



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

**UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA BEJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master

Option : Sociologie de la santé

Thème

**Le rôle du personnel médical dans l'amélioration
de la santé publique
Cas pratique des médecins du CHU KHELIL AMRANE
De la wilaya de Béjaïa**

Réalisé par les étudiants :

HELAILI Leila

MEHDIOUI Karim

Encadré par l'enseignante :

BOUZID Nedjouda

Année universitaire : 2014 / 2015

Remerciements

*Nous remercions Dieu le Tout Puissant de nous avoir accordé la force, la
Patience, La volonté et le courage à accomplir ce travail.*

*Nous remercions le responsable de la spécialité et les enseignants qui ont
contribué à la réussite de cette spécialité.*

*Nous remercions également les médecins, les patients pour avoir accepté
de Répondre à nos questions.*

*Comme nous remercions toutes les personnes qui ont contribué de près ou
de loin à réaliser ce travail.*

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

*Mes chers et respectueux parents qui m'ont
Soutenu tout au long de mon parcours d'étude.*

karim

Dédicaces

*Un grand merci à mes parents, mes frères et
sœurs, mes belles sœurs, toute ma famille et ma
belle famille, mes amies et spécialement mon
marí et mon fils Ayoub.*

Leíla

Sommaire

sommaire

Liste d'abréviation

Liste des tableaux

Introduction.....I

Partie théorique et méthodologique

Chapitre I : problématisation de l'objet.

1. Les raisons du choix de thème..... 6
2. Les objectifs de la recherche.....6
3. Les études antérieures.....7
4. La problématique.....13
5. Les hypothèses.....16
6. Définition des concepts.....17

Chapitre II : La pratique médicale

- 1-L'histoire de la médecine.....21
- 2-L'importance de métier du médecin.....25
- 3-Le rôle de médecin.....27
- 4-La compétence médicale.....31
- 5-L'éthique médicale.....37
- 6- Formation médicale continue41

Chapitre III : la prise en charge médicale

- 1-L'éducation thérapeutique.....47
- 2-Les critères d'une bonne prise en charge médicale.....49
- 3-Principes généraux de la prise en charge.....52
- 4-L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge.....56

Chapitre IV : présentation de l'organisme d'accueil

- 1-Le secteur sanitaire de Bejaia.....59
- 2-Missions et valeurs.....59
- 3-Les Objectifs du CHU.....60

4-Les services du CHU.....	60
----------------------------	----

Chapitre V : Méthodologie et techniques de recherche

1-Présentation de l'organisme d'accueil.....	69
2- La Population mère.....	70
3- L'échantillon de l'enquête.....	71
4- Méthode d'échantillonnage.....	73
5- Méthode et techniques utilisées.....	73
6-La définition du temps et du lieu de l'enquête.....	76
7- Les obstacles rencontrés.....	76

Chapitre VI : les répercussions des conditions de travail au sein du CHU sur le rendement des médecins

1-Les conditions de travail des médecins au sein du CHU.....	80
2- la surcharge de travail des médecins.....	81
3- la vision des médecins vis-à-vis de la disponibilité des ressources humaines et des moyens matériels.....	83
4- la place de la formation médicale continue des médecins au CHU.....	87
5- La place de la déontologie médicale dans les formations continues.....	89
6- la vision des médecins vis-à-vis de la qualité de la prise en charge médicale des patients.....	90

Chapitre VII : La qualité de la prise en charge des patients mise en œuvre par les médecins

1- les conditions d'hospitalisation au sein du CHU.....	95
2- la relation médecin-patient.....	98
3- l'accompagnement médical des patients.....	100
4- les inégalités devant l'accès aux soins au niveau du CHU.....	102

Conclusion

La liste bibliographique

Les Annexes

La liste des abréviations :

- **AMM** : Association Médicale Mondiale.
- ANESM** : Agence National de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **CESE** : Conseil Economique, Social et Environnemental.
- CHU** : centre hospitalo-universitaire.
- CNOM** : conseil national de l'ordre des médecins.
- FMC** : formation médicale continu.
- **HAS** : Haut autorité de la santé.
- **IRM** : imagerie par radio magnétique
- **NTIC** : technologies de l'information et de la communication
- OMS** : organisation mondiale de la santé.
- ONS** : office national des statistiques.
- SSP** : soins de santé primaire.

La liste des tableaux

N ⁰	Titre	page
01	La population mère (médecins).	65
02	La population mère(les patients).	66
03	Les caractéristiques du premier échantillon d'étude Les médecins	67
04	Les caractéristiques du deuxième échantillon d'étude Les malades	67

La liste des images :

N°	Le titre de l'image	Page
01	la surcharge de travail dans le service des urgences	77
03	le manque de l'espace	81

INTRODUCTION

Introduction

La santé est non seulement un droit universel fondamental mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré, dans sa constitution, le droit des citoyens à la protection de leur santé par l'instauration d'un système national de santé, basé dès janvier 1974, sur la gratuité des soins pour tous les citoyens, dans les structures publiques de santé, cette politique a enregistré des progrès incontestables qui se traduisent principalement par l'augmentation de l'espérance de vie et diminution de la mortalité, qui est passé de 16,45 pour mille vers la fin des années 60 à 4,41 pour mille en 2002, ceci s'est accompagné d'une augmentation progressive de l'espérance de vie (50 ans en 1962 à 74,6 ans en 2005). ces progrès sont dus au programme de santé contre les différentes maladies « programmes élargis de la vaccination » ainsi l'augmentation du niveau de qualification des médecins algériens.

Le système de santé algérien s'inspire des besoins de la population en matière de santé, pour veiller sur leur propre santé et améliorer leur qualité de vie qui est plus ou moins « *un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relation sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement.* »¹. Ce qui nous concerne ici c'est l'état de santé de la population, qui a connu des ruptures ces dernières années face au vieillissement de la population et l'évolution démographique de la population (11.3 million en 1966 à 22.8 millions en 1987 et 38.7 millions d'habitants au 2014)², et face à ces problématiques l'Algérie a assuré un réseau sanitaire public par l'implantation des hôpitaux aux différents coins du pays. L'hôpital est supposé avoir une place considérable dans le système de soins et il doit répondre aux besoins de soins et aux attentes des patients. Il est le lieu des techniques les plus avancées, de l'enseignement, de la recherche et l'innovation thérapeutique mais aussi celui du soin dans sa dimension humaines. Il doit tout à la fois être proche et sûr. Il doit assurer simultanément des techniques et des soins relationnels, de proximité et

¹ OMS 1993

² Office national des statistiques, 01 janvier 2014.

sécurité, en essayant de faire un lien entre les soins de santé et le social dans le but de préserver le lien social.

Pour accomplir ses missions, l'hôpital est doté de personnel qui assure son bon fonctionnement, dont le travail de chacun est spécifique par rapport à l'autre, mais souvent avec des contraintes lourdes pour chacun, impératif de transmission de l'information, une prestation à assurer 24h/24h, une confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort, et parmi ses personnel on trouve les médecins.

Le médecin essaie toujours d'être à la hauteur pour répondre aux attentes des patients qui exigent une meilleur prise en charge médicale et une bonne relation patient-médecin, *« les malades ont besoin d'un médecin qui les écoute , qui connaisse leurs condition de vie, leurs problèmes ne demande que rarement des examens de l'laboratoire compliqués ou des investigation sophistiquer [...]le patient d'aujourd'hui est à la recherche de son médecin, auquel il se confiera et qui assumera la responsabilité de sa santé »*³

Malgré tous les efforts et les moyens mis en ouvre par l'Etat Algérien pour améliorer le système de santé, les patients rencontrent dans les hôpitaux, les cliniques, établissements de soins plusieurs problèmes tel que le manque des spécialistes qui sont mal répartis, et l'insuffisance des moyens matériels.

La qualité de la formation initiale et les formations continues, la gestion inadéquate des hôpitaux, la charge physique et mentale, le manque des moyens de l'espace, sont les facteurs où l'atmosphère dans lequel le médecin exerce son travail, donc à cet égard la profession de la médecine est devenue une problématique.

En effet les médecins des défèrent services du Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia exercent leur profession dans des conditions pareilles qui influent directement sur l'amélioration de leurs compétences et sur la santé des patients qui réclament toujours une meilleur prise en charge médicale dans cet hôpital.

³ E. Martin, *il n'ya pas deux médecines*, février 1976, la suisse, P 18.

Donc il est nécessaire de prendre en considération le perfectionnement des compétences des médecins et les conditions dans lesquelles ils travaillent, afin qu'ils puissent accomplir leurs tâches pour améliorer la santé des patients.

La santé publique est l'un des sujets principaux dans la recherche en sociologie de la santé, c'est pour cette raison qu'on a choisi de traiter le thème « *le rôle des médecins dans l'amélioration de la santé publique* » au sein des différents services de Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia. Notre recherche est présentée en deux parties complémentaires : une partie théorique et une partie pratique.

Chapitre I : dans ce chapitre on va problématiser notre objet de recherche, qui englobe les raisons et les objectifs du choix de thème, les études antérieures, la problématique, les hypothèses et la définition des concepts.

Chapitre II et III : consacré à la pratique médicale et la prise en charge médicale des patients.

Chapitre IV : dans ce chapitre on va présenter l'historique et l'identification de l'organisme d'accueil.

Chapitre V : est consacré pour la méthodologie appliquée dans notre recherche, présentation de l'organisme d'accueil, notre population d'étude, l'échantillon et les techniques de l'échantillonnage, ainsi que la méthode et les techniques utilisées.

Enfin la partie pratique qui contient, l'analyse des données investies sur notre terrain de recherche, cette étape comportera deux chapitres, ainsi que la vérification de nos hypothèses et conclusion générale.

Partie théorique
et
Méthodologique

Chapitre I

Problématisation de l'objet

Chapitre I : problématisation de l'objet

Introduction

Dans ce premier chapitre nous allons procéder à la présentation de cadre théorique de notre recherche on commençant par les raisons qui nous a motivé de choisir notre thème, et les objectifs à atteindre puis on passe aux études antérieures déjà faites sur notre thème, après la problématique et les hypothèses, enfin on terminera par la définition des concepts clés.

1-Les raisons du choix du thème

- La disponibilité du terrain et de population d'enquête.
- La santé publique est un des problèmes majeurs en Algérie.
- Essayer de montrer l'importance de la sociologie de la santé au sein du CHU en tentant de présenter une vision générale sur l'environnement de travail des médecins.
- Démontrer le rôle des médecins dans l'amélioration de la prise en charge des patients du CHU.
- La curiosité d'étudier notre thème de recherche sur le terrain.

2-Les objectifs de la recherche

A travers notre recherche sur le rôle des médecins dans l'amélioration de la santé publique on a visé les objectifs suivants :

- Mettre la lumière sur la situation actuelle de la prise en charge des patients du CHU.
- Se rapprocher de la réalité de travail des médecins au sein du CHU.
- Démontrer les obstacles que rencontrent les médecins du CHU durant leur exercice du métier.
- Découvrir les répercussions de ces obstacles sur la santé des patients.
- Démontrer l'importance de travail du médecin et son rôle dans l'amélioration de la santé au sein de CHU.
- Mettre en pratique nos connaissances théoriques et méthodologiques déjà acquises durant notre parcours universitaire.

3- les études antérieures

3-1- La première étude :

C'est une étude réalisée en 2010 par Marc-André Bélanger et Eve Larouche La liberté, sur « *La profession médicale et l'implication des médecins : un don de soi* ».

Cette recherche vise à dresser un portrait des médecins impliqués dans leur milieu en portant une attention particulière au contexte actuel dans lequel ils pratiquent leurs dispositions générales, leur trajectoire de vie, leurs motifs d'engagement, leur conformisme ou déviance vis-à-vis le modèle culturel dominant, ainsi que leurs représentations de la profession médicale.

La problématique de cette recherche est : Quelles sont les conditions d'exercice de la profession, les caractéristiques et les représentations des médecins québécois qui s'impliquent de manière soutenue dans leur milieu social ou à une plus grande échelle?

3-1-Les objectifs de l'étude :

- Comprendre en quoi consiste le phénomène de l'implication chez les médecins.
- Identifier qui sont les médecins engagés socialement et à quels moments de leur vie ils le font.
- Comprendre comment ils s'engagent et pourquoi ils s'impliquent (motivations initiales).
- Identifier les obstacles à l'engagement de certains médecins.
- Déterminer la manière dont les médecins impliqués peuvent être des médecins « déviants ».
- Comprendre quelles représentations ont les médecins de la profession médicale ainsi que de l'implication du médecin et examiner le rapport entre ces représentations et la pratique médicale.

3-2-L'échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude est composé de 18 participants, composé d'un groupe-test de 12 médecins reconnus pour leur implication et d'un groupe-témoin de 6 autres médecins.

3-4-La technique de recueil de données

Cette enquête consiste à un corpus d'entrevues individuelles semi-dirigées. Cette technique de collecte de données consiste en un entretien au cours duquel le chercheur pose au répondant des questions moins directives que celles d'un questionnaire et appelant des réponses longuement développées.

3-5-Le déroulement de l'enquête :

La première entrevue de pré-test, consiste de diviser la trajectoire de vie en trois périodes : le parcours personnel antérieur aux études en médecine, les années de formation en médecine, et la carrière médicale. Il s'agissait de relever ce qui a pu influencer les répondants dans leur trajectoire personnelle, et plus particulièrement dans leur parcours professionnel.

Dans une deuxième partie de l'entrevue, les chercheurs ont abordé les représentations de la profession médicale du participant. Il s'agissait d'abord de connaître ses perceptions antérieures et actuelles de sa profession afin de comprendre comment elles ont pu évoluer dans le temps et comment elles peuvent être liées à sa pratique ou à son implication. Il ont également demandé aux répondants quelles étaient leurs attentes par rapport à leur formation médicale et qu'est-ce que cette dernière leur avait permis d'acquérir réellement, le but étant toujours de saisir comment se transforment les représentations.

Finalement, dans la dernière partie de l'entrevue, ils ont questionné le répondant sur sa représentation de l'implication. Ici ils veulent voir si les éléments périphériques des représentations des médecins coïncidaient avec des implications particulières.

3-6-Cette recherche repose sur 08 chapitres

- **Chapitre I** : Profession médicale et système de santé Québécois. Ce chapitre propose un survol de l'évolution de la profession médicale au Québec afin de situer la pratique actuelle et le rôle des médecins dans son contexte social.
- **Chapitre II** : Ce chapitre présente le cadre théorique qui oriente l'étude.
- **Chapitre III** : Est composé de question de recherche, ainsi que les objectifs, et les hypothèses de la recherche.
- **Chapitre IV** : Est composée de la méthode appliquée, population et échantillon, les instruments de collecte de données, et le pré enquête.
- **Chapitre V** : Présente la première partie des résultats de l'enquête.
- **Chapitre VI** : Montre comment les médecins en viennent à s'impliquer de la manière définie plus haut.
- **Chapitre VII** : Vise à expliquer plus en profondeur le lien qui existe entre les représentations qu'ont les médecins de la profession médicale et leur manière de pratiquer la médecine et de s'y impliquer.
- **Chapitre VIII** : Explique les deux axes relativement auxquels les médecins exercent la médecine:
 - Une approche basée sur la relation humaine s'opposant à une approche qui se rattache à la science médicale.
 - Une pratique agissant sur l'individu qui s'oppose à une pratique portant sur la société.

Enfin, la recherche visait à identifier les conditions d'exercice de la profession, les caractéristiques et les représentations des médecins québécois qui s'impliquent de manière soutenue dans leur milieu social ou à une plus grande échelle.

La deuxième étude :

C'est une étude réalisée en 2011 par BAHLOULI Ahmed Sofiane, sur « *La politique de santé en Algérie* ». Cette étude est de faire une analyse sur la situation du secteur au niveau de la wilaya d'Oran.

1- La problématique de la recherche est :

Quelle est la politique de santé élaborée pour le redressement et l'exécution des différents programmes et la mise en œuvre des réformes ? Pourquoi cette insatisfaction incessante de la part du citoyen ?

Quelles sont les efforts investis par l'Etat et les collectivités locales en matière de planification et d'infrastructures pour l'amélioration de la prise en charge du malade ?

2- Les hypothèses de la recherche :

- Les moyens humains, matériels et infrastructures sont disponibles mais ils sont mal répartis.
- Les moyens financiers existent, mais les dépenses ne sont pas maîtrisées et la rationalisation de la gestion est insuffisante.
- L'interaction entre les différents acteurs est absente, et par conséquent le mécanisme de la politique de réforme ne fonctionne pas.

3- Les objectifs de la recherche :

- Définir les problèmes de santé et les mécanismes de leurs constructions.
- Identifier les besoins en matière de santé de la population d'Oran.
- Evaluer l'accessibilité aux soins et apprécier la qualité de ce qui sont prodigués.
- Détecter les obstacles au bon fonctionnement du système de santé à Oran.
- Valoriser le déploiement des ressources humaines.

4- Aperçu sur les chapitres :**Le premier chapitre :**

Comment définir la santé publique et comment se construisent les problèmes de santé publique?

Ce chapitre expose l'évolution des systèmes de santé à travers l'histoire, une attention spéciale est consacrée à l'étude des systèmes de santé au cours du 20^{ème} siècle (surtout les pays développés), comme elle a appréhendé la question de la politique de santé en Algérie depuis l'indépendance.

Le second chapitre :

Il est consacré à la politique de santé au niveau de la wilaya d'Oran, il aborde ici l'examen de la situation du système de santé au niveau de la wilaya, l'organisation du secteur, son mode de fonctionnement, l'activité médicale, la gestion, la répartition des structures sanitaires et le découpage territorial en fonction de la densité de la population Oranaise.

Ce chapitre examine la cartographie de l'urgence médico-chirurgicale publique et privée, le schéma directeur de la santé au niveau de la Wilaya d'Oran.

Le troisième chapitre :

Le rôle des différents acteurs dans l'élaboration et l'exécution de cette politique de santé.

Ce chapitre est réservé à la politique de réformes lancées et son impact sur l'état de santé de la population oranaise, ainsi que les réformes dans le secteur des assurances.

Il s'est intéressé aux différentes rencontres et assises ayant précédé la promulgation d'une nouvelle loi de santé lancée à partir du mois de février 2011, en interrogeant sur les bénéfices attendus pour le pays et surtout pour la wilaya d'Oran.

Les politiques de formation et de financement, sont aussi examinées dans ce chapitre.

5- La méthodologie :

5-1- Recherche sur le terrain :

Cette étude est menée (début Février de l'année 2011 et qui s'était étalée jusqu'à la fin Juin) en parallèle avec une enquête de terrain qui touchera les différents acteurs, que ce soit les professionnels, les gestionnaires, les financeurs ou les décideurs. Elle touchera aussi, les différentes institutions étatiques et privées.

Le cadre géographique de l'enquête consiste à toucher l'ensemble du découpage géosanitaire de la wilaya d'Oran. Une étude plus concentrée est réalisée au niveau de l'EPSP Front de mer avec sa polyclinique Ben Daoud et ses salles de soins et du CHU Oran ainsi que avec ses urgences médico-chirurgicales.

5-2- Les techniques de recueil de données :

Les entretiens, au nombre d'une vingtaine et d'une durée (01 H et 01H30 mn) se sont caractérisés par une domination de la subjectivité sur l'interviewé, voir même étaient parfois orientés par l'interviewé qui exprimait en quelque sorte sa vision et son idéologie personnelle.

Les questionnaires étaient de deux types, l'un destiné aux professionnels de la santé (40 questions) et l'autre destiné aux étudiants en graduation et post graduation (14 questions).

6- Les obstacles rencontrés

Au cours de cette enquête le a rencontré des obstacles est parmi lesquels :

- Le nombre très réduit des ouvrages portant sur la wilaya d'Oran.
- Au cours des entretiens le chercheur a rencontré des hésitations, méfiances, une liberté d'expression atténuée et parfois même un refus.
- Certaines personnes jugeaient le questionnaire d'un niveau plutôt élevé.
- la subjectivité qui n'était pas écarté.

Enfin la recherche visait d'exposer et de mener une réflexion sur la politique de la santé en Algérie et surtout son impact sur la wilaya d'Oran.

4- La problématique

De nos jours, la santé publique n'est question de bien-être ou de prévention des maladies, mais elle fait partie de notre politique et de notre mode de vie, puisqu'elle raconte l'histoire de développement des sociétés ainsi que leur vécu à travers les siècles précédents « *elle comprend aujourd'hui l'ensemble des interventions concernant la santé des personnes et des collectivités, et déborde ainsi le champ de la médecine pour s'intéresser notamment à l'économique et au social* »¹.

La santé publique est devenue une discipline qui a des dévires objectifs à atteindre, par ses professionnels qui gèrent les différentes situations surmenantes, des laboratoires de recherche, des règles, des manuels et des revues. Sans oublier qu'elle est aussi un champ social institutionnalisé ; mais elle est à l'origine de la recherche du bien être des collectivités et la recherche d'une solution pour la propagation des maladies et la manière de prolonger la vie de l'homme. Elle fait partie du débat quotidien des politiciens, des économistes, des gestionnaires, des sociologues, des médecins.

Pour que cette discipline aide à assurer une meilleure qualité de vie, elle devra s'appuyer sur un système de santé adéquat, ce système qui est défini comme « *l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurel, financier) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé, il constituer un sous système économique générale (au même titre que la défense, l'éducation ou l'agriculture...)* »². Dans les pays développés, le système de santé s'est d'érigé plus vers l'amélioration du mode de vie des différentes catégories socioprofessionnelles. D'une autre côté, les pays en développement essayent de développer le système de santé hérité des pays colonisateurs, « *ils ont hérité de système de santé et d'infrastructures sanitaire qui étaient essentiellement orienté vers la satisfaction des besoins des besoins de santé de la minorité de la population Européenne expatriées* »³, et ils se focalisent sur la satisfaction des besoins de santé de leurs populations en ce qui concerne la lutte contre

¹ GRUÉNAIS Marc-Éric et DOZON Jean-Pierre , *Anthropologies et santé publique*, éditions de l'ORSTOM, Paris , 1992, P 13.

² M. Cazaban, J. Duffour, P. Fabbro- peray, *santé publique, connaissances et pratique*, 5^{ème} édition, MASSON.

³ OUCHFOUN Abdelkrim, *l'épidémiologie et l'aide à la discision en santé publique dans les pays en développement, transition et système de santé en Algérie*, édition CREAD 2009, P 9.

les épidémies et la construction des infrastructures sanitaires sans oublier la formation du professionnel médical qui va permettre aux praticiens de trouver des solutions dans les situations du travail et provoquer un changement dont il est conscient pour couvrir les besoins de santé et l'accès aux soins des populations.

L'Algérie, pays en voie de développement, à l'instar de tous les pays du monde, traverse depuis une vingtaine d'années une transition sanitaire qui s'est traduit par la diminution des maladies transmissibles et les problèmes de santé maternelle et infantile grâce à l'amélioration des conditions de vie et de la couverture sanitaire et la mise en œuvre de programmes nationaux de santé publique telle que le programme élargi de la vaccination, dans le but de baisser de mortalité qui est passée de 16,45 pour mille à la fin des années 60 à 4,41 pour mille en 2002, ceci s'est accompagné d'une augmentation progressive de l'espérance de vie (de 50 ans en 1962 à 74,6 ans en 2005).

Il est important de noter que ces programmes de santé, et la politique de la gratuité des soins (un droit traduit dès Janvier 1974) ne répondent pas aux demandes exprimées par la population à cause de la mauvaise gestion des ces programmes et l'inégalité de répartition des infrastructures, des équipements spécialisés et du personnel médical « *mais ces ressources sont inégalement réparties à travers le territoire notamment dans les domaines du personnel et des équipements spécialisés* »¹, ainsi que l'accroissement démographique qui s'est traduit par le doublement de la population (11,3 million en 1966 à 22,8 millions en 1987 et 38,7 millions d'habitants en 2014)², est considéré comme un obstacle devant cette politique et programmes de santé.

Au cœur du système de santé, l'hôpital assure la continuité et la permanence des soins avec son fonctionnement 24 heures sur 24, 365 jours par an, il constitue un enjeu majeur au plan national parce qu'il doit répondre aux besoins d'une population de plus en plus consommatrice de soins et de plus en plus exigeante. Fondé sur les principes de spécialité et d'adaptation, il est toujours en progression et il assure l'accessibilité à tous et à toute heure, il a toujours soutenu et accompagné de

¹ OUCHFOUN Abdelkrim, Op-cit

² ONS, 01 janvier 2014.

l'évolution de l'offre de soins. Il doit s'adapter en permanence et optimiser continuellement sa performance pour garantir des soins de qualité et au meilleur coût. Cependant, pour répondre aux besoins de santé de la population, le centre Hospitalo-universitaire de Bejaia possède-t- il les moyens et le professionnel médical nécessaire ?

Toutes les spécialités de la profession médicale se regroupent à cet hôpital pour but de satisfaire les besoins des patients par les compétences des professionnels médicaux, qui ont une place majeure dans la prise en charge des patients et la préservation de leur santé, parce que c'est lui qui est en contact directe avec les patients « *certaine auteurs privilégient le rôle des médecins car ils pensent qu'ils détiennent tous les atouts dans leurs mains* »¹. Le médecin emploie toutes ses compétences pour faire un meilleur diagnostic et offrir un traitement adéquat, dans l'objectif de soulager le patient et d'améliorer son état de santé ; mais il est aussi chargé de relever et prévenir les problèmes qui peuvent nuire à la santé publique comme les maladies transmissibles. Il travaille en coopération avec les autres professionnels de la santé afin de trouver des solutions aux problèmes de la santé.

Pour enrichir notre problématique de recherche, on a précédé à constituer certaines questions qui sont comme suit :

- Quel est le rôle du médecin dans l'amélioration de la santé publique au sein du CHU de Bejaia ?
- Les compétences des médecins de CHU sont-elle suffisantes pour répondre aux besoins de santé de la population de Bejaia ?
- Quelle est la nature de la qualité de la prise en charge médicale des patients ?
- La formation des médecins du CHU est-elle suffisante pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients ?

5-Les hypothèses

¹ OUFRIHA Fatma-zohra, *nature et objectifs de l'hôpital, un bref survol des théories, transition et système de santé en Algérie*, édition CREAD 2009, P52.

La formulation des hypothèses de recherche représente pour le chercheur l'aboutissement de sa réflexion conceptuelle, tel qu'il sera vu plus loin, cette étape constitue également le premier pas vers la partie empirique du projet de recherche. Il s'agit donc d'un point charnier du projet de recherche. Mais à quoi réfère spécifiquement l'expression hypothèse de recherche?

Les hypothèses sont des réponses temporaires, à vérifier, aux questions de recherche posées, comme elles orientent la recherche dans leur direction. Leur invalidation a une plus grande valeur de savoir que leur validation. Dans la recherche qualitative, les hypothèses sont des pistes de recherche. Démontrer une hypothèse, c'est montrer sa cohérence avec les données observées et sa valeur heuristique, c'est-à-dire qui nous aide à faire des découvertes et à mieux comprendre les phénomènes observés¹.

Pour bien cerner notre objet de recherche on a élaboré les deux hypothèses suivantes :

- **La première hypothèse :**

- Les compétences des médecins du CHU influent positivement sur la qualité de la prise en charge des patients.

- **La deuxième hypothèse :**

- L'amélioration de la santé des patients du CHU dépend du processus de médicalisation mis en œuvre par les médecins des trois services.

¹ AKTOUF Omar, *Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des organisations*, P 57.

6-Définition des concepts clés

1-La santé

La charte d'OTTAWA (1986) : la santé est définie comme « *la mesure dans laquelle un individu ou un groupe peut d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et d'autre part évoluer avec le milieu et s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques.* »¹

Définition opératoire

La santé est avant tout un capital que chaque un de nous le préserve à l'aide de l'intervention des professionnels de santé, et les déferents infrastructures sanitaire, mais cette santé est considéré aussi comme un enjeu économique, sociale, et même politique car elle nécessite aussi l'intervention de l'état pour améliorer se capitale à moindre cout.

2-Le médecin :

Il est considéré avant tout comme « *un honnête travailleur qui soigne des êtres humains instables, souvent ingrats et un peu hystériques ; il le fait loyalement, du mieux qu'il peut, avec la grâce de Dieu ou, si l'on préfère, avec Y aide du temps, de la patience et du facteur de probabilité* »².

Définition opératoire

Le médecin est un praticien dans un établissement de santé, qui examine les patients pour détecter s'ils ont une maladie et donne des conseils pour rester en bonne santé, comme il prescrit des médicaments, des examens complémentaires ou un traitement.

3-La santé publique

Définie par l'O.M.S. comme étant « *l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyen d'actions collectives* ». (O.M.S., 1942).

¹ Charte d'OTTAWA.

² IMFELD J, *La chute vertigineuse du médecin suisse*, Bulletin des médecins suisses, vol. 57, n° 10, p. 325

Définition opératoire :

C'est une discipline particulière, qui s'exprime à travers des actions qui tendent à maintenir ou à promouvoir la santé des gens, par un ensemble d'actions et d'interventions concernant la santé des personnes et des collectivités.

4-La prise en charge

Selon le Sénat de l'ASSM « *Une prise en charge imposent également de tenir compte des répercussions de l'infirmité préexistante sur le succès possible de la thérapie et de prendre en considération, de manière appropriée, les souhaits et besoins individuels du patient. L'influence positive du traitement – sur la qualité de vie et la durée de vie – constitue le critère déterminant pour une mesure thérapeutique* »¹

Définition opératoire

La prise en charge c'est le fait d'assumer une responsabilité d'une personne malade , et lui offrir des soins pour soulager ses douleurs .

¹ Le Sénat de l'ASSM, *Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap*, 2008, P10.

Chapitre II

La pratique médicale

Chapitre II : La pratique médicale.**Introduction**

Toutes les sociétés cherchent à répondre aux problèmes de la maladie, dont chaque une d'entre eux a leurs guérisseurs, ainsi que leurs façons de concevoir la maladie et les réponses qui lui sont données varient toutefois grandement d'une époque et d'une culture à l'autre, et même d'une sous-culture à l'autre.

On dit même en anthropologie médicale que c'est le guérisseur qui exerce le plus vieux métier du monde. Dans notre société c'est le médecin formé dans le cadre de la biomédecine qui domine le champ de la guérison, puisque c'est à lui qu'on fait appel le plus souvent pour guérir les malades. Ce médecin profitera de sa connaissance du monde humain en toutes sortes de circonstances, en prenons le cas de base de celui qu'il cherche à guérir. Pour commencer il doit établir un diagnostic, identifier le mal dont souffre le patient à l'aide d'instruments performants qu'ils peuvent faire des analyses des tissus, du sang ou des urines, regarder à l'intérieur du corps grâce à la radiographie et à l'échographie... Pourtant les instruments les plus évolués ne suffiront jamais pour produire mécaniquement le jugement du médecin, car il a affaire à la fois à des maladies génériques et à des individus malades tous différents les uns des autres. Il n'y a donc aucune raison de se priver de cette autre source irremplaçable d'informations sur l'individu « la parole et les gestes du malade ».

Celui-ci a une expérience unique de sa souffrance et il cherche à la communiquer, pourtant il ne maîtrise probablement pas le vocabulaire technique, de plus il est des douleurs qu'on préfère cacher d'autres qu'on atténue ou qu'on exagère ou qu'on n'exprime que par une image. Le soignant ne peut donc se contenter de comprendre les paroles du soigné et il doit les interpréter. Or l'interprétation des discours à son tour exige une connaissance approfondie et nuancée du monde humain, des mobiles déclarés ou inavouables, des actes, des mécanismes de la honte et de la peur de l'appartenance sociale et du contexte du moment. Le médecin doit comprendre l'être entier et non pas seulement les symptômes qu'il a sous les yeux.

1-L’histoire de la médecine

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

Ce qui nous intéresse le plus est de comprendre l'évolution des conceptions et des idées, qu'a connu la médecine tout au long de l'histoire humaine, on expose certaine période qui montrent le développement de cette profession.

1-1-Médecine dans la préhistoire

Bien qu'il n'ya pas de données fiables pour savoir quand a commencer l'usage des plantes à des fins médicinales (phytothérapie), il est généralement admis que l'utilisation des plantes comme remèdes a été représentée dans les peintures rupestres des grottes de Lascaux en France, qui ont été datées par le carbone radioactif entre environ 18000 et 15000 ans avant le présent. Avec le temps et l'accumulation d'essais et d'erreurs, une petite base de connaissances s'est constituée au sein des premières communautés tribales. Comme ces connaissances se sont développées au fil des générations, la culture tribale s'est transmise à des initiés, ces « initiés » sont devenus ceux qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de guérisseurs ou de shamans.

1-2-Médecine dans l'Antiquité :

Les premières traces écrites ayant trait à la médecine remontent au code d'Hammurabi au XVIII^e siècle av. J.-C. Il s'agissait d'un code réglementant l'activité du médecin, notamment ses honoraires et les risques qu'il encourait en cas de faute

professionnelle. La constitution d'une bibliothèque médicale à Assurbanipal au VII^e siècle av. J.-C. marque le début de la formation médicale.

En la dissociant de la magie, les savants de l'Antiquité grecque sont les fondateurs de la médecine occidentale, le premier savant grec connu avant tout pour ses travaux en médecine est probablement Hippocrate au V^e siècle av. J.-C. Il est traditionnellement reconnu comme l'auteur du serment qui porte son nom et son œuvre est au programme des études de médecine « *au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.* »¹

1-3-Médecine en Égypte antique :

Les données médicales contenues dans le Papyrus Edwin Smith² peuvent être datée du XXXe siècle av. J.-C. Les premiers exemples connus d'interventions chirurgicales ont été réalisés en Égypte aux alentours du XXVIIIe siècle av. J.-C.

IMHOTEP sous la troisième dynastie est parfois considéré comme le fondateur de la médecine en Égypte antique et comme l'auteur du papyrus d'Edwin Smith qui énumère des médicaments, des maladies et des observations anatomiques. Le papyrus Edwin Smith est considéré comme une copie de plusieurs œuvres. En effet il s'agit d'un ancien manuel de chirurgie presque complètement exempt de références à la magie et qui décrit minutieusement l'examen, le diagnostic, le traitement et le pronostic de nombreuses maladies. Inversement, le papyrus Ebers est rempli d'incantations et de rituels destinés à exorciser les démons responsables des maladies, ainsi que de superstitions diverses. Elle est également le premier document décrivant des tumeurs.

¹Ordre National Des Médecins, *code de déontologie médicale*, édition novembre 2012. P33.

² <http://www.britannica.com/eb/article?tocId=9032043&query=Edwin%20Smith%20papyrus&ct=> .

On sait que des établissements médicaux, désignés par l'expression Maisons de vie ont été fondés dans l'Égypte antique dès la première dynastie.

1-4-Médecine dans l'antiquité gréco-romaine :

En Grèce, depuis Galien jusqu'à la Renaissance l'idée maîtresse de la médecine est le maintien de la santé par le contrôle de l'alimentation et de l'hygiène. Les connaissances anatomiques étaient limitées et il y avait peu de possibilités d'agir par la chirurgie ou par d'autres remèdes, l'action des médecins se limitait à une relation d'empathie avec les patients et à un traitement avec des remèdes mineurs pour soulager les maladies chroniques, mais ils étaient désarmés pour faire face aux maladies épidémiques, dont l'importance augmentait avec l'urbanisation et la domestication des animaux jusqu'à se répandre à travers le monde.

Hippocrate, est considéré comme le père de la médecine moderne, Il a classé les maladies en maladies aiguës, chroniques, endémiques et épidémiques, ainsi que il a rédigé des descriptions des symptômes, des signes physiques, du traitement chirurgical et du pronostic de l'empyème thoracique.

Galien a réalisé de nombreuses interventions audacieuses, allant jusqu'à aborder la chirurgie du cerveau et des yeux, ses écrits sur l'anatomie sont devenus la référence au cours du long cursus universitaire du médecin médiéval, Le plus célèbre ouvrage de Vésale, *De humani corporis fabrica*, a été grandement influencé par les écrits et les travaux de Galien¹.

1-5-Médecine moderne

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

¹ DEAR, Peter. *Revolutionizing the Sciences: European Knowledge and Its Ambitions*, Princeton University Press (2001), P 37.

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

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

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

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

1-5-1-XX^e siècle

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

La chirurgie cardiaque est également née pendant le siècle. En 1929 Werner Forssmann introduit un cathéter dans son propre ventricule cardiaque. Le 29 novembre 1944 c'est la première opération à cœur ouvert par Alfred Blalock de Baltimore. En 1960 la valve cardiaque artificielle inventée par Lowell Edwards est implantée pour

la première fois par Albert Starr. Christiaan Barnard réalise la première transplantation du cœur en 1967.

2-L'importance du métier de médecin

Etudier l'homme et le traiter dans les diverses maladies qui viennent l'assiéger dès le berceau, telles est la tâche noble et glorieuse du médecin.

Les professionnels de santé en particulier les praticiens formés et qualifiés, doivent répondre à des obligations croissantes et parfois divergentes, ainsi répondre positivement aux obligations de plus en plus grandes et parfois contradictoires que les nombreuses réformes voulues par nos concitoyens ont accentué au fil du temps, le médecin participe à des activités d'organisation et de contrôle social.¹

Du fait de son contact fréquent avec un cercle étroit de patients, il connaît bien leur vie et leur environnement, il participe au soutien affectif de la population car les gens ont directement recours à lui pour raison de traiter leur maladie et c'est lui qui les oriente de manière différenciée à travers les complexités du système de santé.

Le médecin est le témoin des diverses perturbations dans la vie du malade, mais ne s'intéresse pas uniquement aux accès de maladies et suit activement l'évolution de la santé des groupes de population qui lui sont confiés, et s'occupe de leurs conditions d'existence.²

2-1-Faire des soins de santé primaires (SSP)

Selon L'OMS les SSP sont : « *Des soins essentiels fondé sur des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, et des technologies universellement accessibles aux individus et aux familles, dans les communautés. À travers leur complète participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent prendre en charge à chaque étape de leur développement dans un esprit d'autosuffisance. Ils forment une partie intégrale aussi bien du système de santé du pays dont ils constituent le pilier, que du développement économique et social global de la communauté...* ».

¹ *Exercice Médical à L'hôpital*. Septembre 2011. p 06

Il convient de noter que l'efficacité des soins de santé primaires et des agents qui les dispensent, dépend de la possibilité d'utiliser certaines connaissances scientifiques et techniques sanitaires modernes aussi bien que des pratiques traditionnelles de valeur reconnue pour le traitement des maladies.

Les soins de santé primaires(SSP) sont des soins essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels), de premier recours, ils sont porteurs d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès universel aux soins de santé « en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation »¹

2-1-1-L'utilité des soins de santé primaires

- se fondent sur les résultats de la recherche médicale et dans le domaine de la santé publique.
- s'orientent vers les principaux problèmes de santé publique.
- incluent éducation, vaccination, alimentation, protection maternelle et infantile, accès aux soins de base.
- associent les individus et les populations concernées à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires.
- soient intégrés à des systèmes d'accès aux soins accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis.
- fassent appel aux différents personnels de santé : médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon les cas, ainsi que s'il y a lieu à des praticiens traditionnels travaillant en coordination et en réponse aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

2-2-Les soins de santé de base (SSB)

Selon le ministère de la Santé : La mission des soins de santé de base comment étant « *de prodiguer des soins et des services équitables et de qualité pour répondre aux besoins essentiels en matière de santé d'une communauté définie sur une base géographique* »

2-2-1-Le but des soins de santé de base

D'après la Déclaration d'Alma Ata en 1978, ces soins comprennent :

¹ Article VII de la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires.

- l'éducation pour la santé.
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale.
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses.
- la prévention et le contrôle des endémies locales.
- le traitement des maladies et lésions courantes.
- la fourniture de médicaments essentiels.

3-Le rôle de médecin

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

Le succès d'une consultation médicale ne dépende pas seulement des connaissances du médecin, mais aussi de la relation qu'il entretient avec son patient, pour cette raison l'accent doit être mis au cours des études médicales, sur la technique de recueil de l'histoire du patient afin d'améliorer l'ambiance de la relation médecin-patient et de rendre la consultation plus efficace. La façon de communiquer est au moins aussi importante que ce qui est dit. Le patient doit se sentir suffisamment à l'aise pour expliquer ses problèmes et exprimer ses soucis en sachant que le médecin l'a bien compris. Le médecin doit également donner à son patient une idée claire de la nature de sa maladie et du traitement envisagé.

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

3-1-La consultation

La consultation médicale est la meilleure occasion pour le médecin d'explorer les problèmes et les soucis du patient et de commencer à identifier les raisons de son mauvais état de santé¹. Traditionnellement, les antécédents médicaux sont basés sur un modèle conventionnel, selon lequel la maladie est liée à des déviations de la fonction

¹Francis ZECH, *Examen Clinique*, 3^{ème} édition, de BOECK, Breusselle, P 01.

biologique normale, ce qui ne prend guère en considération la dimension sociale, psychologique et comportementale de la maladie.

Si un médecin ne s'intéresse pas au problème psychologique de son patient, il risque de ne pas diagnostiquer correctement sa maladie et de ne pas le traiter comme il convient. Le degré de douleur éprouvée par un patient n'est pas uniquement lié à l'importance du problème pathologique, mais également à l'importance qu'il attache à la relation de cette maladie avec les circonstances.

Les bons médecins ont toujours su cela, mais de nos jours on n'y accorde plus d'importance dans l'interrogatoire du patient. Il ne faut pas explorer uniquement les symptômes dus à une dysfonction corporelle, mais également la perception individuelle de ces symptômes¹.

3-1-1-Les étapes de la consultation

➤ La préparation :

Il importe que le dialogue ait lieu dans les meilleures conditions. Le bureau doit être calme : le médecin ne doit pas pouvoir être dérangé. Les patients disent parfois que l'environnement médical est anxiogène et estiment que l'endroit devrait être accueillant et relaxant.

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

➤ Le premier contact :

Il est important d'établir une relation et de mettre le patient à l'aise, c'est l'occasion de montrer dès le début. Il est préférable au médecin de saluer le patient et se présenter ainsi de préciser leur rôle et leur intention à son égard.

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

¹ Francis ZECH Op-cit P02.

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

➤ Identification des problèmes et des soucis :

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

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

3-2-des examens général

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

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

L'examen général donne une vue globale de l'état de santé et l'opportunité d'examiner des systèmes qui n'apparaissent pas nettement lors d'un examen régional. Pour le patient, l'examen général est un contact simple, apaisant avant les techniques plus approfondies qui vont suivre.

3-4-Des examens complémentaires intéressants

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

Le médecin, motivé par sa conscience professionnelle, doit soigner tout malade en temps de paix comme en temps de guerre, quelles que soient sa condition matérielle et sociale, sans considération de sa race, de sa nationalité, de sa religion, de ses opinions politiques, de ses sentiments ou de sa réputation.¹

3-5-Les missions principales du médecin

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

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

¹ <http://www.fm.usj.edu.lb/anciens/code.htm>

- tenir à jour des dossiers, préparer des rapports, etc.¹

4-La compétence médicale

Les multiples capacités cliniques à acquérir, sont en fait les éléments qu'un segment de formation doit permettre à l'apprenant de maîtriser en vue de s'intégrer dans la compétence globale ou terminale.

La compétence peut être considérée comme la capacité de donner du sens à toutes ces capacités contextualisées, par l'association de celles-ci avec des capacités décontextualisées ou transversales, afin de résoudre un problème de santé dans son ensemble.

4-1-QU'ENTEND-ON PAR COMPÉTENCE² ?

Le Petit Larousse définit la compétence comme « l'aptitude d'une personne à décider » ou comme « une connaissance approfondie ».

L'individu compétent est défini comme « capable de bien juger d'une chose » ou comme un individu « qui a des connaissances approfondies dans une matière ».

Plusieurs autres définitions sont proposées pour ce concept telle que « *c'est une connaissance, expérience qu'une personne a acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne qualité de bien juger* »

Ainsi la compétence peut représenter une habileté à résoudre une situation ou bien un statut reconnu à une ou plusieurs personnes, parce qu'elles sont considérées comme « meilleures ».

4-2-Revue de la littérature sur les philosophies de la compétence

4-2-1-Approche behavioriste ou théorie comportementaliste

La compétence est définie dans le Dictionnaire des concepts clés de pédagogie³ comme « *un ensemble de comportements potentiels (affectifs, cognitifs et psychomoteurs) qui permettent à un individu d'exercer efficacement une activité, une*

¹ Revue internationale des sciences sociales, UNESCO, Paris, Vol. XXIX (1977), n° 3 .P547.

² PREVEL Marc, Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence, édition FMU, 2004, P6.

³ RAYNAL F, RIEUNIER A. *Dictionnaire des concepts clés*, édition ESF, Paris, 1997.

fonction, un rôle ». Autrement dit, la compétence englobe des savoirs, des savoir-faire, des savoirs être. Dans une situation réelle, la compétence se traduit par un comportement effectif que l'on appelle performance. Donc compétence et performance sont intimement liées puisque la compétence n'est envisagée qu'à travers la réussite du traitement d'une situation.

La compétence paraît être plus que la simple rencontre entre une situation et des connaissances à appliquer. Un moyen d'y pallier est d'envisager des objectifs synthétiques et transversaux.

4-2-2-Approche cognitiviste

Meirieu définit la compétence comme « *la capacité d'associer une classe de problèmes précisément identifiés avec un programme de traitement déterminé* ». Il insiste sur le fait que la compétence est centrée sur la capacité d'associer non plus des connaissances et une situation, mais bien une classe de situations à un schéma type de solutions déjà connues comme opérant dans des situations similaires. La compétence n'est donc plus la simple rencontre d'une situation et de connaissances à appliquer. Elle nécessite en plus une reconnaissance des éléments qui font que cette situation appartient à une classe particulière.

Pour Richard Wittorski¹, la compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit « l'auteur » de la situation.

La compétence est ici envisagée comme l'utilisation d'un schème reconnu pour être le mieux adapté à la classe de situations dont dépend le problème rencontré. Cette utilisation se fait par une reconnaissance des contenus d'une situation concrète, puis par une analyse décontextualisée de ceux-ci, elle-même génératrice de réorganisation des contenus, et des procédures cognitives qui donnent un sens à ces connaissances.

¹ WITTORSKI R, *De la fabrication des compétences, Education Permanente*, 1998, p135.

4-2-3-Approche connexionniste

Le point de vue connexionniste est intéressant afin de tenter d'expliquer le fonctionnement cognitif de l'expert¹, qui semble ne plus utiliser aucun programme de traitement, mais bien un traitement créé pour chaque situation.

On peut avancer l'idée que l'expert a développé une telle capacité d'évaluation des situations, de mise en lien de celles-ci avec ses connaissances antérieures, et d'adaptation de ses propres routines cognitives à son environnement qu'il est apte à créer des liens multiples entre ses connaissances, afin de résoudre spécifiquement une situation donnée.

Du point de vue connexionniste la compétence correspond à l'aptitude à faire interagir une situation et les différentes capacités du sujet qui y est confronté, afin qu'il crée son propre programme de traitement. Pour que ce nouveau programme de traitement soit le mieux adapté à la situation, le sujet doit non seulement pouvoir créer des liens multiples et inattendus, mais aussi utiliser ce que l'on appelle des compétences transversales ou méta compétences qui correspondent à l'adaptabilité, la flexibilité, l'organisation, la stratégie, mais aussi à la créativité et l'auto-évaluation.

4-3-Stabilisation de la définition de compétence et définition des compétences cliniques

4-3 -1 -La Notion de compétences cliniques

La compétence clinique est envisagée par Southgate² comme la volonté de sélectionner et d'accomplir de manière suffisante des tâches cliniques significatives dans le contexte d'un environnement social, afin de résoudre des problèmes de santé individuels ou d'une population de manière effective, efficace, économique et humaine.

Toute la discussion réside en fait dans le sens que l'on donne au terme de compétence.

S'il s'agit uniquement d'habiletés et que l'objectif énoncé est capable de recueillir des données à l'interrogatoire (par exemple), alors la mobilisation par le sujet de tous les

¹ DREYFUS H.L., ANDLER. D, *La portée philosophique du connexionnisme, Introduction aux sciences cognitives*, édition Gallimard, Paris, 1992.

² PREVEL Marc, op-cit, P8.

éléments nécessaires à cette tâche est bien une compétence, par contre, si l'interrogatoire du patient n'est considéré que comme l'un des éléments nécessaires à la résolution du problème de santé, l'interrogatoire n'est qu'une capacité constitutive d'une compétence plus large.

Finalement, on peut avancer l'idée que c'est la perception du but poursuivi par l'action qui définit la qualification en tant que compétence clinique.

4-3 -2 - Quelles sont ces compétences cliniques ?

Burg et coll¹, dans une démarche tendant à identifier les compétences cliniques, proposent une matrice à double entrée comprenant d'un côté des tâches à effectuer et de l'autre les types de connaissances pour y parvenir.

4-3-2-1- Les tâches à effectuer qu'ils identifient sont

- L'interrogatoire : recueil et interprétation des données.
- l'examen physique : recueil et interprétation des données.
- l'utilisation des tests biologiques, de l'imagerie et des autres procédures d'investigations : choix et interprétation des procédures complémentaires auxquelles le sujet a eu accès directement indications et objectifs des procédures complémentaires spécialisées.
- définition des problèmes cliniques : synthèse des données de différentes sources émission et évaluation d'une hypothèse diagnostique.
- management : choix et mise en œuvre des thérapeutiques et du suivi de l'évolution du patient chirurgical, compréhension des indications, explication au patient, suivi de l'évolution postopératoire.
- Psychologique : utilisation de techniques de soutien psychologique incluant l'assistance médico-juridique et l'aide à surmonter les situations de crise en particulier dues à la maladie et éducation thérapeutique du patient : sensibilisation du patient aux informations nécessaires à l'auto-prise en charge de sa pathologie et à la compliance thérapeutique.

¹ BURG F.D, LLOYD J.S, TEMPLETON B. *Competence in Medicine Medical teacher*, 1982, P 4.

- rédaction d'ordonnances : rédaction ordonnée des données nécessaires à la continuité des soins.
- utilisation de sources d'informations spécifiques : faire usage des avis spécialisés en fonction des standards validés et de la connaissance de ses propres limites, utilisation des documents à disposition.
- gestion sanitaire : aide individuelle ou envers un groupe à l'utilisation des principes de médecine préventive reconnaissance et traitement préventif des facteurs de risque.

4-3-2-2- Les types de connaissances nécessaires pour exprimer des compétences cliniques sont :

- **Connaissances déclaratives :**
 - Connaissances et compréhension : évocation d'information identification du sens des données de ces informations compréhension de certains concepts et principes.
- **Connaissances procédurales :**
 - Résolution de problème/jugement clinique : synthétiser des données provenant de multiples sources, identifier et évaluer des hypothèses diagnostiques basées sur ces données, utiliser ces conclusions pour bâtir le traitement du patient en incluant les modifications de ce traitement en fonction de l'évolution.
 - Attitude et manière de travailler : démontrer à travers des activités professionnelles variées de la sensibilité, de l'empathie, de l'implication, un sens critique de l'objectivité de la retenue, de la constance et du dévouement envers les demandes des patients et de leur famille, utiliser ses responsabilités professionnelles en tendant vers le maximum de solutions favorables du problème de santé exercer de manière éthique.
 - Relations interpersonnelles : prêter attention et comprendre le comportement verbal ou non verbal du patient et de son entourage, utiliser ces mêmes comportements de manière optimale en s'adaptant au ressenti du patient rassurer et assurer la confidentialité des informations recueillies, appliquer ces mêmes comportements envers les autres professionnels de santé.

- Habiletés techniques : mettre en œuvre des techniques et des procédures où les habiletés psychomotrices ont un rôle majeur.

4-4-Les ressources de la compétence

Dans la continuité des différentes théories sur la compétence, les points de vue divergent quant à la nature des processus intellectuels mis en jeu lors de l'apprentissage.¹

4-4-1- **Apprentissage et comportement** : le Béhaviorisme met l'accent sur la dimension quantitative du savoir, d'où le morcellement des contenus et des tâches d'apprentissage ainsi que la hiérarchisation des connaissances à acquérir dans un ordre linéaire et cumulatif, sans vue d'ensemble.

4-4-2- **Apprentissage et psychologie cognitive** : la psychologie cognitive (ou psychologie du traitement de l'information) est centrée sur les activités mentales de l'individu et les structures qui les sous-tendent.

Elle se propose d'étudier et de modéliser les activités mentales du traitement des informations. De telles activités supposent l'identification, la transformation, le stockage et la récupération d'informations ou la mise en relation des informations entre elles.

La mémoire est considérée comme une structure modulaire constituée de deux instances principales : la mémoire à long terme, d'une part, et la mémoire à court terme (ou mémoire de travail), d'autre part.

Les informations, stockées dans la mémoire à long terme sont :

- Soit inertes et isolées, donc difficiles à récupérer par la mémoire de travail.
- Soit organisées et structurées et donc récupérables facilement.

Ces deux formes de mémoires sont impliquées dans l'apprentissage car ce sont les connaissances déjà acquises qui rendent possible l'acquisition de savoirs nouveaux et leur utilisation.

Les informations à apprendre ou à intégrer ne peuvent l'être que si elles sont mises en relation avec celles déjà disponibles. Comprendre une information, c'est construire

¹ FOULIN J.N, MOUCHON S. *Psychologie de l'éducation*, édition Nathan, 1998

ou modifier une représentation de l'information. Les connaissances antérieures aident à la structuration de cette représentation.

5-L'éthique médicale

Le professionnel dispose d'un savoir spécifique lui permettant de choisir à la fois la façon de définir le problème et de mener son action. Cette grande marge de manœuvre laisse place en théorie à des comportements déviants où le professionnel peut manipuler la demande qui lui est faite, pour satisfaire ses seuls intérêts. L'existence d'une morale professionnelle vient s'opposer à cette vision pessimiste. Le service professionnel est en effet, délivré sous contrôle de l'exigence morale, ce qui limite les tentations opportunistes. Le professionnel ne peut donc être (totalement) pensé comme un être calculateur et égoïste, cherchant en toutes circonstances, à maximiser sa satisfaction.

Ainsi, les ressources d'un professionnel ne se composent pas uniquement de savoirs techniques. Le capital professionnel comprend également des représentations communes définissant les obligations et les convictions des professionnels. Ces représentations sont souvent qualifiées d'éthique professionnelle qui est particulièrement valorisée dans certains métiers constitués en professions établies et reconnues par la collectivité. Mais, c'est sans doute chez les médecins que cette éthique professionnelle est la plus présente, elle est logée au cœur de l'activité du médecin comme en témoigne.

L'existence d'une éthique professionnelle médicale n'est pas une hypothèse hasardeuse, le postulat éthique est pour le moins raisonnable en matière de santé. Il est d'ailleurs utilisé très fréquemment par les observateurs du système de soins et par les acteurs eux-mêmes. L'éthique professionnelle est largement répandue et aisément testable dans le monde médical.

5-1-De l'éthique en médecine

A partir de la deuxième moitié du XXe siècle, deux phénomènes rendent la réflexion éthique particulièrement nécessaire et difficile :

D'une part, les progrès scientifiques font reculer chaque jour les limites de la vie posant de difficiles questions autour du statut de la personne (état végétatif chronique, mort encéphalique, pathologies embryo-fœtales graves...).

D'autre part, la société moderne s'est détachée de certaines références religieuses, morales et philosophiques traditionnelles qui ont tissé son histoire.

Sous l'égide du projet BIOMED qui a réuni partenaires de la Communauté Européenne, la « Déclaration de Barcelone » tente d'apporter une perspective propre. Elle énonce les quatre principes éthiques suivants : l'autonomie, la dignité, l'intégrité et la vulnérabilité.

En France « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables* ». *Le maintien en vie d'un malade par tous les moyens est un impératif moral qui paraissait faire l'unanimité des années 60 aux années 80 est aujourd'hui une attitude qualifiée d'« acharnement thérapeutique »*¹.

5-2- De l'éthique en fin de vie

Les progrès de la science font reculer la mort. Cela a au moins trois conséquences :

- D'abord, vivant de plus en plus vieux, de nouvelles questions naissent autour du vieillissement, des priorités économiques, de la qualité de vie des personnes âgées...
- Ensuite la mort devient ce qui « échappe » à la médecine, ce que l'on médicalise, ce qui devient indécent ... Trois français sur quatre meurent à l'hôpital. De plus en plus d'adultes n'ont jamais assisté à la mort de quelqu'un et craignent la mort.
- Enfin, le diagnostic de mort pose problème. Les critères de l'arrêt cardiorespiratoire s'avèrent parfois insuffisants et la technologie crée des situations et des questions nouvelles. De fait, la mise en route ou la poursuite d'une réanimation peuvent être considérées.

¹ La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *droits des malades et à la qualité du système de santé* (Article L 1111-4).

L'article 37 du Code de Déontologie médicale précise : « *en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique* ».

5-3- Préalables à la décision éthique

La connaissance des éléments anamnestiques, cliniques, para cliniques et pronostiques doit être obtenue et synthétisée pour s'assurer que :

- il s'agit de l'évolution attendue et normale d'une affection incurable.
- la mort est inéluctable dans un bref délai (jour, semaine).
- l'intervention thérapeutique ne fait que retarder l'heure de la mort et prolonger l'agonie.
- le patient ne retirera aucun bénéfice de la mise en place du traitement.
- la qualité de vie espérée par le malade est incompatible avec la qualité de vie obtenue par le traitement.
- le risque de dépendance définitive du patient aux techniques de suppléance des fonctions vitales est majeur et non désiré par le patient ou sa famille, responsable d'une hospitalisation prolongée en réanimation ou dans tout autre service.

La connaissance des souhaits du patient repose sur sa consultation et celle de ses proches, chacun d'entre eux peut même être à l'origine de l'interrogation éthique, et cette interrogation doit être traitée selon la même démarche. En situation d'urgence, la plupart des patients se révèle inapte à exprimer sa volonté et à consentir lors de la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives. La consultation des proches sur les possibilités thérapeutiques et leurs résultats attendus repose sur une information claire, loyale et adaptée (Article 35 du Code de déontologie médicale : « *les proches doivent être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite* »).

aucune intervention thérapeutique ne pouvant être réalisée sans le recours à cette consultation. Article L1111-4 de la loi 2002-303: « *Lorsque la personne est hors*

d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ». L'exception représentée par l'urgence ou l'impossibilité de réaliser la consultation des proches permet aux médecins urgentistes de choisir une réanimation d'attente jusqu'à ce que les conditions de la consultation soient réunies. « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* »¹.

Le choix du patient de refuser les thérapeutiques prescrites par l'équipe soignante à la condition qu'il soit clairement informé des conséquences, doit être respecté (Article 37 du Code de Déontologie Médicale : « *Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* »). Le patient peut aussi ne pas vouloir participer à cette décision ni en être informé, ni y consentir. Cette volonté du patient doit être respectée, (Article L 1111-2 de la loi 2002-303: « *La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à des risques de contamination* »).

5-4-Situations cliniques et choix thérapeutiques

La décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s) est engagée dans quatre situations cliniques:

- Présence d'une affection aiguë par défaillance profonde d'une fonction vitale dont la conséquence sera une absence de récupération d'une autonomie des fonctions vitales ou si une indépendance des thérapeutiques de suppléance est possible, la qualité de vie obtenue apparaîtra déraisonnable.
- Survenue d'une poussée aiguë témoignant de l'évolution terminale ou d'une affection aiguë intercurrente chez un patient à la qualité de vie

¹ Article 35 du Code de Déontologie médicale.

dramatiquement limitée, porteur d'une pathologie chronique évolutive au pronostic à court terme défavorable en termes d'espérance de vie, d'accentuation de la dépendance et d'aggravation de la qualité de vie future.

- Patient porteur d'une pathologie connue évolutive, souvent néoplasique, adressé par son médecin traitant ou une structure de soins de suite ou de long séjour, parfois sous la pression de l'entourage, pour valider que le patient est bien au dessus de toute ressource thérapeutique.
- Patient conscient, informé, apte à consentir et qui demande lui-même la limitation ou l'arrêt d'un traitement actif de sa défaillance d'organe.

6- Formation médicale continue (FMC)

La formation continue n'est pas institutionnalisée, elle n'est pas obligatoire et ne touche pas toutes les catégories de personnel. Elle devrait se fonder sur NTIC afin d'éviter de longues absences du lieu de travail, d'en optimiser les coûts et l'impact, et de bénéficier à un nombre plus important de personnels.

L'activité de FMC a longtemps été le fait d'initiatives – locales ou d'envergure nationale - venues des professionnels ou de certains universitaires. Pour ce qui concerne les généralistes, à la fin des années 70, un mouvement militant s'est constitué pour promouvoir des formations adaptées à cette spécialité¹

Cette formation est délivrée après la formation initiale qui conduit à un diplôme et pendant l'exercice professionnel. Elle permet d'actualiser les connaissances des médecins dans des disciplines où les progrès scientifique et technique est rapide, et elle permet également de répandre aux exigences du code de déontologie qui rappelle que le médecin doit dispenser « *des soins consciencieux et fondés sur les données acquises de la science* »²

« *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles* »

¹ GALLOIS P, *Historique de la FMC en France, La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation*, Paris, 1997, P3.

² Code de déontologie article 11 (reprenant l'art. R4127. 11 du code de la santé publique)

6-1-Histoire

La formation médicale continue remonte à la ville de Venise en l'an 1300 où le certificat de spécialiste était requis pour obtenir le permis initial de pratiquer la médecine, ceci afin d'assurer un standard minimal de compétence professionnelle. Bien qu'elle fût introduite dans la médecine occidentale il y a très longtemps, elle ne fut exigée aux États-Unis que depuis les trente dernières années. La formation médicale continue a été le plus souvent offerte par des médias traditionnels tels que les conférences, les vidéocassettes, les cassettes audio et les textes écrits.

6-2-Définition de la formation médicale continue

Selon (ACCME), la formation médicale continue (FMC) est constituée d'activités de formation qui servent à maintenir, développer ou augmenter les connaissances, les habiletés, la performance professionnelle ainsi que les rapports personnels qu'un praticien utilise pour offrir ses services, de la façon la plus compétente possible, à ses patients, au public ou à la profession.

6-3-La raison d'être de la formation médicale continue

La principale raison motivant la formation médicale continue est de permettre aux praticiens d'acquérir et de maintenir les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires pour remplir adéquatement leur rôle de professionnel de la santé avec un maximum de compétence, de plus, puisqu'il existe un fossé entre le monde de la recherche et celui de la pratique, l'obligation de compléter des heures de formation médicale continue a été proposée, en partie afin d'améliorer l'application des nouvelles découvertes scientifiques aux soins médicaux dispensés par les professionnels de la santé. Enfin, le fait que la société soit de plus en plus consciente des coûts reliés aux soins médicaux, il devient d'autant plus nécessaire que ces soins soient de haute qualité.

6-4-Les objectifs de la formation médicale continue

Le perfectionnement concerne « les formations » dont la durée est définitive, par rapport au type de formation. Il concerne les participations aux congrès et aux stages.

Ce perfectionnement vise :

- L'acquisition d'aspect scientifique et technologique dans le domaine de la médecine.
- L'acquisition de connaissances et de technique nécessaire à l'innovation, ou à la modernisation d'une activité professionnelle.
- L'actualisation, la diversification et l'amélioration des connaissances.
- L'adaptation à l'utilisation d'un équipement ou à l'accomplissement d'activités nouvelles.

6-5-Les obstacles à l'accessibilité de la formation médicale continue

Malgré la nécessité et la valeur de la formation continue, il existe plusieurs raisons qui empêchent certains professionnels de la santé de maintenir leurs connaissances à jour. Les progrès se faisant très rapidement dans le monde médical, il devient de plus en plus difficile pour un praticien de demeurer au fait des derniers traitements disponibles. Actuellement, en médecine il existe une lacune quant au partage d'informations et de connaissances entre le monde de la recherche médicale et celui de la communauté de spécialistes et enfin celui de la communauté des omnipraticiens. L'accès aux informations pertinentes est d'autant plus difficile pour les praticiens exerçant en milieu rural.

Au sujet de ce dernier point, il est devenu de plus en plus difficile de recruter et de retenir les professionnels de la santé en milieu rural en partie à cause de l'isolement personnel et professionnel. Ceux-ci ont plus difficilement accès aux programmes de formation continue traditionnels, d'instruction clinique et de croissance professionnelle. Les ressources spécialisées pouvant être consultées sont aussi moins accessibles pour cette catégorie de praticiens éloignés des grands centres. Les professionnels de la santé en région ont de la difficulté à trouver le temps pour s'absenter de leur pratique, ainsi que le soutien financier pour assister aux sessions de formation continue traditionnelles.

Pour ce qui est des praticiens vivant dans les grands centres, ils ont eux aussi à défrayer les coûts reliés à la fermeture temporaire de leur pratique, aux frais généraux, au transport et enfin les frais reliés aux activités elles-mêmes. Il ne faut pas négliger aussi les inconvénients reliés à l'éloignement de la maison.

Enfin, certains médecins ne peuvent mettre en pratique les nouveaux acquis aussi facilement que d'autres praticiens parce qu'ils ont un volume restreint de patients ou un type de pratique qui ne favorise pas l'application de certaines nouvelles connaissances. Tout ceci contribue à limiter l'impact des formations traditionnelles.

6-4-1-Le professionnel de la santé : un apprenant adulte

Un autre facteur important à considérer dans l'accessibilité de la formation médicale continue est que le professionnel de la santé est un apprenant adulte et que cela suppose des besoins spécifiques d'apprentissage. En effet, l'expérience du professionnel de la santé doit être considérée comme une ressource, son désir de recevoir un enseignement pratique doit être respecté et enfin l'apprentissage sera plus efficace s'il est impliqué activement dans le processus et s'il peut rétroagir, comme dans tout processus d'apprentissage bien structuré. De plus, différentes études ont démontré que les professionnels de la santé sont des individus autonomes guidés par leur expérience. Ils sont influencés en tant qu'apprenant par l'année d'obtention de leur diplôme, par leur âge et par leur cheminement professionnel. Ils ont besoin d'un modèle ainsi que d'une force pour changer, ils doivent donc être motivés pour participer à des activités de formation médicale continue.

Conclusion

La pratique médicale a des origines qui remettent aux premier peuple sur terre, mais dans cette période la médecine est fusionné avec autres pratique telle que les rituelles, et la magie, mais au fil du temps la conception de la médecine se change, pour qu'elle devienne aujourd'hui une science, qui se base sur des technique très évoluée, est des professionnels bien formé, en matière de formation et d'éthique.

Chapitre III

La pratique médicale

Introduction :

Selon certains la vie n'a pas de prix et sa conservation par des soins médicaux échappe au calcul économique, Seul compte l'intérêt du malade et tous les moyens techniques et/ou doivent être mis en œuvre pour le soigner ¹

La prise en charge a pour objectif général d'assurer en permanence l'accueil, l'évaluation de la gravité et la prise en charge adapté à tout personne présentant un problème aigu de santé, qu'il s'agisse en particulier d'un problème médico-chirurgicale, une maladie aigu... ²

L'objectif de chaque système de santé dans le monde est d'assurer une bonne prise en charge médicale qui satisfait les besoins de santé fondamentaux des patients. L'Algérie comme les autres pays depuis l'indépendance a effectué beaucoup de reformes dans son système de santé et spécialement les réformes hospitalières, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients qui reste un problème majeur en Algérie.

L'amélioration de la prise en charge médicale dépend dans une large mesure de l'accessibilité des citoyens aux soins. C'est la raison pour laquelle le développement d'un système d'information performant, la régionalisation, le développement d'actions de proximité, et la réalisation de réseaux de soins constituent des objectifs qui figurent dans les rapports concernant la réforme hospitalière et qui sont prévus dans le projet de loi sanitaire. Dans ce domaine également, une budgétisation adéquate des actions à entreprendre est indispensable : la mise en place d'un câblage national qui permettra de disposer de l'information sanitaire en temps réel, la création d'agences régionales sanitaires chargées de l'accréditation des établissements, de l'allocation des ressources, et de l'évaluation, et le développement des moyens de communications sont des actions qui nécessitent un investissement lourd, seul à même de permettre à moyen terme de faire des économies appréciables.

¹ DRESE H.J, *sur la spécifié économique des soins de santé. Economie et prévision*, P 01.

² BINAM Fidèle, *la prise en charge des urgences, un modèle d'organisation pour les pays en développement*, édition KARTHALA 2013, P34.

1- L'éducation thérapeutique :

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient ; Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ¹.

De ce fait, l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à prendre soin d'eux mêmes. L'éducation thérapeutique est régie selon des normes et un cahier des charges pour certaines pathologies. Cependant, certains services n'ont pas d'actions d'accompagnements définies par un cadre légal, ce qui laisse le soin à l'unité d'envisager ces actions après diagnostic des besoins spécifiques au service, mise en place de moyens par lesquels l'éducation se fera, et grille d'évaluation de l'efficacité de ce projet. C'est le cas pour la chirurgie ambulatoire.

Le plus souvent l'éducation thérapeutique est faite pour une maladie chronique tel que le diabète, l'asthme...

L'OMS définit en 1996 l'éducation thérapeutique « *Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie* ».

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ²

L'éducation thérapeutique peut être faite par l'infirmière, ou par une personne formée pour effectuer cette éducation auprès des patients. La personne qui effectue l'éducation thérapeutique doit avoir un savoir solide, et confirmé, sans pour autant être figé, car il y a deux acteurs au minimum pour cette éducation, l'émetteur de l'information et le récepteur. De ce fait, il y a un échange. La connaissance du

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² HAS, Inpes, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, Guide méthodologique, 2007. p.8

professionnel n'est pas plus « vraie » que celle du patient, bien qu'elle corresponde à des savoirs bios médicaux codifiés souvent confirmés. Chacun doit être ouvert aux propositions de l'autre dans le but d'apprendre et trouver une solution adaptée à un besoin ou un problème présenté par la personne soignée bénéficiant de cette éducation. On peut donc comprendre que l'éducation thérapeutique est souple, elle est propre au professionnel et à la dynamique instaurée entre la personne soignée et le soignant ou professionnel, elle est donc variable et dépend des expériences de chacun. Les moyens employés sont divers et variés, la finalité étant de trouver une solution au problème ou dans tous les cas d'accompagner le patient à contourner son problème et/ou vivre avec.

1-1-La démarche éducative

La démarche éducative se différencie de l'éducation thérapeutique. Une démarche éducative peut être réalisée pour une maladie aiguë, ainsi lors d'un besoin immédiat et à court terme. Le terme de démarche fait référence à un travail construit, élaboré, et structuré.

Cette démarche éducative étant faite de plusieurs étapes, à plus ou moins long terme. En soins infirmier, elle est faite selon sept étapes¹ :

- Identification des besoins : recueil d'informations réalisée grâce à un entretien, de l'écoute et observation de la situation.
- Diagnostic éducatif : Analyse du recueil d'information pour mettre en exergue les besoins d'acquisition, de compétences d'autosoins pour le patient.
- Contrat éducatif : Permet de mettre part écrit les objectifs éducatifs. Il s'agit d'une entente écrite entre le patient et l'équipe soignante : c'est un contrat d'éducation
- Choix des moyens et contenu éducatif : permet de poser les stratégies d'interventions (séances seules, collectives, en auto apprentissage) les moyens utilisés (supports, interventions, type de séances : démonstration, reproduction, apprentissage par l'erreur et explication ou mise en situation...)
- Mise en œuvre: Programmation et réalisation de l'action selon l'item précédent.

¹ Institut de Formation en Soins Infirmiers, Xavier ARNOZAN, CHU de Bordeaux, L'information du patient , une étape essentielle dans sa prise en charge, 2011, P 26.

- Evaluation : Avec le patient, évaluation de l'atteinte des objectifs. Peut être faite immédiatement après la mise en œuvre, ou a posteriori, selon le besoin, le nombre d'objectifs, et leurs complexités.
- Réajustement si besoin : Si l'atteinte des objectifs n'est pas optimale, il est nécessaire de réajuster soit en changeant de moyens soit par le biais d'explications et si cela ne suffit pas la richesse de l'équipe pluridisciplinaire permettra de changer d'acteur du côté du professionnel pour que les objectifs soient atteints.

1-2-Les buts

Cette démarche a donc pour but de sensibiliser le patient à des soins, des techniques, des actes qu'il va ensuite devoir réaliser seul de façon optimale à court, ou moyen terme. Cette démarche va permettre d'autonomiser le patient face à la prise en charge de sa maladie, des soins associés. En post opératoire, cette démarche à tout son intérêt, elle a pour but de prévenir les complications par un apprentissage des soins à réaliser, des techniques à observer, des signes cliniques à dépister.

Il est nécessaire que le patient soit en accord avec cette démarche et que le professionnel obtienne l'adhésion quasi complète du patient et sa participation pour optimiser la réussite de cette démarche. Il est nécessaire aussi d'avoir une collaboration dans l'équipe pour qu'il y ait un partage d'informations qui pourrait être très important pour la prise en charge, et de ce fait assurer la cohérence des interventions de la démarche éducative et garantir la continuité de cette démarche.

2- Les critères d'une bonne prise en charge médicale

Il est difficile de faire la part entre l'aigu et le chronique, le physique et le psychique, les facteurs endogènes et les facteurs exogènes, les effets de la maladie et ceux du traitement, et parfois les soins curatifs et les soins palliatifs. La démarche médicale traditionnelle, centrée sur la maladie et ses mécanismes, montre ses limites. Elle demande à être complétée par une approche fonctionnelle pluridimensionnelle centrée sur le patient et prenant en compte ses capacités physiques, ses difficultés psychologiques et sociales. L'efficacité de la prise en charge globale a été

démontrée ; la mise en place d'un programme médico-social personnalisé des soins se traduit par une réduction de la mortalité mais aussi, à moyen terme, des coûts, ainsi que par une diminution des placements en institution et par une amélioration de l'état fonctionnel des patients âgés¹.

➤ **L'amélioration de la qualité des soins**

La prise en charge globale de la douleur de la personne constitue un des indicateurs de la qualité des soins. Le manuel d'accréditation dans la référence OPC5 relative aux besoins spécifiques des personnes malades inscrit la recherche, la prévention et la prise en charge de la douleur aiguë et chronique comme un des objectifs à atteindre pour satisfaire cette exigence².

Ainsi, chaque établissement de santé doit définir dans son projet d'établissement un programme d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Ce programme s'intègre dans le volet «qualité et sécurité des soins» du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale d'hospitalisation.

➤ **Une stratégie cohérente**

L'élaboration d'un programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur nécessite de prendre en considération l'environnement dans lequel se trouve l'établissement : caractéristiques sociales locales, offre de soins existante (structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle et/ou de soins palliatifs de la région), politique régionale définie dans le schéma régional d'offre de soins (SROS).

➤ **Une démarche fédératrice et un travail en réseau à développer**

La participation des établissements de santé à un réseau inter-hospitalier «douleur» est facteur de dynamisme. Cette coopération, en rassemblant autour d'un thème identique des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés, permet notamment la mutualisation des compétences et favorise les échanges d'informations et d'expériences.

¹ Eric Molinié, *l'hôpital public bilan et perspectives Conseil économique et social*, avril 2005, p 131.

² COUTY Edouard, *organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé*, pp 07- 09.

➤ **Une approche globale centrée sur les besoins de la personne malade**

La personne douloureuse est considérée dans sa globalité : dimensions physique, psychique et sociale. Sa prise en charge le plus souvent pluri professionnelle et multidisciplinaire fait intervenir différents acteurs : médecins (généralistes et spécialistes) et professionnels paramédicaux qui doivent coopérer en équipe auprès de la personne malade pour mieux répondre à ses besoins.

La douleur est prise en compte depuis le début de l'hospitalisation, voire dès la consultation pré-anesthésique ou chirurgicale, et au-delà de la sortie de la personne malade, à cet effet, les professionnels de santé prévoient une prise en charge en aval de l'hôpital relayée par la ville ou, à défaut, assurée ou coordonnée par l'établissement de santé lui-même.

➤ **Une réflexion coordonnée douleur - soins palliatifs**

La réflexion sur la lutte contre la douleur doit être associée à la politique menée par l'établissement de santé en matière de soins palliatifs. En effet, si ces deux domaines présentent leurs spécificités, il existe entre eux de réelles interfaces. Dans la pratique quotidienne, cette démarche doit être favorisée d'autant plus que l'on constate, parfois, un cloisonnement préjudiciable à la personne malade. La collaboration, la coordination, la mise en commun des différentes compétences s'avèrent indispensables. Cette démarche permet en outre de mieux identifier les différents acteurs et d'éviter la confusion des rôles.

Dans le même esprit, la lutte contre la douleur doit aussi tenir compte d'autres problématiques transversales au sein de l'établissement de santé (notion de soins de support) : diététique, accompagnement social, lutte contre le handicap, etc...

➤ **L'implication de tous**

La mise en place d'un programme de lutte contre la douleur doit être l'aboutissement d'une réflexion pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Cette démarche ne peut se concevoir sans l'adhésion et le soutien de la direction, de la commission médicale d'établissement en collaboration notamment avec la

commission du service de soins infirmiers et la «structure qualité» si elle existe. En outre, l'engagement des personnels d'encadrement médical et paramédical des unités de soins est une condition indispensable à la mise en place de cette démarche qui s'inscrit dans un processus de décloisonnement et de confiance partagée entre l'ensemble des professionnels qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou médico-techniques.

La communication et l'écoute au sein des établissements de santé est l'élément clé pour obtenir la sensibilisation, et l'adhésion des professionnels aux enjeux majeurs de ce programme.

3- Principes généraux de la prise en charge :

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour¹.

Les valeurs fondamentales, attitudes et comportements situés à la base de ces directives sont énoncés ci-après.

➤ Respect de la dignité humaine

La dignité fait partie de la condition humaine et est, de ce fait, indépendante des infirmités physiques, mentales ou psychiques d'une personne ou du contexte. Dans ce sens, la dignité doit être respectée de manière inconditionnelle. Le risque de mésestimer la dignité est particulièrement élevé dans les situations de faiblesse.

Respecter la dignité du patient signifie pour les médecins traitants et le personnel soignant²

- qu'ils considèrent la personne handicapée dans son unicité, individuellement en tant qu'homme ou femme, et se mettent en adéquation à son âge et son développement.
- qu'ils considèrent la vulnérabilité particulière du patient – tant dans leur attitude que dans leur communication avec lui – et le traitent d'une manière empreinte de respect, d'empathie et de patience.

¹ Article L1112-2, code de la santé publique.

² ASSM, *Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap*, 2008, P 07.

- qu'ils soutiennent le patient dans ses efforts pour parvenir à une existence autodéterminée et intégrée.
- qu'ils fassent le point sur les rapports de force et de dépendance existants.
- qu'ils réalisent que les notions de normalité et de différence, de participation. et d'exclusion trouvent leur origine dans leurs propres perspectives.

➤ **Respect de l'autonomie**

Chaque personne a droit à l'autodétermination. Une capacité d'autonomie limitée par un handicap n'abolit pas ce droit. Une personne est capable d'autonomie lorsqu'elle est en mesure d'assumer sa situation, de prendre des décisions en accord avec ses valeurs et convictions et d'exprimer sa volonté. Pour l'équipe traitante et le personnel soignant, le respect de l'autonomie revient à¹ :

- soutenir, sans contrainte et de manière empathique, les processus partiels nécessaires à la capacité d'autonomie (la compréhension de la situation, l'identification des différentes décisions possibles et leurs conséquences, leur appréciation en partant des préférences personnelles, l'expression des décisions prises et des souhaits ainsi que leur mise en pratique).
- déterminer, chez les patients dont la capacité d'autonomie est réduite, quelles sont les capacités partielles et de quelle manière elles peuvent être prises en compte au moment de prendre la décision.
- inclure des personnes proches du patient, dans la mesure où ceci correspond au souhait respectivement à l'intérêt du patient, dans le but de favoriser la communication.
- investir le temps et les moyens nécessaires à la communication.
- comprendre que la perception de la volonté du patient, à travers l'empathie, s'accompagne (tant chez l'équipe soignante que chez les proches du risque de projeter ses propres désirs et préjugés).

➤ **Équité et participation**

Une société basée sur le principe d'équité attache une grande importance à la participation de tous ses membres à la vie en société, avec les mêmes droits pour chacun d'entre eux. Une lésion ou une infirmité fonctionnelle entraînant souvent une

¹ ASSM Op-cit, P 08.

restriction de ces possibilités de participation, une telle société se doit de mettre des ressources particulières à la disposition des personnes en situation de handicap. Le traitement médical et la prise en charge sont des composantes essentielles de cette prestation sociale. Ces derniers doivent toujours se conformer aux possibilités de participation du patient. A cette fin, ils peuvent s'appuyer sur la classification de l'OMS.

➤ **Traitement médical et prise en charge médicale adéquats**

Chaque personne peut prétendre à un traitement médical et à une prise en charge médicale adéquats, Cela signifie d'une part, qu'aucune mesure indiquée d'ordre préventif, curatif ou palliatif ne peut être refusée sur la base d'une atteinte ou d'une infirmité existante. Toute discrimination relative à l'accès aux prestations du système de soins doit être évitée, d'autre part, un traitement et une prise en charge adéquats imposent également de tenir compte des répercussions de l'infirmité préexistante sur le succès possible de la thérapie et de prendre en considération de manière appropriée les souhaits et besoins individuels du patient. L'influence positive du traitement – sur la qualité de vie et la durée de vie – constitue le critère déterminant pour une mesure thérapeutique.

➤ **Prise en charge personnelle et continue, collaboration interdisciplinaire**

Les personnes en situation de handicap souffrent souvent de problèmes médicaux variés, ce qui explique pourquoi elles sont fréquemment prises en charge par différents spécialistes. Des changements réguliers du lieu de séjour, entre l'institution et la famille, peuvent entraîner un traitement simultané ou consécutif par différents médecins. C'est pourquoi un médecin de référence, auprès duquel convergent toutes les informations importantes, doit être désigné. Lors d'un changement de médecin (par exemple au moment du passage à l'âge adulte), le transfert des informations doit faire l'objet d'une attention particulière, de préférence dans le cadre d'un entretien direct entre les deux médecins et en présence du patient.

La prise en charge personnelle et prolongée telle qu'elle est décrite, doit inclure les soins et thérapies non médicales que propose le milieu médical. Pour autant que le patient soit d'accord, il faut veiller à l'information et à la coordination mutuelle de tous les médecins, du personnel soignant et des thérapeutes impliqués.

A cette fin, il est souvent nécessaire d'inclure des professionnels des branches sociales et pédagogiques, dans des situations de crise, la coordination interdisciplinaire peut avoir lieu au cas par cas, par exemple au sein de ce qu'on appelle des conférences d'intervenants. Les consultations spécialisées, interdisciplinaires et ambulatoires représentent la solution optimale à une prise en charge prolongée de formes spécifiques de handicaps.

Pour les patients souffrant d'un trouble cognitif ou psychique, le contact avec un grand nombre de médecins différents risque de provoquer la confusion et de se révéler angoissant, perturbant ainsi davantage leur capacité, déjà limitée d'autonomie. Il est donc nécessaire qu'une personne de confiance, familiarisée avec l'histoire médicale du patient, soit autorisée à accompagner celui-ci lors de chaque visite médicale.

➤ **Accompagner par la parole la réflexion et le parcours de l'utilisateur**

Ne pas restreindre l'utilisateur à sa situation de fragilité, accompagner son développement et encourager son autonomie, nécessite que les professionnels sachent accompagner par la parole les évolutions, prises de conscience ou moments de détresse des usagers.

Il est préconisé que les propos critiques ou angoissés de l'utilisateur sur son parcours et la réflexion sur les événements douloureux passés ou à venir puissent avoir leur place au sein des échanges entre professionnels et usagers. Il est recommandé également que les professionnels soient formés, accompagnés et soutenus pour pouvoir accueillir ces moments de doute, de réflexion ou de détresse et ainsi, accompagner l'utilisateur dans la maturation affective des étapes de son parcours ou de son expérience.¹

➤ **Être attentif à la durée et à la continuité du parcours de l'utilisateur**

Parce que la sortie de l'utilisateur de la structure qui l'accueille ou l'accompagne n'induit pas que tous ses repères soient retrouvés et que sa situation soit immédiatement stabilisée de manière satisfaisante pour lui, il est recommandé que les professionnels réfléchissent avec lui à toutes les mesures susceptibles de faciliter ce moment de transition. Ce moment étant considéré comme une étape du parcours à part entière, un travail en réseau des professionnels avec d'autres intervenants à l'extérieur

¹ ANESM, *La bien traitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 2008, p 21.

est en particulier recommandé, ainsi que des occasions concrètes de suivi et de communication. Ainsi il est important que l'utilisateur puisse retrouver le soutien des professionnels qui l'ont accompagné s'il en éprouve le besoin.

Il est également recommandé que la sortie préparée et accompagnée par les professionnels, soit réfléchie au regard des bénéfices ou au contraire des dommages qu'une durée de séjour trop courte ou trop longue peut amener dans le parcours de la personne dans le cadre réglementaire. Il est préconisé qu'un juste équilibre soit donc réfléchi par les professionnels et l'utilisateur en tenant compte tout aussi bien des risques d'institutionnalisation des personnes accueillies trop longtemps, que des risques de rechute ou de précarisation très rapide des usagers dont l'accompagnement a été trop tôt interrompu. Il est préconisée également que toutes les formes de dispositifs transitoires et intermédiaires entre l'institutionnalisation complète et la sortie définitive soient étudiées et mises à profit pour accroître les chances de l'utilisateur de retrouver une situation satisfaisante et pérenne pour lui après sa sortie de la structure¹.

4- L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge

4-1-L'équipe

La qualité du travail en équipe avait été identifiée comme facteur clé de l'envie des praticiens d'exercer à l'hôpital public. Les comptes rendus de débats apportent des explications essentielles à cet attachement. Elle apparaît comme une ressource sociale en ce qu'elle favorise l'échange et évite les replis catégoriels. De ce fait, elle atténuerait les risques psycho-sociaux (notamment burn-out). Elle est également perçue comme une ressource professionnelle, les échanges qui s'y construisent participant de la transmission des savoirs. Sa structure, hors ligne hiérarchique, la rend source de motivation en ce qu'elle favorise la prise de responsabilité. L'ambiance de l'équipe est un facteur clé d'attractivité².

4-2-Le pôle

Le pôle est ainsi le cadre et surtout le niveau de la gestion médico-administrative, avec la nécessaire articulation entre la lourdeur de cette tâche et l'exercice médical ;

¹ANESM, op-cit, P23.

² François AUBART, Didier DELMOTTE, *Exercice médicale à l'hôpital, Un système de santé recomposé, Un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus*, P13.

S'il est nécessairement hiérarchisé, le pôle semble tout de même pouvoir ménager l'expression de la démocratie interne. Il offre ainsi au jeune praticien la possibilité d'y trouver sa place.

4-3-Le territoire

La territorialisation de l'offre de soin, notamment par l'organisation en communauté hospitalière de territoire apparaissait peu dans le sondage d'opinion. Les débats permettent de les faire émerger comme facteur d'attractivité, et surtout comme un cadre sécurisant du déroulement d'une carrière, d'une part et comme un nouvel espace de développement de l'équipe médicale (dans le cadre des temps médicaux partagés), d'autre part¹.

Conclusion

La qualité de la prise en charge des patients reflète l'image de la santé publique en général, le médecin à un rôle primordial dans l'amélioration de la santé des patients puisque c'est lui qui détermine à côté des moyens médicaux nécessaires le traitement de chaque cas et la solution pour chaque situation qui concerne la santé publique. Le médecin a pour mission de traiter et de soulager les patients, pas seulement par le traitement somatique de la maladie mais aussi son comportement vis-à-vis les patients joue un rôle important dans l'amélioration de leur état de santé. Dans le troisième chapitre on va essayer d'exposer les grands points constituant le processus de médicalisation que le médecin doit respecter afin de satisfaire les besoins des patients.

¹ AUBART François, DELMOTTE Didier Op-cit, P14.

Chapitre IV

Présentation de l'organisme
D'accueil

Chapitre IV : présentation de l'organisme d'accueil

1-Le secteur sanitaire de Bejaia

Le secteur sanitaire de Bejaïa comprend plusieurs structures de santé, parmi lesquelles il y a l'hôpital Khellil Amrane.

Le secteur sanitaire de Bejaïa couvre sur une superficie de 460,65 Km². Il assure une couverture sanitaire aux 240.258 habitants des sept (07) communes suivantes : Bejaia, Oued-Ghir, Tichy, Tala hamza, Boukhelifa, Aokas et Tizi-Nberber.

Le secteur sanitaire est géré par la direction de l'hôpital Khellil Amrane, situé au chef-lieu de la commune de Bejaïa. Il est doté d'un budget de fonctionnement et d'une autonomie de gestion.

Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de l'EPH Khellil Amrane, le secteur sanitaire de Bejaïa n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz Fanon, hérités de la période coloniale.

En 2011, l'hôpital Khellil Amrane est devenu le siège du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaïa. La création de ce dernier est faite suite à l'inauguration de la faculté de médecine .

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le CHU est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions : de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

- Hôpital Khelil Amrane ; situé au village Smina.
- Hôpital Frantz Fanon ; sis à l'ancienne ville, Bordj Moussa.
- Hôpital Targa ouzamour (clinique mère-enfant) ; situé au village Tala Merkha.

2-Missions et valeurs

2-1-En matière de santé

- Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourante à la protection et à la promotion de la santé de la population.
- Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- Participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé.
- Contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité, de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

2-2-En matière de formation

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

2-3-En matière de recherche

- Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé.

- Organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

3-Les Objectifs du CHU

- Soins à haut niveau.
- Formation médicale et soins infirmiers.
- Recherches en science de la santé.
- Soutenir la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation et de suivis, d'accompagner les recompositions internes, les regroupements de plateaux techniques, les partenariats entre les établissements publics et privés.
- développer les systèmes d'information, de la communication et audio-visuel.
- Soutenir les opérations répondant aux critères d'efficience.
- Assurer les mises aux normes de sécurité.

4-Les services du CHU

4-1-Cellule d'Accueil

4-1-1-Présentation :

- La cellule est constituée de 03 bureaux : le bureau du Médecin Généraliste, bureau d'accueil et bureau de la psychologue.
- Personnel médical : 01 Médecin Généraliste principal.
- Autre : 01 psychologue et 01 agent d'accueil.
- Nombre d'unité : 01.

4-1-2-Activité principale :

- accueil, orientation, prise de rdv et prise en charge psychologique.

4-1-3-Contenu :

- en coordination avec l'hospitalisation à domicile et tous les services d'hospitalisation et d'exploration. .

4-1-4-Perspectives du service :

- Pour une meilleure prise en charge de cette catégorie de malades, l'accès aux soins appropriés (chimiothérapie, radiothérapie), sera accessible et facile par l'ouverture d'un centre anti cancer au niveau de la wilaya de Bejaia.
- Renforcement de l'hospitalisation à domicile qui sera d'un apport considérable pour les soins palliatifs et d'accompagnement dans le but est de désengorger les services hospitaliers.
- Entretien du registre du cancer de la wilaya de Bejaia (statistique a l'appui).
- Meilleure prise en charge psychologique du malade et de son entourage.

4-2-Anesthésie et Réanimation

4-2-1-Présentation

- Capacité litière : 20 lits.
- Personnel médical : 11 spécialistes de santé publique

4-2-2-Activité principale

- activités de réanimation et d'anesthésie

4-2-3-Activités de réanimation

- rapport de garde du matin
- visite médicale
- Réception des proches des malades

4-2-4- Activités anesthésiques

- consultation d'anesthésie
- visite préanesthésique
- anesthésie (AG, A L R.....)
- réveil post-anesthésique...
- réanimation chirurgicale

4-3-Chirurgie Générale

4-3-1-Présentation

- Capacité litière : 30 Lits+16 C.C.I
- Personnel médical : 07 Chirurgiens ,04 Chirurgiens pédiatres
- Personnel paramédical : -IDE -11, -IB - 04, ATS-07
- Nombre d'unité : FEMME, HOMME

4-3-2-Activités principales

- Urgences chirurgicales
- Activité à « froid »
- Chirurgie thyroïdienne
- Chirurgie colique
- Chirurgie du rectum
- Chirurgie anale
- Chirurgie pariétale
- Chirurgie du sein
- Chirurgie Biliaire
- Chirurgie conventionnelle
- Chirurgie cœlioscopie
- Chirurgie Gastrique
- Chirurgie œsophagienne

- L'ensemble des activités chirurgicales englobe les pathologies bénignes et malignes.

4-4-Médecine Interne

4-4-1-Présentation

- Personnel médical : 01 maître -assistante hospitalo-universitaire ,08 spécialistes assistants dans 05 disciplines, et 03 généralistes
- Capacité litière : 32 lits
- Nombre d'unité : 2
- 01 Unité Homme : 14 Lits et une chambre à 2 Lits pour le pénitencier
- 01 unité Femme : 28 Lits.

Situation : Le service de médecine interne est situé à l'Hôpital Khalil Amrane ,au 3ème étage

4-4-2-Activité principale

La majorité des activités du Service de Médecine Interne est représentée par l'accueil des patients consultants aux Urgences et nécessitant une hospitalisation ; pour des motifs aussi divers. La Médecine Interne prend en charge dans leur globalité ces patients, notamment quand plusieurs pathologies associées rendent les choses complexes.

4-4-3-Contenu

- Visites médicales quotidiennes des patients
- Explorations complémentaires lors de situations pathologiques variées :
Echocardiographie et Echodoppler vasculaire des membres : pour les malades du service, et chaque mercredi pour les patients des autres services (réanimation, chirurgie, infectieux, pneumophtisiologie....) ;et ceux non hospitalisés.
- Exploration endoscopique digestive

- Colloque
- Gardes au service de médecine interne chaque jour, y compris les weekend et jours fériés, avec prise en charge des patients admis au PU pour divers motifs
- Astreintes quotidienne au service, avec intervention au PU et autres services éventuels sur leur sollicitation (Réanimation, Chirurgie, Orthopédie...)
- Hospitalisation : Le champ d'action de la Médecine Interne est bien défini, et vaste, l'hospitalisation dans le service s'opère selon 3 modalités

1. après admission au pavillon des urgences médicales du CHU.

2. par entrée directe à la demande du médecin traitant après accord de l'équipe médicale.

3. par transfert d'un autre service (réanimation, orthopédie,) ou d'un autre établissement.

- L'hospitalisation à domicile (HAD) : assurée par une équipe formée d' 1 médecin généraliste et une infirmière.

4-4-4-Consultation externe

La consultation externe est le 2ème grand axe du service : 8 médecins assurent des consultations spécialisées sur l'ensemble de la semaine. Ces consultations sont ouvertes à tout patient orienté par son médecin traitant ou un autre spécialiste. Elle a lieu au niveau de la polyclinique sidi ahmed selon un programme établi.

4-4-5-Activité pédagogique

Enseignement et Recherche :

- En tant que service universitaire affilié à l'Université Bejaia, le service de médecine interne du CHU Le service assure une mission d'enseignement auprès d'étudiants en médecine en graduation (module de sémiologie, gastro-entérologie, neurologie...)

- Activité de stage clinique : pathologies nombreuses et variées idéales pour la formation Des étudiants en Médecine : 3ème Année (Sémiologie), 4ème année, étudiants de 6ème Année, ainsi que les Internes.
- Le service participe à des cours de formation médicale continue (FMC).
- Activité d'enseignement et stage clinique auprès des étudiants en sciences infirmières

4-4-6-Le conseil de service :

Réunion bimensuelle (personnel médical et paramédical avec le chef du service)

Organisation et fonctionnement du service Concertation, échanges de points de vue, difficultés et problèmes, propositions....

4-4-7-Perspectives :

- Améliorer les prestations de soins et développer l'activité du service de médecine interne.
- Développer les démarches diagnostiques et thérapeutiques par l'enrichissement du plateau technique du service.
- Nécessité d'une Sous-Unité de Gériatrie.
- Participation aux manifestations scientifiques Nationales et Internationales, et développer l'activité de recherche.
- Participation à l'Organisation des Journées Nationales et des Congrès de MI.
- Renforcer la présence d'Internistes dans les Services de Médecine de la région.
- Mise en œuvre d'études de recherche en Médecine Interne
- Renforcer la collaboration avec les sociétés savantes de médecine interne
- Perspective pédagogique pour préparer les futurs médecins à l'acquisition de l'esprit de synthèse :
 - ❖ Renforcer l'activité d'enseignement et stage clinique auprès des étudiants en graduation et en post-graduation.

- ❖ Augmenter le nombre de postes d'internes, ouvrir des postes de Résidents en Médecine Interne et organiser leur formation pratique, et leur enseignement théorique.
- ❖ Développer la formation continue.

4-5-Bloc Opératoire

4-5-1-Présentation

- Personnel médical : tous les chirurgiens.
- Personnel paramédical : 25 Instrumentistes ,17 Anesthésistes.
- Nombre d'unité : 02 Bloc froid- Bloc urgence.

4-5-2-Activité principale

- Réalisation d'intervention Chirurgical en chirurgie viscérale Orthopédique, Neurochirurgie et chirurgie CCI.

4-5-3-Perspectives du service

- La mise en disposition de tous les moyens nécessaires pour effectuer des interventions chirurgicales.
- Amélioré les prestations de soins fournies au patient et assurer une qualité de soins optimale.
- Promouvoir les nouvelles technologies pour la sécurité des patients.

4-6-Service Pédiatrie

4-6-1-Présentation

- Capacité litière : 26 lits
- Personnel paramédical 02 infirmières et 01 technicien de labo.

4-6-2-Activité principale

- Rapport de garde à 8h30 tous les jours sauf vendredi et samedi

- Remises des malades tous les jours 8h30-16h
- Visite médical 7j/7j
- Etude des dossiers chaque lundi à 14h
- Hospitalisation
- Exploration
- Contrôle des malades

4-7-Neurochirurgie

4-7-1-Présentation

- Capacité litière : 32 lits
- Nombre d'unité : 05 UNITES :

4-7-2- Activités cliniques : Incluent

- les consultations, Les gardes, les activités opératoires, l'hospitalisation médicale, diagnostique et thérapeutique.

4-7-3- les activités opératoires

- les urgences neurochirurgicales : les traumatismes crâniens.....etc.
- la chirurgie du système nerveux central et périphérique: tumeurs cérébrales et médullaires, hydrocéphalies (Neuroendoscopie), la chirurgie rachidienne, les Spina bifida...etc.

4-7-4-Contenu

- la visite médicale : quotidienne à 08h00 suivi d'un staff de garde.
- la visite pédagogique : hebdomadaire.
- un staff dédié au programme opératoire : chaque jeudi à 13h00 pour discuter les dossiers médicaux et établir un programme opératoire de la semaine.
- l'hospitalisation : il ya trois modes d'hospitalisation au service.

- ❖ le transfert : le malade doit obligatoirement transiter par les urgences du CHU de Bejaia ou un de ses services.
- ❖ le programme : les patients recrutés à la consultation de neurochirurgie.
- ❖ l'hospitalisation dans un but de suivi et de diagnostic et traitement médical.

4-7-5-Perspectives du service

- La formation médicale et paramédicale
- La recherche:

4-8-Orthopédie Traumatologie

4-8-1-Présentation

- Capacité litière : 32 LITS
- Personnel médical :12 Chirugiens
- Personnel paramédical : 06 Infirmiers diplômés .
- Nombre d'unité : 02 unités femmes -hommes

4-8-2-Activité principale

Traumatologie quotidienne, Orthopédie : Prothétique, Rachidienne, Tumorale Infantile, Arthroscopie.

4-8-3-Perspectives du service

Chirurgie spécialisée dans la : Art

4-9-Service médicaux Chirurgicale

4-9-1-Présentation_

- Capacité litière : 15 lits
- Personnel médical : 18 médecins généralistes
- Personnel paramédical : 28 entre IDE et ATS, Une psychologue

- Nombre d'unité : 04.

4-9-2-Activité principale

Réception et prise en charge des urgences vitales médicales et chirurgicales tri consultation.

4-9-3-Contenu

- Réception et prise en charge des urgences médicales et chirurgicales notamment en salle de déchoquage.
- Visite médicale journalière des patients en observation.
- Discussion multidisciplinaires avec les spécialistes des autres services.

4-9-4-Perspectives du service

- séparation des urgences médicales des urgences chirurgicales.
- Agrandissements des capacités d'accueil et prise en charge.
- Améliorer la qualité des soins.
- Formation médicale continue de l'ensemble des médecins du Service.

Chapitre V :
Méthodologie et techniques de
recherche

Chapitre V : la méthodologie appliquée

Introduction :

Dans cette étape, le chercheur doit établir de quelle manière il s'y prendra pour trouver la réponse aux questions soulevées dans la problématique de recherche et ainsi, infirmer ou confirmer les hypothèses de recherche. Dit que le chercheur devra proposer une logique de démonstration ou de preuve, c'est-à-dire une approche de recherche qui permettra de monter un dossier favorable ou défavorable à ses hypothèses.

Selon AKTOUF Omar « *La méthodologie peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et techniques. Il ne suffit pas de les connaître, encore faut-il savoir les utiliser comme il se doit, c'est-à-dire savoir comment les adapter, le plus rigoureusement possible, d'une part à l'objet précis de la recherche ou de l'étude envisagée, et d'autre part aux objectifs poursuivis.* »¹

Ce chapitre décrit en détails l'approche méthodologique de notre recherche, ainsi que la taille de l'échantillon, les stratégies d'échantillonnage et les méthodes et les techniques utilisées, ainsi que la description des problèmes rencontrés dans le terrain.

1- Présentation de l'organisme d'accueil

Le Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia a été créé par le décret exécutif N° 09-319 du 06.10.2009.

Les structures hospitalières qui le composent aujourd'hui, sont celles composant l'Ex secteur sanitaire de Bejaia réorganisées ensuite, avec la mise en place de la nouvelle carte sanitaire depuis janvier 2008 en EPSP (Etablissement Public de Santé et de Proximité), EHS (Etablissement Hospitalier Spécialisé) et EPH (Etablissement Public Hospitalier).

Le CHU de Bejaia est le fruit de différentes réorganisations des structures hospitalières en un temps très réduit. De l'organisation en secteur sanitaire jusqu'à 2007, à l'organisation en EPH et EHS de 2008 à 2009 et enfin en CHU à

¹ AKTOUF Omar, *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*, Les Presses de l'Université du Québec, 1987, P 27.

partir de 2011, sachant que les missions de ces établissements sont différentes. Cette transition de l'organisation du secteur sanitaire, à celles de l'EPH et ensuite CHU, s'est traduite par des changements profonds dans le fonctionnement, l'organisation, la vocation et la diversité des activités et des missions assignées. D'où l'inadaptabilité des structures actuelles (EPH) aux missions du CHU notamment, les soins de haut niveau, la formation et la recherche. Ajouter à cela, l'étendue de la carte géo-sanitaire à couvrir ainsi que les soins intermédiaires qui relèvent de la compétence des EPH et qui sont aujourd'hui assurés par le CHU.

2- La Population mère

On désigne par « population » l'ensemble indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront la recherche. C'est ce qu'on appelle aussi la population-mère.

Ici on devra prélever un certain nombre d'individus précis qui remplissent certaines caractéristiques précises afin de constituer un groupe représentatif, qui correspondra aux éléments identifiés de notre problème de recherche et des hypothèses, ces individus sont concernés et spécifiquement susceptibles de fournir les données cherchés, en répondant aux questions soulevées par la formulation du problème.

Dans notre recherche, cette population était constituée de médecins praticiens, et de patientes résidants dans les différents services du CHU de Bejaia.

Tableau N° 01 : La population mère (professionnels de la santé).

Corps	Effectif au 31/12/2014
- Professeurs	05
- Maitres de conférence	04
-Maitres assistants	23
Praticiens spécialistes (toutes spécialités).	113
Praticiens médicaux généralistes	70
Total	215

Source : document interne (CHU).

Tableau N° 02 : La population mère (les patients).

Service	Nombre de patient (2014)
Service des urgences	107135
Service de médecine interne	784
Service neurochirurgie	961
Total	108880

Source : document interne (CHU).

3- L'échantillon de l'enquête

Dans la majorité des cas la population d'une enquête, est trop vaste et pour que le chercheur envisage de recueillir des données auprès de tous les éléments de la population il faut donc limiter son enquête à quelques unités sur le terrain. Donc à ce stade on doit préciser quelle sera notre population d'étude.

Le mot « échantillon » peut prendre une double signification. Au sens strict ou opérationnel, il désigne exclusivement le résultat d'une démarche visant à prélever une partie d'un tout bien déterminé ; au sens large, il désigne le résultat de n'importe quelle opération visant à constituer le corpus empirique d'une recherche.

« L'échantillon se définit comme étant une petite quantité d'un produit destinée à en faire connaître les qualités ou à les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, un spécimen. »¹

Selon ALVARO Pires *« L'échantillon désigne exclusivement le résultat d'une démarche visant à prélever une partie d'un tout bien déterminé ; au sens large, il désigne le résultat de n'importe quelle opération visant à constituer le corpus empirique d'une recherche ».*²

Notre population d'étude est composée de médecins et de malades, elle est de type probabiliste pour les deux populations d'étude (les médecins et les patientes interviewées, aux différents services du CHU « urgences, médecine interne, et neurochirurgie »).

¹ AKTOUF Omar Opcit, p 72.

² ALVARO Pires, *échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique*, p 07.

Tableaux N°03: Les caractéristiques du premier échantillon d'étude :**Les médecins**

N	Age	Genre	Spécialité	Ancienneté
01	33 ans	M	Généraliste	04 ans
02	49ans	F	Généraliste	21 ans
03	30 ans	M	pédiatre	02 ans
04	35 ans	M	Urologue	01 an
05	24 ans	F	Généraliste	01 an
06	32 ans	F	Généraliste	05 ans
07	40 ans	F	G.E	11 ans
08	35 ans	M	G.E	09 ans
09	34 ans	M	rhumatologue	07 ans
10	48 ans	F	rhumatologue	14 ans

Source : enquête personnelle au CHU de Bejaia (15 /05 /2015)

Tableaux N°04: Les caractéristiques du deuxième échantillon d'étude :**Les patients hospitalisés**

N	Age	Genre	Durée de séjour
01	64 ans	M	15 JOURS
02	75 ans	M	15 JOURS
03	46 ans	F	07 JOURS
04	52 ans	F	09 JOURS
05	83 ans	F	12 JOURS
06	43 ans	F	09 JOURS
07	53 ans	F	27 JOURS
08	33ans	F	15 JOURS
09	39 ans	M	46 JOURS
10	46 ans	M	15 JOURS

Source : enquête personnelle au CHU de Bejaia (15 /05 /2015)

4- Méthode d'échantillonnage

Selon ZAGRE « *L'échantillonnage est un ensemble des procédés visant à la sélection d'une fraction de la population telle qu'elle puisse être considéré comme représentative de la population totale de référence. C'est donc une procédure par laquelle un petit nombre d'unités d'analyse sont sélectionnées pour étude dans le but de généraliser les résultats à la population mère, appelé l'univers* »¹

Face à la difficulté rencontrée de toucher à toute la population de notre recherche au sien de CHU de Bejaia, nous avons opté pour la méthode d'échantillonnage probabiliste aléatoire simple pour la sélection des médecins et des patients à interviewer (selon leur disponibilité).

5- Méthode et techniques utilisées

5-1-La méthode

Selon GRAWITZ la méthode est « *l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie. Elle peut être considérée comme sa réalité envisagée* »².

Selon Jean-Louis Loubet « *La méthode désigne donc une démarche logique, indépendante du contenu particulier de la recherche, et qualifie des processus et des formes de perception et de raisonnement destinés à rendre intelligible la réalité à appréhender.* »³

Pour notre recherche on a procédé à l'utilisation de la méthode qualitative, car elle vise à cerner la réalité telle que la définit la population d'étude, ainsi que c'est la méthode la plus apte pour avoir des informations et des données de qualité pour notre thème de recherche, « *Recueillir des informations de premier main auprès des informateurs* »⁴, et elle nous a permis également d'approfondir beaucoup plus notre terrain de recherche, et d'avoir des résultats plus pertinent.

Cette méthode se caractérise par une procédure ouverte, qui a permis aux enquêtés d'exprimer librement leurs opinions, points de vue, ainsi qu'elle nous a permis aussi

¹ ZAGRE, Amboise, *Méthodologie de recherche en science sociale*, édition L'Harmattan, Paris, 2013, p 73.

² GRAWITZ M, *méthode des sciences sociale, paris*, 8ème édition, DALLOZ, 1986, p443.

³ LOUBERT Jean-Louis, Del Bayle, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, édition d l'Harmattan, Paris, 2000, P27.

⁴ MET BUSCHINI F Serge, *les méthodes des sciences humaines*, Edition PUF, paris, 2003, P 151.

de collecter des données précises sur la réalité de notre thème de recherche. Comme elle offre plus de possibilités à répondre aux besoins des informateurs et ce en fonction de la nature du sujet à traiter.¹

5-2- Les techniques appliquées

Selon Pinto, les techniques sont des procédés opératoires rigoureux, bien définis, susceptibles d'être appliqués à nouveau dans les mêmes conditions adaptées au genre des problèmes ou des phénomènes en cause².

5-2-1-La pré-enquête

La pré-enquête est une étape très importante, elle nous a permis dans notre recherche d'acquérir des informations sur notre thème de recherche, elle nous a permis aussi de se familiariser avec notre terrain de recherche, et affiner nos hypothèses, ainsi que de dégager la méthode et les techniques les plus adéquates à notre thème de recherche. Elle nous a permis également d'enrichir notre guide d'entretien à travers l'observation et quelques entretiens exploratoires que nous avons menés avec certains patients et médecins exerçant dans le CHU de Bejaia.

La pré-enquête que nous avons menée au sein des trois services de CHU de Bejaia (service des urgences médico-chirurgicales, médecine interne, et neurochirurgie), nous a permis de mieux connaître et identifier notre population d'étude composée de patients hospitalisés et de médecins ainsi que les conditions de leur exercice, ainsi que la particularité de leur tâche qui consiste à alléger les douleurs de leurs malades, elle nous a permis aussi de découvrir le fonctionnement de ses trois services.

Cette phase nous a permis aussi de délimiter le champ de notre recherche, et de tester les techniques et les outils d'investigation.

5-2-2-L'observation non participante

L'observation est une technique essentielle dans toute recherche en science sociale surtout de nature qualitative, elle comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le modèle d'analyse est soumis à l'épreuve des faits confrontés à des données

¹ Ruth Schumacher, *Méthodes qualitatives en recherche sociale sur les maladies tropicales*, p3.

² PINTO Robert, et CRAWITZ, M, opcit. p346.

observables. Elle vise à tester les hypothèses et elle confère à la recherche un principe de réalité.

Cette technique nous a permis durant notre recherche d'avoir des informations sur la pratique médicale, par l'observation directe des comportements relationnels des médecins face aux patients.

5-2-3-L'entretien semi-directif approfondi

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien semi-directif qui se caractérise, par une structure supérieure par l'emploi d'un guide aux questions pré-formulées précédemment. Il est tout à fait possible de reformuler une ou autre question supplémentaire à la liste établie auparavant.

Selon Hudelson : *«Les entretiens semi-structurés sont basés sur l'utilisation d'un guide d'entretien. C'est une liste écrite de questions ou de sujets qui doivent être couverts pendant l'entretien. L'ordre exact et le choix des mots peuvent eux varier d'une personne interrogée à l'autre.»*

De plus, l'entretien nous a permis d'explorer de manière approfondie l'univers des personnes interrogées, par des questions ouvertes destinées aux médecins et aux patients, ainsi qu'à «analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratique et aux événements aux quels ils sont confrontés»¹,

Notre guide d'entretien s'est focalisé sur :

1- pour les médecins

- la formation continue.
- les moyens humains et matériels.
- la prise en charge médicale des patients du CHU.

2- pour les malades

- la prise en charge médicale des patients du CHU.
- les inégalités sociales au niveau du CHU.
- la relation médecin-malade.
- l'accompagnement des patients.

¹ QUIVY R, COMPENHOUDTEL, *Manuel de recherche en science sociale*, 2^{ème} dynode, paris, 1995, p196.

6-La définition du temps et du lieu de l'enquête :

6-1-Le lieu de l'enquête

Notre recherche a été menée au sien du CHU de Bejaia, grâce à leur importance dans la wilaya de Bejaia et leur rôle dans la satisfaction des besoins de la population en matière de la santé, se choix nous a permis d'avoir des informations sur le rôle du personnel médical dans l'amélioration de la santé de la population malade.

6-2-La durée de l'enquête

Notre enquête est déroulée durant une période de trois (03) mois, entre le (15.02.2015 au 14.05.2015), Pendant cette période on a fait une observation et des entretiens avec les médecins exerçant et les patients hospitalisés dans trois services de CHU, à savoir :

- Le service des urgences médicales (service de trait et service d'observation médicale).
- le service de médecine interne (hommes et femmes).
- le service neurologie (hommes et femmes).

7- Les obstacles rencontrés

Durant la réalisation de chaque enquête de terrain, les chercheurs rencontrent des obstacles et difficultés nuisent au bon déroulement de l'enquête. Et parmi ces difficultés on a rencontré les suivantes :

- L'une des difficultés rencontrées, le problème d'accès à tous les services du CHU car l'administration exige l'accès à un seul service ce qui n'allait pas avec notre thème de recherche.
- Le problème d'adaptation au milieu hospitalier dans les premiers temps de l'enquête, car il s'agit d'un espace de souffrance et de maladies ;
- La non-disponibilité des enquêtés à cause de la charge de travail ;
- Le manque d'espace au CHU a empêché le bon déroulement des entretiens avec les enquêtés.
- Interruption pendant le déroulement des entretiens, à cause de la surcharge de travail;

- Certains médecins ont refusé d'être interviewés car ils sous-estiment la sociologie de la santé.
- L'état de santé des patients était une autre difficulté rencontrée durant la réalisation des entretiens.

Partie pratique

Analyse et interprétation des

Résultats

Chapitre VI

Les répercussions des
conditions de travail au sein du
CHU sur le rendement des
médecins.

Chapitre VI : les répercussions des conditions de travail au sein du CHU sur le rendement des médecins

Introduction

Dans ce chapitre on va exposer la nature des conditions de travail dans lesquels les médecins du CHU exercent leur profession, et les répercussions de ces conditions sur leur rendement, ainsi que sur leurs compétences qui déterminent la qualité de la prise en charge des patients.

1- Les conditions de travail des médecins au sein du CHU

L'environnement de travail, les conditions matérielles, pharmaceutiques et humaines sont les conditions de travail dans chaque hôpital, ses facteurs permettent aux médecins d'assurer un bon rendement dans leur travail et une parfaite prise en charge de la population en matière de la santé publique ainsi que sa préservation.

Les médecins des différents services du CHU qu'on a questionnés durant notre enquête ont déclaré que les conditions de travail sont défavorables, soit sur le plan matériel, pharmaceutique... , ces facteurs les empêchent de former une équipe cohérente avec un nombre suffisant de personnel et notamment des médecins de différentes spécialités pour assurer le bon déroulement de traitement médical de chaque cas.

Le manque du matériel retarde et empêche une bonne qualité de prise en charge des patients, c'est ce qui était déclaré par le chef de service des urgences : « *les conditions de travail sont médiocres et pénibles, on à rien, ni matériel, ni personnels, voulez vous qu'on travail convenablement !!!!?????* » [Généraliste, 49 ans, N°2]. Cette précarité influence négativement sur le rendement des médecins, rajoute un des médecins qui travaille dans le service des urgences : « *on travail dans des conditions défavorable se qui nous empêchent d'offrir un bon service médical et de satisfaire les besoins de nos patients* » [urologue, 35 ans, N° 4].

D'après cette première analyse, on constate que les mauvaises conditions de travail au sein du CHU de Bejaia représentent une grande nuisance, pas seulement pour les médecins qui ont des difficultés à exploiter leurs compétences, mais aussi pour les patients qui assument les conséquences de cette mauvaise qualité de la prise en charge médicale, ce qu'était expliqué par un spécialiste rhumatologue : « *les conditions de travail sont défavorables, et le grand perdant c'est le patient qui souffre d'un manque... presque avec tout les cas traités* » [rhumatologue, 48 ans, N°10]. La dégradation des conditions de travail exprimée par le manque des moyens matériels, médicamenteux et du personnel ralenti le travail des médecins, et influence aussi négativement sur la santé des patients ; tel il dit : Gollac et Volgoff : « *les mauvaises conditions de travail ont des couts individuels et collectifs considérables* »¹. De ce fait on peut dire que les conditions de travail au sein du CHU sont défavorables et insuffisantes, ce qui ne favorise pas un bon service médical et donc une bonne qualité de la prise en charge des patients. Donc face aux conditions du travail défavorables, les médecins n'arrivent pas à assurer convenablement leur rôle et accomplir leurs missions en faveur de la santé publique et son amélioration.

2- la surcharge de travail des médecins

La répartition des médecins dans les différents services du CHU représente un grand problème, car la majorité de ses médecins réclament de cette gestion qui influence négativement sur leur qualité de travail physique et intellectuelle.

Les médecins qu'on a interrogés dans les différents services du CHU souffrent de la surcharge de travail comme un médecin pédiatre l'a décrit : « *les conditions de travail sont médiocres, car il y'a trop de surcharge, on ne peut plus* » [pédiatre, 30 ans, N° 3].

La surcharge de travail est un souci pour tous les médecins du CHU, surtout les médecins de service des urgences parce que le nombre de patients est important et

¹ GOLLAC Michel, VOLCOFF Serge, *Les conditions de travail*, éditions la découverte, Paris, 2000, p12.

augmente de jour en jour, comme le déclare un des médecins urgentistes « *il y'a trop de surcharge dans ce service des urgences à cause du grand nombre des patients et le manque de nombre du personnel médical* » [généraliste, 33 ans, N° 1].

Photo N° 01: la surcharge de travail dans le service des urgences



Source : l'enquête CHU de Bejaia, prise le 10/05/2015

Cette photo montre le nombre élevé des patients devant le service des urgences médicales, cette foule est la cause de la surcharge de travail des médecins puisque leur nombre est insuffisant, pour répondre aux besoins de ce nombre de patients.

Au niveau des autres services comme la médecine interne on trouve moins de surcharge de travail sur les médecins, car le nombre de lits et le nombre des patients pour chaque médecin sont équilibrés « *la surcharge de travail au niveau de notre service ne cause pas un grand problème, on maîtrise la situation* » [Castro-urologue, 40 ans, N°7].

Cette surcharge de travail est un obstacle que rencontre les médecins durant l'exercice de leur profession, parce qu'elle affecte directement la qualité de la prise en charge médicale des patients puisqu'elle affecte le rendement des médecins et le temps consacré pour le traitement de chaque patient cette surcharge met parfois le médecin dans une situation de stress, et influence négativement les compétences de médecin, comme le souligne un médecin qui travaille dans le service urgence : « *les conditions de travail sont pénibles, il y'a trop de surcharge et de pression, personnellement ça me*

tape sur les nerfs, des fois je perds le contrôle et je ne sais plus quoi faire » [généraliste, 24 ans, N° 5]. De ce fait on peut dire que les conséquences de la surcharge de travail des médecins, influence négativement sur la prise en charge médicale des patients à savoir le temps consacré pour les traitements ce qui cause parfois des fautes médicales.

3- la vision des médecins vis-à-vis de la disponibilité des ressources humaines et moyens matériels

3-1- les ressources humaines

Le nombre de praticiens qualifiés est nécessaires dans tous les structures sanitaires il doit être quantifié pour l'exécution sereine et efficace de chacune de ces activités, en priorisant le soin. L'équipe peut intégrer tout praticien, quelque soit le statut (public/privé) et le mode d'exercice (salaire/libéral), pour répartir l'obligation de continuité et de permanence des soins et renforcer la cohésion des équipes et la solidarité entre professionnels de santé.

En Algérie l'organisation des praticiens de santé dans les hôpitaux publics est anarchique, « *Les ressources humaines sont ainsi inégalement réparties. C'est le cas notamment des praticiens spécialistes qui sont en majorité concentrés dans les grandes villes au nord du pays* »¹.

Comme le cas du CHU de Bejaia où on a remarqué l'existence d'inégalité dans la répartition des praticiens car certains services procèdent le nombre suffisant de médecins pour couvrir les besoins de santé des patients et autres services souffrent du manque des médecins. Cette désorganisation est la cause principale du manque des professionnels de la santé. Selon le rapport national de système de santé Algérien « *la démobilisation des personnels liée à l'inadaptation des statuts et des profits de formation ainsi qu'à des modes de rémunération peu motivants, constitue toujours une*

¹ KAÏD Nouara, *Le système de santé algérien entre efficacité et équité*, P79.

cause importante de départs massifs, en particulier des spécialistes, vers le secteur privé et l'étranger »¹

A partir de notre observation au niveau du CHU on a remarqué ce manque de médecins dans les différents services et la majorité des entretiens qu'on a effectués avec les médecins ont confirmé ce constat. Le chef de service des urgences a dit « *je souffre avec mon équipe de manque des médecins soit les généralistes ou les spécialistes, on n'arrive pas à couvrir la demande des patients* » [généraliste, 49 ans, N°2]. Il rajoute un autre médecin urgentiste pour dire : « *les conditions de travail sont médiocres, le nombre de médecins est insuffisant, chacun de nous effectue le travail de plusieurs médecins* » [généraliste, 33 ans, N°1]. Le nombre insuffisant des médecins au niveau du CHU influence négativement sur la qualité de la prise en charge des patients et la santé publique en général. Ce problème de manque de spécialistes au niveau du CHU cause aussi un obstacle devant l'amélioration de la situation de la santé dans cette Wilaya, un urologue nous a répondu « *je suis la preuve vivante de manque des spécialistes dans cet hôpital, parce que je suis le seul dans ma spécialité et je travaille partout* » [urologue, 35 ans, N°4].

D'autre part, certains médecins au niveau du service de la médecine interne, disent qu'on ne trouve pas ce problème de manque de nombre des spécialistes dans notre service. Comme le confirme un des médecins : « *non on n'a pas ce problème de manque de spécialistes on arrive à couvrir la demande des patients transférés à notre service* » [gastro-entérologue, 40 ans, N° 7].

La gestion des personnels de santé n'est qu'un des éléments de la gestion des systèmes de santé, à l'intérieur des objectifs et stratégies dans laquelle elle s'inscrit. Par ailleurs, les attitudes et compétences des personnels de santé ainsi que la manière dont leurs efforts sont coordonnés et orientés influent beaucoup sur l'efficacité et

¹ Ministère de la santé et de la population, *Développement du système national de santé, stratégie et perspective*, Mai 2001.

l'efficacité avec lesquelles les objectifs sont réalisés et les stratégies mises en œuvre plus spécifiquement tisser¹.

Le manque du personnel médical au niveau du CHU n'est pas le seul problème mais il y a aussi l'organisation anarchique des médecins dans les différents services du CHU.

3-2- les ressources matérielles

La première observation qu'on a faite c'est que cette infrastructure est néanmoins en grande partie vétuste, malgré les nouveaux travaux effectués dans tous les services du CHU. Sa construction essentiellement de type pavillonnaire, ne répond plus aux exigences de l'ingénierie sanitaire moderne.

La deuxième observation c'est l'espace insuffisant qui se traduit par le manque des salles de soins, les bureaux pour les médecins, l'espace restreint pour chaque service, le manque de lits... « *La couverture en lit est restée relativement constante au cours de cette dernière décennie, se situant à environ 02 lits pour 1000 habitant* »² Tous les médecins qu'on a interrogés ont réclamé ce problème d'espace et de manque de lits face au nombre élevé de patients. C'est ce que nous a dit un docteur « *l'espace n'est pas suffisant, on travaille tous dans un seul bureau, j'ai installé une petite table auprès de mes patients pour que je puisse travailler* » [rhumatologue, 48 ans, N° 10], un autre médecin dit : « *des fois j'examine mes patients au niveau du couloir car le nombre des salles des soins est insuffisant* » [généraliste, 32 ans, N°6].

Les médecins travaillent dans des conditions pénibles et fatigantes et les patients souffrent de la surcharge de travail. Un médecin a dit « *le nombre de lits est insuffisant par rapport au nombre des patients* » [rhumatologue, 35 ans, N°8]. Un autre annonce « *le manque d'espace est un problème connu dans cet hôpital, on a un seul bureau pour travailler et une seule salle des soins, le nombre des lits et des chambres pour les patients est vraiment insuffisant* » [pédiatre, 30 ans, N°3].

¹ OMS, *la gestion des ressources humaines pour la santé*, 2000, P 17.

² Ministère de la santé et de la population, *Développement du système national de santé, stratégie et perspective*, Mai 2001, p 23.

Il reste à dire que L'espace restreint au niveau du CHU est un grand obstacle devant les médecins puisqu'il les empêche d'exercer leur profession convenablement et de satisfaire les besoins de leurs patients. C'est triste qu'un des spécialistes nous a dit « *je me retrouve perdu je travaille dans tout les services, parce que je n'ai ni service ni un bureau ni salle de soins, rien* ». Un généraliste nous a avoué que « *ça me fais vraiment mal de voir des patients souffrants installés dans les couloirs, comment voulez-vous les prendre en charge dans des conditions défavorable ? Je te jure que c'est décevant mais qu'est ce que voulez vous faire ?* » [Généraliste, 24 ans, N°5].

Photo N°03 : le manque de l'espace



Source : l'enquête CHU de Bejaia, prise le 10/05/2015

Cette photo illustre l'espace restreint au niveau de CHU, qui ne couvre pas la demande des patients.

Donc, le manque d'espace et de nombre de lits au niveau du CHU est une réalité qui met en question le rendement des médecins et l'amélioration de la santé des patients du CHU.

Les moyens matériels et les équipements médicaux, n'ont pas connu de renouvellement significatif depuis 1982. Les taux de pannes sont élevés pour beaucoup de raisons : manque de maintenance, manque de pièces de rechange, la sur-utilisation

et l'absence d'une politique de maintenance¹. Il y a notamment le problème de manque des grand appareils comme le scanner et les machine de la radiologie ce qui explique les grandes chaines devant la radiologie et les autres machines indispensables. Et comme résultat du manque de logistique, le transfert des patients vers d'autre wilayas, et autres centres d'imagerie médicale (privé au public) pour faire certain radio, scanner, IRM...

Les enquêtés ont expliqué que les médecins rencontrent beaucoup de difficultés pour le diagnostic faute de moyens matériels pour bien préciser l'état de chaque patient, ils doivent ainsi attendre pour beaucoup de temps afin d'obtenir les résultats à cause de cette insuffisance d'équipement médical. Un des médecins qu'on a interrogé nous dit que : « *au niveau du matériel il y'a beaucoup de manque, du petit au grand matériel par exemple l'endoscope et l'imagerie médicale* »[gastro-entérologue, 40 ans, N° 7]. Les médecins nous ont parlé aussi de manque de médicaments et des bilans : « *on souffre d'un énorme manque de moyens : bilans, matériel, médicaments...* » [Rhumatologue, 34 ans, N° 9].

Cette situation de manque matériel amène les médecins à orienter leurs patients vers des structures privées.

4- la place de la formation médicale continue des médecins au CHU

La formation médicale continue est très importante pour les médecins car elle permet d'améliorer leurs compétences dans le domaine médical et répondre aux nouveaux besoins de la société en matière de santé surtout avec l'émergence de nouveaux pathologie, « *toutes les catégories de personnels doivent être impliquées dans cette formation en vue de permettre une amélioration des performances du système de santé et de la qualité des soins. La formation continue devra être institutionnalisée et constituer un préalable à l'évolution dans la carrière* »²

¹Ministère de la santé et de la population, Op-cit, P76.

² Rapport de comité nationale de population, *la politique nationale de population à horizon 2010*, Octobre 2000.

Le système de santé Algérien exige de chaque hôpital public d'avoir un programme de formation continue qui doit s'articuler autour des besoins des praticiens médicaux et paramédicaux. Ces formations doivent être périodiques centrées sur des exigences de postes. Elles doivent centrer sur la résolution des problèmes de soins et de santé en général qu'on rencontre à l'hôpital.

D'après les entretiens menés auprès des médecins du CHU de Bejaia, la formation médicale continue n'a pas son rôle dans le programme du CHU, ce qui était déclaré par un des médecins questionné : « *non on n'a pas un programme de formation obligatoire imposée par l'administration* ». [Rhumatologue, 34 ans, N° 9]. Les médecins sont tous d'accord sur l'importance des formations médicale continues spécialement dans leur domaine parce qu'elles permettent d'améliorer leurs compétences médicales et les mettre à jours pour accompagner les nouveautés apportées par la médecine moderne et la recherche scientifique, ce que affirme l'un des médecins interrogé : « *la formation est très importante pour nous en tant que médecins parce qu'elle nous donne toujours un plus pour améliorer nos compétences personnelles et découvrir les nouveautés apportées à notre domaine de spécialité* » [gastro-entérologue, 35 ans, N°8]. Il rajoute un autre spécialiste pour dire : « *la formation continue est importante pour moi parce qu'elle enrichit mes connaissances et elle les met à jour dans ma spécialité* » [gastro-entérologue, 40 ans, N°7].

À partir des affirmations des médecins interrogés, on constate que la formation continue est indisponible pour les médecins car d'après ce qu'ils disent elle permet une meilleure prise en charge des patients, mais l'administration néglige le rôle de ces formations. Un des médecins interrogés nous a dit : « *je fais des formations continues en Algérie et en France mais on les paye de notre poche car pour moi elles sont indispensables... elles m'aident beaucoup pour améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients* » [rhumatologue, 48 ans, N°10].

En revanche, certains médecins dans la catégorie des généralistes trouvent que leur formation initiale est suffisante et ils n'ont pas besoin d'autres formations « *pour moi la formation continue ne sert à rien puisque je fais mon travail convenablement. Je pars des fois en formations juste pour changer d'air et s'enfuir un peu de la surcharge de travail* » [généraliste, 49 ans, N°2], et c'est ainsi pour un autre généraliste « *on*

nous propose pas des formations continues à l'hôpital et ça ne me dérange pas car je pense que je suis compétente et je fais mon travail convenablement » [généraliste, 32 ans, N°6].

En guise de conclusion on constate qu'au niveau du CHU de Bejaia il n'existe pas une politique claire qui met en œuvre un programme concernant les formations médicale continues malgré les besoins exprimés par les médecins et les exigences du système de santé Algérien qui nécessite un programme spécial pour les formations continues de tout le personnel médical.

5- La place de la déontologie médicale dans les formations continues

La déontologie médicale est la science des devoirs du médecin. Elle est l'ensemble des règles qui régissent les rapports des médecins entre eux ou entre médecin et malades ou la société et médecin. Elle se situe entre le droit et la morale. La morale dit ce qui est bien, le droit, ce qui est juste. La déontologie médicale est plus détaillée et plus nuancée que la. Morale et le droit, car elle envisage des situations concrètes, vivantes¹.

Selon la loi, Article N°01: « *la déontologie médicale est l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin, chirurgien dentiste, et pharmacien doit observer ou dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession* »².

Le médecin exerce une profession noble qui n'exige pas seulement des études et des formations en médecine mais aussi un comportement approprié parce qu'il travaille avec des personnes ayant besoin de beaucoup d'aide physique et psychologique. La déontologie est aussi un guide qui contrôle l'exercice de la profession du médecin qui n'accepte pas la moindre faute médicale qui peut être couteuse pour les patients.

¹ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS de France, *L'exercice médical dans la société: Hier, aujourd'hui, demain*. Edition Masson P316.

² Journal officiel de la république Algérienne, *Règles de déontologie médicale*, N°52.

Le système de santé Algérien dans ses réformes et ses rapports donne beaucoup d'importance à l'éthique et la déontologie médicale et exige que le malade a un droit de bénéficier de soins de qualité. Il est donc nécessaire de renforcer la responsabilité et la compétence du praticien et spécialement celle de médecins parce que ce dernier est le plus proche du patient.

Pour aider les médecins dans la réalisation de leurs objectifs une sensibilisation organisée et périodique est nécessaire. C'est ce que les médecins ont confirmé lors des entretiens, ils sont tous d'accord que le métier de médecin est noble et ils ont toujours besoin d'un rappel concernant la déontologie médicale. Mais tous les médecins qui ont suivi des formations ont dit qu'on ne leurs propose jamais des séances concernant ce sujet : *« oui la déontologie médicale est très importante notamment dans notre domaine, qui est très sensible, mais à part les cours qu'on a étudiée à l'université il nous propose pas des formations ou des journées de sensibilisation »* [pédiatre, 30ans, N°3]. Un autre médecin rajoute : *« la formation concernant la déontologie médicale, il n ya pas et pourtant on a vraiment besoin de sensibilisation car beaucoup de médecins négligent ce côté dans l'exercice de notre métier »* [généraliste, 24 ans, N°5].

Les médecins considèrent que la déontologie fait partie de leur métier et elle les oriente quotidiennement, mais sur le terrain il n'existe pas des congrès ou des formations dans ce domaine.

6- la vision des médecins vis-à-vis de la qualité de la prise en charge médicale des patients

Le médecin est au service des patients et de la santé en général. Il a pour mission la prise en charge des patients et l'assurance de leur bien être ainsi que l'amélioration de leur état de santé *« le médecin et le chirurgien dentiste sont au service de l'individu et de la santé publique »*¹

D'près l'entretien mené auprès des médecins du CHU, la majorité ont déclaré que la qualité de la prise en charge médicale est moyenne, à cause de manque des moyens

¹ Journal officiel de la république Algérienne N°52 Article 6, chapitre 2.

matériels et le manque d'espace, ce qui confirme l'un des médecins interrogés: « *la qualité de la prise en charge de nos patients est moyenne à cause de manque des moyens matériels et d'espace, sinon on fait le maximum* » [généraliste, 49 ans, N° 2]. Il rajoute un autre médecin : « *la qualité de la prise en charge est moyenne, et on fait de notre mieux, mais le manque du matériel empêche une bonne prise en charge* » [gastro-entérologue, 40 ans, N°7].

Un seul médecin parmi nos enquêtés a avoué que « *la qualité de la prise en charge des patients est moyenne à cause de grand manque matériel, mais il ne faut pas cacher tout, de même le manque des compétences des médecins du CHU et le problème commence déjà de la formation initiale qu'on a reçue* » [généraliste, 33 ans, N° 01].

Certains médecins sont satisfaits des résultats de leur travail puisqu'ils pensent qu'ils font de leur mieux pour réaliser un bon travail, ce qui était déclaré par un médecin : « *je suis satisfaite des résultats de mon travail, je fais de mon mieux* » [rhumatologue, 48 ans, N° 10], et cela même si la qualité de la prise en charge des patients au CHU est moyenne. Elle rajoute pour dire : « *ça fait 14 ans que j'exerce ce métier et Dieu merci je n'ai jamais reçu une seule réclamation de mes patients* » [rhumatologue, 48 ans, N°10].

D'après les médecins qu'on a interrogés, les patients sont bien pris en charge, ils font tous leur travail convenablement avec les moyens que le CHU leur offre, mais certains médecins reçoivent des réclamations de la part des patients surtout au niveau de service des urgences parce que les médecins spécialistes, dans les autres services, qu'on a interrogés ont tous dit qu'ils n'ont jamais reçu des réclamations de la part de leurs patients « *non, non pour l'instant je n'ai pas reçu des réclamations, Dieu merci* » [urologue, 35 ans, N°4] dit un des médecin interrogés, et malgré l'ancienneté de cette spécialiste dans le domaine médical.

Bien que la majorité des médecins généralistes qu'on a interrogés confirment qu'ils reçoivent beaucoup de réclamations, et d'après eux la cause de ces réclamations ne revient pas à leur travail mais c'est le grand nombre de patients au niveau des urgences et aussi les patients ne sont jamais satisfaits malgré les efforts fournis par les médecins, ce qui affirme un des médecin interrogés : « *oui on reçoit des réclamations,*

tout simplement on ne peut jamais satisfaire tout le monde, le nombre des patients augmente constamment » [généraliste, 49 ans, N°2]. Un autre généraliste rajouté : « *oui, oui il y a des réclamations, même moi je ne sais pas pourquoi... on fait bien notre travail mais quoi qu'on fasse, ils ne sont jamais satisfaits* » [généraliste, 32 ans, N°6].

A propos des inégalités sociales de santé durant la prise en charge médicale des patients la majorité des médecins ont dit qu'ils n'y a pas de différence entre les patients parce que c'est contre leurs principes autant que médecins et pour eux ils sont tous des patients et chaque patient a des besoins spécifiques, affirme l'un des médecins interrogés : « *non il y'a pas des inégalités pour se soigner, ils sont tous des patients* » [généraliste, 32 ans, N°6], un autre rajoute : « *non pas de discrimination, on est tous une seule famille ici* » [généraliste, 49 ans, N°2]. Et pour un autre spécialiste « *Il y'a pas de différence entre mes patients c'est contre mes principes* » [rhumatologue, 34 ans, N°9].

D'un autre part, il y a trois médecins parmi les enquêtés qui ont avoué qu'il existe des inégalités devant le service médical parce que d'après eux on ne peut pas traité tout les patients de la même manière «*Il y'a toujours des patients défavorisés, on les traite selon nos liens avec eux (famille, connaissances) et aussi selon leur situation économique, peut être qu'il y'aura des bénéfiques par la suite, c'est comme ça, c'est notre culture, c'est ainsi que notre société fonctionne* » [généraliste, 33 ans, N°1]. C'est le cas aussi pour un autre spécialiste qui nous a avoué « *oui il y'a des inégalités entre les patients, on les traite selon leur statut social... on ne traite pas un grand responsable et un ouvrier de la même manière, qu'est ce que tu veux ? Nous les Algériens on est comme ça !!, on coure tous auprès nos intérêts* » [gastro-entérologue, 35 ans, N°8]. Un autre dit « *moi, je penche toujours aux personnes qui vivent dans une situation difficile pour les orienter vers d'autre médecins que je connais, afin de les aider, même parfois je paie de mes poches pour certain patients* » [rhumatologue 48 ans N° 10].

On constate d'après ces médecins qu'il existe toujours des inégalités devant le service médical et qu'ils favorisent certains patients par rapport aux autres selon les

réseaux sociaux de chaque patient et son statut social ou bien sa situation économique, enfin les médecins expliquent ce phénomène par la culture de la société Algérienne.

Conclusion

Les médecins du CHU travaillent dans un environnement plein de contraintes, des conditions de travail défavorables, le manque d'espace et de matériel ainsi que l'insuffisance en ressources humaines notamment le manque de nombre des médecins généralistes et spécialistes, sont des facteurs qui peuvent influencer négativement le rendement du travail fourni et aussi leur compétence. Les médecins de CHU souffrent de plusieurs manques qui représentent un obstacle pour l'amélioration de leurs performances dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des patients.

Chapitre VII

La qualité de la prise en charge
des patients mise en œuvre par
les médecins

Chapitre VII : La qualité de la prise en charge des patients mise en œuvre par les médecins

Introduction

La qualité de la prise en charge médicale des patients offerte par les médecins a un effet directe sur la santé des patients du CHU qui commence dès la première visite médicale jusqu'à la fin de traitement médical. Dans ce chapitre on essaye d'analyser les différents avis des enquêtés « patients » interrogés lors de l'entretien pour dégager leur vision vis-à-vis de la nature de la qualité de la prise en charge au sein de CHU de Bejaia.

1-les conditions d'hospitalisation au sein du CHU

a) Les conditions de travail des médecins

L'amélioration de la santé publique à un lien avec la qualité de prise en charge des patients et les conditions d'hospitalisation, ainsi que le climat hospitalier est considérée comme un facteur de l'amélioration de la santé des patients.

Parmi les principes de la réforme hospitalière on trouve l'amélioration des conditions d'hospitalisation et l'environnement hospitalier en général comme : la réception, l'hygiène, la nutrition, la radiologie, ...etc.

Les patients interrogés déclarent que les conditions d'hospitalisation sont favorables, comme le cas de Salah qui affirme : « *les conditions d'hospitalisation sont favorables, je me sens à l'aise* » [patient, 46 ans, N°1] et c'est le même cas pour Malek qui a dit « *les conditions sont favorables, on se sent bien, c'est beaucoup mieux qu'avant surtout au niveau d'hygiène, le calme...* » [Patient, 75 ans, N°2]. Les enquêtés interrogés déclarent que le CHU de Bejaia est amélioré ces dernières années et ce en ce qui concerne l'accueil des patients, l'hygiène et même la sécurité soit interne soit externe de l'hôpital, ce qui était confirmé par un des enquêtés « Samia » qui annonce que « *l'environnement est favorable, tous va bien, ils sont tous gentils avec nous... je vois une amélioration parce que je me rappelle j'étais là il y'a 7 ans et c'était terrible en ce qui concerne les conditions d'hospitalisation, mais maintenant cv comme même, les responsables de l'hôpital font attention même au régime de chaque patient, et aussi les services de l'hôpital sont propre* » [patiente, 33 ans, N°8].

D'après les résultats obtenus on peut dire que les conditions d'hospitalisation au sein du CHU de Bejaia sont favorables ce qui était confirmé par la satisfaction des patients à l'égard du service de l'hôpital en ce qui concerne le traitement qui est entouré du personnel nécessaire ce qui a fait l'amélioration de leur état de santé.

b) Les ressources humaines et matérielles

La disponibilité des ressources humaines et des moyens matériels est indispensable pour assurer une bonne qualité de prise en charge des patients à l'hôpital.

D'après l'enquête qu'on a effectuée on constate que la majorité des patients déclarent le manque de médecins qualifiés (professeurs, médecins spécialistes et aussi l'insuffisance des moyens matériels (radio, scanner...).

Les patients ne sont pas satisfaits des moyens matériels et de l'espace, ce qui était déclaré par « Karima » qui dit : « *j'étais aux urgences, je n'ai pas trouvé un lit j'ai resté assise sur une chaise pour des heures dans le couloir en souffrant* » [patiente, 46 ans, N°3], le même cas pour « Mouloud » qui réclame à propos le manque des moyens matériels, il dit : « *..... oui c'est un grand problème parce que malgré notre état de santé qui est dégradé, on doit faire une longue chaîne pour faire une seule radio et pour le scanner il ne faut même pas rêver... il y'a aussi le problème d'espace, des fois ils nous examinent dans les couloirs* » [patient, 46 ans, N°10].

Les patients interrogés réclament à propos l'insuffisance des moyens d'hospitalisation par rapport à la demande, ce qui exige aux patients de faire leurs radios, bilans et scanner en dehors du CHU. Les radios, les analyses médicales et surtout le scanner sont réservés pour les urgences. Ce qui était confirmé par l'un des enquêtés :

« *Normalement une fois hospitalisé dans un hôpital public tout est gratuit, mais nous on paye tout, parce qu'il n'y'a rien dans cet hôpital...* » [patiente, 43 ans, N°6], rajoute un autre enquêté « lakhdar » : « *il y'a un manque énorme en ce qui concerne la prise en charge ... ;c'est nous qui souffrons ; on est malade, à peine on peut bouger et malgré ça on doit se déplacer à l'extérieur pour faire des bilans, des radios, le scanner... et on espère l'intervention de nos proches pour acheter des médicaments nécessaires, on paye tout de notre poche, je vous jure que c'est trop !!!* » [patient, 39 ans, N°9].

En ce qui concerne la disponibilité des ressources humaines, (médecins spécialistes, professeurs), les médecins disent que c'est différent d'un service à l'autre, et c'est bien ce qu'on a confirmé lors de notre visite des services et aussi en questionnant les patients des différents services.

Pour les patients qu'on a interrogés en médecine interne la majorité ont dit que ça ne pose pas de grands problèmes. Le nombre de médecins est suffisant pour eux, et ils sont disponibles pour les examens médicaux et les contrôles réguliers, c'est ce qui était dit par khadidja lors de l'entretien : *« pour moi ça va, il y'a pas un manque de médecins car ils sont toujours là au moment des visites médicales et des contrôles »* [patiente, 52 ans, N°4]. C'est aussi le cas de Fadila qui déclare *« nos médecins sont toujours là pour répondre à nos besoins de traitement, I y'a pas de retardement, et même s'ils s'absentent il y'a d'autres médecins qui les remplacent »* [patiente, 53 ans, N°7].

Mais pour d'autres services tel que l'urgence *« c'est la catastrophe »* comme ça a dit un des enquêtés interrogés. il faut prendre en considération que le nombre des demandant aux soins augmente d'un jour à un autre et la majorité de ces patients passent en premier lieu par le service des urgences puis ils seront transférées au service adéquat, donc c'est au service des urgences qu'on trouve que le nombre des médecins ne couvre pas le nombre des patients et c'est ce que Karima a confirmé *« ici je ne suis pas obligée d'attendre un médecin des heures pour m'examiner, mais quand j'étais au urgences c'était vraiment difficile parce qu'on doit attendre pour longtemps qu'un médecin se libère »* [patiente, 46 ans, N°3].

Ce qu'on a constaté lors de notre enquête au sein du CHU que le manque du personnel médical et notamment les médecins diffère d'un service à un autre. C'est ce qu'était confirmé par les patients d'après eux la pénurie des moyens matériels est un grand problème qu'on doit gérer le plus possible parce qu'il n'atteint pas seulement la santé des patients mais aussi elle touche à leur revenus, puisqu'ils doivent payer ce manque très cher. Sans ignorer le retardement que cause cette pénurie matérielle au niveau du diagnostic ainsi que le traitement des maladies.

Ce qu'on peut comprendre c'est que cette situation de pénurie reflète la désorganisation et la réalité de système de santé Algérien et la situation de la santé publique en Algérie.

C - La qualité de la prise en charge des patients du CHU

La qualité de la prise en charge est le premier souci des patients, parce que ce facteur détermine l'amélioration de leur état de santé. Les patients font confiance aux médecins d'ailleurs ils mettent leur santé entre leurs mains. Comme Stallones¹ l'a expliqué « L'effet des soins médicaux sur la santé d'une collectivité est minime, pour ne pas dire nul [parce que] les soins médicaux, du point de vue de la santé publique, arrivent toujours trop tard. »

Les patients hospitalisés au niveau du CHU sont en majorité satisfaits de la qualité de la prise en charge dont ils bénéficient par leurs médecins, et il y'a une très grande amélioration par rapport aux dernières années. Saadia nous avoue que « *oh, maintenant les médecins font bien leur travail, ils nous examinent bien, ils sont toujours là pour nous... mais avant je me souviens, les médecins ne faisaient pas leur travail convenablement, et au lieu de nous guérir tu sors avec une autre maladie* » [patiente, 83 ans, N°5].

Pour les patients, l'amélioration de leur état de santé est la preuve de la bonne qualité de la prise en charge médicale et c'est ce que Malek nous a annoncé « *oui la qualité est bonne car je suis bien et Dieu merci je vais beaucoup mieux depuis que je suis là* » [patient, 75 ans, N°2].

D'après notre enquête on peut dire que les patients sont satisfaits de qualité de la prise en charge médicale, c'est ce qu'on a constaté durant la période d'observation de travail des médecins.

2- la relation médecin-patient

Il est nécessaire de rappeler l'importance de la relation entre le médecin et son patient puisque cette relation elle peut aider le médecin durant le processus de médicalisation est surtout au moment du diagnostique, comme elle peut aussi aider le patient au niveau psychique. Dans leur relation aux usagers, les professionnels se

¹ R . A . Stallones, *Environnement, écologie et épidémiologique, Chronique* ,OMS, vol. 26, 1972, P 347.

voient sollicités pour répondre à des besoins de nature extrêmement variée. Les réponses, pour être en adéquation avec les besoins des usagers, peuvent varier d'une réponse verbale ponctuelle à un suivi éducatif très durable, d'une présence momentanée à un accompagnement prolongé sur des années, d'un soutien passant par le langage à une forme d'accompagnement où les gestes jouent un rôle central. « *Les malades ont besoin d'un médecin qui les écoute, qui connaisse leurs conditions de vie; leurs problèmes ne demandent que rarement des examens de laboratoire compliqués ou des investigations sophistiquées [...] Le patient d'aujourd'hui est à la recherche de son médecin, auquel il se confiera et qui assumera la responsabilité de sa santé* »¹.

La relation Soignant/Soigné est une relation bilatérale, avec, d'un côté, un professionnel qui donne un soin et de l'autre, la personne soignée qui reçoit les soins et les informations. Le soigné se connaît, il demande une aide passagère, il sait mieux que quiconque ce qu'il ressent. Le soignant doit, de ce fait, être à son écoute. Celle-ci est primordiale pour une prise en charge efficace. A mesure que le soignant et le patient apprennent à se connaître et à travailler en coopération pour résoudre les difficultés, ces rôles et ces tâches se redéfinissent²

La relation médecin-patient est un contrat social très important entre deux étrangers qui doivent coopérer dans le but thérapeutique, et pour réaliser ce but il faut que le médecin mette à la disposition de ses patients ses compétences et les informer sur tout les détails qui concerne leur état de santé, et à suivre ses indications et se collaborer au traitement.

Le traitement somatique de la maladie ne suffit pas sans la dimension humaine qui se projette par l'échange et la communication. La relation médecin-patient est en réalité une stratégie médicale et sociale dans un unique but : le traitement efficace des maladies.

La majorité de nos enquêtes décrit la nature de la relation qu'il les unit avec leurs médecins comme une relation strictement médicale, ils disent tous qu'ils s'entendent bien avec leurs médecins parce que ces derniers les traitent bien. Mais la relation entre

¹ É. Martin, *Il n'y a pas deux médecines*, La Suisse (Genève), 29 février 1976, p. 18.

² COLLECTIF SFAP, *Relation d'aide en soins infirmiers, Savoir et pratiques infirmières*, édition MASSON, p28.

eux ne dépasse pas le cadre des examens médicaux, des contrôles et des traitements somatiques. Les médecins gardent leurs distances avec les patients et il n'y a pas de communication entre eux. Lakhdar a bien expliqué ce point « *ma relation avec mon médecin est bonne, je me sens bien avec lui parce qu'il me traite bien, il fait son travail et c'est tout* » [patient, 39 ans, N°9], c'est le cas aussi de khadidja qui a dit « *mon médecin me traite bien, il ne s'énerve jamais contre moi mais il se contente de faire son travail et il s'en va, il ne parle de rien* » [patiente, 52 ans, N°4].

La communication entre le médecin et son patient est la base de chaque bon déroulement d'une thérapie, car elle permet au médecin de comprendre la source et la nature de la maladie et la procédure de son traitement. Mais dans le cas de nos patients, ils déclarent tous qu'ils font confiance à leur médecin mais juste parce que c'est lui le praticien et il sait ce qu'il faut faire. Nouria nous a dit à ce propos « *oui je lui fais confiance parce que c'est lui le médecin et il sait ce qu'il fait... non il m'a juste dit que j'ai un nerf bouché au niveau de mon pieds rien de plus. Il me dit jamais rien sur ma maladie, il vient, il m'examine et il s'en va* » [patiente, 43 ans, N°6].

« [...] *Pour choisir activement un premier médecin, il faut que l'on accepte par avance, jusqu'à un certain point, sa valeur et son autorité et que l'on partage jusqu'à un certain niveau ses points de vue sur la maladie et son traitement [...] Donc pour l'essentiel, ce sont la foi et la confiance de la part du client et l'autorité de la part du médecin qui sont les éléments critiques de cette interaction.* »¹

On peut comprendre donc, que la relation médecin-patient au CHU est strictement médicale, le médecin ne fait aucun effort pour se rapprocher du patient et lui expliquer la nature de sa maladie ou ses causes ou même son traitement.

3- l'accompagnement médical des patients

L'accompagnement médical n'est pas seulement une procédure médicale pratiquée par les professionnels médicaux, mais c'est une question de conscience et elle représente une réflexion éthique qui désigne l'ensemble des règles d'actions et des valeurs qui fonctionnent comme normes, en matière de médecine, dans une société avec ses différentes facettes évolutives.

¹ CRESSON G, *La confiance dans la relation médecin-patient*, édition ENSP, 2000, P 333.

D'après l'enquête réalisé au sein du CHU de Bejaia et d'après la réponse des enquêtés questionnés, on constate que les médecins gardent une distance avec les patients, il n'y a presque aucune communication entre eux. La communication « *c'est l'action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un* »¹ Les patients interrogés affirment qu'ils ignorent totalement tout types d'informations en ce qui concerne leurs maladies et même en ce qui concerne la manière de traitement. On trouve le cas de Malek qui réclame pour dire : « *mon médecin ne me parle jamais à propos ma maladie Tout ce que je sais c'est que j'ai un problème au niveau de pancréas, après une intervention non réussie, alors mon médecin m'a dit qu'il va refaire l'intervention dans un moi ou plus et voilà j'attends* » [patient, 75 ans, N° 2]. On remarque ici que les médecins du CHU ne prennent pas en considération l'accompagnement de la personne malade pendant son hospitalisation, à vrai dire normalement dès l'hospitalisation de patient, le médecin doit informer son patient de son état de santé et comment le traité. C'est aussi le cas de Khadidja qui dit : « *mon médecin est gentil avec moi, il vient chaque matin pour le contrôle... je sais seulement que j'ai un microbe au niveau des poumons, il m'a dit qu'il va m'opérer... dis moi tu sais si ma maladie est grave ?* » [Patiente, 52 ans, N°4]. Le patient a besoin de son médecin pas seulement pour le traitement médical mais aussi pour l'informer de son état de santé et le degré de sa gravité.

Le médecin essaye de mettre le patient dans le cadre de sa maladie d'une manière professionnelle scientifique qui influence négativement l'état psychique du patient parce que connaître sa maladie est très important dans le traitement médical, c'est ce qui était affirmé par l'un des enquêtés, « Mouloud » dit : « *j'ai peur car je ne sais pas exactement ce que j'ai comme maladie, j'ai toujours mal et personne dans cette hôpital ne me soulage, ils ne m'écoutent pas et ils ne précisent pas mon diagnostic* » [patient, 46 ans, N°10].

D'après toutes les affirmations des enquêtés on peut dire que chaque patient hospitalisé a besoin de l'accompagnement afin de mieux gérer sa maladie. Le rôle du personnel médical et notamment des médecins n'est pas seulement de porter les soins nécessaires mais aussi d'accompagner les patients afin de leur favoriser une confiance

¹ HACHETTE, *Le dictionnaire de notre temps*, 1991, p. 317.

pour se soigner et de renforcer leur cadre psychologique, puisque le patient met toute ses espérances en son médecin pour comprendre ce qu'il lui arrive et comment le gérer, « *chaque patient porte en lui-même son propre médecin. Nous donnons le meilleur de nous même lorsque nous permettons au médecin qui réside dans chaque de se mettre au travail* » Albert Schweitzer d'autre par expliquer la maladie au patient quelque soit son niveau culturel est parmi les principes de la pratique de cette profession « *il est plus important de connaître les personnes atteintes d'une maladie que les maladies même de la personne* » Hippocrate.

On conclut pour dire que les médecins au niveau du CHU négligent leur rôle humain, l'accompagnement médical n'est pas seulement une surveillance de malade et le contrôle régulier de son état de santé, mais aussi c'est la manière de se comporter, de se communiquer et de transférer des informations concernant la maladie auprès de patient.

4- les inégalités devant l'accès aux soins au niveau du CHU

La lutte contre les inégalités sociales de santé est redevenue une action prioritaire, une priorité devenue une urgence mondiale sous les effets de la crise économique. Si les appels nationaux et internationaux à l'action ne cessent de se faire plus pressants¹

Le but principal de chaque système de santé dans le monde est de réduire les inégalités sociales dans le secteur sanitaire parce qu'elle est un grand obstacle devant l'amélioration de la santé publique. La CNCPPDH a déclaré : « *il n'existe aucune égalité des citoyens devant l'accès aux soins* ». Les inégalités devant l'accès au matériel, aux soins médicaux, aux médicaments...sont des problèmes que les patients rencontrent dans les établissements de santé Algérien. Malek déclare : « *oui il y'a des inégalités au niveau de matériel car ils font la distinction entre les passions et cela c'est par rapport aux réseaux sociaux,... le scanner est en panne pour certains patients seulement et même les médecins s'intéressent plus à certains patients que d'autres, je ne sais pas peut être ils ont des gents qui interviennent pour eux* » [patient, 75 ans, N°2], c'est le même cas pour Fadila qui dit : « *on sait tous qu'il y'a une discrimination au niveau de matériel et même à cause des médecins qui favorisent les*

¹ LECLERC A, KAMINSKI M, LANG T, *Comblent le fossé en une génération* : le rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2009, vol. 57, n° 4 : P 227.

un par rapport aux autres, ça nous fait mal car on est tous des êtres humains »
[patiente, 53 ans, N°7].

Conclusion

À travers ce chapitre on a démontré que la satisfaction des besoins des patients du CHU ainsi que l'amélioration de leur état de santé est le résultat de la qualité de la prise en charge impliquée par les médecins et leur comportement humain et médical vis-à-vis les patients.

La vérification des hypothèses

La vérification des hypothèses :

Après la phase de recueil, d'analyse et d'interprétation des données, on arrive à l'étape de la vérification des hypothèses émises au début de notre étude.

La première hypothèse

Il s'agit de découvrir réellement comment les compétences des médecins influent sur la prise en charge des patients.

L'enquête a démontré qu'un grand nombre d'enquêtés jugent que les médecins au niveau du CHU sont compétents et emploient toutes leurs capacités et connaissances médicales ainsi que les moyens humains et matériels que le CHU possède dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des patients.

D'après les résultats obtenus sur le terrain, on peut dire que notre hypothèse proposée comme réponse à la question «les médecins du CHU sont-ils compétents ? Et à quel point utilisent-ils ces compétences pour améliorer la qualité de la prise en charge médicale ? », Est confirmée puisque toutes les données la valident.

La deuxième hypothèse

Il s'agit de voir si les médecins respectent le processus de médicalisation et à quel point ils contribuent à l'amélioration de la santé des patients.

À travers les données qualitatives des enquêtes, nous constatons que le processus de médicalisation et comportemental des médecins vis-à-vis les patients satisfait la majorité des patients et améliore leur état de santé.

A partir des réponses qu'on a obtenues, et l'analyse des résultats sur le processus de médicalisation nous arrivons à confirmer cette deuxième hypothèse.

Conclusion

Conclusion

Par cette étude nous avons étudié et analysé le rôle des médecins dans l'amélioration de la santé publique au sein de centre hospitalo-universitaire de Bejaia. Nous avons pu conclure que les compétences des médecins de CHU sont au niveau des attentes des patients hospitalisés, malgré le grand manque que le CHU connaît au niveau des moyens matériels et de nombre de professionnels médical.

Donc on a constaté à travers notre enquête que les conditions de travail des médecins sont défavorables pas seulement à cause de manque des ressources humaines et matérielles, mais aussi à cause de la surcharge de travail et le manque d'organisation, notamment au niveau de services des urgences.

L'enquête par entretien nous a confirmé que les compétences des médecins influent positivement sur la qualité de la prise en charge des patients de CHU, qui s'est amélioré ces dernières années grasse à la nouvelle politique de la réforme hospitalier, qui a visé l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux, qui jouent un rôle primordial dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale des patients.

Nous avons constaté aussi que l'état de santé des patients hospitalisés s'est amélioré grâce à leurs médecins qui respectent le processus de médicalisation en faisant de leur mieux pour soulager leurs douleurs, mais puisque la relation médecin malade est un facteur essentielle dans le traitement des patients, l'enquête a démontré que les patients sont satisfaits de comportement de leurs médecins.

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

La présente étude ouvre de nouvelles pistes de recherche sur le rôle des médecins dans l'amélioration de la santé publique.

La liste
bibliographique

Ouvrage :

1-Cresson G, *La confiance dans la relation médecin-patient*, édition ENSP, 2000

2-Didier Fassin et Bauris Hauray, *santé publique l'état des savoirs*, édition de la découverte, Paris, 2010.

3-DREYFUS H.L, ANDLER. D, *La portée philosophique du connexionnisme, Introduction aux sciences cognitives*. Edition Gallimard, Paris, 1992.

4- Gallois P, *La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation*, Paris, 1997.

5- Gollac Michel, VOLCOFF Serge, *les conditions de travail*, éditions la découverte, Paris, 2000

6- Marc Prével, *référentiel des compétences d'un médecin d'urgence*, édition FMU, 2004.

7-M. Cazaban, J. Duffour, P. Fabbro- peray, *santé publique, connaissances et pratique*, 5^{ème} édition, MASSON.

8-OUCHFOUN Abdelkrim, *l'épidémiologie et l'aide à la décision en santé publique dans les pays en développement, transition et système de santé en Algérie*, édition CREAD, Alger, 2009.

9-OUFRIHA Fatma-zohra, *nature et objectifs de l'hôpital, un bref survol des théories, transition et système de santé en Algérie*, édition CREAD, Alger, 2009.

10-Potvin Louise, Marie -J osé Mouet, Catherine M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*, édition INPES, Saint-Denis, 2010.

11-Raymond Massé, *La santé publique comme projet politique et projet individuel*
RAYNAL F, RIEUNIER A. Dictionnaire des concepts clés, édition, ESF, Paris, 1997.

Les ouvrages de méthodologie :

1-DEPELTEAU François, *la démarche d'une recherche en science humaines, de la question de départ à la communication des résultats*, édition de boeck, Québec, 2000.

2-Jean-Louis Loubet del Bayle, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, édition L'Harmattan, Paris, 2000.

3-Madeleine Grawitz, *méthodologie des sciences sociale*, 11^{eme} édition DALLOZ, paris, 2001.

4-Maurice Angers, *Initiation Pratique à la méthodologie des sciences humaines*, CASBAH, Saïd Hamdine, Alger.

5- Omar Aktouf, *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*, Les Presses de l'Université du Québec.

6-QUIVY R, COMPENHOUDTL, *Manuel de recherche en science sociale*, 2^{eme} édition DYNODE, paris, 1995.

7-Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt, *manuel de recherche en science social*, 3^{eme} édition DUNOD, paris 2006.

8- SERGE MET BUSCHINI F, *les méthodes des sciences humaines*, Edition PUF, paris, 2003.

9-Sylvain Giroux, Ginette Tremblay, *Méthodologie des sciences humaines, la recherche en action*, 3^{eme} édition, ERPI, Québec, 2009.

10-Stéphane Dufour, Dominic Fortin et Jacques HAMEL, *L'enquête de terrain en sciences sociales*, édition Saint-Martin, Montréal, 1991.

11-ZAGRE, Amboise, *Méthodologie de recherche en science sociale*, édition L'Harmattan, Paris, 2013.

Les revus et les rapports :

- 1- AMM, *manuel d'éthique médicale*, 2^{ème} édition, 2009.
- 2- CESE: *Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé*, n°4, 2013.
- 3- CNOM, code de déontologie médicale, Paris, 2012.
- 4-FIDH, *La « mal-vie »: rapport sur la situation des droits économiques, sociaux et culturels en Algérie*, N°541f, Mai 2010.
- 5-FOULIN J.N, MOUCHON S. *Psychologie de l'éducation*, édition Nathan, 1998
- 6-J. Imfeld, *La chute vertigineuse du médecin suisse*, *Bulletin des médecins suisses*, vol. 57, n° 10, p. 325
- 7- UNESCO, *la santé des nations*, revue trimestrielle, volume XXIX, n° 03, 1977.

Web graphie

[1-http://www.britannica.com/eb/article?tocId=9032043&query=Edwin%20Smith%20papyrus&ct=.](http://www.britannica.com/eb/article?tocId=9032043&query=Edwin%20Smith%20papyrus&ct=)

Consulter le 07/04/2015.

<http://www.fm.usj.edu.lb/anciens/code.htm>

Consulter le 07/04/2015.

Annexes

N° : 01

Guide d'entretien

L'entretien destiné aux médecins :

1/ données socioprofessionnelle :

- genre
- Age
- Spécialité
- Ancienneté au poste.

2/ la formation professionnelle :

- Est-ce que vous avez fait des formations en plus de votre formation initiale ?
- Pourriez-vous nous donner plus d'informations sur ces formations ?
- D'après vous à quel point la formation médicale est importante pour l'amélioration des compétences des médecins de CHU ?
- Quelle est la place de la déontologie médicale dans ces formations ?

3/ les moyens humains et matériels :

- Comment évaluez-vous les conditions de travail au niveau du CHU ?
- Le nombre de personnel médical du CHU couvre-t-il la demande des soins ? si c'est non, dites nous de quoi s'agit-il ?
- Y'a-t-il un manque des médecins spécialistes dans ce service ? expliquez nous à quoi il est du ce manque ?
- Rencontrez- vous des problèmes au niveau des moyens matériels disponibles ? quel est le matériel qui vous manque ?
- Le nombre des lits répond-il à la demande des patients ? expliquez ?

4/ la prise en charge médicale des patients du CHU :

- Comment évaluez-vous la prise en charge médicale des patients au niveau du CHU ?
- Que pourriez-vous nous dire sur les résultats de la prise en charge de vos patients ?
- Recevez-vous des réclamations de la part des patients et leurs familles ? en quoi consistent ces réclamations ?
- Pensez-vous qu'il existe des inégalités sociales au niveau de la prise en charge au sein du CHU ? si c'est oui à quel niveau on trouve ces inégalités ?

Entretien destiné aux malades :

1/ données personnelles :

- genre
- Age
- ²Type de maladie
- Durée de séjours

2/ la prise en charge médicale des patients du CHU ?

- Comment évaluez-vous les conditions d'hospitalisation au niveau du CHU ?
- Pourriez-vous décrire la qualité de la prise en charge médicale de cet hôpital ?
- Trouvez-vous qu'il y'a un manque dans le nombre des médecins ? expliquez ?
- Durant votre hospitalisation avez-vous trouvé un manque au niveau des moyens matériels ? de quoi il s'agit ?
- Est-ce que vous pensez que votre état de santé s'est amélioré depuis votre hospitalisation ?

3/ les inégalités sociales au niveau du CHU ?

- Pensez-vous qu'il existe des inégalités sociales au niveau de l'accès aux soins ?
- Avez-vous remarquez des inégalités sociales au niveau des visites et des contrôles des médecins ? expliquez ?
- Avez-vous remarqué des discriminations au niveau de l'accès aux lits ou au matériel médical ? en quoi consistent ces discriminations ?

4/ la relation médecin-malade :

- Comment pouvez-vous décrire votre relation avec votre médecin ?
- Faites-vous confiance à votre médecin ? pourquoi ?
- Comment évaluez-vous le travail de votre médecin ?
- Parlez-vous de votre maladie et votre thérapie avec votre médecin ?

5/ l'accompagnement des patients :

- Pouvez-vous nous décrire votre entourage médical ?
- Sentez-vous une surveillance régulière par votre médecin ? racontez ?
- Votre médecin vous donne-t-il des conseils concernant votre maladie et votre traitement ?

Annexes N° : 02
Annexes du CHU

Les missions du CHU :

Une vision novatrice des systèmes de santé fait des hôpitaux publics des éléments clés de réseaux d'établissements de soins, qui doivent assurer la prise en charge hiérarchisée des problèmes de santé sous l'action régulatrice de l'Etat et de la société civile à travers ses organismes participatifs et de prévoyance sociale. Elle comble toute solution de continuité entre les centres de santé de premier niveau et les établissements de référence pour amener chacun d'eux à jouer un rôle complémentaire en fonction de leurs capacités respectives.

Les hôpitaux publics doivent assurer dans ce contexte des missions qui s'inscrivent pleinement dans le champ du service public de santé :

1• Du point de vue de l'offre de soins :

Non seulement les hôpitaux publics ne parviennent pas à assurer de façon satisfaisante la prise en charge des cas d'urgence qui sollicitent leurs services, mais de plus ils parviennent difficilement à assurer leur rôle de référence, remettant ainsi en cause la fonctionnalité de l'ensemble du système de soins. Or, si les formations sanitaires de premier niveau que sont les centres de santé et les cabinets médicaux privés assurent l'essentiel de la couverture sanitaire et jouent un rôle majeur dans l'amélioration de l'état de santé des populations (consultations de médecine générale, consultations pré et postnatales, accouchements normaux, vaccinations, éducation pour la santé ...), leur efficacité repose sur la présence à leurs côtés d'établissements de référence capables d'assurer la prise en charge des patients dont l'affection dépasse leurs compétences.

2• Du point de vue de la formation des ressources humaines :

Les étudiants qui effectuent leur stage à l'hôpital y trouvent des conditions d'exercice de leur futur métier et des exemples de pratiques professionnelles qui sont loin de correspondre à ce qui leur est enseigné dans le cadre de leur formation théorique.

La plupart des programmes d'action sanitaire doivent en conséquence corriger le manque de compétence des personnels de santé des formations sanitaires périphériques par la multiplication de recyclages aussi coûteux que peu efficaces, alors que le problème de fond se trouve à la source, c'est à dire au niveau de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion des hôpitaux au sein desquels ils ont reçu leur formation professionnelle de base et qui constituent le lieu de référence de leurs pratiques.

De plus, les hôpitaux n'occupent pas la place qui leur revient en matière de formation continue : rares sont les chefs de service qui ont simplement conscience de leurs responsabilités vis-à-vis des établissements de soins publics ou privés qui les entourent.

3• Du point de vue de la recherche :

Le manque de motivation des personnels hospitaliers s'ajoute au manque de préoccupation scientifique des hôpitaux pour minimiser la place de la recherche.

Seuls, les hôpitaux à vocation universitaire donnent à la recherche une certaine dimension. Mais elle reste trop souvent limitée à des perspectives de carrière et s'inscrit rarement dans une planification concertée.

4• Du point de vue de la santé publique :

Les hôpitaux sont peu associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des grands programmes de santé publique, alors qu'ils disposent de la plupart des spécialistes du pays dans les disciplines concernées. A leur isolement du reste du système de soins vient en effet s'ajouter la verticalité de ces programmes pour tenir les hôpitaux à l'écart d'activités essentielles, alors qu'ils pourraient largement contribuer à leur succès.

Cette tendance est accentuée par la télévision aux quels ont accès une majorité croissante de la population, y compris dans les zones rurales, par les échanges de plus en plus fréquents avec le monde industrialisé et surtout par l'émergence de nouvelles classes sociales qui cumulent enrichissement financier et culturel pour accroître cette nouvelle demande de soins.

Les pays qui ont cherché à limiter de façon directe cette tendance sont tombés dans le piège de la fermeture au reste du monde, et ont abouti aux effets inverses de leur discours initial qui défendait les principes de justice sociale et de développement humain.

Aucun pays ne peut aujourd'hui refuser d'apporter une réponse concrète à cette expression nouvelle de la demande, qui ne cesse de croître en fonction des effets du développement.

La très grande majorité de la population, qui vit en zone rurale ou qui s'entasse dans les quartiers périphériques des villes a certes besoin de soins efficaces, pertinents et accessibles. Mais elle a aussi besoin d'enseignants, d'ingénieurs, de vétérinaires, de commerçants, d'industriels, de médecins pour conduire son propre développement.

L'état de frustration qui caractérise chaque jour davantage les populations des pays en développement et qui aboutit notamment aux effets pervers de la mauvaise gouvernance ou d'un exode croissant des cadres vers les pays industrialisés constitue un des obstacles majeurs au processus de développement.

Soumis à la seule logique réglementaire, les hôpitaux publics évoluent en dehors de ces questions essentielles pour leur avenir en restant soumis aux aléas des bonnes volontés et des circonstances :

5• Du point de vue de la pratique médicale :

Le personnel soignant utilise et prescrit comme il l'a appris, c'est-à-dire en voyant en toute limite de ses prescriptions une entrave à l'exercice de sa profession dont il veut avoir la seule maîtrise. L'Etat étant considéré comme le seul répondant de cette situation, il est jugé comme responsable de l'état de pénurie de l'hôpital public par un corps médical qui s'efforce généralement d'exercer au mieux son art malgré des conditions de travail souvent difficiles.

Non formé à la qualité des soins et à l'évaluation des pratiques médicales, il résiste aux tentatives de rationalisation de ses conduites professionnelles. Soumis aux sollicitations commerciales des laboratoires pharmaceutiques, il a beaucoup de mal à abandonner le vaste champ des spécialités pour recourir aux listes officielles en Dénomination

Commune Internationale préconisées par le Ministère de la Santé.

L'absence de réponse adéquate de l'hôpital public à ses problèmes de santé conduit une part croissante de la population à s'exclure de l'hôpital en acceptant son sort comme une fatalité liée à la pauvreté de ses conditions de vie et à se tourner vers les médecines populaires en pleine expansion.

Le développement des cliniques privées constitue en fait la seule perspective, qui permet aux classes sociales les plus influentes de trouver une réponse satisfaisante à leurs problèmes. Il en résulte une véritable fuite en avant qui conduit tous ceux qui le peuvent, y compris des familles aux revenus relativement modestes, à recourir au secteur privé, et aux familles les plus aisées qui ne sont toujours pas satisfaites à rechercher des soins à l'étranger.

6• Du point de vue des ressources humaines,

Les affectations du personnel se font souvent au gré des circonstances, la formation continue est généralement absente et la motivation des agents hospitaliers est réduite à sa plus faible expression. Insuffisamment rémunérés, ils cherchent à compléter leurs revenus par des activités extra hospitalières, par la recherche de paiements directs auprès des malades, par des détournements de médicaments et d'équipements, etc.

Le corps médical est particulièrement concerné par cette situation. La plupart des médecins Hospitaliers, y compris les hospitalo-universitaires, consacrent une partie importante de leur temps à des activités professionnelles dans le secteur privé, laissant un vide considérable dans leur service.

7• Du point de vue financier :

Les ressources de l'hôpital sont insuffisantes pour couvrir l'ensemble des charges nécessaires au bon fonctionnement, à la performance et au développement de l'établissement.

Cette situation résulte d'abord du niveau excessif des dépenses, lié à l'absence de toute préoccupation de coût, sans laquelle aucune régulation dans les prises de décisions n'est possible.

Elle résulte ensuite du mode de budgétisation, qui se limite trop souvent à une simple reconduction du budget de l'année précédente et ne répond pas aux critères d'un budget digne de ce nom, c'est-à-dire intégrant l'ensemble des charges. Ayant pour ressources principales la dotation de l'Etat dont le montant est lié à la situation des finances publiques et de recettes reposant sur une tarification arbitraire et généralement sans aucun lien avec le coût

des prestations concernées , l'hôpital est dans l'incapacité de faire face à l'ensemble de ses charges.

Elle résulte de plus de l'idée totalement erronée, et pourtant largement répandue, qu'un hôpital public n'a pas à réaliser l'équilibre de ses comptes. Elle résulte enfin de la persistance sous-jacente du principe de gratuité des soins, qui prévalait à l'époque coloniale et qui a été réaffirmé lors de l'accès à l'indépendance.

Si la plupart des hôpitaux publics appliquent aujourd'hui le recouvrement des coûts, leurs tarifs sont définis en dehors de toute analyse des coûts de production des soins recherchés.

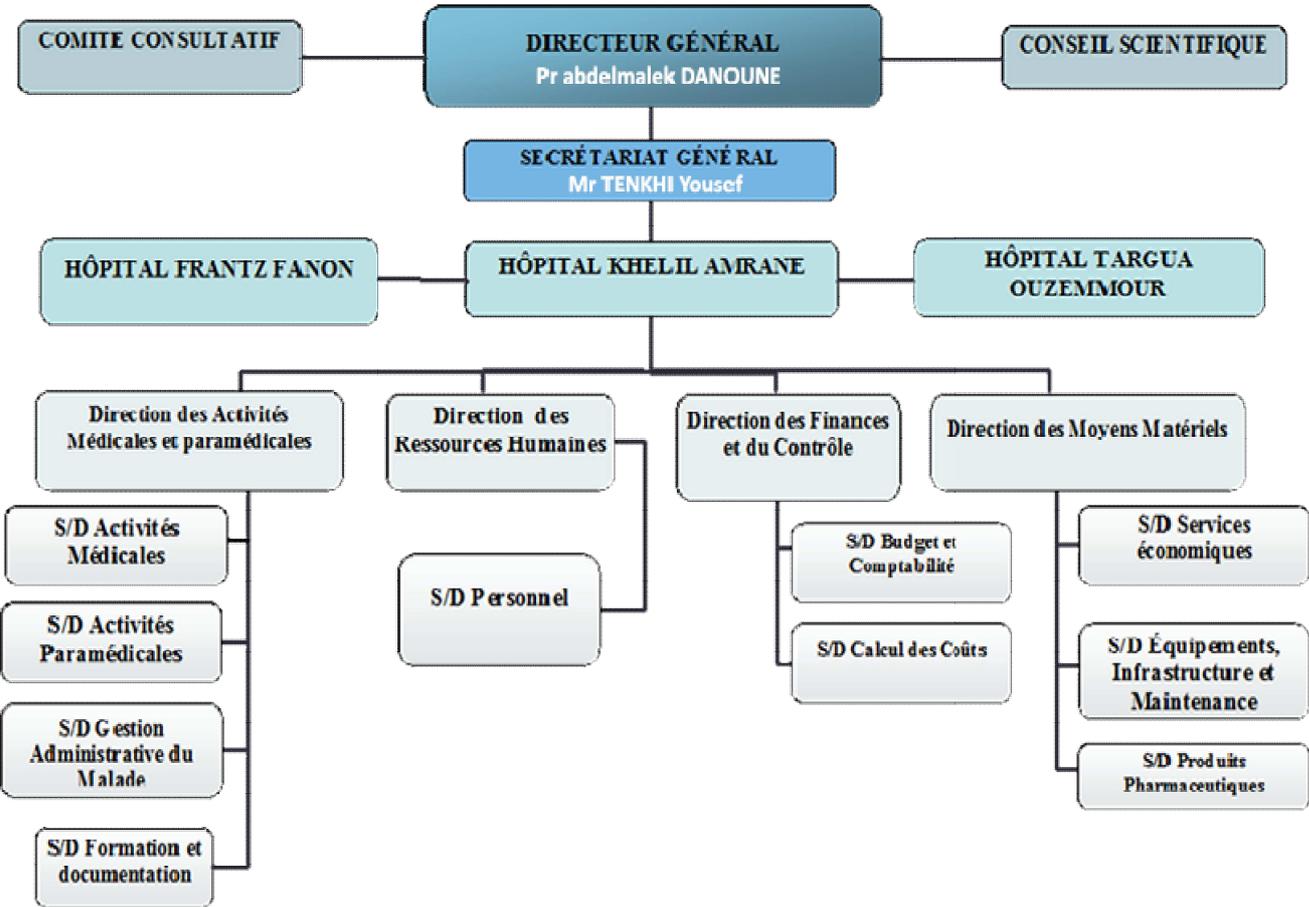
8• Du point de vue des produits pharmaceutiques :

Les prescriptions sont laissées au bon vouloir des prescripteurs qui ne s'appuient que rarement sur des protocoles thérapeutiques validés. Les ruptures régulières de stocks conduisent les patients à sortir généralement de l'hôpital pour acheter des médicaments en spécialité dans les pharmacies privées qui prospèrent à proximité des établissements hospitaliers.

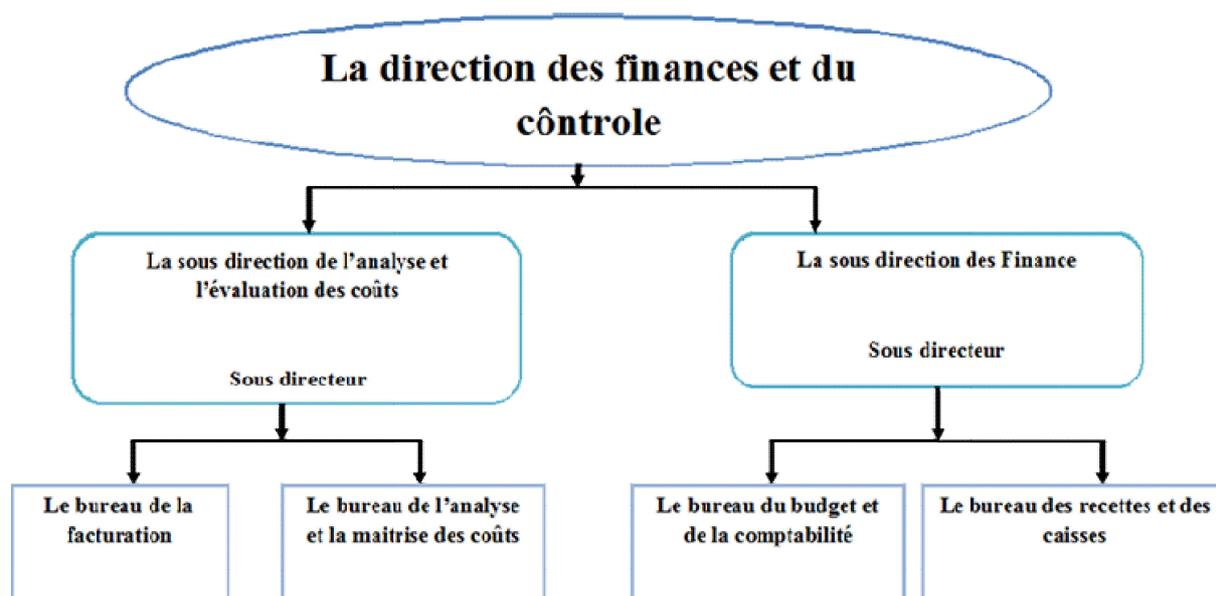
9• Du point de vue des infrastructures :

La maintenance n'est pas assurée et les équipements ont des pannes fréquentes et de durées de vie courtes. L'absence d'amortissement ne permet pas de renouveler les équipements en temps opportuns et conduit à de fréquentes et parfois longues ruptures d'activité.

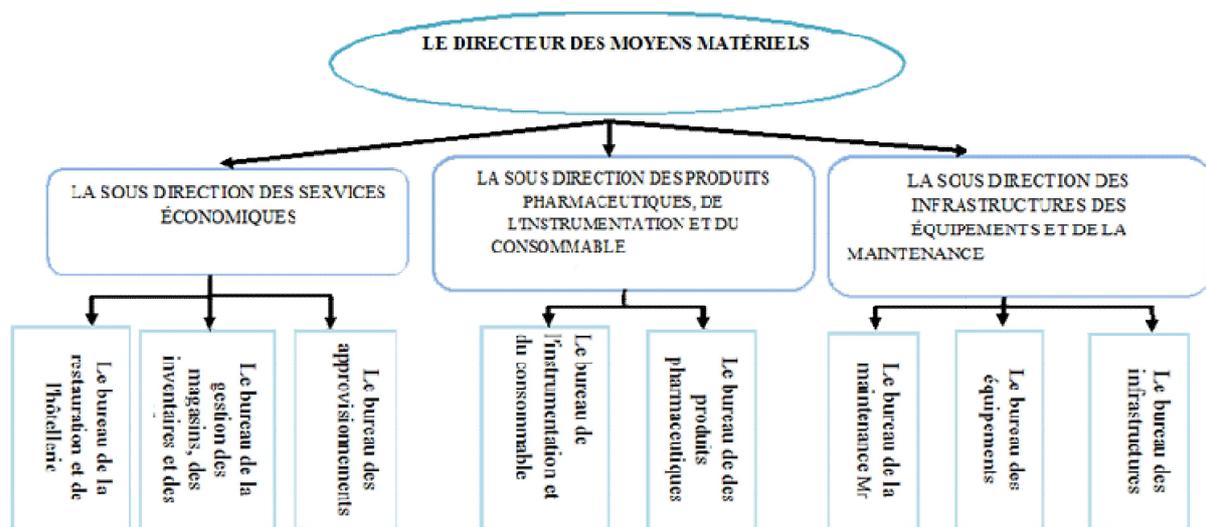
ORGANIGRAMME DU CHU DE BEJAIA



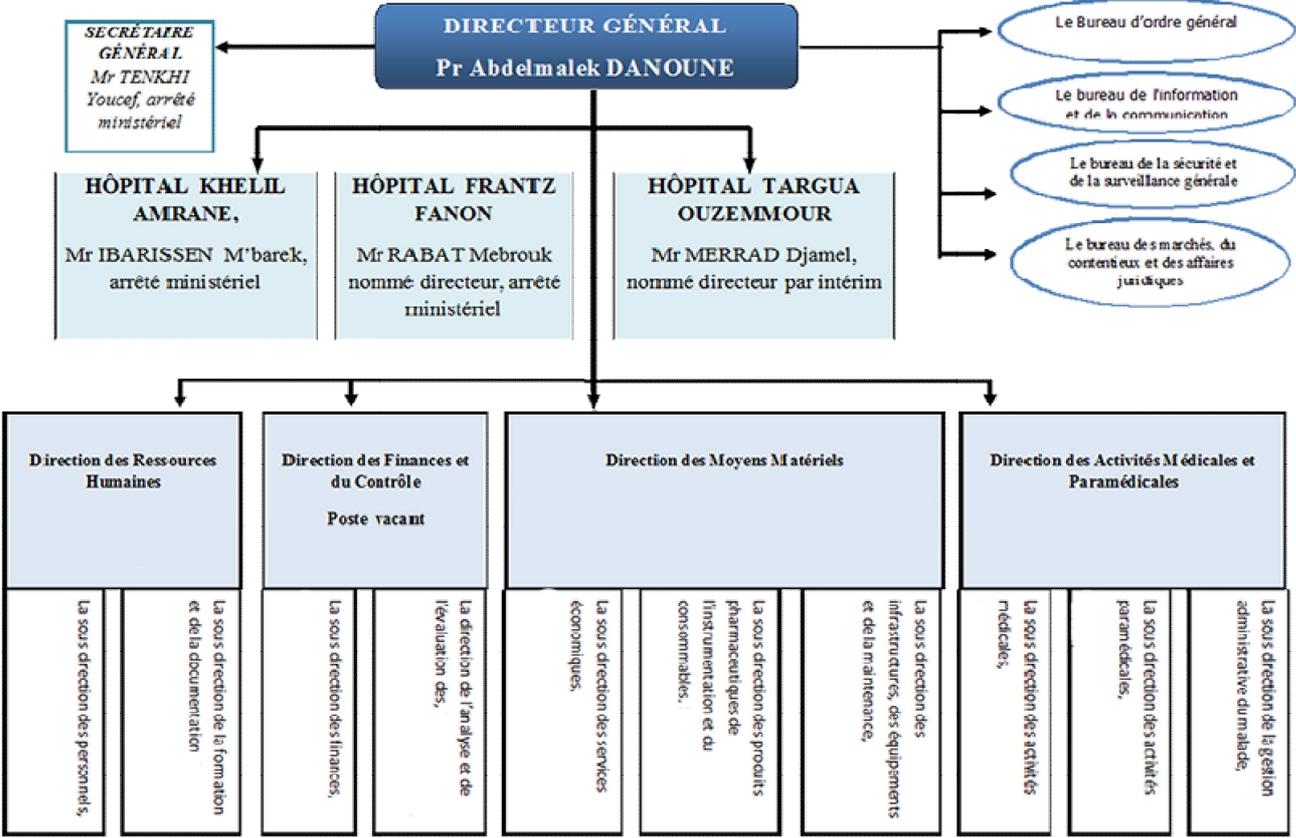
ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DES FINANCES ET DU CONTRÔLE



ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DES MOYENS MATÉRIELS



ORGANIGRAMME DU CHU DE BEJAÏA



Annexes N° : 03

La couverture sanitaire dans la
wilaya de Bejaia

La couverture sanitaire dans la wilaya de Bejaia :



La wilaya de Bejaïa située au nord du pays, entre les grands massifs du Djurdjura , des Bibans et des Babors, dans la région de Kabylie, sur la côte méditerranéenne, est divisée administrativement en 19 daïras. Elle s'étend sur une superficie de 3 268 km² . La population résidente est évaluée, en 2014, à 951 000 habitants.

Elle est délimitée à l'ouest par les wilayas de Tizi Ouzou et Bouira ; au sud par les wilayas de Bouira et Bordj Bou Arreridj ; à l'est par les wilayas de Sétif et Jijel; au nord par la mer méditerranée. C'est une région d'une grande diversité en ce qui concerne son relief et ses ressources, la verdure occupe environ 32 000 hectares de la surface totale de la région, les forêts sont assez denses, occupent 38 % de la superficie totale de la wilaya.

Le réseau routier est l'un des plus denses du pays avec notamment 3 934 km de routes nationales, 412 km de chemins de wilaya et 3 228 km de chemins communaux. Une pénétrante autoroutière de 100 km, en cours de réalisation, reliera la wilaya à l'autoroute Est-Ouest, s'étend sur une longueur de 100 km.

La wilaya de Bejaïa est une région vouée à l'industrie agroalimentaire. Le port de Bejaia est le deuxième port au niveau national après celui d'Alger. La wilaya est aussi en position de force dans le domaine du commerce, textile et services ainsi que les industries textiles et du cuir.

Sur le plan sanitaire, la wilaya de Bejaia, dispose d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) et de six (06) structures hospitalières, totalisant 1533 lits techniques, soit 01 lit pour 610 habitants. L'étude de la répartition de ces hôpitaux à travers la wilaya montre qu'ils sont tous situés dans la vallée de la Soummam le long de la route nationale menant de Tazmalt à Bejaia, à l'exception de l'hôpital de Kherrata. Si les projets de réalisation des hôpitaux de Tazmalt, Souk Letnine vont assurer la couverture des bassins de

population du sud et de l'est de la wilaya, la région nord-ouest (Beni-Ksila, Adekar, Taourir Ighil) ne dispose pas d'hôpital.

Le CHU composé de trois (03) structures hospitalières dispose de vingt neuf (29) praticiens hospitalo-universitaires et quatre vingt quatorze (94) médecins spécialistes de santé publique, ceci sans compter les nouveaux praticiens hospitalo-universitaires qui vont rejoindre l'établissement après la proclamation des concours de chef de service et de maitres-assistants.

Les infrastructures de santé publique de la wilaya sont représentées par :

- 01 CHU de 570 lits.
- 05 hôpitaux totalisant 903 lits.
- 01 établissement hospitalier spécialisé de «rééducation et réadaptation fonctionnelle» de 60 lits, à Ilmaten.
- 50 polycliniques (01 /18704 habitants).
- 200 salles de soins (01 /4676 habitants).
- 60 unités de dépistage et de suivi (UDS) en milieu scolaire sous la responsabilité de 59 médecins, 54 chirurgiens dentistes, 63 psychologues et 51 paramédicaux.
- 11 maternités rurales intégrées dans les polycliniques totalisant 116 lits.
- 17 points de garde médicale intégrés dans les polycliniques.
- centre de wilaya de transfusion sanguine.
- 03 Maisons diabétiques (Akbou, Sidi-Aich, Amizour).
- 01 SAMU (service d'aide médicale d'urgence).
- 02 Centres de contrôle sanitaire aux frontières (Port et Aéroport).
- 04 Centres d'hémodialyses à Bejaia, Akbou, Sidi-Aich et Kherrata.
- 01 Laboratoire d'hygiène de wilaya.
- 01 institut national de formation supérieure paramédicale à AOKAS,
- une (01) annexe de 07 classes à Sidi Ouali et dix (10) classes à travers la wilaya.

D'autres infrastructures de santé sont programmées :

- un nouveau CHU de 500 lits à Bejaia (Oued Ghir ou Boukhelifa)
- un centre anti cancer (CAC) à Amizour
- un hôpital spécialisé en psychiatrie de 120 lits, à Oued Ghir
- un hôpital de 60 lits à Souk El Tenine
- un hôpital de 60 lits à Tazmalt
- une maternité à Terga Ouzemmour
- une polyclinique à Tichy

A ces structures publiques se rajoutent des structures parapubliques et

privées :

- 06 Établissements hospitaliers privés (04 à Bejaia, 01 à El-Kseur et 01 à Akbou) totalisant 215 lits.
- 03 Cliniques privées en ambulatoire d'ophtalmologie, (Bejaia, Akbou et Tazmalt).
- 05 Centres d'hémodialyse privés dont 03 conventionnés avec la CNAS.
- 11 Entreprises de transport sanitaire, avec un parc roulant de vingt trois (23) ambulances et vingt trois (23) véhicules légers.
- 13 Laboratoires d'analyses médicales.
- 03 Grossisteries en produits pharmaceutiques.
- 19 Centres médico-sociaux (C.M.S).

Concernant la situation épidémiologique des maladies transmissibles, on note plus de 400 cas de tuberculose chaque année soit une incidence sup à 47/100000 habitants. Pour ce qui est des zoonoses, les cas de leishmaniose et de brucellose sont exceptionnels. Par contre on note encore des cas de kyste hydatique et de fièvre boutonneuses (plus de 10 cas / an), On note également beaucoup de morsures par des chiens et de chats mais également quelques cas de morsures par des rats.

La prise en charge psychiatrique est assurée (pour toute la wilaya) par un service de trente six (36) lits situé à l'hôpital Franz Fanon rattaché au CHU. Néanmoins, la réalisation de l'Établissement hospitalier spécialisé de 120 lits qui ouvrira ses portes Oued-Ghir réglera le problème de la prise en charge de cette frange de malades.

La wilaya dispose actuellement de neuf (09) centres d'hémodialyse dont cinq (05) privés (trois seulement ont conventionnés avec la CNAS) disposant de 111 générateurs prenant en charge 462 malades.

La couverture médicale se présente comme suit :

- 35 Hospitalo-universitaires.
- 428 Médecins spécialistes dont 230 privés
- 684 Médecins généralistes dont 163 privés,
- 337 Chirurgiens dentistes dont 192 privés
- 226 Pharmaciens dont 12 publics
- 2475 Paramédicaux dont 141 privés

Indicateurs de santé	Indicateurs wilaya	Moyenne nationale
<i>Taux de Natalité</i>	<i>22,39 pour_mille</i>	<i>24,07 pour_mille</i>
<i>Taux d'accroissement</i>	<i>1,82 %</i>	<i>1,96 %</i>
<i>Taux d'accouchement en milieu assisté</i>	<i>98 %</i>	<i>86 %</i>
<i>Taux de mortalité maternelle</i>	<i>23,50/100 000 NV</i>	<i>96,16/100 000 NV</i>
<i>Taux de mortalité générale</i>	<i>4,54 pour_mille</i>	<i>4,51 pour_mille</i>
<i>Taux de mortalité infantile</i>	<i>18,66 pour_mille</i>	<i>24,8 pour_mille</i>
<i>Taux de mortalité néonatale</i>	<i>13,11 pour_mille</i>	<i>19,8 pour_mille</i>
<i>Taux de mortalité néonatale précoce</i>	<i>12,20 pour_mille</i>	<i>15,84 pour_mille</i>
<i>Taux de mortalité néonatale tardive</i>	<i>0,89 ‰</i>	<i>3,96 pour_mille</i>
<i>Taux de mortinatalité</i>	<i>16 pour_mille</i>	<i>18,04 pour_mille</i>
<i>Taux de prématurité</i>	<i>16,92 pour_mille</i>	-
<i>Taux de mortalité périnatale</i>	<i>28,35 pour_mille</i>	<i>29,7 pour_mille</i>

Contraintes

- Manqué en moyens humains pour la couverture médicale particulièrement des zones enclavées.
- Insuffisance de certaines spécialités très demandées par la population (Gynéco-Obstétrique, Radiologie, Cardiologie, Anesthésie-Réanimation, médecine interne, pédiatrie, Oncologie et rééducation fonctionnelle).
- Manque d'assiettes foncières pour l'implantation de nouvelles structures au chef
- lieu.
- insuffisance en ambulances pour la couverture des zones rurales
- Absence de statut et budget de fonctionnement du laboratoire d'hygiène de wilaya
- et du SAMU (06).
- Absence de quotas de logements pour le personnel de santé.