

Health Sciences



U M 6 S S
EDITIONS

Volume 1 | Issue 1

Article 17

Violence in Healthcare Settings During the COVID-19 Pandemic: the Case of Algerian Hospitals

Aissaoui Nasreddine

Maître de conférences en sciences économiques, économiste de la santé, habilité à diriger les recherches, Enseignant chercheur à la FSESCSG, Université d'Oum El Bouaghi/OEB Algérie, aissaoui.nasreddine@univ-ueb.dz

Follow this and additional works at: <https://journal.um6ss.ma/health-sciences>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Nasreddine, Aissaoui (2020) "Violence in Healthcare Settings During the COVID-19 Pandemic: the Case of Algerian Hospitals," *Health Sciences*: Vol. 1: Iss. 1, Article 17.

Available at: <https://doi.org/10.15342/hs.2020.212>

This Case Study is brought to you for free and open access by Health Sciences. It has been accepted for inclusion in Health Sciences by an authorized editor of Health Sciences.

CASE STUDY

Violence in Healthcare Settings during the COVID-19 Pandemic: the Case of Algerian Hospitals

La Violence en Milieu de Soins de Santé au Temps de la Pandémie COVID-19 : le Cas des Hôpitaux Algériens.

Aissaoui Nasreddine Maître de conférences en sciences économiques, économiste de la santé, habilité à diriger les recherches
Enseignant chercheur à la FSESCSG, Université d'Oum El Bouaghi/OEB Algérie**ABSTRACT**

The violence in health care settings is, at the moment, a subject of research which often concerns all the countries of the world, since this phenomenon is increasing in times of turbulence that can shake up the organization of the health system, as well as periods of crisis which can hamper the normal course of healthcare facilities. At the time of the COVID-19 pandemic, violence in healthcare settings in Algeria took a rather worrying turn. So we have confined ourselves to looking for the parties responsible for this violence, without venturing to follow the classic path which sheds light exclusively on the emerging part of the iceberg; in this case the care seeker. Among the solutions proposed to alleviate the scourge of violence during this critical period: enhance interactivity within hospitals in order to dismantle relationship barriers; preventive and repressive measures can be combined in order to regulate the behaviour of the care seeker; establish financial equity, which better serves the good citizen and which gives more responsibility to those who work in the informal sector.

KEYWORDS: Violence, Healthcare Environment, COVID-19 Pandemic, Algerian Health System.

RÉSUMÉ

La violence en milieu de soins constitue, en ce moment, un sujet de recherche qui concerne souvent tous les pays du globe, puisque ce phénomène prend de l'ampleur dans les périodes de turbulence qui peuvent secouer l'organisation du système de santé, ainsi que les périodes de crise qui peuvent entraver le cours normal de l'offre de soins.

Au temps de la pandémie COVID-19, la violence en milieu de soins en Algérie a pris une tournure assez inquiétante. Ainsi nous nous sommes bornés à chercher les parties responsables de cette violence, sans nous aventurer à suivre la piste classique qui met la lumière exclusivement sur la partie émergente de l'iceberg ; en l'occurrence le demandeur de soins. Parmi les solutions proposées afin d'atténuer le fléau de la violence durant cette période critique: valoriser l'interactivité au sein des hôpitaux afin de démanteler les obstacles relationnels ; les mesures préventives et répressives peuvent se conjuguer en vue d'encadrer le comportement du demandeur de soins; instaurer une équité financière, qui sert mieux le bon citoyen et qui responsabilise d'avantage celui qui active dans l'informel.

MOTS CLÉS: Violence, Milieu de Soins, Pandémie COVID-19, Système de Santé Algérien.

Correspondence: Aissaoui Nasreddine, Maître de conférences en sciences économiques, économiste de la santé, habilité à diriger les recherches. Enseignant chercheur à la FSESCSG, Université d'Oum El Bouaghi/OEB Algérie.

E-mail : aissaoui.nasreddine@univ-oeb.dz

Copyright © 2020 Aissaoui Nasreddine. This is an open access article distributed under the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale, le bilan humain de la violence ne cesse de s'alourdir, ainsi près de deux millions de vies perdues chaque année et tant d'autres, innombrables, dévastées de manière qui ne sont pas toujours apparentes [1].

La violence, au sens large, n'a pas un seul visage, or elle peut être : interpersonnelle, collective et dirigée contre soi, comme elle peut se produire un peu partout dans notre globe. Ce qui est évident, c'est la persistance du phénomène et la dangerosité des séquelles qu'il engendre. La violence dans le secteur des soins de santé n'a rien de nouveau. Il s'agit d'un problème mondial largement reconnu [2- 4]. Le tiers des infirmières et infirmiers dans le monde déclarant être victimes d'agressions physiques, les deux tiers étant exposés à de la violence non physique au travail, et 80% faisant l'objet d'une forme quelconque de violence au travail [5, 6].

Les auteurs d'actes de violence au milieu de soins comprennent des patients, leur famille ou leurs visiteurs, des médecins, des gestionnaires et d'autres infirmières et infirmiers et employés [3]. Différents facteurs contribuent à la violence perpétrée par les différents intervenants dans le secteur de la santé, exigeant ainsi un travail de fond qui rassemble toutes les variables de l'équation violence au milieu de soins pour pouvoir comprendre les causes de ce fléau afin de l'atténuer.

Au cours des 15 dernières années, la question de la violence au travail a fait l'objet de discussions, de recherches et d'une consignation approfondie. Plusieurs initiatives visant à atténuer le problème ont également été mises en œuvre, dans divers contextes [3]. Dans les milieux de soins, la violence est bien documentée et certains affirment qu'elle a atteint des proportions épidémiques [7]. D'autres soutiennent que l'industrie de la santé et des services sociaux connaissent des niveaux semblables et même davantage d'épisodes d'agression que tout autre milieu de travail, incluant les milieux policiers et correctionnels [8-10].

Les spécificités et les caractéristiques du système de santé algérien, ainsi que celle de la période Coronavirus ; nous responsabilisent d'avantage à chercher les vraies causes de la violence en milieu de soins et, les solutions qui peuvent atténuer ce phénomène, sans être inhibé par les résultats de la recherche nationale et internationale, qui peuvent, eux, avoir un contexte, plus au moins, différent dans l'espace et dans le temps de ce qu'il se passe en ce moment dans les hôpitaux algériens. Ainsi nous allons répondre sur cette question : *quelles sont les causes de la violence dans les hôpitaux algériens ? Et quelles sont les pistes de solutions pour y remédier à ce fléau dans les périodes de crises ?*

LES PRINCIPALES CAUSES DE LA VIOLENCE DANS LES HOPITAUX ALGERIENS

+ La violence ne caractérise pas seulement le milieu de soins de santé.

La violence est omniprésente dans la vie de tous les jours des gens dans le monde et, elle nous concerne tous à divers degrés. Beaucoup se protègent en verrouillant leurs portes et leurs fenêtres et en évitant les endroits dangereux. Pour d'autres, il n'y a pas de fuite possible. La menace de la violence est derrière ces portes, cachée aux regards extérieurs. Et le moindre aspect de la vie de ceux qui vivent au milieu de

guerres et de conflits est imprègne de violence [1]. Selon les philosophes et les scientifiques : l'attitude humaine puise son origine dans deux sources : l'une est le comportement acquis de la famille où la personne est née ainsi la société où elle vive ; l'autre c'est plutôt innée, ça vient des chromosomes que l'être humain hérite dès le premier instant de sa conception. En Algérie et un peu partout dans le monde, la violence n'est pas une caractéristique ou une spécificité du milieu de soins de santé, mais elle existe, belle et bien, tout au long de notre vie et un peu partout dans : la maison, la rue, le milieu de travail, dans les services publics, etc. Mais cela ne veut pas dire que la violence est un comportement assez normal à un degré pareil dans les différents secteurs... loin de là, ce phénomène prend de l'ampleur dans le milieu de soins de santé et particulièrement dans les moments difficiles, en l'occurrence au temps du Coronavirus.

+ La violence ne caractérise pas seulement le milieu de soins de santé algérien.

Reconnue comme un problème sérieux dans de nombreux pays industrialisés, la violence à l'encontre du personnel soignant est en fait un phénomène mondial. Au-delà des frontières, des cultures, des conditions de travail et des groupes professionnels, la violence dans les services de santé est une épidémie qui touche toutes les sociétés, y compris celles des pays en développement [11].

Bien que les caractéristiques, les spécificités, les composantes, l'organisation, etc. du système de santé soient différentes d'un pays à l'autre, il reste que la violence est quasi-existante dans tous les pays du globe et à des degrés différents. Notre alibi ; ce sont les nombreux laboratoires scientifiques de recherche, les milliers de thèses de doctorat et articles spécialisés qui ont traité ce sujet jusqu'à maintenant et, qu'ils devraient le traiter d'avantage dans les prochaines années, puisque le phénomène existera encore tant que le commun des mortels restera sur terre. Nous pouvons observer de plus en plus de scènes de violence en milieu de soins de nos jours ici et ailleurs, puisque le véhicule de cette violence est, de près ou de loin, l'état de stress qui caractérise : demandeur de soins, accompagnateur, visiteur, etc. assoiffé d'avoir une réponse sur l'état de santé du concerné.

Une étude a porté sur les pays en développement ou en économie de transition, pour lesquels les données à ce sujet étaient rares ou n'existaient pas. Elle montre que plus de la moitié du personnel de santé interrogé a été victime au moins une fois de violence physique ou psychologique au cours de l'année précédente. En Afrique du Sud, la proportion atteint 61% et en Thaïlande 54%. L'enquête a également été menée au Portugal où 60% des 212 personnes interrogées travaillant dans un grand centre urbain de santé ont indiqué avoir été victimes d'au moins un épisode de violence au cours des 12 derniers mois [11].

En France, 426 établissements ont déclaré 23360 signalements durant l'année 2018, soit en moyenne 54,8 signalements par établissement, contre 446 établissements et 22048 signalements en 2017, soit en moyenne 49,4 signalements par établissements. A noter que 74% des établissements de santé déclarants sont des établissements publics. Nous avons recensé durant la même année 20330 atteintes aux personnes, ce qui représente plus de 80% des signalements. La violence verbale est prédominante avec 50,77 % des atteintes aux personnes [12].

En Algérie, la situation n'est pas meilleur, puisque nous avons enregistré ; 1922 cas de violences physiques et 27909 cas de violences verbales durant le premier semestre de l'année 2019 au niveau national [13].

+Pour y remédier; il faudrait commencer par les racines. Souvent, nous avons tendance à se tourner vers les solutions faciles pour corriger des lacunes qui font face à notre quotidien, bien que ces remèdes miracles ne soient qu'une espèce d'anesthésie locale pour calmer les douleurs aiguës pour une durée limitée, un phénomène tel que la violence ne nécessite pas seulement des articles de lois pour l'atténuer, mais plutôt des études pluridisciplinaires qui nécessitent la contribution des : psychologues, sociologues, économistes de la santé, etc. ainsi que les représentants des différents intervenants dans les établissements des soins. De telles études peuvent, peu ou prou, localiser les sources de cette violence afin d'instaurer une stratégie à deux volets ; préventif et répressif, ainsi choisir les outils nécessaires pour réaliser l'objectif que l'on s'était fixé, une fois fixé, l'objectif permet à chacun de prendre ses responsabilités. Une étude mandatée par un programme commun portant sur la violence au travail dans le secteur de la santé, sous l'égide de l'Organisation internationale du Travail/ OIT, du Conseil international des Infirmières/ CII, de l'Organisation mondiale de la Santé/ OMS et de l'Internationale des Services publics/ ISP, a pu tirer des leçons très importantes en ce qui concerne la violence en milieu de soins. Ce programme a eu comme objectif de donner des orientations pour l'élaboration et la mise en œuvre de directives ou de politiques nationales et locales pour lutter contre la violence au travail dans les services de santé. Dans de nombreux pays, ce programme conjoint de recherche sur la violence a donné la première occasion d'évaluer la prévalence et la nature de la violence au travail dans le secteur de la santé [11]. C'est en sollicitant la collaboration de toutes les parties concernées, que ce genre d'études pourrait être couronné de succès.

+ La dynamique spatiotemporelle du phénomène.

Nous ne pouvons pas analyser la violence en milieu de soins comme un épiphénomène, puisque sa variabilité spatiotemporelle pèse énormément sur le développement des causes et des conséquences, dans un système de santé ciblé par des vives critiques.

Le XXème siècle restera gravé dans les mémoires comme un siècle marqué par la violence, témoin de destructions massives et d'horreurs infligées à une échelle inimaginable auparavant dans l'histoire de l'humanité. Mais ce lourd fardeau, résultat de nouvelles techniques mises au service d'idéologies haineuses, n'est pas le seul que nous portons ni auquel nous sommes confrontés [1].

Historiquement, la violence au sens large, est née en Algérie dans un contexte socioculturel en réaction à moult exactions durant la période coloniale... bien que le cadre médical soit respecté depuis longtemps dans ce pays, comme des anges humains qui ont une mission noble, or la décennie noire à changer la donne, ainsi : cadre, scientifique, cultivé ou simple fonctionnaire était la cible de la machine criminelle d'extrémisme, cette dernière qui avait désorganisé l'échelle des valeurs humaines dans une société déjà déboussolée par des repères immoraux.

La société algérienne est une société mosaïque qui jouisse d'un espace géographique assez vaste, de surcroît elle est

bénie, Dieu merci, par un ciment identitaire qui tient toutes les composantes dans une nation plus en moins soudée. Cette diversité socioculturelle interrégionale rend les habitudes et les attitudes assez différentes d'une région à l'autre. Donc, abordé la violence dans son ensemble et un peu partout, dans un pays comme l'Algérie, me paraît un pari perdu! En d'autre terme, les caractéristiques et les spécificités de tel phénomène dans l'Est du pays ne sont pas les mêmes dans l'Ouest, est c'est pareil pour le Nord et le Sud.

+ Une bonne analyse ne devrait pas fragmenter le phénomène.

Il est aberrant d'aborder le phénomène de la violence en le fragmentant, en l'occurrence mettre la lumière exclusivement sur le demandeur de soins ou sur l'offre de soins, etc. ça me paraît bien un autre pari perdu! Donc la logique nous guide vers une équation qui rassemble toutes les variables afin d'arriver à déterminer la source de ce phénomène. Notre alibi dans cette optique ; une action engendre des réactions et, la violence provoque d'avantage de violences.

Donc une analyse crédible de ce phénomène nécessite plutôt suffisamment de temps et un travail de terrain, ce dernier qui devrait solliciter une expertise multidisciplinaire, afin d'arriver à des solutions qui peuvent renverser la vapeur et atténuer ce fléau

LES PRINCIPALES CAUSES DE LA VIOLENCE DANS LES HOPITAUX ALGERIENS

+ Un système de soins peu équitable et inefficace

Sans utiliser le langage de bois, et avec une conviction de faire mieux, nous pouvons confirmer que : « notre système de soins est loin d'être performant... ». Le problème ne réside point dans la qualité du capital humain ou dans l'insuffisance des moyens financiers, et c'est là la fausse idée de départ... D'ailleurs nous avons l'habitude d'expliquer les choses par le biais d'une approche purement économique, or nous sommes à coté de la plaque!

Depuis les années 70, les responsables de la santé dans notre pays étaient inhibés dans une bulle de principes caducs ; le cas du principe de la gratuité des soins instauré depuis 1973. En sus, les gouvernements successifs imbibés dans une gestion de crises successives, ont marginalisé les idées innovatrices proposées par les cadres du secteur qui étaient en place. Ainsi, une gestion au jour le jour est née, sans pouvoir se projeter dans un avenir serein en mettant l'accent sur les idées au lieu des moyens, puisque le changement commence par une idée au lieu d'un stéthoscope à la main.

Retournant au principe de la gratuité des soins ; *Est-ce que ce principe constitue un dogme qui devrait guider notre existence jusqu'au 21ème siècle ?* Bien qu'il ait fait son temps, en réalisant depuis son instauration : l'éradication de plusieurs maladies infectieuses, la généralisation de la vaccination infantile et celle des nouveaux nés, une couverture sanitaire plus au moins généralisée sans obstacles financiers, etc. il reste qu'il soit dépassé par les effets d'une transition plurielle, cette dernière qui a débuté dans les années 90 et, qui ne cesse de refaçonner la société algérienne [14]. Le résultat est là : nous assistons ces dernières années à un système de santé dépassé par les événements, puisque il n'était pas en mesure d'assurer une couverture sanitaire convenable et suffisante pour la population algérienne [15].

En arrivant à cette situation ; où le bon citoyen contribue triplement dans un système de santé, or ce dernier ne lui procure pas de services dans le temps voulu ... [16] Ainsi cette situation résulte évidemment par une violence, à partir du moment où le mauvais citoyen, lui qui ne contribue pas, sera bien servi en empruntant un chemin peu commode pour parvenir à ses fins.

Est-ce qu'il existe vraiment une gratuité des soins ? Une chose est sûre : la gratuité absolue n'existe pas, il y a toujours quelqu'un qui paye pour les autres. Cela est assuré en principe, à partir du moment où le contribuable ou plutôt le bon citoyen, activant dans le secteur public ou le secteur privé, paie ses charges envers les organismes sociaux et le trésor public. Nous n'exagérons pas lorsque nous affirmons que la source principale du financement de la santé en Algérie était et demeure le « prélèvement à la source » ou la « retenue à la source » des employés de la fonction publique, qui consiste en un prélèvement de charges sociales et de l'impôt dû directement effectué sur le revenu du concerné par un tiers-payant ; généralement l'employeur [17]. Et si cette gratuité de l'offre de soins existait vraiment, *pourquoi les citoyens ont eu recours aux services du secteur privé* (cabinets de radiologie, laboratoires d'analyse, cabinets de soins dentaires, etc.) ? D'ailleurs, ces dépenses financières payées directement aux prestataires de services dans le secteur privé, rend la vie du bon citoyen une bataille mensuelle pour vivre ou plutôt pour survivre [14]. Ces batailles récurrentes pourraient porter la guerre, déjà perdue par tous, dans les structures de soins.

+ Un parcours de soins ou un parcours du combattant!

Une bonne organisation d'un système de soins de santé engendre une forme pyramidale de l'offre de soins : depuis sa base, nous pouvons ainsi localiser des soins de premiers recours ou soins primaires, ainsi des soins spécialisés et hautement spécialisés en allant vers le sommet. Les soins de premiers recours, soins primaires ou de proximité sont des appellations de la première ligne de défense contre la maladie, or ce niveau de l'offre de soins de santé est consacré pour la prévention au sens large. Le médecin généraliste est considéré comme la pierre angulaire dans ce premier niveau de soins de santé ; il reçoit en consultation les patients de son district, dispense des soins, conseille, oriente et développe la prévention et la promotion de la santé [18]. Il est censé suivre le dossier du patient dont il a la charge, lorsque celui-ci est orienté par lui vers des confrères ou des spécialistes relevant des structures de soins spécialisés. Ce dernier point résume bien le parcours de soins tracé par le médecin généraliste. Or, la question qui se pose : *Est-ce que le médecin généraliste activant dans les structures de soins de santé de base assure réellement cette orientation qu'il est censé la remplir ?* La réponse est simplement non! Ainsi, le demandeur de soins trace soi-même et anarchiquement son parcours de soins, et c'est à partir de là qu'il participe à créer une demande de soins hospitalière souvent évitable.

Il ne faut pas oublier que les *établissements publics de santé de proximité/EPSP*, assurant les soins de premiers recours dans le système de soins en Algérie, sont souvent mal vus ; comme des structures réservées aux plus démunies, ainsi ces préjugés poussent la plupart des citoyens à s'orienter vers les hôpitaux.

En conjuguant ces deux facteurs, nous pouvons clairement constater que nos urgences hospitalières sont souvent encombrées par des malades, qui peuvent plutôt être pris en charge au niveau inférieur de notre offre publique de soins [19]. C'est ce « passage évitable » qui engendre, par conséquent, une file d'attente qui tend vers l'infinie devant les urgences hospitalières et, c'est cette impatience du malade ou l'un des membres de sa famille qui provoque souvent une violence envers les équipes médicales.

+ Un manque flagrant de moyens médicaux.

Bien que le manque de moyens médicaux ne soit pas une caractéristique algérienne, mais plutôt une caractéristique de l'offre publique de soins dans la majorité des pays du globe, il reste que ce problème prend son ampleur, de plus en plus, dans les pays du tiers monde et durant les moments de crises. Le manque de moyens médicaux constitue en soi-même une source de conflits récurrents entre le staff médical et l'équipe administrative dans les hôpitaux, qui a un impact négatif, par ricochet, sur la relation médecin-patient au sein des établissements publics de soins.

Nous savons aussi que le milieu de travail contribue à la violence qui y sévit. Parmi les facteurs organisationnels qui exacerbent le problème, mentionnons les charges de travail excessives, la dotation inadéquate, le recours excessif aux heures supplémentaires (obligatoires ou volontaires), le manque de soutien de la direction dans la déclaration des cas de violence au travail et l'absence de conséquences perçues lorsque des actes de violence sont commis [20].

Le manque de moyens médicaux n'est pas toujours le résultat d'un manque de ressources financières, mais plutôt le résultat d'une gestion opaque, cette opacité est due à l'absence d'un système d'information hospitalier/ SIH d'aide à la décision [21].

+ Une communication insuffisante voire inexistante.

Les patients et leurs proches sont confrontés à la douleur physique, la souffrance psychique, l'anxiété, l'angoisse, la perte de repère, l'absence d'intimité, etc. Les soignants, eux, sont contraints à la répétition des tâches, la difficulté des actes, le manque de temps, les réunions qui se surajoutent au reste... L'hôpital est un lieu de soins et d'espoir où les vies se côtoient, se rencontrent, se confient l'une à l'autre. Le plus souvent, elles se donnent assistance, mais parfois, elles s'affrontent, elles se jaugent, se jugent dans la mesure comme la démesure [22].

Le stress monte souvent à l'entrée de l'établissement de soins, quand le patient ou son accompagnateur cherche vainement une information ou une orientation, or parfois il ne trouve pas celui qui devrait lui répondre. Après moult tentatives, le premier venu portant une blouse blanche paiera la facture d'une violence qu'on peut l'appeler « gratuite ou évitable ».

Nous avons l'habitude de rencontrer un planton devant la porte d'un hôpital algérien, et c'est là la pire bêtise qu'on peut faire! Une réception à l'entrée d'un établissement de soins de santé ne devrait pas être un autre post de police, mais un bureau d'information et d'orientation, géré par des spécialistes en communication pour encadrer convenablement les flux de demandeurs de soins et/ou leurs accompagnateurs, visiteurs, etc. Il ne faut pas sous-estimer ou négliger le rôle d'une bonne communication à apaiser les tensions, faire baisser le taux d'adrénaline et diminuer le stress.

+ L'arbre qui cache la forêt.

Pourquoi le cadre médicale est visé par des actes de violence ? Nous pouvons ainsi expliquer cette réalité de part sa position dans la filière de soins, sa place est perçue comme le pivot dans l'offre de soins; il est donc la victime de sa place, son rôle et sa réputation dans un système... Comme nous pouvons expliquer cette réalité amère comme une vitrine d'une boutique chic brisée dans un acte de vandalisme, afin que l'auteur exprime un désarroi profond d'une société qui a mal partout.

+ Un secteur condamné à corriger les fautes et les erreurs des autres secteurs.

L'hôpital est un établissement de soins de santé ouvert 24h/24, 7j/7 pour recevoir des demandeurs de soins sans discrimination... Si nous concentrons sur les urgences hospitalières, nous pouvons constater clairement que les victimes des accidents de la route, les victimes de noyade au large des côtes, les accidents domestiques, etc. sont admis aux urgences hospitalières. Bien que ces alias de la vie soient la faute d'un système, d'un ou plusieurs secteurs ou simplement le fruit du destin... c'est ainsi que le secteur de la santé paie les pots cassés des autres secteurs. C'est à partir de là que le ministère de la santé devrait être un super-ministère doté de moyens nécessaires pour assurer sa mission.

Le manque récurrent de financement et une gestion anarchique de l'offre publique de soins ; impacteraient évidemment la mission des établissements publics de soins de santé, et le résultat est là : un hôpital malade... [14]. Nous avons l'impression que les chefs des gouvernements successifs souffraient, peu ou prou, d'une amnésie lacunaire, puisque après un diagnostic de la maladie on devrait passer à l'action! Or, rien de tout cela n'est arrivé. Ainsi les responsables avouent que le secteur de la santé est malade depuis toujours par un mal qui perdure, au lieu de lui porter secours, il est livré à lui-même et au destin!

Les Propositions Qui Peuvent Atténuer le Phénomène.

Pour atténuer ou stopper cette violence qui prend ces dernières années une ampleur inédite, en l'occurrence en ces moments difficiles du Coronavirus, les solutions clés en main ne sont pas les biens venus dans ce cas, ainsi le changement doit être opéré dans la sérénité par le biais d'études et de groupes d'experts. Loin des solutions miraculeuses, et par une approche socio-économique, nous proposons ainsi quelques solutions organisées en trois volets, en parallèle avec les composantes de notre système de santé.

+ Du côté de l'offre de soins

Hormis les moyens qui doivent être alloués à l'offre publique de soins, afin que les structures de soins jouent efficacement leur rôle, une vraie gestion de changement devrait être amorcée en vue d'améliorer la couverture sanitaire de la population en quantité et en qualité, parmi les mesures qui devraient être prises :

- Il faudrait toutefois faire porter le débat sur le fameux principe de *la gratuité des soins*, en rassemblant tous les intervenants dans notre système de santé, afin de rectifier le tir d'une longue expérience qui a duré plus de 46ans. En sus, essayer de trouver une solution au contribuable qui paye ses redevances sans qu'il ne reçoive ce qu'il revendique. A notre avis, c'est la principale cause de la violence dans les structures publiques de soins de santé.

- Instaurer un vrai système d'information hospitalier/SIH ; ce dernier qui représente, peu ou prou, le pilier d'un changement plus que nécessaire en ce moment. Une bonne conception d'un SIH n'est pas une garantie de sa performance, ainsi l'échec de l'expérience du système d'information comptable (triple comptabilité hospitalier/ 3COH) est une bonne leçon pour tous [23]. Or, une conjugaison d'une bonne conception du SIH et une implication volontaire du facteur humain, devrait garantir l'ancrage de ce genre d'outil de gestion dans la prise de décision dans ce genre de structures de soins. Un tel système d'information peut localiser, par ricochet, les sources de dysfonctionnement, ainsi porter les corrections nécessaires qui peuvent améliorer l'environnement de travail dans ces structures de soins de santé.
- De par sa position dans la filière de soins, la place du médecin généraliste est perçue comme le pivot dans le parcours du patient, qui accède ainsi aux soins préventifs ou curatifs que son état de santé requiert, en lui évitant de se présenter directement aux divers services hospitaliers, les encombrer et entraver ainsi la hiérarchie du système de santé [24]. D'ailleurs l'Algérie dispose d'une armée de blouse blanche, en l'occurrence les 50000 médecins généralistes activant dans le secteur public et privé. Or, booster le rôle de la première ligne de défense contre la maladie, mérite une attention particulière par les responsables de ce secteur.
- Une meilleure coopération public-privé devrait avoir des effets multiplicateurs sur les trois composantes de notre système de santé [14]. Ainsi, une bonne articulation des deux secteurs pourrait réaliser ces principaux objectifs : une meilleure prise en charge de proximité en faveur des malades en évitant les déplacements inutiles ; réaliser des économies d'échelle en utilisant les moyens du secteur privé en parallèle avec ceux du secteur public ; encourager les médecins spécialistes activant dans les cliniques privées ou dans l'ambulatorio, à exercer à temps partiel dans les hôpitaux publics des zones qui ont un déficit en matière de spécialistes.
- Des gestes anodins peuvent sauver des vies et améliorer l'environnement de travail... Ainsi, valoriser les échanges visant un équilibre informationnel et relationnel entre les différents intervenants dans l'hôpital public y compris avec le demandeur de soins, devrait contrecarrer le phénomène de la violence.
- Une réorganisation interne des services hospitaliers et une restructuration de l'offre publique de soins au niveau régional et national sont plus que jamais nécessaires, et cela en vue d'atteindre une meilleure performance, par le biais d'une couverture sanitaire qui réponde aux exigences réelles de la population [25]. Il ne faut pas négliger la formation continue des personnels de santé, qui constitue une condition sine qua non pour mener à bien une telle politique de changement.
- Repenser l'architecture des structures de soins, qui favorise plutôt l'accès facile et l'interactivité, ainsi songer à réinventer la communication dans ce genre de structures, en communication qui met la personne au centre des préoccupations.

+ Du côté de la demande de soins

Pour gérer les flux des demandeurs de soins, accompagnateurs, visiteurs, etc. et leurs différents comportements, attitudes et habitudes, un cahier qui comporte des directives de bonne conduite est primordial. Ce cahier de bonne conduite au sein des établissements de soins constitue

un cadre préventif contre une violence injustifiée du côté du demandeur de soins, y compris les comportements abusifs du côté du personnel médical.

Dans les métiers relatifs aux soins et à l'accompagnement, la relation d'aide est le fondement de la communication qui s'établit avec la personne prise en charge. De même, une bonne communication vient nourrir la relation d'aide. Dans cette démarche, le soignant apprend à observer ses propres comportements de façon à comprendre: Comment une qualité de présence peut induire un certain type de relation et de communication ? Ecoute, observation, compréhension et non jugement sont les quatre piliers d'une communication non violente. La communication verbale se travaille en mettant l'accent sur la place de l'écoute dans le dialogue, la communication non verbale s'appuie sur l'attention et l'expression par le biais du regard, du mouvement et du toucher. Tout ceci animé par la bienveillance [22].

Une loi qui protège le personnel médical et le personnel soignant devrait être inscrite à l'ordre du jour, car les deux mesures ; répressives et préventives sont nécessaires pour encadrer les journées longues même très longues du personnel médical et du personnel soignant contre les agressions récurrentes du monde extérieure. Là l'ordonnance n° 20-01 du 30 juillet 2020 portant Code pénal est promulgués dans une période critique du Coronavirus pour protéger toutes les catégories de professionnels s'occupent directement ou indirectement des patients, ainsi l'article 149 bis stipule: «Est puni d'un emprisonnement de deux ans à huit ans et d'une amende de 200000 DA à 800000 DA, quiconque commet des violences ou voie de fait envers un professionnel de la santé, un fonctionnaire ou personnel des structures et établissements de santé, durant l'exercice de ses fonctions» [26]. Ainsi les personnes qui préméditent une agression, un guet-apens ou avec un port d'arme, encourent selon l'article 149 bis 2 : «l'emprisonnement de cinq à douze ans et une amende de 500000 DA à 1200000 DA » [26].

Les mesures préventives et celles répressives devraient, plus au moins, encadrer le comportement du demandeur de soins, accompagnateur, visiteur, etc. et par conséquent, protéger les professionnels de la santé et atténuer le fléau de la violence dans une période très difficile.

+ Du côté des bailleurs de fonds

Bien que la responsabilité de la demande et l'offre de soins, dans le développement du phénomène de la violence en milieu de soins, soit assez visible dans cette période critique, la responsabilité des bailleurs de fonds est moins visible, ainsi nous allons mettre la lumière sur cette responsabilité.

- L'enveloppe forfaitaire pour financer l'activité hospitalière constitue un obstacle qui fait face au développement des établissements hospitaliers, et cela depuis toujours [16]. C'est en absence d'un système d'information hospitalier/SIH performant, que ce genre d'outils archaïques contribue à

instaurer une mauvaise gestion qui favorise la corruption et les dépenses farfelus. Or, la rationalisation des dépenses hospitalières nécessite l'utilisation d'*outils modernes du contrôle de gestion*, axés sur le financement selon les résultats réalisés par chaque service hospitaliers : T2A, GHM, etc.

- Le demandeur de soins affilié chez une caisse d'assurance sociale est pénalisé triplement, d'ailleurs il est obligé souvent à se tourner vers le secteur privé (consultations, analyses, imageries, etc.), or ces services sont souvent non remboursables partiellement ou totalement par ce genre d'organismes sociaux [17]. La logique dans ce cas précis : *ne devrions-nous pas plutôt adhérer auprès d'une compagnie d'assurance privée afin de bénéficier des différents services offerts par le même secteur ?* ainsi le chemin le plus court est la ligne droite.
- Créer des obstacles financiers et organisationnels pour les non assurés, afin d'instaurer une équité entre tous les citoyens. Ainsi inciter ceux qui activent dans l'informel à se conformer aux lois d'un Etat de droit.

CONCLUSION

Dans le cadre de cet article, nous nous sommes bornés à chercher les causes de la violence au milieu de soins algérien, ainsi proposer les solutions qui peuvent gérer les risques et contrecarrer la manifestation de la violence dans les structures de soins.

Les chiffres montrent que le phénomène est universel, bien que les caractéristiques locales puissent varier. Les données établissent la trop grande fréquence de la violence, ainsi que la nécessité d'intervenir d'urgence et de prendre des mesures préventives et répressives.

La responsabilité de cette violence est partagée entre les trois composantes de notre système de santé : demandeur de soins, l'offre de soins ainsi que les mécanismes de financement. Si nous sommes tous responsables de ce phénomène, d'ailleurs nous devons tous nous impliquer dans une stratégie qui rassemble tous les acteurs, en mettant la main dans la main pour amorcer une politique de changement.

La dynamique de notre système de santé et la multiplication des variables qui secouent notre quotidien, nous responsabilisent d'avantage, nous les chercheurs, à chercher des solutions innovatrices pour notre actualité et, incitent par ailleurs les intervenants dans le système de santé algérien, à s'impliquer d'avantage dans la création d'un environnement de travail sain, qui rassemble les intérêts de tous les intervenants.

Il importe de rappeler que ces résultats sont propres à des variables spatio-temporelles qui caractérisent ladite recherche. Toutefois, il existe des points de croisement entre ce qu'il se passe dans les établissements de soins ici et ailleurs, ainsi des similitudes existent aussi entre les actes de violences qui caractérisent le même milieu de soins dans le temps.

REFERENCES

- [1] OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève. 2002. 404p.
- [2] Bloom EM. Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. *Nursing Forum*. 2019 Jan; 54 (1): 77–83.
- [3] Edward KL et coll. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(3–4): 289-299.
- [4] Spector P, Zhou Z et Che X. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014; 51: 72–84.
- [5] Chang YP, Lee DC et Wang HHH. Violence-prevention climate in the turnover intention of nurses experiencing workplace violence and work frustration. *Journal of Nursing Management*, 2018; 26(8): 961-971. doi: 10.1111/jonm.12621.
- [6] Nowrouzi-Kia B, Isidro R, Chai E, Usuba K et Chen A. Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. *Agression et comportement violent*. 2018; 44: 1-7.
- [7] Lanza ML. Violence in nursing. *Handbook of workplace Violence*. Thousand Oaks: Sage; 2006:147-68.
- [8] Love CC, Morrison E. American Academy of Nursing Expert Panel on violence policy recommendations on workplace violence. *Issues Ment Health Nurs*. 2003 Jan; (24):599-604.
- [9] U.S. Bureau of Justice Statistics. Special Report: Violence in the workplace, 1993-99. [Internet]. [cité le 20 août 2020]. Disponible sur : www.bjs.gov/content/pub/pdf/vw99.pdf
- [10] U.S. Bureau of Justice Statistics. Special Report: Workpace Violence, 1993-2009. [Internet]. [cité le 20 août 2020]. Disponible sur : www.bjs.gov/content/pub/pdf/vw09.pdf
- [11] Une étude commune de l'Organisation internationale du Travail (OIT), du Conseil international des Infirmières (CII), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Internationale des Services publics (ISP). La violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé. [Internet]. [cité le 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/fr/>.
- [12] L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé/ ONVS. Rapport 2019. [Internet]. [cité le 17 août 2020]: <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Ethique-et-societe/violences-a-l-hopital-analyse-et-solutions>.
- [13] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière/MSPRH. Hôpitaux : les violences sur le personnel explosent. [Internet]. [cité le 18 août 2020]. Disponible sur: <https://www.tsa-algerie.com/hopitaux-les-violences-sur-le-personnel-explosent/>.
- [14] Aissaoui N. Current situation of the supply of care in Algeria; a punctual malaise or a crisis that lasts? *Journal of Biomedical Research and Health Economics/JBRHE*. 2019; 1(2): 3-11
- [15] Aissaoui N. Les impacts des déterminants sociaux de la santé sur la santé publique: Cas de la région sanitaire Est de l'Algérie. *Annales des sciences de la santé*. 2017; 1(11): 9-27
- [16] Aissaoui N. Financing of the Algerian health system. What future for free care? *Environmental and Water Sciences, public Health and Territorial Intelligence/ EWASH&TI*. 2017; 3(1): 11-20
- [17] Aissaoui N. Innovation and governance of the Algerian social security system; Reality and challenges facing multiple transitions. *Environmental and Water Sciences, public Health and Territorial Intelligence / EWASH&TI*. 2018; 2(1): 24-31.
- [18] Aissaoui N et Brahamia B. Vers une dynamisation des structures de soins de santé de base en Algérie. *Revue des sciences humaines de l'université Constantine1*. 2014 ; B(41) : 357-373.
- [19] Aissaoui N. La responsabilité de la qualité des soins à contrecarrer l'hospitalisation évitable : Etude de cas d'un échantillon de polycliniques en Algérie. *Revue des recherches économiques et financières de la faculté FSESCSG/OEB*. 2014 ; 1(1) : 107-127.
- [20] Canadian Nurses Association. Violence subie par les travailleurs de la santé dans les hôpitaux, les établissements de soins et les milieux de soins à domicile. Mémoire préparé pour le Comité permanent de la santé. 16 mai 2019. [Internet]. [cité le 16 août 2020]. Disponible sur : <https://www.cna-aicc.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/2019-violence-subie-par-les-travailleurs-de-la-sante.pdf?la=fr&hash=AE931FEC4F9A8AAB340A73CEA06ABCBCF5E26752>.
- [21] Aissaoui N. L'implantation et le management d'un nouveau système d'information hospitalier; Réalité et défis du système 3COH à l'hôpital Ibn Sina OEB/Algérie. *Annales des sciences de la santé*. 2017; 1(12): 1-10.
- [22] ESSOR santé. Savoir communiquer en milieu hospitalier ; l'hôpital un lieu ou la charge. [Internet]. [cité le 19 août 2020]. Disponible sur : <https://www.essorsante.fr/la-violence-en-milieu-hospitalier>.
- [23] Aissaoui N. (2018). The quality audit of a hospital information system practice; Case study Ibn Sina Hospital OEB/Algeria *Revue des Etudes et Recherche en Logistique et Développement*. 2018 ; (1): 26-38.
- [24] Aissaoui N et Hamaizia L. La gestion des structures de soins de proximité en Algérie entre équité et efficacité - Cas des EPSP dans la région sanitaire Est. *Environmental and Water Sciences, public Health and Territorial Intelligence/ EWASH&TI*. 2017; 1(1): 42-51.
- [25] Aissaoui N. (2017). Accessibility and attractiveness of primary care services in Algeria: Models of spatial interaction of the NHPF of the Eastern Health Region. *Journal of finance and corporate governance/JFCG*. 2017; 1(2): 24-34
- [26] Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire/ JORADP. l'ordonnance n° 20-01 du 9 Dhou El Hidja 1441 correspondant au 30 juillet 2020, modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant Code pénal.