



UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION
Département des Sciences de Gestion

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences de Gestion
Option : Management des Établissements de Santé

THÈME :

**La problématique du changement organisationnel
dans les établissements publics de santé :**

*Cas de la nouvelle unité de triage médical des
urgences de l'EPH de Kherrata*

PRÉSENTÉ PAR :

M^{elle} HADDAD Hanane

JURY DE SOUTENANCE :

Président : M. KANDI Nabil

Examineur : M. MESSAILI Moussa

Encadrants : Mme. CHEURFA Taous

M. CHALANE Smail

Année universitaire : 2023/2024

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Dieu tout-puissant, de m'avoir donné le courage, la force et l'opportunité de mener ce travail.

*Au terme de ce travail, je tiens à remercier, en premier lieu ma promotrice, **Mme CHEURFA Taous**, pour avoir dirigé ce travail, et sa présence, ainsi que pour ses remarques, ses conseils et ses recommandations qui m'ont aidé à réaliser ce travail. Un grand merci également à **M. CHALANE Smail**, pour son aide précieuse.*

Je remercie aussi les membres de jury qui ont accepté d'évaluer et d'examiner ce travail.

*Mes remerciements s'adressent également à tout le personnel de L'EPH Kherrata pour leur chaleureux accueil et leur disponibilité à répondre à mes questions. Je remercie particulièrement **M. Assad REHMOUNE**, le directeur de L'EPH Kerrata, pour son soutien et sa collaboration.*

*Une mention spéciale à **M. HAMNI Foudil** et **M. AFFOUNE Amine** pour m'avoir guidé et soutenu lors de mon travail sur le terrain.*

Je ne saurais manquer d'exprimer ma profonde gratitude à tous les membres de ma famille pour leur soutien sans faille, leur compréhension, et leurs encouragements tout au long de ce parcours.

Je remercie également tous mes amis pour leur camaraderie et leur soutien constant.

Hanane.

Dédicaces

Quoi que de plus que pouvoir partager les meilleurs moments de sa vie avec les êtres qu'on aime.

Arrivée au terme de mes études, j'ai le grand plaisir de dédier ce modeste travail :

A ma très chère mère, qui e donne toujours l'espoir de vivre et qui n'a jamais cessé de prier pour moi.

A mon très cher père, pour ses encouragements, son soutien, et son sacrifice afin que rein n'entrave le déroulement de mes études.

A mon frère : Massinissa et son épouse Lydia, à mon petit frère Didine pour leur soutien et leur amour.

A mes sœurs : Samiha, Kahina, Selma, Djahida, et Rozina pour leur amour et soins.

A mes petits neveux adorés : Haitham, Djallil, Ilyan, Renas et Evan qui a été avec moi tout au long du ce travail.

A mon fiancé Salim pour son amour et soutien constant.

A tous mes ami(e)s, merci pour votre soutien et vos conseils.

A toute la promotion de management des établissements de santé 2024.

Merci à tous.

Hanane.

Liste des abréviations

ARC: *Actors Representation for Change*

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DG : Direction Générale

DRH : Directeur des Ressources Humaines

EFQM: *European Foundation for Quality Management*

EPH : Établissement Public Hospitalier

IAO : Infirmier d'accueil et l'orientation

ISO : Organisation Internationale de Normalisation

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OVAR : Objectifs, Variables d'Actions, Responsables

PDG : Président Directeur Général

RH : Ressources Humaines

SPSS: *Statistical Package for the Social Science*

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE 1

Tableau 1 : Synthèse de l'historique du concept de changement	7
Tableau 2 : Le modèle de Rondeau	12

CHAPITRE 3

Tableau 1 : Les différents services rattachés à la direction de l'EPH et leur rôle.....	36
Tableau 2 : La répartition du personnel de l'établissement selon le corps et le grade.....	41
Tableau 3 : La répartition des lits d'hospitalisations selon les services dans l'EPH de Kherrata.	44
Tableau 4 : Répartition des patients selon le genre	49
Tableau 5 : L'âge des patients interrogées	50
Tableau 6 : Commune de résidence	50
Tableau 7 : Assurance maladie du patient	51
Tableau 8 : Niveau de couverture	51
Tableau 9 : Présence d'une maladie chronique	52
Tableau 10 : Nature du maladie chronique	52
Tableau 11 : Rendez-vous suite de soins	53
Tableau 12 : L'orientation vers le service des urgences	53
Tableau 13 : Prise en charge du patients	54
Tableau 14 : Temps d'attents	55
Tableau 15 : Perception de la durée de la prise en charge	55
Tableau 16 : Les critères de satisfaction des patients.....	56
Tableau 17 : La communication et les informations reçues par les patients.....	57
Tableau 18 : La satisfaction par rapport aux examens complémentaires.....	59
Tableau 19 : Nécessité d'hospitalisation après le passage aux urgence.....	61
Tableau 20 : Délai d'attente avant le départ du services des urgences	61
Tableau 21 : Perception du temps d'attente avant le départ du service des urgences	62
Tableau 22 : Satisfaction des patients sur divers aspects du service des urgences	62
Tableau 23 : Amélioration de la qualité des soins après la	63

Liste des tableaux et figures

Tableau 24 : Évaluation de la satisfaction des soins après la mise en place de l'unité de triage médical	64
Tableau 25 : Évaluation de la satisfaction concernant les examens complémentaires après la mise en place de l'unité de triage médical	66
Tableau 26 : Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge en fonction de l'âge des patients	67
Tableau 27 : Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge en fonction de la présence d'une maladie chronique	69
Tableau 28 : Répartition des réponses des patients en fonction du genre et de l'appréciation générale de la prise en charge aux urgences	70
Tableau 29 : Évaluation de l'appréciation générale des soins lors de l'examen complémentaire en fonction du genre du patient	71

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE 1

Figure 1 : La balance du changement.....	5
Figure 2 : La matrice des changement	8
Figure 3 : Les phases et les étapes du changement	15
Figure 4 : Les 8 étapes du changement de Kotter	17
Figure 5 : L'échelle de triage des urgences de l'EPH de Kherrata.....	20

CHAPITRE 3 :

Figure 1 : L'organigramme de l'EPH de Kherrata.....	35
Figure 2 : Répartition des patients.....	49
Figure 3 : L'âge des patients interrogées	50
Figure 4 : Commune de résidence.....	50
Figure 5 : Assurance maladie du patient	51
Figure 6 : Niveau de couverture d'assurance.....	51
Figure 7 : Présence d'une maladie chronique	52
Figure 8 : Nature du trouble chronique	52
Figure 9 : Rendez-vous suite de soins	53
Figure 10 : L'orientation vers le service des urgences.....	54
Figure 11 : Prise en charge du patient	54
Figure 12 : Temps d'attente	55
Figure 13 : Perception de la durée.....	55
Figure 14 : Les critères de satisfaction des patients	56
Figure 15 : La communication et les informations reçues par les patients	58
Figure 16 : La satisfaction par rapport aux examens complémentaires	60
Figure 17 : Nécessité d'hospitalisation	61
Figure 18 : Délai d'attente avant	61
Figure 19 : Perception du temps d'attente.....	62
Figure 20 : Satisfaction des patients sur divers aspects du service des urgences.....	63
Figure 21 : Évaluation de la satisfaction des soins après la mise en place de l'unité de triage médical	65

Liste des tableaux et figures

Figure 22 : Évaluation de la satisfaction concernant les examens complémentaires après la mise en place de l'unité de triage médical	66
Figure 23 : Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge en fonction de l'âge des patients.....	68
Figure 24 : Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge en fonction de la présence d'une maladie chronique	69
Figure 25 : Répartition des réponses des patients en fonction du genre et de l'appréciation générale de la prise en charge aux urgences	70
Figure 2 : Évaluation de l'appréciation générale des soins lors de l'examen complémentaire en fonction du genre du patient.....	71

SOMMAIRE

Remerciements

Dédicaces

Liste des tableaux et figures

Liste des abréviations

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....1

CHAPITRE 1 : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

Section 1 : Généralités sur le changement organisationnel.....4

Section 2 : Les modèles théoriques du changement organisationnel.....13

Section 3 : Le triage médical dans les établissements de santé.....18

CHAPITRE 2 : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

Section 1 : Les pratiques de la conduite du changement des établissements de santé.....19

Section 2 : Revues de littérature sur la conduite du changement organisationnel dans les établissements de santé en Algérie.....25

CHAPITRE 3 : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

Section 1 : Présentation de l'EPH de Kherratta.....33

Section 2 : Méthodologie et instruments de collecte de données.....46

Section 3 : Analyse et discussion des résultats de l'étude empirique.....49

CONCLUSION GÉNÉRALE.....77

BIBLIOGRAPHIE.....80

ANNEXES.....83

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction générale

Le secteur de la santé en Algérie a connu et continue de connaître de nombreux changements et améliorations continus et significatifs à tous les niveaux intellectuels, structurel et technologique, mais sans atteindre le niveau souhaité de résultats en termes d'amélioration de la qualité perçue par ses bénéficiaires.

Dans le contexte dynamique de la prestation de services de santé, les organismes de santé publique sont constamment confrontés à des défis complexes et évolutifs. L'amélioration de l'efficacité, de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé est une priorité essentielle pour répondre à l'évolution des besoins des patients et aux exigences croissantes de la société (Abbou, Y., & Brahamia, B. (2017)).

Au cœur de cette quête d'amélioration se trouve le domaine du changement organisationnel, un processus complexe et multidimensionnel visant à transformer les structures, les processus et les cultures des organisations de soins de santé. Le changement organisationnel est souvent une réponse stratégique aux défis et aux opportunités auxquels sont confrontés les organismes de soins de santé et peut prendre de nombreuses formes, de la mise en œuvre de nouvelles technologies à la révision des politiques et des procédures (Pesqueux, Y. (2015)).

L'une des initiatives de changement organisationnel les plus importantes dans les établissements de santé est l'introduction de nouvelles unités de triage médical d'urgence. Ces unités jouent un rôle important dans l'évaluation, la hiérarchisation et la prise en charge des patients qui se présentent aux urgences.

Cependant, la mise en place d'une nouvelle unité de triage médical d'urgence n'est pas sans poser de problèmes. Elle nécessite souvent des ajustements significatifs des processus de travail, de la coordination des ressources, de la formation du personnel et de la communication interdisciplinaire. Il est essentiel de comprendre la dynamique du changement organisationnel dans ce contexte spécifique pour garantir le succès et la durabilité de l'initiative.

Notre objectif de recherche est de comprendre les changements apportés par la nouvelle unité et leurs conséquences sur l'efficacité des services, et identifier les défis auxquels elle a été confrontée et les facteurs à l'origine du succès de ce changement organisationnel. Pour cela, notre question principale est la suivante : ***Quelle est l'impact de la nouvelle unité de triage médical des urgences de l'EPH Kherrata sur l'efficacité du service et la satisfaction des patients et du personnel médical ?***

Introduction générale

Afin de répondre à notre question principale, nous avons identifié des questions secondaires pertinentes :

- ✓ *Dans quelle mesure la stratégie de conduite du changement organisationnel (planification, information et sensibilisation, communication, formation...) est-elle suffisante pour surmonter les obstacles et résistances que suscite la mise en place de la nouvelle unité de triage médical ?*
- ✓ *Comment a évolué la perception des patients et leur niveau de satisfaction concernant les différents aspects de la prise en charge aux urgences (accueil et orientation, temps d'attente, qualité du diagnostic, des soins et des examens complémentaires...) après la mise en service de la nouvelle unité de triage médical ?*
- ✓ *Quels sont les défis spécifiques rencontrés par le personnel médical à la suite de la mise en place de la nouvelle unité de triage médical ?*

Pour répondre à ces questions, nous avons retenu les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : La stratégie de gestion du changement organisationnel, en particulier en ce qui concerne la communication et la formation, demeure insuffisante pour surmonter tous les obstacles et résistances liés à l'implantation de la nouvelle unité de triage médical.

Hypothèse 2 : Les patients constatent une amélioration notable dans diverses dimensions de la prise en charge aux urgences (accueil et orientation, temps d'attente, qualité du diagnostic, des soins et des examens complémentaires...), et leur satisfaction à cet égard a significativement augmenté après la mise en place de la nouvelle unité de triage médical.

Hypothèse 3 : La mise en place de la nouvelle unité de triage médical dans le service des urgences entraîne des défis spécifiques pour l'EPH, notamment une résistance au changement en raison de lacunes en formation et en communication, ainsi que des difficultés opérationnelles dans la gestion des flux de patients.

Notre étude s'appuie sur le modèle de changement en trois étapes de Kurt Lewin, qui s'avère particulièrement pertinent pour étudier la transformation au sein des établissements de santé. En effet, ce modèle met l'accent sur la dynamique de groupe et propose une méthodologie structurée autour de trois phases distinctes : l'état actuel, la phase de transition et l'état désiré. Cette approche en trois étapes permet de cerner les forces et les résistances au changement, d'identifier les leviers d'action pertinents et de piloter efficacement le processus de transformation. De plus, le modèle de

Introduction générale

Lewin valorise la participation des acteurs concernés, ce qui est crucial pour réussir un changement organisationnel complexe comme celui vécu par les établissements de santé. Ainsi, le modèle de Lewin offre un cadre d'analyse solide et opérationnel pour comprendre et accompagner le changement au sein des organisations de santé.

Pour réaliser notre travail, nous adopterons une démarche méthodologique qui trace un programme de recherche envisagé en deux temps.

Dans un premier temps, nous procéderons à une exploration théorique à travers une recherche bibliographique et documentaire afin de cerner le cadre conceptuel et théorique de notre thème. Cette étape inclura l'examen des ouvrages académiques, articles scientifiques, rapports et thèses traitant du changement organisationnel, du triage médical et de la gestion des établissements de santé.

Dans un second temps, nous mènerons une étude empirique en deux phases. La première phase consistera en des observations directes sur le terrain, a été effectuée sur une période de mois, au sein de l'unité de triage médical. Cette méthode a permis d'observer en temps réel les processus de triage, les interactions entre le personnel médical et les patients, ainsi que les défis opérationnels rencontrés. La deuxième phase de notre étude empirique comprendra une enquête par questionnaire auprès des usagers du service des urgences de l'EPH de Kherrata, a pour objectif principal de recueillir des données sur les perceptions des patients concernant les changements observés après l'implémentation de la nouvelle unité de triage médicale. Et des entretiens semi-directifs ont été réalisées avec des acteurs-clés impliqués dans le processus de changement organisationnel. Les guides d'entretien ont été conçus pour explorer en profondeur les perceptions, les expériences et les défis rencontrés par ces acteurs.

Pour bien cerner notre sujet de recherche, la présente recherche sera structurée en trois chapitres. Dans le premier chapitre, nous tenterons de comprendre les notions de base liées au concept de changement organisationnel et de cerner son cadre théorique. Le deuxième chapitre se concentre sur la revue de la littérature concernant le changement organisationnel dans les établissements de santé. Enfin, le troisième et dernier chapitre traite d'une étude de cas dans laquelle nous analyserons l'impact en termes de changements organisationnels de la nouvelle unité de triage médical des urgences de l'EPH Kherrata.

CHAPITRE I

*Cadre conceptuel et théorique du
changement organisationnel*

INTRODUCTION

Le changement organisationnel, défini comme toute transformation significative dans la structure, les processus, la culture ou les objectifs d'une organisation, est devenu un sujet central dans le domaine de la gestion et du leadership.

Dans ce premier chapitre, nous tenterons en premier lieu, de comprendre les notions de base liées au concept du changement organisationnel, Nous porterons d'abord, un regard sur la notion du changement organisationnel, Puis, nous exposerons les différents types du changement, les acteurs et les facteurs qui poussent les organisations à changer et nous analyserons les différents modèles théoriques du changement.

Enfin, la troisième section se concentre sur le triage, définissant son rôle, ses objectifs et ses principes fondamentaux. En explorant les pratiques actuelles de triage dans les établissements de santé en Algérie.

SECTION 1 : CADRE CONCEPTUEL SUR LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Le changement constitue un instrument de gestion englobant toutes les démarches et initiatives permettant de transformer l'organisation et les personnes en vue de les adapter aux évolutions de l'environnement. Cette première section porte donc sur des généralités qui nous aideront à mieux comprendre le changement et le changement organisationnel.

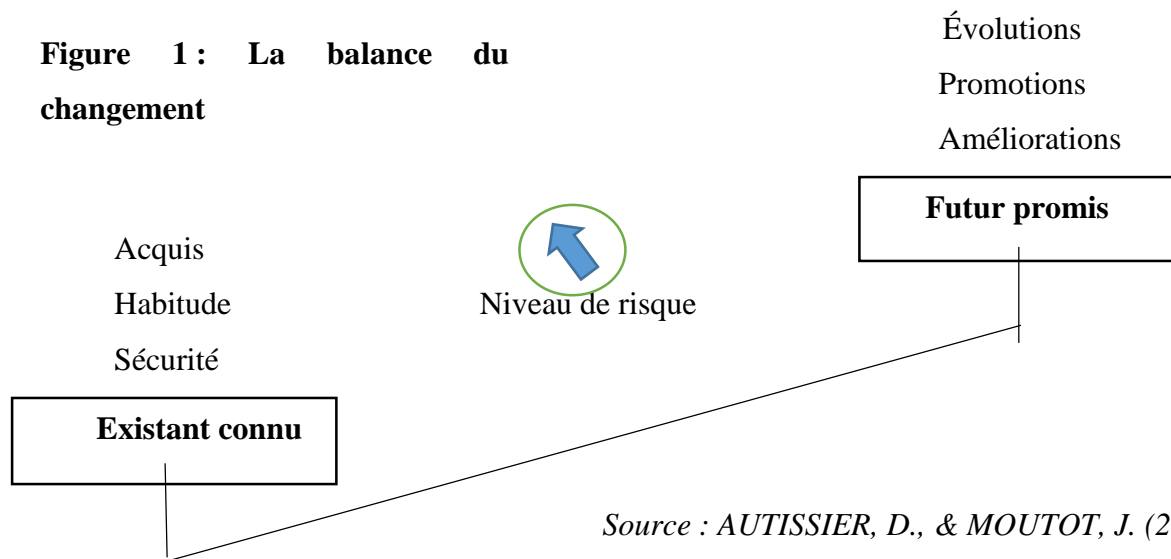
1.1 Définitions

1.1.1 Définitions du changement :

Le grand dictionnaire Larousse définit le changement comme étant une :

- Action, fait de changer, de modifier quelque chose, passage d'un état à un autre.
- Le changement désigne la démarche qui accompagne la vie de toute organisation.
- Le changement est une rupture entre existant obsolète et un futur synonyme de progrès.

Figure 1 : La balance du changement



Source : AUTISSIER, D., & MOUTOT, J. (2023)

Cette balance montre comment la prise de risque, la peur de l'inconnu et la difficulté à sortir de sa zone de confort peuvent influencer la réaction des individus face au changement (AUTISSIER, D., & MOUTOT, J. (2023) p. 15).

Le changement au sens de Collerette et al. (1997) peut être défini comme étant « le passage d'un état à un autre, qui est observé dans l'environnement et qui a un caractère relativement durable », Alors que pour Belanger, (1994) c'est « le passage d'un état actuel à un état désiré, d'une situation originale actuelle, jugée inadéquate, à une autre considérée comme étant plus adaptée, qui répond mieux aux exigences du milieu ou aux nouvelles aspirations des personnes concernées » RIM, Z. (2006, p. 19)

D'après Grouard et Meston (1998), « le changement est l'état de ce qui évolue, se modifie » (GROUARD, B., & MESTON, F. (1998), p. 06)

À partir de ces différentes définitions, nous pouvons déduire que la notion de changement englobe plusieurs éléments qui sont parfois complémentaires. Belanger met en avant l'importance à la fois de l'environnement interne et externe, ainsi que de leur impact sur la nécessité de mettre en œuvre le changement, tout en engageant les différentes parties prenantes concernées.

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

1.1.2 Le Changement organisationnel :

Plusieurs auteurs ont défini le changement organisationnel différemment. En effet, nous retiendrons seulement les définitions qui explicitent au mieux ce que nous voulons étudier dans le cadre de ce travail.

D'après Grouard et Meston (1998), le changement organisationnel est le « processus de transformation radicale ou marginale des structures et des compétences qui ponctue le processus d'évolution des organisations » (GROUARD, B., & MESTON, F. (1998), p. 06)

Pour Colletterie et al (1997), le changement organisationnel est « toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système » (RIM, Z. (2006), p. 20)

1.2 Historique du changement organisationnel

Demers (1999) recense trois périodes principales dans l'étude du changement organisationnel (et stratégique). Il y a d'abord la période qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, puis la période de la fin des années 1970 et enfin la période actuelle qui commence à la fin des années 1980. Pour chaque période, Demers (1999) décrit brièvement le contexte socio-économique. Parallèlement à cela, la principale perspective théorique est présentée et sa contribution à la recherche elle-même est soulignée. Dans le tableau 1.1, intitulé « Résumé de l'histoire du changement », nous résumons les propos de Demers (1999).

– La première période :

C'était l'époque de la Seconde Guerre mondiale et elle était considérée comme une époque de progrès, de croissance et d'adaptation. En effet, ses jours de gloire ont été marqués par une croissance miraculeuse et une stabilité économique qui ont duré jusqu'au milieu des années 1970. Le changement signifie ici que l'environnement est favorable et prévisible, et que le processus de changement est graduel et continu

– La deuxième période : fin des années 70.

La deuxième période est la fin des années 1970, connue sous le nom de période de mort ou de transition, et aussi la période de la nouvelle compétition (concurrence asiatique) arrivée sur la scène internationale depuis l'autre bout du monde au début des années 1980... À cette époque, la première privatisation d'une entreprise publique a également eu lieu. Le changement est considéré comme un événement négatif dramatique, signifiant une véritable crise dans l'organisation.

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

– La troisième période : Fin des années 80

La période actuelle est caractérisée par la mondialisation des marchés. Le changement fait ici partie de la réalité organisationnelle, de la vie quotidienne, et devient même la seule chose prévisible, faisant ainsi référence à l'idée de durabilité, plus proche de l'expérience quotidienne et du processus d'apprentissage continu, menant à l'innovation. RIM, Z. (2006, P. 22).

Tableau 1 : Synthèse de l'historique du concept de changement

Les périodes	Le contexte socioéconomique	Définitions du changement	Les principales perspectives théoriques
Fin de la Première guerre Mondiale	Croissance et stabilité Economique	Synonyme de Progrès, de développement organisationnel, de croissance et d'adaptation	Théorie de la croissance, de cycle de vie, de la contingence de développement organisationnel
Fin des années 70	Récession et décroissance crise pétrolière 1973, arrivée de nouveaux concurrents sur la scène internationale	Processus discontinu et révolutionnaire événement dramatique, une crise dans la vie de l'organisation	Approche de l'écologie des populations, approche constitutionnalisede, théorie culturelle et cognitive, théorie de l'équilibre ponctué.
Fin des années 80 jusqu'à la période actuelle	Concurrence accrue, précarisation de l'emploi	Prévisible : une réalité quotidienne, un processus continu d'apprentissage qui permet l'innovation. L'affaire de tous les membres de l'organisation	L'apprentissage, théorie évolutionniste, Théorie de la complexité (du chaos), les approches Constructives

Source : RIM, Z. (2006).

1.3. Typologie du changement

Vu la diversité des typologies qui traitent du changement organisationnel, nous aborderons ci-dessous ceux que sont les plus évoqués

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

1.2.1 Types du changement selon Grouard et Meston :

Grouard et Meston, reconnaissent plusieurs sortes de changements. En effet, ils peuvent être brefs ou profonds, rapides ou violents, consensuels ou imposés. Ces auteurs « donnent deux types de changements, ceux qui sont provoqués et ceux qui sont subis. (GROUARD, B., & MESTON, F. (1998), p. 18)

– Changement provoqué (volontaire) :

« C'est celui qui est décidé alors que les performances de l'organisation restent bonnes et ne nécessitent donc pas a priori d'actions pour survivre : la part de marché et la rentabilité correspondent aux objectifs, la satisfaction des clients est bonne, le fonctionnement est satisfaisant, la technologie utilisée est efficace. Le changement est décidé soit pour améliorer une situation, soit pour anticiper une possible dégradation de celle-ci »

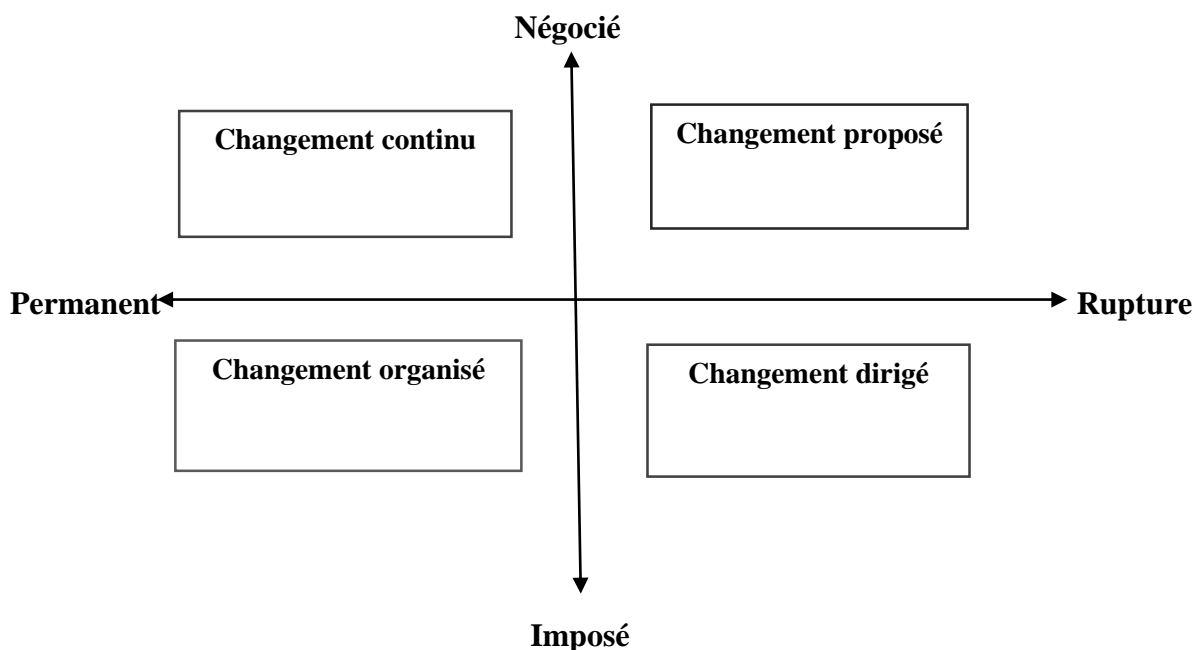
– Changement subi ou imposé :

Le changement imposé est souvent le résultat de l'émergence soudaine de nouvelles conditions de vie ; il est difficile à gérer et produit une résistance répressive qui conduit à des crises. Il a donc été embauché tardivement. Cela devient alors nécessaire à la survie de l'organisation ou de ses parties associées.

1.2.2 Types du changement organisationnel selon AUTISSIER et al (2010)

Autissier , Vandangeon-derumez, & Alai (2010), proposent de classifier le changement selon une matrice à deux axes. Le premier axe se déploie entre la rupture et le changement permanent et le second est celui des contraintes. À travers la figure suivante :

Figure 2 : La matrice des changement



Source : Autissier, Vandangeon-derumez, & Alai, 2010

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

– Changement continu :

Le changement émerge dans l'organisation de manière désorganisée ou après une prise de conscience liée à un événement interne et/ou externe. L'intérêt pour un projet grandit avec l'envie d'agir pour « faire bouger les choses », sans avoir une idée très précise des modalités, des délais et ressources à mobiliser.

- Changement proposé :** Le changement est proposé par la direction en termes de résultats attendus et de calendrier à respecter. Les acteurs sont libres d'utiliser les méthodes qu'ils souhaitent et de faire des compromis ressources qu'ils jugent nécessaires.

– Changement organisé :

Parce que la finalité du changement n'est pas très bien perçue et les objectifs difficiles à quantifier, les acteurs se voient proposer des méthodes de travail et des échéances dans une logique d'expérimentation, qui les amèneront à trouver par eux-mêmes des objectifs par lesquels se réalisera une dynamique de changement.

– Changement dirigé :

L'impulsion du changement est donnée par la direction de manière brève avec une contrainte de réalisation très forte et une marge de négociation très faible. L'état d'urgence est utilisé pour justifier un changement rapide qui privilégie l'action, à la discussion et au compromis. (AUTISSIER, D., VANDANGEON-DERUMEZ, I., & Alai. (2010), p. 15)

1.4 Les acteurs du changement :

Le changement organisationnel pose la question de l'interaction entre les différents acteurs humains du changement, qu'ils soient considérés individuellement ou collectivement, ainsi que de l'influence de facteurs non humains (c'est-à-dire technologiques). Les différents acteurs que nous trouvons dans les organisations et les personnes qui peuvent influencer le changement, que ce soit de manière positive ou négative, sont : (le leader de l'organisation, la direction générale (DG), les managers intermédiaires, les autres acteurs organisationnels et les intervenants externes).

1.4.1 Le leader de l'organisation :

Le succès du programme du changement est fondé sur une figure clé centrale. Le leader peut être le PDG, le directeur général, un autre directeur comme de directeur des RH, voire un autre cadre supérieur qui sert de réformateur interne. Les leaders peuvent être répartis en deux catégories :

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

- Le leadership charismatique est capable d'articuler une vision puissante, de formuler des attentes élevées et de façonner les comportements qui correspondent à cette vision puissante, il est aussi inspirant.

Enfin, le leader charismatique est habilité à inciter les gens à entreprendre les changements nécessaires.

- Le leader gestionnaire est celui qui se focalise plutôt sur la conception du système et sur le contrôle des activités de l'organisation dans le but d'améliorer la situation actuelle.

1.4.2 La direction générale (DG) :

La DG définit les grandes orientations stratégiques et le cadre d'évolution de l'entreprise. Elle s'acquitte de ce premier rôle dans le cadre de l'établissement de la vision. L'engagement de la DG constitue une condition cruciale du succès du changement au sein de l'organisation dès lors qu'il permette d'impliquer les autres acteurs dans le processus du changement et de diminuer, voire d'annihiler, les résistances.

1.4.3 Les managers intermédiaires :

Le changement peut également partir du bas vers le haut de la hiérarchie. Le rôle des managers intermédiaires n'est donc pas à négliger dans la formation d'un leadership transformationnel, car ce sont généralement eux qui, au quotidien, vont faire vivre le changement, assurent un rôle de la liaison des agents opérationnels et autres utilisateurs. Leur rôle consiste à mettre en œuvre les orientations définies par les stratèges en s'assurant notamment que les ressources sont correctement allouées et contrôlées, en surveillant la performance et le comportement du personnel, s'il est nécessaire en expliquant la nouvelle stratégie organisationnelle à leurs subordonnés (Nouiker, F. E. (2021) p 6).

1.4.4 Les autres acteurs organisationnels :

Selon Anne BARTOLI et Philippe, cette catégorie correspond à « non-acteurs » car ils n'agissent pas dans le sens du changement. Ils sont susceptibles de se transformer en acteurs par le biais d'action de communication, de larges dispositifs de participation, de processus de valorisation de chacun. (BETRON, A., & HATMER, P. (1986), p167).

1.4.5 Les intervenants externes :

Dans l'amorce et la conduite du changement, d'autres acteurs externes au champ organisationnel peuvent avoir une grande influence. Ces acteurs peuvent être à l'origine de la prise de conscience de la nécessité d'un changement et aussi de véritables acteurs de changement. On

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

fait appel à un intervenant externe si les besoins de l'entreprise l'exigent. Les consultants externes peuvent aider à formuler la stratégie de changement ou planifier son déploiement, ils sont également employés comme des sollicitateurs : ils assurent l'intégration, animent des réflexions du groupe portant les objectifs du changement et les actions mises en œuvre. (BETRON, A., & HATMER, P. (1986), p167).

1.5 Facteurs du changement organisationnel

Après avoir présenté les différents aspects du changement organisationnel, nous passons à dévoiler les facteurs qui aident les organisations à s'engager dans le processus Changement organisationnel.

1.5.1 Les facteurs externes :

Les facteurs externes sont généralement associés à l'environnement dans lequel se trouve l'organisation ou à des éléments qui lui sont extérieurs et qui changent.

Selon GROUARD et MESTON 1998, les facteurs externes sont provoqués par des éléments extérieurs à l'entité qui va subir un changement, ce qui veut dire qu'ils peuvent s'agir des éléments qui constituent l'environnement de l'organisation ou même des éléments internes à l'organisation qui sont externes à l'entité concernée par le changement. (GROUARD, B., & FRANCIS, M. (1998), p. 14).

- Ces deux auteurs ont identifié certains facteurs externes qui est résumés ci-après :
- Le marché
- La concurrence
- Les innovations technologiques
- Les Nouvelles technologies de l'information et de la Communication (NTIC)
- Evolution de la législation (réglementation)
- Evolution de la société, de la vie et de modes de pensée

De son côté Rondeau : parle de quatre forces qui façonnent l'environnement d'aujourd'hui, les Changements économiques, politiques, technologiques et sociaux, ces différents éléments se retrouvent tous presque dans la plupart des ouvrages qui traitent le changement organisationnel (Alain, R. (1999), p. 148-157). Le tableau 2 présente le modèle de RONDEAU qui traite les diverses sources de Transformation majeure de l'environnement.

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

Tableau 2 : Le modèle de Rondeau

Sources de nature économique	Sources de nature technologique
- Mondialisation des économies. - Accroissement de la concurrence. - Évolution d'une économie de masse à une économie de savoir.	- NTIC. - Échange de données informatisées. - Système de gestion intégré. - Gestion du savoir.
Sources de nature politique	Sources de nature sociale
- Déréglementation des marchés. - Précarité des systèmes de contrôle.	- Diversification de la main-d'œuvre. - Déclin des traditions et de la hiérarchie. - Croissance de l'autonomie et du libre arbitrage dans les choix sociaux.

Source : Alain, R. (1999).

1.5.2 Les facteurs interne

Les facteurs internes correspondent à des changements induits par l'organisation elle-même. Ils peuvent apparaître dans une organisation toute entière ou dans une de ses composantes, unités ou services. Ils sont aussi généralement reliés aux facteurs externes qui agissent alors comme déclencheurs de changement.

GROUARD et MESTON 1998 ont identifié deux facteurs internes :

– Le développement de l'entreprise et sa croissance

Provoquent généralement des changements profonds. L'augmentation de l'activité de l'organisation peut créer des problèmes majeurs qui peuvent être résolus efficacement par la multiplication des moyens existants.

– La vision des dirigeants

Est l'une des causes principales du changement dans les organisations. Puisque le nouveau dirigeant apporte souvent un regard neuf, indépendant des contraintes héritées du passé. Il veut changer la situation existante afin de renfoncer son organisation à travers la transformation du jeu concurrentiel en sa faveur.

On peut conclure que les facteurs externes et internes constituent des événements déclencheurs du changement. Il faut bien les identifier si nous voulons comprendre le changement et ce qui conduit les organisations à changer. (GROUARD, B., & FRANCIS, M. (1998), p. 17)

SECTION 2 : LES MODÈLES THÉORIQUES DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Le principal défi auquel sont confrontées les entreprises aujourd'hui est la capacité à gérer le changement pour s'adapter aux contraintes et aux opportunités qui les attendent. Cela nécessite de développer une approche pour concevoir et mettre en œuvre le changement et garantir la participation au changement.

Dans cette section, nous présentons des modèles théoriques de changement organisationnel (Lewin (1947) et Collerette (1997)), ainsi que les étapes du processus de mise en œuvre du changement (modèle de Kotter J-P. (2000)).

2.1 Le modèle de Kurt Lewin (1947) :

Le modèle de changement développé par Kurt Lewin (Group decision and social change, est considéré comme une base solide pour la théorie du changement. Son processus de changement est divisé en trois étapes qui sont :

- Le dégel ou dé cristallisation
- La transition
- Le regel ou la recristallisation

➤ **L'étape du dégel ou dé cristallisation :**

Constitue la première phase du modèle de Lewin et correspond à une période de remise en question des comportements, des attitudes et des perceptions, que ce soit d'une façon volontaire ou non. Cette phase reflète la prise de conscience des inconvénients d'une situation, soit de l'écart entre une situation présente et une autre plus agréable. Pourtant, le changement n'est pas encore acquis pour autant. En effet, il ne se limite pas uniquement à l'abandon d'anciens comportements, attitudes ou perceptions, mais il suppose également l'acquisition d'autres manières de faire.

➤ **L'étape de la transition :**

Egalement appelée transformation, elle correspond à la phase d'apprentissage de nouveaux modes de fonctionnement, d'expérimentation de nouvelles attitudes et d'adoption de nouveaux comportements. Durant cette phase, les individus investissent l'essentiel de leurs énergies.

➤ **L'étape du regel ou la recristallisation :**

Est la phase du changement proprement dit. Pendant cette phase, le changement serait intégré spontanément dans les nouvelles façons de faire. Par ailleurs, les nouvelles attitudes, valeurs et comportements commencent à se stabiliser et à se recristalliser

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

Pour Lewin, le changement est comme un bloc de glace qui a une certaine forme mais qu'on souhaite changer. Pour cela, on doit fondre le bloc (décristallisation), lui donner la forme voulue (la transition) et enfin le recongeler pour le rendre solide (recristallisation). Ainsi pour lui, une organisation peut suivre le même processus pour se renouveler.

En outre Kurt Lewin met l'accent sur l'importance de la communication, de la participation et de la gestion de résistances, est non seulement les aspects techniques et structurels, mais aussi les aspects humains et émotionnels (AUTISSIER, D., VANDANGEON-DERUMEZ, I., & Alai. (2010), p. 116).

2.2 Le modèle de Collerette et al. (1997) :

Le modèle proposé par COLLERETTE et al. Est constitué de quatre phases :

- L'éveil
- La désintégration
- La reconstruction
- L'intégration.

Ces quatre phases rejoignent celles du modèle de LEWIN. En effet «la majeure partie de la désintégration et toute la reconstruction se déroulent pendant la transition. Et finalement, l'intégration engloberait toutes les activités de recristallisation » (RIM, Z, 2006. P 34).

Phases 1 : L'Eveil

Représente une activité mentale consistant à s'interroger sur l'utilité de porter ou non attention aux pressions en présence. Il s'agit donc d'une opération de triage. C'est à ce moment-là que l'individu accepte ou refuse de remettre en cause sa représentation du réel. Lorsque l'individu l'accepte, la désintégration est amorcée.

Phases 2 : La désintégration

Consiste à déterminer quels sont les aspects jugés non adaptés dans le système de représentation et dans les pratiques qui en découlent, pour les écarter ou en réduire la valeur relative. Cette phase ne conduit pas nécessairement au changement.

Phases 3 : La reconstruction

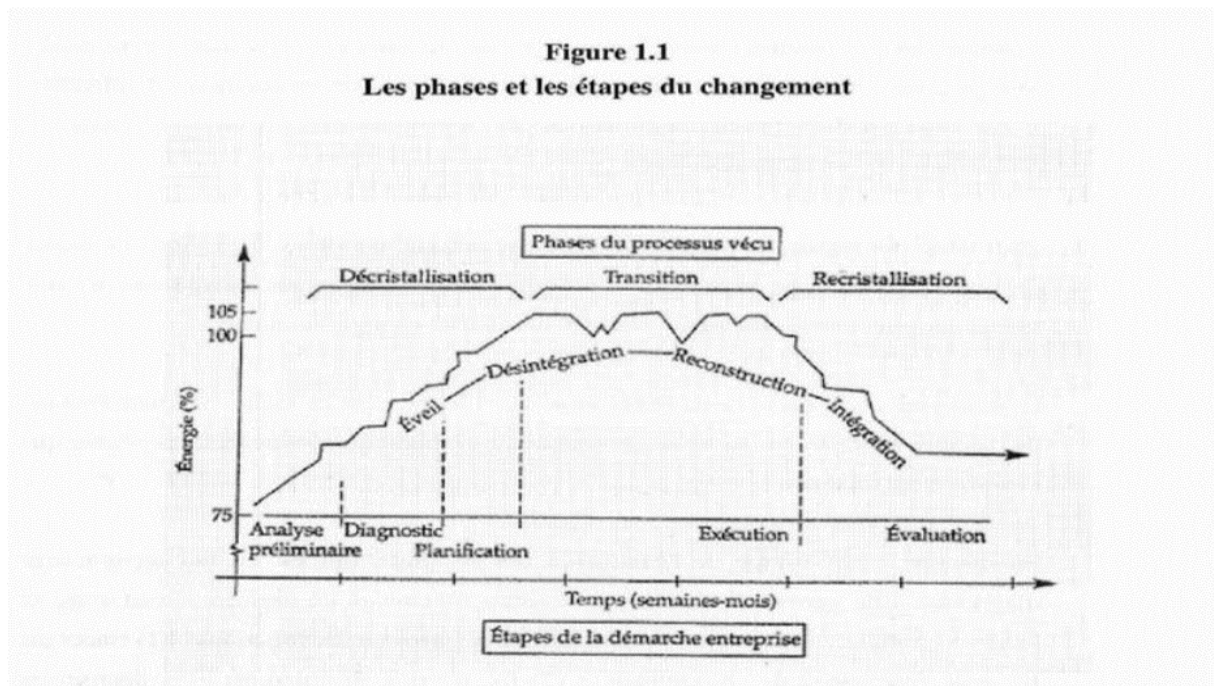
Est généralement accompagnée d'insécurité et d'anxiété. C'est le moment où il y a plus de questions que de réponses et où les individus ressentent un mélange d'espoir et de méfiance, Durant cette période, l'individu se met à la recherche de significations nouvelles qui vont l'aider à réagir de façon satisfaisante aux situations qui se présentent.

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

Phases 4 : L'intégration

Correspond à celle de la recristallisation dans le modèle de Lewin. Pendant cette période, « les nouvelles pratiques deviennent plus naturelles, elles s'harmonisent avec les autres dimensions du quotidien et font désormais de plus en plus partie des habitudes ». Ces auteurs parlent de deux types d'intégration : l'intégration intrasystémique et l'intégration inter systémique.

Figure 4 : Les phases et les étapes du changement



Source : RIM, Z. (2006).

Cette figure apparaît les trois phases proposées par Lewin, puis au bas, les quatre phases proposées par Collerette et al. (1997). Aux phases proposées correspondent les grandes étapes de la démarche du changement. Celle-ci est dite systématique et elle est constituée de quatre périodes : le diagnostic de la situation insatisfaisante, la planification, l'exécution du plan d'action et l'évaluation des résultats obtenus

Pour simplifier, nous pouvons dire que le diagnostic est fait d'une série d'activités qui permettent d'avoir une vision plus juste de la situation. Il aide à clarifier une situation. Le diagnostic touche tout autant le contenu que les processus qui l'accompagnent. Il s'agit de procéder à une étude systématique afin de trouver les solutions appropriées, d'analyser les processus pour en dégager les particularités et trouver les moyens et les modalités d'action adéquats (Collerette et al. 1997).

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

2.3 Le modèle de Kotter (1996 ; 2000) :

Kotter décide de décrire les huit étapes nécessaires pour réussir une transformation d'une organisation. On les appelle les 8 étapes de Kotter (Kotter J-P, 2000, pp. 1-24)

⇒ **Créer un sentiment d'urgence :**

De manière générale, ce sont les changements de l'environnement qui déclenchent les changements organisationnels (concurrence, technologie, etc.). Durant cette étape, le protagoniste du changement doit d'abord faire preuve d'un leadership solide et présenter une argumentation qui reflète le danger actuel dans lequel se trouve l'organisation. Et présenter les avantages de la situation anticipée. Kotter estime qu'un sentiment d'urgence remplace le contentement.

⇒ **Constitue un noyau dur (une coalition) :**

Ce qui suppose que les réformateurs s'entourent des bonnes personnes en termes de compétences de leadership et d'expertise. Cette équipe devrait être dotée d'un fort sentiment d'engagement et unie autour du changement, capable de le faire valoir et de le gérer.

⇒ **Développer une vision du changement :**

La vision doit être claire et facile à communiquer. Elle doit exprimer clairement la direction que l'entreprise souhaite suivre. Ainsi, pour garantir la crédibilité de la vision, les protagonistes du changement doivent établir une analyse de l'écart entre l'organisation actuelle et celle escomptée. Ensuite pour combler cet écart, il convient d'élaborer un plan stratégique définissant la structure de la vision, les priorités ainsi que les objectifs.

⇒ **Communiquer et partager la vision de changement :**

« La communication est une affaire de mot et de comportement ». Pour la communication de la vision, les tenants du changement doivent véhiculer un message simple, attrayant et intelligible

⇒ **Habiliter les employés à prendre des mesures élargies :**

Il s'agit de tenter de lever les obstacles au changement et d'impliquer les acteurs pour qu'ils deviennent les partisans de la transformation. Durant cette phase, il convient de se soucier de renforcer les capacités des acteurs, ce qui nécessite des mesures incitatives propices à la recherche et au renforcement de nouveaux comportements. En effet, certains acteurs restent ancrés dans leurs habitudes jusqu'à ce qu'ils sentent que le danger est dissipé et qu'ils peuvent faire la transition.

⇒ **Générer des gains à court terme :**

Kotter propose de fixer des objectifs à court terme (un ou deux ans) pour faire sentir les individus le contraire. Ce qui consiste à planifier des améliorations visibles de la performance, à

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

veiller à leur réalisation et enfin à reconnaître les acteurs impliqués dans ces actions et de les récompenser.

⇒ **Consolider les gains afin d'accroître le changement :**

Cette étape correspond au fait de bâtir sur la base des premiers résultats obtenus afin d'atteindre des améliorations et accélérer de ce fait le changement. En d'autres termes, il s'agit de mettre à profit la crédibilité acquise pour changer les systèmes, la structure et la politique s'ils ne sont pas en cohérence avec la vision. Il convient aussi durant cette étape de renforcer l'implication des acteurs

⇒ **Ancrer les nouvelles approches dans la culture**

Cette phase correspond à l'institutionnalisation de nouveaux comportements dans la culture en soulignant le lien entre ces comportements et les résultats réalisés. Ainsi, Kotter place le changement de culture en fin de processus après que les acteurs aient changé leurs comportements et qu'ils aient pris conscience des avantages de la nouvelle situation existante. Toutefois, Kotter & Schlesinger (1983) invitent à établir une compréhension préalable de la culture existante, considérée comme une source possible de résistances. Cette compréhension, qui incombe aux dirigeants, se base sur un recueil d'informations concernant les comportements d'usage.

Figure 5 : Les 8 étapes du changement de Kotter



Source : Collection Harvard Business Review. Kotter, a mis au point une démarche reposant sur 8 étapes

Le modèle de Lewin est celui que nous privilégierons dans ce travail. Nous l'estimons la plus adaptée au contexte du changement au sein des établissements de santé, car il valorise le travail en groupe et développer une méthodologie qui se fonde sur la définition du changement en tant que processus en trois étapes : l'état actuel, la phase de transition et l'état désiré.

**SECTION 03 : LE TRIAGE MÉDICAL DANS LES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ**

Dans les services des urgences, les patients se présentent avec différentes sévérités de maladies et de blessures traumatiques. Cependant, les patients atteints de maladies graves et potentiellement mortelles se disputent les mêmes ressources telles que personnelles et structurelles. En règle générale, chaque patient doit recevoir un diagnostic et un traitement immédiats, indépendamment de la gravité de sa maladie ou de sa blessure traumatique. Cependant, un nombre inattendu de patients se présentant au service des urgences en même temps peut dépasser les ressources disponibles. Ainsi, des temps d'attente se produiront et la prise en charge des patients pourra être entravée. Par conséquent, les patients atteints de maladies ou de lésions traumatiques nécessitant une prise en charge urgente doivent être détectés au moment de la présentation. Après la catégorisation, les patients doivent être classés par ordre de priorité et guidés vers le bon lieu de traitement, Christ, M., Bingisser, R., & Nickel, C. (2016).

3.1 Définition :

Selon l'association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (La NENA), le triage est : « un processus de tri qui utilise la pensée critique et qui permet aux infirmières d'expérience de rapidement évaluer les patients à leur arrivée à l'urgence afin de :

- ❖ Évaluer et déterminer la gravité des raisons de consultation
- ❖ Attribuer aux patients un niveau de priorité au triage
- ❖ Déterminer la réponse appropriée (accès au traitement)
- ❖ Attribuer de façon effective et efficiente les ressources humaines appropriées du réseau de la santé (Association canadienne des médecins d'urgence, 2011).

Le triage constitue l'évaluation clinique initiale systématique de la gravité des pathologies pour chaque patient admis aux urgences (Zimmermann, P. G. (2002)).

Il permet de prioriser les prises en charge en catégorisant les patients selon quatre niveaux, allant de l'urgence vitale à la consultation qui pourrait être reportée (Abi-Khalil, M., Ongaro, G., Berger, É., Wijayasinghe, S., & Hausser, J. (2022).

Il s'agit d'un processus qui nous permet de gérer les risques cliniques de manière sûre et appropriée. Et de savoir organiser les flux de patients lorsque la demande et les besoins cliniques dépassent les ressources. À l'heure actuelle, les systèmes de triage utilisés sont structurés selon cinq niveaux de priorité. Les niveaux sont attribués selon le concept que ce qui est urgent n'est pas toujours grave et que ce qui est grave n'est pas toujours urgent. Cela permet de classer les patients selon le

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

"degré d'urgence", de sorte que les patients les plus urgents seront pris en charge en premier et les autres seront réévalués jusqu'à ce qu'ils soient vus par le médecin.

Les systèmes de triage sont des échelles destinées pour évaluer le degré d'urgence chez les patients qui arrivent aux urgences.

3.2 Le but de triage :

Le but de triage est de :

- ❖ Identifier rapidement les patients en détresse vitale qui doivent être vus en premier et ceux qui peuvent attendre sans danger pour leur santé.
- ❖ Déterminer l'aire de traitement appropriée : déchoquage ou box de consultation
- ❖ Diminuer l'encombrement des services d'urgences

3.3 Les objectifs du triage : sont clairement définis

Les objectifs de triage sont :

- ❖ Analyser rapidement le motif de recours aux urgences par un professionnel de santé,
- ❖ Évaluer les besoins en soins et leur priorisation,
- ❖ Faciliter la gestion des flux, et optimiser les délais d'attente.

3.4 Modalités du triage :

- ❖ Le triage est effectué par l'infirmier(ère) de l'accueil en se basant sur :
- ❖ Le motif de consultation (symptômes).
- ❖ Les signes vitaux (la tension artérielle, la température, l'état de conscience et le degré de détresse respiratoire).
- ❖ La sévérité de la douleur en distinguant la douleur centrale de la douleur périphérique et la douleur aiguë de la douleur chronique. La douleur doit être évaluée par les échelles visuelles.

D'autres paramètres peuvent être ajoutés : le taux de glycémie capillaire chez le diabétique.

- ❖ Le degré de priorité doit être déterminé selon une classification préétablie et acceptée conjointement par les infirmières et les médecins.
- ❖ Les services d'urgences regroupant l'accueil des urgences adultes et enfants doivent disposer de procédures et d'outils de tri spécifiques à l'enfant. Les lignes directrices concernant le triage comportent davantage de raisons de consultation et de paramètres physiologiques propres aux enfants.
- ❖ La durée du triage ne doit pas dépasser 5 minutes.

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

- ❖ Tous les paramètres peuvent être ajoutés : le taux de glycémie capillaire chez le diabétique, les présentations obstétricales chez la femme enceinte, l'évaluation de l'asthme par le Peak Flow, l'analyse d'urine par bâtonnet et l'ECG données sont notées sur une grille, qui fait partie du dossier médical. L'informatisation est recommandée.
- ❖ Tout patient de niveau de triage 1 ou 2 doit être immédiatement amené à l'endroit approprié de l'aire de traitement. C'est alors la responsabilité de l'infirmière de traitement de compléter l'évaluation initiale de ce patient.
- ❖ Il est l'assignation d'un niveau de gravité pour un patient peut varier (vers le haut ou le bas) durant l'attente ou suite à l'évaluation médicale, aux résultats d'investigation ou à la réponse aux traitements. L'infirmière de triage doit effectuer en permanence la surveillance visuelle de la salle d'attente. (AFFOUNE, A. (2022)).

3.5 Classification clinique des malades aux urgences :

Classe I : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe II : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe III : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engagement pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe IV : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

Figure 5 : L'échelle de triage des urgences de l'EPH de Kherrata

المؤسسة الإستشفائية العمومية بخـرطـة
Etablissement Public Hospitalier de Kherrata
الإستعجالات الطبية و الجراحية
Urgences Médico-Chirurgicales
مؤشر أولوية الإستعجالات
Echelle de Triage des Urgences

مستوى Niveau	اللون Couleur	مؤشر الأولوية Dugrès d'Urgence	وقت الانتظار Temps d'Attente
U 1- 1!	أحمر Rouge	شديدة الخطورة Réanimation	Immédiat < 5 Min
U 2- 2!	برتقالي Orange	حرجة Très Urgent	15 Min
U 3- 3!	أخضر Vert	غير مستعجلة Moins Urgent	60 Min

Source : sous-direction de l'EPH Kherrata

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

3.6 Nouvelle qualification des infirmiers :

Le triage doit être effectué par les infirmiers chevronnés et qualifiés puisque l'erreur d'évaluation peut compromettre la sécurité du patient. La formation spécifique de ce cadre devient obligatoire. La personne chargée du tri devient infirmier(ère) organisateur de l'accueil l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO). Certains services proposent le triage par des médecins (AFFOUNE, A. (2022)).

3.7 Avantages du triage :

La fiabilité de l'échelle de triage en trois priorités de prise en charge médicale a été confirmée par une bonne concordance entre les évaluations des infirmiers et des médecins, ainsi que par une corrélation avec le recours à l'hospitalisation et une bonne reproductibilité. Des études ont montré que l'application du triage permet de réduire la mortalité infantile, particulièrement dans les pays à ressources limitées, et qu'elle réduit la durée d'attente à l'accueil des patients les plus graves, augmentant ainsi la satisfaction générale des patients. Cependant, un système de triage efficace ne peut à lui seul résoudre les problèmes des urgences, et d'autres interventions en amont et en aval sont nécessaires pour améliorer la prise en charge globale des patients. (AFFOUNE, 2022).

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons exploré en profondeur les différents aspects du changement organisationnel, Nous avons analysé le concept du changement organisationnel. Après avoir présenté les différentes définitions de ce concept, Nous avons aussi distingué les types de changements auxquels peuvent faire face les organisations. Comme nous avons exposé les différents acteurs et les facteurs internes et externes qui jouent un rôle crucial dans sa mise en œuvre.

Nous avons en deuxième lieu analysé de certains modèles théoriques du changement organisationnel, nous avons acquis des perspectives précieuses sur les différentes étapes et dynamique qui sous-tendent le processus du changement organisationnel.

Ensuite, Nous avons défini le concept de triage, ses objectifs, ses modalités et ses avantages, tout en soulignant l'importance d'une bonne gestion des flux de patients et d'une prise en charge rapide et appropriée des cas urgents.

L'objectif de ce chapitre est de mobiliser cette base théorique pour bien comprendre le processus de changement organisationnel engagé dans l'établissement public de santé et analyser les facteurs qui expliquent les attitudes et les résistances des acteurs concernés. En intégrant les notions de triage médical, nous avons enrichi notre compréhension des défis spécifiques rencontrés dans le

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique du changement organisationnel

contexte des urgences et des stratégies nécessaires pour les surmonter. Cette compréhension théorique est essentielle pour aborder efficacement les transformations en cours et améliorer la qualité des soins et des services offerts aux patients.

CHAPITRE II

État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

INTRODUCTION

La conduite du changement dans les établissements de santé constitue un défi complexe et majeur, notamment dans un contexte où les pressions pour fournir des soins de qualité sont de plus en plus importantes. Ce chapitre de la revue de littérature se concentre sur l'analyse des études de cas sélectionnées, mettant en lumière les différentes perspectives et approches adoptées pour aborder le changement organisationnel dans les établissements de santé, en mettant un accent particulier sur les défis spécifiques rencontrés et les stratégies pour y faire face.

Dans cette première section, nous explorerons des études de cas qui examinent la conduite du changement dans les établissements de santé, Nous commencerons par une présentation détaillée des études qui se penchent sur les facteurs et défis liés au changement organisationnel dans le contexte des établissements de santé, mettant en évidence les stratégies proposées pour surmonter ces défis. Ensuite, nous examinerons les différentes approches utilisées pour identifier les acteurs clés dans un projet de conduite du changement à l'hôpital.

La deuxième section approfondit la revue de la littérature sur le changement organisationnel dans les établissements publics de santé en Algérie. À travers une analyse systématique des études existantes.

SECTION 1 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES ÉTUDES DE CAS SÉLECTIONNÉES

Dans cette section, nous plongeons dans l'univers complexe de la conduite du changement dans les établissements de santé. Nous explorerons les facteurs et les défis qui influent sur le changement organisationnel, ainsi que le rôle des acteurs impliqués et la manière dont les contingences spécifiques aux hôpitaux impactent le processus de changement.

1.1 La conduite du changement dans les établissements de santé :

1.1.1 Les facteurs et défis liés au changement organisationnel :

L'étude réalisé par CHAANOUN, J et ALAOUI, M (2022) sur le changement organisationnel dans le contexte des établissements publics hospitaliers, en se concentrant sur les résultats d'une recherche-intervention menée au Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI Oujda, qui a pour objectif de concevoir un modèle de changement organisationnel adapté au Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI Oujda afin de pallier aux insuffisances rencontrées et de contribuer à l'amélioration de la performance de cet établissement de santé publique.

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

La recherche vise à identifier les défis spécifiques liés au changement organisationnel dans le contexte des établissements publics hospitaliers et à proposer des stratégies efficaces pour surmonter ces défis, en mettant l'accent sur l'implication des acteurs clés et la gestion des ressources humaines.

L'étude met en évidence l'importance de prendre en compte les défis spécifiques du secteur de la santé au Maroc, tels que l'augmentation de la demande des patients, les inégalités régionales et la pression pour fournir des services de qualité. Pour surmonter ces défis, il est souligné que des changements organisationnels de grande envergure sont nécessaires, en plus du maintien des actions déjà entreprises par le gouvernement pour assurer la durabilité du secteur de la santé.

L'étude met en avant des facteurs de succès tels que l'engagement des acteurs, une communication efficace, un leadership fort, et l'adaptabilité. En parallèle, des obstacles potentiels sont identifiés, notamment les résistances au changement, le manque de ressources, la culture organisationnelle et les conflits d'intérêts. La gestion des conflits et des tensions est soulignée comme essentielle pour surmonter ces obstacles et favoriser la réussite du changement organisationnel.

L'étude met en avant l'importance de sensibiliser et former les acteurs, d'établir des mécanismes de résolution des conflits, et de mettre en place des indicateurs de suivi et d'évaluation pour assurer la pérennité et l'efficacité du changement organisationnel au Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI Oujda.

Une autre étude réalisée par Maitreyee D. Khankhoje, (2016) examine la gestion du changement dans les organismes de santé aux États-Unis a pour objectif d'analyser les défis spécifiques auxquels ces organisations sont confrontées en matière de changement organisationnel, et de proposer des stratégies et des recommandations pour faciliter une transition réussie.

Ils sont optés pour une méthodologie de recherche basée sur une approche de recherche qualitative et quantitative. Ils ont probablement mené des études de cas, des analyses documentaires et des entretiens avec des experts du domaine de la santé et de la gestion du changement pour recueillir des données pertinentes.

L'étude met en avant la nécessité pour les organismes de santé d'adopter des stratégies de gestion du changement pour s'adapter aux nouvelles politiques, pratiques et technologies émergentes, ils sont identifiés principaux défis et obstacles auxquels les organismes de santé sont confrontés, tels que les longues attentes des patients, les difficultés de communication, les problèmes de facturation et les résistances au changement au sein du personnel et des cliniciens.

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

L'étude mettant en avant l'importance de la planification, de la communication, de la responsabilisation et de la patience dans la gestion du changement. Elle souligne également l'impact positif de l'éducation, de la démonstration et de l'inclusion dans le processus de mise en œuvre du changement.

L'étude met en évidence l'importance de prendre en compte ces différents niveaux pour favoriser une transition réussie vers de nouvelles pratiques et technologies.

L'étude souligne l'importance de la gestion du changement dans les organismes de soins de santé, en insistant sur la nécessité d'adopter des stratégies efficaces pour relever les défis du secteur et garantir une adaptation réussie aux évolutions du système de santé.

Le document réalisé par François Champagne, Ph.D (2022), explore la capacité de gérer le changement dans les organisations de santé a été menée au Canada, en mettant en lumière les défis et les déterminants clés du changement réussi. Il aborde les processus de production du changement dans les organisations, les échecs d'implantation, les facteurs influençant le succès du changement, ainsi que les recommandations pour améliorer la gestion du changement dans le système de santé canadien.

Ils ont effectué une revue approfondie de la littérature existante sur la gestion du changement dans les organisations de santé, en consultant des articles académiques, des livres, des rapports et d'autres sources pertinentes pour recueillir des informations sur les modèles, les pratiques et les défis du changement organisationnel. Ils ont examiné des études de cas de changement organisationnel dans des organisations de santé spécifiques pour illustrer les concepts théoriques, identifier les bonnes pratiques et comprendre les défis rencontrés dans la mise en œuvre du changement. Et ils ont mené des entretiens avec des experts en gestion du changement, des professionnels de la santé ou des décideurs pour recueillir des perspectives pratiques et des recommandations basées sur l'expérience.

La recherche a mis en lumière l'importance des facteurs organisationnels et politiques dans la réussite de la mise en œuvre du changement. Et la mise en évidence l'importance de la communication, de la participation et de la gestion des conflits pour faciliter la transition vers de nouveaux modèles organisationnels

L'étude a souligné la nécessité d'adopter de nouvelles approches pour surmonter les résistances au changement et favoriser l'innovation.

La recherche a souligné l'importance de développer des capacités internes pour s'adapter aux changements externes.

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

Les résultats de l'étude mettent en lumière l'importance de la gestion du changement dans les organisations de santé, ainsi que les défis et les opportunités associés à la mise en œuvre de transformations organisationnelles. Les modèles d'analyse, les stratégies de gestion et les capacités internes sont autant d'éléments clés à prendre en compte pour favoriser une transition réussie vers des organisations plus adaptatives et innovantes dans le domaine de la santé.

1.1.2 Les acteurs peuvent être distingués dans un projet de conduite du changement à l'hôpital :

D'après l'étude réalisée par Merdinger-Rumpler, C et Nobre, T, (2011) concentre sur une recherche-intervention menée dans un service de consultations externes d'un CHU en ophtalmologie en France, qui pour objectif d'impliquer tous les acteurs internes du service dans un processus de changement. Mettre en place des actions concrètes pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients et du personnel, tester la méthode OVAR comme outil de conduite du changement, analyser les étapes du processus de changement et en tirer des enseignements pour d'autres initiatives similaires dans le secteur hospitalier.

La méthodologie de recherche impliqué la mise en place d'un groupe de pilotage représentant les différentes catégories d'acteurs du service, ainsi que la création de groupes de travail pour traiter les thèmes identifiés. Les responsables des groupes de travail ont été formés à la méthode OVAR pour élaborer un plan d'actions.

Les résultats de l'étude impliquent la réussite d'un projet de conduite du changement à l'hôpital repose sur l'implication de tous les acteurs internes, y compris les médecins, les infirmières, les secrétaires, etc.

Toutes les personnes du service sont invitées à participer aux groupes de travail mis en place pour animer le processus de changement. Cette participation favorise la coordination et l'engagement de l'équipe médicale.

Les responsables des groupes de travail sont formés pour animer les séances et mettre en œuvre la méthode OVAR, ce qui contribue à la réussite du processus de changement en fournissant des outils et des cadres méthodologiques appropriés.

La coordination des acteurs internes, la prise de décisions collégiales et la mise en œuvre progressive des actions sont des éléments clés pour surmonter les difficultés et assurer le succès du changement organisationnel à l'hôpital.

Cette étude met en évidence l'importance de l'implication de tous les acteurs, du rôle du groupe de pilotage, de la participation aux groupes de travail, de la formation des responsables et de la

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

coordination des acteurs pour mener à bien les initiatives de changement organisationnel dans le contexte hospitalier.

L'étude réalisée par Bouchra, L et Thierry G, (2010) sur la modélisation des perceptions des acteurs pour réussir la conduite du changement dans le contexte hospitalier au maroc, qui a pour objectif de modéliser les perceptions des acteurs afin de minimiser les résistances, créer une dynamique d'évolution et favoriser l'acceptation du changement au sein de l'organisation hospitalière.

La méthodologie utilisée est basée sur une approche systémique et participative. Ils ont développé une méthode appelée ARC (Actors' Representation for Change) qui intègre des dimensions prospectives, processuelles, psychologiques et temporelles pour modéliser les perceptions des acteurs et faciliter la conduite du changement. Cette méthode vise à créer une représentation partagée du changement stratégique par les acteurs internes et externes à l'organisation hospitalière, en mettant l'accent sur la compréhension des dynamiques organisationnelles et des interactions entre les différentes parties prenantes.

L'étude mis en évidence l'importance de la communication et de la structuration du processus de changement pour faciliter l'adaptation d'une nouvelle stratégie. La mobilisation des acteurs et la prise en compte de leurs perceptions ont été identifiées comme des éléments clés pour éviter les blocages et minimiser la résistance au changement.

La distinction entre les acteurs internes et externes à l'organisation est abordée, mettant en évidence leur rôle dans l'influence du changement stratégique au sein de l'hôpital.

Déterminer la criticité des différentes composantes principales impliquées dans le changement. Par exemple, l'équipe médicale a été classée comme la plus critique, suivie par le personnel soignant et l'équipe d'accueil, tandis que la direction des travaux a été identifiée comme moins critique en termes de perception du changement.

La méthode ARC (Actors' Representation for Change) est présentée comme une approche participative et prospective pour faciliter la conduite du changement en intégrant les perceptions des acteurs et en favorisant un consensus basé sur la modélisation des perceptions.

L'étude offrir une approche holistique et participative pour accompagner efficacement le changement dans le secteur hospitalier, en mettant l'accent sur la compréhension des dynamiques organisationnelles et des interactions entre les différentes parties prenantes.

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

1.1.3 Le changement face aux contingences hospitalières :

L'étude réalisée par KIRMI, B et CHAHOUATI, W (2019) sur le changement dans le milieu hospitalier au Maroc : l'étude a proposé un modèle de changement par une démarche Qualité qui pour objectif de proposer un modèle de changement adapté aux spécificités du secteur hospitalier, en mettant en avant le rôle de la démarche Qualité dans ce processus.

L'étude a montré que l'implantation d'une démarche Qualité dans un hôpital génère des changements positifs en favorisant la collaboration interprofessionnelle, en améliorant les pratiques professionnelles et en modifiant la culture organisationnelle des acteurs hospitaliers.

Les démarches Qualité sont considérées comme des leviers de changement dans les établissements de santé, permettant de remédier aux dysfonctionnements et d'instaurer des pratiques managériales, culturelles et organisationnelles positives.

Par ailleurs, l'étude a montré que la résistance au changement peut constituer un obstacle majeur dans les hôpitaux, nécessitant une approche adaptée pour surmonter les freins internes et externes au processus de transformation.

Un modèle combiné "ISO 9001 - EFQM" est proposé comme une solution pour renforcer la gestion de la qualité et le changement organisationnel dans les établissements hospitaliers, en intégrant des pratiques complémentaires et en visant l'excellence opérationnelle.

Enfin, cette étude met en évidence l'importance de la qualité comme levier de changement dans le milieu hospitalier et propose un modèle intégré pour accompagner les établissements de santé dans leur démarche d'amélioration continue et d'adaptation aux évolutions de leur environnement.

1.2 La résistance du changement à l'hôpital :

Etude réalisée par Abdel-Satar, S.I et Ragheb, M.A.S et Abdel-Nasser Ghanem, A.N, (2022) se concentre sur l'impact de la gestion du changement sur la qualité des services de santé dans les hôpitaux égyptiens. Pour objectif d'évaluer l'impact de la gestion du changement sur la qualité des services de santé, en mettant en évidence le rôle de la résistance au changement et en proposant des recommandations pour améliorer les pratiques de gestion dans les hôpitaux égyptiens.

L'étude adopte une approche analytique descriptive et utilise un questionnaire comme principal outil de collecte de données.

L'étude visait à mettre en évidence le rôle de la résistance au changement dans l'impact de la gestion du changement sur la qualité des services de santé fournis. Et également à comparer les systèmes de rémunération et d'incitation entre les travailleurs des hôpitaux privés et publics, ainsi qu'à comparer la résistance au changement entre les travailleurs des hôpitaux privés et publics.

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

L'étude a conclu que la résistance au changement est très importante pour la réussite du changement, et que les responsables devraient prêter attention à la manière de surmonter cette résistance dans la gestion du changement pour garantir le succès des initiatives de changement et l'amélioration continue des services de santé résistance au changement. L'étude a conclu qu'il existe des différences significatives entre les systèmes de rémunération et d'incitation des travailleurs des hôpitaux privés et publics.

Ces études mettent en lumière l'importance de la gestion du changement dans les établissements de santé, ainsi que la nécessité d'adopter des approches adaptées, impliquant tous les acteurs concernés, pour relever les défis et saisir les opportunités d'amélioration continue et d'innovation dans le secteur de la santé.

SECTION 2 : REVUE DE LITTÉRATURE SUR LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ EN ALGÉRIE

Dans cette section, nous examinerons des études de cas réalisées en Algérie pour évaluer la situation actuelle du changement organisationnel des établissements de santé publics, deux études de cas seront présentées, chacune offre un aperçu détaillé des défis et des opportunités auxquels sont confrontés les établissements de santé.

2.1 Étude de cas n° 1 : La conduite du changement au sein de l'établissement public de santé en Algérie à l'heure de covid-19 : la résistance au changement organisationnel cas de service maladies infectieuses au CHU de Tizi-Ouzou.

Cette étude a été réalisée par Mr. MANSOURI M et Mr. NEZLIQUI B, (2021) dirigé par OUALIKENE S. a permis de comprendre comment s'est effectué le changement, autrement dit l'adaptation du personnel à sa nouvelle organisation.

L'objectif de cette étude est de présenter l'état des lieux du Service maladies infectieuses de TIZI-OUZOU concernant son fonctionnement, sa gestion, et surtout, de constater les principaux dysfonctionnements liés à crise sanitaires. Ils se sont optes pour technique du questionnaire qui consiste à poser au personnel du service, une série de questions relatives à leur fonction et, à leurs anciennetés, mais aussi des questions relatives au fonctionnement de travail d'une manière générale ils sont approchés par un questionnaire adressé à 25 membre personnel du service, hommes et femmes, et guide d'entretien avec les responsables du service maladies infectieuses du CHU.

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

Les résultats de l'étude confirment l'importance de la notion de résistance au changement dans le contexte hospitalier. Cette résistance est perçue comme une réaction naturelle face à des transformations organisationnelles majeures, mais elle peut également être envisagée comme une ressource positive, conduisant à des pratiques alternatives et à une adaptation créative.

L'étude met en évidence les leviers de changement managériaux, culturels et organisationnels qui ont été utilisés pour gérer la fusion des services à l'hôpital de Tizi-Ouzou. Ces leviers sont essentiels pour remédier aux dysfonctionnements des établissements hospitaliers et favoriser une transition réussie vers de nouveaux modes de fonctionnement.

L'étude met en lumière l'importance du leadership, de la communication et de la confiance dans la gestion du changement au sein du service des maladies infectieuses. L'écoute, l'empathie et l'honnêteté sont des éléments clés pour surmonter les résistances au changement et favoriser une transition harmonieuse.

L'analyse d'adaptation au changement, exacerbés par la crise sanitaire du Covid-19, renforce l'idée que les établissements de santé doivent être en mesure de s'adapter rapidement à des environnements contraignants.

L'expérience du service des maladies infectieuses illustre la nécessité d'une approche collaborative et participative dans la mise en œuvre du changement. La mobilisation des équipes de santé et leur implication active dans les processus décisionnels sont des facteurs déterminants pour le succès des initiatives de transformation organisationnelle.

Cette étude offre des perspectives précieuses sur les défis et les opportunités du changement organisationnel dans les établissements de santé, en mettant en lumière les stratégies efficaces pour gérer et piloter ce processus dans des environnements complexes et dynamiques.

2.2 Étude de cas n° 2 : La numérisation dans les établissements publics de santé en Algérie : Bureau des admissions. Cas : L'Établissement Publics Hospitalier (EPH) Draa El Mizan

Un mémoire de fin du cycle de master en science économique avec une spécialisation en économie de la santé, il a été réalisée par BOUCHAREB S, et MEFTAH, L (2020).

L'objectifs de l'étude est de montrer l'impact de technologies de l'information et de la communication (TIC) sur le fonctionnement des établissements de santé, et monter leur apport sur l'activité, la rentabilité et l'organisation de ces établissements. Ils sont adoptés, une démarche descriptive basé sur des notions théoriques et fondées sur des recherches bibliographiques portant essentiellement sur, l'exploitation des travaux qui traitent les questions liées à l'informatique et le

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

système d'information dans les hôpitaux, l'informatique médicale, l'exploitation de travaux universitaires et des rapports d'études qui traitent l'informatisation, l'exploitation des thèses et mémoire.

L'étude met en avant les avantages de la numérisation, notamment en termes d'amélioration de la prise en charge du patient et d'optimisation des processus de soins, l'introduction de systèmes d'information et de numérisation permet une meilleure gestion des dossiers médicaux, offrant ainsi aux médecins un accès direct aux données liées à leurs patients.

Les TIC facilitent la mise en place de systèmes d'information hospitaliers centrés sur les processus de soins, ce qui conduit à une gestion plus éclairée des ressources et à une meilleure productivité. Cela souligne l'importance d'adopter des solutions numériques pour répondre aux besoins croissants en matière de gestion et de suivi des soins de santé.

La numérisation des services hospitaliers permet une meilleure coordination entre les différents services, un accès sécurisé aux données, une acquisition précise et fiable des données de laboratoire, ainsi qu'une gestion simplifiée et rapide des informations médicales. Ces avantages opérationnels contribuent à une efficacité accrue des processus et à une meilleure expérience patiente.

Les résultats de cette étude soulignent l'importance de la numérisation dans le changement organisationnel des établissements de santé. Ils mettent en évidence les avantages tangibles de l'informatisation, notamment en termes d'efficacité opérationnelle, de qualité des soins et de satisfaction des patients. Cependant, des défis persistent, tels que la complexité de l'organisation hospitalière et le besoin de maintenance continue des systèmes informatiques.

L'étude met en évidence les avantages concrets de la numérisation dans le contexte du changement organisationnel dans les établissements de santé. Ces résultats soulignent l'importance de poursuivre les efforts de transformation numérique pour améliorer les soins de santé et répondre aux besoins croissants des patients.

Cette section nous a permis d'explorer deux études de cas significatives sur le changement organisationnel dans les établissements de santé publics en Algérie. À travers ces études, nous avons pu observer les défis et les opportunités liés à la conduite du changement dans ces environnements complexes et dynamiques.

Ces deux études de cas offrent des perspectives précieuses sur les stratégies efficaces pour gérer et piloter le changement organisationnel dans les établissements de santé en Algérie. Elles soulignent l'importance d'une approche holistique, intégrant à la fois les aspects techniques, humains et stratégiques du changement. En s'inspirant de ces enseignements, les décideurs et les

CHAPITRE II : État de l'art sur la conduite du changement dans les établissements de santé

praticiens peuvent mieux anticiper les défis à venir et mettre en œuvre des transformations durables pour améliorer les soins de santé et répondre aux besoins évolutifs des communautés.

CONCLUSION

Ce chapitre a exploré en profondeur les dynamiques de changement organisationnel dans les établissements de santé à travers une analyse détaillée de diverses études de cas. La revue des études a mis en lumière les défis uniques et les stratégies employées pour surmonter ces obstacles.

Dans la première section, nous avons examiné des études mettant en évidence les facteurs et les défis liés au changement organisationnel dans les établissements de santé, notamment l'implication des acteurs clés, la gestion des ressources humaines et les spécificités culturelles et organisationnelles. Les recherches ont souligné l'importance d'un *leadership* fort, d'une communication efficace, ainsi que la participation active de toutes les parties prenantes pour assurer le succès des initiatives de changement.

La deuxième section a été consacrée à la revue de la littérature sur le changement organisationnel dans les établissements publics de santé en Algérie. Les études de cas analysées ont montré que la gestion du changement est essentielle pour améliorer les performances des services de santé, en particulier dans des contextes de crises telles que la pandémie de Covid-19. Les initiatives de numérisation et les approches participatives ont été identifiées comme des leviers clés pour faciliter la transition vers de nouvelles pratiques et technologies.

En conclusion, ce chapitre a démontré que la gestion du changement dans les établissements de santé est un processus complexe nécessitant des approches adaptées aux spécificités de chaque contexte. Les enseignements tirés des études de cas offrent des perspectives précieuses pour les décideurs et les praticiens, les aidant à anticiper les défis et à mettre en œuvre des transformations durables pour améliorer la qualité des soins de santé et répondre aux besoins évolutifs des patients.

CHAPITRE III

Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

INTRODUCTION

La mise en place d'une nouvelle unité de triage médical dans les établissements de santé publics constitue souvent un défi majeur en termes de gestion du changement organisationnel. Ce chapitre se concentre sur l'analyse de cette transition dans le contexte spécifique de l'EPH de Kherrata, en mettant en lumière les processus, les perceptions et les résultats associés à cette initiative.

Dans ce chapitre, nous décrirons brièvement le cadre de l'établissement de santé et les motivations qui ont conduit à la création de la nouvelle unité de triage médical. Ensuite, nous présenterons la méthodologie utilisée pour collecter les données nécessaires à cette analyse, notamment les questionnaires destinés aux patients, les entretiens avec les parties prenantes clés telles que le Directeur des Ressources Humaines (DRH) et le responsable de l'unité de triage et évidemment le personnel médical, ainsi que l'observation directe sur site du processus de triage médical.

Cette démarche méthodologique vise à fournir une compréhension approfondie de la manière dont la nouvelle unité de triage médical a été perçue, adoptée et intégrée dans la pratique quotidienne de l'établissement de santé. À travers une analyse minutieuse des résultats obtenus, nous identifierons les défis rencontrés et les pistes d'amélioration potentielles pour optimiser le fonctionnement de cette unité et enrichir les pratiques de gestion du changement organisationnel dans le domaine de la santé publique.

SECTION 1 : PRÉSENTATION ET ORGANISATION DE L'EPH DE KHERRATA

Dans ce qui suit, nous allons nous atteler à la présentation générale de l'EPH de Kherrata, l'organisme qui nous a accueilli dans le cadre du stage pratique et en même temps l'objet de notre étude empirique.

1.1 Présentation de l'organisme d'accueil

L'Établissement Public Hospitalier (EPH) de Kherrata, créé par le décret exécutif n 07-140 du 02 Jumada El Aouel 1428 correspondant au 19 Mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et établissements publics de santé de proximité est situé au Sud Est de la Wilaya de Bejaia, il s'étend sur deux (02) Dairates (Kherrata

et Darguina), compte six (06) Communes (Kherrata, Dra El Gaid, Taskriout, Ait Smail, Darguina et Tamricht) et couvre une population de 130 000 habitants pour une superficie de 485,54 km².

De par sa situation stratégique situé entre deux pôles urbains (Sétif et Bejaia), avec un axe routier important et un tunnel à grande risque, l'EPH de Kherrata assure la couverture sanitaire non seulement de sa population locale mais aussi des populations des communes avoisinantes appartenant aux Wilayates limitrophes (Souk El Tnine, Melbou, Ziama, Aokas, Bougaa, Bouandas, Tala Ifacene, Tizi N'Becher, Oued El Berd, Ain Roua, etc.

1.2 L'organisation administrative de l'EPH de Kherrata

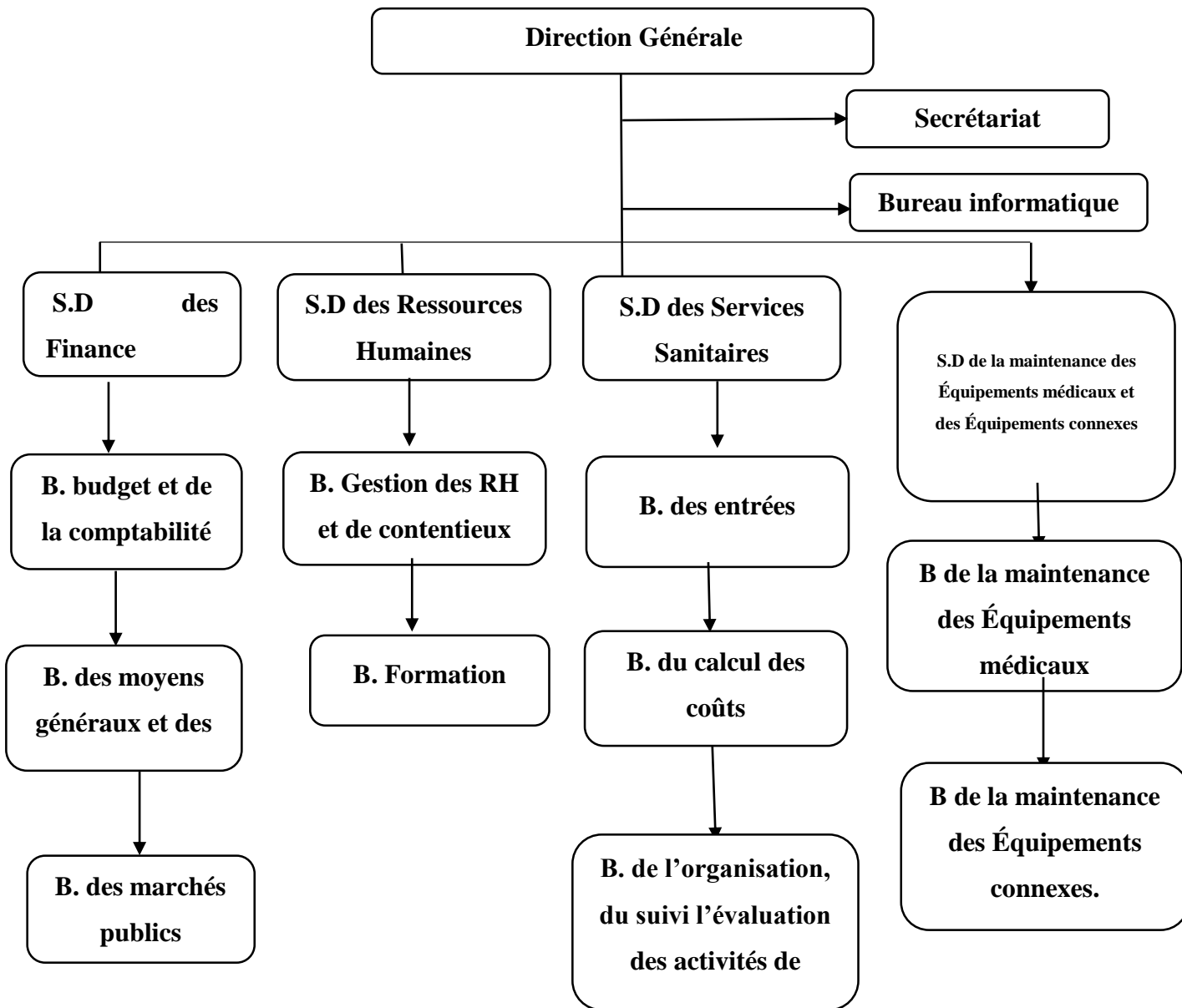
L'évaluation des hôpitaux nécessite une organisation matérielle, soit mise en place pour administrer les structures de soins et gérer les dons et patrimoines. Les activités de gestion dans les établissements publics hospitalières sont devenues une fonction, qu'on ne peut pas ignorer sa noble mission du fait de l'important, qu'elle doit jouer dans l'administration des personnels et des biens.

L'EPH de Kherrata se compose d'une direction générale dont le rôle consiste à :

- ✓ Assurer la bonne gestion de l'établissement,
- ✓ et représenter l'établissement dans les institutions officielles, juridiques et administratives.

L'organigramme de l'EPH de Kherrata est composé d'une Direction Générale, répartie elle-même en quatre (04) sous-directions (cf. Figure 1).

Figure 1 : L'organigramme de l'EPH de Kherrata



Source : Documents fournis par la Direction de l'établissement.

Le Tableau 1 présente les différents services rattachés à la direction de l'EPH de Kherrata et le rôle de chaque service.

Tableau 1 : Les différents services rattachés à la direction de l'EPH et leur rôle

SERVICE	LE RÔLE
Sous-direction des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Le plan de gestion des ressources humaines. - Dossier de recrutement. - Tableau d'avancement. - Dossier d'admission en retraite. - Gestion de carrière du personnel - Activités du service social.
<p>Sous-direction des finances et moyens Activités du service finance :</p> <p>Activités du service rémunération :</p> <p>Activités du service Économat</p> <p>Sous-direction des services sanitaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration du budget. - Les prévisions du budget. - L'exécution du budget. - Le contrôle du budget. - La gestion de la régie. - Le calcul de la paie du personnel - Le régime indemnitaire du personnel - Procédures de marches publiques - Procédures de consultation - Procédures de marché gré à gré - Procédures d'achat - Établissement des bons de commande - Le service fait - Veiller au bon déroulement des activités sanitaires de l'établissement. - Élaborer des tableaux de garde, des différents corps. - Organiser le fonctionnement des divers services - Tenir les registres, dossiers et les fichiers médico-sanitaires. - Les supports d'information (les statistiques). - Secrétariat médicale. - Tenir des différents documents de gestion. - - Contrôler et évaluer les activités et fonctionnement de différentes activités - Élaborer et transmettre les divers rapports d'activité à la direction de la santé et des populations et Ministère et les archives.

<p>Fonctionnement des activités sanitaires (bureau des entrées)</p> <p>Service informatique</p>	<ul style="list-style-type: none">- Coordonner entre les différents organisme et associations (A.P.C, police justice...). - la gestion des dossiers administratifs des malades hospitalisés et veiller à la bonne tenue et au contrôle de la fiche navette.- L'évaluation des couts d'hospitalisations à partir de fiche navette (les actes médicaux, paramédicaux et consommations des médicaments).- L'accueil et l'orientation et l'information de tous les usages.- La facturation des frais d'hospitalisation et de toute la prestation assurée par l'hôpital.- L'établissement des statistiques sanitaires, mensuelles, trimestrielles et annuelles.- Faire les admissions aux malades.- La tenue des différents registres. - Installations des réseaux informatiques et numérisations des données et maintenances des équipements informatiques.
<p>Sous-direction des maintenances et d'équipements médicales et équipements annexe.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Gérer les équipements, maintenances de matériels d'équipements médicales.

Source : Documents fournis par la Direction de l'établissement

1.3 L'organisation des services de soins

Le Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des Établissements publics hospitaliers et des Établissements publics de santé de proximité.

L'Établissement Public Hospitalier (EPH) est un Établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle

du wali. Et constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes.

Les missions de l'établissement consistent à prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre, il a notamment pour tâches :

- ✓ d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation,
- ✓ d'appliquer les programmes nationaux de santé, etc.

1.3.1 Activités paramédicales

Les activités paramédicales Solon le décret n°11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique sont les suivantes :

- Participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre.
- Favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des patients dans leur cadre de vie habituelle.
- Participer à des actions de prévention en matière de santé individuelle et collective.
- Participer au maintien, à la restauration et à la promotion de la santé physique et mental des personnes.
- Réaliser des soins infirmiers relevant des tâches propres à leur mission, sur prescription médicale ou en présence du médecin et en cas d'extrême urgence sur la base de protocoles d'urgence écrits.
- Contrôler, évaluer et surveiller l'évolution de l'état de santé des patients.
- Établir le projet de soins, planifier les activités y afférentes, tenir et de mettre à jour le dossier soins du patient.
- Accueillir et suivre pédagogiquement les étudiants et les stagiaires.
- Élaborer et réaliser, en liaison avec l'équipe médicale, le projet de service.
- Programmer les activités de l'équipe de l'unité.
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités de soins.
- Contrôler la qualité et la sécurité des soins et les activités paramédicales.
- Assurer la gestion de l'information relative aux soins et aux activités paramédicales.

- Accueillir et organiser l'encadrement des personnels des étudiants et des stagiaires affectés au service.
- Participer à la formation des paramédicaux.
- Élaborer et réaliser en liaison avec l'équipe médicale le projet de service.
- Programmer les activités de l'équipe de l'unité.
- L'hygiène corporelle des malades et de leur environnement, de l'exécution des soins infirmiers de base et des tâches inhérentes à l'hôtellerie et à l'hygiène hospitalière, et entretien et rangement du matériel.
- Observer et recueillir les données relatives à l'état de santé du patient et de transmettre les observations par écrit et oralement pour assurer la continuité des soins.
- L'hygiène corporelle de l'enfant, de la mère et de leur environnement.

1.3.2 Les activités médicales

Selon le décret n°09-394 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant Au 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de sante publique Et décret exécutif n° 09-393 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique sont les suivantes :

- ❖ Le diagnostic, le traitement, le contrôle et la recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco- dentaires.
- ❖ Ils participent à la formation des personnels de santé.
- ❖ Ils peuvent être appelés, en outre, à assurer les taches de gestion, d'évaluation et d'encadrement de projets de service, de projets d'établissement et de programmes de santé.
- ❖ Assurer l'expertise médicale.
- ❖ Prévention générale et épidémiologie.

1.3.3 Les activités des plateaux-techniques

- ❖ Les urgences médico-chirurgicales.
- ❖ Laboratoire.
- ❖ Scanner et radiologie.
- ❖ Bloc opératoire.

- ❖ Anesthésie et Réanimation

1.3.4 Les autres spécialités

- ❖ Chirurgie générale.
- ❖ Médecine interne.
- ❖ Orthopédie.
- ❖ Pédiatrie.
- ❖ Néphrologie.
- ❖ Gynécologie.
- ❖ Médecine légale.
- ❖ PTS (Poste de transfusion sanguine).
- ❖ SEMP (Science d'épidémiologie et médecine préventive)
- ❖ HAD (Hospitalisation à domicile)

1.4 Fonctionnement des activités médicales et système de travail à l'EPH de Kherrata

Les structures de l'EPH fonctionnent 24h/24, la responsabilité sera confiée à un chef de services (coordinateur ou cadre paramédical) exerçant en permanence au niveau de ses structures, assiste d'un surveillant médical.

Pour assurer la continuité des soins dans les différents services :

- ✓ Chaque service travail par cinq (5) groupes : trois (3) équipes pendant la nuit et deux (2) équipes durant la journée.
- ✓ Le système de travail en garde : les deux (2) équipes de la journée commence de 07:30h et finissent à 18:00h.
- ✓ Le système de travail de jour : les trois (3) équipes de nuit commencent de 18:00h jusqu'à lendemain à 08:00h.
- ✓ Chaque équipe dispose de moyens humains (surveillant général, chef du service, les autres personnels spécialisés, les paramédicaux et les agents des services) et de moyens techniques (salles d'attente et matériel nécessaire au service).

1.5 Les capacités de l'établissement

1.5.1 Les capacités en ressources humaines

Le tableau suivant nous montre les ressources humaines dont il dispose l'EPH de Kherrata avec la diversité des spécialités et le nombre d'effectif de chaque spécialité.

Tableau 2 : La répartition du personnel de l'établissement selon le corps et le grade.

CORPS ET GRADE	NBR. D'EFFECTIFS
Corps communs et Ouvriers professionnels	
Administrateur en Chef des Services de Santé	02
Administrateur Principal	02
Administrateur analyste	01
Ingénieure d'État en Informatique	01
Administrateur	12
Archiviste Documentaliste Principal	01
Assistant Ingénieur en Informatique	05
Attaché Principal d'Administration	03
T.S en Informatique	01
Attaché d'Administration	01
Secrétaire de Direction	02
Comptable Administratif Principal	01
Agents d'Administration	15
Secrétaire	02
Agent de Bureau	02
Ouvrier Professionnelle	40
Conducteur Auto	08
Agent de Prévention	12
Corps médical	
Praticien Spécialiste	21
Médecin Généraliste	31
Pharmacien Généraliste	03

CHAPITRE III : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

Corps Paramédical	
Infirmier Spécialisé de Santé Publique	42
Infirmier de Santé Publique	87
Aide-Soignant	29
Auxiliaire en Puériculture	03
Infirmier Diplômé d'état	03
Infirmier Breveté	01
Auxiliaire Médical Anesthésie Réanimation de S.P	12
Sage-Femme de S.P	21
Psychologue Clinicien de S.P	04
Biologiste de S.P	15
Laborantin de Santé Publique	11
Assistant Ingénieur en Laboratoire et Maintenance	01
Assistant Social de S.P	02
Assistant Médical de S.P	08
Manipulateur en Imagé Médical de S.P	12
Préparateur en Pharmacie de S.P	02
Kinésithérapeute de S.P	02
Hygiéniste de S.P	01
Diététicien de S.P	01
TOTAL	423

Source : Sous-direction des ressources humaines de l'EPH de Kherrata

Nous remarquons que la part la plus dominante est celle du personnel paramédical, cela peut être justifié par les exigences de ce type de fonction qui nécessite une présence permanente et un suivi régulier de tous les malades.

On remarque aussi que le nombre de médecins spécialisés en chirurgie générale et les gynécologues, les médecines spécialisées en chirurgie orthopédiques et en médecine interne est insuffisant par rapport à la population de des communes desservies par l'EPH. On remarque enfin l'absence de quelques spécialités importantes, comme un médecin spécialisé en radiologie, sachant que l'établissement dispose d'un scanner.

1.5.2 Les capacités en lits d'hospitalisations

En exécution de l'arrête ministérielle n° 27-38 du 26 janvier 2008 portant création des services et unité constitutives, l'EPH de Kherrata est composé de structures hospitalières regroupées au sein d'un hôpital de 136 lits, répartis comme suit (cf. Tableau 3).

CHAPITRE III : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

Tableau 3 : La répartition des lits d'hospitalisations selon les services dans l'EPH de Kherrata.

N°	Services	Lits techniques	Unités	Lits organisés
01	Chirurgie générale	24	1-Hospitalisation homme 2-Hospitalisation femmes	12 12
02	Médecine interne	40	1-Hospitalisation hommes 2-Hospitalisation femmes	20 20
03	Gynéco-obstétrique	24	1-Gynécologie 2-Obstétrique 3-Néonatalogie	34
04	Pédiatrie	16	1-Pédiatrie (y compris 04 lits de réanimation)	20
05	Urgences médico-chirurgicales	20	1-Accueil, tri et mise en observation 2-Réanimation + salle de réveil	11 12
06	Hémodialyse	12	–	13
07	Épidémiologie	–	1- Information sanitaire 2- Hygiène hospitalière	–
08	Radiologie centrale	–	1- Radiologie 2- Écographie 3- Scanner	–
09	Laboratoire central	–	1- Microbiologie 2- Biochimie	–
10	Pharmacie	–	1- Gestion des produits pharmaceutiques 2- Distribution des produits pharmaceutiques	–
11	P.T.S	–	–	–
12	H.A.D	–	–	–
13	Médecine Légale	–	–	–
Total	13	136	Unité	153

Source : Sous-direction des services sanitaires de l'EPH de Kherrata

1.6 La description du service des urgences

Ce service est situé au rez-de-chaussée de l'EPH. Il est composé de :

- ❖ un bureau de tri,
- ❖ trois (3) salles de consultation médicale, disposant de trois tables de consultation et de deux pèse adulte et un autre de pédiatrie, de deux tension murale, de six chaise et de trois ordinateurs,
- ❖ une salle d'observation qui contient 13 lits,
- ❖ une salle de déchoquage,
- ❖ une pharmacie de service,
- ❖ une salle de soin,
- ❖ une salle d'exploration,
- ❖ trois (3) chambres de garde,
- ❖ un local sanitaire

Dans les trois **salles d'observation**, il y a :

- ❖ une armoire pharmaceutique qui contient les médicaments d'urgence,
- ❖ 13 lits d'hospitalisation,
- ❖ Trois (3) chariots à trois étages avec le matériel de soin,
- ❖ les sources d'oxygène et d'aspirations,
- ❖ cinq (5) paravents,
- ❖ un aspirateur mobile,
- ❖ 12 potences,
- ❖ 03 aérosol.

Pour ce qui est de la **salle de déchoquage** :

- ❖ un chariot d'urgence,
- ❖ deux (2) lits transportables,
- ❖ deux (2) monitorages,
- ❖ un chariot pour ECG plus un électrochoc,
- ❖ un aspirateur d'intubation,
- ❖ un frigo congélateur,
- ❖ un paravents,
- ❖ une potences.

- ❖ une sources d'oxygénation et d'aspiration

Pour la **salle de soins** :

- ❖ Autoclave
- ❖ Chariot à trois étages avec les matériels des soins
- ❖ Deux paillasse
- ❖ Négatoscope
- ❖ Scialytique
- ❖ Deux tables de consultation
- ❖ Armoire de plâtre
- ❖ Deux Poubelle

Pour ce qui est enfin du **personnel du service** :

- ❖ Personnel médical : 14 médecins généralistes
- ❖ Un chef de service
- ❖ Personnel paramédical : 22 infirmiers
- ❖ Quatre (4) agents de service

SECTION 2 : MÉTHODOLOGIE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

Dans le but de vérifier nos hypothèses de recherche posées au tout début de ce travail, nous avons croisé plusieurs techniques d'investigation. Afin d'évaluer les changements induits par la mise en service de l'unité de triage médical au niveau du service des urgences de l'EPH de Kherrata, nous avons ainsi mené une *enquête par questionnaire* auprès des usagers (patients) et une *série d'entretiens exploratoires semi-directifs* avec le personnel médical du service des urgences (médecins, infirmières, aides-soignants) et les différents responsables (Chef de service et DRH). Pour compléter notre investigation et mettre en perspective les premiers résultats issus de l'enquête et des entretiens, nous nous sommes également appuyés sur nos *observations directes* tout au long de la période de stage et d'enquête, ainsi que sur les *documents internes* récupérés à l'EPH.

2.1. Les techniques de recueil des données

2.1.1. Les entretiens exploratoires semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des acteurs-clés impliqués dans le processus de changement organisationnel. Les guides d'entretien ont été conçus pour explorer en profondeur les perceptions, les expériences et les défis rencontrés par ces acteurs. Nous avons ainsi conçu trois guides d'entretiens (cf. Annexes).

Le premier guide d'entretien est destiné au **Directeur des Ressources Humaines (DRH)** et comprend les questions suivantes :

- ✓ Implication du service des ressources humaines dans le processus de changement.
- ✓ Stratégies de gestion du changement mises en place pour soutenir le personnel.
- ✓ Programmes de formation proposés.
- ✓ Gestion de la résistance au changement.
- ✓ Communication des informations relatives au changement.
- ✓ Gestion des conflits pendant la transition.

Le deuxième guide d'entretien est destiné au **Chef de service des urgences** et comprend les questions suivantes :

- ✓ Protocoles et directives pour le triage et la prise en charge des patients.
- ✓ Motivations et objectifs du changement.
- ✓ Évaluation de l'efficacité du changement.
- ✓ Défis de la gestion de l'unité de triage.
- ✓ Mesures pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients.
- ✓ Canaux de communication utilisés pour informer le personnel.
- ✓ Gestion des conflits au sein de l'unité.
- ✓ Perspectives d'amélioration des services et des soins.

Le troisième guide d'entretien est destiné au **personnel médical (médecins, infirmières, aides-soignants) du service des urgences** pour évaluer :

- ✓ La perception du changement organisationnel.
- ✓ La satisfaction par rapport aux nouvelles pratiques de triage.
- ✓ Les défis rencontrés pendant la transition.
- ✓ La qualité de la communication et de la formation reçue.

2.1.2. L'enquête par questionnaire

Nous avons complété ensuite nos entretiens par une enquête par questionnaire auprès des usagers du service des urgences de l'EPH de Kherrata. Un questionnaire a été distribué à 100 patients a pour objectif principal de recueillir des données sur les perceptions des patients concernant les changements observés après l'implémentation de la nouvelle unité de triage médicale. Plus précisément, il vise à évaluer :

- ✓ La qualité de l'accueil et des services aux urgences.
- ✓ La satisfaction générale des patients.
- ✓ Les améliorations perçues dans les soins après la mise en place de l'unité de triage.

2.1.3. L'observation directe

Nous avons également eu recours à l'observation directe pour procéder à la vérification des informations recueillies à travers les entretiens exploratoires et l'enquête par questionnaire. Des observations directes ont ainsi été effectuées dans l'unité de triage médicale pour comprendre les dynamiques de travail, les interactions entre le personnel et les patients et l'application des nouveaux protocoles de triage.

2.2. Les outils utilisés dans l'analyse des données

Dans le cadre de notre étude qualitative, nous avons eu recours au logiciel d'analyse statistique SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) pour le traitement et l'exploitation des données issues de notre enquête par questionnaire. Cet outil nous a permis de procéder à une série d'opérations essentielles, notamment l'importation, l'exportation, le recodage, la transformation et le filtrage des données collectées. Suite à l'élaboration de tableaux et de représentations graphiques, nous avons entrepris une analyse approfondie des résultats obtenus. Cette démarche méthodologique nous a fourni un cadre rigoureux pour la présentation et l'interprétation des données empiriques recueillies.

2.3. Limites de l'étude

Malgré les efforts pour garantir la rigueur et la représentativité de cette étude, plusieurs limitations ont été rencontrées, ce qui peut affecter la portée et la généralisation des résultats. Les principales limitations sont les suivants :

- ❖ le Taux de réponse faible parmi les professionnels de la santé,
- ❖ les problèmes de langue parmi les patients,
- ❖ la majorité des patients n'ont pas eu le temps de remplir le questionnaire.

SECTION 3 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE EMPIRIQUE

La présente section se consacre à l'analyse et à la discussion des résultats obtenus au cours de notre étude empirique portant sur l'évaluation des changements induits par la mise en service de l'unité de triage médical au niveau du service des urgences de l'EPH de Kherrata. Après avoir exposé la méthodologie adoptée et collecté les données pertinentes, il est temps maintenant de procéder à une interprétation approfondie de ces données afin de répondre aux questions de recherche posées. Cette analyse vise à mettre en lumière les tendances, les relations et les divergences observées des différentes techniques d'investigation mobilisées dans cette recherche (enquête par questionnaire, entretiens exploratoires et observation directe). Enfin, en discutant des résultats, nous nous efforcerons d'évaluer leur signification, leur portée et leurs implications en termes d'accompagnement et de gestion du changement dans les établissements de santé. Cette approche nous permettra aussi de vérifier nos hypothèses de recherche.

3.1. Analyse des résultats

Dans ce qui suit, nous allons essayer d'analyser et d'interpréter les données recueillies via les questionnaires administrés, les entretiens effectués et nos observations directes.

3.1.1. Résultats de l'enquête par questionnaire

Nous allons commencer par présenter et analyser les différents résultats obtenus dans le cadre de l'enquête par questionnaire.

1.5.2.1 Identification de l'enquêté

La figure 2 et le tableau 4 présentent la répartition des patients interrogés selon le genre.

Figure 2 : Répartition des patients selon le genre

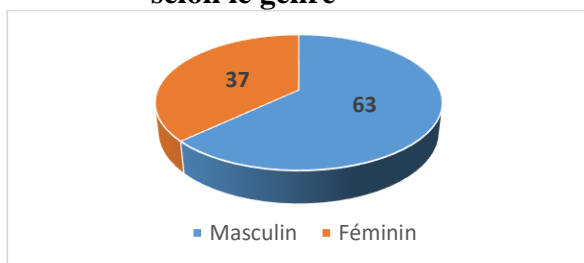


Tableau 4 : Répartition des patients selon le genre

Genre	Effectifs	Pourcentage
Masculin	63	63%
Féminin	37	37%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

Nous constatant que la majorité des patients interrogés se composent d'hommes, avec 63% de l'échantillon. Les femmes constituent seulement 37% des patients enquêtés.

La figure 3 et le tableau 5 présentent la répartition des patients interrogée selon l'âge.

Figure 3 : L'âge des patients interrogées

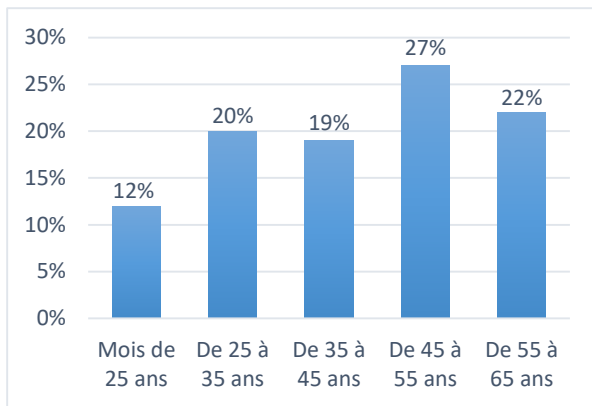


Tableau 5 : l'âge des patients interrogées

Age	Effectifs	Pourcentage
Mois de 25 ans	12	12%
De 25 à 35 ans	20	20%
De 35 à 45 ans	19	19%
De 45 à 55 ans	27	27%
De 55 à 65 ans	22	22%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

Nous constatant que la majorité des patients se trouve dans les tranches d'âge des 45 à 55 ans (27%) et dans celle des 55 à 65 ans (avec 22% des enquêtés). Ensemble, ces deux tranches représentent 49% des patients, soit près de la moitié de l'échantillon. Les patients de moins de 35 ans représentent 32% de l'échantillon. Cette tranche inclut ceux de moins de 25 ans et ceux de 25 à 35 ans.

La figure 4 et le tableau 6 présentent la répartition des patients interrogée selon leurs communes de résidence.

Figure 4 : Commune de résidence

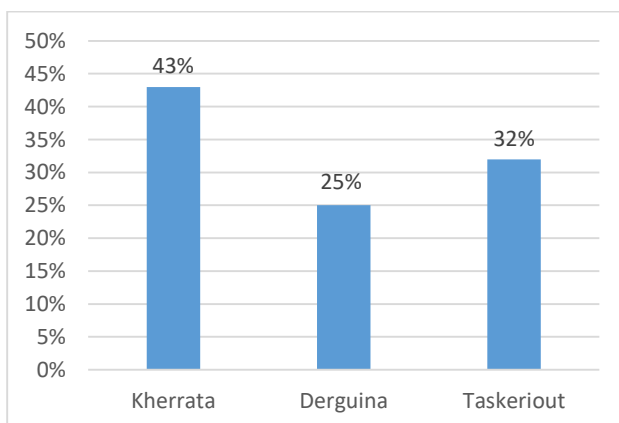


Tableau 6 : Commune de résidence

Commune	Effectifs	Pourcentage
Kherrata	43	43%
Derguina	25	25%
Taskeriout	32	32%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

D'après le tableau et la figure, nous remarquons que la majorité des patients résident à Kherrata représentant 43% de l'échantillon. Et les patients de Derguina et Taskeriout représentent respectivement 25% et 32% des patients.

La figure 5 et le tableau 7 présentent la répartition des patients couverts par une assurance maladie.

Figure 5 : Assurance maladie du patient

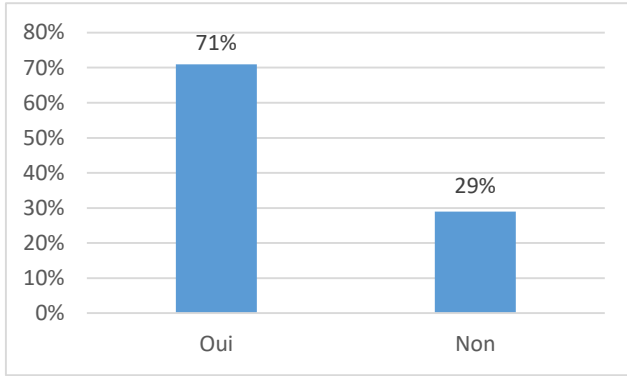


Tableau 7 : Assurance maladie du

Patient

Assurance maladie	Effectifs	Pourcentage
Oui	71	71%
Non	29	29%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

D'après le tableau et la figure ci-dessus, nous constatons que la majorité des patients, soit 71%, ont une couverture d'assurance maladie contre 29% des patients qui ne dispose d'aucune couverture d'assurance maladie. Cette information est essentielle pour comprendre l'impact de l'assurance sur l'accès aux soins et pour orienter les politiques et les ressources de santé afin d'améliorer la couverture et l'accès pour tous les patients, en particulier ceux qui sont actuellement non assurés.

Le tableau 8 et la figure 6 présentent le niveau de couverture d'assurance maladie

Figure 6 : Niveau de couverture d'assurance

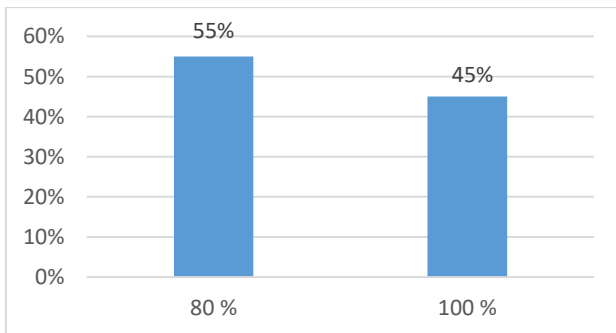


Tableau 8 : Niveau de couverture

Niveau de couverture	Effectifs	Pourcentage
80 %	39	55%
100 %	32	45%
Total	71	100%

Source : Réalisé par nos soins

CHAPITRE III : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

Selon le tableau et la figure ci-dessus nous constatant que parmi les assurés, plus de la moitié des interrogés (55%) disposent d'une couverture limitée à 80%, tandis que 45% bénéficient d'une couverture complète à 100%.

Le tableau 9 et la figure 7 présentent la répartition des patients interrogés selon la présence d'une maladie chronique.

Figure 7 : Présence d'une maladie chronique chez les patients

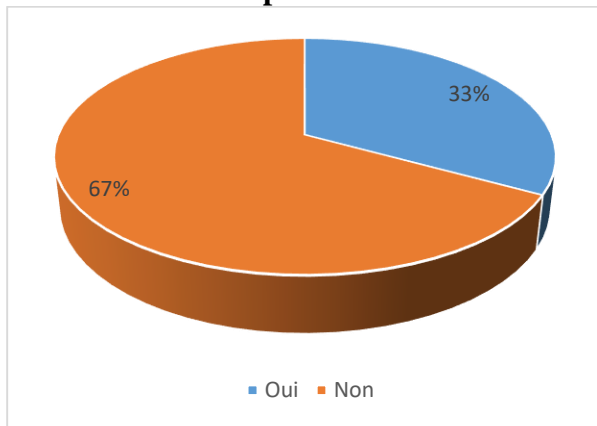


Tableau 9 : Présence d'une maladie chronique

Maladie chronique	Effectifs	Pourcentage
Oui	33	32%
Non	67	68%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

Le tableau et la figure ci-dessus montre que 33% des patients souffrent de maladies chroniques, tandis que 67% n'en souffrent pas.

Le tableau 10 et la figure 8 présentent la répartition des patients selon les différentes maladies chroniques.

Figure 8 : Nature du trouble chronique

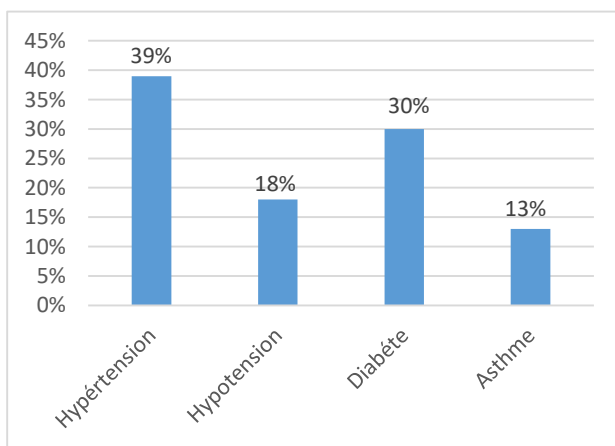


Tableau 10 : Nature du maladie chronique

Nature de la maladie	Effectifs	Pourcentage
Hypertension	13	39%
Hypotension	6	18%
Diabète	10	30%
Asthme	4	13%
Total	33	100%

Source : Réalisé par nos soins

Le tableau et la figure ci-dessus montre que l'hypertension et le diabète sont les troubles chroniques les plus fréquents parmi les patients, suivis par l'hypotension et l'asthme.

1.5.2.2 Qualité de l'accueil et des services aux urgences

Le tableau 11 et la figure 9 présentent la répartition des patients en fonction de la prise de rendez-vous pour des soins de suivi.

Figure 9 : Rendez-vous suite de soins

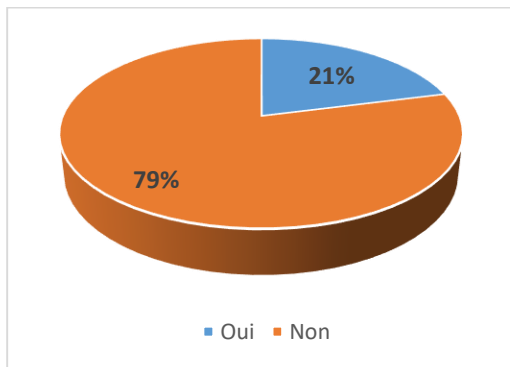


Tableau 11 : Rendez-vous suite de soins

Rendez-vous de suite de soins	Effectifs	Pourcentage
Oui	21	21%
Non	79	79%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

La majorité des patients, soit 79%, se rendent aux urgences pour des soins initiaux, contre seulement 21% des patients qui viennent pour un rendez-vous de suite de soins. Rappelons que la nouvelle unité de triage médical traite uniquement les cas d'urgences initiales ; les patients concernés par un rendez-vous de suite de soins ne passent pas par le triage.

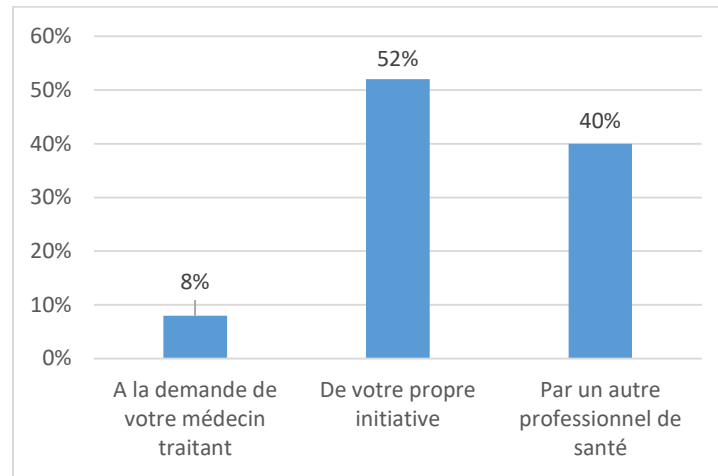
Le tableau 12 et la figure 10 présente les modes d'orientation des patients vers le service des urgences.

Tableau 12 : L'orientation vers le service des urgences

Orientation vers le service	Effectifs	En %
À la demande de votre médecin traitant	8	8%
De votre propre initiative	52	52%
Par un autre professionnel de santé	40	40%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 10 : L'orientation vers le service des urgences

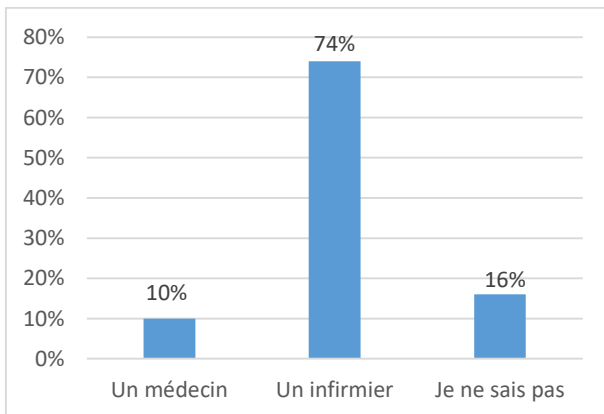


Source : Réalisé par nos soins

La majorité des patients (52%) viennent de leur propre initiative, ce qui indique une perception personnelle de l'urgence. Remarquons aussi qu'un pourcentage significatif de patients (40%) sont orientés par d'autres professionnels de santé. Enfin, 8% des patients sont orientés à la demande d'un médecin.

Le tableau 13 et la figure 11 présentent la répartition du type de personnels soignants responsable de la prise en charge du patient.

Figure 11 : Prise en charge du patient



Source : Réalisé par nos soins

Tableau 13 : Prise en charge du patient

<i>Prise en charge</i>	Effectifs	Pourcentage
Un médecin	10	10%
Un infirmier	74	74%
Je ne sais pas	16	16%
Total	100	100%

D'après le tableau et la figure ci-dessus, la majorité des patients (74%) sont pris en charge par un infirmier. Seulement 10% des patients sont pris en charge directement par un médecin. Enfin, 16% des patients ne savent pas par qui ils ont été pris en charge. Nous remarquons que le

tri des patients est principalement réalisé par des infirmiers, contrairement à ce que prévoit la procédure officielle qui exige l'expertise d'un médecin spécialement affecté au bureau de tri.

Le tableau 14 et la figure 12 présentent la répartition des patients selon le temps d'attente avant leur prise en charge.

Figure 12 : Temps d'attente

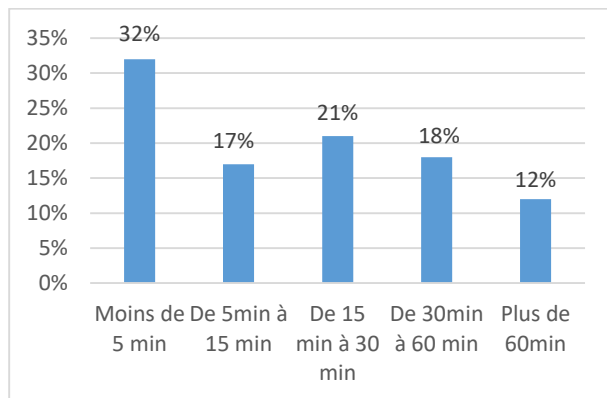


Tableau 14 : Temps d'attente

<i>Temps d'attentes</i>	Effectifs	En %
Moins de 5 min	32	32%
De 5min à 15 min	17	17%
De 15 min à 30 min	21	21%
De 30min à 60 min	18	18%
Plus de 60min	12	12%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

Nous remarquons que 32% des patients interrogée ont été prise en charge en moins de 5 minutes, 17% des patients ont attendu entre 5 et 15 minutes avant d'être pris en charge, et 21% des patients attendent entre 15 et 30 minutes. Enfin, 18% des patients ont attendu une heure avant d'être pris en charge et 12% des patients ont attendu plus d'une heure. Le fait que 32% des patients soient pris en charge en moins de 5 minutes montre que l'unité de triage fonctionne efficacement pour une partie importante des patients en situation d'urgence vitale.

Le tableau 15 et la figure 13 présentent la perception des durées de prise en charge par les patients dans la nouvelle unité de triage médical.

Figure 13 : Perception de la durée de la prise en charge

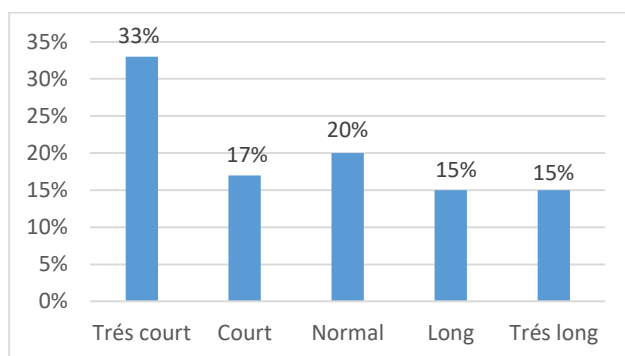


Tableau 15 : perception de la durée de la prise en charge

<i>Durée de prise en charge</i>	Effectifs	En %
Très court	33	33%
Court	17	17%
Normal	20	20%
Long	15	15%
Très long	15	15%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

Nous remarquons qu'un tiers des patients 33% ont perçu la durée de la prise en charge comme étant très courte, 17% des patients ont estimé que la prise en charge était courte, 20% des patients trouvent que la durée de la prise en charge est normale, et enfin 30% des patients ont perçu leur prise en charge comme étant longue ou très longue.

1.5.2.3 Satisfaction générale des patients

Le tableau 16 et la figure 14 présente les quatre critères de satisfaction des patients vis-à-vis de la nouvelle unité de triage au service des urgences.

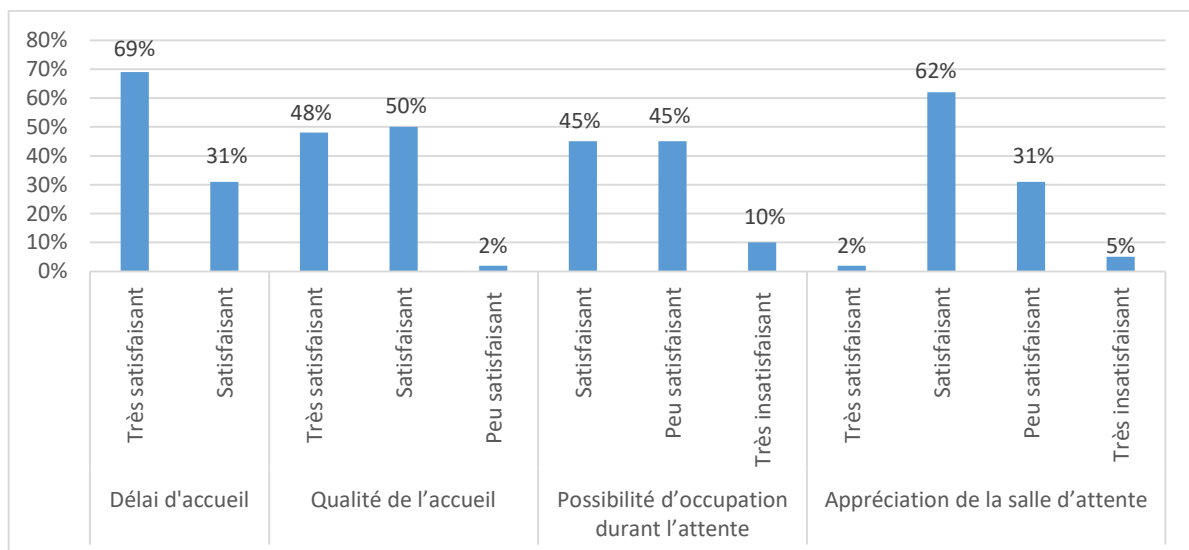
Tableau 16 : Les critères de satisfaction des patients

Aspect	Catégories	Effectifs	En %
Délai d'accueil	Très Satisfaisant	69	69%
	Satisfaisant	31	31%
Qualité de l'accueil	Très satisfaisant	48	48%
	Satisfaisant	50	50%
	Peu satisfaisant	02	02%
Possibilité d'occupation durant l'attente	Satisfaisant	45	45%
	Peu satisfaisant	45	45%
	Très insatisfaisant	10	10%
Appréciation de la salle d'attente	Très satisfaisant	02	02%
	Satisfaisant	62	62%
	Peu satisfaisant	31	31%
	Très insatisfaisant	05	05%
Total		100	100%

Source :

Réalisé par nos soins

Figure 14 : Les critères de satisfaction des patients



Source : Réalisé par nos soins

CHAPITRE III : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

Voici en résumé l'appréciation globale des enquêtés concernant les différents aspects de la prise en charge aux urgences à la suite de la mise en service de la nouvelle unité de triage :

- ❖ **Délai d'accueil** : La majorité des patients 69% sont très satisfaits du délai d'accueil, et une proportion notable de patients 31% trouvent le délai satisfaisant.
- ❖ **Qualité de l'accueil** : Près de la moitié des patients 48% sont très satisfaits de la qualité de l'accueil, la moitié des patients 50% trouvent la qualité de l'accueil satisfaisante, et enfin 2% des patients se déclarent peu satisfaits de la qualité de l'accueil.
- ❖ **Salle d'attente** : Une proportion faible des patients 2% est très satisfaite de la salle d'attente, la majorité des patients 62% trouvent la salle d'attente satisfaisante, et 31% trouvent la salle d'attente peu satisfaisante. Et, enfin, un nombre limité de patients 5% expriment une insatisfaction, aspirant à des améliorations possibles.
- ❖ **Possibilité d'occupation durant l'attente** : Une proportion notable de patients 45% est satisfaite des options d'occupation durant l'attente et 10% des interrogés se disent même très insatisfaits. Enfin, remarquons qu'une proportion significative de patients 45% se déclarent peu satisfaits.

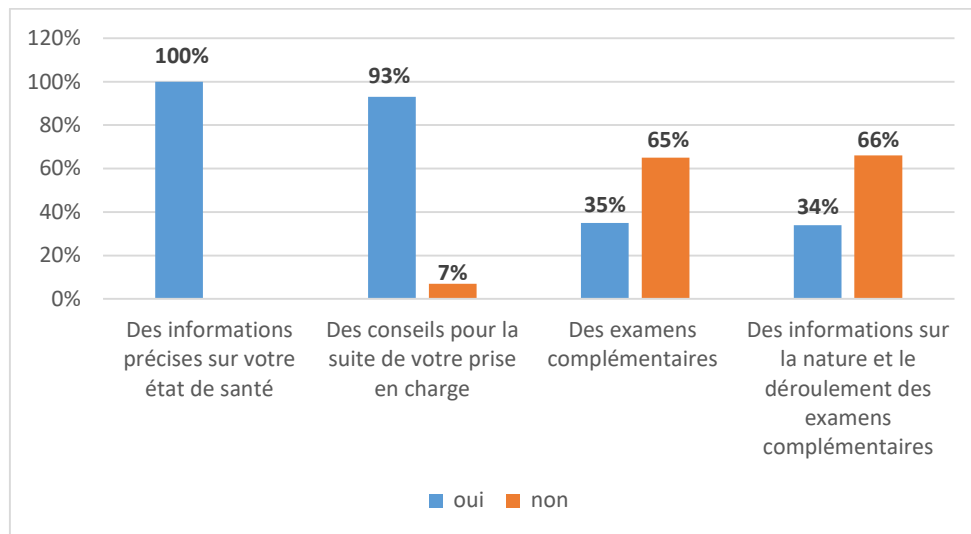
Le tableau 17 et la figure 15 présentent les réponses des patients concernant la communication et les informations reçues pendant leur prise en charge, de la nouvelle unité de triage des urgences jusqu'à la salle d'observation.

Tableau 17 : La communication et les informations reçues par les patients

Aspect	OUI	En % (oui)	NON	En % (non)
Des informations précises sur votre état de santé	100	100 %		
Des conseils pour la suite de votre prise en charge	93	93%	7	7%
Des examens complémentaires	35	35%	65	65%
Des informations sur la nature et le déroulement des examens complémentaires	34	34%	66	66%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 15 : La communication et les informations reçues par les patients



Source : Réalisé par nos soins

Voici en résumé l'appréciation globale des enquêtés concernant les différents aspects de la communication et les informations reçues lors de leur passage par le service des urgences :

- ❖ **Des informations précises sur votre état de santé** : Tous les patients interrogés déclarent avoir reçu des informations précises sur leur état de santé. Cela montre que l'unité de triage et le médecin des urgences parviennent à bien communiquer les diagnostics et les états de santé aux patients.
- ❖ **Des conseils pour la suite de votre prise en charge** : La majorité des patients (93%) ont reçu des conseils pour la suite de leur prise en charge. Seuls 7% de patients interrogés ont déclaré qu'ils n'ont pas reçu de conseils pour leur prise en charge. Cela démontre que le personnel médical s'assure généralement que les patients sont bien informés sur les étapes à suivre dans leur traitement après leur passage aux urgences.
- ❖ **Des examens complémentaires** : La majorité des patients 65% n'ont pas eu besoin d'examen complémentaires, ce qui peut indiquer que beaucoup de cas sont résolus sans nécessiter d'examen supplémentaires, et 35% des patients ont reçu des examens complémentaires. Cela peut indiquer que la majorité des cas traités dans les urgences ne nécessitent pas d'examen complémentaire, ou que ces examens ne sont pas toujours disponibles ou nécessaires.
- ❖ **Des informations sur la nature et le déroulement des soins** : Un peu plus du tiers des patients 34% ont reçu des informations détaillées sur la nature et le déroulement des

CHAPITRE III : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

soins et 66% des patients n'ont pas reçu ces informations, ce qui montre un manque dans la communication concernant les procédures et les traitements administrés.

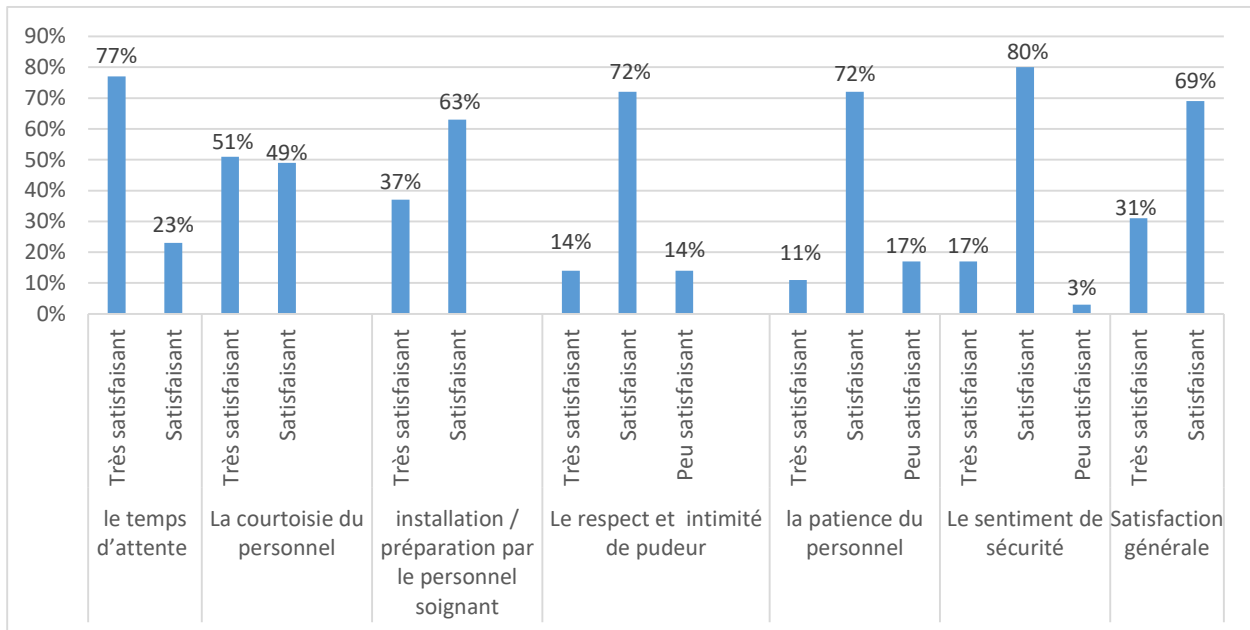
Le tableau 18 et la figure 16 présentent les niveaux de satisfaction des patients concernant leur expérience lors des examens complémentaires.

Tableau 18 : La satisfaction par rapport aux examens complémentaires

<i>Aspect</i>	Catégories	Effectifs	En %
Temps d'attente	Très satisfaisant	27	77%
	Satisfaisant	08	23%
Courtoisie du personnel	Très satisfaisant	18	51%
	Satisfaisant	17	49%
Installation/préparation par le personnel soignant	Très satisfaisant	13	37%
	Satisfaisant	22	63%
Respect de l'intimité et pudeur	Très satisfaisant	05	14%
	Satisfaisant	25	72%
	Peu satisfaisant	05	14%
Patience du personnel	Très satisfaisant	04	11%
	Satisfaisant	25	72%
	Peu satisfaisant	06	17%
Sentiment de sécurité	Très satisfaisant	06	17%
	Satisfaisant	28	80%
	Peu satisfaisant	1	03%
Satisfaction générale	Très satisfaisant	11	31%
	Satisfaisant	24	69%
	Total	35	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 16 : La satisfaction par rapport aux examens complémentaires



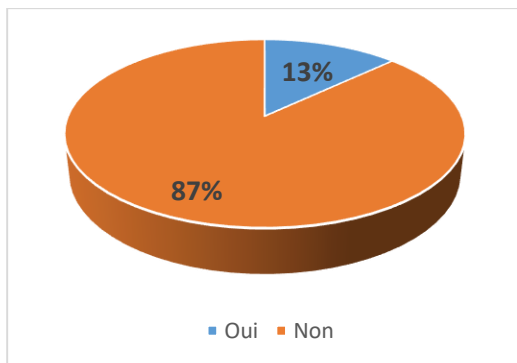
Source : Réalisé par nos soins

La majorité de patients interrogée 77.1% trouvent le temps d'attente très satisfaisant, ce qui démontre une gestion efficace des délais dans l'accès aux examen complémentaire. En outre, la courtoisie du personnel est bien perçue, avec un total de 51.4% de patients très satisfaits et 48.6% de satisfaits. Enfin, 37.1% des patients interrogés trouvent l'installation et la préparation par le personnel soignant très satisfaisantes et une majorité 62.9% se déclarent satisfaits.

Concernant le respect de leur intimité et de leur pudeur, la majorité des patients 71.4% sont satisfaits du respect de leur intimité et 14.3% d'entre eux se déclarent même très satisfaits. Toutefois, 14.3% des patients interrogés se déclarent peu satisfaits. En outre, 71.4% des patients interrogés jugent la patience du personnel satisfaisante et 11.4% d'entre eux se déclarent même très satisfaits. Cependant, 17.1% se déclarent peu satisfaits, indiquent ainsi un domaine nécessitant une attention particulière pour augmenter la satisfaction globale. Par ailleurs, le sentiment de sécurité est globalement bien perçu, avec 80% de patients satisfaits et 17.1% très satisfaits. Cependant, seuls 2.9% des patients se déclarent peu satisfaits. Enfin, la satisfaction générale des soins est relativement élevée avec 68.6% de satisfaits et 31.4% de très satisfaits.

Le tableau 19 et la figure 17 présentent les réponses des patients concernant la nécessité d'une hospitalisation après leur passage aux urgences

Figure 17 : Nécessité d'hospitalisation après le passage aux urgences

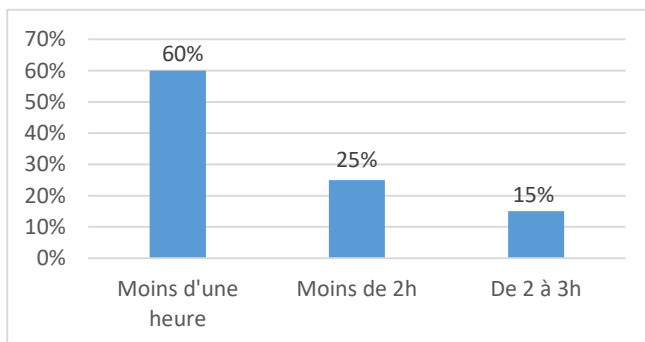


Source : Réalisé par nos soins

Seuls 13% des patients ont nécessité une hospitalisation après leur passage aux urgences, et une large majorité 87% des patients n'ont pas eu besoin d'être hospitalisés. Cela souligne en partie l'efficacité du système de triage et des soins d'urgence pour gérer la plupart des situations sans nécessiter d'admission prolongée.

Le tableau 20 et la figure 18 présentent les réponses des patients concernant le délai d'attente avant leur départ du service des urgences.

Figure 18 : Délai d'attente avant le départ du service des urgences



Source : Réalisé par nos soins

La majorité des patients quittent les urgences en moins d'une heure et un plus petit nombre en moins de deux heures. Cela souligne une gestion efficace des flux de patients et une rapidité dans les processus de traitement.

Tableau 19 : Nécessité d'hospitalisation après le passage aux urgences

Hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Oui	13	13%
Non	87	87%
Total	100	100%

Tableau 20 : Délai d'attente avant le départ du service des urgences

Délai d'attentes	Effectifs	Pourcentage
Moins d'une heure	60	60%
Moins de 2h	25	25%
De 2 à 3h	15	15%
Total	100	100%

CHAPITRE III : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

Le tableau 21 et la figure 19 présentent la perception des patients concernant le temps d'attente avant leur départ du service des urgences.

Figure 19 : Perception du temps d'attente avant le départ du service des urgences

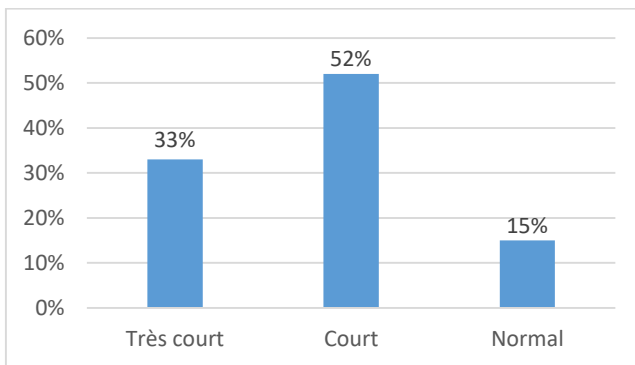


Tableau 21 : Perception du temps d'attente avant le départ du service des urgences

Délai d'attente	Effectifs	En %
Très court	33	33%
Court	52	52%
Normal	15	15%
Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

La majorité des patients perçoivent le temps d'attente avant le départ des urgences comme étant "très court" ou "court". Seule une minorité considèrent le temps d'attente comme "normal". Cela peut refléter une bonne organisation et une capacité à traiter les patients rapidement, contribuant à une satisfaction globale élevée.

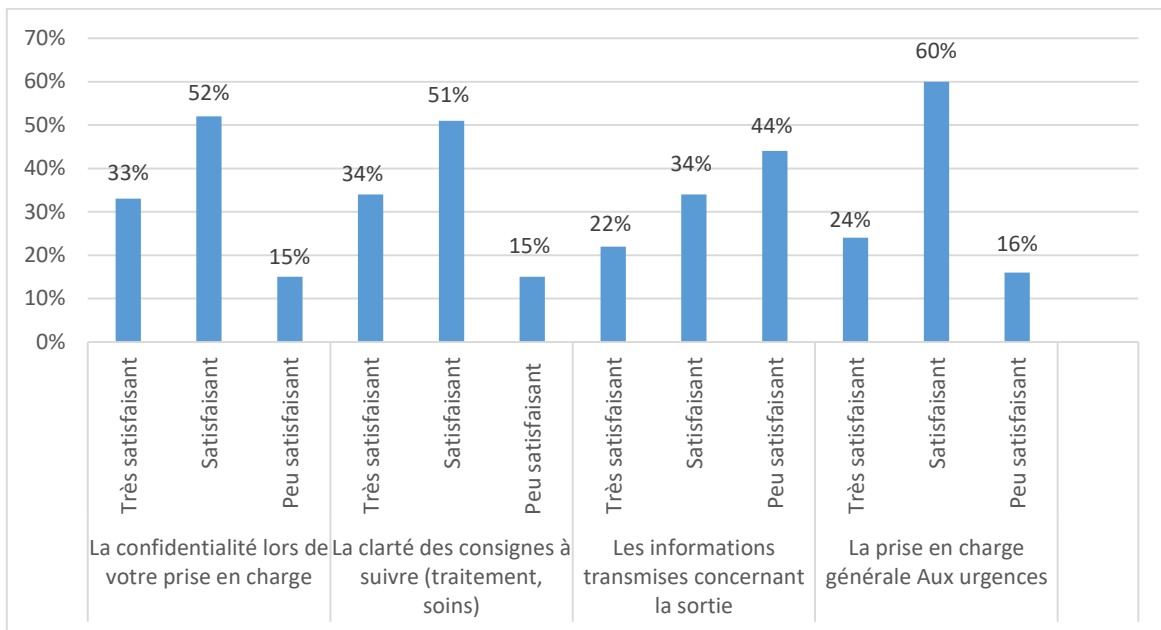
Le tableau 22 et la figure 20 présentent la satisfaction des patients concernant les différents aspects de leur prise en charge aux urgences.

Tableau 22 : Satisfaction des patients sur divers aspects du service des urgences

Aspect	Catégorie	Effectifs	En %
La confidentialité lors de votre prise en charge	Très satisfaisant	33	33%
	Satisfaisant	52	52%
	Peu satisfaisant	15	15%
La clarté des consignes à suivre (traitement, soins)	Très satisfaisant	34	34%
	Satisfaisant	51	51%
	Peu satisfaisant	15	15%
Les informations transmises concernant la sortie	Très satisfaisant	22	22%
	Satisfaisant	34	34%
	Peu satisfaisant	44	44%
La prise en charge générale aux urgences	Très satisfaisant	24	24%
	Satisfaisant	60	60%
	Peu satisfaisant	16	16%
Total		100	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 20 : Satisfaction des patients sur divers aspects du service des urgences



Source : Réalisé par nos soins

La majorité des patients 85% se disent satisfaits ou très satisfaits de la confidentialité lors de leur prise en charge. Cependant, 15% des patients trouvent cet aspect peu satisfaisant. En outre, une grande majorité des patients jugent la clarté des consignes satisfaisante ou très satisfaisante 85%. Les opinions sont plus variées concernant les informations transmises à la sortie, avec 56% des patients satisfaits ou très satisfaits et 44% peu satisfaits. Enfin, la satisfaction générale de la prise en charge est élevée, avec 84% des patients satisfaits ou très satisfaits. Néanmoins, 16% des interrogés se déclarent comme étant peu satisfaisants de la prise en charge.

1.5.2.4 Améliorations perçues dans les soins après la mise en place de l'unité de triage

Le tableau 23 présente la perception des patients de l'amélioration de la qualité des soins aux urgences après la mise en place de la nouvelle unité de triage médical.

Tableau 23 : Amélioration de la qualité des soins après la mise en place de l'unité de triage médicale

Amélioration de la qualité des soins	Effectifs	Pourcentage
Oui	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

CHAPITRE III : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

Le tableau indique que tous les patients ont remarqué une nette amélioration dans la qualité des soins depuis la mise en place de l'unité de triage médical dans le service des urgences.

Le tableau 24 et la figure 22 présentent les perceptions des patients concernant plusieurs aspects après la mise en place de la nouvelle unité de triage médical.

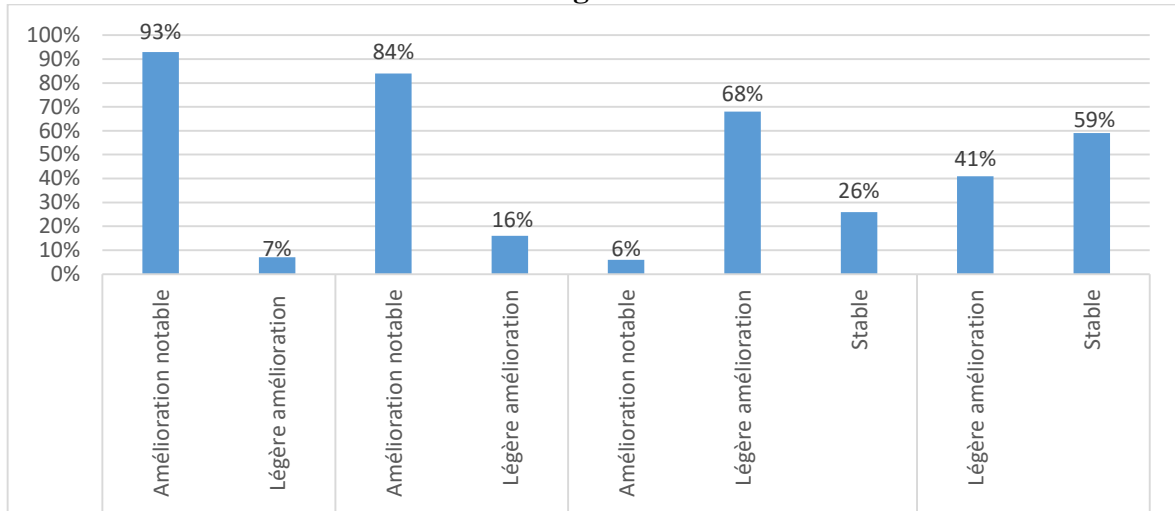
La majorité des patients 93% ont remarqué une amélioration notable dans le délai d'accueil et 84% d'entre eux ressentent une amélioration notable de la qualité de l'accueil. En outre, 68% des enquêtés estiment qu'il y a une légère amélioration de la salle d'attente. Ainsi, une proportion importante des enquêtés 26% déclarent n'avoir observé aucun changement notable. Enfin, une majorité de patients 59% n'ont perçu aucune amélioration dans les possibilités d'occupation durant l'attente, tandis que 41% ont noté une légère amélioration.

Tableau 24 : Évaluation de la satisfaction des soins après la mise en place de l'unité de triage médical

<i>Aspect</i>	Catégories	Effectifs	Pourcentage
Délai d'accueil	Amélioration notable	93	93%
	Légère amélioration	07	07%
Qualité de l'accueil	Amélioration notable	84	84%
	Légère amélioration	16	16%
Appréciation de la salle d'attente	Amélioration notable	06	06%
	Légère amélioration	68	68%
	Stable	26	26%
Possibilité d'occupation durant l'attente	Légère amélioration	41	41%
	Stable	59	59%
	Total	100	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 21 : Évaluation de la satisfaction des soins après la mise en place de l'unité de triage médical



Source : Réalisé par nos soins

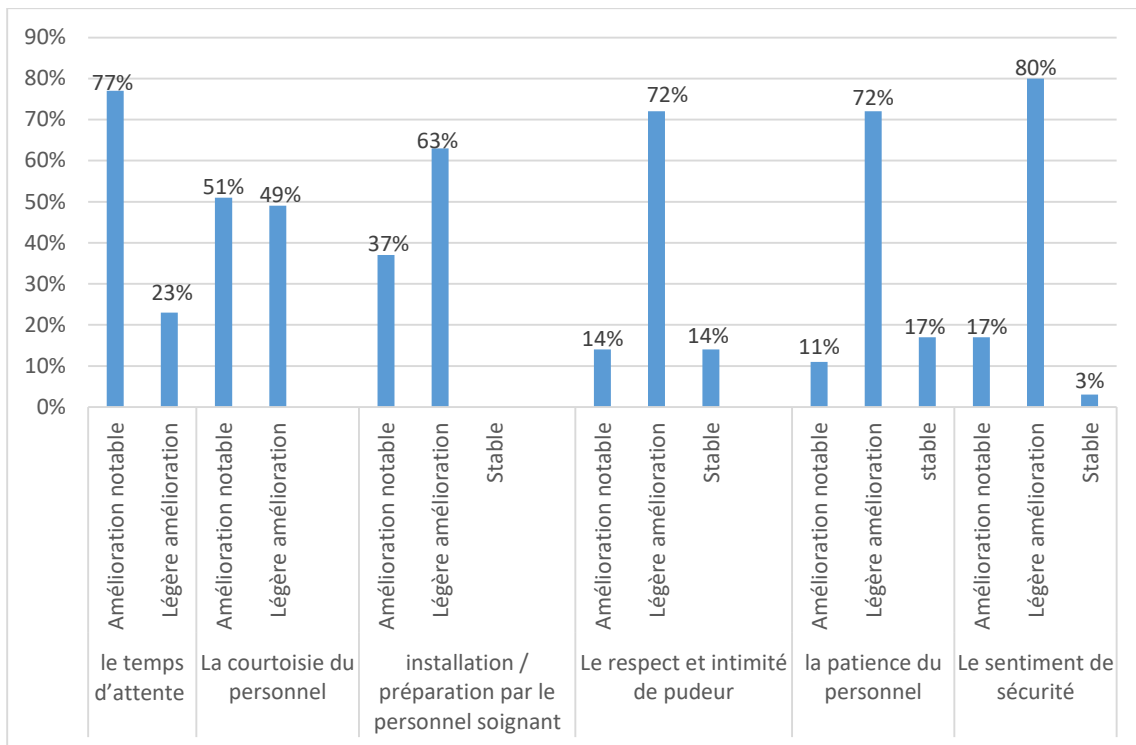
Le tableau 25 et la figure 23 présentent l'évaluation des patients concernant divers aspects des examens complémentaires après la mise en place de la nouvelle unité de triage médical

Tableau 25 : Évaluation de la satisfaction concernant les examens complémentaires après la mise en place de l'unité de triage médical

Aspect	Catégories	Effectifs	En %
Temps d'attente	Amélioration notable	28	77%
	Légère amélioration	07	23%
Courtoisie du personnel	Amélioration notable	20	51%
	Légère amélioration	15	49%
Installation/préparation par le personnel soignant	Amélioration notable	09	37%
	Légère amélioration	24	63%
	Stable	02	5.7%
Respect de l'intimité et de la pudeur	Amélioration notable	04	14%
	Légère amélioration	24	72%
	Stable	07	14%
la patience du personnel	Amélioration notable	05	11%
	Légère amélioration	21	72%
	Stable	09	17%
Le sentiment de sécurité	Amélioration notable	06	17%
	Légère amélioration	23	80%
	Stable	6	03%
	Total	35	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 22 : Évaluation de la satisfaction concernant les examens complémentaires après la mise en place de l'unité de triage médical



Source : Réalisé par nos soins

La majorité des patients 28% ont observé une amélioration notable du temps d'attente, une partie notable des patients 20% a perçu une amélioration significative de la courtoisie du personnel, bien que certains 9% n'aient noté aucun changement. En outre, les améliorations dans l'installation et la préparation par le personnel soignant sont perçues de manière équivalente entre « notable » 24% et « légère » 24%. Par ailleurs, 24% ont perçu une amélioration notable dans le respect de l'intimité ; la patience du personnel a également été améliorée, avec une proportion importante des patients 21% observant une amélioration significative. Enfin, le sentiment de sécurité a été perçu comme amélioré de manière notable par 23% des patients, bien que 6% n'aient noté aucun changement.

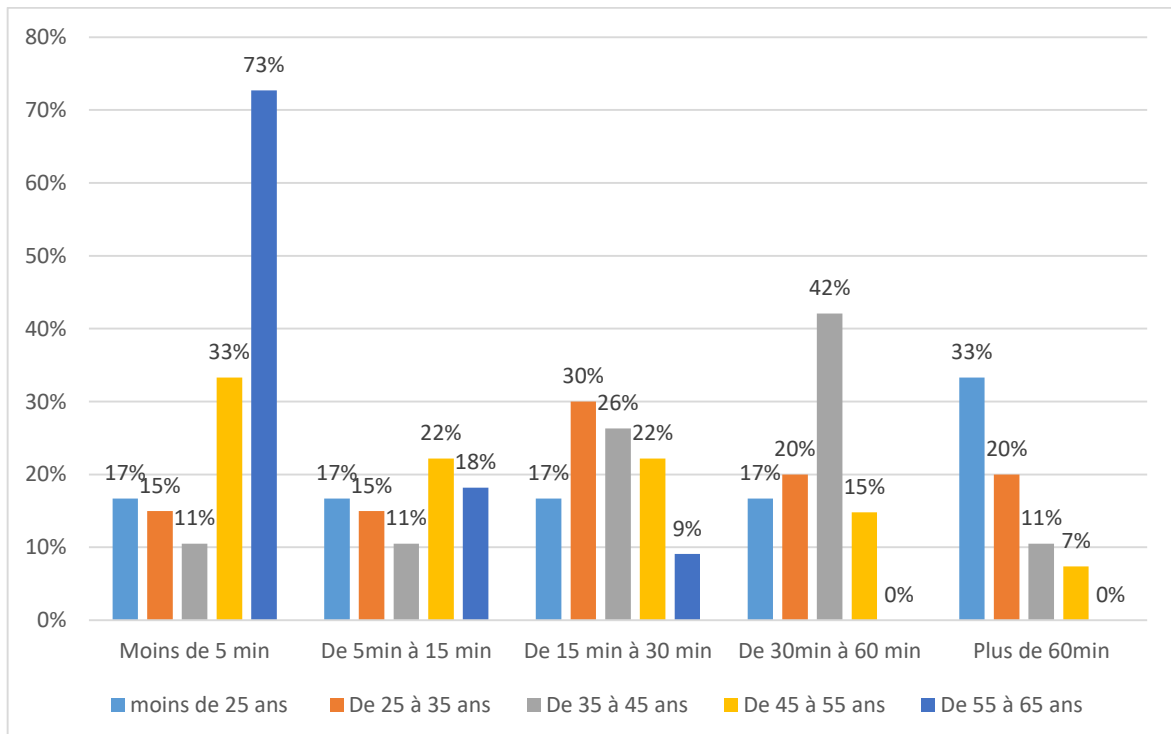
Le tableau 26 et la figure 24 présente la répartition des patients en fonction de leur âge et du temps d'attente avant d'être pris en charge aux urgences.

Tableau 26 : Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge en fonction de l'âge des patients

			Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge					Total
			Moins de 5 min	De 5min à 15 min	De 15 min à 30 min	De 30min à 60 min	Plus de 60 min	
Âge du patient	Mois de 25 ans	Effectif	2	2	2	2	4	12
		En %	17%	17%	17%	17%	33%	100%
	De 25 à 35 ans	Effectif	3	3	6	4	4	20
		En %	15%	15%	30%	20%	20%	100%
	De 35 à 45 ans	Effectif	2	2	5	8	2	19
		En %	11%	11%	26%	42%	11%	100%
	De 45 à 55 ans	Effectif	9	6	6	4	2	27
		En %	33%	22%	22%	15%	7%	100%
	De 55 à 65 ans	Effectif	16	4	2	0	0	22
		En %	73%	18%	9%	0%	0%	100%
Total		Effectif	32	17	21	18	12	100
		En %	32%	17%	21%	18%	12%	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 23 : Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge en fonction de l'âge des patients



Source : Réalisé par nos soins

CHAPITRE III : Résultats de l'étude empirique et vérification des hypothèses

Les patients âgés de moins de 25 ans ont principalement attendu entre 5 et 30 minutes avant d'être pris en charge, avec une proportion moindre ayant attendu moins de 5 minutes. Les patients âgés de 25 à 35 ans ont connu une distribution plus uniforme du temps d'attente, avec une légère augmentation du nombre de patients ayant attendu entre 15 et 30 minutes. Pour les tranches d'âge de 35 à 55 ans, le temps d'attente tend à augmenter progressivement, avec une proportion plus élevée de patients attendant entre 15 et 60 minutes. Les patients âgés de 55 à 65 ans ont principalement attendu moins de 15 minutes, avec une majorité ayant été pris en charge en moins de 5 minutes.

Ces résultats suggèrent qu'il existe une relation entre l'âge du patient et le temps d'attente aux urgences, avec une augmentation chez les patients plus âgés. Toutefois, le temps d'attente est influencé par la gravité de l'état de santé et le flux de patients.

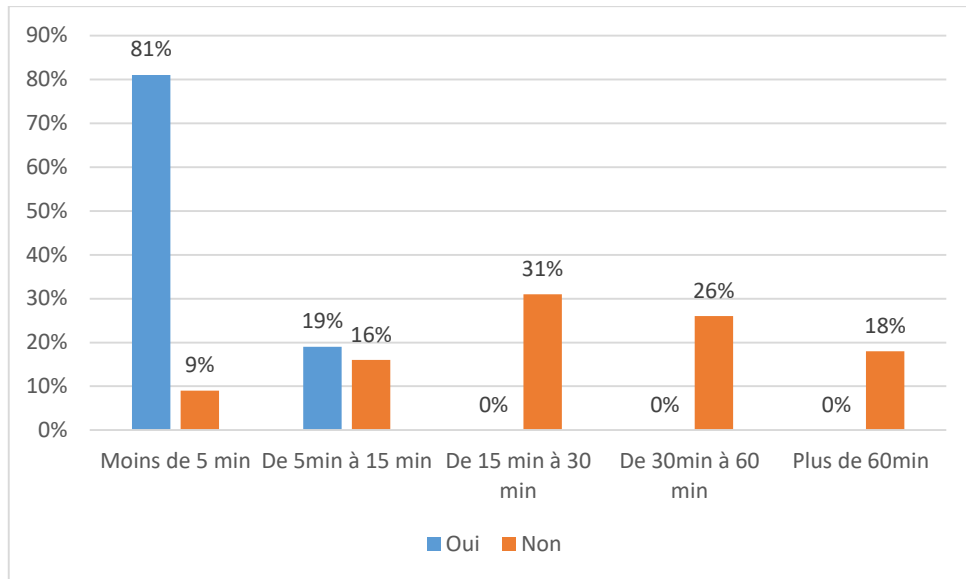
Le tableau 27 et la figure 25 présente la répartition des patients en fonction de la présence ou non d'une maladie chronique et du temps d'attente avant d'être pris en charge aux urgences.

Tableau 27 : Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge en fonction de la présence d'une maladie chronique

			Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge					Total
			Moins de 5 min	De 5min à 15 min	De 15 min à 30 min	De 30 min à 60 min	Plus de 60 min	
Présence d'une maladie chronique	Oui	Effectif	26	6	0	0	0	32
		En %	81%	19%	0%	0%	0%	100%
	Non	Effectif	6	11	21	18	12	68
		En %	9%	16%	31%	26%	18%	100%
Total		Effectif	32	17	21	18	12	100
		En %	32%	17%	21%	18%	12%	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 24 : Temps d'attente entre l'arrivée dans la salle d'attente et la prise en charge en fonction de la présence d'une maladie chronique



Source : Réalisé par nos soins

Les patients souffrant d'une maladie chronique attendaient principalement moins de 15 minutes avant d'être traités, la majorité d'entre eux étant traités en moins de 5 minutes. Parmi les patients non chroniques, la répartition des temps d'attente était plus homogène, avec une plus grande proportion de patients attendant entre 15 et 60 minutes. Aucun patient atteint d'une maladie chronique n'a attendu plus de 15 minutes pour être examiné, alors que certains patients non chroniques ont attendu plus longtemps.

Ces résultats montrent qu'il peut y avoir une corrélation entre le fait d'être atteint d'une maladie chronique et un temps d'attente plus court dans les services d'urgence. Cependant, la gravité des symptômes et le nombre de patients présents sont des facteurs qui influencent les temps d'attente.

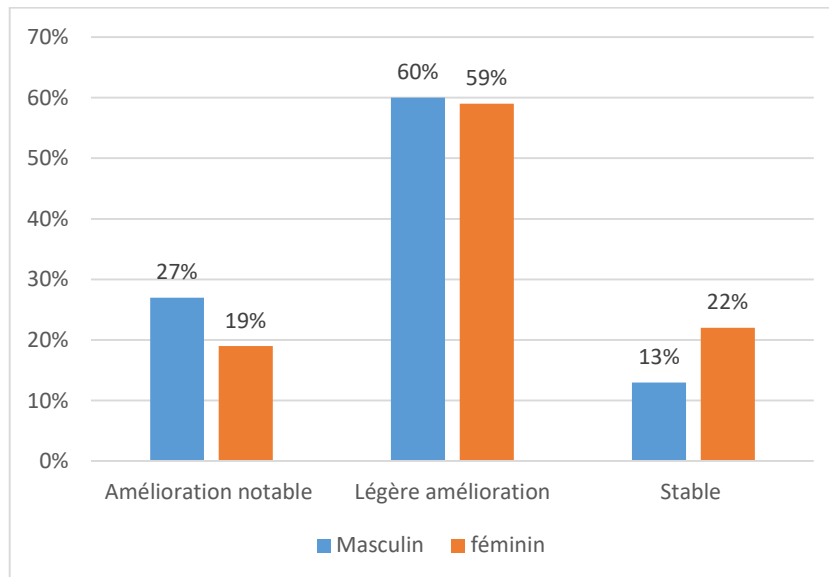
Le tableau 28 et la figure 26 présente la répartition des réponses des patients en fonction de leur genre et de leur appréciation générale sur la prise en charge aux urgences.

Tableau 28 : Répartition des réponses des patients en fonction du genre et de l'appréciation générale de la prise en charge aux urgences

			<i>Prise en charge générale</i>			Total
			Amélioration notable	Légère amélioration	Stable	
<i>Genre du patient</i>	Masculin	Effectif	17	38	8	63
		En %	27%	60%	13%	100%
	Féminin	Effectif	7	22	8	37
		En %	19%	59%	22%	100%
Total		Effectif	24	60	16	100
		En %	24%	60%	16%	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 25 : Répartition des réponses des patients en fonction du genre et de l'appréciation générale de la prise en charge aux urgences



Source : Réalisé par nos soins

La majorité des patients, quel que soit leur sexe, ont noté une légère amélioration après avoir reçu des soins d'urgence. Un peu plus d'hommes que de femmes ont fait état d'une amélioration significative ; les femmes sont plus nombreuses à déclarer que leur état est resté stable.

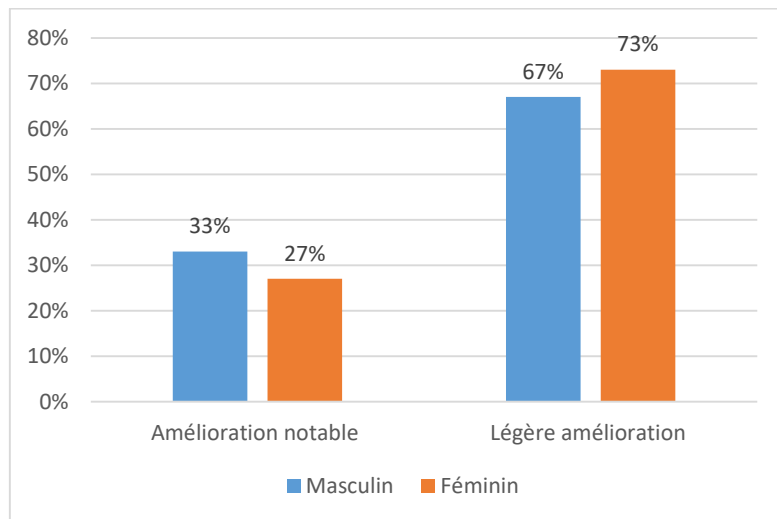
Le tableau 29 et la figure 27 présente l'appréciation générale des soins reçus lors des examens complémentaires en fonction du genre du patient.

Tableau 29 : Évaluation de l'appréciation générale des soins lors de l'examen complémentaire en fonction du genre du patient

			Appréciation générale des soins effectués lors de l'examen complémentaire		Total
			Amélioration notable	Légère amélioration	
Genre du patient	Masculin	Effectif	7	14	21
		En %	33%	67%	100%
	Féminin	Effectif	4	11	15
		En %	27%	73%	100%
Total		Effectif	11	25	36
		En %	31%	69%	100%

Source : Réalisé par nos soins

Figure 26 : Évaluation de l'appréciation générale des soins lors de l'examen complémentaire en fonction du genre du patient



Source : Réalisé par nos soins

La majorité des patients des deux genres perçoivent une légère amélioration, avec une proportion significative qui constate une amélioration notable. La différence entre les genres est relativement faible, suggérant une satisfaction globalement uniforme quant aux soins lors des examens complémentaires.

3.1.2. Résultats des entretiens exploratoires

L'analyse des entretiens avec le Chef de service des urgences et le Directeur des Ressources Humaines (DRH) à l'EPH de Kherrata offre une vue d'ensemble des défis et des stratégies déployées en relation avec le personnel médical lors du changement organisationnel induit par la

mise en service de la nouvelle unité de triage médical au service des urgences. Les principaux points de cette analyse sont présentés dans ce qui suit.

3.1.2.1. Implication du Service des Ressources Humaines

Le Directeur des Ressources Humaines (DRH) a décrit plusieurs actions pour accompagner le changement organisationnel, notamment l'affectation de personnels paramédicaux et médicaux pour assurer les tâches de triage, ainsi que des formations accélérées et des conférences. La gestion des résistances au changement a été abordée par la sensibilisation du personnel à l'importance de cette démarche. Toutefois, le DRH a reconnu des lacunes dans la gestion des conflits, car il n'a pas détaillé les outils et les ressources disponibles pour aider le personnel à surmonter les défis liés au changement. Il est donc recommandé de renforcer les stratégies de gestion des conflits et d'introduire des ressources supplémentaires pour soutenir le personnel pendant cette période de transition.

3.1.2.2. Protocoles et directives pour le triage

Le Chef du service des urgences a mis en place des protocoles clairs pour évaluer la gravité des cas, gérer les flux de patients et assurer une communication efficace entre les membres de l'équipe. Les objectifs du changement incluaient l'optimisation des ressources, la réduction des temps d'attente et la gestion des crises comme la pandémie.

L'évaluation positive de l'efficacité des changements par le Chef de service est encourageante. Cependant, des défis subsistent, notamment en matière de gestion des flux de patients, de formation continue du personnel et de communication interne et externe. Pour répondre à ces défis, il est essentiel de poursuivre les efforts de formation et d'amélioration des processus de communication.

3.1.2.3. Gestion de la résistance au changement

Tous les professionnels de la santé interrogés ont souligné que la résistance au changement a constitué un défi majeur. Cette résistance s'est manifestée à la fois individuellement et collectivement. Le DRH a indiqué avoir mis en place des actions pour atténuer la résistance au changement, notamment par la sensibilisation du personnel à l'importance de la nouvelle unité de triage et la formation continue. Ces actions incluent des conférences, des formations accélérées et des réunions pour aborder les inquiétudes du personnel. De son côté, le Chef de service a contribué à la gestion de la résistance au changement en mettant en œuvre des protocoles clairs et en assurant une communication efficace des nouvelles attentes.

3.1.2.4. Communication des changements

La communication des changements organisationnels a été effectuée par des réunions régulières, des notes de service et des plateformes électroniques. Le DRH a mentionné que des efforts ont été faits pour maintenir une communication claire et régulière avec le personnel.

Malgré ces efforts, il est important de s'assurer que toutes les communications soient bien comprises et que le personnel a la possibilité de poser des questions et de fournir des *feedbacks*. Des sessions de questions-réponses régulières et des forums de discussion pourraient renforcer encore plus la communication et l'engagement du personnel.

Certains médecins estiment que la communication autour du changement a été bonne ou positive, tandis que d'autres la jugent médiocre ou considèrent qu'il y a eu un manque d'information et de communication de la part de la Direction. Le soutien perçu de la Direction a été identifié comme crucial, avec une équipe médicale adéquate, une communication transparente, une formation appropriée et des boxes de tri d'urgence séparés comme éléments essentiels pour faciliter le changement.

3.1.2.5. Défis perçus lors du changement organisationnel

La majorité de professionnels de santé ont trouvé le processus de changement difficile, principalement à cause de la peur de l'inconnu, du manque de soutien de la direction, et d'une confiance limitée envers les décideurs. Des défis comme l'impatience des patients et les lacunes en formation et en communication ont également été signalés. Tous les professionnels interrogés ont exprimé une forme de résistance au changement, se manifestant à la fois individuellement et collectivement.

Malgré ces difficultés, la majorité des professionnels ont perçu la nouvelle unité de triage comme une amélioration par rapport à l'ancienne. Ils ont noté des avantages significatifs, notamment une meilleure organisation du triage des patients en fonction de l'urgence, une gestion plus efficace des flux de patients, et une réduction des temps d'attente. En termes de formation, la majorité des professionnels ont été formés pour s'adapter au nouveau module de tri, bien que certains n'aient pas reçu de formation ou seulement une formation de courte durée.

3.1.2.6. Amélioration continue des services

Le Chef de service a souligné l'importance d'une amélioration continue de la qualité des soins, de la formation régulière du personnel et de la collecte de *feedbacks* des patients et du personnel médical.

Pour assurer la durabilité de ces améliorations, il est recommandé de mettre en place un cadre systématique pour l'évaluation et l'amélioration continue. Cela pourrait inclure des audits réguliers, des enquêtes de satisfaction et des sessions de *feedback* structurées.

3.1.3. Résumé des observations directes

Durant le stage à l'EPH Kherrata, de nombreuses observations ont été faites au bureau de tri de l'unité de triage médical des urgences. Il a été constaté que le tri des patients est principalement effectué par des infirmières, contrairement à la procédure officielle qui exige l'expertise d'un médecin spécialement affecté au bureau de tri. Ces professionnels de la santé jouent un rôle essentiel dans l'évaluation initiale des patients, en assurant une prise en charge rapide et appropriée. La durée de l'accueil ne dépasse généralement pas 10 minutes, permettant une évaluation efficace de l'état de santé des patients. Les patients moins urgents et ceux classés pour des consultations expriment souvent des réclamations concernant le temps d'attente. Il a également été observé que les infirmières effectuent leur travail avec une grande précision et humanité, garantissant que chaque patient soit trié de manière appropriée. Cette efficacité contribue significativement à la bonne gestion des urgences, bien que des améliorations soient nécessaires pour gérer les attentes des patients moins urgents et améliorer leur satisfaction globale.

3.2. Discussion des résultats et vérification des hypothèses

Cette partie présente une analyse approfondie des résultats de l'étude menée sur l'impact de la nouvelle unité de triage médical des urgences de l'EPH Kherrata. Nous évaluons l'efficacité des services et la satisfaction des patients et du personnel médical, en lien avec les hypothèses formulées.

L'analyse des résultats a révélé des lacunes dans la stratégie de gestion du changement organisationnel, notamment en ce qui concerne la communication et la formation. Les entretiens avec le personnel médical ont révélé d'importantes lacunes en matière de communication concernant les objectifs et les procédures de la nouvelle unité de triage médical. Certains membres du personnel ont exprimé leur frustration face au manque de clarté et d'information lors de la mise en place de la nouvelle unité. En outre, plusieurs personnes interrogées ont souligné le besoin accru de formation pour s'adapter aux nouvelles pratiques et techniques introduites par cette unité. Ces points confirment que la stratégie actuelle de changement organisationnel nécessite des ajustements pour surmonter les obstacles et les résistances rencontrés. **Cette observation valide l'hypothèse 1 selon laquelle la stratégie de conduite du changement est insuffisante.**

Les résultats de l'enquête par questionnaire indiquent une amélioration significative de plusieurs aspects des soins d'urgence suite à l'introduction de la nouvelle unité de triage médical. Les patients ont généralement noté des améliorations au niveau de l'accueil et de l'orientation, citant une meilleure organisation et des temps d'attente plus courts pour les soins primaires. Les patients ont également exprimé leur satisfaction quant à la qualité du diagnostic et des soins reçus. Ce retour d'expérience positif suggère que la nouvelle unité a eu un impact bénéfique sur l'expérience des patients, contribuant à une augmentation de la perception positive globale du service des urgences. **Ces observations confirment que l'introduction de la nouvelle unité de triage a conduit à une amélioration significative de la satisfaction des patients, validant ainsi l'hypothèse 2.**

Les entretiens exploratoires avec le personnel médical ont révélé un certain nombre de difficultés spécifiques liées à la mise en place de la nouvelle unité de triage médical. L'une des principales difficultés est la résistance au changement, principalement due à des lacunes en matière de formation et de communication. Le personnel a fait état de difficultés opérationnelles, notamment dans la gestion des flux de patients, qui ont parfois entraîné des tensions et un stress accru au sein de l'équipe et l'impatience des patients. Malgré ces difficultés, certains membres du personnel soignant (médecins et infirmiers) ont reconnu les avantages de la nouvelle unité de triage, tels qu'une meilleure répartition des tâches et une organisation plus efficace, mais ils ont souligné le besoin urgent d'intensifier les efforts de formation continue et d'améliorer les canaux de communication interne. **Ces difficultés confirment l'hypothèse 3 selon laquelle la nouvelle unité de triage pose des problèmes spécifiques au personnel soignant, notamment en ce qui concerne la gestion des flux de patients.**

Dans le cadre de notre étude, les résultats révèlent des lacunes similaires dans la stratégie de gestion du changement organisationnel, notamment en termes de communication et de formation. Les frustrations exprimées par le personnel soignant face au manque de clarté et d'information confirment les conclusions de Chaanoun et Alaoui (2022) concernant l'importance d'une communication efficace. De plus, les besoins accrus de formation pour s'adapter aux nouvelles pratiques et techniques reflètent les observations de Khankhoje (2016) sur la nécessité de stratégies de gestion du changement adaptées. L'amélioration significative de l'accueil, de l'orientation et de la qualité des soins perçue par les patients à l'EPH Kherrata valide également les avantages potentiels d'une bonne gestion du changement, comme identifié dans les études antérieures. Cependant, la résistance au changement et les difficultés opérationnelles rencontrées par le

personnel confirment que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour surmonter ces défis, alignant les résultats de notre recherche avec les études empiriques similaires.

La mise en place de la nouvelle unité de triage médical des urgences à l'EPH Kherrata a eu un impact significatif sur l'efficacité du service des urgences et la satisfaction des patients et du personnel médical. Les résultats de l'étude montrent une amélioration notable de l'efficacité opérationnelle, notamment par la réduction des temps d'attente pour la prise en charge initiale des patients et une meilleure répartition des tâches entre le personnel infirmier et les médecins. Les patients ont exprimé une satisfaction accrue quant à l'accueil, l'orientation et la qualité des soins reçus, soulignant une organisation plus efficace aux urgences. Toutefois, des défis subsistent encore, notamment en matière de gestion des flux de patients en période de forte affluence et l'impatience des patients qui rencontrent souvent des difficultés d'accès aux soins.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons tenté, dans un premier lieu, de présenter notre terrain d'étude ainsi que la démarche que nous avons suivie afin de vérifier nos hypothèses. Dans un second temps, nous avons procédé à la présentation des résultats de l'enquête menée par entretiens et par questionnaires, dont l'analyse et la discussion nous ont permis de caractériser le contenu du changement induit par la mise en place d'une nouvelle unité de triage médicale dans le service des urgences.

L'étude empirique sur l'impact de la nouvelle unité de triage médical au service des urgences de l'EPH Kherrata a révélé des améliorations significatives en termes d'efficacité opérationnelle et de satisfaction des patients. La réduction des temps d'attente et une meilleure organisation des tâches ont été largement appréciées par les patients, qui ont noté une qualité supérieure des soins reçus. Cependant, des défis persistent, notamment en matière de gestion des flux de patients et de communication, exacerbés par une résistance au changement due à des lacunes en formation et en clarté des informations. En somme, bien que l'introduction de la nouvelle unité de triage ait eu un impact globalement positif, il est essentiel de gérer le changement de manière proactive et continue pour assurer l'optimisation des services d'urgence.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous avons tenté tout au long de ce travail de comprendre les actions menées par l'EPH de Kherrata dans le cadre de l'implantation d'une nouvelle unité de triage médical au sein du service des urgences. Pour ce faire, nous avons mobilisé les différentes théories du changement organisationnel, dans l'objectif d'analyser les démarches adoptées par l'établissement dans la conduite des changements liés à la mise en place de cette unité. Notre travail de recherche a tenté d'analyser les changements apportés par la nouvelle unité et leurs conséquences sur l'efficacité des services, et identifier les obstacles, les défis et les résistances auxquels a été confrontée le processus d'implémentation.

Dans la construction du cadre théorique de notre analyse, nous avons établi les bases conceptuelles nécessaires pour comprendre les dynamiques du changement organisationnel. Cette partie a permis de définir les différentes phases du changement et les acteurs impliqués.

La revue de littérature et les études de cas ont permis de situer notre sujet dans un contexte plus large. Cela a mis en évidence les défis et les meilleures pratiques observées dans d'autres pays, fournissant ainsi des leçons applicables à notre cas d'étude. Ces exemples ont montré des caractéristiques communes, telles que la résistance au changement et l'importance d'une communication efficace.

L'analyse empirique de l'EPH Kherrata a porté sur une étude de cas de la mise en œuvre de la nouvelle unité de triage. Par le biais d'une méthodologie mixte incluant des observations directes, une enquête par questionnaire et des entretiens exploratoires, nous avons pu obtenir les résultats. Ceux-ci ont montré des améliorations significatives dans la gestion des flux de patients et la satisfaction des parties prenantes, malgré des résistances et des défis notamment en matière de communication.

Les principaux défis identifiés incluent la résistance au changement, souvent due à un manque d'information et de formation adéquate, ainsi que la communication. Ces obstacles ont nécessité des efforts particuliers pour être surmontés, notamment à travers une gestion adaptée des ressources humaines et une capacité d'adaptation face aux *feedbacks* et défis rencontrés.

Nous avons basé notre analyse sur le modèle du changement de Kurt Lewin, que nous avons privilégié dans ce travail. Nous l'estimons comme étant le plus adapté à l'analyse du changement organisationnel au sein des établissements de santé, car il valorise le travail en groupe et développe une méthodologie fondée sur la définition du changement en tant que processus en trois étapes, à savoir : l'état actuel, la phase de transition et l'état désiré.

Rapporté à notre étude de cas, nous retiendront ce qui suit :

- 1) **Le dégel (état actuel) :** Cette étape a impliqué que la Direction reconnaisse la nécessité d'un changement pour améliorer la gestion des urgences. Le personnel a dû être sensibilisé à l'importance de la nouvelle unité de triage, en soulignant les lacunes des pratiques actuelles et les avantages escomptés du changement. Cette phase a été caractérisée par des défis importants, notamment une résistance initiale due à un manque de communication claire et de formation adéquate.
- 2) **Le changement (phase de transition) :** La phase de changement a vu la mise en place de la nouvelle unité de triage. Cette phase est caractérisée par la mise en œuvre de nouvelles procédures et la réorganisation des flux de patients. Les méthodes utilisées comprenaient des sessions de formation du personnel et l'introduction de nouvelles technologies. Cependant, le manque d'implication active du personnel dans le processus décisionnel a entravé l'adoption des changements.
- 3) **Le regel (état désiré) :** La phase de regel visait à stabiliser les changements et à les intégrer dans les opérations quotidiennes de l'EPH Kherrata. Cette phase a mis en évidence la nécessité d'un soutien et d'une formation continue pour assurer l'efficacité à long terme de la nouvelle unité de tri. Malgré les améliorations significatives observées, des efforts supplémentaires sont encore nécessaires pour obtenir l'adhésion totale du personnel et l'intégration des nouvelles pratiques.

Pour consolider les acquis du changement et améliorer la gestion des urgences, nous formulons les recommandations suivantes :

- ❖ Établir des canaux de communication clairs et continus pour informer tout le personnel médical sur les objectifs et les avantages de la nouvelle unité de triage.
- ❖ Organiser des réunions régulières pour discuter des défis et des succès, permettant ainsi un *feedback* constructif et une adaptation rapide.
- ❖ Mettre en place des programmes de formation continue pour le personnel afin d'assurer une compréhension complète sur le triage.
- ❖ Réévaluer les ressources humaines et matérielles du bureau de tri qui doit être composé d'un médecin et d'un infirmier, équipé d'une table de consultation et du matériel nécessaire pour une évaluation initiale rapide et efficace des patients.
- ❖ Effectuer les consultations au niveau des EPSP pour réduire les délais d'attente.

En conclusion, le changement organisationnel à l'EPH de Kherrata, par la mise en place de la nouvelle unité de triage, implique que, malgré les résistances et les défis, un changement bien planifié et exécuté peut conduire à des améliorations significatives dans la qualité des soins et l'efficacité des services de santé. Cette étude a souligné l'importance de la préparation, de la communication et de l'engagement des responsables pour réussir une transformation organisationnelle.

Bibliographie

Références bibliographiques

Ouvrage :

1. AUTISSIER, D., & MOUTOT, J. (2023). *Méthode de conduite du changement*. Malakoff : (5e éd).
2. AUTISSIER, D., VANDANGEON-DERUMEZ, I., & Alai. (2010). *(Conduite du changement) : concepts clés*. Paris ; Dunod : 3è éd.
3. BETRON, A., & HATMER, P. ((1986)). *Piloter l'entreprise en mutation : une approche stratégique du changement*. Paris : Ed d'organisation.
4. COLLERETTE, G. R. (1997). *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Québec. Presse de l'université du Québec, Canada.
5. GROUARD, B., & MESTON, F. (1998). *L'entreprise en mouvement : conduire et réussir le changement*. Paris : Ed Dunod.

Revues, presses et article :

1. Abbou, Y., & Brahamia, B. (2017). Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. *Insaniyat / 171 149 ,76 75*, إنسانيات, <https://doi.org/10.4000/insaniyat.17492>
2. Abdel-Satar, S. I., Ragheb, M. A. S., & Ghanem, A.-N. (2022). The impact of change management on the quality of health service provided “the moderating role of change
3. Abi-Khalil, M., Ongaro, G., Berger, É., Wijayasinghe, S., & Hausser, J. (2022). Triage à l'admission aux urgences en 2022. *Revue Médicale Suisse*, 18(791), 1501 1503.
4. Alain, R. ((1999).). *Transformer l'organisation : comprendre les forces qui façonnent l'organisation et le travail*. *Revue Gestion*, vol. 24, automne.
5. Bouchra, L., & Thierry, G. (2010). *Modélisation des perceptions des acteurs pour réussir la conduite du changement : cas de l'hôpital*.
6. CHAANOUN, J., & ALAOUI, M. (2022). Le changement organisationnel dans les établissements publics hospitaliers : « Résultats d'une Recherche-Intervention au Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI Oujda ». *Revue Internationale des Sciences de Gestion*.
7. Champagne, F. & Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

8. Christ, M., Bingisser, R., & Nickel, C. (2016). Bedeutung der Triage in der klinischen Notfallmedizin. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141(05), 329-335. <https://doi.org/10.1055/s-0041-109126>
9. Khankhoje, M. (2016). Change management in healthcare organizations. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3232774>
10. KIRMI, B., & CHAHOUATI, W. (2019). Le changement dans le milieu hospitalier : Revue de la littérature et proposition d'un modèle de changement par une démarche Qualité. *Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit*.
11. Kotter J-P. (2000). *Conduire le changement : huit causes d'échec*. Collection Harvard Business Review., 1-24
12. Merdinger-Rumpler, C., & Nobre, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? : *Gestion 2000*, Volume 28(3), 51-66.
13. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière. (2003, juillet). *Projection du développement du secteur de la santé : Perspective décennale*. République Algérienne Démocratique et Populaire.
14. Nouiker, F. E. (2021). Changement organisationnel: Quel rôle pour les acteurs ? *International Journal of Economic Studies and Management (IJESM)*, 1(1), 45-53.
15. Pesqueux, Y. (2015). *Du changement organisationnel* [Prépublication]. HAL Archives Ouvertes.
16. Resistance" : Field study of egyptian private and government hospitals". *OALib*, 09(02), 1-15. <https://doi.org/10.4236/oalib.1108354>
17. RIM, Z. (2006). *Comprendre le changement organisationnel à travers les émotions*. UNIVERSITÉ DU Québec.
18. RONDEAU Alain (1999). - Transformer l'organisation : comprendre les forces qui façonnent l'organisation et le travail. - In : *Revue Gestion*, vol. 24, automne, pp. : 148
19. Zimmermann, P. G. (2002). Guiding principles at triage : Advice for new triage nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 28(1), 24-33. <https://doi.org/10.1067/men.2002.120058>

Mémoire et thèses :

1. BOUCHARREB, S., & MEFTAH, L. (2020). La numérisation dans les établissements publics de santé en Algérie : Bureau des admissions. Cas : L'Établissement Public Hospitalier (EPH) Draa El Mizan. UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI OUZOU.

2. NEZLIOUI, B., & MANSOURI, Massinissa. (2021). La conduite du changement au sein de l'établissement public de santé en Algérie à l'heure de covid-19 : La résistance au changement organisationnel cas de service maladies infectieuses au CHU de Tizi-Ouzou. UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU.
3. AFFOUNE, A. (2022). L'accueil & tri des malades aux urgences Réalités et perspectives d'amélioration EPH KHERRATA. INSTITUT NATIONAL DE FORMATION SUPERIEURE PARAMEDICALE D'AOKAS.
4. Association canadienne des médecins d'urgence. (2011). L'échelle canadienne de triage et de gravité : Manuel de formation (Version 2.4). Groupe national de travail sur l'ÉTG.

Site web :

1. <https://lemonlearning.com/fr/blog/methodologie-conduite-du-changement>
2. Larousse, É. (s. d.-a). Définitions : Changement - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 29 mars 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>
3. <https://www.cairn.info/revue-gestion-2000-2011-3-page-51.htm>

Annexes

Annexe n°1 :

Université Abderrahmane Mira-Béjaïa
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des
Sciences de Gestion

Enquête sur la problématique du changement organisationnel dans les établissements publics de santé en Algérie. Cas de la nouvelle unité de triage médicale des urgences de l'EPH Kherrata

Guide d'entretien destiné au DRH

La présente enquête s'inscrit dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de master en management des établissements de santé. Ce questionnaire sera traité de façon anonyme et confidentielle ; les informations recueillies ne pourront en aucun cas faire l'objet que d'une utilisation à des fins purement pédagogiques et de recherche scientifique. Veuillez répondre à l'ensemble des questions. Votre contribution est essentielle pour nous permettre d'obtenir des résultats significatifs.

Merci pour votre précieuse collaboration

1. Comment le service des ressources humaines a-t-il été impliqué dans le processus de changement organisationnel de l'unité de triage des urgences ?

.....
.....

2. Quelles stratégies de gestion du changement avez-vous mises en place pour soutenir le personnel pendant la transition vers la nouvelle unité de triage ?

.....
.....

3. Quels programmes de formation ont été proposés au personnel pour les aider à s'adapter aux nouvelles pratiques et procédures de l'unité de triage ?

.....
.....

4. Comment gérez-vous la résistance au changement au sein du personnel pendant le processus d'évaluation des performances ?

.....
.....

5. Comment la DRH communique-t-elle les informations relatives au changement organisationnel au personnel de l'unité de triage des urgences ?

.....
.....

6. Comment la DRH gère-t-il les conflits éventuels entre le personnel pendant la période de transition vers la nouvelle unité de triage ?

.....
.....

7. Quels sont les outils ou les ressources disponibles pour aider le personnel à surmonter les défis liés au changement organisationnel ?

.....
.....

Annexe n°2 :

**Université Abderrahmane Mira-Béjaïa
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des
Sciences de Gestion**

**Enquête sur la problématique du changement organisationnel dans les
établissements publics de santé en Algérie. Cas de la nouvelle unité de triage
médicale des urgences de l'EPH Kherrata**

Guide d'entretien destiné au chef service de l'unité de triage

La présente enquête s'inscrit dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de master en management des établissements de santé. Ce questionnaire sera traité de façon anonyme et confidentielle. Les informations recueillies ne pourront en aucun cas faire l'objet que d'une utilisation à des fins purement pédagogiques et de recherche scientifique

Merci pour votre précieuse collaboration.

1. Quels sont les protocoles et les directives mis en place pour le triage et la prise en charge des patients ?

.....
.....

2. Quelles ont été les motivations derrière ce changement et quels objectifs visent-ils à atteindre ?

.....
.....

3. Comment évaluez-vous l'efficacité de ce changement jusqu'à présent ?

.....
.....

4. Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en tant que chef du service de l'unité d'urgence dans la gestion de l'unité de triage ?

.....
.....

5. Quelles sont les mesures prises pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients dans l'unité de triage ?

.....
.....

6. Quels sont les canaux de communication utilisés pour informer le personnel médical des changements organisationnels, des nouvelles politiques, etc. ?

.....
.....

7. Comment gérez-vous les conflits ou les différends au sein de l'unité de triage ?

.....
.....

8. Comment envisagez-vous de continuer à améliorer les services et les soins dans l'unité de triage à l'avenir ?

Annexe n°3 :

Université Abderrahmane Mira-Béjaïa
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des
Sciences de Gestion

Enquête sur la problématique du changement organisationnel dans
les établissements publics de santé en Algérie. Cas de la nouvelle unité de
triage médicale des urgences de l'EPH Kherrata

La présente enquête s'inscrit dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de master en management des établissements de santé. Ce questionnaire est destiné aux patients ayant fréquenté l'unité d'urgence avant et après la mise en place du triage médicale. L'objectif est de recueillir vos perceptions sur les changements observés dans divers aspects. Vos réponses seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Les informations recueillies ne pourront en aucun cas faire l'objet que d'une utilisation à des fins purement pédagogiques et de recherche scientifique. Nous vous demandons de répondre aux questions le plus sincèrement et le plus spontanément possible

Merci pour votre précieuse collaboration

I. IDENTIFICATION :

1. Age.....

2. Sexe :

Homme

Femme

3. Quel est votre lieu de résidence ?

Village : Commune :

4. Etes-vous couverts par une assurance maladie ?

Oui

Non

5. Si oui ,Veuillez préciser le niveau de couverture

80%

100%

6. Etes-vous souffert d'au moins d'une maladie chronique ?

Oui

Non

7. Si oui veuillez préciser la nature du trouble chronique :.....

II. L'ORIENTATION VERS LE SERVICE DES URGENCES, L'ACCUEIL & LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

7. Est-ce un rendez-vous de suite de soins (enlèvement de plâtre, vérification d'une plaie)

Oui

Non

7. Vous avez été orienté(e) vers le service des urgences ?

A la demande de votre médecin traitant

De votre propre initiative

Par un autre professionnel de santé

Autres, préciser?....

8. qui vous a pris en charge ?

Un médecin

Un infirmier

Un administratif

Je ne sais pas

9. Combien de temps pensez-vous avoir attendu entre votre arrivée dans la salle d'attente et votre prise en charge ?

Moins de 5 Min

15 Min

30 Min

60 Min

Plus ...

10. Comment la prise en charge vous a semblé :

Très court

Court

Normal

Long

Très long

11. Comment jugez-vous ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Très insatisfaisant
Le délai d'accueil				
La qualité de l'accueil (courtoisie, serviabilité, ...)				
La salle d'attente (disponibilité des sièges, apparence et décoration, discrétion du lieu, ...)				
La possibilité d'occupation durant l'attente (revues, documents d'information, affichages, ...)				

12. Avez-vous eu :

oui

non

- Des informations précises sur votre état de santé
- Des conseils pour la suite de votre prise en charge ?
- Des examens complémentaires
(Radiographie, échographie, doppler, prise de sang, ...) ?
- Des informations sur la nature et le déroulement
Du ou des examens complémentaires ?

13. Lors de l'examen complémentaire, comment jugez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Très insatisfaisant
le temps d'attente				
la courtoisie du personnel				
votre installation / préparation par le personnel soignant				
le respect de votre intimité et de votre pudeur				
la patience du personnel à votre égard				
le sentiment de sécurité (précaution, prise en charge)				
En général, êtes-vous satisfait(e) des soins effectués				

14. Votre passage aux urgences a-t-il nécessité une hospitalisation ?

- Oui
- Non

15. Vous a-t-on proposé de prévenir un membre de votre famille ?

- Oui
- Non

16. Quel a été le délai d'attente avant le départ du service des urgences ?

- Moins d'une heure
- Moins de 2h
- De 2 à 3h
- De 3 à 4h
- 4h et plus

17. Comment jugez-vous ce temps d'attente ?

- Très court
- Court
- Normal
- Long
- Très long

17. Comment jugez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Très insatisfaisant
la confidentialité lors de votre prise en charge				
La clarté des consignes à suivre (traitement, soins)				
Les informations transmises concernant votre sortie (orientation, transport, suivi médical, formalités administratives, facturation)				
Votre prise en charge générale aux urgences				

III .LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

18. Globalement Avez- vous remarqué une amélioration dans la qualité des soins depuis la mise en place de l'unité de triage médicales dans le service des urgences ?

- Oui
- Non

19. Comment jugez-vous l'évolution des conditions d'accueil et de prises en charge aux urgences après la mise en place de l'unité de triage médicales ?

	Amélioration notable	Légère amélioration	Stable ni amélioration ni détérioration	Légère détérioration	Détérioration aggravée
Le délai d'accueil					
La qualité de l'accueil (courtoisie, serviabilité, ...)					
La salle d'attente (disponibilité des					

sièges, apparence et décoration, discrétion du lieu, ...)					
La possibilité d'occupation durant l'attente (revues, documents d'information, affichages, ...)					

20. Lors de l'examen complémentaire, avez-vous remarqué des changements après la mise en place de l'unité de triage médicale :

	Amélioration notable	Légère amélioration	Stable	Légère détérioration	Détérioration aggravée
Le temps d'attente					
La courtoisie du personnel					
Votre installation / préparation par le personnel soignant					
Le respect de votre intimité et de votre pudeur					
La patience du personnel à votre égard					
Le sentiment de sécurité (précaution, prise en charge)					

Annexe n°4 :

**Université Abderrahmane Mira-Béjaïa
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des
Sciences de Gestion**

**Enquête sur la problématique du changement organisationnel dans
les établissements publics de santé en Algérie. Cas de la nouvelle unité de
triage médicale des urgences de l'EPH Kherrata**

Guide d'entretien destiné au personnel médical

La présente enquête s'inscrit dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de master en management des établissements de santé. Ce questionnaire sera traité de façon anonyme et confidentielle ; les informations recueillies ne pourront en aucun cas faire l'objet que d'une utilisation à des fins purement pédagogiques et de recherche scientifique. Veuillez répondre aux questions le plus sincèrement et le plus spontanément possible.

Merci pour votre précieuse collaboration

I.DONNES PERSONNELLES

1. Sexe :

- Masculin :
- Féminin :

2. Age :

- De 20 ans à 29 ans
- De 30 ans à 39 ans
- 40 ans et plus

3. Niveau d'instruction :

4. Poste occupé :

5. Nombre d'année d'ancienneté :

II. PERCEPTION DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

6. Comment décririez-vous le processus de changement organisationnel dans l'unité de triage médical des urgences ?

- Facile
- Difficile
- Neutre

7. Dans quelle mesure avez-vous été impliqué dans le processus de changement ?

- Très impliqué
- Impliqué
- Peu impliqué
- Pas du tout impliqué

8. Quels sont, selon vous, les objectifs principaux de ce changement organisationnel ?

.....

.....

.....

.....

.....

III. RETROACTION SUR L'ANCIENNE ET LA NOUVELLE UNITE DE TRIAGE MEDICAL DES URGENCES

9. Comparativement à l'ancienne unité de triage, comment évaluez-vous la nouvelle unité ?

- Amélioration significative
- Légère amélioration
- Aucun changement
- Dégradation légère
- Dégradation significative

10. Quels sont, selon vous, les principaux avantages de la nouvelle unité de triage médical des urgences par rapport à l'ancienne ?

.....

.....

.....

.....

11. Quels sont les principaux défis ou obstacles que vous avez rencontrés dans l'adaptation à la nouvelle unité de triage ?

.....

.....

.....

IV. LA RESISTANCE AU CHANGEMENT

12. Avez-vous déjà exprimé une résistance au changement ?

- Oui
- Non

14. Si oui, sous quelles formes avez-vous résisté ?

- Individuelle
- Collectives

13. Comment la direction ont-ils soutenu le processus du changement ?

.....

.....

.....

14. A votre avis quelles sont les moyennes qui facilitent votre adaptation au changement ?

.....

.....

.....

15. Comment percevez-vous l'impact des nouveaux protocoles d'urgence sur la gestion des cas et la charge de travail ?

- Positif
- Neutre
- Négatif

16. Quels facteurs contribuent le plus à votre résistance face au changement en situation d'urgences ?

- Crainte de l'inconnu
- Manque de soutien de la part de la direction
- Manque de confiance dans les décideurs
- Autres(veuillez préciser)
.....
.....

LA FORMATION

17. Avez-vous reçu une formation adéquate pour vous adapter à la nouvelle unité de triage ?

- Oui
- Non

18. Quel type de formation avez-vous suivie ?

- Formation de longue durée :
- Formation court durée :
- Autres,
.....
.....

19. Comment évaluez-vous la communication autour du changement organisationnel dans l'établissement ?

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

20. Dans quelle mesure vous sentez-vous confiant dans votre capacité à mettre en œuvre les nouveaux protocoles d'urgence ?

- Très confiant
- Plutôt confiant
- Neutre
- Plutôt peu confiant
- Pas du tout confiant

Tables de Matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	10
CHAPITRE I.....	4
INTRODUCTION.....	4
SECTION 1 : CADRE CONCEPTUEL SUR LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL.....	4
1.1 Définitions.....	4
1.1.1 Définitions du changement :.....	4
1.1.2 Le Changement organisationnel :.....	6
1.2 Historique du changement organisationnel.....	6
1.3. Typologie du changement.....	7
1.2.1 Types du changement selon Grouard et Meston :.....	8
1.2.2 Types du changement organisationnel selon AUTISSIER et al (2010).....	8
1.4 Les acteurs du changement :.....	9
1.4.1 Le leader de l'organisation :.....	9
1.4.2 La direction générale (DG) :.....	10
1.4.3 Les managers intermédiaires :.....	10
1.4.4 Les autres acteurs organisationnels :.....	10
1.4.5 Les intervenants externes :.....	10
1.5 Facteurs du changement organisationnel.....	11
1.5.1 Les facteurs externes :.....	11
1.5.2 Les facteurs interne.....	12
SECTION 2 : LES MODÈLES THÉORIQUES DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL.....	13
2.1 Le modèle de Kurt Lewin (1947) :.....	13
2.2 Le modèle de Collerette et al. (1997) :.....	14
2.3 Le modèle de Kotter (1996 ; 2000) :.....	16
Kotter décide de décrire les huit étapes nécessaires pour réussir une transformation d'une organisation. On les appelle les 8 étapes de Kotter (Kotter J-P, 2000, pp. 1-24).....	16
SECTION 03 : LE TRIAGE MÉDICAL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	18

3.1	Définition :.....	18
3.2	Le but de triage :.....	19
3.3	Les objectifs du triage : sont clairement définis.....	19
3.4	Modalités du triage :.....	19
3.5	Classification clinique des malades aux urgences :.....	20
3.6	Nouvelle qualification des infirmiers :.....	21
3.7	Avantages du triage :.....	21
CONCLUSION.....		21
CHAPITRE II.....		23
INTRODUCTION.....		19
SECTION 1 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES ÉTUDES DE CAS SÉLECTIONNÉES		19
1.1	La conduite du changement dans les établissements de santé :.....	19
1.1.1	Les facteurs et défis liés au changement organisationnel :.....	19
1.1.2	Les acteurs peuvent être distingués dans un projet de conduite du changement à l'hôpital :.....	22
1.1.3	Le changement face aux contingences hospitalières :.....	24
1.2	La résistance du changement à l'hôpital :.....	24
SECTION 2 : REVUE DE LITTÉRATURE SUR LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ EN ALGÉRIE.....		25
2.1	Étude de cas n° 1 : La conduite du changement au sein de l'établissement public de santé en Algérie à l'heure de covid-19 : la résistance au changement organisationnel cas de service maladies infectieuses au CHU de Tizi-Ouzou.....	25
2.2	Étude de cas n° 2 : La numérisation dans les établissements publics de santé en Algérie : Bureau des admissions. Cas : L'Etablissement Publics Hospitalier (EPH) Draa El Mizan.....	26
CONCLUSION.....		28
CHAPITRE III.....		29
INTRODUCTION.....		33
SECTION 1 : PRÉSENTATION ET ORGANISATION DE L'EPH DE KHERRATA.....		33

1.1	Présentation de l'organisme d'accueil.....	33
1.2	L'organisation administrative de l'EPH de Kherrata.....	34
1.3	L'organisation des services de soins.....	37
1.3.1	Activités paramédicales.....	38
1.3.2	Les activités médicales.....	39
1.3.3	Les activités des plateaux-techniques.....	39
1.3.4	Les autres spécialités.....	40
1.4	Fonctionnement des activités médicales et système de travail à l'EPH de Kherrata.....	40
1.5	Les capacités de l'établissement.....	41
1.5.1	Les capacités en ressources humaines.....	41
1.5.2	Les capacités en lits d'hospitalisations.....	43
1.6	La description du service des urgences.....	45
SECTION 2 : MÉTHODOLOGIE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES.....		46
2.1.	Les techniques de recueil des données.....	47
2.1.1.	Les entretiens exploratoires semi-directifs.....	47
2.1.2.	L'enquête par questionnaire.....	48
2.1.3.	L'observation directe.....	48
2.2.	Les outils utilisés dans l'analyse des données.....	48
2.3.	Limites de l'étude.....	48
SECTION 3 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE EMPIRIQUE		49
3.1.	Analyse des résultats.....	49
3.1.1.	Résultats de l'enquête par questionnaire.....	49
3.1.1.1	Identification de l'enquêté.....	49
3.1.1.2	Qualité de l'accueil et des services aux urgences.....	53
3.1.1.3	Satisfaction générale des patients.....	56
3.1.1.4	Améliorations perçues dans les soins après la mise en place de l'unité de triage	63
3.1.2.	Résultats des entretiens exploratoires.....	71

3.1.2.1. Implication du Service des Ressources Humaines.....	72
3.1.2.2. Protocoles et directives pour le triage.....	72
3.1.2.3. Gestion de la résistance au changement.....	72
3.1.2.4. Communication des changements.....	73
3.1.2.5. Défis perçus lors du changement organisationnel.....	73
3.1.2.6. Amélioration continue des services.....	73
3.1.3. Résumé des observations directe.....	74
3.2. Discussion des résultats et vérification des hypothèses.....	74
CONCLUSION.....	76
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	77
Bibliographie.....	80
Annexes.....	83

RÉSUMÉ :

Cette étude examine l'impact de l'implantation d'une unité de triage médical au sein du service d'urgences de l'EPH de Kherrata sur les processus organisationnels, la gestion des flux de patients et la satisfaction générale. Une méthodologie d'investigation mixte a été mise en œuvre. Celle-ci comprend une enquête par questionnaire auprès des usagers, des entretiens exploratoires semi-directifs avec les soignants (médecins et infirmiers) et certains responsables (Chef de service et DRH), en plus de l'exploitation d'observations directes et de documents internes. Les résultats montrent une amélioration de l'utilisation des ressources et de la qualité des soins, bien que des défis en matière de communication et de formation du personnel subsistent.

Mots-clés : Changement organisationnel – Triage médical – Résistances au changement – EPH de Kherrata – Bejaia – Algérie.

SUMMARY:

This study aims to examine the impact of the implementation of a medical triage unit within the emergency department of the EPH of Kherrata on organizational processes, patient flow management, and overall satisfaction. A mixed research methodology was employed, which included a questionnaire survey of users, semi-structured exploratory interviews with healthcare providers (doctors and nurses) and some managers (Head of Department and HR Manager), in addition to the use of direct observations and internal documents. The results indicate that there has been an improvement in resource utilization and quality of care. However, there are still some challenges in communication and staff training.

Keywords: Organizational change – Medical triage – Resistance to change – Kherrata Hospital – Bejaia – Algeria.

ملخص:

تبحث هذه الدراسة في تأثير إنشاء وحدة الفرز الطبي في قسم الطوارئ في مستشفى خراطة العام على العمليات التنظيمية وإدارة تدفق المرضى والرضا العام. تم تنفيذ دراسة منهجية مختلطة. وشمل ذلك استبيانًا استقصائيًا للمستخدمين، ومقابلات استكشافية شبه مباشرة مع موظفي الرعاية (الأطباء والممرضات) وبعض المديرين (رئيس القسم ومدير الموارد البشرية)، بالإضافة إلى استخدام الملاحظات المباشرة والوثائق الداخلية. تُظهر النتائج تحسناً في استخدام الموارد وجودة الرعاية، على الرغم من استمرار التحديات فيما يتعلق بالتواصل وتدريب الموظفين.

الكلمات المفتاحية: التغيير التنظيمي – الفرز الطبي – مقاومة التغيير – مستشفى خراطة – بجاية – الجزائر.