



LES CRITÈRES D'INDIGENCE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS RÉGIONAUX DU BURKINA FASO

Rapport de recherche

Septembre 2010

Schoemaker-Marcotte Camille
Kadio Kadidiatou
Somé Paul-André
Ridde Valéry

Table des matières

1	CONTEXTE	5
2	OBJECTIF GENERAL	7
3	METHODOLOGIE	8
3.1	TYPE D'ETUDE	8
3.2	COLLECTE DES DONNEES	8
3.3	OUTILS ET TECHNIQUE DE LA COLLECTE DE DONNEES	9
3.4	ANALYSE DES DONNEES	10
4	RESULTATS	11
4.1	LE ROLE DES AGENTS SOCIAUX AU SEIN DES CHR	11
4.2	LA DEFINITION DE L'INDIGENCE.....	14
4.3	LA TYPOLOGIE DES CIRCUITS	19
4.4	LA PRISE EN CHARGE	24
5	CONCLUSION	37
6	BIBLIOGRAPHIE	39

Remerciements

Nous souhaitons remercier l'ensemble des personnes qui ont participé aux entretiens et qui ont rendu possible la réalisation de cette étude

Liste des abréviations

CHR: Centres hospitaliers régionaux

CMA: Centre médical avec antenne chirurgicale

CSPS: Centre de Santé et de Promotion sociale

CHN: Centres hospitaliers nationaux

MASSN: Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale

RESUME

Depuis les années 1980, la plupart des pays en Afrique ont opté pour le paiement direct afin de permettre le financement des systèmes de santé. Cette modalité est considérée comme la plus inégalitaire puisqu'elle limite l'accès aux soins de santé de ceux qui ne peuvent pas en assurer les frais. Afin de résoudre ce problème, on compte désormais dans certaines structures sanitaires du Burkina Faso des services sociaux qui ont pour mission de rendre accessibles les soins de santé. Pour comprendre le processus de sélection des bénéficiaires de l'exemption du paiement, la présente étude se concentre sur le rôle des agents sociaux en milieu hospitalier, sur la définition de l'indigence, sur le circuit des malades et sur les critères de sélection.

Après avoir interrogé les services sociaux des neuf CHR du Burkina Faso, nous avons pu constater que le rôle des agents sociaux en milieu hospitalier n'est toujours pas défini de façon précise. Si tous s'attribuent comme fonction principale la prise en charge des plus pauvres, les moyens pour y parvenir demeurent flous.

La prise en charge s'oriente surtout autour de deux types de cas: les indigents et les cas sociaux. En général, le cas social est considéré comme celui qui fait face à une difficulté temporaire et qui doit être aidé le temps qu'il puisse la surmonter. L'indigent est dans une situation de pauvreté permanente qui est associée à l'extrême pauvreté. Or, ces définitions ne sont pas suffisantes pour permettre aux agents sociaux d'identifier les bénéficiaires de l'exonération des frais. En ne s'appuyant que sur celles-ci, il est difficile d'identifier des critères qui puissent permettre de cibler les indigents.

Toutefois, les agents sociaux ne se fient pas uniquement au statut des personnes qui se présentent à l'hôpital. La décision de prendre en charge est aussi influencée par le circuit des malades, soit par les portes d'entrées. Les malades qui sont référés par le personnel soignant de l'hôpital ou par une autre structure de l'Action sociale ont beaucoup plus de chance d'être pris en charge que les malades qui se présentent au service social directement. La référence constitue un élément essentiel dans le processus de prise de décision des agents sociaux. Elle facilite le processus de sélection.

Les agents sociaux sont plutôt amenés à travailler au cas par cas. Ils s'entretiennent avec chaque personne qui a recours à leurs services afin de déterminer si elles bénéficieront de leur appui. Lors de ces entretiens, plusieurs critères entrent en compte. Ils se divisent en deux catégories: les critères liés à la condition socioéconomique du patient (condition physique, condition sociale, certificat d'indigence) et les critères liés à la viabilité économique de l'hôpital. Les critères employés sont assez homogènes d'un CHR à l'autre, mais relèvent davantage de l'expérience professionnelle des travailleurs sociaux que d'une réflexion à l'échelle nationale. Après avoir été identifiés, les malades sont pris en charge par le service social. La prise en charge est soit partielle (appui qui consiste à n'exempter qu'une partie des actes et/ou des médicaments prescrits) ou totale (appui total, qui consiste à exempter tous les actes et/ou les médicaments prescrits).

Les critères de sélections ne sont pas les seuls à entrer en compte dans le processus d'identification des bénéficiaires de l'exemption du paiement des frais liés aux soins de santé. Le circuit des patients ainsi que les ressources disponibles sont également des facteurs essentiels. C'est dire que le pouvoir décisionnel des agents sociaux est relativement limité: la décision est prise en fonction de plusieurs facteurs et non seulement en fonction des critères qu'ils se sont donnés.

Dans les années 1980, la plupart des pays africains se sont tournés vers le paiement direct des soins de santé, politique encore en vigueur aujourd'hui. Or, cette modalité de financement limite l'accès à ceux qui ne peuvent pas payer (Morestin, Grant et Ridde 2009). Puisque cet effet négatif a été anticipé dès le départ, la possibilité d'exempter les populations les plus vulnérables du paiement a été envisagée (Morestin et Ridde 2009 ; Ridde 2007). Compte tenu de la pauvreté à laquelle fait face une importante partie de la population burkinabè, il va de soi que beaucoup sont incapables d'honorer ces frais. Des services sociaux ont donc été instaurés au sein de certaines structures sanitaires du Burkina Faso. Ils ont pour mission de sélectionner les personnes pouvant bénéficier de l'exonération du paiement. La présente étude s'inscrit dans la problématique des stratégies de ciblage de la population la plus vulnérable afin de la protéger contre l'exclusion des services de santé. Elle s'intéresse à la façon dont procèdent les agents sociaux pour faire cette sélection.

1 Contexte

La hausse du prix des denrées, la crise économique et la dégradation de l'environnement ont tous contribué à maintenir la vulnérabilité et la pauvreté auquel fait face une importante partie des Burkinabè. Dans ce contexte, la question de la protection sociale est devenue cruciale. Au cours des dernières années, le Burkina Faso s'est lancé dans une stratégie de croissance qui ne semble avoir eu que peu d'impact sur le développement du pays et sur les conditions de vie. C'est peut-être qu'il n'existe aucune politique unifiée de lutte contre la pauvreté (UNICEF Burkina Faso 2010, en ligne). La protection sociale se manifeste plutôt à travers de nombreux programmes qui sont orchestrés par le gouvernement ou par d'autres partenaires financiers. Un acteur important dans la protection sociale au Burkina Faso est le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN).

En plus des ressources budgétaires de l'État, ce dernier jouit de l'appui de partenaires au développement en ce qui concerne la mise en œuvre de ses missions. Celles-ci s'inscrivent dans le cadre de six domaines d'intervention, soit:

- «la protection et la promotion de l'enfant et de l'adolescent»;

- «la protection et la promotion sociale de la famille»;
- «la promotion de la solidarité nationale»;
- «la protection et la promotion sociale de groupes spécifiques»;
- «la promotion de la prise en charge socioéconomique et psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA»; «le renforcement des compétences et des capacités institutionnelles» (MASSN Décret n°2007-470, avril 2007).

Afin d'exécuter ces missions, le MASSN intervient dans le domaine de la santé: il aspire à rendre plus accessibles les soins de santé pour ceux qui n'ont pas les moyens d'en assurer les frais. Pour ce faire, on trouve dans certaines structures sanitaires du Burkina des agents sociaux rattachés aux MASSN qui sont chargés d'identifier les potentiels bénéficiaires de l'exemption du paiement. C'est le cas des Centres hospitaliers régionaux (CHR) qui sont les formations sanitaires de références régionales du Burkina Faso. Dans chaque CHR se trouve un service social rattaché au ministère. On compte un CHR par région. De plus, à chaque région correspond une Direction régionale du ministère de l'Action sociale et plusieurs Directions provinciales qui se doivent d'intervenir dans la mise en œuvre des missions citées précédemment. Ce sont ces directions qui, par exemple, sont chargées en collaboration avec la mairie et la préfecture de mener des enquêtes sociales préalablement nécessaires à la distribution de certificats d'indigence qui permettent aux plus démunis de bénéficier de certains avantages sociaux. Alors que les actions des services sociaux provinciaux et régionaux se manifestent de multiples façons, celles des services sociaux des CHR ne concernent que le domaine sanitaire, c'est-à-dire la prise en charge des plus démunis au sein même des hôpitaux. C'est sur ce volet de l'action sociale que se concentrera la présente étude.

Afin de comprendre les mécanismes qu'utilisent les agents sociaux pour faciliter l'accès des plus pauvres aux soins de santé, l'étude s'est déroulée en deux phases. La première a consisté en trois entretiens exploratoires visant à comprendre le fonctionnement du service social en milieu hospitalier de façon générale. Lors de la deuxième phase, nous avons interrogé les agents sociaux des

neuf CHR du Burkina Faso pour connaître la méthode de sélection et d'identification des bénéficiaires de l'exemption du paiement des services de santé.

2 Objectif général

L'objectif initial de l'étude était de documenter les expériences nationales de sélection des bénéficiaires de la gratuité du paiement des soins dans les hôpitaux régionaux du Burkina Faso. De façon plus précise, elle visait à rendre compte de la liste explicite des critères choisis dans chacune des institutions concernées; de la manière (et des difficultés du processus) dont ces critères ont été définis; des difficultés rencontrées lors de l'application de ces critères auprès des bénéficiaires potentiels.

Après avoir interrogé les agents sociaux des neuf CHR du Burkina Faso, force est de constater qu'il n'existe aucun critère prédéfini de manière officielle qui permette d'orienter le service social dans le choix des bénéficiaires. Ainsi, nous ne pouvions pas répondre aux objectifs mentionnés ci-dessus. Les données recueillies lors des entretiens nous permettront plutôt de comprendre le fonctionnement du service social et la façon dont sont pris en charge les bénéficiaires au sein des CHR. Les objectifs spécifiques de la présente étude seront alors de:

- rendre compte des définitions utilisées par les agents sociaux pour décrire l'indigence,
- décrire le fonctionnement du service social et le circuit du malade,
- décrire les critères qu'utilisent les agents sociaux pour identifier les bénéficiaires de l'exemption du paiement.

3 Méthodologie

3.1 Type d'étude

L'étude est une recherche exploratoire qualitative qui vise à rendre compte de la façon dont les agents des services sociaux des neuf CHR du Burkina Faso sélectionnent les bénéficiaires de l'exemption du paiement.

3.2 Collecte des données

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, l'équipe a jugé pertinent de récolter des données de type qualitatif. Puisque l'étude veut rendre compte des expériences nationales de sélection des bénéficiaires de la gratuité du paiement des soins, les données ont été récoltées auprès des agents sociaux des neuf CHR du Burkina Faso. Les CHR sont des centres de référence des Centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) et des Centres de santé et de Promotion sociale (CSPS). Il s'agit donc des structures sanitaires de référence des différentes régions du pays. Bien que d'autres infrastructures sanitaires aient mis des services sociaux à la disposition des malades, notamment dans les Centres hospitaliers universitaire (CHU) et dans les structures confessionnelles, nous n'avons pas pu nous entretenir avec les agents sociaux de chacune d'entre elles compte tenu du temps et des ressources disponibles pour cette étude. Afin de rendre cette étude la plus exhaustive possible, les données ont été collectées dans l'ensemble des CHR du Burkina Faso (neuf au total) qui disposent tous d'un service social. La composition du service social varie d'un CHR à l'autre (Tableau 1).

Tableau 1: Le contexte de l'étude dans les CHR

CHR	Contexte
CHR 1	Composé de deux travailleuses sociales. Elles travaillent au service social du CHR depuis 10 ans, soit depuis l'ouverture du service social.
CHR 2	Composé de deux travailleurs sociaux, un homme et une femme. Le service social existe depuis l'ouverture du CHR, en 1972. Ce n'est que dans les années 1980 qu'un agent social a été affecté au service social de l'hôpital. Les deux agents qui y travaillent actuellement sont arrivés en 2003.
CHR 3	Composé de trois travailleurs sociaux, deux hommes et une femme. Le service social existe depuis octobre 2002.
CHR 4	Composé d'un agent social et d'une stagiaire. L'agent social travaille à l'hôpital depuis l'ouverture du service social, en octobre 2006.
CHR 5	Composé de deux travailleurs sociaux et de deux stagiaires. L'agent que nous avons interrogé a été affecté au CHR depuis novembre 2006.
CHR 6	Composé d'un travailleur social qui travaille seul au CHR depuis 2001.
CHR 7	Composé d'une travailleuse sociale. Elle a travaillé au CHR de 1993-1998 et de 2002-2010. Elle a obtenu son concours professionnel et est allée travailler dans une autre ville deux ans, puis, elle a été réaffectée au CHR en 2002.
CHR 8	Composé d'un travailleur social, affecté au CHR depuis 1 mois et demi. Il a travaillé à l'action sociale et a été affecté au CHR par la suite.
CHR 9	Composé de trois agents sociaux, deux hommes et une femme. La femme était absente lors de l'entretien. Un des répondants a commencé à travailler au CHR en 2005. Le service social a été ouvert en 1989, puis refermé et finalement rouvert en 2000.

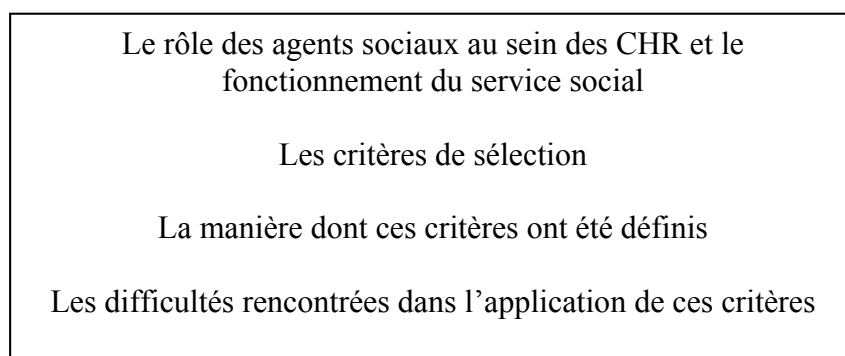
3.3 Outils et technique de la collecte de données

La collecte des données s'est déroulée en deux phases: trois entretiens exploratoires et douze entretiens approfondis. Tous les entretiens ont été effectués par deux des auteurs du présent rapport

(CM, KK). Afin de connaître davantage le fonctionnement et le rôle des services sociaux en milieu hospitalier, nous avons d'abord construit un guide d'entretien exploratoire dont nous nous sommes servis auprès des travailleurs sociaux d'un CMA, d'un CHU et auprès d'un doctorant en droit et analyse des politiques publiques. Les entretiens exploratoires (n=3) nous ont permis de tester le guide d'entretien en faisant émerger les points essentiels à aborder. À partir des informations que nous avons obtenues en interrogeant ces trois répondants, nous avons élaboré un guide d'entretien structuré à questions ouvertes que nous avons utilisé lors de la collecte des données auprès des agents sociaux des neuf CHR. Ces entretiens approfondis (n=12) se sont déroulés soit individuellement, lorsque le service social n'était composé que d'un seul agent, soit en dyade ou en triade, lorsque les agents étaient plus nombreux. Nous avons également récolté les différents outils dont se servent les agents sociaux pour identifier les malades indigents. Nous analyserons ces fiches pour décrire leur méthode de sélection.

Les éléments énoncés dans l'encadré ci-dessous ont été abordés lors des entretiens (voir annexes pour guides d'entretiens).

Figure 1: Thèmes des entretiens



3.4 Analyse des données

Toutes les informations recueillies par l'intermédiaire des entretiens ont été enregistrées puis transcrites. Cinq des douze entretiens ont été transcrits par les assistantes de recherche (CM, KK). Les sept autres ont été transcrits par une tierce personne. Ces sept entretiens ont été relus et vérifiés par les deux assistantes de recherche (CM, KK). Cet exercice a permis aux agents de recherche

d'élaborer un plan d'analyse thématique pour lequel l'équipe de recherche (CM, KK, PAS, VR) s'est concertée et l'a validé avant son application. Il se divise comme suit: le rôle des agents sociaux au sein des CHR, la définition de l'indigence, la typologie des circuits des malades, la prise en charge des malades au sein des CHR. Nous avons ensuite traité les entretiens pour faire ressortir chacune des données correspondant aux différentes catégories du plan d'analyse. Par la suite, les données ont été codifiées et regroupées en fonction des thèmes pour en faire ressortir les grandes tendances. La présente étude fait partie du programme Teasdale-Corti. Il s'agit du deuxième rapport de recherche diffusé dans le cadre de ce programme (voir Somé et Ridde, 2010). Le projet de recherche a été approuvé par les comités d'éthique du Centre de recherche du CHU de Montréal (Canada) et de la recherche en santé au Burkina Faso. Tous les participants interrogés lors de cette étude ont préalablement donné leur accord.

4 Résultats

À la lumière des entretiens menés lors de cette étude, il est possible d'identifier les grandes tendances du processus de sélection des bénéficiaires de l'exemption du paiement dans les CHR du Burkina Faso. Pour les présenter, cette section sera divisée comme suit: le rôle des agents sociaux au sein des CHR, la définition de l'indigence et la prise en charge.

4.1 Le rôle des agents sociaux au sein des CHR

Aucune délimitation précise du rôle des agents sociaux

Selon un arrêté du MASSN portant sur les missions et les attributions des différents services sociaux spécialisés, les services sociaux hospitaliers ont pour mission d'«assurer la prise en charge psychosociale et économique des malades». Afin d'y parvenir, ils sont chargés de « la mise en œuvre de la mission sociale de l'établissement, la contribution à la prise en charge psychosociale des malades, l'aide à la réinsertion socioprofessionnelle des malades, l'identification des malades nécessiteux ou indigents, la facilitation de l'accès aux soins aux malades nécessiteux ou indigents, la

gestion des ressources entrant dans le cadre de l'assistance aux malades» (MASSN Décret n° 2001-437, juin 2001). Bien que ces attributions soient définies par le MASSN, elles restent floues et ambiguës pour les travailleurs sociaux dans la pratique. En effet, tous s'attribuent comme rôle fondamental d'assurer la prise en charge des malades indigents, mais cet objectif reste vague et les moyens utilisés pour l'atteindre ne semblent pas définis. Ainsi, l'agent social du CHR 8 a affirmé que « pour le moment, personne n'a une idée claire du rôle du service social ».

Compréhension différente entre les agents au sujet de leurs activités

L'absence de délimitation précise du rôle des agents sociaux en milieu hospitalier crée des incompréhensions entre les agents sociaux et les agents de santé. Le même travailleur social a affirmé que «*Chaque fois que quelqu'un dit qu'il ne peut pas payer, on l'envoie ici, alors que notre rôle n'est pas... il y a d'autres activités qu'on aimerait bien faire*». En plus de devoir faciliter l'accès aux soins des malades indigents, les agents sociaux ont également mentionné avoir la mission d'assurer la prise en charge psychosociale des malades. Cela se manifeste par des dons matériels, des conseils, la recherche de parents pour les malades sans accompagnant, etc. Mais ces actions ne sont pas menées par tous et les agents sociaux des différents hôpitaux n'ont pas nécessairement la même interprétation de leur rôle, ce qui peut avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge des malades indigents. L'agent social du CHR 7 a raconté:

Tout le monde a sa manière de travailler. Comment moi je fais, ailleurs, je sais que ça ne se passe pas comme ça ! [...] Je me rappelle, nous avons référé un malade à Bobo avec un papier¹, puisqu'il avait ses parents à Bobo. Nous leur avons dit qu'arrivée là-bas, elle n'a qu'à demander à notre collègue de rechercher les parents à Bobo. C'est notre travail même ! L'intéressé² a failli frapper l'agent social parce qu'il a mal parlé. Quand il est revenu, il m'a dit: Madame, le malade que tu as envoyé, ta collègue qui est là-bas, j'allais la frapper. Arrivée, je lui ai donné le papier et elle s'est énervée: pourquoi je dis qu'il faut faire la recherche ? Elle ne peut pas faire ça. Mais c'est important ! Une fois, une collègue de l'action sociale est allée

¹ Fiche de liaison recommandant la recherche de parents du malade

² L'accompagnant du malade

à Bobo pour faire soigner une malade. Elle a attrapé la collègue qui lui a dit qu'elle ne fait pas les sorties. Est-ce que ça c'est bon ?

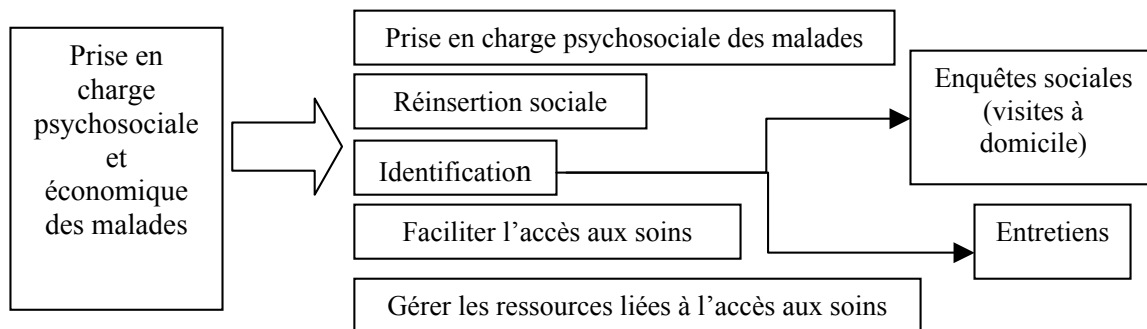
En nous intéressant à la fonction des agents sociaux en milieu hospitalier, nous constatons qu'une définition claire et précise de leur rôle pourrait faciliter la mise en place d'un processus visant à sélectionner les indigents.

Agent social en milieu sanitaire: un agent de bureau ou un agent de terrain ?

Il semble y avoir différentes opinions à propos de la façon d'exercer leurs missions. Pour certains, le fait de pouvoir faire des sorties est indispensable, comme l'affirme l'agent social du CHR 8: *«Le travailleur social est un agent de terrain et non un agent de bureau»*. Sans visite à domicile, il est impossible pour un agent social d'identifier les gens qui sont réellement dans le besoin. Pour d'autres, compte tenu de la situation d'urgence dans laquelle sont les malades, il est préférable de se contenter d'un entretien pour prendre une décision. Ce contraste pourrait s'expliquer par le fait que les agents sociaux en milieu hospitalier relèvent du Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale et reçoivent la même formation que les agents sociaux qui travaillent à l'Action sociale, même si leurs missions diffèrent en quelques points. Une des activités centrales des travailleurs sociaux de l'Action sociale est l'enquête sociale issue des visites à domicile. Ces enquêtes sociales sont souvent effectuées dans le but d'établir l'indigence des personnes qui se présentent à leur bureau. Le travailleur social du service communal que nous avons interrogé a affirmé: *«On ne prend pas, par exemple, tout ce que les gens disent. Parce que quelqu'un peut dire qu'il a cinq enfants, dix enfants... Actuellement, on vérifie d'abord. On va se déplacer d'abord pour voir les conditions dans lesquelles les gens vivent.»* En conséquence, pour certains travailleurs sociaux des CHR, les visites à domiciles sont absolument nécessaires au ciblage des indigents. Puisque le rôle des agents sociaux en milieu hospitalier ne limite pas qu'à la prise en charge des malades, mais qu'il consiste aussi à *«faire la part entre les indigents et ceux qui viendront se prétendre indigents alors qu'ils ne le sont pas»* (agent social du CHR 5), ce désaccord est important. Pour certains, le fait de ne pas vérifier les dires des malades qui se présentent à leur niveau les empêche de bien remplir leurs attributions: ils ne

peuvent pas être convaincus de la sincérité des propos de l'intéressé et, ainsi, il est impossible d'identifier ceux qui sont réellement dans le besoin. La figure ci-dessous illustre les différents rôles mentionnés par les agents sociaux lors des entretiens et les moyens mis en oeuvre pour y répondre.

Figure 2: Les fonctions des agents sociaux



4.2 La définition de l'indigence

À travers l'étude de la question de la gratuité des services pour les indigents, nous avons constaté la difficulté qu'ont semblé rencontrer les acteurs chargés de la mettre oeuvre. À plusieurs reprises, ils ont affirmé qu'une des grandes difficultés de l'exonération est en fait l'identification de ses bénéficiaires compte tenu de la complexité de la notion de l'indigence. Plusieurs termes ont d'ailleurs été employés pour catégoriser les exemptés: cas social, personne démunie, personne en difficulté, etc. Cette section vise à exposer ces différents termes afin de comprendre quels sont les individus généralement pris en charge par le service social.

Quelle différence entre l'indigent et le cas social ?

Alors qu'un des rôles des travailleurs sociaux des CHR du Burkina Faso est d'identifier les personnes indigentes pour leur faciliter l'accès aux soins de santé, il semble y avoir une absence de consensus en ce qui concerne la définition de la notion d'indigence. Bien que tous considèrent qu'il existe différents degrés de pauvreté, les termes employés pour les qualifier varient d'un CHR à l'autre. Un travailleur social du CHR 3 a même mentionné: « *J'ai posé la question à savoir qu'est-ce que l'indigence. Il faut d'abord essayer de conceptualiser l'indigence.* » La plupart des travailleurs

sociaux font la distinction entre l'indigent et le cas social, mais les termes qui sont ressortis au cours des entretiens sont plus nombreux: «*indigent*», «*personne démunie*», «*cas social*», «*personne en difficulté*» et «*nécessiteux*». De façon générale, les travailleurs sociaux distinguent le cas social de l'indigent, le premier étant circonstanciel et le second, permanent. Comme le souligne le travailleur social du CHR 2, les «*cas sociaux sont ceux qui sont dans une difficulté temporaire et l'indigence, maintenant, c'est une pauvreté permanente*». L'exemple le plus fréquemment utilisé pour illustrer l'indigence est celui des personnes vivant avec un handicap, qu'il soit physique ou mental. Le cas social correspond plutôt au scénario de la personne accidentée: «*un homme accidenté, même riche, s'il se retrouve seul à l'hôpital, c'est un cas social*» (agent social du CHR 6). L'indigent fait donc partie d'une catégorie plus vaste, celle du cas social: «*l'indigent fait partie du cas social, c'est-à-dire que le cas social englobe tout*» (agent social du CHR 4).

Toutefois, selon l'agent social du CHR 7, c'est plutôt le contraire: «*Démunie, la personne n'a rien. Mais l'indigence, c'est peut-être un facteur qui fait que la personne est indigente*». Bien que la distinction entre l'indigent et le cas social soit presque unanime, il reste que les deux sont confrontés à la même situation: l'incapacité de payer les frais liés aux soins de santé. Ainsi, cette distinction est-elle réellement utile ? Peut-être est-elle employée parce que la qualification «d'indigent» nécessite un appui prolongé, ce que les agents financiers des hôpitaux sont généralement plus réticents à offrir étant donné les coûts occasionnés par celui-ci.

Quel consensus au sujet de la notion de l'indigence ?

S'il semble y avoir une certaine homogénéité quant à la conception de la différence entre le cas social et l'indigent, la notion de l'indigence en soi est beaucoup plus disparate. En effet, plusieurs définitions sont ressorties en ce qui concerne l'indigence. Par exemple, selon les travailleurs sociaux du CHR 5, «*un indigent, c'est [...] quelqu'un qui, selon sa situation sociale, n'arrive pas à subvenir à ses besoins vitaux, c'est-à-dire, ses besoins les plus élémentaires*» et, pour l'agent communal, l'indigence, «*c'est un handicap*». Le tableau ci-dessous expose les différentes définitions citées par

les travailleurs sociaux de chaque CHR pour les trois catégories de personnes qu'elles ont identifiées, le cas échéant.

Tableau 2: La notion d'indigence

	Indigence	Cas social	Démunie et autres
CHR 1	«On entend par malades indigents [...] toute personne sans ressource ni soutien quelconque et y compris les personnes infectées sans soutien»; «La personne peut sortir de l'indigence tôt ou tard»		
CHR 2	«l'indigence, maintenant, c'est une pauvreté permanente.»	«Les cas sociaux sont ceux qui sont dans une difficulté temporaire»	«Une personne démunie, c'est une personne qui vit dans le dénuement et qui n'a pas les moyens pour faire face à ses besoins vitaux»
CHR 3	« L'indigent, dans un vrai sens pour nous, c'est un dénuement, c'est une pauvreté. Et la pauvreté, c'est un manque, c'est un état de dénuement qui interpelle l'assistance d'une tierce personne.»	«Le cas social, c'est quoi ? C'est une situation particulièrement difficile dans laquelle un individu, un groupe, une famille se trouve et que cette situation interpelle tout un chacun pour lui venir en aide. Ça ne veut pas dire que la personne est pauvre.»	
CHR 4	« l'indigent [...] c'est en fait la personne qui se trouve dans l'extrême pauvreté. Parlant d'extrême pauvreté, c'est également cette personne qui est démunie [...] c'est-à-dire que la personne est privée de ressources, tant matérielles que financières. Et démunie sociale. Ça veut dire que, sur le plan social, elle n'a aucun soutien, que ce soit exogène ou endogène»	«l'indigent fait partie du cas social, c'est-à-dire que le cas social englobe tout»	
CHR 5	«Pour nous, un indigent [...] c'est quelqu'un qui, selon sa situation sociale, n'arrive pas à subvenir à ses besoins vitaux, c'est-à-dire ses besoins les plus élémentaires»	«Un cas social n'est pas un indigent, mais un indigent est un cas social. Avant d'être indigent, il faut être sous le couvert du cas social»	

CHR 6	«Mais l'indigent, par contre, on l'a définit comme une personne tout-de-suite identifiable qui, même par rapport à sa charge financière, n'arrive pas à faire face à ses obligations et fait recours à une aide sociale pour sa prise en charge par le reste de la société.»	«Et le cas social, c'est une définition. On le définit comme étant une personne vivant une situation difficile et qui a besoin d'une assistance de la part de la société du fait de son incapacité à faire face à sa charge.»	«De plus en plus, on parle maintenant de personne en difficulté.»
CHR 7	«Quand on dit malade indigent, c'est ça. Critères retenus pour le choix des familles nécessiteuses: famille de 6 enfants; au moins un chef de famille sans emploi et sans revenu; orphelin; parent handicapé sans emploi; mère célibataire sans soutien; enfants abandonnés; père à l'étranger laissant la famille sans soutien; malades chroniques; sinistrés; veuves; personnes âgées sans enfant ou parent pour les assister.»		«Démunie, la personne n'a rien. Mais l'indigence, c'est peut-être un facteur qui fait que la personne est indigente.»
CHR 8		«Un cas social, c'est toute personne qui se trouve dans une situation de difficulté et qui, par ses propres moyens, n'arrive plus à se sortir de cette situation»	
CHR 9	«Il y a ceux qu'on appelle les indigents permanents [...] il y a des cas où c'est saisonnier [...] il y a des cas qui sont victimes d'un évènement naturel ou temporel donné»	«on définit le cas social comme quelqu'un qui a des difficultés d'adaptation à son milieu»	«malades en difficulté»
Agent communal	«L'indigent, c'est celui qui ne jouit pas de toutes ses facultés pour travailler. Si on prend une famille démunie. On va trouver un autre critère. Si le chef de famille est malade depuis longtemps, l'état nécessiteux va se transformer en état indigent.»		«Nécessiteux, c'est quelqu'un qui est dans le besoin. L'indigence, c'est un handicap.»

Sources : entretiens

L'analyse de ce tableau montre que les définitions de l'indigence qu'utilisent les agents sociaux varient d'un CHR à l'autre. Si elles sont différentes, une tendance générale semble tout de même se dégager de l'analyse: les agents sociaux associent à l'indigence la notion d'extrême pauvreté. Ils perçoivent l'indigent comme un individu qui fait face à une situation de pauvreté et qui est trop démunie pour pouvoir s'en sortir lui-même (handicapé, orphelin).

Plusieurs agents on affirmé que, pour pouvoir qualifier un individu d'indigent, il est absolument nécessaire de mener une enquête sociale. C'est seulement à l'issue de cette enquête que pourra être délivré le certificat d'indigence, ce que confirme l'agent social du CHR 2: « *L'indigent, c'est par l'enquête sociale qu'on peut déterminer si une personne est indigente. Sinon, on ne peut pas attribuer un statut à une personne.*» Selon une des travailleuses sociales du CHR 1, «*délivrer un certificat d'indigence, ça demande une longue enquête [...] au niveau de la mairie, pour donner le certificat d'indigence à quelqu'un, on peut mener une enquête de près de trois mois avant de déclarer la personne indigente*». Et pour le travailleur social du CHR 8, la seule preuve incontestable qui déclare l'indigence d'un individu, c'est le certificat d'indigence. L'indigence devient alors davantage un statut administratif que seul un certificat d'indigence peut attester, qu'une situation à laquelle une personne fait face. De plus, dans la plupart des cas, les certificats d'indigence sont délivrés en grande majorité aux malades chroniques et surtout au PV/VIH alors que, si l'on se fie aux définitions données par les travailleurs sociaux, l'indigence ne se limite pas qu'à la sérologie d'une personne ou à une maladie chronique quelconque.

Comment sélectionner les indigents ?

Certes, il semble y avoir une tendance générale au sujet de la notion de l'indigence, mais celle-ci reste vague. Qu'est-ce que l'extrême pauvreté ? Doit-on absolument être handicapé ou orphelin pour pouvoir être qualifié d'indigent ? Ce concept ne semble pas être suffisant pour cibler les bénéficiaires de l'exemption du paiement. Comme la notion de l'indigence n'a pas encore fait l'objet d'un consensus précis, les critères pour identifier les indigents sont aléatoires et relèvent davantage de la formation et de l'expérience professionnelles et personnelles des travailleurs sociaux que d'une réflexion à l'échelle nationale. Les travailleurs sociaux ont souvent mentionné le fait que les critères sont subjectifs. Puisqu'aucun critère institutionnalisé n'oriente leur choix et que les cas varient les uns des autres, ils travaillent au cas par cas quel que soit le CHR. Les agents sociaux sont donc amenés à évaluer le degré de pauvreté des malades et à le prendre en charge en fonction de ce

degré. Lorsque le malade se situe sous le couvert de l'indigence (lorsqu'il fait face à une pauvreté permanente), l'aide apportée par le service social tend à être plus importante: *«Généralement, ceux qui sont beaucoup plus indigents ou ceux qui constituent un fardeau, en quelque sorte, ce sont ceux qui arrivent déjà indigents»* (agent social du CHR 9). Quand il s'agit d'un cas social (lorsqu'il fait face à une difficulté ponctuelle), l'aide est davantage ponctuelle et vise à appuyer le malade en attendant qu'il se remette sur pied et trouve les moyens pour honorer les frais liés aux soins de santé. Bien que, selon certains agents sociaux, les critères pourraient leur faciliter la tâche en rendant leur travail moins subjectif: *«Ça va faciliter la tâche pour nous parce que, en fonction de ces critères, ça va aller plus rapidement. Au moins, le subjectivisme sera réduit»* (agent social du CHR 8), d'autres sont inquiets que des critères trop stricts n'excluent certaines personnes de l'exemption du paiement alors qu'ils en ont réellement besoin. C'est ce qu'affirme une des travailleuses sociales du CHR 1:

C'est difficile, parce que les cas ne sont pas les mêmes. Comme je l'ai dit, il y en a qui viennent et qui ne sont pas indigents. C'est à la longue qu'ils tombent dans l'indigence [...] Ou, par exemple, un commerçant qui voyage qui a un accident. Il n'est pas indigent en tant que tel, mais comme il n'est pas dans son milieu, nous sommes obligées de le prendre en charge [...] Si les critères ne prennent pas en compte toutes ces possibilités-là, je pense qu'il y aura un manque à quelque part

Aussi, selon plusieurs agents sociaux, leur formation et leur expérience professionnelle leur permettent d'identifier les indigents sans avoir recours à des critères. L'absence de critère bien défini pose plutôt problème au niveau des agents financiers auprès desquels les travailleurs sociaux doivent se justifier pour chaque exonération. L'absence de critère fait en sorte que les agents financiers sont plus enclins à remettre en question leurs choix, mais ne les empêche pas de bien effectuer leur travail.

4.3 La typologie des circuits

Comme le CHR est une structure de référence, les portes d'entrées sont multiples. Les patients, eux-mêmes, n'ont pas nécessairement la connaissance de l'existence d'un service social au

sein de l'hôpital et, lorsqu'ils éprouvent des difficultés, ils y sont référés par les différentes structures auxquelles ils ont demandé de l'aide. Les circuits qui mènent les malades au service social sont nombreux et sont internes ou externes aux Centres hospitaliers régionaux. Compte tenu de l'absence de définition précise de l'indigence et de la quasi-absence de critères qui en découle, les agents sociaux sont souvent amenés à se fier à des sources extérieures à leur service pour l'identification des indigents. Le circuit du malade est donc essentiel à la façon dont il sera pris en charge par le service social.

Les circuits internes

Le plus souvent, les malades hospitalisés au CHR qui éprouvent des difficultés à honorer leurs ordonnances ou leurs examens sont d'abord identifiés par les infirmiers major des unités de soins et, ensuite, dirigés vers le service social. Plusieurs aspects peuvent motiver le personnel soignant à orienter un patient vers le service social: le temps mis pour honorer les ordonnances; le fait qu'un malade puisse passer toute une journée sans soins ou sans prendre ses médicaments; les malades longs séjours qui, à force de dépenser pour avoir accès aux soins, voient leurs ressources s'épuiser; le degré d'urgence de la maladie. Le personnel soignant contacte alors le service social, ou y dirige l'accompagnateur ou le malade avec une fiche de référence. Dans la majorité des CHR, cette référence est indispensable à la prise en charge du malade par le service social, comme dans le cas du CHR 1: *«Si la personne est déjà internée à l'hôpital ici, elle ne peut pas venir sans la référence d'un médecin.»* Au CHR 9, la référence d'une des unités de soins est un préalable à la prise en charge. En général, le service social est plus enclin à appuyer les malades référés par le personnel soignant, puisque les travailleurs sociaux ont confiance en leur compétence pour identifier les plus défavorisés. C'est seulement au CHR 4 que le travailleur social a affirmé avoir certaines difficultés avec le personnel soignant en ce qui concerne les malades référés:

Les unités de soins, après avoir constaté qu'un patient est à leur niveau et, qu'en tout cas, il a des difficultés par rapport à ses soins, ils nous interpellent et là, souvent, ce n'est vraiment pas facile [...] Parce que le principe, c'est d'orienter la personne vers

le service social et lui donner l'information par rapport à sa situation [...] Mais souvent, dès le service clinique, on peut dire à l'intéressé: pars au service social, on va t'aider.[à honorer tes ordonnances ou tes examens] Maintenant, quand la personne vient, nous, on constate qu'elle a peut-être un autre problème, ou bien, c'est un manque de bonne volonté [...] Ça crée des mésententes

Le travailleur social est donc tout aussi réticent par rapport aux cas qui sont référés par des unités de soins du CHR 4 et il ne les prend pas en charge systématiquement. Dans la plupart des CHR, lorsque le patient est référé par les urgences, la prise en charge est automatique et parfois même totale. C'est le cas du CHR 1: *«il y a des cas qui viennent vraiment démunis à partir des urgences. Là, c'est une prise en charge totale jusqu'à la sortie».*

Les circuits externes

En plus des unités de soins des CHR, d'autres structures réfèrent les patients aux services sociaux: la direction provinciale de l'action sociale, les CMA et les CSPS, les associations et les maisons d'arrêt. *Action sociale provinciale et départementale.* Puisque les services sociaux provinciaux sont impliqués dans le soutien aux personnes vulnérables, ils possèdent à leur niveau une liste de clients auxquels ils fournissent un appui. Cet appui peut consister en un sac de riz, des béquilles, des tricycles, etc. Avant d'aider les individus qui se présentent à leur bureau, les travailleurs sociaux de l'action sociale disent effectuer des visites à domicile pour vérifier la véracité des propos des intéressés. Ils évaluent leurs conditions de vie. Les services sociaux provinciaux sont également chargés d'effectuer les enquêtes sociales pour les certificats d'indigence. Certaines personnes sont des clients réguliers de l'action sociale et, lorsqu'ils sont en situation de maladie, plutôt que de se présenter directement à l'hôpital, ils vont à l'action sociale, conscients que les soins de santé ne sont pas gratuits. Les travailleurs sociaux de l'action sociale réfèrent alors leurs clients au service social du CHR de leur région. Puisque ces personnes ont déjà été identifiées par la direction provinciale, les travailleurs sociaux de l'hôpital tendent à les prendre en charge plus rapidement: *« À leur niveau [la direction provinciale], il y a une liste d'indigents, donc, souvent, ces indigents-là passent par l'action sociale, qui lui donne une fiche d'indigence qui nous permet de prendre en charge*

automatiquement la personne, sans un interrogatoire.» (CHR 3). Autrement dit, «ils ont déjà fait le travail [...] c'est un indigent déclaré» (CHR 2).

Il arrive parfois que les malades se présentent à l'hôpital avec un certificat d'indigence. Ce certificat atteste que la personne qui le possède est indigente et donne droit à un certain nombre d'avantages sociaux. Le certificat d'indigence est délivré par la Direction provinciale de l'Action sociale. Afin d'en acquérir un, il faut d'abord en faire la demande et, c'est à ce moment que les travailleurs sociaux de l'Action sociale entameront une enquête sociale lors de laquelle ils devront se déplacer à plusieurs reprises dans le milieu de l'intéressé. Lorsqu'un individu se présente à l'hôpital avec ce certificat, les travailleurs sociaux sont plus enclins à le prendre en charge puisque le certificat d'indigence est une preuve incontestable qui implique une enquête rigoureuse. L'agent social du CHR 8 a affirmé: *«Il y a un certain nombre de malades qui ont des certificats d'indigence. Cela facilite le travail, parce que c'est au niveau de la Direction provinciale de l'Action sociale qu'on fait l'enquête et c'est le préfet qui signe le certificat d'indigence. À ce moment, ces malades, on n'a pas besoin d'aller plus en profondeur, on fait un simple entretien.»* Le certificat permet parfois aux malades d'être pris en charge sans passer par le service social.

CMA et CSPPS. Les patients peuvent également être référés par les autres structures sanitaires de la région, les CMA et les CSPPS, lorsque les soins nécessités par le malade ne sont pas offerts à leur niveau ou, encore, parce qu'ils ne disposent pas des moyens suffisants pour prendre en charge les personnes incapables de payer. Ils sont alors transférés vers les CHR avec une fiche de référence à l'appui. Les patients référés par les CMA ou les CSPPS sont souvent à un stade de maladie avancé et le service social est contraint de les prendre en charge de façon urgente: *«Lorsqu'un malade est référé par des CSPPS ou des CMA et que c'est une maladie de cas d'urgence, souvent, nous sommes obligés d'intervenir parce que ce sont des malades qui ont traîné d'abord, épuisé toutes leurs ressources avant de venir» (CHR 3).*

Autres structures. Les patients sont aussi référés par les maisons d'arrêt ou par des associations ou des ONG. Certaines associations travaillent avec les personnes vulnérables et, lorsque celles-ci tombent malades, elles sont orientées vers le service social de l'hôpital. Comme ces personnes sont déjà identifiées au sein des associations, les travailleurs sociaux peuvent leur apporter un soutien sans craindre de faire une erreur de sélection. Au CHR 6, il existe même un partenariat avec une association religieuse qui implique que toute personne qu'elles réfèrent voit les frais liés à ses soins de santé exonérés de 50%. Les détenus référés par les maisons d'arrêt font également partie des clients des services sociaux en milieu hospitalier.

Entrée directe au service social du CHR. Certains malades se dirigent directement au service social sans référence. Ces cas sont plus rares et le service social est habituellement plus méfiant vis-à-vis d'eux. Ils se disent que la personne, le malade ou l'accompagnateur, a peut-être entendu parler du service social et a décidé de s'y présenter pour ne pas avoir à assumer les frais liés aux soins de santé. C'est ce qu'ont affirmé les travailleuses sociales du CHR 9:

Mais venir comme ça... on sait que tu peux prendre ton malade en charge, mais tu ne veux pas t'engager. Ça, c'est autre chose [...] Même hier matin, il y en a un qui est venu ici avec sa femme dehors. Lui est rentré et je lui ai demandé qui l'a référé. Il m'a dit que ce sont des infirmiers. Je lui ai dit que, comme c'est en médecine, nous allons aller voir parce que, généralement, il faut un bout de papier écrit. J'y suis allée tranquillement et les infirmiers m'ont dit qu'ils n'étaient pas au courant. Effectivement, le malade était venu depuis trois jours. Il devait faire la radio. Quelqu'un a dû lui dire de venir ici. Finalement, il est resté là-bas et il n'est plus revenu. Ça veut dire qu'il pouvait payer les frais de la radio.

Aux CHR 1, 4 et 9, la référence est un pré requis à la prise en charge et les malades doivent être hospitalisés au sein du CHR pour bénéficier d'un appui. Ainsi, un individu ne peut pas se présenter directement au service social sans référence et solliciter leur aide. Le tableau ci-dessous résume les différentes portes d'entrée menant au service social et le type de prise en charge qui en découle.

Tableau 3: La typologie des circuits (allant du plus fréquent au moins fréquent)

PORTES D'ENTRÉE	RÉSULTATS
Personnel soignant (majors d'unité ou infirmiers) des unités de soins	Il est plus facile pour le travailleur social de prendre une décision lorsque le malade est référé par le personnel d'une unité de soins, puisqu'une partie du travail a déjà été effectuée. Toutefois, un travailleur social a mentionné que les agents de santé n'ont pas la même conception de l'indigence que lui, ce qui crée des incompréhensions et des mésententes quant aux personnes retenues par le service social.
Direction provinciale de l'Action sociale et certificats ou attestations d'indigence	Les travailleurs sociaux sont plus enclins à prendre en charge les cas orientés par la Direction provinciale de l'Action sociale puisqu'ils ont déjà été déclarés indigents à leur niveau. Les cas qui se présentent avec un certificat ou une attestation d'indigence sont pris en charge plus rapidement et parfois même automatiquement.
CMA et CSPS	Les cas qui proviennent des CSPS ou des CMA sont souvent des cas urgents. Le service social est alors contraint de les prendre en charge.
Autres structures (associations, maisons d'arrêt)	Les cas dirigés par les associations et les maisons d'arrêt sont souvent pris en charge par le service social.
Entrée directe (cas qui viennent d'eux-mêmes)	Les agents sociaux sont plus sceptiques vis-à-vis des cas qui se présentent d'eux-mêmes et sont plus réticents à les prendre en charge.

En résumé, la référence constitue un élément essentiel dans le processus de prise de décision des agents sociaux. Si elle n'est pas un pré requis pour tous les CHR, elle influence certainement le type de prise en charge auquel auront droit les malades.

4.4 La prise en charge

Processus de prise de décision

Après avoir été identifié par le personnel soignant ou orienté par une structure externe à celle du CHR, le patient est interrogé par les travailleurs sociaux, à moins d'avoir en main un certificat ou

une carte d'indigence. Dans ce cas, certains hôpitaux permettent aux malades de passer directement à la caisse sans faire appel au service social. L'interrogatoire consiste en deux éléments: la fiche d'enregistrement et l'entretien.

Enregistrement par le biais d'une fiche. La fiche permet aux travailleurs sociaux de conserver les dossiers des malades qu'ils appuient et de compléter certaines informations en ce qui concerne leurs conditions de vie. Tous les services sociaux interrogés se servent d'une fiche pour identifier leurs malades. Elle est composée de certains renseignements sur le patient, soit son nom et son prénom, son âge et son sexe, la date et le lieu de sa naissance, sa nationalité, sa profession et ses ressources, sa situation matrimoniale, le nombre de personnes à sa charge, ses relations (les personnes ressources qui peuvent également lui apporter un soutien), le service référent, le médecin traitant et, finalement, la date de son entrée à l'hôpital.

Entretien. Cette fiche sert également de guide d'entretien. Elle oriente les travailleurs sociaux dans les éléments à prendre en compte. Puisqu'en milieu hospitalier, les travailleurs sociaux sont confrontés à des situations d'urgence, la prise de décision doit se faire rapidement. Ainsi, ils doivent se contenter d'un bref entretien. De tous les services sociaux interrogés, quatre affirment se rendre au chevet du malade pour évaluer ses conditions de vie (CHR 1, CHR 3, CHR 6, CHR 8) et deux affirment se déplacer hors du CHR, dans le milieu de vie du malade (CHR 5, CHR 8). Toutefois, ces deux derniers admettent qu'ils ne prennent cette initiative que rarement en raison de la contrainte de temps et du manque de ressources. C'est donc principalement à travers l'entretien que les agents sociaux évaluent la situation du patient et prennent une décision. Lors de cet entretien, les travailleurs sociaux discutent habituellement des ressources du patient, de l'évolution de la maladie, du nombre d'enfants à charge, bref, des points établis par la fiche d'enregistrement. Il est important de mentionner que ces éléments ne sont que des orientations et que la décision finale relève du jugement personnel des agents sociaux et est prise au cas par cas: « *L'entretien, à travers le*

consulting, vous discutez avec la personne et, si tu mens, ça se ressent [...] c'est notre jugement personnel» (CHR 3).

Bien qu'aucun service social n'ait implanté des critères bien définis et institutionnalisés qui lui permette d'identifier les malades, tous prennent en compte un certain nombre de critères pour prendre leur décision.

Éléments qui influencent la prise de décision. Ces critères peuvent être divisés en deux catégories: les critères liés à la situation socio-économique du patient et les critères liés à la viabilité économique du CHR. Les critères employés sont assez homogènes d'un CHR à l'autre, mais l'importance accordée à chaque critère peut varier.

En ce qui concerne les critères liés à la situation socio-économique du patient, les agents sociaux évaluent d'abord le degré d'urgence de la maladie. La condition physique du patient est un élément essentiel. En effet, comme le souligne l'agent social du CHR 6, *«Il faut lever l'urgence d'abord»*. Lorsqu'un malade se présente à l'hôpital dans une situation de vie ou de mort, le service social est contraint d'intervenir pour maintenir la personne en vie. Au CHR 3, le service social n'intervient qu'en situation d'urgence et les agents sociaux considèrent que, si ce n'est pas urgent, le malade ou l'accompagnateur peut prendre le temps d'aller trouver des ressources financières: *«Si ce n'est pas une situation d'urgence, on les sensibilise à aller chercher leurs moyens pour se prendre en charge»*. Au CHR 6, la pharmacie de l'hôpital n'intervient que dans les cas d'urgence en fournissant des kits d'urgence gratuits. L'urgence est donc un critère fondamental dans la prise de décision des travailleurs sociaux. Les maladies chroniques et les longs séjours sont aussi des indices importants, puisque les malades, à force de dépenser pour payer les frais liés à leur hospitalisation ou à leurs ordonnances, épuisent toutes leurs ressources. Le service social intervient alors pour leur permettre de reprendre leur souffle:

Par exemple, les longues maladies. Ils ont acheté les produits et, à un certain moment, ils n'ont plus rien. Et quand ces cas viennent chez nous, nous pouvons les aider à acheter deux ou trois ordonnances le temps qu'ils

trouvent des ressources pour continuer le traitement. Ou, [...] ils ont fait un long séjour de 10 ou 15 jours, ils ont épuisé tous les fonds alors qu'en médecine, l'hospitalisation fait 1000 FCFA par jour. (CHR 1)

Le service social doit également assurer les coûts liés aux soins de santé des malades abandonnés ou sans accompagnateur: *«les malades sans accompagnant, là, depuis la date d'entrée jusqu'à la sortie, c'est nous qui faisons tout puisqu'il n'y a personne»* (CHR 2). C'est dire que leur prise en charge est systématique (CHR 5).

Un certain nombre de critères liés à la condition économique des patients sont aussi considérés. Les agents sociaux évaluent la source de revenu des patients: ont-ils un emploi ? font-ils de l'élevage ou de l'agriculture ? les chefs de leur famille sont-ils présents ? combien de personnes ont-ils à leur charge ? ont-ils des enfants ? Les personnes pouvant bénéficier du soutien du service social doivent être dans une condition économique qui ne leur permet pas de se prendre en charge elles-mêmes, par exemple, les orphelins, les filles-mères, les élèves, les détenus et les exclus sociaux. Le moyen de transport constitue un indice de la situation économique du patient: *« un malade peut venir avec une charrette [...] ça nous donne une idée des conditions de vie [...] Pourtant, s'ils avaient pu amener l'intéressé avec une ambulance, bon, on se dit que peut-être le ménage, déjà, ça va.»* (CHR 4) La distance parcourue par le malade permet aux travailleurs sociaux d'évaluer les ressources dépensées avant d'arriver au CHR. La situation géographique est aussi révélatrice des conditions de vie. L'âge du patient influence parfois la décision finale.

Outre les critères liés à la condition sociale et économique du patient, les agents sociaux doivent tenir compte de la viabilité économique du CHR. Le caractère lucratif de l'hôpital restreint les travailleurs sociaux dans le nombre de personnes qu'ils peuvent prendre en charge. Certains hôpitaux allouent une ligne budgétaire au service social, mais, lorsque le budget s'épuise, le service social est bloqué. Dans certains cas, il peut continuer d'appuyer les malades par des exonérations, mais il ne peut plus fournir des médicaments (CHR 2); dans d'autres, il ne peut plus rien faire. C'est ce que résume un agent social du CHR 9:

L'organisation dépend des CHR et dépend souvent des budgets. Or, il y a des CHR qui ouvrent leur budget et qui le rendent disponible au service social ou qui mettent cette somme à la disposition de la pharmacie et sur la base de « bons » nous collaborons avec la pharmacie jusqu'à ce que le total de cette somme mise à leur disposition s'épuise. Mais, au-delà de ça, en fonction des moyens qui sont disponibles, le robinet est soit ouvert ou fermé puisque, selon les moyens, on peut essayer de voir dans quelle mesure gérer ou rationaliser. Plus il y a des moyens, plus nous aidons. C'est la priorité dans la priorité.

De plus, certains examens sont trop onéreux pour pouvoir être exonérés au bénéfice des clients du service social et certains médicaments ne sont pas compris dans ce qui peut être accordé aux indigents. Au CHR 3, l'ordonnance doit être au-dessus de 1000 FCFA pour que le service social soit autorisé à la prendre en charge: *«Les critères sont tels que, si ce n'est pas au-dessus de 1000 FCF, quand même ils se disent que la personne peut venir payer. Alors qu'en deçà de 1000 FCFA, ils ne peuvent pas payer. Souvent, nous sommes obligés de notre poche de payer les produits.»* Aux CHR 7 et 9, les agents sociaux considèrent que, pour bénéficier de leur appui, le patient doit au moins avoir participé un peu, par exemple en payant l'ordonnance. Bref, en fonction du besoin de l'intéressé, sa requête peut lui être refusée. C'est dire qu'entre *«un établissement public, à caractère sanitaire, qui a la pression du gouvernement ou de l'État qui veut voir des résultats [...] et entre un hôpital également à vocation sociale, [les agents sociaux sont] en permanent conflit»* (CHR 9).

Le tableau ci-dessous résume les critères qui entrent en compte dans la prise de décision des travailleurs sociaux.

Tableau 4: Les critères

Les critères liés à la situation socioéconomique du patient	
La condition physique du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Degré d'urgence de la maladie (les accidentés) - Longs séjours - Maladies chroniques - Personnes handicapées
La condition sociale du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Malades sans accompagnateur - Orphelins - Filles-mères - Détenus - Exclus sociaux - Âge - Statut matrimonial
La condition économique du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Source de revenu - Élevages, agriculture - Profession - Ménages dont les chefs de familles sont absents - Nombre d'enfants - Nombre de personnes à charge - Moyen de transport - Situation géographique - Distance parcourue
Le certificat d'indigence	<ul style="list-style-type: none"> - Détenir un certificat d'indigence
Les critères liés à la viabilité économique du CHR	
<ul style="list-style-type: none"> - Budget alloué au service social - Caractère lucratif de l'hôpital - Coût et disponibilité des produits et des examens liés aux besoins du patient 	

Les travailleurs sociaux se servent de cet ensemble de critères pour évaluer la condition du malade. Un critère à lui seul, à l'exception peut-être du degré d'urgence de la maladie et des malades sans accompagnant, ne peut leur permettre de prendre une décision. C'est à la lumière de cet ensemble de critères que les travailleurs sociaux identifient les indigents au cas par cas.

Difficultés liées à l'application. Cette méthode comporte néanmoins plusieurs difficultés. D'abord, les travailleurs sociaux sont confrontés à un manque de ressources. Le budget restreint la portée des actions du service social. Une fois que ce dernier est dépensé, le service social est bloqué et le budget est souvent insuffisant pour assurer une prise en charge des indigents tout au long de l'année: *«nous travaillons sur la base d'un budget et, en tout cas, ça n'a jamais atteint la fin de l'année»* (CHR 2). Dans certains cas, le service social ne peut prendre en charge que certains examens ou certaines ordonnances. Ainsi, certains malades ne peuvent être soutenus en raison de leurs besoins: *«On ne peut pas dépasser le cadre de ce que la structure a décidé»* (CHR 1). En plus du manque de ressources, les travailleurs sociaux sont aussi contraints par le temps. La rapidité avec laquelle ils doivent prendre leur décision réduit le temps qu'ils peuvent accorder à l'identification des indigents. Ils ne peuvent pas sortir vérifier les dires des intéressés, ce qui rend leur décision plus subjective: *«Étant à l'hôpital, ici, on gère des urgences. On ne peut pas se permettre de sortir pour aller faire des enquêtes pendant que le malade est souffrant devant nous, donc on se base sur des faits concrets qu'on voit à l'hôpital, ici.»* (CHR 2) Cette subjectivité est également le résultat de l'absence de critères bien définis. Non seulement les agents sociaux n'accordent pas nécessairement la même importance aux critères, mais ces critères diffèrent de ceux employés par le personnel soignant, ce qui peut créer des incompréhensions: *« j'ai mes propres critères. Voilà pourquoi, souvent, je dis qu'on ne se comprend pas, mais je tente de faire le feedback. Si les gens de santé viennent, je dis pourquoi je ne l'ai pas pris en charge»* (CHR 4). La décision du service social relève de la perception qu'ont les travailleurs sociaux des individus qui se présentent à leur bureau et elle dépend aussi de la capacité qu'ont ces mêmes individus à exprimer leur problème:

[...] ça dépend de ce que la personne est venue dire. Par exemple, je sais qu'au niveau de la pédiatrie, une fois, on a envoyé une dame venir nous dire que son mari est décédé et, au cours de l'entretien, elle a commencé par ça et, pendant l'entretien, son mari aurait donné quelque chose à l'enfant (rires). J'ai refusé, mais après, quand le mari même est venu, ils étaient dans l'impossibilité de payer et je suis revenu sur ma décision [...] Montrer son problème, poser son problème. (CHR 5)

Pour le DRH du CHR 8, «*C'est l'objectivité ou la subjectivité de ces critères-là. Si, par exemple, votre critère, c'est moins de 100 F CFA par jour, et à moins de 100 F CFA on juge que vous êtes indigents. La personne, il faut qu'elle dise qu'elle a tel montant. Il faut vérifier pour voir si c'est fondé. Sinon, au Burkina, tout le monde est indigent.*» C'est dire que la subjectivité des critères qu'utilisent les agents sociaux rend leurs décisions plus partiales et sont plus facilement contestées.

Une autre difficulté soulevée par les agents sociaux est l'impossibilité de vérifier l'exactitude des propos des patients. Selon plusieurs, comme certaines personnes ont entendu parler du service social, elles s'y présentent en espérant avoir accès aux soins gratuitement alors qu'elles en ont les moyens: «*[...] il y a des personnes qui viennent et qui ont entendu qu'au service social c'est gratuit. Donc, ils viennent et ils aiment utiliser des subterfuges pour passer dans les mailles*» (CHR 8). Pour le travailleur social du CHR 8, la plupart des gens qui se présentent au service social sont de mauvaise foi et refusent de déboursier pour leurs soins de santé. C'est la plus grande difficulté à laquelle sont confrontés les agents sociaux. Or, nous avons aussi interrogé l'agent social qui a travaillé au sein de ce même CHR pendant 10 ans et, selon elle, s'il arrive que certains mentent pour avoir accès à la gratuité, ces cas sont assez rares. La perception qu'ont les agents sociaux par rapport à l'honnêteté des patients varie d'un CHR à l'autre. Au CHR 8, un patient sur deux est un faux-cas selon les agents. Au CHR 4, il s'agit de trois patients sur dix, donc environ le tiers des patients et, au CHR 5, les agents sociaux n'ont repéré que trois faux-cas au cours de l'année. Pour les travailleurs sociaux du CHR 2, toute personne qui se présente au service social est dans le besoin: «*Sinon, nous pensons que quelqu'un ne peut pas avoir les moyens et refuser de se soigner. S'il vient ici, c'est qu'il*

est vraiment dans le besoin». En général, les travailleurs sociaux réussissent assez bien à identifier les bénéficiaires de l'exemption du paiement, mais éprouvent des difficultés quant à la justification de leur choix auprès des agents financiers.

La nature du service

Les services offerts aux bénéficiaires sont généralement de quatre ordres: l'appui pour l'achat de médicaments, les exonérations du coût des actes ou de l'hospitalisation, l'aide matérielle et la réinsertion sociale. Chaque CHR est libre d'allouer une ligne budgétaire pour la prise en charge des indigents. Le budget accordé au service social varie d'un CHR à l'autre et, en conséquence, la disponibilité des services pour les indigents n'est pas la même. Dans certains cas, les agents sociaux ont la possibilité de payer des médicaments lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles au dépôt de l'hôpital (qui ne comprend habituellement que des génériques), dans d'autres, les malades indigents n'ont même pas accès aux médicaments du dépôt. Le tableau ci-dessous résume les différents services offerts aux indigents par le service social de chaque CHR. On y trouve les montants alloués à la prise en charge des malades dans l'incapacité de payer les ordonnances ou les actes exonérés. Certains des services sociaux n'avaient pas accès à toutes ces données et les chiffres comprennent non seulement ceux qui concernent les indigents, mais parfois aussi ceux qui concernent les PV/VIH.

Tableau 5: Les services disponibles pour la prise en charge

CHR	Montant dépensé par le service social en 2009	Nombre de personnes reçues et/ou d'actes exonérés et/ou d'ordonnances prises en charge	Actes et hospitalisation	Médicaments
CHR 1	760 000 FCFA	182 actes pour 144 cas et 302 ordonnances.	L'exonération des actes ne dépend pas du budget, puisque les agents sociaux peuvent exonérer toute l'année le coût des actes ou de l'hospitalisation.	Le montant est uniquement réservé aux produits pharmaceutiques (situés au dépôt de l'hôpital et en pharmacie). Une fois qu'il s'écoule, les agents sociaux ne peuvent plus prendre en charge les médicaments demandés par les malades.
CHR 2	2 millions FCFA (budget alloué au service social par le CHR)		IDEM	IDEM
CHR 3		1 ^{er} et 2 ^e trimestre, 326 (avec les PV/VIH); 3 ^e trimestre, 205; 4 ^e trimestre, 157 personnes.	Les exonérations du coût des actes et de l'hospitalisation sont, la plupart du temps, de l'ordre de 50%. C'est seulement pour certaines « catégories spécifiques » que l'exonération atteint 100%.	Un certain montant est alloué à la pharmacie pour les kits chirurgicaux, les génériques et les spécialités. Est-ce pour les indigents ?
CHR 4	3 797 250 FCFA	786 dont 327 nouveaux cas.	Les agents sociaux peuvent exonérer les actes tout au long de l'année	Les indigents n'ont pas droit à tous les médicaments disponibles au dépôt pharmaceutique, seulement à quelques médicaments génériques.
CHR 5	N/A	2822 (sur 2825 personnes qui se sont présentées au service social), soit 700 indigents et 2122 PV/VIH.	Les malades indigents n'ont pas droit à certains actes des unités de soins spécialisés. Lorsque la situation est critique, les agents sociaux doivent faire des plaidoyers auprès des différentes unités pour avoir accès aux soins.	Les indigents n'ont pas accès à tous les médicaments disponibles au dépôt pharmaceutique.

CHR 6	1 300 000 FCFA	590 personnes.	Les agents sociaux peuvent accorder l'exonération des coûts de l'acte et de l'hospitalisation, qui est gratuite après 30 jours.	Les patients du service social n'ont pas accès aux produits pharmaceutiques. La pharmacie de l'hôpital ne fournit que les kits d'urgence.
CHR 7			Le service social ne peut exonérer qu'un certain nombre d'actes qui sont relatifs au budget de l'hôpital. Ainsi, les actes trop onéreux ne peuvent pas être pris en charge.	Le service social n'a accès qu'aux médicaments génériques, soit à ce qui est disponible au dépôt de l'hôpital.
CHR 8		769 exonérations d'actes et 273 ordonnances.	L'appui du service social est principalement concentré sur les PV/VIH et consiste en des exonérations pour les actes.	L'appui du service social est principalement concentré sur les PV/VIH et consiste en des exonérations des produits pharmaceutiques.
CHR 9	9 413 780 FCFA	1774 actes pour un total de 9 413 780 FCFA; 981 personnes prises en charge et 992 appuis en médicaments (données 2008)	Le budget alloué par l'hôpital comprend l'exonération des actes et de l'hospitalisation. Une fois qu'il est écoulé, le service social est bloqué.	Le budget alloué par l'hôpital au service social comprend l'exonération des produits pharmaceutiques disponibles au dépôt. Une fois qu'il est écoulé, le service social est bloqué.

Sources : entretiens

Les façons de procéder varient d'un CHR à l'autre. Les pratiques ainsi que les budgets alloués ne sont pas uniformes. Le nombre de personnes prises en charge est aussi très variable. Cela pourrait peut-être s'expliquer par la sensibilité du directeur de l'hôpital vis-à-vis de la question de l'indigence, mais probablement aussi par l'importance de la région couverte par le CHR et par la notoriété du service social dans cette même région.

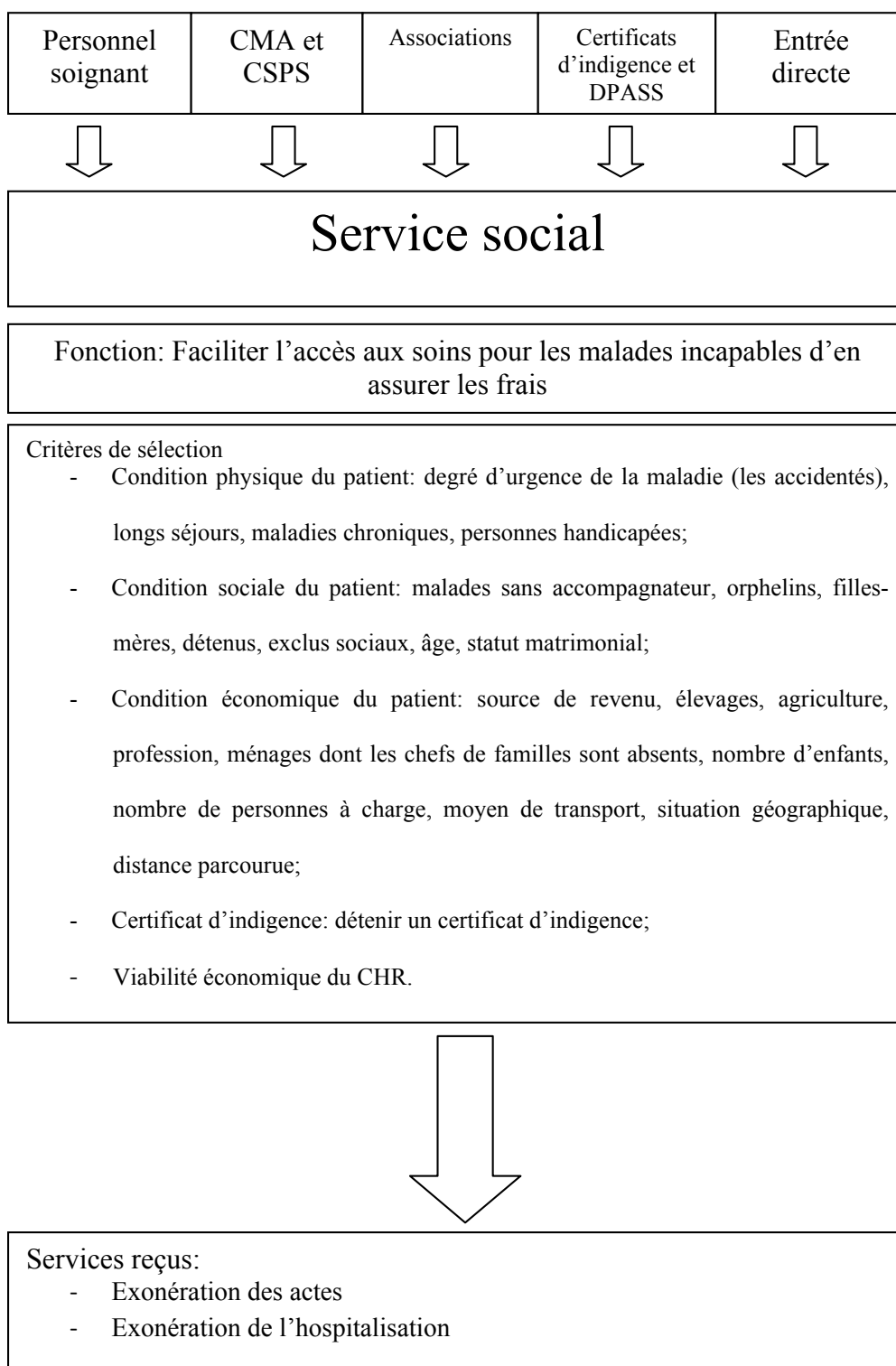
Tous ont reçu en 2009 un don d'un million FCFA du Fonds national de Solidarité, rattaché au Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, afin d'appuyer les «*personnes vulnérables*» (Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, www.action-sociale.gov). Seul le CHR 6 n'a pas mis cette somme à la disposition du service social, mais s'en ai servi pour acheter des kits d'urgence. Les autres s'en sont servis soit pour acheter des produits pharmaceutiques, soit pour augmenter le nombre de prise en charge. De tous les travailleurs sociaux

interrogés, seuls ceux des CHR 1 et 2 sont autorisés à acheter des spécialités dans les pharmacies externes au CHR. Cela signifie que, de façon générale, l'aide apportée aux bénéficiaires est tributaire de ce qui est disponible en pharmacie (dépôt MEG du CHR). Les exonérations sont soit partielles ou totales, c'est-à-dire de 50% ou de 100%. Cela dépend des conditions de vie des patients, mais aussi de la nature du service demandé. Par exemple, certains examens ou actes ne peuvent pas être exonérés parce qu'ils sont trop coûteux ou parce que le service social ne les considère pas comme une priorité. Les agents sociaux des CHR 5 et 9 ont mentionné qu'ils ne pouvaient intervenir dans ces cas. Le service social peut aussi faire des dons matériels aux patients hospitalisés: denrées, couvertures, produits hygiéniques, etc. Les agents sociaux contribuent également à la réinsertion sociale des malades, comme en participant à la recherche de parents pour les malades sans accompagnant.

Le budget qu'investissent les CHR dans la prise en charge des indigents est aléatoire et les services offerts diffèrent d'un hôpital à l'autre. Les données ci-dessus sont disparates et peu uniformes. Certains distinguent les indigents des PV/VIH, d'autres ne tiennent compte que des actes exonérés et non du nombre de personnes qui en ont bénéficié sans considérer le montant, etc.

Bref, bien que les critères occupent une place importante dans la prise de décision des agents sociaux, ils ne constituent pas le seul et unique facteur décisionnel. Au contraire, les circuits des malades ont certainement un rôle fondamental à jouer. Les fonds mis à la disposition du service social influencent également la décision du travailleur social. C'est donc une série de mécanismes qui déterminent la possibilité d'exonérer ou non le patient qui se présente au service social. La figure ci-dessous est une synthèse du parcours du malade et des critères qui lui sont appliqués.

Figure 3: Synthèse



5 Conclusion

À la lumière des résultats présentés dans cette étude, nous constatons qu'il n'existe aucun consensus auprès des agents sociaux en ce qui concerne la définition de l'indigence. Toutefois, une tendance générale ressort: l'indigent, c'est quelqu'un qui se trouve dans l'extrême pauvreté. Il va donc de soi que les critères utilisés pour identifier les indigents ne soient pas non plus bien établis. Les travailleurs sociaux ont tout de même mentionné que, compte tenu de la diversité des cas rencontrés, ils identifient les bénéficiaires au cas par cas, en se basant sur leur jugement personnel. Si cette méthode leur convient, elle pose problème au niveau des agents financiers qui remettent en question la légitimité de leurs décisions: à moins de vérifier sur le terrain ou d'exiger un certificat d'indigence, les travailleurs sociaux ne peuvent pas garantir la véracité des propos des bénéficiaires. Or, les certificats d'indigence sont délivrés en majorité aux malades chroniques et, surtout, au PV/VIH. En exigeant cette preuve aux malades indigents, on risque d'exclure des personnes qui sont dans le besoin. Aussi, le fait de demander des visites à domicile avant d'aider le malade est peu réaliste puisque la situation dans laquelle il se trouve nécessite souvent une prise en charge immédiate et que les services sociaux ne disposent de quasiment aucun moyen pour effectuer leur mission.

Les données montrent également le caractère arbitraire, donc injuste des processus de sélection. Rares sont ceux qui connaissent le service social de l'hôpital donc, qui y font appel et qui passent par les fourches caudines. De plus le manque de budget rend parfois la prise en charge carrément impossible. Tous ces facteurs font en sorte que peu d'indigents sont pris en charge en bout de ligne.

De plus, même après avoir été identifié par le service social, le malade peut voir sa requête refusée puisque les budgets de certains CHR sont limités, voir inexistant, et ne permettent pas de

répondre à ses besoins. L'accès aux soins de santé ne lui est donc pas accordé par manque de ressources.

Finalement, la sélection des bénéficiaires de l'exemption du paiement est un processus qui ne se limite pas qu'au service social des CHR. En effet, plusieurs facteurs entrent en compte dans cette prise de décision. D'abord, rares sont les malades qui se présentent directement au service social de l'hôpital. Le ciblage des bénéficiaires est donc partagé entre différentes structures qui identifient les personnes incapables de payer et qui les dirigent ensuite vers le service social. Bien que la décision finale relève des travailleurs sociaux, ceux-ci sont fortement influencés par les structures de références. Afin de comprendre le processus d'identification plus en profondeur, il serait sans doute intéressant de mener une étude auprès de ces structures qui jouent un rôle fondamental.

6 Bibliographie

Burkina Faso. Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale. *Politique nationale d'Action sociale*, Décret n°2007-470, avril 2007.

Burkina Faso. Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale. *Les services sociaux spécialisés*, Décret n° 2001-437, juin 2001.

Burkina Faso. Unicef Burkina Faso. *Protection sociale au Burkina Faso*. En ligne. <http://sites.google.com/site/protectionsocialeauburkinafaso/> (page consultée le 31 juillet 2010).

Morestin, F & Ridde, V. 2009. *L'abolition des paiements des services de santé en Afrique: ce que nous apprennent les écrits scientifiques*. Université de Montréal. <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/>

Morestin, F., Grant, P., & Ridde, V., 2009. *Les critères et les processus d'identification des pauvres en tant que bénéficiaires de programmes dans les pays en développement*, Montreal, pp. 8. <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/>

Ridde, V. (2007). *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris, L'Harmattan.

Somé P-A. et Ridde V. (2010) *Étude sur les critères de sélection des bénéficiaires de l'exemption du paiement des ARV au Burkina Faso*, Université de Montréal, Équipe de recherche Teasdale-Corti. <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/>