

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université A MIRA-BEJAIA



Faculté des sciences sociales et sciences humaines

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de Cycle

Pour l'obtention du diplôme de Master en Sociologie

Option : Sociologie du travail et organisation

Thème :

*Liens entre conditions de travail et erreurs
médicales dans les établissements hospitaliers
publics*

*Cas CHU Centre Hospitalier Universitaire KHLIL
AMRANE*

Réalisé par :

 Mme ABDELLI Samia

 Mme ABDELLI Fahima

Encadré par :

Pr FARADJI Mohamed Akli

Promotion : 2020-2021

Remerciements

Nous remercions Dieu le tout puissant de nous avoir donné la force, le courage et la patience pour achever ce modeste travail et poursuivre nos études avec succès.

Nous tenons ensuite à remercier nos parents et familles pour leurs soutiens aussi bien moral que financier et pour leurs sacrifices. Si nous sommes ici aujourd'hui, c'est grâce à vous !

*Nous tenons à exprimer nos remerciements et notre profonde gratitude à notre encadreur Monsieur **FARADJI Mohamed Akli** pour ses précieuses orientations et ses conseils qui ont contribué à enrichir notre travail de recherche. Et aussi à l'ensemble des enseignants qui nous ont enseigné durant tout notre cursus.*

*Nous tenons d'autre part à remercier l'hôpital particulièrement tous le personnel des urgences Qui nous ont Apporté leurs aides durant la période de stage pratique à hôpital **KHELLIL AMRANE** de Bejaia*

l, en particulier : Mme Zaidi et Mme Khaled Sonia pour le temps qu'ils nous ont accordés et pour les informations qu'ils nous ont communiquées et l'apprentissage que nous avons bénéficié tout au long de notre stage.

Nous tenons à remercier également les membres de jury de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

En fin, nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.



Samia, Fahima-

Merci

A gold and black fountain pen is positioned horizontally, with its nib pointing to the left. The word "Merci" is written in a large, elegant, cursive script above the pen, with the pen's nib appearing to have just finished writing the word.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à ceux qui rien n'aurait été

Sans eux.

A mon cher père et ma chère mère, autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit elles ne sauraient exprimer ma reconnaissance.

Vs avez su m'inculquer le sens de la responsabilité, de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Vs conseils sont toujours guidés vers la réussite. Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester votre fierté et ne jamais vs décevoir. Que dieu le tout puissant vous accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et vous protège de tout mal.

A mon précieux frère MASSI, en souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments. Pour toute la spontanéité et ton élan chaleureux. Puisse dieu exhausser tous tes vœux, et te tracer une vie pleine de joie et de bonheur ainsi que la réussite.

A ma très chère grand-mère paternelle (Tassadite).

A la mémoire de mon grand père paternel (Salah).

A mes très chers grands parents maternels (Rachid, Cherifa).

A mes oncles et tantes cousins (e), particulièrement mes petits anges de toute ma famille.

A mon chère fiancé, pour sa compréhension, sa confiance, sa tendresse. Il m'a toujours soutenu et réconforté, il a été et il restera toujours ma source de courage.

A mes beaux parents, je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous.

A mon beau frère Sofiane mes belles sœurs .

 - Samia -

Dédicace

*Je dédie ce modeste travail à celle qui m'a donné à la vie,
qui s'est sacrifié pour mon bonheur et ma réussite, a ma
mère...*

*A mon marié, qui a été mon ombre durant toutes les
années des études, qui a veillé à me donner l'aide, a
m'encourager et a me protéger, que dieu le gardes et
le protèges.*

A tout ma famille

A mes très chers amis

A tous ceux qui m'aiment

A tous ceux que j'aime



Sommaire

Sommaire

Remerciements	
Dédicace	
Sommaire	
Liste d'abréviation	
Liste des tableaux	
Liste des Schéma	
Introduction Générale	1
Partie théorique et méthodologique	
Chapitre I	
Problématisation de l'objet	
Introduction	10
Section 01 : La méthodologie de la recherche	10
Section 02 : La méthode et technique utilisée	19
Conclusion	26
Chapitre II	
Généralités sur le système de santé	
Introduction	28
Section 01 : Généralité sur le système de sante	29
Section 02 : Système de santé Algérien	33
Chapitre III	
Généralités sur les conditions de travail	
Introduction	43
Section 01 : Généralités sur les conditions de travail et ces théories relatives	43
Section 02 : les conditions physiques du travail	49
Conclusion	55

Sommaire

Chapitre IV

Généralités sur les erreurs médicales

Introduction	57
Section 01 : la conception d'erreur médicales	57
Section 02 : La réalité des erreurs médicales	64
Conclusion	75

Chapitre V

Identification et historique de CHU de Bejaia

Introduction	77
Section 01 : Présentation d'organisme d'accueil	77
Section 02 : Présentation des missions et les différents services	79
Conclusion	84

Partie pratique

Chapitre VI

Analyse et interprétations Des résultats

Introduction	87
Section 01 : L'impact des conditions de travail, charge au travail, formation continue sur l'erreur médicale	87
Section 02 : La vérification des hypothèses	122
Conclusion Générale	124
Liste bibliographie	127
Annexe	135
Tables des matières	141

Liste D'abréviation

Liste d'abréviation

Abréviation	Signification
CHU	<i>Centre hospitalier universitaire</i>
OMS	<i>Organisation mondiale de la Santé</i>
Tri	<i>Taux de rentabilité interne</i>
PIB	<i>Produit intérieur brut</i>
MTH	<i>MALADIE À TRANSMISSION HYDRIQUE</i>
EPH	<i>Établissement public hospitalier</i>
EHS	<i>Établissement hospitalier spécialisé</i>
SNS	<i>Société nationale de sidérurgie</i>
EPSP	<i>Établissement public de santé de proximité ex secteur sanitaire</i>
NHS	<i>National health Service</i>
DRH	<i>Direction des ressources humaines</i>
GRH	<i>Gestion des ressources humaines</i>
DFC	<i>La direction des finances et du contrôle</i>
DMM	<i>La direction des moyens matériels</i>
EI	<i>Événement indésirable</i>
EIG	<i>Événement indésirable grave</i>

Liste des Tableaux et Schéma

Liste des tableaux

Numéro	Titre	Page
01	<i>Les différents services de soin dans l'hôpital CHU</i>	79
02	<i>Réparation des enquêtés selon sexe</i>	86
03	<i>Réparation des enquêtés selon l'âge</i>	86
04	<i>Répartition des répondants selon l'état matrimonial</i>	87
05	<i>Répartition des données selon le poste de travail</i>	87
06	<i>Répartition des enquêtes selon leur expérience</i>	88
07	<i>Avis des enquêtés sur les conditions de travail à l'Hôpital de KHLIL AMRANE</i>	89
08	<i>Opinions des répondants sur l'appréciation du déroulement de travail</i>	102
09	<i>Avis des enquêtés sur l'horaire de travail</i>	103
10	<i>Les points de vue des répondants sur les Conséquences sur la charge du travail actuelle</i>	104
11	<i>L'avis des médecins sur la charge au travail</i>	104
12	<i>L'avis des médecins par rapport au sujet d'erreurs médicales en Algérie.</i>	106
13	<i>Définition d'erreurs médicales selon les médecins</i>	107
14	<i>Les facteurs pouvant favoriser une erreur.</i>	108
15	<i>L'avis des médecins sur la formation continue</i>	110
16	<i>La formation continue et l'incompétence des médecins favorise le climat d'erreur médicale</i>	111
17	<i>l'avis des médecins sur la formation continue pour améliorer leurs</i>	112

Liste des Tableaux et Schéma

	<i>compétences et savoir-faire .</i>	
--	--------------------------------------	--

Liste des Schéma

Numéro	Titre	Page
01	Organigramme du chu de BEJAIA	80
02	Organigramme du chu de BEJAIA	81

Introduction Générale

Introduction Générale

L'hôpital, lieu de soulagement des maux et de guérison des affections, mais aussi lieu des dangers où des patients encourent trop souvent des risques au-delà de ceux qui sont tolérables, c'est-à-dire au-delà de ceux générés par l'évolution de leur propre maladie ou par les soins appropriés de celle-ci. « PRIMUM NO NOCERE » est la règle humaniste fondamentale qui devrait guider chacun des acteurs d'un établissement de santé quel qu'il soit (médecins, infirmiers, soignants, directeurs...) ¹.

En effet, le risque est partout présent, dans la vie en collectivité, sur le plan industriel, de la défense nationale, de la vie quotidienne. Longtemps fataliste par rapport à l'existence du risque, la société le refuse aujourd'hui, et les discours prônant le risque « zéro » se multiplient. Pour autant le réalisme l'emporte et il paraît plus raisonnable de vouloir le gérer en apprenant à le connaître pour le maîtriser et le limiter. Le milieu de la santé, et en particulier, le milieu hospitalier, n'est de loin pas épargné par cette réflexion. Il semble que les Citoyens soient plus exigeants vis-à-vis de cette institution qui est sensée être le Dernier rempart protecteur contre les risques ².

Les immenses progrès de la médecine au cours des dernières décennies, se sont traduits en particulier par l'augmentation de la longévité, et plus important encore par l'augmentation de la longévité sans incapacité. Ils n'ont pas manqué de susciter au sein de la société un double sentiment : celui d'une attente de plus en plus exigeante quant à l'efficacité des soins qu'elle que soit la nature et la gravité des affections, mais aussi, celui d'intolérance croissante à l'égard des risques que peuvent comporter des gestes de plus en plus audacieux.

Dans l'esprit du public, les deux, c'est-à-dire l'efficacité et la sécurité, doivent aller de Pair. Malheureusement cette concordance ne va pas de soi. C'est même l'inverse auquel il faut s'attendre. En effet, d'une part parce que les moyens sont eux même de plus en plus interventionnistes et donc susceptibles de conséquences nocives, identifiées mais acceptées en raison des avantages attendus.

¹ GOGUEY M . La gestion des risques à l'hôpital : une nécessité. ANASYS 10 Août 2005.

² BELOT C. La gestion des risques, une nouvelle donne pour le management hospitalier : l'exemple des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique 2002.

Introduction Générale

D'autres part, la médecine contemporaine du fait de sa complexité croissante, entraîne également une augmentation des risques mais bien définissables a priori, répondant de ce fait à diverses dénominations : erreurs médicales, accidents médicaux, défaillances médicales, ou encore événements indésirables (EI). C'est ce dernier terme qui semble s'imposer de plus en plus dans la pratique ou les documents officiels. Il reconnaît que, indépendamment de toute faute, la complexité des soins, surtout en milieu hospitalier peut engendrer des effets non prévus et nocifs.

On est resté longtemps dans une grande incertitude à l'égard de l'importance quantitative de ces événements indésirables. Cette ignorance traduisait en fait une réticence du corps médical à reconnaître la possibilité de défaillance. Le médecin, profondément imprégné du devoir d'un exercice sans faille vivait dans un refoulement de la notion d'erreur. Si, malgré tout, une telle défaillance échappait au climat de dissimulation, elle ne pouvait connaître que deux explications, l'aléa ou la faute. Le premier relevait de l'imprévisible, de l'inévitable, de la fatalité. Quant à la faute, vécue par la profession comme une trahison du devoir d'infailibilité, elle était abandonnée, en sacrifice expiatoire sur l'autel de la justice. Ainsi pouvait-on perpétuer l'illusion d'une médecine sans défaillance³.

Le corps médical américain a été le premier à rompre ce silence et à étudier la fréquence de l'erreur et ses causes⁴.

En l'an 2000, l'Institute of médecine, branche de l'académie des sciences des Etats-Unis, a rassemblé les données de nombreux travaux, pour attirer solennellement l'attention sur la gravité de cette situation. En extrapolant à l'ensemble des Etats-Unis les données obtenues, le rapport de cette très officielle institution a estimé que le nombre de décès annuels dus à des erreurs médicales était supérieur à celui des accidents de la route⁵.

³ DAVID G, SUREAU C De la sanction à la prévention. Pour une prévention des événements indésirables liés aux soins. Bull. Acad. Natle Méd, 2006 ; Tome 190; Décembre N° 9, p. 1993-1999.

⁴ DENYS PELLERIN LES ERREURS MEDICALES. REVUE Les Tribunes de la santé. Dossier : La santé en échecs n° 20 2008/3.

⁵ BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM, ET AL. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. The New England Journal of Medicine 1991; 324 : 370-77.

Introduction Générale

L'attention portée par notre société à ces risques iatrogènes croît avec l'efficacité du système de santé rendant les accidents liés aux traitements de moins en moins acceptables. Ce sont la moins bonne tolérance sociale au risque, l'évolution de la notion de responsabilité fondée sur ce risque, l'inflation des textes réglementaires pour déterminer les conditions de sécurité des soins, et les perspectives d'accréditation des hôpitaux⁶.

Le risque est connu depuis l'Antiquité, mais les premières évaluations scientifiques datent des années cinquante⁷.

En France, la gestion des risques dans le champ des établissements de santé est indissociable de la sécurité sanitaire devenue en dix ans une des composantes majeures de la politique de santé. Le concept de sécurité sanitaire est apparu en 1992 à la suite du drame du sang contaminé⁸.

Maîtriser ou gérer ces risques signifie prévenir et détecter les événements indésirables qui pourraient être évités et en limiter l'impact pour le patient⁹.

Il paraît idéalement qu'il est possible de développer des stratégies de gestion des risques de façons identique à ce qui est fait dans l'industrie depuis plusieurs années¹⁰.

Les études réalisées dans ce domaine ont pris en compte des événements de gravité différente, malgré les limites liées à leur faible reproductibilité et à l'insuffisance de l'analyse des causes, elles ont été à l'origine d'une prise de conscience collective et ont stimulé la mise en place de programmes de réduction du risque¹¹.

⁶ AURIANT I Événements iatrogènes et ventilation mécanique Réanimation Volume 14, Issue 5, Septembre 2005, Pages 423-429.

⁷ MOSER RH Diseases of medical progress. N Engl J Med 1956; 255: 606-14.

⁸ FARGE-BROYART Politique nationale de gestion des risques en établissement de santé Société de réanimation de langue française. Réanimation 14 : 2005 ; 419-422.

⁹ QUENEAU P Iatrogénie observée en milieu hospitalier (partie 1) Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1992 ; 176, n° 4 : 511-529.

¹⁰ QUENEAU P Iatrogénie observée en milieu hospitalier (partie 2) Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1992 ; 176, n° 4 : 651-667.

¹¹ VINCENT C Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322: 517-519.

Introduction Générale

La fréquence et la gravité des risques iatrogènes varient d'une spécialité à une autre et sont plus importantes lorsque les patients nécessitent des traitements lourds et invasifs¹², c'est le cas de la réanimation.

En effet, même si l'hospitalisation en réanimation représente souvent pour le patient le seul moyen de dépasser un cap critique, un tiers des séjours en réanimation est émaillé d'événements indésirables¹³. La pathologie iatrogène constitue une importante préoccupation en réanimation¹⁴.

Toute tentative d'analyser ces événements nous entraîne vers des conclusions troublantes, puisqu'une complication sur trois peut être considérée comme évitable, et en outre, dans la majorité des cas, une erreur humaine peut être retrouvée dans la succession d'événements ayant abouti à l'accident iatrogène.

Le monde médical découvre brutalement qu'il est responsable de la cinquième cause de décès de la population. Les accidents de soins médicaux évitables tuent plus que le cancer du sein, le Sida ou les accidents de la route¹⁵. Les médecins ont donc commencé à réagir à ces données, car ces accidents évitables ne peuvent plus être implicitement acceptés comme le « prix à payer » des progrès de la médecine.

La connaissance de ces accidents et de leur évitabilité ne vient en réalité qu'accentuer le malaise existant depuis quelques années entre les patients et leurs médecins. Ces données heurtent profondément le monde médical, consacrant toute son énergie pour procurer survie et confort aux patients en lutte avec la maladie, et qui se voit brutalement accusé de négligences, fréquentes et parfois fatales pour leurs patients. D'autres part, la nouvelle prise de conscience par la population de sa vulnérabilité et d'une

¹² SOUFIR L, ALBERTI C, ROMAND JA, MELOT C, DAMAS P, SCHALLER MD, HEMMER M, DHAINAUT JF. Incidence of iatrogenic events in intensive care units multicenter study. European Society of Intensive Care Medicine. Rome, 1-4 October 2000. Intensive Care Med 2000; 26: S271

¹³ BERENHOLTZ SM, DORMAN T, NGO K, PRONOVOST PJ. Qualitative review of intensive care unit quality indicators. J Crit Care 2002; 17(1):1-12.

¹⁴ KOVNER C, JONES C, ZHAN C, GERGEN PJ, BASU J. Nurse staffing and post surgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996. Health Serv Res 2002; 37(3):611-29.

¹⁵ KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS To err is human: Building a safer health system. Washington: DCoQHCiA, Institute of medicine, editors – National Academy Press, 2000.

Introduction Générale

sécurisation insuffisante du système de soins, a pour principale conséquence que les professionnels vont désormais devoir retrouver la confiance perdue. Si jusqu'alors la confiance dans la délivrance des bons soins était acquise, cette inversion implique qu'il revient désormais aux médecins de prouver que le système de soins qu'ils gèrent est sûr¹⁶.

L'évaluation de la qualité des soins est définie comme « *une activité Formelle et systémique destinée à identifier des problèmes dans la délivrance des soins. L'identification des risques iatrogènes est devenue la pierre angulaire de tout programme qualité. La réduction de ces risques est d'ailleurs l'un des objectifs associés à la loi de santé publique votée en France en Août 2004* »¹⁷.

A l'heure où l'évaluation en réanimation est devenue une pratique régulière et rationnelle, le relevé des événements indésirables pourrait constituer, avec les scores de gravité classiques, un important marqueur de la qualité des soins¹⁸.

Au Canada par exemple, où les établissements sont engagés dans une véritable procédure de gestion de la qualité des soins, la sécurité a donné lieu à la formulation d'indicateurs fondés sur les effets indésirables : taux de mortalité, erreurs de médication, taux d'incidents liés aux soins ou aux équipements, chutes, taux de prolongation de la durée initiale d'hospitalisation suite à un événement survenu pendant l'hospitalisation, complications, infections, réactions aux médicaments, incidents divers... On retrouve ainsi des indicateurs liés aux risques iatrogènes¹⁹.

Par ailleurs pour pouvoir classer un événement et l'utiliser comme indicateur en réanimation, il faut connaître sa définition précise, sa fréquence, sa sévérité et son

¹⁶ F. CLERGUE, N. SOTIROV Gestion des événements indésirables et sentinelles. Réanimation 12 (2003) 49s-54s

¹⁷ Projet de recherche. Etude IATROREF 2004. Iatrogénie en réanimation : Elaboration et validation d'indicateurs spécifiques. France 2004.

¹⁸ ANAES, Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux, ANAES, Paris, 2002, 39p.

¹⁹ NATHALIE DE MARCELLIS Gestion des risques iatrogène. Etude comparative entre la France et l'étranger. AFGRIS 1er congrès Mai 2001.

Introduction Générale

évitabilité, de plus sa surveillance doit être aisée, et son recueil doit être vécu positif par les soignants²⁰.

Ce présent travail est structuré de six chapitres à savoir :

1^{er} chapitre : Le cadre méthodologique de la recherche.

2^{eme} chapitre : Le système de santé dans l'Algérie et dans le monde.

3^{eme} chapitre : Les conditions de travail.

4^{eme} chapitre : Les erreurs médicales.

5^{eme} chapitre : Historique et identification de CHU de Bejaia.

6^{eme} chapitre : Analyse et interprétation des résultats.

²⁰ Agence Nationale d'Accréditation de la Santé. Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé, juillet 2000.

*Partie théorique et
méthodologique*

Chapitre I
Problématisation de l'objet

Introduction

Dans ce premier chapitre nous allons présenter le cadre Méthodologique de notre recherche. Nous commencerons par les raisons du choix de ce thème et les objectifs de notre recherche, après la problématique et les hypothèses et enfin la définition des concepts clés.

Nous avons choisi le thème « *Liens entre conditions de travail et les erreurs médicales* » au sein de centre hospitalo-universitaire de Bejaia.

Section 01 : La méthodologie de la recherche

1. Problématique

La nature du bien « santé » représente le point essentiel qui distingue la sociologie de la santé de tous les autres champs des Sciences Sociales. C'est aussi cette particularité qui explique l'intervention accrue de l'Etat et les institutions étatiques sont essentielles dans le domaine de la santé, au premier rang desquelles la justice sociale concernant la délivrance des soins, le financement socialisé et la régulation. La santé a toujours été affaire à la fois individuelle et collective.

L'hôpital est un milieu de travail à risques multiples. S'ajoutent que les médecins sont les plus exposés au risque de soin autrement dit erreur, car d'après le rapport publié en 1999 « *To eror is human : building a safer health care system* »²¹.

Ce texte marque un tournant dans l'approche des erreurs médicales. Il encourage les systèmes de santé et les praticiens à développer et à Participer à un système de déclaration volontaire des erreurs. Il prône un changement de Culture et d'exploitation des déclarations des évènements indésirables (EI) et des Evènements indésirables graves (EIG) en vue d'en déduire des mesures de prévention. Il Donne une orientation nationale afin de

²¹ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press. 2000.

créer des outils de recherche et des protocoles pour Améliorer la connaissance sur la sécurité, identifier et apprendre des erreurs.

Depuis quelques années en Algérie les pratiques évoluent. Ainsi on trouve dans les textes de loi l'apparition de la déclaration des EI. « *La gestion de la qualité et de la prévention des risques visent à mettre en place au sein de l'établissement un système opérationnel comprenant l'ensemble des moyens humains, techniques et organisationnels pour répondre aux besoins des patients, améliorer la qualité des prestations, assurer la continuité des soins et prévenir les risques liés aux processus de soins* »²²..

Le secteur médical comme étant un opérateur social plus avantageux s'appuie sur la conviction que le changement passe nécessairement par l'amélioration des conditions d'exercice de la formation médicale continue, de la gestion des ressources humaines et d'orienter ses systèmes pour la performance et l'accroissement des qualifications professionnelles.

De ce fait la Formation médicale continue pour le médecin doit demeurer un devoir éthique relevant de l'autorité disciplinaire de la profession elle-même. Elle devra être aussi une obligation tant individuelle que collective de la profession afin de la promouvoir et de la rendre efficace. Chaque état doit donc pourvoir aux moyens et aux structures permettant à tous les médecins d'avoir accès à la formation médicale continue. Aucun individu ne peut prétendre exercer un métier tout au long de sa carrière avec les seuls acquis de sa formation initiale. Ceci est le cas de toutes les professions y compris la profession médicale.

Toutes les tâches accordées aux médecins constituent une charge importante en plus des facteurs physiologiques et psychologiques du métier paramédical, et des conditions de travail difficiles peuvent mener le personnel infirmier à ne pas assurer un meilleur rendement, voir une baisse de la performance et la qualité des soins serait plutôt insatisfaisante.

Dans cette optique, la visée de la présente étude est de répondre aux questions suivantes :

²² Le manuel d'accréditation des établissements de santé. ANAES, 1999.

Quels sont les conditions de travail qui limitent une meilleure pratique de l'activité médicale au sein de l'hôpital ?

- **Peut-on expliquer le phénomène des erreurs médicales par les dégradations des conditions relatives à la question de formation dans le domaine médicale ?**
- **Est-ce que la charge de travail des médecins a un impact quelconque sur les erreurs médicales au centre Hospitalo-universitaire Khellil AMRANE de Béjaia ?**

2. Les hypothèses

Toute recherche scientifique suppose un ou plusieurs hypothèses, selon Maurice ANGERS l'hypothèse est un « *énoncé qui prédit une relation entre un ou plusieurs termes, et impliquant une vérification empirique* »²³.

« Les hypothèses constituent les soubassements, les fondations préliminaires de ce qui est à démontrer ou à vérifier sur le terrain.

*Une hypothèse est en quelque sorte une base avancée de ce que l'on compte tirer et prouver. C'est la formulation préforma de conclusions que l'on compte tirer et que l'on va s'efforcer de justifier et de démontrer méthodiquement et systématiquement »*²⁴.

*« Une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre deux termes qui, selon les cas, peuvent être des concepts ou des phénomènes. Elle est donc une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée. Elle peut prendre plusieurs formes différentes »*²⁵.

Pour GUIBERT Joël et JUMEL Guy, « *les hypothèses sont des propositions formulées sur le phénomène étudié qui détermine la pertinence de la recherche* »²⁶.

²³ ANGERS Maurice, Initiation à la méthodologie des sciences humaines, éditions Casbah, Alger, 1999, P59.

²⁴ AKTOUF O, Méthodologie des sciences sociales et approches qualitative des organisations, Montréal, 1987, P 58.

²⁵ VAN CAMPENHOUDT Luc/ QUIVY Raymond, Manuel de recherche en sciences sociales, 4eme édition, DUNOD, Paris, 2011, P 128.

²⁶ GUIBERT Joël & JUMEL Guy, Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales, Edition ARMAND COLIN, Masson, Paris, 1997, P 3.

Afin de répondre aux interrogations de la problématique on suppose les hypothèses suivantes :

H 1 : Le manque des moyens matériels et l'insuffisance du corps médical et paramédical représentent les obstacles majeurs qui limitent l'action médicale au sein de l'hôpital KHALIL AMRANE.

H 2 : La charge de travail influence la rendement des médecins.

H 3 : L'insuffisance de formation continue et l'incompétence des médecins favorisent le climat d'erreurs médicales.

3. Les raisons du choix de thème

Les raisons du choix de thème :

Nous portons l'intérêt de mener une recherche sur les conditions de travail et les erreurs médicales pour des raisons sous -dessous :

Mener une étude sur les conditions de travail et la nature des erreurs médicales, Ce qui nous permettra d'acquérir des connaissances.

Dans le cas échéant, nous aurons peut-être une chance de travailler dans un hôpital comme stagiaire ; ce qui nous permettra de connaître les conditions de travail nécessaires pour exercice les taches.

4. Les objectifs du choix du thème

Nos objectifs se résument essentiellement dans les points suivants se familiariser avec le terrain, recueillir plus d'informations nécessaires à notre étude préciser et déterminer l'objet de notre recherche.

Connaître le degré d'intérêt que représentent les conditions de travail pour les médecins dans le service des urgences.

Le manque d'études sur ce phénomène dans notre région, nous a poussés à travailler sur les conditions de travail et la nature des erreurs médicales apporter un plus sur l'étude du phénomène les conditions de travail et les erreurs médicales en Algérie.

5. Méthodologie de recherche

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons adoptés une démarche de travail basée sur des notions théoriques par des recherche bibliographique est une étude sur terrain.

La recherche bibliographique porte essentiellement sur :

- L'exploitation d'ouvrage qui traite le système de santé en Algérie et, des spécialistes qui ont parlés sur certains conditions de travail spécialement dans le domaine de la santé, Des articles qui parlent sur les erreurs médicales .
- Exploitation des thèses et mémoire qui traitent les questions liées à notre sujet.
- Le recoure à des textes juridiques.
- L'exploitation des sites internet.

Quant à l'étude réalisée sur terrain, nous avons distribué des questionnaires destinés aux professionnels de santé exerçants au CHU de Bejaia afin de collecter de mémoire vivants les informations recherchées et de les analyser.

6. Définition des concepts

Au cours de l'élaboration de notre travail nous avons utilisé un ensemble de concepts clés qui se rapportent à notre sujet de recherche. Et nous avons opté à la définition de ces concepts :

Dans toute recherche le concept demeure un élément de base, car « *il organise la réalité en retenant les caractères significatifs des phénomènes, il sert aussi d'un guide de la recherche* »²⁷.

6.1. Les Condition

6.1.1. Définition selon le dictionnaire français

Rang social, place dans la société, - classe. L'inégalité des conditions sociales. Il est de condition modeste. La situation où se trouve un être vivant (Notamment l'être humain). La condition humaine- destinée, sort. La condition Féminine. 3. Etat passager, relativement au but visé. EN (bonne, mauvaise) CONDITION (pour) : dans un état favorable à. Cet élève est en bonne condition pour passer son examen, bien préparé. La condition physique d'un athlète forme. 4. Loc. mettre en condition : préparer les esprits (par la propagande). Conditionner. II.1. Etat, situation, fait dont l'existence est indispensable pour Qu'un autre état, un autre fait existe. Remplir les conditions exigées.

C'est une Condition nécessaire, suffisante.. Dictier, poser ses conditions,- exigence. Se rendre sans conditions : sans restriction, purement et simplement. 3. Loc. À condition de (+ infinitif). Vous partirez en vacances, à condition de réussir votre examen²⁸.

6.1.2. Définition Sociologique

Les conditions du travail désignent d'une manière générale l'environnement dans lequel les employés vivent dans leur lieu de travail, elle comprend la pénibilité et les risques de travail effectués ainsi que l'environnement de travail (bruit, chaleur, exposition à des substances toxiques...etc.).

Les conditions du travail est une notion qui recouvre les conditions physiques (Charges physiques et mentales, nuisances et sécurité) et contraintes technologiques de l'organisation²⁹.

²⁷ GRAWITZ Madeleine, Op.cit, P 384.

²⁸ Dictionnaire de la langue française, le ROBERT MICRO, rédaction dirigée par ALAIN REY, nouvelle Edition, 1998, P262.

²⁹ PERITTI (Jean-Marie), Dictionnaire des ressources humaines, éd, verbert, Paris, 1998, p62.

6.1.3. La définition opérationnelle

Désigne l'environnement dans lequel les travailleurs vivent sur leur lieu de travail, elles comprennent la pénibilité et les risques de travail effectué ainsi que l'environnement du travail.

➤ Le travail

Considéré comme un facteur de production, le travail désigne au sens large toute activité productive ayant une valeur d'usage. Dans un sens plus étroit, il correspond à une activité humaine visant à créer, produire, entretenir des biens et des services³⁰.

Selon Georges FRIEDMANN, et Pierre NAVILLE : « *Le travail est considéré comme un trait spécifique de l'espèce humaine. Il est ainsi un dénominateur commun et une condition de toute vie humaine en société. Si des formes de travail animal ont été répertoriées, tel celui des fourmis ou des abeilles, cette forme de travail s'apparenterait plutôt à un comportement instinctif dans un environnement déterminé* »³¹.

➤ Conditions de travail

Il s'agit d'autre chose que du travail en lui-même, lequel pourrait être effectué dans d'autres conditions. Elles sont en quelque sorte détachable du travail, extérieures. Et, à ce cadre dans lequel le travail est exécuté, s'ajoute l'idée d'une menace sur la santé. Or, une telle définition évolue comme évolue aussi ce qu'on entend par santé³².

Selon le dictionnaire français : « *Les conditions de travail sont tout ce qui entre dans le cadre du travail d'une personne, que ce soient son amplitude horaire, l'ergonomie de son lieu de travail, l'ambiance générale ou les avantages sociaux* »³³.

³⁰ BRUNO Alain, Dictionnaire d'économie et des sciences sociales, édition Ellipses, Paris, 2005, P501.

³¹ FRIEDMAN Georges & NAVILLE Pierre, Traité de sociologie du travail, Éditions Armand Colin, Paris, 1961, P 11.

³² GOLLAC Michel, Les conditions de travail, Synthèse des débats, SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE STATISTIQUE, France, Soirée du 7 avril 2009, P 1.

³³ <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/définition/amplitude/> (12.06.2021 à 00H01).

➤ **L'erreur médicale**

L'erreur médicale est définie comme toute forme de soins impropres, retardés, ou omis portant préjudice au patient, soit en aggravant les conséquences médicales, soit en causant un stress émotionnel ou physique. Dovey considère comme erreur, tous les événements qui sont survenus dans la pratique et qui n'auraient pas dû arriver. Ces événements peuvent être importants ou non, d'ordre clinique ou administratif. L'auteur insiste sur le caractère évitable de ces erreurs et leur possibilité de prévention³⁴. Cette définition a été utilisée par Makeham pour le développement de sa taxonomie³⁵.

GALAM modifie cette définition, et considère l'erreur médicale comme un dysfonctionnement se rapprochant et s'apparentant au caractère d'évitabilité de certains événements indésirables. Cette erreur peut provenir selon lui, du non-respect des politiques de santé, des protocoles, des consensus, des règles de soins mais également suite à une inattention, une distraction, un oubli ou tout autre événement fortuit survenant lors du soin³⁶.

Dans le but d'éviter toute confusion, il s'avère nécessaire de rappeler la définition de certains termes médicaux se rapportant dans la littérature à l'erreur médicale : la faute.

➤ **La faute**

Sans l'évoquer directement dans le questionnaire certains médecins ont évoqué la notion de faute, qui pour eux était différente de l'erreur. Selon eux, la faute serait : « *ne pas avoir fait son boulot consciemment* » ou un manque de connaissances ou d'application des bases de la médecine.

➤ **Médecine**

Selon le petit Larousse de la médecine, définit la médecine comme un : « Ensemble des connaissances concernant les maladies, les traumatismes, les infirmités et les moyens

³⁴ DOVEY SM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care 2002; 11: 233-8.

³⁵ MAKEHAM MA, et al. An international taxonomy for errors in general practices: a pilot study. Med J Aust 2002;177(2):68-72.

³⁶ GALAM E. L'erreur médicale en médecine générale. Revue Responsabilité, Juin 2007(26):1-6.

de les traiter. La médecine se préoccupe aussi bien des causes des maladies, de leurs modes de contamination et d'apparition que de leur fréquence, de leur diagnostic, de leur évolution, de leur prévention et de leur traitement.

La médecine se subdivise en de nombreuses branches qui correspondent à différentes fonctions dans la société (médecine scolaire, médecine du travail, médecine sociale, médecine militaire), à différents modes d'exercice (médecine libérale, ou privée, médecine hospitalière, médecine salariée) ou à différentes à différentes spécialités : « *médecine physique ou rééducation, médecine aérospatiale, médecine nucléaire, médecine tropicale, Etc ..* »³⁷.

➤ **Médecin**

Selon Larousse Médical, le médecin est : « *une personne titulaire d'un diplôme de docteur en médecine reconnue par l'état. Un docteur en médecine peut pratiquer la médecine générale ou exercer une spécialité dans différentes situations. La législation permet à certains titulaires d'un diplôme étranger d'exercer dans d'autres pays. Des conventions d'équivalence sont nécessaires* »³⁸.

Selon le dictionnaire Pluri dictionnaire Larousse : le médecin est une personne qui est titulaire du diplôme de docteur en médecine et dont la profession est de soigner les maladies de l'homme³⁹.

➤ **Patient**

Selon « Larousse Médical » ; Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale⁴⁰.

Selon le dictionnaire encyclopédique Auzou : patient est celui : « *qui supporte ce qui chagrine, irrite, fait souffrir* »⁴¹.

³⁷ Petit Larousse de la médecine, LAROUSSE, Paris, 2007, P 594.

³⁸ Larousse Médical, LAROUSSE, Paris, 2006, P 636.

³⁹ Pluridictionnaire Larousse, LAROUSSE, 1ere édition, Canada, 1977, p:869.

⁴⁰ LAROUSSE MEDICAL, Op.cit, P 763.

➤ **Hôpital**

Établissement destiné à dispenser au malade des soins spécifiques qui ne peuvent être donnés à domicile. Un hôpital offre, en général, au malade la possibilité de bénéficier dans un même lieu de soins relevant de différentes spécialités. En effet, l'hôpital regroupe le plus souvent plusieurs unités. Les hôpitaux publics multidisciplinaires, militaires ou non, côtoient les hôpitaux spécialisés ⁴².

Section 02 : La méthode et technique utilisée

Dans chaque recherche scientifique, le chercheur doit suivre un ensemble d'étapes pour atteindre les objectifs visés comme le rappelle **Howard S. Becker** « *l'étude de la méthode pour les sociologues, c'est vraisemblablement l'étude des méthodes de recherche sociologique et l'analyse de ce qui peut être découvert à travers elle et la mesure de la fiabilité de la connaissance ainsi acquise* »⁴³.

1. Méthode utilisée

La méthode se fonde sur des propositions réfléchies qui permettent au chercheur de procéder avec rigueur à l'aide d'outils qui sont autant de moyens assurant à la fois le succès et la validité de la démarche. D'après Bernard MOREL la méthode « *comme la manière d'opérer pour atteindre un but, une idée, un objet, elle a besoin de principes pour sa conduite et son expérience de la même façon que les principes du savoir* »⁴⁴.

Dans notre recherche, on a opté pour l'utilisation de la méthode qualitative, afin de recueillir un ensemble d'information qui nous aide à comprendre et analyser les liens entre

⁴¹ BARRIER Marie-Anne, et autres, Op.cit., P 1483.

⁴² BARRIER Marie-Anne, et autres, Op.cit., P 486.

⁴³ Howard S. Becker, Le travail sociologique une méthode et substance, Édition académique Presse Fribourg, suisse 2009, P 21.

⁴⁴ Edo KODJO morille AGBOBLI, méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses, édition L'Harmattan, Paris, 2014, p 24.

les conditions de travail et les erreurs médicales dans l'hôpital CHU et qui aussi exige l'utilisation de la méthode analytique qui permet d'établir des relations entre les variables, sociale, et apparaît comme un moyen efficace de tester certaines hypothèses de recherche en établissant notamment des relations de causalité.

2. Les techniques utilisées

Les techniques de recherche sont les moyens qui permettent d'aller recueillir des données dans la réalité. Les techniques indiquent comment accéder aux informations que cet objet est susceptible de fournir.

Pour avoir le maximum d'informations sur le thème étudié, on va utiliser les techniques suivantes :

2.1. La pré enquête

La pré enquête est une étape primordiale dans une recherche scientifique, elle constitue le premier contact avec le terrain et notre population d'enquête, elle nous permet la formulation de nos hypothèse et de se familiariser avec le terrain la pré enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévues pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limités le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs.

Cette technique est très importante dans l'élaboration de toute recherche scientifique. On a commencé par la pré enquête qui se présente comme l'une des étapes de la recherche, elle nous a permis de récolter des informations et des données générales sur le sujet et pour avoir une idée sur la validité de nos hypothèses.

Durant notre pré enquête, on s'est mis en premier lieu en contacte avec les médecins de service des urgences.

Alors l'objectif de notre pré enquête : Avoir le contacte direct avec notre population qui est les médecins, de gagner la confiance de notre population d'enquête, de savoir plus sur les conditions de travail au sein de l'hôpital CHU exactement service des urgences leurs lien avec les erreurs médicales et de Rassembler le maximum d'information sur notre thème pour l'enrichir et enfin elle nous Permet de valider notre problématique, hypothèses

et l'outil de notre le service des urgences on a observé le manque d'organisation surtout la surcharge des chambres qui exige des médecins a faire leurs soins dans les couloirs. Aussi l'insuffisance des moyens matériels et de condition de travail qui ne leur permettent pas de réaliser leurs tâches.

On a observé les médecins qui appliquent leur tâche malgré l'insuffisance des moyens, d'après Anne-Marie LAVARDE «*l'observation est avant tout une méthode de recueil de données pertinentes et significatives et entant que telle, elle exige de la rigueur dans la pratique quelle que soit l'étape de la recherche ou elle s'effectue. Elle est cependant plus ou moins planifiée et systématique selon les objectif requis*»⁴⁵.

2.2.Enquête

Notre objectif d'enquête est de faire nos entretiens et de récolter des informations sur notre thème de recherche et de confirmer ou infirmer nos hypothèses, afin de faire un travail modeste qui va démontrer le lien entre les conditions de travail et les erreurs médicales au centre Hospitalo-universitaire Khelil Amerane de Bejaia et proposer des solutions à ce problème.

2.3.L'enquête par questionnaire

Le questionnaire consiste à poser a un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leur opinions, à leur attitude a l'égard d'opinion ou d'enjeux humains et sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance de conscience d'un événement ou d'un problème, ou encore sur tout autre point qui intéresse les chercheurs.

L'enquête par questionnaire à perspective sociologique se distingue du simple sondage d'opinion par le fait qu'elle vise la vérification des hypothèse suggèrent.

De ce fait ces enquêtes sont généralement beaucoup plus élaborées et consistante que ne le sont les sondages. Compte tenu du grand nombre de personnes généralement interrogées et du traitement quantitatif des informations qui devra suivre, les réponses à la plupart des questions sont normalement procédées de sorte que les répondants doivent

⁴⁵ Anne-Marie LAVARDE, guide méthodologique de la recherche en psychologie, édition BOECH université, Bruxelles, 2008,p 186.

obligatoirement choisir leurs réponses parmi celles qui leur sont formellement proposées⁴⁶.

Pour récolter et collecter des informations et les données sur notre recherche on a opté pour l'utilisation d'un questionnaire qui nous aide à avoir le Maximum d'informations afin d'enrichir notre étude. Notre questionnaire est composé De trois axes qui sont : en premier sur les données personnelles, En deuxième les conditions de travail et enfin sur les erreurs médicales.

3. La définition du temps et du lieu de l'enquête

On a choisi de préparer notre questionnaire dans le service des urgence CHU de Bejaia pour les objectifs suivants : connaître la surcharge Que les médecins rencontrent dans leurs milieux du travail, savoir les différents risques Rencontrés dans leurs pratiques de soin et enfin les différents moyens de prévention qui Sont disponibles, en dernier lieu comment un médecin arrive des fois a faire une erreur.

Notre pré enquête qui a été réalisée du 10 mai 2021 a 10 :00 au 31 mai 2021, dans le service des urgences plus précisément dans le tri et le service d'observation.

Notre enquête a durée 21 jours, durant laquelle on a essayé de faire des connaissance avec tous le service précisément les médecins et distribution de notre questionnaire.

4. Population mère

Est l'ensemble pour lequel on veut recueillir des informations et sur lequel doivent porter les études et ou on prélève notre échantillon d'étude. D'après Benoît GROUTHIER

⁴⁶ RAYMOND Quivy. Lucvan Campenhoudt, manuel de recherche en sciences sociales , 3 édition, Du nord Paris 1995 , 2006 , p171.

la population mère «est comme un élément constructif d'une population large et tout dépend alors de l'objet même de la recherche»⁴⁷.

Notre population est composée de l'ensemble des infirmiers du service des urgences de centre hospitalo-universitaire de Bejaia.

5. Technique d'échantillonnage

D'après LUCIE DIAGNAULT L'échantillonnage «constitue un ensemble d'opérations qui permettent de constituer un échantillon représentatif de la population à l'étude.»⁴⁸.

Le choix de l'échantillon, aléatoire simple au hasard des médecins qui travaillent au Service des urgences de l'hôpital. Le choix des enquêtes et la Disponibilité des médecins est trop difficile, vu que notre population-mère est restreinte.

5.1.L'échantillon de l'enquête

L'échantillon est un sous-ensemble d'éléments d'une population donnée, d'après FRANÇOIS DEPALTEAU l'échantillon « Est un sous-ensemble d'éléments d'une population donnée»⁴⁹.

Notre échantillon est d'échantillonnage probabiliste est composé de 20 médecins, exerçant au service des urgences de l'hôpital KHELLIL AMRANE de Bejaia, L'échantillon est constitué selon les différents Ages, leur expériences ainsi que leur situation familiales.

6. Les obstacles et les avantages de l'enquête

⁴⁷ Benoît GROUTHIER, recherche sociale de la problématique à la collecte des données, Edition Presses de l'université du Québec, canada, 2009, p 57.

⁴⁸ Lucie DIAGNAULT, l'évaluation muséale, édition presse de l'université du Québec, canada, 2011, p 86.

⁴⁹ François DEPALTEAU, la démarche d'une recherche en science humaines, Edition Les Presses de Université Laval, canada, 2000, p 214.

Durant la recherche sur le terrain le chercheur se confronte à des différentes situations tout au long de son étude, des avantages et des obstacles font partie de déroulement de son enquête :

6.1. Les avantages de l'enquête

- Durant notre recherche on a eu la chance de découvrir et de connaître le monde des urgences.
- Pour arriver à approfondir notre étude, nous allons la compléter par une recherche pratique.
- Faire un aperçu dans le domaine de la recherche scientifique.
- L'occasion de connaître le domaine du travail du personnel des médecins.
- On a appris beaucoup de choses sur le travail des médecins.
- Avoir des connaissances sur les différents risques rencontrés et les moyens utilisés par les médecins un bon accueil de la part des médecins dès notre premier jour ou service.

6.2. Les obstacles de l'enquête

Malgré les efforts fournis, notre enquête comporte de nombreuses insuffisances et sa réalisation n'a pas été sans déclencher certaines difficultés et parmi les obstacles qu'on a rencontrés dans la réalisation de cette recherche, on évoque :

- Le COVID-19
- Manque du temps.
- L'insuffisance des ouvrages sur notre thème de recherche dans la Bibliothèque de l'université.
- La difficulté qu'on a rencontrée lors du commencement notre stage au sein de l'hôpital de Khellil Amrane, (service pédiatrie) qui nous a fait perdre beaucoup du temps ou la cause c'est que les médecins étaient toujours occupés.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons mis en évidence le cadre méthodologique de notre Recherche qui nous a aidés à identifier notre population mère, les techniques et méthode Appliquées dans notre recherche ainsi que les questionnaires que nous avons effectués nous ont aidé à rassembler les informations nécessaires sur notre étude.

Chapitre II
Généralités sur le système
de santé

Introduction

Les systèmes de santé sont très importants et indispensables au développement sain des individus.

Aujourd'hui, le système de santé algérien rencontre des difficultés. En effet l'État de santé de la population algérienne présente à la fois les caractéristiques des pays en développement, par la persistance des maladies transmissibles et celles des pays développés par l'émergence des maladies de civilisation telles que : le cancer, le diabète, l'affection cardio vasculaire... etc.

Ce système possède néanmoins une richesse extrême sur plusieurs plans grâce aux efforts déployés par l'État et tente toujours de répondre aux besoins de la population.

L'objet de ce chapitre est de présenter d'une part le système de santé en général et d'autre part le système de santé algérien, son organisation, son évolution depuis l'indépendance jusqu'à nos jours.

Section 01 : Généralité sur le système de sante

Dans cette section on va voir le système de santé en général quelques définitions et ces caractéristiques, et ces objectifs dans le monde.

1. Définition le système de santé

Le système de santé est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, ...etc)⁵⁰.

⁵⁰ Cabanne C. et alii : Lexique de géographie humaine et économique, Ed. Dalloz, 1984, P. 387.

Le choix d'un système de santé traduit les conceptions de l'Etat dans le domaine sanitaire et social (système de santé libéral, socialiste ou mixte). Il se définit par :

- La structure et les caractères du système de soins, de l'appareil producteur et distributeur de biens et services de santé.
- Les institutions de gestion et de financement.

A cette définition fonctionnelle du système de santé, d'autres préfèrent une approche Systématique plus globale des interactions et des rapports réciproques de trois sous-Systèmes qui permettent d'évaluer l'efficacité du système. Un système de santé doit :

- Répondre aux besoins de santé des populations, se doter d'un système de soins, créer des institutions et des mécanismes durables pour son financement (de Couverture des dépenses de santé).

2. Le système de soins

Le système de soins est une partie du système de santé qui correspond à l'offre de Soins. L'organisation et les caractères de la distribution des soins sont considérés d'un Point de vue administratif, juridique, économique, social et spatial.

Le système de soins peut ainsi être défini comme l'ensemble des services, des Structures et des règles ayant pour fonction de prévenir la maladie, de soigner et de Réadapter les personnes malades. Il s'appuie sur les acteurs essentiels que sont le Personnel de santé et les structures collectives d'hébergement des malades (hôpitaux et Cliniques).

Les services de soins Dans la plupart des pays, les services curatifs consomment près de 90% des Ressources dévolues aux systèmes de la santé pour les raisons suivantes :

- La demande du public est en majeure partie curative, un événement immédiat (atteinte à la santé) étant plus vivement ressenti qu'un risque hypothétique et Lointain.
- La prise en charge d'un patient implique de sa part une attitude passive, souvent Apaisante, contrairement à l'attitude active requise pour maintenir et préserver sa Santé avant qu'elle ne se dégrade.
- Les investissements économiques dans le domaine curatif (infrastructures, Equipements, compétences,...) ont été et demeurent tels, qu'ils représentent une fortune colossale difficile à remettre en cause.

- Le pouvoir médical est basé sur l'intervention curative. Aucune action préventive Ne se verra jamais investie du prestige attaché à la capacité de soulager les maux.
- Ainsi aucune des parties concernées n'a intérêt à promouvoir l'action préventive au Détriment de l'action curative proprement dite⁵¹.

3. Objectifs d'un système de santé

Trois grands objectifs sont visés par le système de santé :

- Préserver et/ou améliorer la santé de la population.
- Assurer les services qui répondent aux attentes de la population.
- Assurer un accès équitable aux soins à toute la population.
- Pour cela il dispose des moyens et il doit posséder un certain nombre de qualités.

4. Les moyens du système de santé

La restauration de la santé correspond à la distribution de soins à l'individu malade. La prévention se Propose d'éviter ou de réduire le nombre et la gravité des maladies ou accidents. La promotion de la Santé élargit le concept de prévention ; elle met à la disposition des populations les moyens D'augmenter leur capitale santé. L'éducation pour la santé a pour objectif de mettre à portée de tous L'information nécessaire à des choix adaptés à la santé présente future.

5. Qualités du système de santé

Un système de santé idéal doit être :

- Global : ne néglige aucun secteur, plus particulièrement la prévention.
- Équitable : accès selon les besoins et contribution selon les ressources
- Accessible : 03 dimensions, géographique (proximité), économique (coût), et informationnelle.

⁵¹ THESE POUR LE DOCTORAT D'ETAT EN SCIENCES ECONOMIQUES. Système santé algérien entre efficacité et équité. Essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Béjaïa, 2003, p17.

- Acceptable : assentiment de la population (difficile si on applique une politique inspirée d'autres pays).
- Planifiable et évaluable : efficacité, efficience souple et modifiable : adapté à toute situation nouvelle imposé : morbidité, progrès technologique ou Conditions socio-économiques.

6. Évaluation d'un système de santé

- Fonctionnement et activités : Étude de l'accessibilité aux soins. Étude de la fréquentation des Etablissements des soins et étude qualitative et quantitative des activités.
- Moyens : Étude de productivité (taux d'occupation des structures), équipements, et personnels.
- Financement : pour le malade : le prix de la journée.
- Qualité : capacités de réponses aux attentes des usagers.
- Résultats : Étude de l'efficacité sur le plan épidémiologique et des avantages et des bénéfices⁵².

⁵² L'organisation du système de soins, monde et en Algérie. Pdf

Section 02 : Système de santé Algérien

Le système de santé est un ensemble de plusieurs éléments qui interagissent dans le but de fournir des prestations à la population.

De la période coloniale jusqu'à aujourd'hui le système de santé algérien a traversé plusieurs étapes dont des transitions épidémiologiques, démographiques et socio-économiques.

Ce système national de santé s'organise autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé du public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

1. Historique

Aperçu des évolutions du système de santé de 1962 à nos jours.

1.1. La première phase (1962 – 1972)

Reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre Avec 9 millions d'habitants (dont 85% de ruraux), la situation sanitaire en 1962 était marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la Naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante.

Le système de santé était exsangue suite au départ massif des médecins, pharmaciens et cadres de Santé français (dont le nombre est passé de 2 500 à 630 médecins, avec moins de 300 médecins D'origine algérienne). Par ailleurs, les structures de sante d'alors, construites essentiellement pour Répondre aux besoins de la population européenne, étaient concentrées dans certaines grandes villes au Nord du pays.

Le chantier de la reconstruction du système de santé, pour répondre aux besoins sanitaires de la Population algérienne était colossal, en terme, à la fois de structures à construire, et de professionnels à Former comme l'attestent les indicateurs de santé publique de référence suivants :

- Mortalité infantile très élevée : 180/1000 en milieu urbain.
- Espérance de vie des Algériens ne dépassant pas 50 ans.

- Densité de 1,2 à 1,6 médecin / 10 000 habitants.
- Densité de 1 à 2 chirurgiens-dentistes / 100 000 habitants.
- Densité de 3 pharmaciens / 100 000 habitants.
- Accès aux soins difficile pour les populations rurales.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé publique marquée par deux orientations majeures : d'une part la volonté d'une prise en charge massive des problèmes de santé de la population par l'Etat (médecine quasi exclusivement publique); et d'autre part, un financement des dépenses de santé assuré essentiellement par la fiscalité étatique.

La mise en œuvre de la politique sanitaire nationale de l'indépendance du pays jusqu'au début des années 70 s'est caractérisée essentiellement par :

- La réactivation des structures de santé laissées en place, offrant une couverture insuffisante et qui étaient largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé majoritairement d'origine française.
- L'établissement d'un programme de santé avec pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles prévalentes et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales, natalité).
- La mobilisation des ressources financières indispensables à la réalisation de programmes par l'Etat du fait de revenus très bas de la population (PIB/habitant n'excédant pas 400\$ US).

1.2.La seconde phase (1973-1986)

Vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics:

- La nationalisation du pétrole en 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les révolutions « *industrielle, agraire et culturelle* ».
- Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle de 1973 instituant la gratuité des soins, la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire (« 1000 médecins par an ») ou encore la programmation sanitaire du pays (PSP) en 1975 avec l'adoption de normes de santé :
 - ✓ Un centre de santé pour 6 à 7000 habitants ;

- ✓ Une polyclinique pour 15 à 25.000 habitants ;
- ✓ Un hôpital par daïra ;
- ✓ Un hôpital par wilaya.

Entre 1975 et 1979, plusieurs programmes voient le jour : la mise en œuvre dans tout le pays du Programme élargi de vaccination, l'instauration du service civil (notamment pour les médecins) et la Création par décret du « secteur sanitaire » et des « sous-secteurs sanitaires ». Ces actions ont sensiblement amélioré l'état de santé de la population algérienne par rapport à la Situation qui prévalait à l'Indépendance. Néanmoins, les disparités régionales qui existaient déjà à l'indépendance (polarisation des infrastructures et des compétences médicales dans les grandes villes Du Nord du pays) demeurent importantes.

Au début des années 1980, avec l'augmentation substantielle des revenus pétroliers, le budget de la Santé atteint près de 7% du PIB :

- Les unités de soins sont équipées de moyens modernes et plus de quarante nouveaux hôpitaux Sont construits. Cet investissement en nouveaux lits hospitaliers améliore considérablement la Couverture nationale en lits, mais pêche malheureusement par une implantation géographique Inadéquante des unités par rapport aux évolutions des besoins et, souvent, par une architecture Inadaptée au milieu environnant.
- Une quantité importante d'équipements lourds sont acquis, là aussi dans la précipitation et sans Etude préalable sur la pertinence des achats, leur implantation, et sur le personnel qualifié qui Devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à leur maintenance.

1.3.La troisième phase (1986-2002)

Absence d'adaptation du secteur de la santé à la double transition Démographique et épidémiologique en cours, du fait de la crise économique et sécuritaire qui fait Passer la santé au second plan des priorités de l'Etat algérien.

La politique volontariste mise en œuvre jusqu'en 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80, en Raison de la chute des revenus pétroliers. Le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10\$ US en 1986, Imposant à l'Algérie de faire appel à des emprunts à des taux ruineux à court terme et de réviser à la Baisse, sinon d'abandonner purement et simplement, un grand nombre de programmes de Développement. Celui de la santé connaît

un net recul dès 1986/87, mettant en grande difficulté le Secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretien des équipements).

Le mécontentement des patients et usagers et des personnels de santé face à la rapide dégradation des Prestations du secteur public pousse l'Etat à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une Part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers.

Cette libéralisation se fait Sans encadrement juridique. Par ailleurs, la plupart des praticiens du privé n'est pas conventionnée avec L'Assurance Maladie et les tarifs des actes pratiqués par le secteur privé sont très supérieurs aux Barèmes de remboursement en vigueur qui n'ont pas été suffisamment réévalués. De ce fait, la quasi-totalité des frais encourus auprès des médecins privés restent à la charge des ménages.

En parallèle, d'importantes transitions (ayant un très fort impact sur le système de santé publique) S'amorcent :

➤ **Une transition épidémiologique**

- Persistance et résurgence des MTH (Maladies à Transmission Hydrique).
- Augmentation des maladies chroniques dites maladies modernes : diabète, pathologies.
- Digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers et neuropsychiatriques.

➤ **Une transition démographique**

- Amorce du vieillissement de la population (6,7% en 1999)43.
- Urbanisation rapide (59 % de l'habitat en zone urbaine en 1999)44.
- Recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement.
- Importante (48, 24 % de la population a moins de 19 ans en 1998)45.
-

➤ **Une transition socio-économique**

- Chute des revenus des hydrocarbures, insuffisance de productivité et de création de richesse interne, augmentation considérable du poids de la dette extérieure et passage désordonné à l'économie de marché avec comme effet la dévaluation du dinar, le développement du chômage et d'une inflation élevée.

- Appauvrissement de l'Etat qui provoque un décrochage du développement des secteurs sociaux (logements, éducation, santé), une dégradation de l'environnement et des conditions de vie, de l'habitat et de l'hygiène publique.
- Elargissement des poches de pauvreté et précarité nutritionnelle de larges couches de la population.

1.4.La quatrième phase (2002-2011)

Volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans Remettre en place une véritable planification à long terme cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce A une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budget de fonctionnement que de budget d'équipement du fait de la rente pétrolière et ce en dépit des crises financières mondiales.

Les indicateurs de santé publique connaissent une amélioration significative :

- La dépense de santé passe de 3,48 % du P.I.B en 2000 à 5,79 % du P.I.B en 2009⁴⁶ de nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en Matériel et équipements, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale, ont lieu. Ainsi, En 2007, l'infrastructure hospitalière publique globalise 61 829 lits (1.94 lit / 1000 hab.).
- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999 (35000 praticiens en 2007, dont 13000 spécialistes) ; Promotion du médicament générique et encouragement de la production locale (70% De la couverture nationale en volume des médicaments en 2012).

Depuis Janvier 2008, une nouvelle disposition réglementaire a été prise dans le domaine De l'organisation de santé, instituant une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la Séparation entre :

- Des structures extrahospitalières assurant la prévention et les soins de base : Création des EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité, ex Secteur Sanitaire) ;
- Des structures d'hospitalisation et de soins spécialisés : Création des EPH (Etablissement Public Hospitalier) ;
- Le maintien des CHU (Centres Hospitalo-universitaires) et EHS ;

- Création de structures hautement spécialisées, les EHS (Etablissements Hospitaliers Spécialisés) dans par exemple la médecine sportive ou les maladies cardio-Vasculaires⁵³.

2. La situation actuelle se caractérise entre autres par

- De grandes disparités régionales en matière de ressources humaines ;
- Une inadaptation des établissements publics de santé à suivre l'évolution de la Demande en soins ;
- Le mouvement des praticiens, particulièrement les spécialistes, vers le secteur privé ;
- Sur le plan épidémiologique : Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence Episodique de maladies infectieuses, Une augmentation régulière des pathologies chroniques telles que les maladies Cardio-vasculaires, le cancer, les maladies métaboliques ;
- Le passage à l'économie de marché qui se traduit par des bouleversements socio-Economiques.
- Le SNS trouve, aujourd'hui, difficilement la cohérence et la force Que devait lui donner la synergie et la complémentarité des Différents intervenants publics, parapublics, privés, sectoriels et Intersectoriels.
- Le secteur parapublic s'est quasi effondré sous les difficultés Economiques vécues par grand nombre d'entreprises nationales.
- Le secteur privé peine à trouver sa place et à tendance à se Concentrer dans les grands centres urbains du pays, dès lors qu'il Se nourrit en grande partie dans son fonctionnement des Ressources humaines publiques.
- Le secteur public connaît encore des difficultés d'adaptabilité à la Nouvelle situation épidémiologique et manque de rationalité et de Flexibilité pour offrir aux citoyens des soins accessibles, de Qualité et de moindre coût.
 - ✓ La transition démographique et épidémiologique que l'Algérie a consommé doit éclairer la pertinence de sa stratégie.
 - ✓ La situation épidémiologique que vit le pays sur le plan des maladies Chroniques doit constituer l'épine dorsale du développement du Système de santé dans l'avenir.

⁵³ RAPOR Nabni 2020 , cinquantaine de l'indépendance : enseignement et vision pour l'Algérie de 2020 , janvier 2013 p 174 – 178.

3. Etat de santé de la population en Algérie

L'état de santé de la population est une part d'un indicateur du développement d'un Pays, d'autres parts elle reflète la capacité du capital humain qui est un facteur indispensable Pour le fonctionnement de tous les secteurs, car une mauvaise santé a un impact négatif sur la Production. L'augmentation des dépenses de santé influence positivement sur l'état de santé de la Population, cela lorsque ces dépenses sont rationnelles et orientées dans le bon sens, tout en Prenant en considération les autres déterminants de la santé telle que l'effet de l'environnement et les comportements individuels.

Les progrès dans l'amélioration de l'état de santé de la population en Algérie sont clairs Depuis l'indépendance, bien que le financement soit resté stable en dinars constant au regard De la croissance démographique et de l'augmentation de la taille du secteur. Malgré une Grande insatisfaction résiduelle, les algériens restent attachés à un système de soins basé sur Egalité d'accès et la solidarité nationale⁵⁴ ..

4. Types de systèmes de santé

Selon le statut des producteurs de soins, du Type de protection de la population et du mode De financement du système, on distingue trois Types :

4.1.Le système centralisé

Adopté par les pays socialistes et le royaume uni (National Health Service).

- Le système anglais est créé en 1948 par Beveridge.
- La production de soins est assurée dans le cadre d'un monopole public, par l'intermédiaire des : Etablissements hospitaliers, qui sont tous nationalisés et leurs praticiens sont des salariés du NHS.
- Praticiens généralistes, qui sont sous contrat avec le NHS mais conservent leur statut d'indépendance. Ils Perçoivent un montant forfaitaire par malade inscrit pour une année : le principe de la capitation.

⁵⁴ La situation actuelle : Aguersif M : le financement de la santé en Algérie : Évaluation 1944 – 1989, Oran , In <http://www.santé DZ>.

- L'accès aux soins est réglementé, chaque individu est inscrit sur la liste d'un médecin généraliste auquel il doit s'adresser obligatoirement pendant une année pour se faire soigner ou être orienté vers un spécialiste ou l'hôpital.
- Les médecins spécialistes travaillent comme des consultants dans les hôpitaux et sont salariés.
- Concernant la protection sociale de la population, le NHS assure tous les soins qui sont gratuits ou quasi gratuits pour l'utilisateur. Pour les médicaments, il existe un ticket modérateur.
- Le financement du NHS repose essentiellement sur le budget étatique (86%) selon le principe de redistribution des revenus préconisés par Beveridge ; la part restante est partagée par les cotisations perçues par les salaires (10%) et le ticket modérateur (4%).

4.2. Le système décentralisé

- C'est un système libéral soumis à la loi du marché où le régulateur est le prix.
- Ce système est adopté par les États-Unis d'Amérique et la Suisse.
- Le système américain se répartit entre le privé (2/3) et le public (1/3). La médecine ambulatoire est entièrement privée. Il existe par ailleurs, des organisations spécifiques fournissant un ensemble complet de services à des usagers ayant acquitté un prix annuel forfaitaire : Health Maintenance Organisation.
- Les médecins sont libres de fixer les tarifs ; le paiement à l'acte est courant pour les soins ambulatoires, concernant l'hospitalisation, la facturation inclut chaque service.
- La protection sociale est représentée par l'assurance privée à titre individuelle ou par l'intermédiaire des employeurs. Le montant des primes est déterminé par les lois du marché.

Cependant, il existe des programmes d'assurances sociales financés par l'état tels que :

- ✓ MEDICARE destiné aux personnes âgées.
- ✓ MEDICAID destiné aux personnes aux revenus bas.
- ✓ Le système américain est cher (10,8% du PIB).

4.3. Le système mixte

- Il associe la décentralisation et la centralisation. Le système français en est un exemple.
- La décentralisation se manifeste au niveau des usagers qui bénéficient d'une liberté dans le choix du producteur de soins, de l'établissement de soins et de s'adresser à un ou plusieurs producteurs de soins de divers catégories sans l'intermédiaire du médecin généraliste.
- Quant à la centralisation, elle est liée au rôle de l'état et des organismes d'assurances-maladies dans le financement du système⁵⁵.

⁵⁵ Prof ZAIDI Zoubida, Système de santé monde et Algérie, PDF, Système de santé

Chapitre III
Généralités sur les
conditions de travail

Introduction

Le travail est un moyen de subvention et de satisfaction des besoins. Il permet achat un d'évaluer et de gagner sa vie, il est à l'origine des liens sociaux et occupe une place non négligeable au quotidien. La place de travail ne cesse de s'accroître, ce qui a poussé les chercheurs dans différents domaines à étudier l'environnement et les conditions et dans lesquelles les salariés exercent leurs professions⁵⁶.

Section 01 : Généralités sur les conditions de travail et ces théories relatives

Au XIX siècle, le lieu de création de richesse est symbolique par l'usine et ses ateliers reposent une discipline particulière, une organisation rationnelle du travail, une manière spécifique de voir les relations sociales.

1. Le Travail

Selon Friedman : « *le travail est une activité fondamentale de l'homme, il est de nature créatrice permettant la modification du milieu en tant que la transformation de lui-même* ».

2. Les Conditions de Travail

Selon LEPLAT Jacques « *Les conditions de travail résument l'ensemble des facteurs, à l'exclusion des caractéristiques individuelles des travailleurs, qui peuvent étre influencer les conditions au travail. Ces facteurs représentes dans l'ensemble des*

⁵⁶ PICHAULT, François Michel, « loisir et travail ; in Decoster, traité de sociologie du travail », 2eme édition, De

caractéristiques interne et externe dans lequel s'inscrit le travail. il sont multiples et interdépendants »⁵⁷.

« Les conditions de travail regroupent la pénibilité, les horaires, le type de travail effectué l'ensemble des éléments qui affectent le bien-être et la santé des individus lors de la participation à l'activité productive »⁵⁸.

3. Aperçu historique sur les conditions de travail

L'action sur les conditions du travail est peut être l'une des plus anciennes préoccupations de la GRH. La véritable action sur les conditions de travail a commencé à la fin des années 60 avec ELTON Mayo, selon lui l'efficacité de l'activité des salariés repose sur les considérations psychologique et sociales, les recherches en ergonomie ont démontré l'importance de l'adaptation de poste aux besoins psychologique de l'employé.

Pour ELTON Mayo la quantité et la qualité de travail réalisé dépendant de la capacité physique de l'environnement de travail, (CITEA²U Jean Pierre, P 157).⁵⁹

Entre le début du XXe et le début du XXIème siècle, les conditions de travail semblent s'être améliorées avec la disparition progressive de tâches insalubres et l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité. D'autre part, de profondes mutations dans la structure de l'emploi en France ont elles-mêmes eu des répercussions sur l'organisation du travail, avec notamment la montée en puissance des services. La dématérialisation du travail intervenue à partir des années 1970 semble limitée.

D'un côté des contraintes physiques sont écartées, des conditions de sécurité sont améliorées, les tâches les plus contraignantes peuvent être écartées (peinture par exemple), mais d'un autre côté cela exige des équipements lourds et coûteux et donc une maintenance importante.

⁵⁷ Boeck, Bruxelles, 1990, p03.2. Jean-Pierre, « Gestion des RH (principes généraux et cas pratique », 4e édition, DALLOZ, paris, 2002, p168.

⁵⁸ d'Aline BRUNO « Dictionnaire d'économie et sciences sociales, sous la direction », édition ellipses 2005, p,101.

⁵⁹ PERITTI, Jean-Marie, 8eme Ed, P 43.

Les conséquences sont donc à nuancer puisque cela entraîne une hausse des horaires de nuit, de nouvelles postures contraignantes. L'insertion de l'outil informatique est également un exemple des effets ambivalents que le progrès peut Apporter. D'un côté, celui-ci apporte un certain degré d'autonomie pour le travailleur et réduit également les contraintes physiques (pour les ouvriers par exemple).

4. Les Approches théoriques des conditions de travail

Quatre grands théoriciens ont marqué de 1930 à 1970, Les travaux visant l'amélioration des conditions de travail : E. Mayo, A. Maslow, Mac Gregor et F. Herzberg. Ils appartiennent tous au grand mouvement des relations humaines.

4.1.Elton. MAYO : 1880-1949

Est l'un des premiers précurseurs du courant des relations humaines. En 1927. Mayo allait, par ses expériences, Démontrer l'influence des facteurs psychologiques sur la performance des travailleurs⁶⁰.

Alors que c'était l'influence de l'éclairage de l'atelier sur la production accomplie par un petit groupe de travailleuses qui était étudié, L'expérience montra que le simple fait de s'intéresser à ces travailleuses, de leur parler, de les traiter avec égard, permettait d'améliorer les performances. On découvrait ainsi une équation qui allait devenir célèbre : que la satisfaction des besoins psychologiques des travailleurs permettait d'améliorer la rentabilité du système de production⁶¹.

D'après ces expériences, ELTON Mayo a déduit qu'il y'avait deux catégories de changements :

- Ceux introduits délibérément qui concernent le travail et son organisation.
- Ceux progressifs spontanés dans les interactions sociales à l'intérieur de groupe.

⁶⁰ Aim, «l'essentielle de la théorie des organisations», 9eme Edition 2016-2017,p 48-49

⁶¹ Roger Aim, Idem, p 48-49.

D'après E. Mayo, Ces changements s'expliquent par les variables psychologiques suivantes:

- Le commandement: à avoir une attitude plus confiante envers l'encadrement grâce au passage d'un style autoritaire à un style plus participatif.
- Le statut social : donner plus d'importance aux ouvriers, en les impliquant et en leur permettant l'échange d'informations avec leurs responsables renforce leurs sentiment d'appartenance. - La cohésion du groupe: l'effet de donner la liberté au travailleur et l'amélioration dans le groupe ; favorise l'entente et les liens dans l'équipe; qui n'était pas le cas les faisant travailler à la chaîne.
- Les objectifs de groupe : le fait de faire responsabiliser les ouvriers au travail, les encourager à viser les mêmes finalités.
- Leadership : la favorisation des dialogues entra groupes sur le vécu du travail avait donné naissance à un processus d'influence qui est en dehors du temps de garde.
- Le sentiment de la sécurité : Dans ses emplois et l'influence du système de Rémunération⁶²

4.2.Abraham. H. Maslow : 1908-1970

H. Maslow s'inscrit dans le prolongement des travaux d'Elton Mayo, et il est l'inventeur du concept de hiérarchie des besoins humains, et un besoin d'ordre supérieur ne peut être satisfait que si le besoin d'ordre inférieur l'a été ⁶³ dès que les besoins élémentaires, besoins physiologiques et besoin de sécurité sont satisfait, l'individu veut accéder à d'autres catégories de satisfactions : Il cherche l'appartenance à un groupe, il tient à être reconnu comme ayant une identité propre, il souhaite s'accomplir dans son travail.

Enfin, ce dernier s'il a atteint ses objectifs, c'est la possibilité de se développer, de progresser qui devient sa préoccupation majeure.

Cette théorie a conduit Maslow à proposer un modèle qui sous forme d'une pyramide en hiérarchisant les besoins en cinq (05) niveaux :

⁶² Roger Aim, Idem, p 48-49

⁶³ Roger Aim, Idem p 52

- Besoins physiologique ou besoins fondamentaux d'existence (avoir faim, soif, sommeil).
- Besoins de sécurité et de protection physique (avoir un abri, un emploi).
- Besoins sociaux ou d'appartenance (être accepté, être compris, être aimé, donner, recevoir).
- Besoins d'estime de soi (être utile, être reconnu, être valorise, être respecte).
- Besoins de réalisation de soi et d'accomplissement (être créatif). Parmi ces besoin il Ya le besoin de sécurité en deuxième (2eme) lieu qu'il s'agit la sécurité de l'emploi l'un des conditions au travail, le niveau d'agressivité dans les relations Professionnelles et du sentiment globale d'ordre.

4.3.Douglas Mac GREGOR : 1960-1970

Dans les années 1960-1970, Mac GREGOR développe une théorie du management qui oppose deux(02) conceptions de l'homme au travail⁶⁴.

Dans ses théories X et Y, imposent deux images de travailleurs, telles que se représentent les employeurs. L'une, est la théorie X, est celle de l'ouvrier paresseux, auquel on ne peut confier de responsabilité, et qui doit être contrôlé en permanence. C'est l'ouvrier classique de l'organisation scientifique du travail.

L'autre est celle d'un ouvrier désireux d'acquérir des responsabilités souhaitant s'épanouir au travail, ayant l'esprit créatif⁶⁵.

Selon Mac GREGOR c'e l'image que l'on se fait du travailleur qui aura un travailleur de confiance, qui lui laisse des responsabilités le verra capable d'en prendre⁶⁶.

4.4.Frederick Herzberk : 1923.2000

f. herzberk detirmine les facteurs qui sont sources d'insatisfaction, il montre que les circonstances qui conduisent à l'insatisfaction est ce n'est pas parce qu'on supprimant les causes d'insatisfaction au travail d'un individu qu'on le rendra satisfait et motivé⁶⁷.

⁶⁴ Roger Aim, Idem p 56

⁶⁵ Roger Aim Idem p 57

⁶⁶ . Roger Aim, Idem p 57

Ces recherches le conduisent à élaborer la théorie des deux (02) facteurs ou théorie bi factoriel⁶⁸.

Les facteurs source d'insatisfaction (facteurs d'hygiène) : c'est la base de la bonne santé des relations humaines dans leur lieu de travail, ce sont les relations avec les supérieurs, et avec les collègues, les avantages sociaux, le salaire et conditions matérielles de travail.

Les facteurs source de satisfaction (facteurs intrinsèques) : ce sont les facteurs dynamiques, il s'agit des possibilités de carrière, des responsabilités, la Reconnaissance, la considération, l'estime des autres, de l'appréciation exprimée des performances et du sentiment de pouvoir se réaliser.

5. Les 5. Les champs des conditions de travail.

Les conditions de travail contiennent trois champs qui sont complémentaires :

- Les conditions physiques de travail ;
- Les conditions mentales de travail ;
- Les horaires de travail.

5.1.Les conditions physiques du travail

Contiennent les conditions d'hygiène et de sécurité, ce sont les premiers reconnues dans le monde de travail⁽¹⁴⁾.

5.2.Les conditions mentales du travail

Présentent la préoccupation principale des psychologues, ces dernier se transforment et génèrent des niveaux risques⁶⁹.

⁶⁷ Roger Aim, Idem p54-55

⁶⁸ Roger Aim, Idem p54-55.

⁶⁹ Michel Gollac, Serge Volkoff et Loup Wolff, « les conditions de travail», 3eme édition, ed la découverte, 2014, p 26

5.3. Les horaires du travail

Constituent une dimension transversale des conditions du travail, mais plus l'argent aussi de la qualité de la vie, ces dernier qui présentement s'allègent et se diversifient sans vraiment s'améliorer, modelait, non seulement le travail, mais aussi et plus encore⁷⁰.

Section 02 : les conditions physiques du travail

Les conditions physiques du travail sont un ensemble des règles et des variables matérielles du milieu ou cadre dans lequel s'exécute le travail.

On parle également des conditions de vie au travail, les éléments constitutifs des conditions du travail matérielles et juridiques sont notamment : la durée du travail, les rythmes du travail, le bruit, la lumière, l'humidité, la chaleur et la salubrité du cadre de travail, les conditions de sécurité, les règlements d'atelier, le système d'horaire du travail.

1. Les mauvaises conditions de travail

C'est tout travail dur, salissant, pourtant des pénibilités physique ou psychologiques, travaillées dans des postures pénible, poste des charges lourdes, donc des tâches difficiles ou pénibles: évoque surtout l'exposition à des facteurs de risques psychosociaux : rythme de travail imposé (par cadencement ou surveillance continue), intensité de travail (devoir toujours se dépêcher, ne pas pouvoir quitter son travail des yeux, être soumis à des urgences obligeant à changer de tâche), charge mentale et conflits éthiques (subir un excès de travail ou un manque de reconnaissance, faire des choses que l'on désapprouve), autonomie dans le travail et qualité (ou absence de qualité) du management et des relations de travail ; mais aussi manipuler ou être en contact avec des produits toxiques⁷¹.

⁷⁰ Michel Gollac, Serge Volkoff et Loup Wolff, Idem p 26.

⁷¹ Michel Gollac, Serge Volkoff et Loup Wolff, Idem p 76.

La mauvaise condition de travail sont celles dans laquelle les travailleurs construisent une activité de travail défavorable à sa santé. La mauvaise qualité de l'emploi est le problème majeur auquel sont confrontés les marchés mondiaux du travail, des millions de personnes étant contraintes d'accepter de travailler dans des mauvaises conditions, avertit un rapport de l'Organisation internationale du travail(OIT)⁷².

Les données recueillies pour le rapport Emploi et questions sociales dans le monde Tendances 2019 montrent que la majorité des 3,3 milliards de personnes qui occupaient un emploi en 2018 déplorent l'absence de sécurité économique, de bien-être matériel et d'égalité de chances. Qui plus est, les progrès réalisés pour réduire le chômage à l'échelle de la planète ne sont pas synonymes d'amélioration de la qualité de l'emploi.

Ce rapport relève qu'un certain nombre de déficits majeurs en matière de travail décent perdurent, et tire la sonnette d'alarme : au rythme actuel des progrès effectués, l'objectif du travail décent pour tous, tel qu'énoncé dans les objectifs de développement durable (ODD).

2. Les conséquences des mauvaises conditions de travail

De nombreuses professions sont exposées à des agents biologiques capables de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication.

Les travailleurs en contact avec des animaux vivants sont également concernés au risque de maladie infectieuse s'agitent, dans les élevages intensifs de porcs et de volailles, l'exposition à des poussières organiques et à des toxines. Susceptibles de provoquer des allergies.

Le nombre des salariés qui font de l'effort physique ou qui subissent des contraintes physiques augmente. C'est le port (action de porter) de charges lourdes, mouvement douloureux ou fatigants, postures pénibles, déplacement pied long ou fréquents, station debout prolongée qui enchainent un risque d'atteinte à la santé des salariés.

⁷² .www.onu info du 13/02/2019 selon OIT-consulté le 12/06/2021

C'est le port (action de porter) de charges lourds, mouvement douloureux ou fatigants, postures pénibles, déplacement pied long ou fréquents, station debout prolongée qui enchaines un risque d'atteinte à la santé des salariés.

C'est la manutention (action de manipuler des marchandises) manuelle décharge et la contrainte physique au travail qui est à l'origine du plus grand nombre de lésions (déchirures). Les salariés qui manipulent des charges lourds, à la longue peuvent se produire des atteintes de la colonne vertébrale des hernies discales, des sciatiques. Ce phénomène est constaté dans l'ensemble des pays industrialisés.

Le bruit subit au cours du travail est la cause de nombreuses maladies. Le risque le plus évident est celui de troubles de l'audition, allant jusqu'à la surdité.

Le travailleur peut être victime d'épuisement professionnel (un sentiment de fatigue intense). Les conditions de travail sont d'une manière générale l'environnement dans lequel les employés vivent sur leur lieu de travail ; En peut dire aussi c'est l'ensemble des facteurs sociaux, psychologiques, environnementaux, organisationnels et physiques qui caractérise un environnement de travail pour le salarié.

3. L'environnement du travail

Désigne l'ensemble des éléments matériels et humains qui sont susceptibles d'influencer un travailleur dans ses tâches quotidiennes. Par ailleurs, l'environnement d'un lieu de travail désigne également les conditions de sécurité et d'hygiène des locaux. Ces conditions doivent être maîtrisées par l'employeur afin de proposer aux employés. Un environnement de travail de qualité.

Une bonne qualité de vie au travail apparaît d'ailleurs comme la 2ème condition la plus importante, juste après l'intérêt porté aux missions du poste. Les attentes des salariés vis-à-vis de leurs environnements de travail, s'attachent particulièrement à des facteurs relatifs à leurs missions:

- Le contenu des missions : tâches assignées au poste, autonomie du travail, charge de travail;
- L'environnement direct du travail : sécurité, hygiène, bruits, prévention des risques en entreprise ;

- Les relations humaines: esprit d'équipe, confiance, participation aux décisions, reconnaissance du travail effectué; possibilités d'évolution : formations internes, rémunération ;
- L'aménagement du temps de travail vis-à-vis de la vie personnelle: horaires de travail, possibilité de télétravail, congés⁷³.

4. Nature des conditions de travail

4.1. Le cadre temporel

Le cadre temporel du travail est un sous-ensemble important des conditions de travail: il est d'une grande variété en particulier dans l'industrie avec des rythmes imposés ou le travail posté mais dans des services comme restauration ou hôpitaux. Rentre aussi dans ces paramètres, la durée des déplacements quotidiens entre le domicile et le lieu de travail.⁽¹⁹⁾.

Citons le type d'horaires, la variabilité de la durée quotidienne de travail, les pauses et les congés, les heures supplémentaires, le travail de nuit et les horaires des calés, les temps partiels, l'empiétement du travail sur le temps de loisir, ...etc.

Les rythmes imposés et autres paramètres plus spécifiquement liés à la productivité relèvent de la pression temporelle : ils sont un facteur aggravant des autres conditions vécues ou peuvent transformer de simples exigences qualitatives en contraintes préjudiciables, une déficience partielle en situation ingérable.

4.2. Les sollicitations psychologiques

Les sollicitations psychologiques ou psychosociales sont les traits de l'activité et de son cadre qui aboutissent au stress si elles excèdent les capacités de l'individu. Elles peuvent être étroitement liées à l'activité (exigences, cognitives) ou dépendre de conditions plus large (responsabilité, peur latente de l'erreur, rapports interindividuels et ambiance de travail notamment), voire très larges comme la crainte d'être licencié.

⁷³ <https://immobilier.jll.fr/blog/article/environnement-travail-facteur-bien-etre> Consulté le 12/06/2021.

La psychopathologie du travail donne lieu à peu de diagnostics .certains effets sont toute de même remarquables, comme le "burn out", en français le syndrome d'épuisement professionnel (situation fatigue extrême, particulièrement dans les secteurs sociaux, dans les hôpitaux par exemple).Christophe Dejours (psychiatre et psychanalyste) montre que l'écart croissant entre les efforts déployés et la rémunération provoque une augmentation des risques psychiatriques.

Plus encore, ce sont les modifications techniques et environnementales du travail dans l'organisation néolibérale(le nouvel esprit du capitalisme de E.Chiapello etL. Boltanski) qui peuvent être à l'origine de nouveaux maux (petits troubles de santé : insomnie, douleurs lombaires, harcèlement moral).⁷⁴.

4.3.Les conditions sociales

Cette dernière catégorie regroupe indistinctement les facteurs qui dépendent des conditions générales du travail et de l'emploi dans la société et que l'individu amène avec lui lors de son embauche ou par exemple si l'offre d'emplois se raréfie.

Ces facteurs se rattachent aux sollicitations psychologiques dans la mesure où l'excès de la demande sur l'offre durcissant la dépendance du salarié à son emploi (en fonction du type de contrat de travail) accroît son niveau de tension psychique.⁷⁵.

Ces conditions sont d'autant plus prégnantes que le salarié est lui-même fortement dépendant de son emploi pour des raisons personnelles (chef de famille, dettes, expérience de chômage...) et qu'il ne dispose pas par ailleurs que de bonnes possibilités d'un nouvel emploi.

4.4.Situations particulières et individuelles

Tous les individus ne sont pas égaux face aux exigences et contraintes d'une activité, ce qui souligne l'importance de :

- L'orientation et de la sélection professionnelles pour l'accord de l'emploi aux capacités individuelles.

⁷⁴ <http://etudedecas.lesrelationsautravail>, [en ligne], consulté le 04/07/2021 à 11h40

⁷⁵ Assertion affirmée aussi par J-Y BARREYERE et BOUQUET, « de l'incantation à l'implication sociale n° 19, Avril, 1992, P 58

- Des préoccupations ergonomiques pour l'adaptation des tâches et des postes ;
- La formation professionnelle pour une meilleure maîtrise et une plus grande autonomie.

Certaines catégories de personnes présentant une vulnérabilité particulière sont particulièrement sensibles aux conditions de travail :

- Les personnes handicapées.
- Les personnes souffrant de maladies chroniques ou à évolution lente.
- Les femmes enceintes.
- Les personnes qui peuvent être considérées comme psychologiquement fragiles (état dépressif, dépendance alcoolique...).

Conclusion

Les conditions de travail désignent d'une manière générale l'environnement dans lequel les employés vivent leurs lieux de travail, il est tenu compte de la pénibilité et des risques propres à l'activité et à compte du cadre rationnel dans lequel évolue le salarié, statut professionnel, durée de travail...etc.

Dans ce sens, les conditions du travail jouent un rôle important dans l'augmentation de la production et le rendement de l'entreprise ainsi que celui des salariés. Il représente le rapport entre ce que produit quelque chose et ce qu'elle consomme.

Chapitre IV
Généralités sur les erreurs
médicales

Introduction

Tout médecin peut être confronté un jour, au cours de son exercice professionnel, à la survenue d'une erreur. Cette erreur peut avoir des conséquences plus ou moins graves sur la santé du patient.

Section 01 : la conception d'erreur médicales

Les événements indésirables touchent tous les niveaux et tous les aspects des soins de santé, du niveau clinique au niveau gestionnaire, curatif à préventif, du secteur public au secteur privé.

1. L'erreur médicale

L'erreur médicale est définie comme toute forme de soins impropres, retardés, ou omis portant préjudice au patient, soit en aggravant les conséquences médicales, soit en causant un stress émotionnel ou physique. Dovey considère comme erreur, tous les événements qui sont survenus dans la pratique et qui n'auraient pas dû arriver. Ces événements peuvent être importants ou non, d'ordre clinique ou administratif. L'auteur insiste sur le caractère évitable de ces erreurs et leur possibilité de prévention⁷⁶. Cette définition a été utilisée par Markham pour le développement de sa taxonomie⁷⁷.

GALAM modifie cette définition, et considère l'erreur médicale comme un dysfonctionnement se rapprochant et s'apparentant au caractère d'évitabilité de certains événements indésirables.

⁷⁶ DOVEY SM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 233-8.

⁷⁷ MAKEHAM MA, et al. An international taxonomy for errors in general practices: a pilot study. *Med J Aust* 2002;177(2):68-72.

Cette erreur peut provenir selon lui, du non-respect des politiques de santé, des protocoles, des consensus, des règles de soins mais également suite à une inattention, une distraction, un oubli ou tout autre événement fortuit survenant lors du soin ⁷⁸.

Selon l’OMS, une erreur est définie comme l’exécution non conforme d’un acte prévu ou l’application d’un plan incorrect. Une erreur peut se produire lorsque, pendant la planification ou l’exécution d’une action, on fait quelque chose qu’il ne fallait pas faire (erreur par commission), ou Olle de la responsabilité du médecin, reposant sur 0 le médecin doit tout mettre en œuvre pour soigner son patient. Cette obligation se distingue de l’obligation de résultat, qui impliquerait que le médecin s’engage à guérir le patient. Dans le but d’éviter toute confusion, il s’avère nécessaire de rappeler la définition de certains termes médicaux se rapportant dans la littérature à l’erreur médicale: les évènements indésirables, et la faute.

2. Un évènement indésirable

L’évènement indésirable est défini comme « *Un évènement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, de réhabilitation. Il est évitable si l’on peut estimer qu’il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue* »⁷⁹.

Selon le Ministère de la santé, un effet indésirable est un événement clinique ou para clinique, non désiré par le patient et lié aux soins. Cette définition a été utilisée dans une grande enquête française.

Les facteurs contributifs peuvent être liés au patient lui-même (terrain, comorbidités, facteurs de risques...) aux professionnels, à l’équipe de soins, aux matériels et produits de santé utilisés, à l’organisation des soins et aux facteurs institutionnels.

3. La faute

⁷⁸ GALAM E. L’erreur médicale en médecine générale. Revue Responsabilité, Juin 2007(26):1-6

⁷⁹ . LATIL F. Place de l’erreur médicale dans le système de soins. Pratique et organisation des soins, 2007 ; 38 (1) : 69-77.

Dans le cadre médical, la faute correspond à un manquement aux obligations contractuelles existant entre un médecin et son patient. En effet, le médecin fait défaut à toutes ses obligations de prise en charge du patient, et manque de professionnalisme c'est-à-dire d'organisation, de rigueur et d'attention.

Qualifier un acte de « faute » nécessite ainsi qu'il y ait eu à la fois infraction aux règles de bonne pratique, et négligence de la part du médecin impliqué dans la relation de soins⁸⁰.

D'un point de vue légal, la faute se doit d'être prouvée. Quand elle survient, la sanction judiciaire suppose une plainte civile ou pénale à condition qu'il y ait préjudice suite à la faute ou bien qu'il existe un lien de causalité entre les deux.

4. La différence entre l'erreur et une faute

Deux notions doivent être distinguées dans le domaine de la responsabilité médicale. Tout erreur n'est pas fautive, mais il faut bien le reconnaître que la différence est souvent tenue entre ces deux notions, pour le dire simplement, une erreur médicale devient fautive quand la responsabilité du médecin est mise en cause par une instance judiciaire (responsabilité administrative civile ou pénale) pour avoir agi de manière non conforme aux données de la science médicale au moment de la réalisation de l'acte incriminé, qu'il soit à visée diagnostic ou thérapeutique. La notion de faute est donc plus juridique que strictement médicale, contrairement à l'erreur.

En conséquence un médecin peut présenter des excuses pour l'erreur qu'il reconnaît avoir commise, mais pas pour une faute, puisque ce n'est lui qui qualifiera, cette erreur comme fautive. La faute peut également rattachée à un manquement à la déontologie, comme par exemple, le non respecte du secret médical. Si le conseil de l'ordre a été saisi par la personne qui s'estime victime, on instance juridictionnelle aura à statuer sur la réalité de la faute, et sanctionnera le praticien si la faute est établie

5. Les types de l'erreur médicale

⁸⁰ AURIANT I Événements iatrogènes et ventilation mécanique Réanimation Volume 14, Issue 5, Septembre 2005, Pages 423-429.

5.1.Échec de diagnostic/mauvais diagnostic et traitement inapproprié

Si les symptômes ne sont pas décelés ou s'ils sont mal interprétés, cela peut entraîner une absence de traitement de l'affection ou le choix d'un mauvais schéma thérapeutique. Cela peut également résulter de l'incapacité à utiliser ou exécuter le bon test ou dispositif diagnostique.

5.2.Erreurs médicamenteuses

Les erreurs médicamenteuses peuvent être liées à la pratique professionnelle, et aux produits, actes et systèmes de soins de santé. La perturbation peut survenir à n'importe quel stade du processus, notamment la prescription, la communication de l'ordre, l'étiquetage, le conditionnement et la nomenclature, la composition, la délivrance et la distribution des médicaments, pouvant mener à l'administration de non appropriés une mauvaise posologie. Sont inclus dans les erreurs médicamenteuses les effets indésirables qui peuvent se produire après l'administration de médicaments et produits biologiques.

5.3.Infections contractées dans les établissements de santé

Les carences au niveau de la lutte contre les infections dans les établissements peuvent entraîner la propagation de maladies transmissibles, y compris le VIH/SIDA. Les modes de transmission comprennent les injections pratiquées dans de mauvaises conditions d'hygiène, une stérilisation insuffisante du matériel utilisé, une mauvaise élimination des déchets médicaux, du linge et des vêtements souillés, de mauvaises pratiques d'hygiène comme la désinfection des sols et des surfaces et un faible respect des procédures d'hygiène des mains.

5.4.Produits sanguins et liquides biologiques

L'administration de sang et autres liquides n'ayant pas été soumis à un contrôle visant à détecter les maladies transmissibles peut constituer un autre mode transmission de maladies transmissibles.

5.5.Réaction transfusionnelle

Les complications peuvent survenir après la transfusion de sang lorsqu'il y a une réaction contre les cellules sanguines transfusées ou d'autres composants de la transfusion.

5.6. Erreurs de communication

Les défaillances dans le processus de communication peuvent entraîner diverses erreurs y compris une mauvaise identification du patient, une attribution erronée des résultats des analyses, des erreurs médicamenteuses, des erreurs de transfusion dues à l'utilisation de mauvais groupes sanguins et une erreur concernant le site de l'intervention chirurgicale.

5.7. Soins chirurgicaux

En raison principalement de sa nature invasive et du recours à l'anesthésie, la chirurgie est Soins chirurgicaux : en raison principalement de sa nature invasive et du recours à l'anesthésie, la chirurgie est depuis longtemps associée à plusieurs risques et complications. Ce risque doit être pris en compte dans les soins pré- et post-opératoires, en particulier dans l'administration correcte de l'anesthésie, ainsi que dans le diagnostic et le traitement de nouveaux symptômes potentiels après l'intervention.

5.8. Matériel médical

Des erreurs peuvent se produire suite à une mauvaise installation, et faute d'entretien ou d'utilisation correcte du matériel médical. En outre, l'absence d'accessoires et d'équipements appropriés comme des vêtements spéciaux, ou une conception et localisation inappropriées peut rendre l'utilisation du matériel dangereuse, par exemple dans l'utilisation de la radiothérapie.

5.9. Techniques cliniques et diagnostiques invasives

La nouvelle génération des technologies de pointe actuellement utilisées peut constituer une menace pour les patients en raison du potentiel de lésions internes et du risque plus élevé d'infection.

5.10. Matériel non médical

Lors des déplacements dans les établissements, les patients peuvent être exposés à des blessures par du matériel non médical, comme les lits, les garde-corps et les marches en raison d'une mauvaise conception et de l'absence d'entretien. La sécurité des patients doit être davantage prise en compte pendant leur transport entre les services.

5.11. Environnement physique

S'ils sont mal conçus et construits, les établissements peuvent représenter une menace pour la sécurité des patients en cas d'effondrement, en particulier dans les zones sujettes aux catastrophes naturelles. De nombreux facteurs peuvent avoir un impact sur la sécurité du bâtiment et son environnement, comme sa conception, la nature et la qualité des matériaux de construction utilisées, sa localisation, son accès aux équipements, fournitures, et la capacité à éliminer les déchets médicaux et généraux.

La qualité de l'eau et de l'air dans l'établissement de santé doit être maintenue à un niveau élevé pour réduire le risque d'infection parmi les patients et le personnel. De plus, les patients et le personnel peuvent être exposés à des blessures provoquées par des tierces personnes qui peuvent tenter d'entrer dans l'établissement, ce qui souligne la nécessité d'assurer un niveau de sécurité élevé.

5.12. Sécurité sanitaire des aliments

L'hygiène alimentaire constitue un autre risque pour les patients en cas d'absence de procédures d'hygiène pour l'achat, la préparation et l'élimination des aliments, tandis qu'un autre aspect de la sécurité sanitaire des aliments consiste à veiller à ce que les aliments répondent aux besoins alimentaires spécifiques des patients longtemps associée à plusieurs risques et complications.

Ce risque doit être pris en compte dans les soins pré- et post-opératoires, en particulier dans l'administration correcte de l'anesthésie, ainsi que dans le diagnostic et le traitement de nouveaux symptômes potentiels après l'intervention.

5.13. Manque d'expérience

Il est particulièrement important que les médecins pratiquent pas un acte sur un patient ou administrent un traitement pour la première fois sans une préparation adaptée. Les médecins doivent tout d'abord comprendre ce qu'ils font et s'entraîner sur un mannequin ou tout autre accessoire dans le cadre d'une simulation. S'il s'agit de sa première expérience, le médecin devrait être correctement supervisé(e) et surveillé(e) pendant l'intervention ou le traitement. Les patients savent que les médecins ont des connaissances limitées. Ils comprennent qu'ils sont en phase d'apprentissage. C'est pourquoi il est primordial qu'ils ne prétendent pas avoir plus d'expérience qu'ils n'en ont en réalité, ni qu'ils laissent d'autres personnes les présenter ainsi.

5.14. Manque de temps

Les contraintes liées au temps incitent les professionnels à prendre des raccourcis dangereux qu'ils ne devraient pas prendre. Par exemple : ne pas prendre le temps de se laver les mains correctement, ou pour un pharmacien ne pas prendre le temps de donner les conseils appropriés concernant la prise d'un médicament et pour une sage-femme, ne pas bien expliquer les différents stades de l'accouchement à une femme.

5.15. Vérification inappropriée

Une simple vérification peut éviter à des milliers de patients de recevoir les mauvais médicaments. Les pharmaciens vérifient systématiquement les médicaments et aident les autres membres de l'équipe soignante à s'assurer que chaque patient reçoit le bon médicament à la bonne posologie et par la bonne voie d'administration. Les médecins devraient établir de bonnes relations avec les pharmaciens et le personnel infirmier qui ont l'habitude de procéder à des vérifications systématiques dans le cadre de leur travail. La vérification est un processus simple que les étudiants peuvent mettre en pratique dès leur arrivée dans un environnement clinique ou un milieu de soins communautaire.

5.16. Procédures défectueuses

Plusieurs facteurs peuvent intervenir : une préparation inappropriée, une équipe qualitativement ou quantitativement inadéquates ou une attention insuffisante envers un patient particulier. Des médecins peuvent être amenés à utiliser un appareil sans savoir totalement ni comment il fonctionne ni comment l'utiliser.

Les Médecins devraient se familiariser avec le matériel avant de l'utiliser pour la première fois. Il est très instructif de regarder quelqu'un utiliser un matériel puis de discuter avec cette personne de la manière de l'utiliser.

5.17. Information inadéquate

C'est en consignait correctement les détails relatifs au patient, en temps opportun et lisiblement dans le dossier du patient (dossier médical, ordonnance ou toute autre méthode employée pour conserver les informations du patient) que chaque professionnel de santé peut garantir la qualité continue des soins et des traitements. Il est fondamental que les médecins vérifient systématiquement les informations enregistrées et veillent à ce qu'elles soient lisibles, précises et à jour. Les informations erronées ou inappropriées constituent souvent des facteurs contributifs aux événements indésirables. Une bonne transmission orale des informations est également essentielle.

Un très grand nombre de professionnels interviennent dans les soins aux patients. Par conséquent, il est primordial que les communications orales et écrites soient exactes et vérifiées⁸¹.

Section 02 : La réalité des erreurs médicales

De nombreuses études ont montré que dans certaines circonstances, les médecins et les cliniciens sont particulièrement vulnérables aux erreurs. Cette erreur médicale peut avoir des conséquences non négligeables sur la santé tant physique que mentale et émotionnelle du patient. Situations associées à un risque accru d'erreur.

1. Facteurs individuels qui prédisposent les médecins aux erreurs

1.1. Fatigue

La fatigue affecte la mémoire. Elle est un facteur connu d'erreurs impliquant les professionnels de santé. Conscients des problèmes liés à la fatigue, de nombreux pays ont déjà modifié le nombre excessif d'heures travaillées par les médecins ou sont en passe de le faire⁸².

Le lien entre le manque de sommeil des internes, dû aux longues gardes et à l'interruption des rythmes circadiens, et leur bien-être a été établi il y a trente ans mais ce n'est que récemment que les gouvernements et les autorités de réglementation ont pris au sérieux la limitation du temps de travail. Une étude de 2004 de Landrigan et al. était l'une des premières à mesurer les effets de la privation de sommeil sur les erreurs médicales.

Elle a montré que les internes qui travaillent au sein de l'unité de soins intensifs et celle de soins coronariens du Brigham and Women's Hospital (Boston, Massachusetts, États-Unis) commettaient des erreurs substantiellement plus graves lorsqu'ils effectuaient souvent des gardes de 24 heures ou plus par rapport à ceux qui faisaient des gardes plus courtes. D'autres études ont révélé que le manque de sommeil peut avoir des effets

⁸¹ . GRIBEAUVAL JP. Comment distinguer faute, erreur et aléa dans la pratique quotidienne? Eviter l'évitable. La revue Prescrire. 2005 ; 25 (267) : 892.

⁸² Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in

similaires à l'intoxication alcoolique. Des problèmes liés au personnel infirmier qui travaille pendant 12 heures et l'utilisation des heures supplémentaires obligatoires, ainsi que le fait que ces pratiques peuvent entraîner une augmentation des erreurs, ont été documentés dans la littérature.

Stress, faim et maladie Lorsque les étudiants se sentent stressés, malades ou lorsqu'ils ont faim, ils ne travaillent pas aussi bien.

Il est très important que les étudiants surveillent leur propre santé et veillent à leur bien-être. Ils doivent garder à l'esprit le fait que s'ils se sentent mal en point ou stressés, ils sont plus susceptibles de faire des erreurs. L'épuisement professionnel chez les infirmiers (ères) débutant(e)s a causé des erreurs et poussé des jeunes recrues à abandonner la profession. Le stress et l'épuisement professionnel sont liés.

Il existe plusieurs moyens mnémotechniques pour aider les étudiants à se surveiller. L'acronyme anglais HALT en est un.

Vérifiez si vous :

- Avez faim (Hungry) H
- Etes énervé (Angry) A
- Etes en retard (Late) L
- Etes fatigué (Tired) T

L'acronyme IM SAFE est un autre moyen de mémorisation pour l'auto surveillance. Illness (indisposition) I Medication (médicaments, sur ou sans ordonnance) M

- Stress (stress) S
- Alcohol (alcool) A
- Fatigue (fatigue) F
- Emotion (émotion) E

1.2. Facteurs linguistiques et culturels

Le risque d'erreurs de communication causées par des facteurs linguistiques et culturels est évident.

Néanmoins, nombreuses sont les interactions entre les patients et les professionnels de santé qui s'en occupent à avoir lieu sans interprète ou langue commune. Les étudiants

devraient apprendre à mesurer les problèmes causés par les barrières linguistiques et les incompréhensions liées à des cultures différentes. L'alphabétisme est également un point important à garder à l'esprit. Les professionnels de santé doivent arriver à déterminer la mesure dans laquelle les patients et leurs soignants sont capables de comprendre des instructions écrites.

1.3. Comportements dangereux

Les étudiants qui pratiquent sans supervision une procédure ou une intervention sur un patient peuvent être considérés comme faisant preuve d'un comportement dangereux. Ces étudiants recherchent davantage la pratique et l'expérience que le bien-être de leurs patients. Les étudiants devraient toujours se rappeler que le contact avec les patients est un honneur qu'il ne faut pas prendre pour acquis.

La plupart des accidents médicaux peuvent être méconnus, pour 3 raisons : L'erreur n'est pas identifiée par son auteur, l'erreur est reconnue par son auteur mais elle est réparée avant qu'il y ait un dommage, l'erreur est reconnue par son auteur mais elle est cachée par son auteur qui craint une sanction.

2. La responsabilité des médecins et des établissements de santé en cas d'erreur

La responsabilité du médecin ou de l'établissement de soins peut être engagée pour toute faute commise. On distingue habituellement deux types de faute : la faute technique et la faute contre l'humanisme.

La faute technique est l'erreur commise par le professionnel de santé par méconnaissance des usages et règles scientifiques gouvernant la profession. Il peut être question d'une faute de diagnostic, dans la réalisation de l'acte, ou dans le choix du traitement, par exemple.

Ainsi, dans un arrêt rendu le 16 janvier 2013, pourvoi n° 12-14.020, la 1ère chambre civile de la Cour de cassation a retenu la faute caractérisée de deux médecins dans le diagnostic anténatal, à la suite d'échographies sans relever aucune anomalie d'une fille présentant une agénésie (née sans avant-bras).

La faute contre l'humanisme est la mauvaise appréciation de la relation soignant-patient en vertu des règles déontologiques de la profession. Dans la faute contre l'humanisme, il peut s'agir d'un acte médical pratiqué sans le consentement du patient⁸³.

Ainsi, la Cour de cassation a retenu à ce titre la responsabilité d'un médecin qui a procédé à une ligature des trompes de la patiente sans avoir obtenu son consentement préalable⁸⁴.

A ces deux cas s'ajoute-la faute d'information. Il s'agit d'un manquement du médecin à son obligation d'information et de conseil. Par exemple : engage sa responsabilité, le médecin n'informant pas son patient des risques graves liés à une opération.

A titre d'exemple, dans une ikon décision rendue le 10 octobre 2012, le Conseil d'État a retenu la responsabilité d'un établissement public de santé pour défaut d'information de son praticien envers un patient à une opération chirurgicale en précisant « *qu'indépendamment de la perte d'une chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques courus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a pu subir du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité, notamment en prenant certaines dispositions personnelles* ».

Le médecin a donc une obligation d'information loyale et claire. Sans ces informations, le consentement du patient ne peut être considéré comme étant libre et éclairé. Ces principes sont édictés aux articles 16-3 du code civil ; L. 1111-2 et suivants, et R. 4127-35 et suivants du code de la santé publique.

Toute personne n'est pas en mesure de démontrer elle-même l'erreur médicale commise par le professionnel. Il est donc recommandé d'avoir recours à l'expertise d'un autre médecin, par la voie judiciaire ou la voie amiable.

⁸³ Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing Medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. *Academic Medicine*, 2002, 77:993–1000.

⁸⁴ . 1re Civ., 11 octobre 1988, Bull. 1988, I, n° 280, p. 192, pourvoi n° 86-12.832.

Le recours judiciaire tendant à faire reconnaître la responsabilité médicale d'un praticien ou d'un établissement de santé n'est pas la seule voie envisageable pour obtenir la réparation du préjudice subi.

En effet, la loi du 4 mars 2002 a instauré une procédure spécifique d'indemnisation des victimes de fautes médicales, prévue par les articles L. 1142-5 et suivants du code de la santé publique. Cette procédure n'est pas obligatoire et la victime peut toujours décider de saisir les juridictions de droit commun.

Texte de l'article 16-3 du code civil modifié par l'article 9 de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique :

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. ».

Texte de l'article L. 1111-2 du code de la santé modifié par les articles 7 et 175 de loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. 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 un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. ».

Texte de l'article R. 4127-35 du code de la santé :

« 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.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade

peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »⁸⁵.

2.1.Réalisation de l'annonce d'un dommage associé aux soins

La HAS, Haute autorité de santé, a publié un guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville qui donne des repères pratiques pour annoncer à un patient un dommage associé aux soins

2.2.Selon la HAS

➤ Qui réalise l'annonce du dommage associé aux soins au patient

C'est le professionnel, responsable des soins délivrés au patient qui est le plus à même de mener (éventuellement accompagné par un membre de son équipe).

➤ Où réaliser cet entretien

Dans un lieu calme et dédié.

➤ Quand réaliser cet entretien

De préférence dans les 24 heures suivant la détection du dommage, et toujours dans le respect des délais légaux de 15 jours.

➤ Quoi, comment

La sincérité, l'écoute et l'empathie sont des mots clés en termes d'attitude à adopter. La communication se fait autour de faits connus et vérifiés. Les professionnels reconnaissent le dommage subi, en expliquent les causes et les conséquences pour le devenir du patient, lui assurent que sa souffrance ne sera pas vaine et servira le cas échéant à améliorer les pratiques.

⁸⁵ Article L. 1142-28 du code de la santé publique

L'expression de regrets voire la présentation d'excuses en cas d'erreur avérée sont indissociables du processus d'annonce.

Les professionnels doivent répondre aux besoins du patient (proposer un soutien médical, psychologique, social ou spirituel). Des rendez-vous de suivi peuvent être proposés au patient.

L'échange avec le patient est tracé dans le dossier médical.

3. L'erreur médicales en Algérie

La sécurité du système de santé est importante pour tous les pays, quel que soit leur stade de Développement.

Le secteur de soins en Algérie repose sur un ensemble de structures médicales, techniques et administrative.

La Ligue Algérienne de Défense des Droits de l'Homme (LADDH) a rendu public, le mardi 12 février 2019, un rapport accablant sur le système de santé algérien, et dans lequel elle a fait état d'un demi-million d'algériens qui se soignent annuellement à l'étranger, dont près de 450 000 algériens se rendent en Turquie pour se soigner dans les hôpitaux de ce pays.

En plus de la Turquie, le rapport de la LADDH fait état également de plus 100 000 algériens qui se soignent annuellement en Tunisie, et près de 10 000 en France, sur leurs propres comptes.

La LADDH a regretté dans son rapport le fait que, l'image d'un système défaillant que renvoie le secteur de la santé en Algérie, qui a consommé 9 Ministres, et 82 milliards de Dollars sur les 16 dernières années, sous le slogan imaginaire de «la réforme hospitalière», a écrit la LADDH.

Selon l'Organisation de défense des droits de l'homme, cette ruée des algériens pour se soigner à l'étranger, est due à l'apparition de circuits organisés qui promeuvent le tourisme médical dans certains pays comme la Turquie et la Tunisie. La même source, regrette également le fait que certains médias algériens promeuvent ce genre de tourisme.

Le phénomène est accentué par l'augmentation du nombre des erreurs médicales dans les hôpitaux algériens (publics et privés). Selon la même source, le nombre d'affaires liées aux erreurs médicales a atteint les 1200.

La faiblesse des prestations de service au niveau des établissements de santé. A ce propos, la LADDH a relevé dans son rapport, la gestion anarchique des établissements de santé, le manque de formation du personnel et de la maintenance des équipements médicaux.

La même source a signalé aussi le nombre de médecins qui désertent les hôpitaux algériens pour partir à l'étranger. Ils sont au nombre de 15 000 à 16 000 praticiens à avoir quitté le secteur de santé algérien, dont 60% sont des spécialistes. Selon la LADDH cette situation est due à la dégradation du pouvoir d'achat des médecins, ce qui les pousse à l'immigration. A cela s'ajoute, selon la LADDH, le manque de confiance des responsables dans le système de santé algérien, qui partent eux aussi, se soigner à l'étranger. Cela a influencé négativement les citoyens algériens, qui ont perdu à leur tour la confiance dans les établissements de santé en Algérie.

4. Quels que exemples sur l'erreur médical en Algérie : Mort du journaliste Bouattoura / La famille dénonce une erreur médicale

La mort du journaliste Abdelhak Bouattoura était-elle évitable ? Selon sa famille, le décès de leur parent est du essentiellement à une erreur médicale commise par deux établissements publics de santé, à savoir l'hôpital de Birtraria et l'hôpital Mustapha.

Selon des membres de la famille Bouattoura, alors que le journaliste souffrait de maux au ventre, le médecin qui l'a ausculté au niveau de l'hôpital de Birtraria a conclu à un problème de constipation. Il lui a prescrit donc du Spasf on et l'invite à rentrer chez lui. Le mal n'a pas disparu pour autant. Abdelhak Bouattoura se dirige alors vers l'hôpital Mustapha-Pacha. En l'absence d'une radio ou d'autre consultation approfondie, on conclut alors à une «infection intestinale». On a établi une ordonnance et le patient est rentré chez lui.

Mais les douleurs n'ont pas plus cessé. Cela devenait insupportable. La famille a alors décide de le diriger vers une structure privée. Une fois à la clinique El Azhar, on s'est

rendu compte qu'il s'agissait plutôt d'une occlusion intestinale. Le cas était grave, mais il est trop tard pour faire quelque chose. Car, pour ce genre de pathologie, les médecins doivent intervenir immédiatement, au risque de voir la situation se compliquer. C'est malheureusement ce qui s'est passé avec Abdelhak Bouattoura, parti à l'âge de 59 ans.

Certains membres de sa famille envisagent de déposer plainte pour négligence. D'autres, à l'image de son épouse, préfèrent attendre.

Batna : Une victime d'erreur médicale risque une amputation du bras

Algérie : La famille d'une femme enceinte à Batna, victime d'erreur médicale ont exposé son cas et ont sollicité de l'aide pour éviter le pire.

Les membres de sa famille indiquent que la victime qui a été admis à la maternité de Constantine pour une simple consultation avait subi une « faute médicale », sans lui donner « aucune explication », s'insurgent-ils. Au cours de l'examen médical, il a été constaté une aiguille coincée dans la veine du bras de la victime, ce qui accentue le risque d'une amputation du bras, informe sa famille.

D'après les témoignages recueillis et rapportés sur Ennahar TV, cette femme a été opérée hier vendredi à l'hôpital de Constantine. La situation étant très compliquée, la femme enceinte a été transférée à nouveau vers l'hôpital Meriem Bouatoura, indiquent les plaignants.

Depuis, expliquent-ils, l'hôpital nous refuse l'accès. Les membres de cette famille s'indignent contre les responsables des établissements sanitaires qui ont refusé de les recevoir.

5 000 sages-femmes poursuivies en justice

Une organisation représentant cette corporation, a estimé à 5 000, le nombre de sages femmes qui sont poursuivies en justice et des dizaines d'autres sont derrière les barreaux, à cause des vides juridiques qui existent dans le statut actuel de ce corps médical. Ce statut, déplore-t-elle, n'assure pas la sécurité juridique de la sage-femme.

Résultat

Nombreuses, sont celles qui sont impliquées dans des affaires qui sortent de sa volonté. Stigmatisée et souvent montrée du doigt, même si l'erreur est commise par le

médecin. Par ailleurs les comportements irresponsables de certains médecins exerçant au niveau des cliniques privées, et qui optent pour les accouchements par césarienne, afin de gagner plus d'argent est dénoncé. Aussi, il n'est un secret pour personne, que ces dernières rencontrent beaucoup de difficultés dans l'exercice de leur métier, notamment le manque de moyens au niveau des hôpitaux, et les services du ministère n'ont pas fait grand-chose pour prendre en charge et améliorer la situation des sages-femmes.

Conclusion

A l'absence des statistiques officielles, des milliers de plaintes pour erreurs médicales sont déposées chaque année, seule une centaine a été jugée recevable par le Conseil de déontologie.

L'erreur médicale et ses conséquences constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique d'autant plus que la nature et la fréquence de ces erreurs sont encore inexplorées.

Chapitre V
Identification et historique
de CHU de Bejaia

Introduction

Le CHU de Bejaia a pour but de prendre en charge toute sorte de maladie et de patient. Dans ce chapitre nous parlerons sur l'identification et l'historique du CHU. Il sera Présenté son secteur sanitaire, ainsi que les missions et les différents services du CHU.

Section 01 : Présentation d'organisme d'accueil**1. Secteur sanitaire**

Le secteur sanitaire de Bejaia comprend plusieurs structures de santé, parmi les Quelles il y a l'hôpital KHELLIL AMRANE. Il 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, BOUKHLIFA, AOKAS et TIZI-NBERBER. Il est géré par la direction de L'hôpital KHELLIL AMRANE, situé au chef-lieu de la commune de Bejaia. 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 KHELLILAMRANE, le secteur sanitaire de Bejaia 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 Bejaia. 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.

2. Historique du CHU (centre hospitalo-universitaire) de Bejaia

Bejaia, ville trois fois millénaires. Bougie ville de lumière et des lumières. Située sur la cote méditerranéenne à 250 Km à l'Est d'Alger, sur le piémont du mont GOURAYA, Elle regarde le large comme pour se souvenir de son passé que les histoires relatent avec respect.

Dès la fin du XI^e Siècle, la médecine savante a vu le jour à Bejaia. C'est l'époque où la Cité est devenue une grande capitale sur les rives de la méditerranée. Ses initiateurs ne sont autres que les relais qui ont existé avec la prestigieuse école de médecine de Kairouan.

En période coloniale seuls les privilégiés accédaient aux soins. Après l'indépendance, l'Algérie a instauré un système de santé favorisant l'accès aux soins. Dès 1973 il est mis en place la gratuité des soins. Depuis, des investissements colossaux ont été consentis. Lors de la conférence nationale sur la réforme de santé et de la sécurité sociale en Décembre 1990 il a été retenu les trois résolutions suivantes : l'accessibilité aux soins quels que soient les revenus et le lieu de résidence, la solidarité nationale garantie par l'engagement effectif de l'état dans la prise en charge de la santé des populations, la justice sociale.

Le citoyen doit prendre conscience de l'importance de ce système de santé qui a la lourde responsabilité du bien-être physique et mental de sa naissance à sa mort, ce système repose sur les structures de santé publique et privées . Il est renforcé par la création de Nouveaux centres hospitalo-universitaires entre autre celui de Bejaia, qui traduit la volonté de l'état pour une meilleure couverture sanitaire. L'actuel CHU de Bejaia est le fruit de la réorganisation des trois établissements de Santé, en l'occurrence, les établissements publics hospitaliers KHALIL AMRANE et Frantz Fanon et l'établissement hospitalier spécialité «Mère et Enfant» de TARGA- OUZEMMOUR. Le CHU et la faculté de médecine de Bejaia se fixent, entre autres objectifs, celui de Redonner à cette ville son prestige d'antan.

Section 02 : Présentation des missions et les différents services

1. Missions et les différentes directions du CHU de Bejaia

1.1. Les missions du CHU

Le centre hospitalo-universitaire de Bejaia est chargé par ses missions suivantes :

1.1.1. En matière de santé

- D’assurer les activités de diagnostic, de soins, d’hospitalisation et des urgences Médicochirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la Protection et à la promotion de la santé de la population;
- Les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- De participer à l’élaboration des normes d’équipement sanitaire scientifique et Pédagogique des structures de la santé ;
- De 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.

1.1.2. En matière de formation

- D’assurer, en liaison avec l’université, l’enseignement supérieur 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.
- De participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de Santé.

1.1.3. En matière de recherche

- D’effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d’étude et De recherche dans le domaine des sciences, de santé.
- D’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

2. Direction des ressources humaine(DRH)

La direction des ressources humaine se compose de deux directions telle que :

2.1. La sous –direction du personnel

- Le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de Service.
- Le bureau de la gestion des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues.
- Le bureau des effectifs, de la régulation et du solde.

2.2. La sous-direction de la formation et de la documentation

Elle se composé du bureau de La documentation

3. La direction des finances et du contrôle (DFC)

La direction des finances et du contrôle se compose de deux directions :

3.1.La sous-direction des finances

Elle se comporte deux bureaux :

- Le bureau du budget et de la comptabilité.
- Le bureau des recettes et des caisses.

3.2.La sous-direction de l’analyse et l’évaluation des coûts

La sous-direction de l’analyse et l’évaluation des coûts se compose de deux bureaux qui Sont :

- Le bureau de la facturation
- Le bureau de l’analyse et la maîtrise des coûts

4. La direction des moyens matériels (DMM)

La direction des moyens matériels comporte trois sous-direction telle que :

4.1.La sous-direction des services économiques

Elle se Composé de trois bureaux :

- Bureau des approvisionnements ;
- Bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des reformes,
- Bureau de la restauration et de l’hôtellerie

4.2.La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l’instrumentation et du consommable

Elle se compose de deux bureaux :

- Bureau des produits pharmaceutiques.
- Bureau de l’instrumentation.

4.3.La sous-direction d’infrastructures, des équipements et de la maintenance

- Bureau des infrastructures,
- Bureau des équipements,
- Bureau de la maintenance.

5. Présentation des différents services de soins

Tableau N 01 : Les différents services de soin sont

KHALLIL-AMRANE	Frantz Fanon	TERGHA OUZEMOUR
1-Anesthésie réanimation	1-Anatomie Pathologique	1-Gynécologie
2-Cardiologie	2-Maxillo-faciale	2-Obstétrique
3-Chirurgie générale	3-Médecine de Travail	3-Pédiatrie
4-Epidémiologie	4-Médecine légale	
5-Médecine préventive	5-Néphrologie	
Et Gastro-entérologie	Hémodialyse	
6-Laboratoire Central	6-Oto-rhino-laryngologie	

7-Maladies infectieuses 8-Médecine Interne 9-Neuro-Chirurgie 10-Orthopédie traumatologie 11-Urgence MEDICO - Chirurgical 12-Bloc opératoire	7-Pneumologie Phtisiologie 8-Psychiatrie	
--	--	--

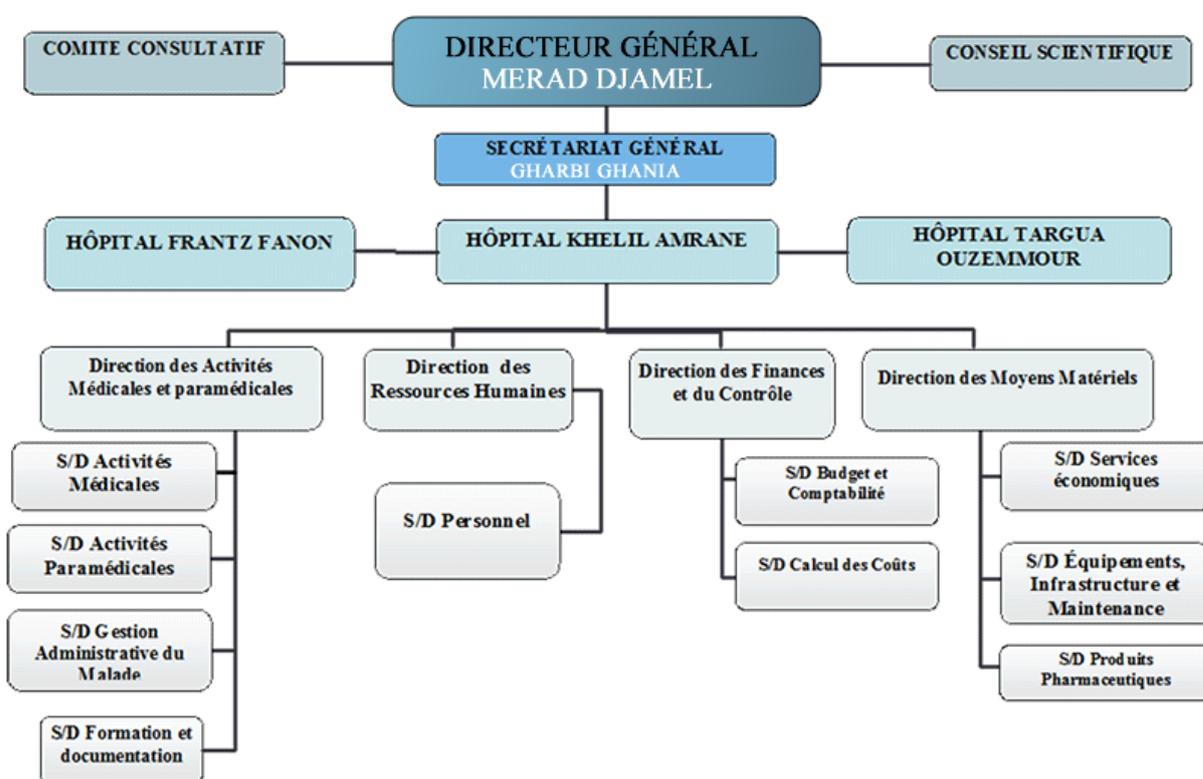


Schéma N01 : Organigramme du CHU de BEJAIA

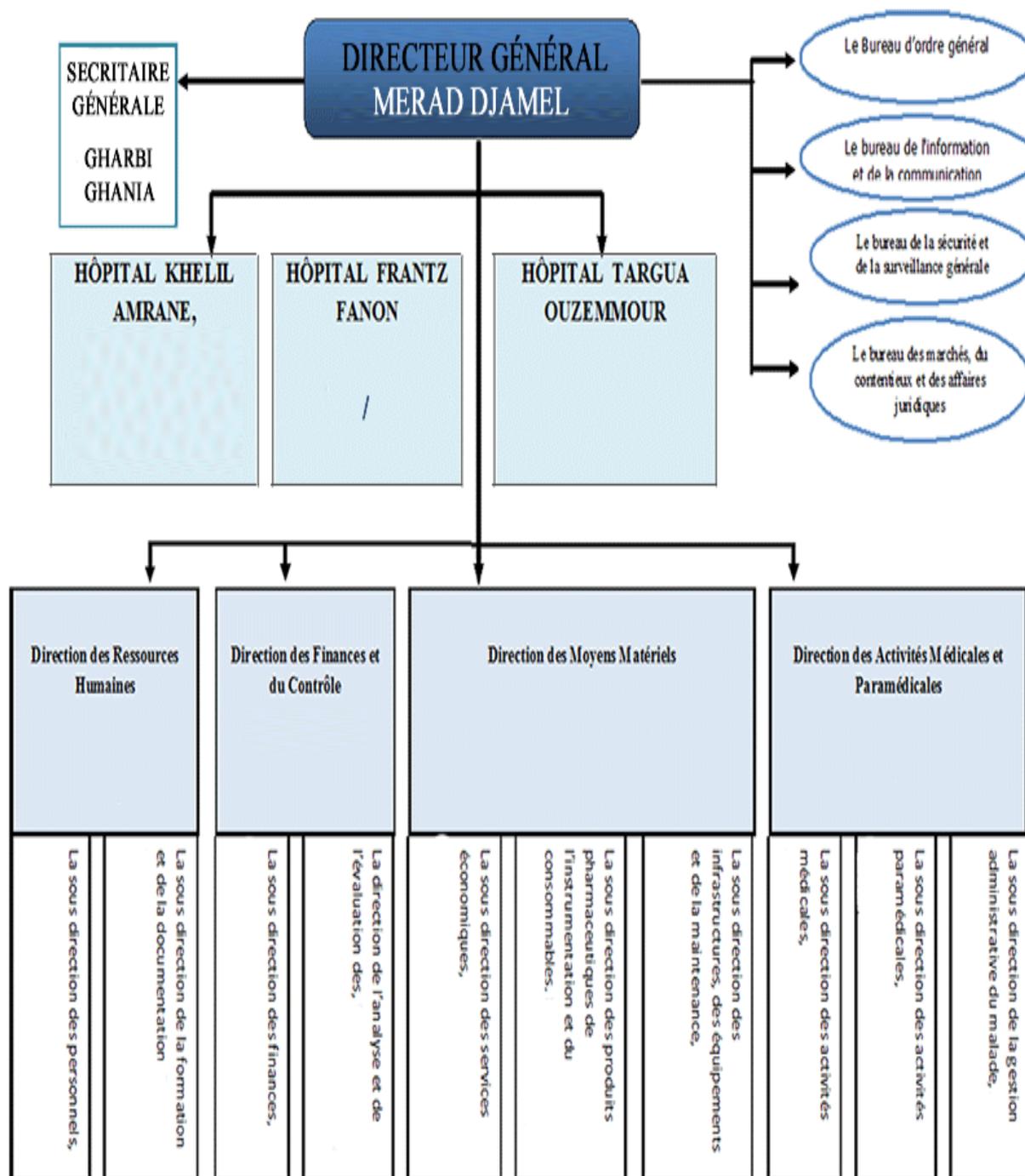


Schéma N02 : Organigramme du chu de BEJAIA

Conclusion

Dans ce chapitre nous avons eu un aperçu sur l'identification et l'historique du CHU de Bejaia ainsi que les différentes missions du CHU de Bejaia et l'importance de ses structures et ses différents services de soins.

Partie pratique

Chapitre VI
Analyse et interprétations
Des résultats

Introduction

Dans ce chapitre il s'agit de faire l'analyse et l'interprétation des résultats et réponses rassemblées lors de l'enquête sur terrain, en les répartissant selon les éléments clés des hypothèses de recherche de ce travail pour procéder à leur vérification.

Section 01 : L'impact des conditions de travail, charge au travail, formation continue sur l'erreur médicale

Cette section concerne la vérification de la première hypothèse qui est « Le manque des moyens matériels et l'insuffisance du corps médical et paramédical représentent les obstacles majeurs qui limitent l'action médicale au sein de l'hôpital KHALIL AMRANE». Au cours de cette section, nous avons analysé et interprété des résultats issus de notre enquête.

1. Analyse des conditions de travail du personnel médical a l'hôpital de KHLIL AMRANE**1.1. Analyse des données socio-demographiques des enquêtés**

En menant notre recherche, il nous a été utile de connaître les statuts sociodémographiques des enquêtés tels que l'âge, situation familiale , le niveau d'étude, l'ancienneté au travail .

- **Répartition des enquêtés par sexe**

L'enquêteur s'intéresse aux attitudes (opinions) que les travailleurs peuvent avoir par rapport à différents aspects de leur travail. Il semble que quelques fois la perception d'un tel point dépende de divers variables. Et pour avoir des opinions venant de différentes catégories, nous avons voulu analyser notre population par le sexe.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon sexe

Sexe	Fréquences	Pourcentage
Féminin	13	65%
Masculin	7	35%
Total	20	100%

Source : Réalisé à partir de l'exploitation des données de l'enquête.

Suivant les données ci-dessus, nous remarquons que tous les sexes sont représentés dans notre échantillon cible le genre féminin représente 65% et le genre masculin représente 35%. Ceci montre que notre population d'étude est représentative de deux genres. Il constitue un avantage dans ce sens que l'équipe de travail mixte est motivée d'une part et d'autre part pour les malades (leurs clients) qui sont souvent exigeant en préférant tel genre suivant leurs problèmes particuliers.

- **L'âge des enquêtés**

L'identification de tranche d'âge des enquêtés dans la recherche scientifique est importante car la sensibilité aux problèmes n'est pas la même pour l'adulte que chez l'enfant. L'âge des répondants aux questions de recherche peut jouer le rôle dans la fiabilité des informations recueillies.

Tableau 03: Répartition des enquêtés selon l'âge

L'âge	Fréquences	Pourcentage
Moins de 30 ans	12	60%
Entre 31 et 41ans	07	35%
Plus de 41 ans	01	5%
Total	20	100%

Source : Réalisé à partir de l'exploitation des données de l'enquête.

Partant de ce tableau, la majorité des répondants se trouve dans moins de 30 ans à 60% Ceux qui sont dans l'intervalle entre 31 ans -41 ans représentent 35% et 5 % qui restent sont âgés plus de 41 . Ce variable « âge », nous montre que le personnel médical de l'Hôpital de KHLIL AMRANE est jeune . En effet la population jeune est active au service et c'est eux qui on peut compter pour l'avenir de l'institution. C'est auprès de cette population qu'on observe beaucoup de mobilité à cause de leur besoin de trouver les

meilleures conditions de travail. Lorsque celle-ci n'est pas satisfaisante elle n'hésite pas à quitter l'institution pour embaucher l'emploi ailleurs.

- **Etat matrimonial des enquêtés**

L'état matrimonial inclut le célibataire, mariée, divorce, généralement les célibataires n'ont pas les même charge que les restes. Ce dernier motive l'analyse de ces aspects dans une organisation car chaque groupe a ses problèmes particuliers.

Tableau 04 : Répartition des répondants selon l'état matrimonial

L'état civil	Fréquences	Pourcentage
Célibataire	15	75%
Marié (e)	5	35%
Divorcé (e)	0	0%
Total	20	100%

Source : Réalisé à partir de l'exploitation des données de l'enquête

Ce tableau montre que notre population enquêtée, 75% sont célibataires, 35% sont mariés, pas de divorcé. D'après ce tableau, les célibataires dominant notre échantillon par son effectif élevé, ce qui veut dire que l'Hôpital de KHLIL AMRANE a une charge de supporter de conséquences inhérentes de ce statut d'un côté et de l'autre les célibataires ont moins de charges ce qui est avantageux pour la bonne marche du travail. Si nous comparons le variable « âge » (tableau 3) où dans notre analyse nous avons vu que notre population est jeune et celui de l'état matrimonial (tableau 4), nous trouvons que ces deux variables qui dominant dans notre population d'études sont à haut risques de l'instabilité au travail surtout lorsque les conditions ne sont pas réunies.

Tableau 5 : Répartition des données selon le poste de travail

Poste de travail	Fréquences	Pourcentage
Spécialiste	11	55%
Généraliste	5	25%
Autre	4	20%
Total	20	100%

Source : Réalisé à partir de l'exploitation des données de l'enquête.

En observant le tableau, nous constatons que le pourcentage le plus élevé est ceux qui sont spécialistes avec un pourcentage de 55% et 25 % pour les médecins généralistes et 20% pour le reste .

- **Expérience Professionnelle Des Enquêtés**

L'expérience professionnelle est un élément à ne pas à négliger dans une institution, car permet l'adaptabilité à la situation de l'institution et affecte positivement le résultat de service et le rendement efficace de ce dernier

Tableau 6 : Répartition des enquêtes selon leur expérience

Ancienneté	Effectif	Pourcentage
De 1 a 5 ans	13	65%
De 5 a 10 ans	5	25%
Plus de 10 ans	2	10%
Total	20	100%

Source : Réalisé à partir de l'exploitation des données de l'enquête

Ce tableau ci présent ressort que 65% ont l'ancienneté de 1-5ans, 25 % ont l'ancienneté de 5a10 ans et 20% pour plus de 10 ans Ceux-ci dit qu'à l'hôpital de KHLIL AMRANE , il y a la mobilité fréquente des personnels médicaux considérant qu'en tant qu'institution datant plus de quarante ans d'existence, la majorité du personnel ont une expérience de 1-5 ans. Savons-nous qu'avec l'expérience, le travail devient moins pénible, permet de fournir le service rapide, de qualité et avec sécurité.

1.2.Présentation et analyse des résultats

Les conditions de travail concernent le contenu du travail et les effets qu'il peut avoir sur la santé, et sur la vie personnelle et sociale des employés. Les conditions sont des facteurs liés à l'organisation même du travail et le milieu du travail qui affectent la capacité et la performance des salariés. Ainsi, lorsque les conditions de travail ne sont pas favorables ; elles ont un impact sur l'exécutant et le travail lui-même. Cette section traite l'analyse de conditions de travail dans le but de vérifier l'énoncé de la première hypothèse. La présentation des différentes opinions des répondants sur les éléments observés à l'hôpital de KHLIL AMRANE s'est fait à l'aide des tableaux.

1.3. Perception générale sur les conditions de travail au sein de l'hôpital de KHLIL AMRANE

Par conditions de travail, nous entendons les droits et devoirs liés à tel domaine de travail à savoir la pénibilité, la nature, le milieu dans lequel il s'exerce, la durée, la rémunération ainsi que le repos. Les conditions de travail influence en grande partie la satisfaction du travailleur dans son travail quotidien.

Tableau 07 : Avis des enquêtés sur les conditions de travail à l'Hôpital de KHLIL AMRANE

Réponses	Effectif	Pourcentage favora
Défavorable	12	60%
Favorable	5	25%
Moins favorable	3	15%
Totalement favorable	0	0
Total	20	100%

Source : Réalisé à partir de l'exploitation des données de l'enquête

Le tableau ci-dessus montre que 60% des enquêtés pensent que les conditions de travail sont défavorables car ils touchent leurs salaires à temps et ils ont pas de facilités au logement et il affirment que les conditions de travail sont moins favorable, à cause du dépassement du travail ,surcharge au travail vue la ratio : volume de travail-nombre de travailleurs ; soulignent encore le manque d'équipement nécessaire dans leur travail et le milieu enclavé non accessible facilement, jugent les conditions défavorable, les facteurs en faveur , il y a le temps de travail très long surtout garde-nuit, les heures supplémentaires excessives et non rémunérées.

Parmi les éléments rendant le travail pénible, c'est surtout la surcharge qui pose le problème. Si on considère les facteurs spécifiques aux soins, qui sont loin d'être négligeables on peut mentionner la nature de travail et le phénomène qui en découle directement. Et 5 % disent le contraire les conditions de travail sont favorables

En se basant sur ces chiffres nous disons que les conditions de travail ne sont pas favorable et nécessitent d'être améliorées surtout que les conditions du travail expriment tous ce qui caractérisent une situation de travail peuvent favoriser ou freiner l'activité des travailleurs (Citeau 1997-132), et ajoutons-nous la performance de l'organisation. L'action

des institutions en faveur de l'amélioration de conditions du travail doit répondre aux facteurs de démotivation des employés.

1.4. Analyse des CAS

CAS N° 01

Un médecin généraliste âgé de 57 ans marié père de deux enfants, il effectue son travail au niveau de service de néphrologie-hémodialyse à l'hôpital de KHLIL AMRANE depuis 15 ans, la durée du travail est 06 heures par jour parce que c'est un travail de brigade sans interruption.

Pour ce médecin, le travail en collaboration avec d'autres médecins est obligatoire. À ce sujet il dit : « la néphrologie est le carrefour de la médecine », parce que le rein fonctionne avec tous les organes de corps humain donc cette spécialité à un contact avec toutes les spécialités.

Il représente le travail d'un médecin comme un métier noble ou sa personnalité doit s'effacer complètement devant sa profession. La satisfaction pour lui n'est pas toujours agréable « on est peut être très satisfait avec ce qu'on fait, bien que parfois on ressent cette incapacité à aider le malade lorsqu'il s'agit d'une maladie incurable et aussi lorsqu'il s'agit de stade finale de la maladie et la prise en charge du malade » donc la satisfaction de médecin est liée directement au malade lorsque ce dernier est bien pris en charge.

Ce médecin attire sa motivation à partir de la satisfaction de son patient et les Résultats obtenu par le diagnostic et le traitement appliqué sur la pathologie du Malade c'est-à-dire que le médecin soit motivé au même niveau de la satisfaction De malade et la réussite des interventions médicales menées sur lui.

Chaque médecin est face à une obligation très importante c'est celle du respect de l'éthique professionnelle, lorsqu'on a posé cette question le médecin nous a répondu directement et sans hésitation « oui, l'éthique professionnelle est respectée » à partir de cette déclaration on constate que le médecin se soumet à un code éthique plus strict que les autres citoyens.

Concernant le système de santé, le point de vue de ce médecin n'était pas positif parce qu'il ne y avait pas de communication entre les différents organes qui constitue le système il a confirmé sa repense. Il a dit « c'est un système complètement désorganisé, y a

pas d'échange, y a pas d'entente entre le médecin généraliste et le praticien spécialiste, le corps administratif et le ministère de la santé » toute personne de ce domaine réagit lorsqu'il y a une urgence.

A propos de la formation initiale est conforme à 60%, parce que l'étudiant en médecine quitte l'université comme un médecin avec un bagage et des études qui lui permet de soigner des personnes malades et d'offrir des soins qui convient a toutes pathologie, mais elle n'est pas suffisante parce que l'évolution de nouvelles technologie et la médecine consiste d'être a jour avec tout ce qui se passe a l'étranger.

Ce médecin généraliste insiste sur l'insertion des mises à jour et des formations Continues a l'étranger parce que les formations locales son pas vraiment suffisantes, il a dit « il faut qu'il y est des formations continues régulièrement, même la façon dont elle est présentée est nul par ce qu'il nous arrive par fois des petites formations, le formateur vient, il dicte le cours, il part et selon eux ils on fait tout » Il utilise l'internet, la documentation, la demande des avis de ses confrères, mais tout ça est juger insuffisant pour le développement de ses capacités.

L'expérience donne de plus a chaque praticien parce qu'elle permet de découvrir et de connaitre plus sur les maladies et elle permet aussi d'arriver a des résultats. Le médecin rencontre quotidiennement des contraintes qui entrave l'exercice de son métier, il a cité en premier lieu l'administration qui n'est pas au service des médecins, le manque des moyens d'exploration pour les diagnostics et les moyens matériels et le confort et la lenteur d'arriver des résultats.

Les contraintes rencontrées par le médecin influence sur sa relation avec ses patients parce que l'objectif principal c'est le patient, ce dernier nécessite un diagnostic, un traitement et une prise en charge, et le manque ne favorise pas la demande souhaitée. Il dit sur ce sujet « on arrive a chaque fois au bout de tout ce qu'on veut mais avec beaucoup de gaspillage économique, et du temps »

Son avis ou son jugement sur la mentalité des patients il a dit « c'est par rapport a notre culture on a tendance à juger que le malade est toujours victime dans l'affaire, alors que ce n'est pas toujours le cas », on a constaté par ses repenses qu'il y a deux différente mentalité des malades, il y a des malades respectueux très bien éduquer et très discipliner

qui écoute le médecin et d'autre qui sont mal élever, le comportement désagréable de certains patients gêne la prise en charge.

Concernant la communication avec les patients et la transmission des informations aux malades et leurs familles, ce médecin n'a pas de problème, Selon lui « grâce a notre culture et notre religion, on est simple et modeste », et il a dit sur le sujet de la transmission de l'information «les choses sont très claire, le malade expose tout ce qu'il représente comme symptômes et nous on le soigne ou on l'oriente vers les autres spécialistes»

Les conditions du travail de ce médecin ne sont pas confortables, il a cité comme exemple : pendant le travail de nuit l'administration n'est pas au service du personnel médical et paramédical, le problème d'ambulance pour le transport des malades lorsqu'il s'agit d'une urgence, les pannes d'électricité et d'eau.

Pour ce médecin l'établissement public est mieux que le privé par rapport a la Prise en charge et le suivi régulier des patients, et la gratuité des soins, mais le privé joue un rôle important puisqu'il procure des moyens qu'on ne trouve pas au public ce dernier est atténué par les services offertes par le privé même s'il coute chère.

Les propositions de ce médecin pour améliorer l'accueil, la qualité des soins et la médecine algérienne sont : former les agents d'accueil pour qu'ils puissent accueillir et recevoir des patients et assurer le matériel qu'ils les aident à remplir leurs tâches convenablement. Mener des mis a jour par des formations continues pour le personnel médical et paramédical. Augmenté le salaire, donner tout les moyens pour que le médecin soit alaise dans son travail, assurer des stages a L'étranger, tout les médecins doivent respectés leurs horaires du travail par ce Que cette profession nécessite une présence au service.

CAS N°02 :

Il s'agit d'une femme médecin âgée de 36 ans mariée et mère de deux enfants spécialiste en maladies infectieuses au niveau de CHU de Bejaïa, un an d'ancienneté professionnelle a Sétif plus 05 ans a Bejaia, son travail commence a partir de 08 heure 30 minute jusqu'à 14h et de cette heure jusqu'à 16h un seul médecin qui fait la garde et huit permanences par mois.

Son travail s'effectue en collaboration avec des collègues par le changement d'avis, pour elle le travail du médecin est facile à condition que celui qui l'exerce doit le respecter, il est un peu stressant et il exige une concentration et un sérieux dans l'exercice. D'après cette spécialiste, elle est satisfaite dans la plus part du temps, mais parfois le degré de la satisfaction se diminue parce qu'il y a des failles qui ne sont pas voulues. Elle est motivée de son travail parce qu'elle le fait vis-à-vis de Dieu.

L'éthique professionnelle n'est pas respectée, elle a justifiée sa réponse par : « certains médecins ne discutent jamais avec leurs confrères, ils s'absentent, ils ne respectent pas les patients, en général ils ne prennent pas le métier en considération » donc lorsque une personne ne soit pas sérieuse dans son travail, il ne va pas le faire avec fidélité. Elle a déclaré la même perception pour le système de santé algérien « chacun de nous a une part de responsabilité en vers le pays il faut que chaque travailleur fait son devoir et ne néglige pas ses tâches qu'il faut remplir. »

Ce médecin témoigne que sa formation universitaire est satisfaisante, mais le domaine de la médecine est toujours en changement par des nouveautés et des progrès qui exigent une successivité des formations continues pour être à jour avec tout ce qui est nouveau dans le monde entier, il ne suffit pas d'être à jour, mais le médecin doit se documenter, chercher par tout les moyens comme l'internet, la demande des avis, il doit y avoir aussi la curiosité scientifique. Le médecin par son expérience il apprend et il développe son savoir faire.

La vie sociale joue un rôle important sur le travail de la femme surtout, puisque les engagements familiaux subissent une pression sur la vie professionnelle, la rémunération qui ne répond pas aux besoins de la vie, et en plus la structure de service qui n'est pas conforme aux normes d'un CHU, et le manque de moyen matériel nécessaire pour la prise en charge des malades. Le stress socioprofessionnel influence sur la relation médecin-malade parce qu'il ne permet pas d'accomplir le travail médical convenablement.

Pour ce cas, les problèmes de communication et de transmission des informations d'ordre médicale n'existent pas, « on essaye toujours de mettre nos malades dans des situations qui les soulagent, et on explique plusieurs fois pour les convaincre » les conditions du travail pour ce médecin ne sont pas confortables mais ça n'empêche pas de travailler, même si il y a un énorme manque de moyen dans le secteur public, ce dernier a un avantage c'est qu'il ne profite pas du malade.

Cette spécialiste en maladies infectieuses nous a dicté un ensemble de proposition pour l'amélioration de l'hôpital public et la médecine algérienne :

- Les agents d'accueil doivent être formés en communication et en psychologie,
- Les médecins doivent être disponibles au service des malades et sincères dans le
- Travail. L'insertion des stages pratiques et la motivation du personnel de santé
- Par des promotions qu'il les pousse à travailler.

CAS N°3 :

Notre 04eme cas est un médecin généraliste âgé de 53 ans marié et père de trois enfants, avec 26 ans d'expérience au niveau de service d'hémodialyse au CHU de Bejaïa, il commence le travail à 08 heures du matin, 05 heures par jour sans interruption plus les gardes de nuit.

La nécessité impose le travail de collaboration avec d'autres médecins, dans la présentation du travail de médecin il a défini le rôle de ce dernier, ou il doit porter des soins aux malades et jouer le rôle du psychologue, donc la médecine pour lui est une composante psychologique et humaine, et pour que son travail soit efficace et rentable il doit ressentir la douleur du patient, afin d'établir le diagnostic convenable.

La satisfaction de ce médecin est considérable, et sa motivation vient de son devoir qu'il doit remplir envers les malades, la valeur de poste qu'il occupe, et de l'importance de son métier selon lui « ce n'est pas donné à tout le monde de devenir médecin, c'est un don qu'on doit gérer et agir aux intérêts de ceux qui ont besoin. »

D'une façon générale l'éthique professionnelle est respectée, le système de santé est incomplet, puisque la prise en charge de malade inadéquate, l'insuffisance des moyens techniques, il a justifié sa réponse par « le déplacement des malades pour faire les examens nécessaires pour diagnostiquer leurs maladies ».

La formation initiale est suffisante «on a fait des bonnes études », il a exprimé l'importance de la formation continue dans une seule phrase «celui qui n'avance pas recule » cela veut dire que la formation continue est pour le renforcement des compétences acquises et l'exercice aide à atteindre cet objectif. Le développement des capacités se fait selon lui par la documentation et l'internet.

L'expérience professionnelle a apportée un avantage de plus sur son savoir faire, la pratique de la médecine est construite essentiellement sur une bonne base théorique.

La contrainte la plus fréquente de ce cas c'est le manque de place pour hémodialyser les malades, les pannes des appareils. Le service d'hémodialyse rend un service aux patients d'insuffisances rénales qui ont un besoin vital qui leurs permet de vivre plus du temps. Ces problèmes n'ont aucun impacte sur la relation soignant-soigné.

Ce médecin juge les patients « ils sont bien, exigeant bien sur c'est leurs droit, on doit être a l'écoute », il comprend bien qu'il s'agit des maladies incurables et l'état psychique introduit des changements sur la personnalité du malade donc le médecin est en double fonction celle de la médecine et d'autre de la psychologie.

La sociabilité de médecin et sa politesse efface toute sortes de problème de communication et les difficultés d'expliquer l'état de la maladie. les conditions dans lesquels il exerce son métier ne sont pas confortes et ne favorise pas la bonne pratique de la médecine.

Le service public et le privé ont le même objectif qui est le bien être du malade, sauf que y a une différence c'est le privé acquiert des moyens plus que le public, et ce dernier offre des soins gratuits et une prise en charge mieux que le privé.

Le médecin généraliste propose un ensemble de solutions que le système de santé doit suivre pour progresser l'accueil « former le personnel en relations humaines et en technologie », la qualité des soins « améliorer le matériel technique, la mise en place de nouveaux équipages, installer un barème des remboursements qui va être au même niveau que les prestations offertes au privé ».

CAS N° 04

Un médecin âgé de 33 ans, marié, praticien spécialiste ophtalmologue au niveau de service d'Ophtalmologie au CHU de Bejaïa, actuellement il est médecin spécialiste dans le cadre de service civil, diplômé depuis septembre 2014, son ancienneté est durée de 7 mois à Bejaia. Ce médecin commence son travail à 8h30 du matin, et à 8h00 quand il a une opération au bloc opératoire, la moyenne d'heure du travail par jour est lié au nombre de patients qui consulte me service pendant la journée ; « quand on termine notre travail on sort », car des fois il dépasse les 8heure du travail par jour.

Ce médecin déclare qu'il travaille toujours en collaboration avec d'autres médecins, on dit : « on reçoit des malades des autres spécialités et on envoie les nôtres aussi dans d'autres services, on se déplace, on demande et on reçoit des demandes d'avis, mais ici dans notre service on travaille toujours en équipe, ya toujours des concertations ».

Le travail d'un médecin selon lui se présente comme suite : « c'est de prodiguer des soins aux malades, donc veiller à traiter les patients qui consultent notre service soit dans le cas d'urgence, soit dans le cas de la consultation, et le suivi, et l'accompagnement du malade », il a rajouté que parfois il est un travail de préventions de sensibilisation, et d'hygiène de vie.

Ce médecin déclare qu'il est satisfait dans son travail en disant : « On est satisfait et content pour la guérison du malade on le voyant en bonne santé, car j'aime la médecine, j'aime ma spécialité, encore plus, j'aime bien travailler » ce jeune médecin est satisfait par rapport au bien-être du malade lorsqu'il se sent soulager, bien pris en charge et guérit.

Les sources de motivation dans la réalisation de son travail selon ce médecin c'est : « toujours d'aller plus loin dans ma carrière, car dans la médecine ya toujours des mises à jour, en plus la formation qu'on a reçue qui n'est pas complète, donc il nous faut des formations continues. On acquiert des expériences, on essaie de chercher des nouvelles mises à jour, ya toujours des défis, et des pathologies non gérées », donc la motivation est pour lui elle est liée à sa carrière.

Selon ce médecin spécialiste ; « l'éthique professionnelle est dans la majorité des cas ils respectent l'éthique, mais parfois ya des dépassements qui nuisent à la réputation des médecins et le consentement du malade ».

Le système de santé algérien est à la base consultante, équitable et sociale, mais malheureusement la réalité n'est pas le cas. C'est un système déficitaire, la gratuité de soins n'est pas évidente pour l'assuré, la santé n'a pas de prix et il a un coût, donc le pouvoir ne consacre pas les ressources et le financement adéquat ou la gestion adéquate pour parvenir à un bon système de santé, y a beaucoup de manque sur la couverture sanitaire, sur la qualité de soins, sur le manque de structure, et sur le manque de formation du personnel, et le manque de coordination entre le corps médical et l'administration .

La mission assurée par ce médecin est conforme à sa formation universitaire. Ce médecin explique que son expérience professionnelle « j'ai appris comment contacter et

communiquer avec les patients, et savoir plus sur les pathologies qu'on reçoit » Les contraintes que ce médecin peut rencontrer quotidiennement dans l'exercice de son métier est comme suite : « c'est le manque de la structure, le manque des moyens, la mal organisation, le manque de personnel paramédicale, tout ça sont des contraintes ». Ces contraintes influence la relation du médecin avec les patients parce qu'elles imposent une pression de la grande charge du travail et ça l'empêche de bien accueillir et orienter et de bien examiner le malade.

La mentalité des patients en général selon ce médecin est jugé comme suite : « le patient algérien est impatient, je le comprends parce que je connais bien que l'organisation de l'hôpital n'est pas agréable » et il a aussi évoqué que la prise en charge est incomplète, ce qui démotive les patients.

Ce médecin trouve des difficultés de communiquer avec ces patients parce qu'ils ne comprennent pas le langage médical, mais il simplifie les choses en expliquant par le langage courant du patient.

Avec certains patients il trouve des difficultés dans la transmission des informations d'ordre médicale parce que le niveau d'instruction est différent d'une personne à une autre, mais dans tous les cas il arrive à gérer la situation.

Les conditions du travail selon ce médecin ne sont pas confortables, sont liées aux contraintes citées précédemment.

Dans l'établissement privé on trouve un équipement de qualité mais la prise en charge est coûteuse, par contre l'établissement public offre des soins gratuitement mais il n'y a pas l'équipement nécessaire qui favorise la prise en charge complète du malade et la demande de soins par la population ou le publique ne peut pas reprendre.

Pour améliorer l'accueil, il faut avoir d'abord une structure adéquate, et une bonne couverture sanitaire, généraliser l'assurance, mettre le personnel qualifié et définir les rôles. Pour la qualité des soins, dans le tout il faut améliorer ; le système de santé, qui comprend les moyens humains et matériels, et la formation continue. Avant de penser à l'amélioration de la médecine algérienne il faut d'abord commencer par l'université, par le renforcement de la qualité de la formation initiale, et l'augmentation des stages pour les étudiants en médecine.

CAS N° 05 :

Il s'agit d'une femme médecin âgée de 46 ans mariée mère de trois enfants, elle occupe le poste de médecin du travail au niveau de service de médecine du travail au sein de centre hospitalo-universitaire de Bejaïa chargée du personnel de secteur de santé, avec une ancienneté de 17 ans à Bejaïa, elle commence le travail à 09 heures du matin et la moyenne d'heure est 08 heure par jour.

Cette spécialité est multidisciplinaire, alors le travail de collaboration avec les autres spécialités est une nécessité pour demander des avis et des orientations et elle reste en contacte avec le médecin afin d'établir un diagnostic commun.

Cette femme décrit son métier comme étant un travail difficile au départ mais avec le temps et avec l'expérience il est devenu facile, c'est un travail de prévention plus que la thérapie.

Elle est satisfaite est motivée parce qu'elle fait de son mieux pour satisfaire les patients, le résultat de son travail est curatif pour les malades, il précise le degré de sa motivation et sa satisfaction.

Au sujet du respect de l'éthique professionnelle elle a répondu « moi personnellement je le respect mais je ne peux pas juger les autres médecins » pour elle le système de santé algérien est « un système qui ne rend pas service au citoyens surtout les pauvres, le public est dominé par les gens les plus riches sont prioritaire, la prise en charge qui n'est pas satisfaisante, en général le système ne peut pas satisfaire tout le monde. L'Etat algérienne favorise le privé et le public ».

La formation initiale n'est pas adéquate aux exigences de l'exercice de la profession « la théorie qu'on a appris à l'université c'est l'idéal parce que c'est des théories des pays développées alors que les moyens et les conditions sont pas les mêmes » dans ce cas, le médecin se trouve devant l'obligation de faire une autre spécialité qui correspond aux conditions de la société.

La formation continue doit être existé, « dans les années passées y avait de la formation mais aujourd'hui tout est bloqué au niveau de Bejaïa, mais à algie par exemple il y a de la formation, les causes on ne les connaît pas, la preuve c'est que dans toute ma carrière

j'ai fait que trois formations» ces propos confirme l'importance de la formation continue pour le perfectionnement des compétences professionnelles de chaque médecin.

Le premier outil de travail c'est l'internet « l'internet nous a sauvé, et nous a permet d'être en contact avec les étrangers, en éclairant les résultats de leurs recherches ». L'expérience professionnelle et la coopération avec les autres médecins développe le savoir faire de toute personne qui exerce n'importe lequel métier.

La conduite a tenue de cette spécialiste, de savoir juger l'aptitude de la personne a son poste de travail, la chose que les employeurs n'acceptent pas est le changement ou l'aménagement du poste, lorsque les suggestions et les préventions du médecin ne s'appliquent pas, sa lui représente un échec. Mais tout ça n'influence pas la relation médecin-patient. C'est les contraintes habituelles que rencontre tout médecin du travail.

La mentalité des patients algériens est répartie en plusieurs catégories, ceux de niveau d'instruction élevé ne prend pas en considération les conseils et la prévention du médecin, et ceux qui sont moins instruit, respectent tout les sensibilisations de médecin du travail.

Cette spécialiste n'a pas de problème de communication avec les patients, la transmission de l'information passe sans difficultés, sauf dans le cas ou elle doit s'exprimer par la langue arabe.

Les conditions du travail n'encouragent pas les médecins pour donner plus d'effort a l'intérêt du malades, elle a dit a ce sujet «la première chose que vous pouvait remarquer dans mon bureau c'est que je n'est pas de chaise confortable, et comme vous voyez la structure de service n'assure pas secret médical des personnes, car pendant les consultations celui qui est en attente, il entend tout ce qui ce passe entre le médecin et le malade» , elle décrit la

Mauvaise structure du service et la qualité de matériel qui a besoin de Renouvellement.

Son opinion sur le travail au public et le travail au privé ; dans l'hôpital public y a un manque des moyens distinguable, le médecin est plus alaise, il pense beaucoup plus au bien être du patient, par contre dans le privé y a de la propreté, le médecin s'intéresse a la rentabilité en matière de fonds.

Les propositions que ce médecin, se résume dans la formation des agents d'accueil en psychologie, recruter le personnel suffisant médical et paramédical, assurer un matériel de qualité, élever la qualité d'enseignement, et en fin promouvoir les gents pour travailler.

CAS N° 06 :

Il s'agit d'une femme médecin âgée de 31 ans célibataire, spécialiste au niveau de service maladies infectieuses, elle a un an d'expérience au chu de bejaïa, elle commence son travail a 08 heure 30, pendant 08 heure par jour, sa tâche se réalise en collaboration avec d'autres médecins pour des avis et des orientations.

Pour elle le métier de médecin est noble « parce qu'on sauve des vies, on guérit et on prend en charge des gents », mais pénible puisque le médecin est soumis a des contraintes, ainsi difficile d'accepter les échecs et de prendre des décisions.

Ce médecin prouve que la satisfaction c'est d'avoir les moyens et les conditions du travail pour pouvoir réaliser son rêve qui est la satisfaction du malade. Alors que les deux éléments rendent le médecin mécontent et insatisfait. Elle est motivée lorsqu'elle voit un malade sortant en bonne santé.

Globalement l'éthique professionnelle n'est pas respectée, car les médecins sont des êtres humains exposés aux erreurs, dans lesquels y a des bons et des mauvais. On constate de cette réponse que certains médecins n'ont pas l'humanité d'esprit.

Le système de santé est un bon système mais avec des failles a rangées ou le patient peut recevoir des soins gratuitement surtout dans des situations de maladies chroniques et aussi la mauvaise gestion des hôpitaux.

La formation initiale de ce médecin n'est pas conforme à la mission assurée puisque y a des protocoles qui n'existent que dans la théorie, mais en gros au modo la formation conforme parce que chacun applique ses règles. Le médecin doit non seulement revoir ses anciennes notions théoriques mais aussi s'actualisé puis de suivre la révolution de la science et la médecine dans tout ce qui concerne les nouveaux traitements et les diagnostics pour le perfectionnement de ses compétences. Pour le développement des aptitudes, le médecin doit s'accrocher aux malades. Ces dernier temps le médecin a la permission d'accéder au certains sites et aux nouvelles documentations d'internet

spécialisé en sciences médicales. Le savoir faire c'est le savoir d'agir qui s'améliore avec l'expérience selon l'opinion de ce cas.

Les contraintes rencontrées selon elle, c'est que le CHU de Bejaïa est modeste il ne dispose pas des moyens diagnostics mise sur le plan de laboratoire, centre de radiologie, et d'autre côté ce n'est pas tout le monde qui travail en multidisciplinaire, le manque d'une bibliothèque ou le médecin peut se documenter et faire des recherches.

Les contraintes rencontrées n'influence pas la relation du médecin avec le malade, elles s'influencent peut être sur les accompagnateurs des patients et sur le déroulement du travail.

Ce médecin affirme qu'y avait des différentes mentalités, un type qui se caractérise par la coopération de malade qui cherche à comprendre sa pathologie, par contre y a un autre type de patient qui est indisciplinés.

Avec certains patients, ce médecin trouve des problèmes de communication, qui renvoi au niveau d'instruction, elle essaye d'expliquer avec un langage simple, mais parfois y a des patients qui refusent d'accepter leurs maladies. Et d'autre part on a constaté que cette praticienne simplifie le langage on expliquant les termes médicaux pour transmettre l'information.

Les conditions du travail sont acceptables mais non pas confortables, la délimitation de condition de travail n'ont jamais été changé, Jadis jusqu'à présent l'absence d'internet, de documentation, de bibliothèque, voilà le confort.

Selon ce médecin la différence qui est entre l'établissement public et l'établissement privé c'est que ce dernier assure des moyens plus confort, mieux que le public, mais en matière de prise en charge celle du public est meilleure que le privé.

Recruter un personnel paramédical qualifié plus des agents de réception instruit et former en psychologie et en communication afin d'accueillir et d'orienter les malades, ainsi servir et informer la famille du patient sur son état de santé, tout simplement avoir l'effectif suffisant pour améliorer l'accueil. Puis améliorer la qualité des soins par le lieu ou consulter et accueillir les malades, et la mise en place des nouvelles structures confortable pour rendre des services favorables aux gens. Améliorer la médecine algérienne par l'encadrement théorique et pratique des étudiants en médecine, on leurs

donnant l'occasion d'aller à l'étranger pour enrichir le programme de la formation continue, et donner aux novices les conditions du travail adéquates.

2. Impact de la charge du travail sur le personnel médical à l'hôpital

KHLIL AMRANE

Dans cette section nous allons tenter de comprendre comment la charge de travail influence l'organisation de la prise en charge des patients dans le service des URGENCES CHU de Bejaia et sur la relation qui existe entre le médecin et son malade.

- **Déroulement du travail**

La manière dont le travail est prévu, est une chose et la situation dans laquelle se déroule est une autre, car il arrive que la prévision soit bonne mais l'exécution relève le contraire à cause soit de moyen disponible sur le terrain, d'ordre matériel ou en personnel ou même par l'erreur dans l'interprétation de la situation existante. Les exécutants sont les premiers d'être sensible et d'avoir des idées sur lesquelles on pourrait se baser pour une éventuelle amélioration.

Tableau 08 : Opinions des répondants sur l'appréciation du déroulement de travail

Réponses	Effectif	Pourcentage
Non apprécié	18	90%
Apprécié	02	10%
Total	20	100%

Source : Réalisé à partir de l'exploitation des données de l'enquête

Travers de ce tableau, nous avons constaté que 90% des enquêtés voient que la situation dans laquelle se déroule les tâches journalières n'est pas celle qu'ils souhaitent, ils mettent en cause le problème d'organisation du travail au sein même de leurs services respectifs : pas de répartition de tâches, problèmes d'horaire de travail et les problèmes dû à l'insuffisance d'effectif de personnel soignant ce qui occasionne le débordement de travail. Néanmoins, de l'autre côté, 10% des enquêtés sont satisfaits de la situation actuelle, disant que ils s'adaptent aux événements tels qu'ils surviennent et à l'aide de leurs expériences vécu aux affrontements à des situations nouvelles. La vision positive de son

emploi, la satisfaction d'un travailleur entraîne un accomplissement de sa tâche et atteinte ses objectifs à regard de l'institution.

- **Organisation du travail au sein de l'hôpital**

Il importe que l'horaire de travail respect la réglementation en vigueur en métier du travail. L'horaire de travail doit être établi de façon qu'on ne dépasse pas dix heures de travail par jour et que les heures supplémentaires et de nuit doivent être payées. Cependant le personnel soignant de l'hôpital de KHLIL AMRANE prétest les heures condensées et il arrive même à faire des heures supplémentaires, de week-end et jours fériés. Le tableau ci-dessous nous montre des opinions des enquêtés sur ce sujet.

Tableau 09 : Avis des enquêtés sur l'horaire de travail

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Non convenable	13	65%
Convenable	07	25%
Total	20	100%

Source : Réalisé à partir de l'exploitation des données de l'enquête

La lecture de ce tableau ci-dessus illustre que l'horaire de travail n'est pas convenable pour les agents de l'hôpital. Il révèle que 65% n'est pas satisfait de l'organisation horaire du travail. Cet horaire ne leur laisse pas du temps de se reposer suffisamment et pour s'acquitter d'autres tâches socio- personnel. Ils dégagent le problème dans l'élaboration d'horaire en disant qu'il n'est pas participatif qu'il arrive à se retrouver accordé le congé annuel sans consultation ou demande préalable ce qu'ils appellent « prise des congés par imposition ». Les 25% jugent l'horaire convenable car il est hebdomadaire que cet avantage peut faciliter leur programme personnel et qu'il y a une certaine participation lors de l'élaboration d'horaire même si celle-ci n'est pas totale. Les horaires de travail très décalés et incompatibles avec la vie privée sont insuffisamment compensés. Des interventions ciblées devraient être mises en œuvre, avec évaluation des coûts et des bénéfices, aussi bien pour la santé de ces personnels que pour le travail qu'ils peuvent rendre.

Donner son avis et recevoir un avis des autres, avoir une certaine autonomie dans son travail et recevoir le soutien de ses collègues et de ses supérieurs sont des facteurs de satisfaction au travail et d'épanouissement professionnel. L'organisation hospitalière doit faciliter le travail d'équipe et la reconnaissance des compétences et des besoins de chacun.

L'attention que les décideurs doivent porter aux conditions de la construction des collectifs de travail est au cœur de la gestion des ressources humaines

Tableau 10 : Les points de vue des répondants sur les Conséquences sur la charge du travail actuelle

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Stresse	10	50%
La fatigue	5	25%
L'anarchie totale	5	25%
Total	20	100%

Source : enquête de terrain

Ce tableau nous montre que 50% des enquêtés sont dûs au stress à cause de la charge au travail, 25% sont fatigués et 25% présentent la l'anarchie totale au travail à cause d'équipement et la durée de travail. Le manque de temps de repos constitue pour le personnel la conséquence la plus directe de la pénurie de force de travail. Ces résultats signifient que la charge du travail dans lesquelles ces personnels œuvrent ont l'impact négatif surtout sur les travailleurs eux-mêmes, sur l'hôpital et leur clients (malades) car la qualité de service est affectée, la réputation de l'hôpital aussi n'est pas épargnée.

Tableau 11 : L'avis des médecins sur la charge au travail

Réponses	Effectif	Pourcentage
Trop de surcharge	20	100%
Pas de surcharge	0	20%
Total	20	100%

Source : enquête de terrain

La surcharge de rôles se présente lorsque le médecin se trouve dans des situations où les tâches qu'on lui impose excèdent qualitativement et quantitativement ses forces et ses capacités.

Le rôle surchargé force le médecin à agir de façon précipitée et à investir le maximum de son attention et de ses efforts dans son rôle. L'individu affecté par le rôle surchargé est souvent incapable de dire « Non » à toutes les demandes qui lui est faites et s'il trouve alors engagé dans Un cercle vicieux.

2.1. Répartition des équipes

Savoir gérer le personnel médical n'est pas de tout aisé, l'insuffisance de paramédicaux, pousse dans la plupart des cas, les chefs de service à combler le manque ressenti dans chaque service, et cela aboutit à une charge supplémentaire aux soignants.

Selon les propos qu'on a pu récupérer auprès des enquêtés, un problème d'ordre organisationnel a été toujours soulevé. Cette désorganisation est due entre autres, à une mauvaise gestion des équipes soignantes par le médecin chef : « Dans le service de tri, il y a une organisation moyenne, le seul problème c'est par rapport au chef, notre nombre est de trois médecins on s'entraide entre nous, parfois, le médecin chef déplace un infirmier vers un autre service et nous laisse à deux confrontés aux nombres flagrant des patients » [25 ans,]O 01]. Les responsables des services transfèrent en permanence leurs médecins qui sont sous leurs responsabilité, pour combler le manque enregistré dans un autre service : « Le chef de service doit laisser au moins trois infirmiers par service chacun complète l'autre, au lieu d'ajouter du personnel ils transfèrent » [48 ans,].

2.2. Espace détermine l'organisation des soins

Un espace qui facilite les déplacements et conçue pour gagner du temps, favorise certainement une prise en charge de qualité, une connexion mal élaborée entre services ne jouent pas en faveur, ni pour personnel médical ni pour les patients.

Un des enquêtés nous rapporte que les espaces du service des urgences, handicape l'organisation des soins, d'où la nécessité de le réaménager. La capacité d'accueil réduite donne des résultats néfastes sur le plan fonctionnel et organisationnel: « On trouve souvent des difficultés pour s'organiser dans le service vu l'exiguïté qui nous handicap » [39 ans].

Un autre médecin nous rapporte que les couloirs et les salles d'attente encombrés infecte le fonctionnement normal du service des urgences: « Nos couloirs et salles d'attente sont saturés la population est en constante augmentations notre service ne peut fonctionner dans les normes.» 50 ans], un autre évoque la difficulté de gestion des patients : « ...vous savez les cas les plus graves sont admis ici, cette salle doit être libérée immédiatement après soins faute de manque de lits, ce qui pose problème les patients tardent l'un de nos interlocuteur confirme que les chefs doivent interpellier leurs supérieures hiérarchiques afin de signaler le manque dont souffre leurs services surtout en

aide soignants, il nous a fait savoir que ces derniers leurs font gagner du temps en leur évitant de faire les soins simples.

Tableau n°12 : l'avis des médecins par rapport au sujet d'erreurs médicales en Algérie.

Réponses	effectif	%
Souvent	12	60%
Parfois	06	30%
Rarement	02	10%
Jamais	00	00%

Source : enquête de terrain.

A travers les résultats de ce tableau ci-dessous nous constatons que la majorité ont répondu par souvent avec un taux de 60% et ceux qui déclare parfois 30% par contre on trouve que 10% qu'en rarement entendu et 0% que jamais entendu d'erreurs médicales en Algérie.

D'après ces résultats, nous pouvons donc expliquer que l'erreur médicale est un phénomène éminent malheureusement dans nos hôpitaux.

En Algérie, le sujet des erreurs médicales demeure tabou et l'ampleur exacte du phénomène est très mal connue en l'absence de statistiques fiables ainsi que textes judiciaires et l'opacité entourant les faits et cela sous le silence des pouvoirs publics. » Le nombre de patients qui traînent les séquelles d'une mauvaise qualité de soins ainsi que les erreurs de prophylaxie en Algérie sont nombreuses et diverses et les personnes et les personnes atteintes se taisent souvent sur le sujet selon elles, tabou « , dira pour autant M. Larbi, avocat.

Néanmoins, ces dernières années, il semble que les gens acceptent de moins en moins de fermer les yeux sur les erreurs de médication aux conséquences souvent mortelles et cela vu le nombre de plaintes déposées au niveau de différents tribunaux du pays aussi est-il fréquent que la presse rapporte des cas de morts douteuses ainsi que des fautes médicales entraînant de graves séquelles ou les structures hospitalières sont mises en cause, sinon en accusation.

Les victimes de ces négligences sont assez nombreuses, le cas édifiant de Fatiha qui est décédée suite à un accouchement par césarienne n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Son mari raconte les larmes aux yeux » le jour de l'accouchement nous nous sommes rendus à la clinique et sur place et à première vue le médecin nous a ordonné l'accouchement par césarienne sous le prétexte que le bébé était trop gros pour un accouchement normal. Durant l'opération ma femme s'est réveillée car l'effet de l'anesthésie s'est atténué, elle criait de douleur on lui a alors administré une deuxième dose qui lui a été fatale, après 12 jours de coma elle décède.”

Il a porté l'affaire devant la justice » je vais me battre jusqu'à ce que justice soit établie. Ils voulaient l'accoucher par césarienne car cette dernière coûte 45 000DA tandis que par voie normale elle coûte 18 000DA, martèle-t-il.

Autre cas regrettable celui de Salima qui a perdu son bébé » quand je me suis rendue à l'hôpital pour accoucher le médecin nous a orientés vers une clinique privée en nous donnant même l'adresse car il fallait une intervention que l'hôpital ne pouvait effectuer faute de moyens, nous avons perdu beaucoup de temps en cherchant ladite clinique, malheureusement une fois sur place j'ai perdu beaucoup de sang et j'ai eu des complications fatales et après une intervention au forceps j'ai perdu le bébé, en réalité le médecin qui nous a orientés vers la clinique privée était la femme du directeur de l'établissement.

Tableau n°13 : Définition d'erreurs médicales selon les médecins

Réponses	Effectif	%
Lié aux conditions et de manque de matériel	09	45%
Un faux geste	03	15%
Accident	05	25%
Prise en charge non adéquat, maladresse de médecin	01	5%
Pas d'erreur médicale	02	10%

Source : enquête de terrain.

Les résultats de ce tableau montre clairement que la majorité définit l'erreur médicale comme un résultat de condition du travail et le manque des moyens et le matériel avec un pourcentage de 45%, d'autre disent c'est un accident 25% et 15% c'est un Faux

geste et 10% pensent y'a pas d'erreur par contre 5% déclare que l'erreur c'est une maladresse de médecin.

On déduite que l'erreur est un méprise, une action inconsidérée, un défaut de jugement ou d'appréciation lie à la condition du travail.

Tableau n°14 : Les facteurs pouvant favoriser une erreur

Réponses	Effectif	%
Stresse, surcharge	09	45%
Manque des moyens+ matériels	05	25%
L'incompétence+ manque de formation	05	25%
Absence de conscience professionnelle	01	05%

Source : enquête de terrain.

Comme le montre le tableau ci-dessous que 45% des médecins interrogés disent que le stress, surcharge du travail est l'un des facteurs principaux, et 25% déclarent le manque des moyens et le matériel, 25% disent c'est le manque de formation, l'incompétence des médecins, en dernier lieu 5% c'est l'absence de conscience professionnelle.

Ces résultats nous indiquent que CHU ne prend pas en considération les conditions et la santé de ces médecins, et ne donne pas une formation fiable, tout ça provoque une erreur médicale.

D'après les déclarations des médecins on déduit qu'ils souffrent, n'arrivent pas à travailler dans de telles conditions.

Nous avons tenté de relever et d'identifier les éléments pouvant être considérés comme des facteurs favorisant l'erreur médicale :

- Une charge de travail importante,
- Des outils ou des conditions de travail,
- Le manque d'expérience .

Les difficultés de communication avec le patient (que ce soit un problème de langue ou de Comportement du patient) se retrouvent dans 6 erreurs, tout comme la fatigue et l'épuisement.

Viennent ensuite un effectif de soignants insuffisant (5 erreurs) ; la présentation atypique d'une pathologie rendant le diagnostic délicat (4 erreurs) ; le fait d'être influencé par un avis Extérieur (4 erreurs : dans 2 d'entre elles, ce sont des avis suivis « aveuglement » du fait du Statut d'un spécialiste ou d'un supérieur hiérarchique ; dans 2 autres récits, l'interne a été influencé par l'avis d'un collègue car il n'a pas pris le temps de le remettre en question).

Sont également relevés comme facteurs favorisant des difficultés relationnelles avec le senior (3 erreurs), la multiplicité des tâches entraînant des difficultés de concentration (3 erreurs).

Plus rarement, mais sans pour autant être anecdotiques, nous retrouvons le manque de Formation (2 erreurs), l'empressement et la pression de la gestion du temps (2 erreurs), la Demande d'un avis par téléphone à un confrère ne connaissant pas le patient (2 erreurs), la Prise en charge d'un patient poly pathologique (1 erreur) que l'on pourrait éventuellement Rattacher au facteur « difficultés diagnostiques », la routine (1 erreur), la pression ressentie Pour s'autonomiser (1 erreur) et la pression de l'entourage du patient (1 erreur).

Enfin, dans 9 des erreurs relatées, l'analyse du récit n'a pas permis de mettre en exergue de Facteur favorisant.

Conclusion partielle

Nous sommes à la fin de ce chapitre qui avait pour but la vérification de l'hypothèse selon laquelle les conditions de travail du personnel médical de l'Hôpital Khlil Amrane ne sont pas favorables suite aux surcharges au travail, et la durée de travail longue. En effet, pour atteindre notre objectif nous sommes parties d'abord à l'analyse de profil sociodémographique de nos enquêtés puis, nous avons essayé de passer en revue aux situations réelle au sein du dit hôpital.

3. La formation continue chez les médecins

La nouvelle économie, est fondée sur le savoir et la connaissance, a radicalement redessiné les contours du management. Des paradigmes anciennement fondés sur le capital Financier ou technique, laissent progressivement place à des approches axée sur L'investissement intangible et la valorisation de la ressource humaine comme élément moteur de la dynamique de création et d'innovation.

La santé des entreprises économique et social résulte donc tout autant de la formation du personnel que des évolutions technologiques et des modifications touchant l'organisation du travail.

La mondialisation des phénomènes intensifie la concurrence. La compétition se joue Sur le prix mais aussi sur la qualité technique, sur le service et sur l'innovation ... tous ces Critères qu'ont donnés naissance à l'ingénierie de la formation.

Cette dernière décennie a vu la montée en puissance de la notion de « gestion de Compétences » la compétence étant un savoir-faire professionnel observable en situation de Travail, la formation ne peut être due l'un des éléments qui permettent de l'acquérir, aux côtés De l'expérience passée, du contenu du travail lui-même. La compétence se veut évolutive.

Si la formation est instituée comme un droit du travailleur, elle est surtout vitale pour l'entreprise dont les décideurs ont conscients de ses enjeux, veilleront à l'étendre à l'ensemble de la ressource humaine pour que les organisations font face à de nouvelles réalités : le Développement des technologies de l'information et de la communication : la dynamique des Marchés internationaux qui force les entreprises à améliorer sans cesse la qualité de leur produit et service.

Question n°15 : L'avis des médecins sur la formation continue

Réponse	Nombre de réponses	%
Oui	20	90 %
Non	0	10%

Source : enquête de terrain.

90% % des médecins disent que la formation est bénéfique.

10 % des enquêtés ont répondu par le contraire.

D'après la majorité des répondants, la formation continue a un grand bénéfice pour la fonction des médecins et un grand intérêt sur le plan de développement des capacités professionnelles et l'élévation des connaissances ; car elle permet l'augmentation de l'efficacité individuelle et collective.

Nous avons l'impression que les médecins ressentent un vide qui ne peut être comblé que par la formation continue.

Si oui pourquoi ?

Selon les résultats, Ils justifient leur réponses par :

- L'importance de la formation continue dans l'amélioration des compétences. – L'intérêt dans l'accompagnement des nouvelles technologies.
- La mise à jour concernant l'évolution du métier.
- L'enrichissement des connaissances et des nouvelles données.
- Le perfectionnement au travail.
- Ces réponses indiquent l'intérêt majeur de la formation continue pour continuer à exercer le métier de médecin

Question n°16 : La formation continue et l'incompétence des médecins favorise le climat d'erreur médicale

Réponses	Nombre de réponses	%
Oui	15	75%
Non	5	15%

Source : enquête de terrain.

75% des médecins déclarent que la formation continue et l'incompétence des médecins favorise climat d'erreur.

15% disent le contraire.

D'après la majorité des réponses médecins on remarque que la formation joue un rôle important dans leurs carrières, Une formation continue appropriée joue un rôle crucial dans la gestion des systèmes de santé car il s'agit d'un des principaux moyens de maintenir et d'améliorer la qualité du travail des agents de santé.

On dispose d'un large éventail de méthodes d'apprentissage. Pour que l'apprentissage soit le plus efficace possible, il faut que l'apprenant reconnaisse l'utilité de ce qu'il va apprendre et prenne une part active au processus d'apprentissage.

La formation continue ne permet pas de résoudre tous les problèmes. Elle permet néanmoins d'améliorer l'utilisation des ressources disponibles et contribue à ce que les systèmes et procédures existants soient appliqués aussi efficacement que possible et diminuer le taux de phénomène **erreur médicale** .

Par la suite on posé cette question qui est :

Question n°17 : L'avis des médecins sur la formation continue pour améliorer leurs compétences et savoir-faire

Réponses	Nombre de réponses	%
Oui	20	100%
Non	0	0%

Source : enquête de terrain.

100% des médecins veulent faire une formation continue.

0% des Médecins ne veulent pas suivre une formation continue.

D'après la majorité des répondants, les médecins ont exprimé le besoin impérieux d'une formation continue, ils veulent modifier le positionnement de leur comportement, et ils ont exprimés leurs désire de bénéficier de formation pour l'acquisition d'un savoir plus large et plus efficace, car elle est indispensable devant les exigences du métier et les évolutions technologiques récentes dans le domaine de Santé surtout en matière d'équipements.

Les principaux résultats

- **La formation continue**

D'après les réponses des médecins nous remarquons que :

- La formation initiale des médecins n'est pas suffisante durant leur carrière professionnelle.
- La nécessité de la formation continue.
- L'absence des moyens de formation dans le lieu travail.
- Le désire de faire une formation continue.

1ère synthèse :

Les résultats de notre enquête concernant la question de la formation confirme que la Formation initiale des médecins est insuffisante pendant la carrière professionnelle ; et devant l'absence des moyens de formation dans le lieu de travail, les manipulateurs

ressentent le désir de formation continue. Ce qui nous confirme sa nécessité pour les médecins.

- **La compétence :**

Suivant les données recueillies à travers les questions posées nous remarquons que :

- La formation continue du médecin joue un rôle important dans leur travail.
- La performance du médecin a une relation directe avec leur formation.
- L'amélioration du savoir faire des médecins a travers la formation .

2ème Synthèse :

Selon les résultats recueillis auprès des médecins, ils déclarent que la formation continue améliore leur savoir faire pour être capable d'évoluer leur compétences et aussi ils confirment que la formation continue joue un rôle important dans leur performance au cours de l'exercice de travail.

En résumé :

La formation continue est un processus qui permet d'assurer les montées en compétences nécessaires au développement des activités pour s'adapter aux exigences de l'environnement toujours changeant.

Elle constitue l'investissement le plus important pour l'amélioration de la qualité des prestations qui concourent de manière générale a le prise en charge parfaite de la santé et de la population par :

- L'évolution des connaissances.
- Changement des comportements au travail.
- Augmentation de l'efficacité individuelle et collective.

➤ **Facteurs influençant la survenue des erreurs :**

Dans sa pratique

Concernant leur pratique globale, les médecins ont cité : une négligence du médecin, un manque de vigilance, une inattention ou simplement le fait de manquer un détail : « Ça peut aller très vite » (12).

De même un médecin qui est mal organisé, qui tient mal ses dossiers médicaux ou qui veut aller vite risquera davantage la survenue d'erreurs.

Des médecins ont également mis en cause le manque de connaissances médicales et ont reconnu la difficulté qu'ils avaient de se tenir au courant des avancées médicales.

Manque d'examens complémentaires

Certains médecins s'en sont voulu de ne pas avoir demandé d'examens complémentaires, de ne pas les avoir répétés ou de ne pas avoir assez insisté auprès de spécialistes pour avoir un rendez-vous.

Dans ses recommandations au patient

Pour certains médecins, la survenue d'une erreur pouvait être favorisée par des explications insuffisantes ou inadaptées au patient. Ils ont signalé que ce qui est une évidence pour le médecin, ne l'est pas forcément pour le patient. Quelques médecins ont évoqué la peur de mécontenter un patient en proposant certaines prises en charge, notamment une hospitalisation

Dans sa situation personnelle

De nombreux médecins ont souligné qu'un mauvais état physique et psychologique pouvait être source d'erreur : « *Parce qu'on est stressé, parce qu'on en a marre, parce qu'on a envie de rentrer, parce qu'on a envie de manger...* ».

Manque de temps

La contrainte pour un médecin d'aller vite, le temps court de consultation et la nécessité qu'il prenne une décision immédiatement ont été cités par la majorité des médecins : « *Quelques Fois la vitesse... prédomine sur la qualité* ». Certains ont regretté également le manque de temps qu'ils avaient pour aller en formation.

Mauvaises conditions de consultation

Pour certains médecins, une erreur pouvait être favorisée par des éléments extérieurs qui perturbent la consultation, tels que le téléphone qui sonne, un enfant bruyant dans la salle d'attente, l'arrivée d'une infirmière ou d'un patient qui passe chercher une ordonnance.

Des conditions de travail inhabituelles, des mauvaises conditions de travail, un manque d'information à sa disposition ou une mauvaise ambiance familiale lors de la consultation pouvaient également perturber le médecin.

Compétences du médecin

En plus de certaines attitudes, certains médecins ont cité la conscience professionnelle, les compétences du médecin, son esprit de synthèse et son ressenti irrationnel dans certaines situations. Pour certains, le nombre de connaissance ne limiterait pas le risque d'erreur.

Expérience du médecin

Beaucoup de médecins trouvaient qu'avoir de l'expérience dans un domaine de pathologies pouvait éviter des erreurs, en particulier s'ils avaient eu des informations récentes ou rencontré un cas similaire dans leur pratique.

Bonnes conditions de travail

Pour certains médecins, il était important de travailler dans de bonnes conditions matérielles et psychologiques, d'avoir donc une bonne organisation du cabinet et de leur emploi du temps, quitte à limiter le nombre de consultations. Certains médecins s'étaient spécialisés dans un domaine qu'ils aimaient. Certains préféraient travailler dans un cabinet de groupe.

Conclusion partielle

D'après notre enquête menée au niveau des différents services du CHU de Béjaïa .

Nous avons constaté qu'il y a une véritable conscience du besoin de formation continue, cette dernière assure que les professionnels de la santé (médecins) déjà en train de fournir des services ont la possibilité de mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences selon les informations scientifiques les plus récentes et les pratiques courantes.

En effet, la formation initiale des médecins ne suffit pas afin qu'ils accompagnent les nouvelles mutations technologiques, et suivre l'évolution considérable du matériel .

Nous avons aussi déduit que la formation continue aurait un grand bénéfice dans l'amélioration du savoir faire des médecins, tout en améliorant la qualité relationnelle avec les patients, et par conséquent arriver à une meilleure prise en charge de la santé des personnes.

La formation continue dans l'intérêt du médecin permet ainsi aux prochaine/s générations de demander leur droit de formation afin qu'ils puissent améliorer leur travail et pour arriver ainsi a une meilleure prise en charge psychologique et radiologique du patient.

Section 02 : La vérification des hypothèses

Après avoir analysé et décortiqué les données de questionnaire réalisé auprès de la Population d'étude, on procède à la vérification des hypothèses émises pour cette Recherche :

1. Hypothèse N1

Notre première hypothèse qui porte sur Le manque des moyens matériels et l'insuffisance du corps Médical et paramédical représentent les obstacles majeurs qui limitent l'action médicale au sein de L'hôpital KHALIL AMRANE.

Tout d'abord, les conditions du travail qui existent au sein de l'hôpital CHU Khilil Amrane sont pas acceptables et insuffisante dans leurs totalités, car la majorité des Interrogés expriment une Certaine insatisfaction vis-à-vis des conditions du travail dans lesquelles ils Exercent leurs activités professionnelles, d'après l'analyse des données collectées, nous avons Constaté que la majorité des travailleurs jugent que ces conditions sont plutôt pas bien traitées, vue les contraintes physiques et l'exposition aux risques d'accident et erreur médicale.

A partir de ces résultats, nous pouvons dire que les moyens existés ne répondent pas aux exigences des médecins par rapport à leurs postes occupés puisque la majorité d'entre eux sont pas satisfaits, et que les conditions du travail sont de plus en plus en arrière (les conditions matérielles, les conditions de propreté et d'hygiène).

Ce qu'aboutit en fin de compte la confirmation de la première Hypothèse est confirmée.

2. Hypothèse N 3

La charge de travail influence le rendement des médecins

L'enquête réalisée montre que la plupart des médecins urgentistes travaillent sous Une charge importante de parle déséquilibre entre demande en soins et effectifs pour y Répondre, cette charge se répercute mal sur leur être et état de santé, ils ont démontré Que leur service manque de bonnes conditions et moyens de travail ce qui rend difficile

L'exercice de leurs fonctions et baisse obligatoirement leur rendement. L'effet de la charge de travail des médecins sur leur rendement est donc présent, par Les réponses et observations recueillis. À partir des résultats obtenus sur le terrain, on Peut dire que notre hypothèse : «La charge de travail influence le rendement des Médecins » est confirmée.

3. Hypothèse N2

L'insuffisance de formation continue et l'incompétence des médecins favorisent le climat d'erreurs médicales A partir des résultats obtenus tous les médecins réclament l'absence de formations continue surtout avec les nouvelles technologies, pour eux Elle devra être aussi une obligation tant individuelle que collective de la profession.

L'État doit pourvoir aux moyens et aux structures permettant à tous les médecins d'avoir accès à la formation médicale continue. Aucun individu ne peut prétendre exercer un métier tout au long de sa carrière avec les seuls acquis de sa formation initiale. Ceci est le cas de toutes les professions y compris la profession médicale. Les agents de santé sont aujourd'hui mieux conscients de la nécessité de poursuivre leur formation tout au long de leur carrière. Cette formation peut être mise en place, au début, par les agents de santé eux-mêmes, par le personnel d'encadrement, par les gestionnaires des systèmes de santé ou par des organismes tels que les associations professionnelles. Cette formation peut se faire à l'aide de textes écrits (journaux, manuels, publicité), de réunions, de cours et conférences, de visites guidées ou d'autres méthodes encore. Ces médecins sont convaincus de la nécessité de renforcer la formation continue et également de l'améliorer la qualité du travail des agents de santé, pour éviter tous les événements indésirable «erreur».

Alors a la fin on peut dire que la deuxième hypothèse est confirmée.

Conclusion Générale

Conclusion Générale

Nous vivons une époque où les progrès quotidiens de la science en termes d'outils diagnostiques et thérapeutiques nous donnent l'illusion que le médecin est un être infailible et nous font oublier que la médecine est une science inexacte qui comporte son lot d'incertitudes et de risques. Au-delà des conséquences juridiques, nous supposons que l'erreur pouvait avoir un impact personnel et professionnel sur le médecin qui la commet.

Nous avons vu que l'erreur médicale avait en effet des conséquences émotionnelles importantes et diverses sur les médecins concernés, avec au premier plan un sentiment de culpabilité présent chez la grande majorité des médecins interrogés. À cela s'ajoutait souvent initialement un sentiment de dévalorisation qui amenait le médecin à remettre en question ses capacités à exercer la médecine. Les conséquences sur la pratique étaient d'ailleurs quasiment constantes et concernaient l'exercice médical dans sa globalité.

La gestion de ces événements était marquée par le développement de mécanismes de défense par le médecin, indispensables pour surmonter leur souffrance. Ces mécanismes, s'ils sont absents ou défaillants, peuvent conduire le médecin à l'épuisement ou ce que l'on a coutume d'appeler le « burn-out ».

Si la plupart des médecins admettaient la nécessité de parler de leur erreur à leur patient, dans les faits, peu le faisaient et aucun ne présentait d'excuses.

Notre étude a permis de lancer quelques pistes d'amélioration à envisager afin de mieux accompagner le médecin généraliste lorsqu'il est concerné par une erreur, notamment au niveau de la formation initiale et continue afin de sensibiliser les médecins sujets pour que, lorsqu'ils y seront confrontés eux-mêmes ou un de leur confrère, ils ne soient pas perdus,

Seuls face à leur erreur, la formation se devant d'être axée non seulement sur le patient mais également sur les secondes victimes ; et par la création de groupes de soutien, car comme nous l'avons montré, ce dont le médecin a le plus besoin est le

Conclusion Générale

soutien de ses pairs. Cependant Leur mise en pratique reste vague et mériterait d'être précisée.

Liste bibliographie

Liste bibliographie

I. Ouvrages

1. Agence Nationale d'Accréditation de la Santé. Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé, juillet 2000.
2. Aim, «l'essentielle de la théorie des organisations», 9eme Edition 2016-2017.
3. AKTOUF O, Méthodologie des sciences sociales et approches qualitative des organisations, Montréal, 1987.
4. ANAES, Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux, ANAES, Paris, 2002.
5. ANGERS Maurice, Initiation à la méthodologie des sciences humaines, éditions Casbah, Alger, 1999.
6. Anne-Marie LAVARDE, guide méthodologique de la recherche en psychologie, édition BOECH université, Bruxelles, 2008.
7. Assertion affirmée aussi par J-Y BARREYERE et BOUQUET, « de l'incantation à l'implication sociale n 19, Avril, 1999.
8. BARR DP Hazards of modern diagnosis and therapy –the price we pay. JAMA 1956;159:1452-6
9. BELOT C.La gestion des risques, une nouvelle donne pour le management hospitalier : l'exemple des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique 2002.
10. Benoît GROUTHIER, recherche sociale de la problématique à la collecte des données, Edition Presses de l'université du Québec, canada, 2009.
11. BERENHOLTZ SM, DORMAN T, NGO K, PRONOVOST PJ. Qualitative review of intensive care unit quality indicators. J Crit Care 2002; 17(1):1-12.
12. Boeck, Bruxelles, 1990, p03.2.Jean-Pierre, « Gestion des RH (principes généraux et cas pratique », 4e édition, DALLOZ, paris, 2002.

Liste bibliographie

- 13.** Cabanne C. et alii : Lexique de géographie humaine et économique, Ed. Dalloz, 1984.
- 14.** DAVID G, SUREAU C De la sanction à la prévention. Pour une prévention des événements indésirables liés aux soins. Bull. Acad. Natle Méd, 2006 ;Tome 190; Décembre N° 9, p. 1993-1999.
- 15.** Edo KODJO morille AGBOBLI, méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèse, édition L'Harmattan, paris, 2014.
- 16.** FARGE-BROYART Politique nationale de gestion des risques en établissement de santé Société de réanimation de langue française. Réanimation 14 : 2005.
- 17.** François DEPALTEAU, la démarche d'une recherche en science humaines, Edition Les Presses de Université Laval, canada, 2000.
- 18.** FRIEDMAN Georges & NAVILLE Pierre, Traité de sociologie du travail, Éditions Armand Colin, Paris, 1961.
- 19.** GOGUEY M . La gestion des risques à l'hôpital : une nécessité. ANASYS 10 Août 2005.
- 20.** GOLLAC Michel, Les conditions de travail, Synthèse des débats, SOCIETE FRANÇAISE DE STATISTIQUE, France, Soirée du 7 avril 2009.
- 21.** GUIBERT Joël & JUMEL Guy, Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales, Edition ARMAND COLIN, Masson, Paris, 1997.
- 22.** Howard S .Becker, Le travail sociologique une méthode et substance, Édition académique Presse Fribourg, suisse 2009.
- 23.** KOVNER C, JONES C, ZHAN C, GERGEN PJ, BASU J. Nurse staffing and post surgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996. Health Serv Res 2002.
- 24.** LOHR, K.N A strategy for quality assurance in Medicare. New England Journal of Medicine, 1990.

Liste bibliographie

- 25.** Lucie DIAGNAULT, l'évaluation muséale, édition presse de l'université du Québec, canada, 2011.
- 26.** Michel Gollac, Serge Volkoff et Loup Wolff, « les conditions de travail», 3eme édition, ed la découverte, 2014.
- 27.** MOSER RH Diseases of medical progress. N Engl J Med 1956.
- 28.** NATHALIE DE MARCELLIS Gestion des risques iatrogène. Etude comparative entre la France et l'étranger. AFGRIS 1er congrès Mai 2001.
- 29.** PERITTI, Jean-Marie, 8eme Ed.
- 30.** PICHAULT, François Michel, « loisir et travail ; in Decoster, traité de sociologie du travail », 2eme édition.
- 31.** Projet de recherche. Etude IATROREF 2004. Iatrogénie en réanimation : Elaboration et validation d'indicateurs spécifiques. France 2004.
- 32.** RAYMOND Quivy. Lucvan Campenhoudt, manuel de recherche en sciences sociales , 3 édition, Du nord Paris 1995 , 2006.
- 33.** REGIS B, Incidence d'événements indésirables dans les hôpitaux québécois: est-ce mieux ou pire qu'ailleurs au Canada? Forum du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, septembre 2004.
- 34.** SOUFIR L, ALBERTI C, ROMAND JA, MELOT C, DAMAS P, SCHALLER MD, HEMMER M, DHAINAUT JF. Incidence of iatrogenic events in intensive care units multicenter study. European Society of Intensive Care Medicine. Rome, 1-4 October 2000. Intensive Care Med 2000.
- 35.** TABUTEAU D La sécurité sanitaire. Edition Berger Levrault Mai 2002.
- 36.** VAN CAMPENHOUDT Luc/ QUIVY Raymond, Manuel de recherche en sciences sociales, 4eme édition, DUNOD, Paris, 2011.

Liste bibliographie

II. Dictionnaire

1. BRUNO Alain, Dictionnaire d'économie et des sciences sociales, édition Ellipses, Paris, 2005.
2. d'Aline BRUNO « Dictionnaire d'économie et sciences sociales, sous la direction », édition ellipses 2005.
1. Dictionnaire de la langue française, le ROBERT MICRO, rédaction dirigée par ALAIN REY, nouvelle Edition, 1998.
2. Larousse Médical, LAROUSSE, Paris, 2006.
3. PERITTI (Jean-Marie), Dictionnaire des ressources humaines, éd, verbert, Paris, 1998.
4. Petit Larousse de la médecine, LAROUSSE, Paris, 2007.
5. Pluri dictionnaire Larousse, LAROUSSE, 1ere édition, Canada, 1977.

III. Thèse

1. THESE POUR LE DOCTORAT D'ETAT EN SCIENCES ECONOMIQUES .
Système santé algérien entre efficacité et équité. Essaye d'évaluation a travers la santédes enfants enquête dans la wilaya de Béjaïa.

IV. Article

1. An organisation with a memory report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: Department of health; 2000.
2. AURIANT I Événements iatrogènes et ventilation mécanique Réanimation Volume 14, Issue 5, Septembre 2005, Pages 423-429.
3. AURIANT I Événements iatrogènes et ventilation mécanique Réanimation Volume 14, Issue 5, Septembre 2005, Pages 423-429.

Liste bibliographique

4. BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM, ET AL. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. The New England Journal of Medicine 1991; 324 : 370-77.
5. DENYS PELLERIN LES ERREURS MEDICALES. REVUE Les Tribunes de la santé. Dossier : La santé en échecs n° 20 2008/3.
6. DOVEY SM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care 2002; 11: 233-8.
7. DOVEY SM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care 2002; 11: 233-8.
8. F. CLERGUE, N. SOTIROV Gestion des événements indésirables et sentinelles. Réanimation 12 (2003) 49s–54s.
9. GALAM E. L'erreur médicale en médecine générale. Revue Responsabilité, Juin 2007(26):1-6.
10. GALAM E. L'erreur médicale en médecine générale. Revue Responsabilité, Juin 2007(26):1-6.
11. GRIBEAUVAL JP. Comment distinguer faute, erreur et aléa dans la pratique quotidienne? Eviter l'évitable. La revue Prescrire. 2005 ; 25 (267) : 892.
12. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS To err is human: Building a safer health system. Washington: DCoQHCiA, Institute of medicine, editors – National Academy Press, 2000.
13. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press. 2000.
14. La situation actuelle : Aguersif M : le financement de la santé en Algérie : Évaluation 1944 – 1989, Oran , In <http://www.santé DZ>.
15. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing Medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. Academic Medicine, 2002.

Liste bibliographique

16. LATIL F. Place de l'erreur médicale dans le système de soins. Pratique et organisation des soins, 2007 ; 38 (1) : 69-77..
17. Le manuel d'accréditation des établissements de santé. ANAES, 1999.
18. MAKEHAM MA, et al. An international taxonomy for errors in general practices: a pilot study. Med J Aust 2002;177(2):68-72.
19. MAKEHAM MA, et al. An international taxonomy for errors in general practices: a pilot study. Med J Aust 2002;177(2):68-72.
20. Prof ZAIDI Zoubida , Système de santé monde et Algérie , PDF , Système de santé.
21. QUENEAU P Iatrogénie observée en milieu hospitalier (partie 1) Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1992 ; 176, n° 4 : 511-529.
22. QUENEAU P Iatrogénie observée en milieu hospitalier (partie 2) Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1992 ; 176, n° 4 : 651-667.
23. RAPOR Nabni 2020, cinquantaine de l'indépendance : enseignement et vision pour l'Algérie de 2020, janvier 2013 p 174 – 178.
24. VINCENT C Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322: 517-519.

V. Loi

1. Article L. 1142-28 du code de la santé publique.

VI. Site web

1. <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/définition/amplitude/> (12.06.2021 à 00H01).
2. www.onu.info du 13/02/2019 selon OIT-consulté le 12/06/2021.

Liste bibliographie

3. <https://immobilier.jll.fr/blog/article/environnement-travail-facteur-bien-etre> Consulté le 12/06/2021.
4. <http://etudedecas.lesrelationsautravail>, [en ligne], consulté le 04/07/2021 à 11h40

Annexe

Questionnaire :

Cochez la bonne réponse :

• **Données personnelles :**

1-l'âge :

1. Moins de 30 ans
2. Entre 31 et 41 ans
3. Plus de 41 ans

2-situation familiale :

1. Célibataires
2. Marié (e) avec enfant
3. Divorcée.

3- Vous êtes médecin

- a-généraliste
- b- spécialiste.

4-l'ancienneté professionnel :

1. De 1 à 5 ans
2. De 5 à 10 ans
3. Plus de 10 ans

Annexes

5- à quelle heure vous commencez le travail ?

.....
.....

6- travaillez-vous en collaboration avec les autres médecins ?

.....
.....

7- quelles sont les contraintes que rencontrez quotidiennement dans l'exercice de votre travail ?

.....
.....

8- ces contraintes, influencent-elles votre travail ?

Oui Non

9- que pensez-vous sur les conditions de travail ?

Favorables

Défavorables

Moins favorables

Totalement favorables

10- combien de patient vous examinez par jour ?

- 10
- 20
- 30
- Plus

Annexes

11-Considérez vous que votre salaire est suffisant ?

Oui. Non

12-est ce que tous les médecins respectent l'éthique professionnel ?

Oui Non

13- trouvez vous des difficultés de se communiqué avec les patients ? Et pourquoi ?

.....
.....

14- à votre avis quelle est la difference entre le travail dans un établissement public et privé ?

.....
.....

15- êtes -vous satisfait (e) de l'application des politiques et des règlements ?

Oui Non

16- êtes vous satisfait (e) de la manière dont les personnel non clinique (secrétaire, entretien, ménagère et sécurité...) agit avec vous ?

Oui Non

17-que proposez-vous pour améliorer la qualité des soins ?

.....
.....

18- quelles sont les propositions que vous donnez pour améliorer la situation de la médecine en Algérie ?

.....
.....

19- avez-vous déjà entendu parler d'erreurs médicales en Algérie ?

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

20-Qu'en pensez-vous ?

- Très important
- Plutôt important
- Pas du tous important

21- Comment définissez-vous les erreurs médicales ?

.....
.....

22-Selon vous, quelle seraient les facteurs pouvant favoriser une erreur ?

.....
.....

23-D'après vous qui est le responsable premier de ces erreurs ?

.....
.....

Annexes

24- souvent arrivent-ils des malades transférés du secteur privé

Oui Non

25- dans quel cas ces malades seront transférés

.....
.....

26 – D’après vous est-ce que la formation continue est bénéfique ?

Oui Non ..

Si oui pourquoi ?

.....

27 . Est-ce que la formation continue et l’incompétence des médecins favorisent le climat d’erreur médicales ?

Oui .. Non

28 – Est-ce que vous voulez faire une formation continue ?

Oui . Non .

Tables des matières

Table des matières

Remerciements	
Dédicace	
Sommaire	
Liste d'abréviation	
Liste des tableaux	
Liste des Schéma	
Introduction Générale	1
Partie théorique et méthodologique	
Chapitre I	
Problématisation de l'objet	
Introduction	10
Section 01 : La méthodologie de la recherche	10
1. Problématique	10
2. Les hypothèses	12
3. Les raisons du choix de thème	13
4. Les objectifs du choix du thème	14
5. Méthodologie de recherche	14
6. Définition des concepts	14
6.1. Les Condition	15
6.1.1. Définition selon le dictionnaire français	15
6.1.2. Définition Sociologique	15
6.1.3. La définition opérationnelle	16
Section 02 : La méthode et technique utilisée	19
1. Méthode utilisée	19
2. Les techniques utilisées	20
2.1. La pré enquête	20
2.2. Enquête	21

Table des matières

2.3. L'enquête par questionnaire	21
3. La définition du temps et du lieu de l'enquête	22
4. Population mère	22
5. Technique d'échantillonnage	23
5.1. L'échantillon de l'enquête	23
6. Les obstacles et les avantages de l'enquête	23
6.1. Les avantages de l'enquête	25
6.2. Les obstacles de l'enquête	25
Conclusion	26

Chapitre II

Généralités sur le système de santé

Introduction	28
Section 01 : Généralité sur le système de sante	29
1. Définition le système de santé	29
2. Le système de soins	30
3. Objectifs d'un système de santé	31
4. Les moyens du système de santé	31
5. Qualités du système de santé	31
6. Évaluation d'un système de santé	32
Section 02 : Système de santé Algérien	33
1. Historique	33
1.1. La première phase (1962 – 1972)	33
1.2. La seconde phase (1973-1986)	34
1.3. La troisième phase (1986-2002)	35
1.4. La quatrième phase (2002-2011)	37
2. La situation actuelle se caractérise entre autres par	38
3. Etat de santé de la population en Algérie	39

Table des matières

4.	Types de systèmes de santé	39
4.1.	Le système centralisé	39
4.2.	Le système décentralisé	40
4.3.	Le système mixte	41

Chapitre III

Généralités sur les conditions de travail

Introduction	43
Section 01 : Généralités sur les conditions de travail et ces théories relatives	43
1. Le Travail	43
2. Les Conditions de Travail	43
3. Aperçu historique sur les conditions de travail	44
4. Les Approches théoriques des conditions de travail	45
4.1. Elton. MAYO : 1880-1949	45
4.2. Abraham. H. Maslow : 1908-1970	46
4.3. Douglas Mac GREGOR : 1960-1970	47
4.4. Frederick Herzberk : 1923.2000	47
5. Les 5. Les champs des conditions de travail.	48
5.1. Les conditions physiques du travail	48
5.2. Les conditions mentales du travail	48
5.3. Les horaires du travail	49
Section 02 : les conditions physiques du travail	49
1. Les mauvaises conditions de travail	49
2. Les conséquences des mauvaises conditions du travail	50
3. L'environnement du travail	51
4. Nature des conditions du travail	52
4.1. Le cadre temporel	52
4.2. Les sollicitations psychologiques	52

Table des matières

4.3. Les conditions sociales	53
4.4. Situations particulières et individuelles	53
Conclusion	55

Chapitre IV

Généralités sur les erreurs médicales

Introduction	57
Section 01 : la conception d'erreur médicales	57
1. L'erreur médicale	57
2. Un évènement indésirable	58
3. La faute	58
4. La différence entre l'erreur et une faute	59
5. Les types de l'erreur médicale	59
5.1. Échec de diagnostic/mauvais diagnostic et traitement inapproprié	60
5.2. Erreurs médicamenteuses	60
5.3. Infections contractées dans les établissements de santé	60
5.4. Produits sanguins et liquides biologiques	60
5.5. Réaction transfusionnelle	60
5.6. Erreurs de communication	61
5.7. Soins chirurgicaux	61
5.8. Matériel médical	61
5.9. Techniques cliniques et diagnostiques invasives	61
5.10. Matériel non médical	61
5.11. Environnement physique	61
5.12. Sécurité sanitaire des aliments	62
5.13. Manque d'expérience	62
5.14. Manque de temps	62
5.15. Vérification inappropriée	63

Table des matières

5.16. Procédures défectueuses	63
5.17. Information inadéquate	63
Section 02 : La réalité des erreurs médicales	64
1. Facteurs individuels qui prédisposent les médecins aux erreurs	64
1.1. Fatigue	64
1.2. Facteurs linguistiques et culturels	65
1.3. Comportements dangereux	66
2. La responsabilité des médecins et des établissements de santé en cas d'erreur	66
2.1. Réalisation de l'annonce d'un dommage associé aux soins	70
2.2. Selon la HAS	70
3. L'erreur médicales en Algérie	71
4. Quels que exemples sur l'erreur médical en Algérie : Mort du journaliste Bouattoura / La famille dénonce une erreur médicale	72
Conclusion	75

Chapitre V

Identification et historique de CHU de Bejaia

Introduction	77
Section 01 : Présentation d'organisme d'accueil	77
1. Secteur sanitaire	77
2. Historique du CHU (centre hospitalo-universitaire) de Bejaia	78
Section 02 : Présentation des missions et les différents services	79
1. Missions et les différentes directions du CHU de Bejaia	79
1.1. Les missions du CHU	79
1.1.1. En matière de santé	79
1.1.2. En matière de formation	79
1.1.3. En matière de recherche	79
2. Direction des ressources humaine(DRH)	80

Table des matières

2.1. La sous –direction du personnel	80
2.2. La sous-direction de la formation et de la documentation	80
3. La direction des finances et du contrôle (DFC)	80
3.1. La sous-direction des finances	80
3.2. La sous-direction de l'analyse et l'évaluation des coûts	80
4. La direction des moyens matériels (DMM)	81
4.1. La sous-direction des services économiques	81
4.2. La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable	81
4.3. La sous-direction d'infrastructures, des équipements et de la maintenance	81
5. Présentation des différents services de soins	81
Conclusion	84

Partie pratique

Chapitre VI

Analyse et interprétations Des résultats

Introduction	87
Section 01 : L'impact des conditions de travail, charge au travail, formation continue sur l'erreur médicale	87
1. Analyse des conditions de travail du personnel médical a l'hôpital de KHLIL AMRANE	87
1.1. Analyse des données socio-demographiques des enquêtés	87
1.2. Présentation et analyse des résultats	90
1.3. Perception générale sur les conditions de travail au sein de l'hôpital de KHLIL AMRANE	91
1.4. Analyse des CAS	92
2. Impact de la charge du travail sur le personnel médical a l'hôpital KHLIL AMRANE	104

Table des matières

2.1. Répartition des équipes	109
2.2. Espace détermine l'organisation des soins	109
Conclusion partielle	114
3. La formation continue chez les médecins	114
Conclusion partielle	121
Section 02 : La vérification des hypothèses	122
1. Hypothèse N1	122
2. Hypothèse N 3	122
3. Hypothèse N2	123
Conclusion Générale	124
Liste bibliographie	127
Annexe	135
Tables des matières	141

Résumer

Événements indésirables En médecine se définit comme « tout événement ou circonstances qui entraînent ou aurait, peut entraîner une atteinte inutile pour un patient » Annoner Chaque évènement indésirable et rendu obligatoire par la loi du 4 mars 2002, nous avons réalisé une étude qualitative par questionnaire auprès de 20 médecins généralistes de CHU De Béjaïa. Le but était d'évaluer la façon dont ces praticiens gèrent les événements indésirables qui survient dans leur pratique professionnelle et identifier les causes pour lesquelles le médecin fait une erreur médicale. Cette étude a montrée que les conditions de travail qui ne sont pas favorables dans les hôpitaux publics favorise le climat d'erreur. Il serait souhaitable, d'informer et d'encourager les médecins et développer le système de soins à cette obligation légale. L'inclusion dans les études médicales, de la pédagogie par l'erreur pourrait être une voie de réflexion afin de rendre naturel la gestion des risques et des erreurs pour les futurs médecins.

Abstract

Adverse events In medicine is defined as "any event or circumstance which entails or would have, may result in unnecessary harm to a patient" Announce Each undesirable event and made compulsory by the law of 4 March 2002, we carried out a qualitative study by questionnaire with 20 general practitioners from CHU De Béjaïa. The goal was to assess how these practitioners deal with adverse events that occur in their professional practice and identify the causes for which the physician makes a medical error. This study showed that unfavorable working conditions in public hospitals foster a climate of error. It would be desirable to inform and encourage doctors and develop the health care system to comply with this legal obligation. The inclusion in medical studies of pedagogy by error could be a way of thinking in order to make the management of risks and errors natural for future doctors.