

# L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres ?

Zoulikha Snoussi

*Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion*

*Université de Khemis Miliana, Algérie*

Snoussi25@yahoo.fr

**Résumé-** En s'inscrivant dans une démarche d'humanisation, l'hôpital cherche à apporter des réponses à des demandes en croissance exprimées par des usagers plus exigeants. Toutefois, en Algérie, les hôpitaux publics restent loin du concept et l'hôpital devient de plus en plus un lieu de crainte.

Ainsi, l'objectif de ce papier est de tenter d'apporter quelques réflexions sur la conduite à mener pour y instaurer une culture d'humanisation dans les hôpitaux Algériens. L'idée devra tenir compte des évolutions dans la manière de concevoir et d'aménager les institutions de soins. Mais, aussi de la réconciliation de la relation entre les acteurs de l'hôpital, devenue trilogique : le soignant, le soigné et l'administration.

**Mots clés -** humanisation, hôpital, patients, soignants, administration, Algérie.

## I. INTRODUCTION

L'hôpital est le lieu où se côtoient et sont en mouvement permanent les patients, les soignants et le personnel administratif. De fait, on ne peut négliger que l'hôpital doit s'adapter aux évolutions de la société ; c'est « l'humanisation des hôpitaux ». Notre société a évolué, les malades sont de plus en plus exigeants, ils réclament des soins de qualité, des structures adaptées et une prise en charge humaine avant qu'elle soit médicale, d'où l'importance de l'adoption du concept dans la nouvelle vie sociale.

En Algérie, l'idée se répand peu. D'où l'importance du présent travail qui, en s'inscrivant dans une démarche exploratoire à visé descriptive compréhensive, cherche à mieux comprendre la situation des hôpitaux Algériens sur la question de « l'humanisation ». Aux critiques chacun pointe des doigts l'autre ; le personnel médical rétorque par l'énoncé de difficultés dans l'exercice de la profession, les patients répliquent un mauvais accueil et une mauvaise prise en charge et le personnel administratif riposte l'insuffisance des moyens financiers, matériels et humains qui limitent leur volonté pour une bonne gestion hospitalière. En conséquence, le fossé se creuse entre soignants, patients et administration et l'hôpital devient de plus en plus un lieu de crainte.

Ainsi, l'objectif de ce papier est de tenter de porter un éclairage sur le concept pour essayer de cerner les lacunes qui entravent l'application de l'humanisation dans les hôpitaux Algériens. L'idée devra tenir compte des évolutions dans la

manière de concevoir, d'aménager et de décorer les institutions de soins. Mais, le travail devra porter, tout de même, sur la réconciliation de la relation entre les acteurs de l'hôpital, devenue trilogique : le soignant, le soigné et l'administration.

Notre travail est structuré autour de trois sections. Dans une première section, nous présentons l'histoire de l'humanisation et une revue de la littérature relative aux travaux sur l'humanisation des hôpitaux. Dans la deuxième section, nous décrivons la situation des hôpitaux publics Algériens eu égard de l'humanisation. Enfin, dans une dernière section, nous proposons quelques pistes de réflexions pour une humanisation dans les hôpitaux publics Algériens.

## II. EVOLUTION DU CADRE CONCEPTUEL ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

### A. Evolution du Cadre Conceptuel

L'expression "humaniser l'hôpital" a été employée pour la première fois en 1943 par Henri Thoillier dans son livre « L'hôpital français ». Toutefois, la volonté d'humaniser l'hôpital s'est exprimée bien avant, notamment avec la publication, en France, de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales. A partir des années 1930, on entend parler de "accueil", "confort", "bien-être", mais pas encore du terme « humanisation ». En 1947, on crée la fédération internationale des hôpitaux qui développe la réflexion des directeurs d'hôpitaux sur les conditions d'accueil et d'hébergement des malades.

Par ailleurs, le mot s'impose au milieu des années 1950 avec notamment l'organisation de plusieurs congrès nationaux et internationaux ayant pour thème commun l'amélioration des conditions de séjour du malade à l'hôpital. Egalement, quelques premiers ouvrages ont été publiés pour traiter du sujet à l'époque (Cf. Revue de la littérature).

A partir des années 1970, on commence à appliquer les principes de l'humanisation au niveau des hôpitaux. Le point de départ fut la publication, en France, du rapport Ducamin qui recommande une intervention forte des pouvoirs publics et préconise d'envisager l'humanisation comme un enjeu fondamental et présent à tous les niveaux de décision. Ainsi, en 1972, le Beth Israel Hospital de Boston fut le 1<sup>er</sup> hôpital à

adopter une "Charte des malades". Depuis, plusieurs associations, s'intéressant aux droits des patients, ont vu le jour pour y parvenir à la rédaction des chartes des droits du patient.

Au même temps, la société évolue, les malades s'organisent, sont mieux informés et deviennent plus exigeants, les médias dénoncent, les droits des patients prennent force de loi et la démocratie sanitaire fait ses premiers pas. De fait, le champ de l'humanisation s'élargit, un nouveau vocabulaire s'approprie le mot « humanisation ». Désormais, on assiste à des nouvelles expressions comme « qualité », « sollicitude » ou « bientraitance ».

En Algérie, il semble qu'on commence à accorder une première attention à la dimension matérielle<sup>1</sup> de l'humanisation. A cet effet, une agence a été créée venant en aide aux établissements de santé. L'Agence Nationale de la Gestion des Réalisations et d'Équipement des Établissements de Santé (AREES) est créée par décret exécutif n 13-220 du 18 juin 2013 et placée sous la tutelle du ministère de la santé. L'agence est chargée, principalement, de fournir une assistance technique en matière de réhabilitation des infrastructures de santé, l'acquisition, la livraison et l'installation des équipements médicaux et veiller à la formation des personnels utilisateurs de ces équipements.

Cependant, l'intérêt donné à la dimension relationnelle de l'humanisation s'avère insignifiant et dépourvu. En la matière, notre pays a pris du retard. Il a fallu attendre le décret exécutif 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale pour réparer les insuffisances de la loi sanitaire algérienne.

### B. Une Revue de la Littérature

« L'humanisation » n'a suscité l'intérêt des auteurs qu'à partir de la fin des années 1950 où apparaissent les premiers ouvrages abordant le thème. Parmi les contributions des usagers du système hospitalier, le célèbre ouvrage « Peggy » de Vernhes. M (1958), où elle raconte l'hospitalisation de sa fille et son combat contre le règlement qui interdit aux parents de rester aux côtés de leurs enfants hospitalisés au-delà des heures de visite.

Par ailleurs, Maurice. J, lance en 1982 dans son ouvrage « Bruno mon fils » un cri d'alarme et de révolte contre l'inhumanité du système hospitalier centré sur la maladie, mais ignorant le malade.

En revanche, les apports des professionnels de santé sont axés, beaucoup plus, sur « le comment rendre un hôpital plus humain ? ». Dans ce sens, Delore propose, en 1959, dans son ouvrage « L'hôpital humanisé » une suite de réformes à réaliser dans les hôpitaux. Des réformes d'ordre administratif et technique, mais aussi des réformes chez ceux qui sont en contact avec les malades.

Barnes. E (1968), aborde dans son livre « Les relations humaines à l'hôpital » la question de l'organisation hospitalière qui représente un élément essentiel des

programmes des soins médicaux dans la mesure où l'administration peut constituer un support indéniable aux médecins, omnipraticiens ou spécialistes quant à la réussite de leurs missions. Toutefois, l'auteure insiste surtout sur l'importance des relations humaines à l'intérieur de l'hôpital entre les malades et ceux qui les soignent.

En 1976, le docteur Abiven. M publie son ouvrage « Humaniser l'hôpital ». Pour lui, le changement n'est pas seulement une question d'argent. Mais l'essentiel est tout de même une affaire humaine, celle des hommes et des femmes attachés à poursuivre les mêmes buts: sauver, aider, soulager.

A la même année, l'ouvrage de Péquignot et Gatard, « Hôpital et humanisation » connaît un très grand succès. Les deux auteurs mettent d'abord en garde contre une interprétation qu'ils jugent erronée des demandes du malade, en écrivant : « *L'hôpital sera toujours un établissement où le malade vient chercher des médecins et des infirmières, médecins et infirmières auxquels une administration doit fournir les moyens d'exercer leur mission, et non un établissement d'hébergement avec des pensionnaires encadrés par un personnel d'hôtellerie et où le médecin passe la visite... une infirmière donne des soins...* ».

Dans le même ordre d'idées, deux spécialistes des sciences sociales, Delière et Leroy, examinent, en 1978, dans leur ouvrage « Humanisons les hôpitaux » les problèmes liés à l'humanisation des hôpitaux et proposent des mesures pour améliorer la situation.

Toutefois, d'autres auteurs ont utilisé différentes expressions pour parler de « l'humanisation ». Selon Nardin. A (2010), l'humanisation concerne tous les secteurs de l'hôpital (architecture, réorganisation des locaux, décoration, nouveaux équipements, loisirs, alimentation, formation des personnels, considération des patients comme acteurs, etc.). En ce sens, l'auteure confirme que l'humanisation est en lien avec le « bien-être », la « qualité », le « droit », la « bientraitance », l'« accueil » et le « confort ».

Manfoumbi Moussavou. J-C (2013) souligne dans son intervention, à l'occasion de l'assemblée générale annuelle du SIDIIEF, que l'humanisation des soins constitue un impératif de qualité pour la satisfaction des usagers. Il affirme que le bon accueil dans les structures sanitaires est synonyme d'humanisation des soins de santé. C'est-à-dire faire preuve d'empathie, d'écoute, de compassion, de relation (communication) avec d'autrui et de bonté. L'auteur ajoute que les professionnels de santé devront avoir des qualités holistiques qui les inciteront à faire du bien à autrui quotidiennement. Il insiste à ce que l'approche humaniste de soins soit valorisée en préservant l'humain.

Par ailleurs, des travaux plus récents se sont intéressés particulièrement à trouver une relation entre « l'humanisation » et d'autres valeurs sociétales. Dans ce sens, Dirce Stein Backes et al. (2007) voulaient trouver les valeurs et les principes guidant la pratique de professionnels de la santé, afin d'atteindre les valeurs directrices d'humanisation. Pour se faire, une étude qualitative a eu lieu en 2005 auprès d'une équipe multiprofessionnelle de 17 individus dans un hôpital au Sud du Brésil. Les résultats ont démontré que les nouvelles compétences peuvent être développées, qui sont capables de provoquer une resignification de valeurs et de principes directeurs d'humanisation, en vue de parvenir à des

---

<sup>1</sup> Le concept de « humanisation des hôpitaux » englobe deux dimensions complémentaires ; Une dimension matérielle, visant à améliorer le cadre de vie hospitalier et une dimension relationnelle, visant à instaurer de nouvelles façons de considérer le patient. [3]

réalisations personnelles / professionnelles par le travail, alliant compétences techniques et humaines dans la pratique professionnelle.

De leur côté, Behruzi et *al.* (2011) ont cherché à déterminer les composantes internes et externes d'une institution, qui prédisposent ou qui empêchent un hôpital spécialisé et universitaire affilié au Québec d'adopter des soins humanisés de naissance. Une analyse à la fois descriptive quantitative et qualitative déductive et inductive a été réalisée sur un échantillon composé de 11 professionnels de différentes disciplines et 157 femmes qui ont accouché à l'hôpital durant la période de l'étude. Leurs résultats révèlent qu'à la fois des dimensions externes d'un hôpital -son histoire, son affiliation, et ses contingences - ainsi que des dimensions internes- sa culture, sa structure et ses individus - peuvent tous influencer sur l'humanisation de la pratique des soins de naissance dans un tel établissement, que ce soit séparément, simultanément ou en interaction.

### III. SITUATION DES HOPITAUX PUBLICS ALGERIENS EU EGARD DE L'HUMANISATION

Depuis l'indépendance, notre système national de santé a connu plusieurs réformes visant à ajuster à l'évolution des déterminants socio-économiques, démographiques et épidémiologiques, aux contraintes de fonctionnement des structures et de prise en charge de la santé des citoyens et à l'évolution de la technologie et des techniques médicales. Les acquis sont importants, notamment une meilleure accessibilité aux soins et réduction significative des disparités en santé grâce à la gratuité des soins, les réalisations infrastructurelles publiques de soins, le développement des structures privées et enfin, le renforcement des ressources humaines.

#### A. Une Avancée Marquante.....Mais qui se Manque d'Humanisation

Si des résultats remarquables sont enregistrés jusqu'à présent, il n'en demeure pas moins que le système national de santé est confronté à de multiples contraintes qui freinent son développement et pèsent lourdement sur la performance de ses établissements de santé.

Pour mieux analyser et comprendre la situation des hôpitaux publics Algériens eu égard de l'humanisation, nous nous reposerons sur les constats de la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'homme menée en 2008 par trois groupes de travail. Ces derniers ont élaborés un programme de visite conformément à l'accord conclu avec le ministère de la santé et de la réforme hospitalière. Les établissements visités (hôpitaux, polycliniques, cliniques de maternité, centres de santé et salles de soins) sont au nombre de quatre vingt cinq (85) répartis sur dix (10) wilayas. A la lumière de ces visites, les membres de la commission ont fait état d'un certain nombre de constatations. Nous repreneons quelques remarques qui nous paraissent utiles pour décrire la situation des hôpitaux.

1) *De la situation des infrastructures hospitalières et des conditions d'hospitalisation* : Les établissements connaissent des niveaux de détérioration relativement avancés en raison de la vétusté des bâtiments et de leur entretien périodique non assuré de manière convenable. Dans les chambres des malades, les lits sont dans leur majorité

défectueux, les équipements manquent (armoires de chevet, chariots à manger, barrières de sécurité, etc). Les salles d'eau et les douches sont souvent dans un état infect.

2) *De l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades* : Les blouses étaient portées en dépit du bon sens le plus élémentaire au point que des médecins exerçaient en tenue civile. De même, les personnels médicaux, paramédicaux et de service ne portaient aucun badge d'identification facilitant l'orientation des malades et du public venu rendre visite à ses proches.

Une désorganisation totale au niveau de la visite illustrée par le non respect des horaires de visites, aucun contrôle ou tri des visiteurs, l'accès des enfants en bas âge dans les services d'hospitalisation sans aucun respect des règles de prévention et d'hygiène.

Par ailleurs, le constat fait sur la prise en charge des malades durant la nuit laisse à désirer. Le système de l'appel – malade et de la lumière rouge est, à quelques rares exceptions, inexistant. En outre, le directeur de la garde de nuit était littéralement inconnu des personnels appelés à faire la garde, et cela lorsque cela était le cas c'est-à-dire lorsque la fonction existait déjà.

Aussi, des lenteurs suffisamment importantes dans la prise en charge des patients ont été constatées. En effet, certaines salles de soins implantées dans les petites localités travaillent sans médecins pendant des mois, alors que dans d'autres salles de soins, l'infirmier de service est absent de son poste en fin de matinée (aux environs de 11h). Enfin, des salles de soins implantées dans des localités relativement peuplées sont complètement fermées.

L'isolement de certaines maladies (tuberculose, méningite) n'était pas convenablement réalisé et aucun signalement n'était mis en place.

Le montant de la somme allouée au poste « alimentation » qui est de 200 DA par malade et par jour, est totalement ignoré par certains économistes et directeurs d'établissements hospitaliers. Par ailleurs, il n'existe aucune approche diététique de l'alimentation préparée et servie aux malades faute de personnels qualifiés aux cuisines et de relations clairement définies et établies entre les médecins devant attribuer les menus spécifiques pour hypertendus, diabétiques, sans gluten etc....., et le service de l'économate.

3) *Du service des urgences* : Les membres de la commission soulignent les conditions dérisoires dont fonctionnent les services d'urgence de nos hôpitaux. Ils évoquent le manque de moyens et d'équipements techniques (ambulances, radio, etc) ainsi que le matériel nécessaire pour le diagnostic (stéthoscope, tensiomètre, etc) et parfois même les médicaments de première urgence. Le manque d'hygiène est également un point important qui a été relevé.

En outre, la garde au niveau des urgences n'est pas effective et aucune priorisation des malades des urgences n'est faite par le médecin de garde. L'appel aux médecins de garde des autres spécialités est difficile et le malade admis aux urgences reste en attente de confirmation du diagnostic, pendant une période assez longue.

4) *Des conditions d'exercice du personnel médical et paramédical* : Le rapport de la commission révèle l'absence de la valorisation de la ressource humaine médicale. Les

médecins spécialistes, les résidents et les internes exercent dans des conditions lamentables. Le personnel médical plaint aussi du défaut d'estime par la direction de l'établissement hospitalier.

On note un déficit en personnel paramédical, qui se répercute, négativement, sur la prise en charge et le suivi des malades hospitalisés. En revanche, certains infirmiers cumulent, en toute illégalité, un emploi à l'extérieur (chez le privé) en assurant au sein de l'établissement public un service de nuit qui en réalité n'est pas accompli convenablement puisque le service est assuré jusqu'à environ de 22h.

En ce qui concerne le plateau technique, on relève un déficit en personnels manipulateurs et radiologues. De même, les délais pour un examen scanner ou IRM sont jugés très longs. Au niveau des laboratoires, on enregistre un manque en personnels qualifiés, un défaut d'équipements techniques, insalubrité des locaux du laboratoire et manque de réactifs.

5) *Des conditions d'hygiène* : Le ramassage des déchets hospitaliers à risques infectieux se fait dans des sacs en plastique de couleur rouge et incinérés, selon la réglementation en vigueur. Cependant, ces sacs sont employés aussi bien pour les déchets domestiques que pour les déchets à risques infectieux. Ils sont même ramassés et entassés dans les camions d'enlèvement des ordures avec les sacs de couleur noir des déchets domestiques, ce qui occasionne des déchirures et l'écoulement de déchets à risques infectieux sur les déchets destinés à la décharge publique. Plus grave encore, les établissements hospitaliers ne disposent pas d'incinérateurs mais uniquement de brûleurs, qui constituent par les fumées dégagées un risque patent pour la santé publique et l'environnement en général.

Dans les cuisines, on enregistre un manque d'hygiène. Le personnel de cuisine n'a reçu aucune formation spécifique dans le domaine, ignore tout principe de base de la sécurité alimentaire. Leurs tenues sont sales et trouées. Plus loin encore, c'est les femmes de ménages qui récupèrent les repas dans les cuisines et les distribuent aux malades.

Au niveau des services d'hospitalisation des patients, les salles d'eau sont dans certains établissements dans un état de délabrement total et dégagent une odeur nauséabonde, les douches sont dans un état crasseux et délabré et servent souvent comme remise.

#### *B. Quelques Années Plus Tard : L'Audit de 2013*

Depuis ce premier rapport, il semble que la situation des hôpitaux publics Algériens ne connaît aucune amélioration. Le constat est confirmé par les conclusions de l'audit du MSPRH effectué en septembre 2013 par le ministre lui-même pour évaluer sur le terrain l'impact réel des réformes et ajustements sur l'organisation du système de santé, les ressources et les moyens mais aussi sur la gestion, le fonctionnement et le niveau d'activité de nos établissements de santé.

Le bilan final de l'audit a révélé des problèmes de gestion, de fonctionnement, mais aussi d'autres d'éthique et de déontologie. Les problèmes de gestion liés à l'humanisation sont essentiellement dus à la non application des statuts particuliers et des régimes indemnitaires des différents corps malgré leurs promulgations. Les équipements médicaux sont souvent en panne faute de stratégie de maintenance.

Pour les problèmes d'organisation, une forte pression est enregistrée au niveau des pavillons des urgences et saturation des maternités. On note également, une accessibilité difficile aux consultations spécialisées notamment dans les wilayas du Sud et des hauts plateaux.

Quant aux problèmes de fonctionnement, les conclusions de l'audit attestent une absence quasi-totale d'humanisation dans les structures de santé (accueil, orientation, hygiène hospitalière, etc) et des unités d'urgences non adaptées aux missions qui leur sont dévolues, en plus des délais des rendez vous trop long et peu respectés.

En ce qui concerne les problèmes d'éthique et de déontologie, on remarque un comportement irresponsable de la part des professionnels de santé dans l'exercice de l'activité complémentaire et lucrative traduit par un taux d'absentéisme et un laxisme jugés nuisibles au bon fonctionnement des services et à la prise en charge des patients.

1) *Des patients qui expriment leur insatisfaction et mécontentement* : La qualité de la prestation sanitaire est perçue insuffisante et fluctuante selon l'établissement médical ou la région voire le médecin traitant. De plus, la qualité de service (infrastructures, équipements opérationnels, hôtellerie) et de prise en charge médicale et soignante est jugée très perfectible par les usagers (malades et leurs familles).

Dans le cadre de la relation médecin-malade, Brighet Assous (2012), dans une enquête réalisée auprès du corps hospitalier du CHU Ibn Rochd d'Annaba à l'Est d'Algérie, note que la médecine en Algérie étudie plus les maladies ou les organes du corps humain que les malades eux-mêmes. L'auteure ajoute que l'activité professionnelle du médecin généraliste est généralement limitée à son action thérapeutique. Enfin, ses conclusions estiment que la relation médecin-malade s'organise souvent sous forme d'un médecin dominateur et un malade soumis, surtout si ce dernier est sénile, analphabète ou non instruit, démunis, abandonné, etc. [1]

Par ailleurs, les résultats révélés par une enquête portant sur l'étude des compétences de communication<sup>2</sup> des médecins généralistes Algériens en prenant comme échantillon la ville d'Ouargla (Sud-Est Algérien) montrent une diminution du niveau des compétences de communication de ces derniers par rapport aux standards issus des consensus internationaux<sup>3</sup>. [23]

2) *Qu'en est-il pour le personnel soignant ?* En revanche, le personnel soignant se plaint de la détérioration des conditions de travail. Il doit faire face à des contraintes majeures qui pèsent lourdement sur la continuité et la qualité des soins. L'exercice de la profession des soignants s'effectue dans des conditions particulières, liées notamment à l'inquiétude fréquente des patients et de leurs proches,

<sup>2</sup> Dans cette étude sont considérées comme compétence de communication les tâches (Comportements) accomplies par le médecin afin d'établir une relation mutualiste visant à faciliter le recueil d'information nécessaire pour permettre une prise de décision, une adhésion au traitement, et une satisfaction bilatérale.

<sup>3</sup> L'évaluation des compétences de communication des médecins a fait l'objet de plusieurs consensus internationaux fixant des standards, dont 5 modèles sont actuellement les plus présents dans la littérature internationale ; 1- Le modèle E4 du Bayer Institute for Health Care Communication, 2- Le modèle trifonctionnel du Brown Interview Checklist, 3-Le guide d'observation de Calgary-Combridge, 4- La méthode clinique centrée sur le patient et 5- Le modèle SEGUE pour enseigner et évaluer les compétences de communication.

conjuguée avec l'effectif insuffisant pour la charge du travail. La situation engendre des tensions conduisant souvent à des agressions verbales et/ou physiques contre le personnel soignant.

De plus, les soignants exercent souvent dans des conditions qui se manquent de moyens et matériels indispensables à leur activité. Une défaillance qui leur est contraignante quant au bon déroulement de leur travail. La situation laisse à poser le manque de support de l'administration et le soutien insuffisant des personnels soignants. Ces mauvaises conditions de travail se traduisent en outre par la dévalorisation de l'importance et du temps consacrés à la relation aux patients et leurs familles.

D'ailleurs, dans la même enquête citée plus haut [1], les médecins expliquent en tout honnêteté qu'il est difficile, voire impossible de s'investir vraiment avec chaque malade vu la charge considérable de travail en milieu hospitalier. Leurs arguments s'appuient sur plusieurs paramètres. Tout d'abord, les médecins déclarent qu'ils sont souvent amenés à passer leur quotidien avec des malades non instruits et mal informés de leurs états de santé. Des malades qui sont indisciplinés et non respectueux des prescriptions du médecin. Ils évoquent même l'ingratitude des malades envers le médecin traitant en raison de la gratuité des soins dans le secteur public. Ensuite, les médecins enquêtés jugent le système hospitalier comme médiocre et mal organisé offrant très peu de moyens matériels et humains au corps hospitalier. Les soignants affirment qu'ils sont dépassés par la charge de travail journalière. Enfin, ils estiment que la famille du malade est mal informée voire non cultivée. Ils considèrent que la société algérienne est ignorante, manquant de confiance et sous estime le corps médical et paramédical.

De même, une enquête sur terrain au niveau du service de médecine interne de l'hôpital Chorfa (Wilaya de Chlef) a voulu analyser les raisons et l'impact de la surcharge du travail du personnel infirmier sur la qualité des soins. Les résultats montrent que ce dernier n'assiste pas au diagnostic des malades, ne participe pas rigoureusement à la surveillance clinique des patients hospitalisés, effectue les soins sans asepsie et néglige l'aspect relationnel avec les patients. [14]

3) *Quelle est la justification de l'administration ?* Pour l'administration, le manque de moyens financiers, humains et matériels en est la cause. La pression qui s'exerce sur la structure administrative des hôpitaux est énorme ; contraintes budgétaires, engorgement des urgences, manque d'effectifs, matériel médical vétuste et insuffisant, compétences humaines techniques et managériales insuffisantes.

4) *.....conséquences ?* Ainsi, le fossé se creuse entre le patient, le soignant et l'administration. Le constat relève une situation dégradée qui nécessite de revoir sérieusement les dispositions destinées à améliorer les conditions matérielles et morales du séjour des malades à l'hôpital. L'action devra être mise sur la définition des droits et des obligations de toutes les parties prenantes de l'hôpital pour instaurer une culture de travail et de comportement qui prendra en considération l'intérêt de chacun. Il s'agit tout simplement d'humaniser les hôpitaux.

#### IV. DES PROPOSITIONS POUR L'HUMANISATION DES HOPITAUX PUBLICS ALGERIENS

Humaniser les hôpitaux demande la complicité et la collaboration de toutes les parties prenantes. L'action devra commencer de l'administration censée d'instaurer le concept, tant au niveau de la structure hospitalière que dans la relation malade-soignant. Ensuite, la mission exige une sensibilisation auprès des patients et de leurs familles. Enfin, la réussite du changement requiert la volonté et l'implication du personnel soignant dans la démarche de l'humanisation.

##### A. *Du Côté de l'Administration*

L'humanisation des hôpitaux passera, tout d'abord, par l'appui de l'administration qui devra porter plus d'attention à la mise en application des deux dimensions, matérielle et morale, de l'humanisation.

1) *Améliorer l'accueil* : L'action devra être menée dans deux sens. En premier lieu, l'amélioration des conditions d'accueil matérielles. On recommande ici d'aménager des aires d'attentes qui répondent aux attentes et préoccupations des patients et leurs familles. On peut imaginer l'équipement des salles d'attentes par des télévisions, haut-parleurs, journaux, livres, jeux, installation de services annexes (cafétéria, services de restaurations rapide, salle Internet), etc.

En outre, la mise en place d'un système informatisé de prise de rendez-vous serait d'un grand apport socio-économique. Il permettra, d'une part une meilleure organisation des consultations. D'autre part, l'avantage économique est indéniable notamment en cas de report ou d'annulation. A défaut, on peut prévoir l'équipement des hôpitaux par des gestionnaires de flux (gestionnaires de fils d'attente) qui distribuent les tickets aux patients d'une façon automatique afin d'assurer une gestion plus fluide et ordonnée des consultations.

En deuxième lieu, l'humanisation faudra qu'elle soit orientée sur l'aspect moral de l'accueil. Le travail commencera par le recrutement d'un personnel qualifié formé à sa mission. La formation paramédicale devra porter sur de nouvelles spécialités qui prendront en considération la demande du marché du travail. De même, la personne appelée au poste d'hôtesse d'accueil faudra qu'elle réponde à un minimum de qualités. Certaines qualités de base sont exigées : goût du contact, résistance nerveuse, sens de la communication, sourire, diplomatie, facilités d'élocution et de compréhension, etc.

De même, l'amélioration de l'accueil passera par la nécessité impérieuse de l'élaboration de la charte du patient hospitalisé, explicitant ses droits et ses devoirs. Cette charte devra être affichée dans chaque service de l'hôpital. Encore, pour faire éviter aux usagers du système de soins toute situation de confusion ou de méprise, chaque corps du personnel soignant devra être reconnu par sa tenue professionnelle adaptée au lieu d'exercice et d'une couleur distincte. Cette tenue professionnelle devra aussi être identifiée par son nom et sa fonction.

Par ailleurs, il faut que l'action d'amélioration de l'accueil soit continue à travers des mesures incitatives (Par exemple : prix du meilleur accueil hospitalier, prix du meilleur employé accueillant, primes d'accueil, etc.) ou des mesures dissuasives

qui sanctionnent les personnes qui n'accomplissent pas convenablement leur mission d'accueil et d'orientation.

2) *Veiller au respect des conditions de propreté, des règles d'hygiène et de sécurité* : Afin d'assurer la propreté, l'hygiène, l'esthétique et la maintenance préventive des revêtements et des bâtiments, la disposition d'un ensemble de moyens matériels et humains est indispensable. Les agents de propreté devront être équipés de matériel professionnel tel que chariots, dispositifs de désinfection vapeur, détergent/désinfectant, des équipements de protection spécifiques (blouses, masques, gants, lunettes, bottes, ...), etc. Les horaires de nettoyage devront être programmés d'une façon à ne pas gêner l'activité des soignants en évitant les périodes les plus actives du personnel hospitalier. Il faut aussi éviter les heures de visites. Cependant, il faut que l'agent de la propreté soit présent à tout moment de la journée. Ainsi, le métier devra être accessible avec un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) délivré par les centres de formation professionnelle.

En outre, l'application des règles d'hygiène garde une place essentielle dans la prévention des maladies transmissibles. Les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire, du matériel, du linge et l'hygiène personnelle notamment le lavage des mains permettent de s'opposer à la propagation des agents infectieux. L'utilisation d'une solution hydroalcoolique est un moyen très efficace. Le passage sous une lampe à ultraviolet permet de contrôler si la façon dont on s'est frotté les mains avec une telle solution a été bien faite.

S'accommoder avec ces bons gestes d'hygiène et de propreté mène à penser à quelques initiatives qui encouragent l'instauration et le maintien de l'application de ces règles au quotidien. Les hôpitaux peuvent récompenser et sanctionner les conditions et indicateurs d'hygiène selon un classement national des établissements de santé. Ils peuvent aussi créer un comité d'hygiène hospitalière (composé de médecins, personnel paramédical et administratif) qui assumerait les tâches d'organisation, coordination et supervision des activités de nettoyage, entretien et désinfection.

Par ailleurs, la sécurité au sein des hôpitaux est une véritable priorité, tant pour les patients que pour le personnel soignant. Pour les patients, la sécurité des soins consiste, tout d'abord, à bien utiliser les médicaments. Il s'agira d'évaluer l'ensemble des traitements des patients pour éviter les interactions médicamenteuses, ainsi que tout surdosage et effets iatrogènes. Il est recommandé de signaler les antécédents (allergies) et d'apporter les ordonnances et traitement antérieur. Le personnel infirmier doit, à son tour, poser les questions pour être informé du suivi du traitement et de la surveillance. Il doit veiller à l'application des règles des 5 B (Bon moment, Bonne dose, Bon patient, Bon médicament, Bonne posologie).<sup>4</sup> La sécurité du patient concerne aussi son identité à toutes les étapes de sa prise en charge à l'hôpital. De fait, l'identité-vigilance est l'ensemble des règles mises en œuvre pour éviter les erreurs d'identité entre les patients. A cet effet, l'utilisation des homonymies, port de bracelets, check-lists, etc. est une solution pour y parvenir.

Quant au personnel soignant, il est confronté, au quotidien, à des actes d'agression. Dans ce contexte, il est possible de travailler ici sur l'amélioration des facteurs susceptibles de générer ou de prévenir cette agressivité. On peut penser au désengorgement des services d'urgence, la réduction des temps d'attente, l'amélioration de la qualité d'accueil et de l'accès à l'information, etc. Aussi en cas de problème, on peut envisager la mise en place de dispositifs d'appel pour travailleurs isolés (DATI) qui permettent au personnel soignant, en situation de danger, de déclencher une alarme qui s'accompagne d'un système de localisation intégré, afin de permettre une intervention rapide.<sup>5</sup>

3) *Organiser les visites aux malades* : Veiller à édicter une véritable réglementation en ce qui concerne les visites aux malades et surtout en faire assurer une application effective et générale.

4) *Amélioration et réorganisation des conditions de travail du personnel soignant* : Cette action passe principalement par deux initiatives ; l'augmentation du nombre de personnel et une réorganisation des conditions de travail.

L'augmentation du nombre de personnel peut être effectuée par l'intensification du recrutement du personnel soignant. On peut penser également à augmenter les effectifs administratifs (par exemple les secrétaires médicales) dans les services de soins, afin de soulager les personnels soignants des formalités administratives.

La réorganisation des conditions de travail concernerait quelques points que nous citerons ici en s'inspirant du rapport réalisé, en 2012, par le ministère des affaires sociales et de la santé français sur les conditions de travail. Dans le dit rapport, la direction générale de l'offre de soins énumère des mesures censées organiser et promouvoir les conditions de vie au travail. Nous nous permettons de reprendre quelques une qui nous semblent utiles dans les hôpitaux publics algériens. Il s'agit de :

- Objectiver les présences, les charges de travail de chaque praticien, afin de revoir, le cas échéant, le volume et la répartition du temps médical (ainsi que les gardes et astreintes).
- Supprimer l'activité libérale à l'hôpital, car elle se fait avec les moyens matériels et humains de l'hôpital public.
- Assurer une meilleure coordination entre les équipes de soins elles-mêmes, le personnel médical et les autres services.
- Améliorer le suivi médical du personnel et la prévention.
- Intégrer la partie relative à la réglementation du temps de travail dans le cursus de formation des cadres, des médecins responsables de la gestion des personnels.

5

<https://www.google.com/search?client=opera&q=h%C3%B4pital%2Bs%C3%A9curit%C3%A9&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8#> (Consulté le 23/12/2015)

<sup>4</sup> <http://www.bluestarinc.com/fr-fr/solutions/sante/la-regle-des-5b.html> (Consulté le 22/12/2015)

- Revaloriser l'indemnité forfaitaire de nuit et celle des gardes et astreintes.
- Réduire le nombre d'heures supplémentaires en créant des emplois là où cela est nécessaire.
- Développer les alternatives à l'hospitalisation, afin de réduire les contraintes et de rendre attractives les carrières du sanitaire.

5) *Assurer une formation soutenue aux soignants en matière de pédagogie d'entretien médicale* : La pédagogie d'entretien médicale consiste à évaluer les réactions du patient à l'annonce de la maladie grave. A cet effet, le médecin doit orienter l'entretien thérapeutique avec beaucoup de précautions dans le sens des objectifs espérés, en incluant l'attente du malade, et sa compréhension de l'information médicale. Aussi, le médecin manifestement formé en pédagogie d'entretien médical se doit de donner une bonne explication de la maladie avec des mots simples en s'assurant du degré d'assimilation du malade, de donner l'impression au malade d'avoir prise sur l'entretien afin de légitimer ses craintes et appréhensions et de s'attarder sur les points essentiels des soins thérapeutiques, en essayant d'éliminer les points obscurs afin de permettre au malade de vaincre ses peurs et anxiétés. [1]

6) *Former le personnel administratif au management de la santé et des structures hospitalières* : Les évolutions que connaissent les établissements de santé dus à une croissance soutenue de la demande des soins confrontée à la restriction budgétaire dont font face les responsables des hôpitaux nécessitent de développer au sein de ces établissements de véritables compétences managériales, capables d'assurer la pérennité et la performance des structures de santé. D'où, l'importance et la nécessité de la formation des personnels d'encadrement au management hospitalier. Il s'agit de former et préparer les responsables à « l'hôpital entreprise ».

#### B. Actions de Sensibilisation Auprès des Patients

L'adhésion des patients dans l'idée de l'humanisation appelle de les sensibiliser sur l'importance et les avantages du respect, à l'occasion de leur séjour ou d'une consultation, de quelques règles primordiales qui permettent d'assurer la continuité et la qualité des soins pour eux et éventuellement pour leurs familles, amis et proches.

1) *Sensibilisation à l'entretien et à la propreté des lieux* : Si l'éducation des patients ne suffit pas, une politique permettant à l'administration de l'hôpital de sensibiliser et surtout de responsabiliser les patients à la propreté des lieux et à l'entretien des équipements utilisés est parfois nécessaire.

2) *Respect du personnel soignant* : Le patient doit traiter avec respect les autres patients, mais aussi le personnel soignant. Il doit comprendre que la performance des soins et des prestations médicales dépendent largement de son comportement et de celui de sa famille eu égard des soignants. Ainsi, toute personne hospitalisée doit respecter le repos des autres malades. En revanche, toute agression, physique ou verbale (incivilités, menaces, injures, harcèlement,...) envers le personnel hospitalier devra être passible de poursuite judiciaire.

3) *Respecter les horaires de visite et veiller au calme lors des visites* : Les visiteurs et familles des patients devront changer de comportement et faire preuve de plus de

responsabilité et de civilité. Le respect du calme au sein de l'hôpital est primordial car les visites devraient constituer une source de plaisir pour le patient et non pas le contraire.

#### C. Implication du Personnel Soignant

L'implication du personnel soignant dans cette refonte veut qu'ils expriment leur volonté et leur engagement d'aller de l'avant dans l'adoption et la concrétisation des principes de l'humanisation, notamment en ce qui concerne l'aspect relationnel avec les malades.

1) *Le respect de la dignité du patient* : Le respect de la dignité du patient passe tout d'abord par l'importance donnée à la façon dont on procède, au quotidien, à quelques gestes banals. Lors du premier contact, le soignant devra se présenter. Il est de même impératif d'éviter toute marque de moquerie, critiques voire d'insultes envers les patients quelque soit la situation. Il est également digne de valeurs de respecter l'intimité du patient. Frapper à la porte et la refermer, respecter les objets personnels (effets de toilette, revues, téléphones, etc), tous des réflexes qui font foi d'un comportement responsable et respectueux. Par ailleurs, le respect des préoccupations du patient concernant la douleur, le respect de sa peur, de sa confusion ou de ses incertitudes font partie du respect de sa dignité.

2) *Concilier les missions de soins et d'accompagnement humain* : Dans le cadre de la prise en charge médicale, les soignants, notamment les personnels paramédicaux, devront concilier entre ce qui relève des soins purement techniques et ce qui relève de l'accompagnement humain et empathique des patients. C'est à cet effet, qu'il devra faire preuve d'empathie, de patience, mais aussi d'écoute. Ces qualités sont en effet primordiales dans l'accueil des patients, ainsi que dans la relation que le personnel paramédical entretienne avec eux. Un bon sens de l'écoute et un excellent contact relationnel aideront fortement le soignant à mener à bien sa mission de confort pour le patient. Cette empathie ressentie par le patient fait partie des points cruciaux dans un processus de guérison et ne doit absolument pas être négligée. C'est pourquoi que l'hôpital public devra être renforcé par des infirmiers, aides-soignants et assistantes sociales, afin de jouer un rôle actif au sein des services hospitaliers. Ceci afin de leur permettre de mener un travail de qualité et de construire avec chaque malade hospitalisé une aide solide.

## V. CONCLUSION

Compte tenu des mutations rapides que connaît notre société moderne, il devint impératif que notre système de santé suive ces évolutions pour s'aligner sur la demande croissante et exigeante des usagers du système. Le travail doit être débuté afin d'humaniser notre système de santé, en particulier dans le secteur public, représentant plus de 90% des lits, où la mission reste comme même lourde au vu des défaillances enregistrées.

Au travers de ces évolutions, l'hôpital, plaque tournante de santé, doit répondre à des normes internationales d'organisation, d'aménagement et d'agencement. L'architecture devra alors être plus humaine, donc confortable, conviviale et rassurante au patient.

Par ailleurs, cette mutation devrait être soutenue de réflexions autour de l'aspect relationnel entre les parties prenantes de l'hôpital. La relation soignant-malade, administration-malade

ou administration-soignant ne saurait être une réalité relationnelle, que si elle est accompagnée d'un respect et d'une reconnaissance des métiers, respect et reconnaissance des gens eux-mêmes. Or, ces deux valeurs n'ont d'intérêt que si elles sont mutuelles et réciproques.

## REFERENCES

- [1] A. Brighet Assous, "La relation médecin malade en milieu hospitalier algérien", *European Scientific Journal*, vol. 8, n 27, pp. 146-169, 2012.
- [2] A. Nardin, "Le souci de l'humanisation de l'hôpital remonte à la fin des années 1920", 2010. Disponible sur : [http://www.la-croix.com/Actualite/France/Anne-Nardin-Le-souci-de-l-humanisation-de-l-hopital-remonte-a-la-fin-des-annees-1920-NG\\_-2010-04-13-602889](http://www.la-croix.com/Actualite/France/Anne-Nardin-Le-souci-de-l-humanisation-de-l-hopital-remonte-a-la-fin-des-annees-1920-NG_-2010-04-13-602889)
- [3] Assistance publique des hôpitaux de Paris, « L'humanisation de l'hôpital : affaire à suivre ». Disponible sur : [file:///C:/Users/SONY/Downloads/exposition\\_humanisation%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/SONY/Downloads/exposition_humanisation%20(4).pdf)
- [4] *Code de déontologie médicale algérien*. Disponible sur : <http://www.ciopf.org/var/ciopf/storage/fckeditor/File/ciopf-code-de-deontologie-algerie.pdf>
- [5] Comité éditorial pédagogique de l'UVMAF, « L'hygiène hospitalière », Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011. Disponible sur : <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-hygienehosp.pdf>
- [6] Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme, « Rapport sur la visite des établissements hospitaliers », Algérie, 2009. Disponible sur : [http://www.cncppdh-algerie.org/php\\_VF/images/pdf/Rapport\\_visite\\_hopitaux.pdf](http://www.cncppdh-algerie.org/php_VF/images/pdf/Rapport_visite_hopitaux.pdf)
- [7] D- S. Backes et al. « Humanizing care through the valuation of the human being: Resignification of values and principles by health professionals », *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.15, n 1, pp. 34-41 · Feb. 2007
- [8] D. Deliège, X. Leroy, *Humanisons les hôpitaux*, Maloine, Ed. Paris, France, 1978.
- [9] E. Barnes, *Les relations humaines à l'hôpital*, Privat Ed, Toulouse, France, 1968.
- [10] F. Daouas, A. Abdelaziz, A. Ben Nabli, T. Ajmi, A. Mtiraoui, "Les attitudes professionnelles humaines des médecins de la région sanitaire de Sousse (Tunisie) ", *Santé Publique*, vol. 14, pp.135-145, 2002. Disponible : [www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-2-page-135.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-2-page-135.htm).
- [11] H. Péquignot, M. Gatard, *Hôpital et humanisation*, Editions ESF, 1976.
- [12] J. Maurice, *Bruno mon fils*, France Loisirs Ed, France, 1982
- [13] J-C. Manfoumbi Moussavou, « L'accueil en milieu hospitalier », Institut national de formation d'action sanitaire et sociale, l'assemblée générale annuelle du SIDIIEF, Gabon, 2013. Disponible sur : <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Manfoumbi-Moussavou-Presentation-Gabon-2013.pdf>
- [14] K. Safi, H. Khelif, " L'impact de la surcharge du travail infirmier sur la qualité des soins au niveau de service de médecine interne Hôpital Chorfa ", Mémoire professionnel de fin d'étude pour l'obtention du grade d'infirmière diplômée d'état, Algérie, 2009.
- [15] L. Abid, « L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014 », 2014. Disponible sur : [http://www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue\\_86.pdf](http://www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_86.pdf)
- [16] M. Abiven, *Humaniser l'hôpital*, Ed. Fayard, 1976.
- [17] M. Vernhes, *Peggy*, Julliard, Ed. Paris, France, 1958.
- [18] Ministère des affaires sociales et de la santé, direction générale de l'offre de soins, fédération CFDT santé-sociaux, « Les conditions de travail : agir ensemble pour des conditions de travail maîtrisées dans la FPH ». Disponible sur : [http://www.fed-cfdt-sante-sociaux.org/sites/default/files/sante-dgos\\_-\\_les\\_conditions\\_de\\_travail\\_-\\_juin\\_2012.pdf](http://www.fed-cfdt-sante-sociaux.org/sites/default/files/sante-dgos_-_les_conditions_de_travail_-_juin_2012.pdf)
- [19] P. Delore, *L'hôpital humanisé*, Les éditions sociales Françaises, Lille, France, 1959.
- [20] P. Jean, *La bientraitance à l'hôpital : Approches juridiques*, ser. Bientraitance et qualité de vie, Elsevier Masson, Paris, France, 2013.
- [21] P. Martinet, "Informer, humaniser, reconforter...ou comment réduire l'appréhension de la personne soignée en période préopératoire", *Recherches en Soins Infirmiers*, n 213, 1985.
- [22] R. Behruzi, et al., « The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital », *BMC Women's Health*, 2011.
- [23] R. Zaatout, "Les aptitudes de communication des médecins généralistes : étude comparative entre des médecins algériens et français", 2003. Disponible sur : [http://www.academia.edu/4664548/Aptitudes\\_de\\_communication\\_des\\_m%C3%A9decins\\_g%C3%A9n%C3%A9ralistes](http://www.academia.edu/4664548/Aptitudes_de_communication_des_m%C3%A9decins_g%C3%A9n%C3%A9ralistes)