité aux questions posées.

Mettez une croix dans la case de votre choix.

Merci.

- Homme Femme
- Expérience professionnelle (nombre d'années) :
- Poste de travail :
- Contractuel : Oui Non

Axe n° 01 : Réalités du système de santé

1. La participation des travailleurs et du corps médical est assurée par les commissions, le conseil médical et le conseil d'administration, pour donner un avis et prendre une décision,

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

2. L'organisation hospitalière est gérée sans gaspillage et avec efficacité,

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

3. Le personnel de santé comprend parfaitement les objectifs de la réforme hospitalière, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
4. Les valeurs de solidarité et d'entre-aide sont exercées par les professionnels de santé dans les urgences, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
5. Le personnel des urgences est mobilisé autour des objectifs définis par le ministère de la santé, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
6. L'administration du système de santé devrait donner beaucoup d'importance aux programmes de préventions dans les urgences, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
7. Les transferts et évacuations seront d'autant mieux assurés et efficaces si on intègre un système informatique de coordination (intranet) dans les services des urgences, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
8. L'informatisation des services hospitaliers serait d'une importance capitale par la constitution d'une base de données des activités des urgences et la mise en place d'un Tableau De Bord pour le pilotage de l'organisation des urgences, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
9. L'efficacité d'un système de santé, dépend en grande partie du travail d'éducation sanitaire permanent envers la population, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
10. Dans la perspective de la réforme du système de santé, les personnels de santé sont attachés à l'emploi permanent comme principe fondamental, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
11. Le Conseil d'Administration n'occupe pas une place active dans la gestion de l'organisation hospitalière, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
12. L'efficacité de l'organisation des urgences dépend d'une coordination avec l'équipe médicale du premier niveau des soins (EPSP), Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
13. La qualité du système de santé est limitée par le taux important d'analphabètes, en Algérie, particulièrement les femmes, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
14. La nature très centralisée du système de santé entraîne une prise en charge insatisfaisante du patient dans les urgences, Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

15. Les citoyens et associations doivent accéder, en toute transparence, aux données et résultats de l'activité du système de santé, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
16. Les services des urgences gagneraient en efficacité s'il existait une coordination avec les structures du secteur privé, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
17. Je considère que mes représentants dans les comités, commissions et syndicats sont efficaces, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
18. La modernisation de l'administration hospitalière nécessite l'introduction d'un système d'évaluation équitable du personnel de santé, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Axe n° 02 : Patient, accompagnateurs, visiteurs

19. Le malade est hospitalisé dans des conditions humaines d'hôtellerie, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
20. Le malade est correctement pris en charge par l'équipe médicale } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
21. L'accueil des malades, accompagnateurs et visiteurs est acceptable dans les services des urgences, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
22. Les droits du malade sont respectés, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
23. Les doléances des malades sont étudiées et les réponses faites par l'administration hospitalière sont satisfaisantes, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
24. La mise en place d'une équipe de tri des malades aux urgences est une nécessité pour identifier les urgences prioritaires, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
25. La communication et l'orientation permettent aux malades d'identifier les différents responsables dans le service des urgences, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Axe n° 03 : Les conditions de travail

26. La sécurité de mon emploi est garantie, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

27. Les infrastructures, équipements médicaux et matériels des urgences hospitalières sont protégées et entretenus par le personnel de santé, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
28. Les risques liés à la santé des travailleurs dans les urgences, sont faibles, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
29. Assurer la sécurité du personnel des urgences (agressions, insultes etc.) est une condition fondamentale pour la bonne marche du service des urgences, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
30. Assurer la disponibilité des équipements de protection individuelle aux équipes des urgences, permet de limiter les graves risques liés à la santé, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
31. L'administration hospitalière devrait mettre à la disposition des urgentistes, en permanence, l'information concernant tous les risques qui touchent leur santé et celle des malades, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
32. Une prise en charge de qualité dans les urgences signifie le respect de l'intimité du malade dans les salles d'observation. } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

QUESTIONNAIRE N° 02

Cher travailleur, médecin, paramédical et responsable administratif,

Je prépare actuellement une étude sur le système d'évaluation de la performance du personnel de santé. Je vous prie de bien vouloir répondre avec sincérité et objectivité aux questions posées.

Mettez une croix dans la case de votre choix.
Merci.

- Homme Femme
- Expérience professionnelle (nombre d'années) :
- Poste de travail :
- Contractuel : Oui Non

Axe n° 01 : Rôle des ressources humaines

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Le personnel (médecin, paramédical, administratif, travailleur) joue un rôle positif et efficace dans le service des urgences, | } Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> | D'accord <input type="checkbox"/> | Pas d'accord <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> |
| 2. Je donne le meilleur de moi-même dans le poste où je travail | } Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> | D'accord <input type="checkbox"/> | Pas d'accord <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> |
| 3. Je considère que mon travail est performant | } Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> | D'accord <input type="checkbox"/> | Pas d'accord <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> |
| 4. J'estime que mes conditions de travail ne provoquent pas de risques ou dangers pour ma santé, | } Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> | D'accord <input type="checkbox"/> | Pas d'accord <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> |
| 5. Le personnel du service des urgences respecte les horaires de travail. | } Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> | D'accord <input type="checkbox"/> | Pas d'accord <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> |

6. Une consultation du psychologue clinicien serait, souvent, d'un grand bénéfice thérapeutique pour le malade, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
7. En intégrant le rôle de l'assistante sociale dans les urgences, on améliorera la prise en charge du malade, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
8. Une prise en charge satisfaisante du malade nécessite des chauffeurs ambulanciers qualifiés qui participent aux opérations de transfert et d'évacuation, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
9. Employer des secrétaires médicaux qualifiés et diplômés permet d'assurer une bonne saisie des données médico-administratives et une meilleure tenue et exploitation du registre de réception des malades, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
10. La formation permanente devrait concerner tous les travailleurs de la santé, qu'ils relèvent du personnel médical, paramédical, administratif ou de soutien, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
11. Pour augmenter la motivation des urgentistes et améliorer la prise en charge des malades il faut tenir compte de leur choix à travailler dans les urgences, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
12. Pour élever la performance des urgentistes, il faut améliorer l'accueil et le tri des malades. } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
13. En partant de ma propre expérience professionnelle, je souhaite quitter le service des urgences pour un autre poste de travail } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
14. Je ressens, souvent, dans mon activité professionnelle, un niveau élevé de stress, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
15. Ma qualification professionnelle est adaptée à mon activité dans les urgences, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
16. Dans le fonctionnement de notre équipe de travail, il existe de l'entente, de la compréhension et une solidarité professionnelle ? } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Axe n° 02 : Equité

17. Je considère que l'administration hospitalière est reconnaissante envers mon engagement professionnel, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
18. Je connais un personnel de santé qui a le même poste de travail que moi et qui perçoit une indemnité plus conséquente que la mienne, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
19. L'indemnité de performance que je perçois correspond à mes efforts dans mon poste de travail, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
20. Un système d'évaluation équitable est une condition essentielle pour assurer une promotion justifiée du personnel des urgences, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
21. La motivation du personnel des urgences est dépendante des décisions équitables de sa hiérarchie, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Axe n°03 : Système d'évaluation de la performance

22. Je suis au courant du système d'évaluation et de notation dans mon service des urgences, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
23. Le système d'évaluation mis en place par l'administration hospitalière permet d'accroître la performance des ressources humaines dans les urgences, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
24. Le système d'évaluation de la performance mérite d'être revu et adapté pour stimuler le rendement du collectif des urgentistes, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
25. Le système d'évaluation en place ne permet pas de récompenser les travailleurs les plus performants, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
26. Le système d'évaluation de la performance permet de mesurer les différences de performance entre les services des urgences et les services hospitaliers, } Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

27. La mauvaise gestion des carrières du personnel de santé les décourage à rester dans les urgences,

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

28. Le taux des décès évitables devrait être intégré dans l'évaluation de la performance des équipes des urgences,

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

29. Les représentants des travailleurs devraient siéger officiellement dans les commissions d'évaluation de la gestion des services des urgences,

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

30. L'exercice des responsabilités devrait être confié à des personnes aux compétences reconnues,

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Tableau des experts qui ont participé à l'expertise des questionnaires N ° 01 et N° 02

N°	Nom et Prénom	Qualité scientifique ou professionnelle	Nombre d'années d'expérience	Site de travail
1	Allel Ouazani	Epidémiologue, expert OMS	24 ans	Centre universitaire de Canada
2	Mustapha Mimouni	Psychologue du travail	28 ans	Université de Mostaganem
3	Philippe Inowlocki	Expert formateur-consultant	15 ans	France
4	Abdelkader Benyekhou	Médecin inspecteur	18 ans	DSP Mostaganem
5	Mohamed Mokadem	Médecin généraliste	27 ans	EPH Mostaganem
6	Kharroubi	Médecin généraliste	08 ans	Service des UMC Mostaganem
7	Abid Rachid	Médecin généraliste	18 ans	Service des UMC Mostaganem
8	Houria Bentousi	Médecin généraliste	27 ans	EPH Mostaganem
9	Redouane Hadjj	Médecin généraliste privé	18 ans	Cabinet à Hassi Mamèche (Mostaganem)
10	Kadiri Belkacem	Médecin généraliste	06 ans	EHS psychiatrique de Mostaganem
11	Charef Abassa	Surveillant médical	18 ans	Service des UMC Mostaganem
12	Fethi Benkhedra	Surveillant médical	32 ans	EHS psychiatrique de Mostaganem
13	Maarouf Mohamed	Infirmier principal	28 ans	Complexe mère-enfant Mostaganem

(Version finale, après les modifications)

Université Ibn Badis de Mostaganem
Faculté des sciences sociales
Département des sciences sociales
Filière de psychologie

QUESTIONNAIRE N° 01

Cher(e), médecin, paramédical et administratif,

Je prépare actuellement une étude sur le système d'évaluation de la performance du personnel de santé. Je vous prie de bien vouloir répondre avec sincérité et objectivité aux questions posées. Le questionnaire est anonyme, n'écrivez pas votre nom.

Mettez une croix dans une seule case de votre choix.

Merci.

- Homme Femme
- Expérience professionnelle (nombre d'années) :
- Poste de travail :

10. Le personnel (médical, paramédical et administratif) joue un rôle positif et efficace dans le service des urgences,

11. Je considère que mon travail est performant,

12. Le personnel du service des urgences respecte les horaires de travail,

13. Une consultation du psychologue clinicien serait d'un grand bénéfice thérapeutique pour le malade,

} Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
} Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
} Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
} Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>

14. En intégrant le rôle de l'assistante sociale dans les urgences, on améliorera les conditions de prise en charge du malade,

15. Employer des secrétaires médicaux qualifiés et diplômés permet d'assurer une saisie correcte des données médico-administratives et donc une meilleure efficacité du système d'information hospitalier,

16. Dans le programme annuel de l'administration hospitalière, la formation continue concerne tout le personnel de la santé, qu'il soit du personnel médical, paramédical, administratif ou de soutien,

17. Dans la procédure d'affectation du personnel aux urgences, l'administration hospitalière tient compte de leur choix à travailler dans les urgences, ce qui permet d'augmenter la motivation des urgentistes,

18. L'organisation des urgences dispose de mesures d'encouragement au développement de la recherche et de l'innovation,

19. En partant de mon expérience professionnelle, l'idée me vient, parfois, de faire ma demande de changement du service des urgences vers un autre service hospitalier,

20. Je ressens, souvent, dans mon activité professionnelle, un niveau élevé de stress,

21. L'administration hospitalière est reconnaissante envers mon engagement professionnel,

22. Je connais un personnel de santé qui a le même poste de travail que moi et qui perçoit une indemnité plus conséquente (meilleure) que la mienne,

23. L'indemnité de performance que je perçois correspond à mes efforts dans mon poste de travail,

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

24.Le système d'évaluation de la performance est équitable (juste) et assure au personnel des urgences une évolution satisfaisante de sa carrière professionnelle (promotion, avancement etc.),

25.Je suis au courant du système d'évaluation et de notation appliqué dans le service des urgences,

26.Le système d'évaluation de la performance du personnel de santé mérite d'être revu et adapté pour stimuler le rendement du collectif des urgentistes,

27.Le système d'évaluation de la performance du personnel permet de mesurer les différences de performance entre les services des urgences et les autres services hospitaliers,

28.Le taux des décès évitables, dû à la mauvaise prise en charge du malade, est intégré dans l'évaluation de la performance des équipes des urgences,

29.L'organisation des urgences dispose d'un système incitatif et d'encouragement qui concerne toutes les catégories professionnelles, visant l'amélioration des conditions de prise en charge du patient,

}	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>

(Version finale, après les modifications)

Université Ibn Badis de Mostaganem
Faculté des sciences sociales
Département des sciences sociales
Filière de psychologie

QUESTIONNAIRE N° 02

Cher(e) médecin, paramédical et administratif,

Je prépare actuellement une étude sur le système d'évaluation de la performance du personnel de santé. Je vous prie de bien vouloir répondre avec sincérité et objectivité aux questions posées. Le questionnaire est anonyme, n'écrivez pas votre nom.

Mettez une croix dans une seule case de votre choix.

Merci.

- Homme Fem
- Expérience professionnelle (nombre d'années) :
- Poste de travail :

1. La participation à la gestion du personnel de santé est assurée dans le d'administration, le conseil médical et dans d'autres commissions, pour donner un avis et prendre les décisions utiles à la santé publique,

2. Le personnel de santé comprend parfaitement les objectifs de la réforme hospitalière,

3. Les valeurs de solidarité professionnelle et d'entre-aide sont exercées par le personnel de santé dans les urgences,

}	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
}	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>
	Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>	D'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>

4. Le personnel des urgences est mobilisé autour des objectifs définis par le ministère de la santé (accueil, hygiène, prise en charge etc.)

5. L'administration des urgences accorde beaucoup d'importance aux programmes de prévention, pour le personnel et des malades,

6. Les transferts et évacuations seront d'autant mieux assurés et efficaces si on intègre un système informatique de coordination (intranet) dans les services des urgences,

7. Une gestion efficace de l'organisation des urgences, nécessite l'informatisation de la gestion médico-administrative,

8. L'administration hospitalière assure, tout au long de l'année, un programme d'Information, d'Education sanitaire et de Communication envers la population et le personnel de santé,

9. L'organisation des urgences assure une étroite coordination(en termes d'évaluation de l'activité), avec l'équipe médicale du premier niveau des soins (EPSP),

10.L'efficacité des équipes de l'organisation sanitaire est limitée par le taux important d'analphabètes parmi les usagers, particulièrement les femmes,

11.Présenter à la société une évaluation objective et valorisante de l'activité du personnel de santé nécessite que les citoyens, associations et élus locaux doivent accéder, en toute transparence, aux données et résultats de l'activité du système de santé,

12.Pour améliorer leurs prestations, les services des urgences disposent d'une coordination permanente avec les structures du secteur privé (évaluation, mise en commun des moyens),

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

13. Je considère que mes représentants dans les comités, commissions et syndicats sont efficaces,

14. Le malade est correctement pris en charge par l'équipe médicale,

15. L'accueil des malades et accompagnateurs est acceptable (satisfaisant) dans les services des urgences,

16. Les droits du malade sont respectés,

17. Les réclamations des patients sont étudiées et les réponses faites par l'administration hospitalière satisfaisantes.

18. Le service des urgences dispose d'une équipe de tri des patients, ce qui facilite l'identification des cas urgents et prioritaires,

19. Les services des urgences disposent des moyens de communication et d'orientation, ce qui permet aux patients d'identifier les différents responsables et les différentes fonctions du service des urgences (badges, placards d'informations, signes etc.),

20. Les infrastructures, équipements médicaux et matériels des urgences hospitalières sont protégés et entretenus, régulièrement, par le personnel de santé,

21. La sécurité du personnel de santé contre les agressions, insultes, menaces etc., qui est une condition fondamentale pour le bon fonctionnement du service des urgences, est assurée correctement et dans de bonnes conditions,

22. Les services des urgences assurent la disponibilité des équipements de protection individuelle et collective aux équipes des urgences, ce qui permet de limiter les graves risques liés à la santé,

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

23. Les services de la médecine du travail et du SEMEP mettent à la disposition des urgentistes, en permanence, l'information sanitaire (mesures préventives) concernant tous les risques qui touchent à leur santé et à celle des malades,

24. Le respect de l'intimité du malade, dans toutes les phases de sa prise en charge (salles d'observation etc.), est observé, ce qui correspond à une prise en charge de qualité dans les urgences,

25. Mes conditions de travail ne m'exposent pas à des risques ou dangers pour ma santé,

26. L'organisation des établissements des urgences prend en considération les règles d'architecture (couloirs, entrée, sortie etc.) et respecte les normes reconnues par l'OMS.

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

} Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Démarche d'élaboration de la grille d'entretien

A la lumière de la problématique générale et des hypothèses de travail, on a formulé la démarche suivante :

1. Collecte des matériaux bruts : concepts de la littérature et expérience universelle, textes de l'organisation hospitalière, des entretiens, visites sur sites et observations, chiffres et articles de presse.
2. Reprendre le questionnement général de la problématique, les hypothèses du travail et les objectifs définit et commencer l'élaboration des principaux axes de l'entretien.
3. Formulation des questions : étude de leur ordonnancement pour préserver le fil directeur, les principales idées et le thème central. Reprendre les questions pour un meilleur questionnement du vécu professionnel du personnel hospitalier. Reformulation des questions en faisant l'effort de les adapter aux réalités hospitalières.
4. Vérifier la conformité, la pertinence des questions avec la problématique et les hypothèses de travail et présentation test de la grille d'entretien à un personnel ancien et expérimenté de l'organisation des urgences qui donne un avis sur la forme et le contenu des questions.
5. Débuter les entretiens.

2.1 Les principaux axes de l'entretien

1. Perception et signification du concept d'évaluation de la performance des ressources humaines dans les urgences hospitalières.
2. Réalités du système de santé et des urgences hospitalières : vécu des hospitaliers, perception de la réforme hospitalière et problématique du changement dans le secteur public de santé.
3. Attitudes et rôle des ressources humaines par rapport à la problématique du système d'évaluation de la performance hospitalière et de la production des soins : avis critique sur le système d'évaluation lui-même, réaction du corps médical, paramédical, ceux de l'administration et des autres travailleurs. Que pense l'interviewé sur le système d'évaluation de la performance hospitalière : critères utilisés, critères souhaités ou proposés. Le système mis en œuvre est-il équitable ?
4. Quels sont les rapports entre le système d'évaluation et le système d'administration et de gestion des services des urgences ou de l'établissement hospitalier ?

5. Projet du personnel de santé par rapport à la problématique concrète du système d'évaluation de la performance hospitalière : qu'est-ce qu'il est possible de faire ? Quelle expérience individuelle et collective dans ce domaine ? Quel projet d'organisation ou d'amélioration proposé ? Quelles perspectives proposées ?

Tableaux statistiques de l'étude fondamentale

Corrélations

		La prise en charge du patient	Rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences	Organisation des urgences et changement
Corrélation de Pearson	La prise en charge du patient	1,000	,214	,426
	Rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	,214	1,000	,286
	Organisation des urgences et changement	,426	,286	1,000
Sig. (unilatérale)	La prise en charge du patient	.	,000	,000
	rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	,000	.	,000
	Organisation des urgences et changement	,000	,000	.
N	La prise en charge du patient	334	334	334
	rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	334	334	334
	Organisation des urgences et changement	334	334	334

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	f	Sig.
1 Régression	8255,540	2	4127,770	39,020	,000 ^b
Résidu	35014,771	331	105,785		
Total	43270,311	333			

a. Variable dépendante : La prise en charge du patient

b. Valeurs prédites : (constantes), Organisation des urgences et changement, rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences

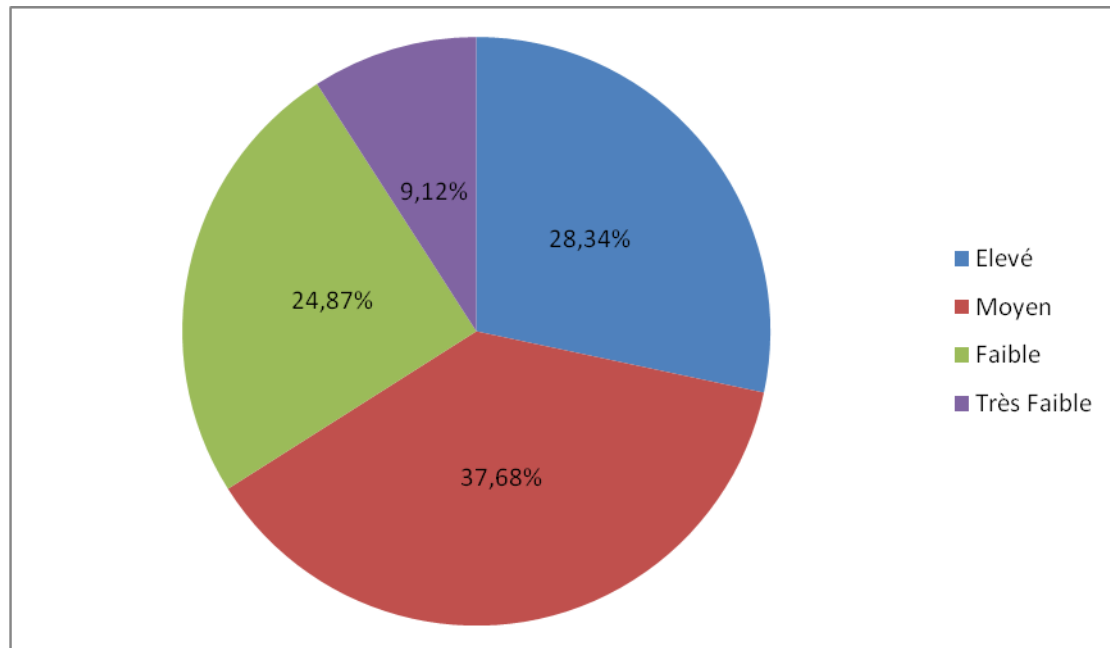
Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	95,0% % intervalles de confiance pour B		Statistiques de colinéarité	
	A	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Limite supérieure	Tolérance	VIF
(Constante)	29,983	3,984		7,527	,000	22,147	37,819		
Rôle de ressources humaines dans l'organisation des urgences	,315	,162	,101	1,951	,052	-,003	,633	,918	1,089
Organisation des urgences et changement	1,124	,146	,397	7,699	,000	,836	1,411	,918	1,089

a. Variable dépendante : La prise en charge du patient

Résultat global des réponses des deux questionnaires

	%A	%B	%Total
Elevé	28,34%	18,57%	23,46%
Moyen	37,68%	37,64%	37,66%
Faible	24,87%	29,42%	27,15%
Très Faible	9,12%	14,36%	11,74%
Total	100%	100%	100%



Modèle de fiche de notation du personnel hospitalier

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

ولاية مستغانم

مديرية الصحة و السكان

المؤسسة العمومية

الاستشفائية

كشف التنقيط
FICHE DE NOTATION

السنة _____

الاسم : _____ : اللقب : _____
الرتبة : _____ : الرقم الاستدلالي : _____ : الدرجة : _____
المصلحة : _____ : تاريخ اخر ترقية : _____

مكان مخصص للون المنقط، المعني بالأمر يمكن الأدلاء بملاحظة اذا كان غير متوافق.	التنقيط من 0 الى 20 _____/20
--	-------------------------------------

رأي اللجنة المتساوية الأعضاء

- لقد اطلمت اللجنة على النقطه و الملاحظة العامة في اجتماعها بتاريخ _____
- بإما على المرسوم التنفيذي 59 / 85 المؤرخ في 23 مارس 1985 المتضمن القانون الخاص بعمال المؤسسات و الإدارات العمومية.
- تثبت علامة التنقيط (نعم) ، (لا) : _____ : الملاحظة : _____

المعني (ة) بالأمر

رئيس المصلحة

المسؤول المباشر

(الاسم، لقب، و الخاتم)

(الاسم، اللقب، و الخاتم)

Annexe Textes sur l'organisation et le fonctionnement de la garde et du service d'urgence, sur les évacuations des malades, les épidémies et sur l'intervention et secours en cas de catastrophes.

Organisation et fonctionnement du service d'urgence

1. Circulaire N° 406/MSP/ du 20.06.1988, portant garde médicale et pharmaceutique.
2. L'instruction N° 26/MSP/DSS du 05.02.1989 portant organisation et fonctionnement de la garde et du service d'urgence.
3. Instruction N° 149 du 10 avril 1993 relative au fonctionnement des structures de santé et de la durée du travail.
4. Circulaire N° 01/MSP/ CAB/MIN du 05 avril 1995 portant modalités d'application des dispositions de l'arrête interministériel du 07 janvier 1995 fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.
5. Instruction N° 002 / msp / dss du 10 aout 1996 Organisation et fonctionnement de la garde et du service des urgences.
6. Décision N° 178 MSP/MIN du 15 août 1996 portant création d'une commission des urgences au niveau des établissements publics de santé.
7. Instruction N° 02/MSP/SG du 18.02.1999 relative au suivi du fonctionnement des établissements de santé.
8. Instruction du 22.04.2000 sur le fonctionnement des urgences (évaluation de l'activité et résultats visites d'inspection).
9. Instruction du 29.04.2000, exige des services hospitaliers de réserver obligatoirement au service des urgences, 3 à 8 % de leur capacité en lits.
10. Instruction N° 07/MSP/MIN du 23 aout 2001 relative au renforcement des actions de santé
11. Instruction ministérielle N° 18 du 27.10.2002 relative à la protection de la santé des personnels de santé
12. Instruction N° 04 MSPRH/MIN du 25.05.2004 relative aux objectifs de la réforme hospitalière et les dispositions utiles à prendre afin d'apporter des améliorations (humanisation, accueil etc.).

Fonctionnement de la garde et ses indemnités

13. Décret N°90-386 du 24.11.1990 fixant une indemnité de garde allouée aux personnels des structures de santé assurant la garde.
14. Instruction interministérielle relative aux modalités d'application du décret N° 90-386 du 24.11.1990 fixant une indemnité de garde allouée aux personnels des structures de santé assurant la garde.
15. Instruction interministérielle N°17/MS/CAB du 23 Mars 1991, relative à l'indemnité de garde.
16. Instruction Interministérielle N°108/MS/CAB du 11.09.1991 modifiant l'instruction interministérielle N°17/MS/CAB du 23 Mars 1991 relative à l'indemnité de garde.

17. Instruction N° 17 du 16 janvier 1993 relative au fonctionnement de la garde et des urgences.
18. Instruction N° 02 du 12/05/1996 ayant pour objet les certificats de dispense de garde ou autres aménagements de poste de travail.
19. Décret exécutif N° 97-437 du 17 novembre 1997 portant institution d'une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé assurant la garde.
20. Instruction N° 001/MSP/CAB du 07 janvier 1998 relative aux modalités d'application du décret exécutif N° 97-437 du 17 novembre 1997 portant institution d'une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé assurant la garde.
21. Instruction interministérielle du 29.10.2002 fixant les modalités d'application de l'article 08 du décret exécutif N° 97-437 du 17 novembre 1997 portant institution d'une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé assurant la garde.
22. Décret exécutif N° 03-38 du 19 janvier 2003 modifiant et complétant le tableau annexé au décret exécutif N° 97-437 du 17 novembre 1997 portant institution d'une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé assurant la garde.
23. Instruction N° 004 du 28.01.2004, relative à la récupération après une garde.
24. Instruction N° 01 du 05 janvier 2005 complétant l'instruction n° 007 du 17 août 2004, modifiant et complétant l'instruction n° 001 msp/cab du 07 janvier 1998 relative aux modalités d'application du décret n° 97-437 du 17 novembre 1997 portant instruction d'une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé assurant la garde.
25. Instruction N° 007 du 17 août 2006 modifiant et complétant l'instruction N° 001/MSP/CAB du 07 janvier 1998 relative aux modalités d'application du décret exécutif N° 97-437 du 17 novembre 1997 portant institution d'une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé assurant la garde.
26. Instruction ministérielle N° 027/msprh/min du 11 novembre 2007 relative à l'amélioration des modalités de la garde médicale.
27. Décret exécutif N° 13-195 du 20 mai 2013 relatif à l'indemnité de garde au profit des personnels des établissements publics de santé.
28. Instruction N° 05 MSPRH/MIN du 04 Novembre 2013 portant modalités d'application du décret exécutif n° 13-195 du 20 mai 2013 relatif à l'indemnité de risque de garde au profit des personnels des établissements publics de la santé.
29. Instruction N° 06 du 31 décembre 2016 modifiant et complétant l'instruction N° 5 du 04 Novembre 2013 portant modalités d'application du décret exécutif n° 13-195 correspondant au 20 mai 2013 relatif à l'indemnité de risque de garde au profit des personnels des établissements publics de la santé.
30. Instruction N° 1 du 15 janvier 2016 modifiant l'instruction N° 5 du 4 Novembre 2013 portant, modalités d'application du Décret exécutif n° 13-195 du 20 mai 2013 relatif à l'indemnité de garde au profit des personnels des établissements de santé.

Evacuation des malades

31. Téléx N°96 demars1996.

32. Instruction N° 03 du 18 avril 1998 ayant pour objet les évacuations de malades.
33. Instruction N°007 /MSPRH/ MIN du 03 Septembre 2006 annulant et remplaçant l'instruction N°3 du 18 avril 1998 fixant les conditions d'évacuation de malades.

Intervention en cas d'épidémie.

34. Instruction N° 103 ms/dp/sdpg du 06 février 1991 ayant pour objet plan d'intervention en cas d'épidémie.
35. Instruction N° 18 /MSP/MIN/ CAB ayant pour objet la prévention des risques sanitaires liés aux intempéries.

Interventions et secours en cas de catastrophes

36. Décret N° 85-231 du 25 août 1985 fixant les conditions et modalités d'organisation et de mise en œuvre des interventions et secours en cas de catastrophes.
37. Décret N° 85-232 du 25 août 1985 relatif à la prévention des risques de catastrophes.
38. Intervention des services de la sante en cas de désastre, le 18.10.2000.
39. Instruction N°11/msp/cab/du 29 janvier 1997 relative à la mise en place d'un dispositif pour répondre à une catastrophe ou un évènement exceptionnel.