UNIVERSITÉ DU BURUNDI

GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI

Dépôt institutionnel officiel

https://repository.ub.edu.bi

La vie des patients en situation de précarité en séjour dans les hôpitaux publics : Etude menée dans deux hôpitaux de Bujumbura Mairie

Ndayihimbaze, Onésime; Sous la direction du : Pr. Salvator Nahimana

2024-05

UB, FLSH

https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2036

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

MASTER EN SOCIO-ANTHROPOLOGIE

LA VIE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE EN SEJOUR DANS LES HOPITAUX PUBLICS :

ETUDE MENEE DANS DEUX HOPITAUX DE BUJUMBURA MAIRIE

Par :

Onésime NDAYIHIMBAZE

Mémoire

présenté et soutenu Publiquement en vue de l'obtention du diplôme de Master en Socio-Anthropologie

Sous la direction du :

Pr. Salvator NAHIMANA

Bujumbura, Mai 2024

==========

MEMBRES DU JURY

Président : Sr Rosette MINANI

Directeur : Pr Salvator NAHIMANA

Secrétaire : Dr Melchicedec NDUWAYO

DEDICACE

A mon père YAMUREMYE Joël ;

A ma mère NTIRABIGWA Régine ;

A mes frères et sœurs ;

A mes amis et connaissances.

REMERCIEMENTS

Au seuil de ce mémoire, nous aimerions remercier vivement le Pr Salvator Nahimana pour avoir bien voulu diriger notre travail : sans ses orientations, ses conseils ; notre recherche n'aurait pas abouti.

L'expression de notre gratitude va aussi à tout le corps professoral de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines en général et celui du département de Socio-anthropologie en particulier pour leurs enseignements déterminants dans notre formation au métier de socio-anthropologue.

Nos sincères remerciements s'adressent également à l'endroit des Médecins directeurs de l'Hôpital Prince Régent Charles et de la Clinique Prince Louis Rwagasore qui ont accepté notre demande à l'accès aux données souhaitées, à l'endroit des médecins et des chefs des différents services et, plus particulièrement, à l'endroit des patients qui nous ont partagé leur vie passée dans un établissement hospitalier.

Nos sentiments de gratitude vont à l'endroit de nos parents, nos frères et sœurs, amis et connaissances pour le soutien qu'ils nous ont donné et le courage qu'ils nous ont insufflé pendant ces années d'études.

Enfin, nous ne pouvons ne pas dire « Merci, *Murakoze* » à nos condisciples avec qui nous avons passé deux années de bonheur et de peines dans notre cursus académique de Master.

RESUME

Le présent travail porte sur une étude menée dans deux hôpitaux publics de Bujumbura Mairie (l'HPRC et l'HCPLR) afin de comprendre la vie des patients en situation de précarité. Il s'agit de comprendre la part de l'hôpital dans la prise en charge des patients en situation de précarité, comprendre les stratégies mobilisées par ces derniers pour se nourrir et payer les factures des services médicaux et, enfin, cerner les attitudes de l'entourage.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons eu recours à la méthode qualitative et les techniques d'entretien. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de vingt femmes et vingt hommes dont vingt-trois patients en situation de précarité, dix professionnels de la santé et sept membres des groupes associatifs et religieux rencontrés sur terrain. Les résultats obtenus révèlent que l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC) et celui de la Clinique Prince Louis Rwagasore (HCPLR) donnent aux patients démunis un repas une fois par jour mais toujours presque le même met. Les patients démunis déplorent seulement que cette nourriture reste toujours insuffisante en quantité.

En deuxième lieu, des personnes autres que l'institution hospitalière apportent un soutien non négligeable aux patients en situation de précarité. Il s'agit des personnes regroupées en associations chrétiennes ou musulmanes. Pour eux, venir en aide aux patients en situation de précarité qui se trouvent dans les hôpitaux publics, traduit une valeur sociale primordiale, à savoir la charité. Il y a aussi des personnes qui s'engagent individuellement pour nourrir ou payer des factures des services médicaux de certains patients en situation de précarité. Les familles jouent aussi un rôle important dans la prise en charge des leurs en nourriture ou en moyens financiers. Mais une longue distance par rapport au lieu d'origine et un long séjour à l'hôpital pour les patients démunis cassent la dynamique et poussent les familles à l'abandon des leurs.

Le problème d'incapacité de payer les services médicaux et les médicaments pousse l'Etat à travers le Ministère en charge de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales et des Droits à la Personne Humaine et du Genre de se charger de leur solvabilité. Nonobstant, certains patients démunis achètent les médicaments hors de l'hôpital et les trouvent souvent trop chers dans les pharmacies privées. A cause de ce phénomène, les patients démunis ne parviennent pas à se faire soigner convenablement et la non-prise de médicament à temps peut provoquer des conséquences négatives chez les patients en situation de précarité.

Les mots-clés : Santé, Maladie, Hôpital, Précarité, Solidarité

ABSTRACT

This work concerns a socio-anthropological study carried out in two public hospitals in Bujumbura Mairie (HPRC and HCPLR) in order to understand the lives of patients in precarious situations. This involves understanding the role of the hospital in the care of patients in precarious situations, understanding the strategies used by the latter to feed themselves and pay the bills for medical services and, finally, understanding the attitudes of the surroundings.

To achieve our objectives, we used the qualitative method and interview techniques. Semi-structured interviews were conducted with twenty women and twenty men, including twenty-three patients in precarious situations, ten health professionals and seven members of associative and religious groups met in the field. The results obtained reveal that the Prince Regent Charles Hospital (HPRC) and the Prince Louis Rwagasore Clinic (HCPLR) give poor patients a meal once a day but always almost the same dish. Poor patients only deplore that this food always remains insufficient in quantity.

Secondly, people other than the hospital institution provide significant support to patients in precarious situations. These are people grouped together in Christian or Muslim associations. For them, helping patients in precarious situations who find themselves in public hospitals means honouring a primordial social value, namely solidarity. There are also people who commit individually to feeding or paying the bills for medical services offered to patients in precarious situations. Families also play an important role in providing for their loved ones with food or financial means. But a long distance from the place of origin and a long hospital stay for poor patients break the dynamic and push families to abandon their loved ones.

The problem of inability to pay for medical services and medicines pushes the State through the Ministry in charge of National Solidarity, Social Affairs, Human Rights and Gender to take care of solvency. However, some poor patients buy medicines outside the hospital and often find them too expensive in private stores. Because of this phenomenon, poor patients are unable to seek appropriate treatment and failure to take medication on time can cause negative consequences for patients in precarious situations.

Keywords: Health, Illness, Hospital, Precariousness, Solidarity

==========

TABLE DES MATIERES

MEMBRES DU JURY ..... **i**
DEDICACE ..... **ii**
REMERCIEMENTS ..... **iii**
RESUME ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
TABLE DES MATIERES ..... **vi**
LISTE DES TABLEAUX ..... **ix**
LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES ..... **x**
AVANT-PROPOS ..... **xi**
0. INTRODUCTION GENERALE **1**
0.1. Le cadre général de l'étude 3
0.2. Problématique 4
0.3. Questions de recherche 5
0.4. Objectif et motivation du choix du sujet 5
0.5. Les hypothèses de recherche 6
0.6. Plan du travail 6
CHAPITRE I. REVUE DE LITTERATURE ET POSITIONNEMENT THEORIQUE **7**
I.1. Définition des concepts 7
I.1.1. La santé 7
I.1.2. La maladie 8
I.1.3. La précarité 8
I.1.4. Hôpital 9
I.1.5. La solidarité 10
I.2. Positionnement théorique 11
I.2.1. Une vue sociologique du concept de la santé et de la maladie 12
I.2.2. La maladie, une déviance sociale 14
I.2.3. L'hôpital public et sa contribution sociale 15
I.2.4. Les mécanismes de la solidarité sociale et prise en charge des patients en situation de précarité 16
I.2.5. Le contenu du principe de santé pour tous en l'an 2000 18
I.2.6. Le but des soins de santé primaires 19

I.2.7. La politique du recouvrement des coûts 19
I.2.8. L'impact de recouvrement des coûts et problématique de l'équité face aux patients précaires 20
I.2.9. La politique de la santé néolibérale comme obstacle à l'accès des soins des patients précaires 23
I.3. L'accès aux soins de santé au Burundi 24
I.3.1. Difficulté de la mise en perfection de la santé au Burundi 25
I.3.2. L'utilisation de la Carte d'Assurance Maladie et son apport chez les patients les plus démunis 26
I.3.3. L'hôpital public en difficultés de fonctionnement face à l'insolvabilité des patients précaires 27
CHAPITRE II : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES 31
II.1. Approche compréhensive et individualisme méthodologique 31
II.2. La méthode qualitative 31
II.3. Les techniques de collecte des données 32
II.4. Population d'enquête 32
II.5. Notre terrain d'enquête : les deux hôpitaux au sein desquels les enquêtes se sont déroulées 34
II.6. Déroulement de l'enquête de terrain et difficultés rencontrées 35
II.7. Outils d'analyse 37
CHAPITRE III: PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS 38
III.1. Débrouillardise face aux dépenses énormes imposées dans les hôpitaux publics 38
III.1.1. La débrouillardise face aux besoins alimentaires 39
III.1.2. Le payement des services médicaux et des médicaments 44
III.1.3. La prise en charge morale et psychologique 48
III.1.4. Conclusion sur la première section 49
III.2. La pratique de la solidarité comme valeur et protection sociale 50
III.2.1. Moyen d'intervention auprès des patients en situation de précarité : Mobilisation collective 51
III.2.2. Moyen individuel dans la prise en charge des patients en situation de précarité . 53
III.2.3. Les mouvements associatifs comme protection sociale contre le malheur 55

III.2.4. Les interactions sociales et collectives liées à l'entraide mutuelle des malades au sein des hôpitaux publics 57
III.2.5. Conclusion de la deuxième section 59
III.3. Relation médecin-patient précaire dans les hôpitaux publics 61
III.3.1. Inégalité socio-économique des soins dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie 63
III.3.2. Détention des patients en situation de précarité dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie 65
III.4. Les conséquences liées au retard de paiement des factures dans les hôpitaux publics 67
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS 73
CONCLUSION GENERALE 83
BIBLIOGRAPHIE 86
ANNEXES 91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les chiffres des patients démunis pris en charge par le Ministère en charge de la solidarité et les bienfaiteurs dans les mois d'Août, de Septembre, d'Octobre, de Novembre et de Décembre en 2023 dans l'HPRC 70

Tableau 2 : Les chiffres des patients démunis pris en charge par le Ministère en charge de la solidarité et les bienfaiteurs dans les mois de Juillet, d'Août et de Septembre 2023 dans l'HCPLR 71

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

CAM : Carte d'Assurance Maladie

CSPS : Centre de Santé et Promotion Sociale

EDSB III : Troisième Enquête Démographique et de Santé du Burundi

HCPLR : Hôpital Clinique Prince Louis Rwagasore

HPRC : Hôpital Prince Régent Charles

HRW : *Human Right Watch*

MEG : Médicaments Essentiels Génériques

MSF : Médecins Sans Frontières

MSP : Ministère de la Santé Publique

MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PIDCP : Pacte International de Droit Civil et Politique

SSP : Soins de Santé Primaires

UCMP : Union Chrétienne Médicale et Paramédicale

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

WHO : *World Health Organization*

AVANT-PROPOS

En tant qu'êtres humains, notre santé et celle de ceux qui nous sont chers est une préoccupation au quotidien. L'homme ou la femme, quel que soit son âge, son environnement socio-économique ou ethnique, considère la santé comme un bien précieux et fondamental. La santé est une ressource qui nous permet d'avoir accès à toute chose et nous permet aussi d'atteindre un développement durable. Le droit à la santé est inclusif. Selon le Rapport du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de 2021, le Burundi a souscrit aux Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 et à tous les engagements internationaux, régionaux et sous régionaux en matière de santé. Pour optimiser ces engagements, le gouvernement du Burundi oblige les hôpitaux publics d'accueillir toute personne relevant des problèmes de santé sans tenir compte de son statut financier, de son origine régionale, de son sexe, de sa religion, etc. Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus. Nonobstant, on remarque un groupe de patients hospitalisés, mais étant dans une situation de précarité socio-économique. Dans leur dénuement, malgré leur incapacité, pas d'autres choix : Ils doivent non seulement payer le service médical mais également ils doivent se nourrir, se vêtir, se loger, etc. Mais dans quel parcours? La pratique de la solidarité est une meilleure solution à ce problème bien qu'il y ait encore des soucis à régler.

0. INTRODUCTION GENERALE

La question de la santé est une préoccupation permanente de la société depuis longtemps. Elle a intéressé non seulement les médecins mais aussi les sociologues et les anthropologues.

Cette préoccupation se traduit entre autres par la tenue de conférences sur le sujet. La 1ère de ces dernières se réunit à New York le 19 Juin 1946 et met en place la Constitution de l'Organisation. Cette dernière est adoptée par la conférence mondiale de la santé du « 22 juillet 1946 »[1] ; celle-ci définit la santé comme : « un état de bien être complet physique, mental et social et qui ne peut être réduit à l'absence de maladie ou d'infirmité (WHO, 1958).

Créée officiellement le 7 avril 1948[2], à la sortie de la Seconde guerre mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a pour ambition d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

En mai 1977, l'Assemblée mondiale de la santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de « faire accéder d'ici l'an 2000, tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. C'est ce qu'on désigne par l'expression désormais consacrée : La santé pour tous d'ici l'an 2000 » (OMS, 1981)

L'OMS se donne un objectif : « la santé pour tous », autrement dit, « *amener tous les peuples à un niveau de la santé le plus élevé possible. Et cela veut dire qu'au minimum tous les habitants de tous les pays du monde devraient accéder au moins à un niveau de santé tels qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie* » (OMS, 1981).

Pour atteindre un tel niveau de santé, une Conférence internationale sur les soins de santé primaire (SSP) s'est tenue en 1978 à Alma-Ata (URSS). Au cours de ladite Conférence, on a affirmé que « *''les soins de santé primaires'' sont le moyen qui permettra d'instaurer la santé pour tous* » (OMS, 1981).

[1] https://www.afnu.fr/wp-content/uploads/2021/08/13a21e_8cd325c00ad3423a8f4300e4d51deb95.pdf consulté le 19/09/2023
[2] https://books.openedition.org/iheid/3967, consulté le 19/09/2023

En Afrique, au lendemain des indépendances, on avait conçu que la « santé pour tous » est une règle qui doit être mise en pratique automatiquement et que la gratuité des soins sera un système dominant » (Tizio & Flori, 1997). La prestation gratuite des soins était envisagée comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale.

Cependant, la situation économique des pays africains durant les années 70 et 80, caractérisée par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, a conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à l'abandon du système de fourniture gratuite des soins. C'est par la Déclaration d'Alma Ata en 1978 et par le lancement de l'Initiative de Bamako en 1988 que les gouvernements d'Afrique subsaharienne, sous l'égide de I'ONU, se sont décidés de « faire payer les usagers des structures publiques, alors en pleine déconfiture, et de décentraliser la gestion du système au niveau des districts » (Tizio et Flori, 1997, p.838).

Les effets de cette politique apparaissent en filigrane dans les travaux d'anthropologie concernant les itinéraires de soins et le rapport au système biomédical réalisés au cours des années 1990, qui montrent de manière croissante l'inaccessibilité de divers types de soins pour les populations les plus pauvres (Desclaux, 2007). Dans un second temps, des anthropologues se sont documentés sur le rôle qu'ont joué « *les associations ou les ONG, souvent appelées à la rescousse pour assurer l'accès aux soins, jouant, entre autres, un rôle de « tampon » entre les services de santé et les usagers* (Eboko *et al*, 2005).

Le Burundi a manifesté son intérêt à intégrer les principes d'Alma-Ata dans ses politiques de santé « *dès 1979* » (Barumwete, 2010, p.7). Toutefois, la crise économique des années 1980 n'a pas permis l'effectivité des engagements pris à Alma-Ata par les pays en voie de développement à cause des contraintes financières. Dans ces conditions, l'urgence était de revoir la copie d'Alma-Ata et changer de modèle sanitaire à appliquer (Balique, 1999 ; OMS, 1981). Il y a eu donc, par après, le basculement des politiques de santé motivé par les recommandations de l'Initiative de Bamako de 1987. Selon Barumwete, la politique publique d'autonomisation de gestion des hôpitaux publics s'inspire des principes de l'initiative de Bamako. Elle est une preuve de l'adaptation de l'Etat burundais aux réalités de la conjoncture internationale.

L'hôpital est un lieu de soins et pour cela, il a les missions du service public de contribuer à la prévention de la société contre les épidémies et la guérison des malades.

C'est dans cette perspective que nous menons une recherche visant à faire une étude sociologique dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, sur la vie des patients hospitalisés, étant dans une situation de précarité. Ces patients viennent à l'hôpital public pour se faire soigner alors qu'ils disposent de moyen matériel ou financier insuffisant. A ce niveau de précarité, ils sont contraints à engager des dépenses énormes comme frais d'hospitalisation : la nourriture, se vêtir, payer les factures des soins médicaux, acheter des médicaments, etc. Malgré ces dépenses qu'ils doivent payer à l'hôpital public, ils survivent et s'adaptent pendant une longue durée d'attente selon l'ampleur de leurs maladies.

L'intérêt scientifique auquel on peut s'attendre comme apport de notre étude par rapport aux autres travaux effectués dans ce domaine de la sociologie médicale est que le présent travail repose sur le fait qu'il se veut une contribution à la problématique portant sur les dépenses lourdes imposées par l'hôpital public et leur impact sur la vie des patients en situation de précarité. Ces derniers se confrontent à une vie difficile liée à une grande charge matérielle et financière, étant donné que ces patients peuvent passer une longue durée à l'hôpital en attente de la prise charge qui n'est pas bien définie ou déterminée.

Notre approche ne porte pas sur les activités biomédicales confiées aux médecins, considérés comme les seuls détenteurs de l'expérience professionnelle dans le domaine sanitaire, mais elle s'oriente dans une approche liée à la sociologie de la santé et de la maladie avec l'intention de comprendre les stratégies adoptées par les patients hébergés à l'hôpital public qui, étant dans une situation de précarité socio-économique, réussissent à s'adapter face aux exigences énormes imposées.

0.1. Le cadre général de l'étude

En tant qu'êtres humains, notre santé et celle de ceux qui nous sont chers est une préoccupation au quotidien. L'homme ou la femme, quel que soit son âge, son environnement socio-économique ou ethnique, considère la santé comme un bien précieux et fondamental. Emile Durkheim l'applique bien sur les individus comme sur les sociétés, Il écrit : « *En effet, pour les sociétés comme pour les individus, la santé est bonne et désirable ; la maladie, au contraire, est chose mauvaise et qui doit être évitée* » (Durkheim, 1979, p.49).

La santé est une ressource qui nous permet d'avoir accès à toute chose et nous permet aussi d'atteindre un développement durable. Le droit à la santé est inclusif. Il est souvent associé à l'accès aux soins de santé et à la construction d'hôpitaux (voir ODD 3). Mais sachons que cette santé peut être ruinée progressivement par les mauvaises conditions de vie que subit une personne : le travail non sécurisé, la mauvaise gestion environnementale, l'insuffisance alimentaire (ou manque d'alimentation saine), le manque d'eau potable, etc.

Notre travail porte sur une étude sociologique des patients en situation de précarité qui, étant à l'hôpital, doivent répondre aux coûts extrêmement lourds imposés par l'hôpital. Les malades, en cette situation de précarité, ont du mal à s'adapter et à réussir à s'en sortir.

Notre travail va aussi porter un regard sur l'hôpital, sa contribution en matière de santé en général et plus particulièrement son rôle dans la prise en charge des malades en situation de précarité.

0.2. Problématique

L'hôpital est un milieu spécifique qui accueille tout le monde. Il donne les mêmes services de soins sans tenir compte des inégalités socio-économiques. Par contre, il exige beaucoup de moyens envers le patient sans tenir compte de l'état économique des malades. Etant à l'hôpital, le patient a besoin d'assurer sa survie en disposant des moyens lui permettant de subsister dans ce lieu et d'avoir accès aux soins médicaux. A l'hôpital, le patient, qu'il soit favorisé ou défavorisé, a besoin de se nourrir, de se vêtir, de payer les factures des services médicaux ainsi que des médicaments. Il a besoin aussi d'être soutenu physiquement et moralement d'une manière proche par les personnes de sa famille ou bien par les volontaires.

Les patients issus des familles aisées couvrent plus facilement tous les besoins indispensables dans ce milieu hospitalier. La preuve en est que certains patients de ces familles mangent ce qu'ils veulent, séjournent dans des chambres VIP, c'est-à-dire dans des chambres bien aménagées par rapport aux autres. Ils ont accès aux soins médicaux d'une manière facile et rapide. Ils paient facilement la facture d'hébergement ainsi que les médicaments bien qu'ils soient chers.

Pour les patients défavorisés, les exigences de l'hôpital sont plus ou moins lourdes. Etant dans une situation de précarité, ils restent dans l'incapacité voire dans l'impossibilité de se prendre en charge. Ils sont incapables de se nourrir, de se vêtir, de payer les factures d'hébergement ainsi que celles des médicaments.

L'accès aux soins médicaux chez ces patients devient problématique. Avec cette situation, les patients en situation de précarité peuvent passer une longue durée à l'hôpital. Ce manque de moyens leur permettant de se soigner d'une façon urgente et efficace peut entraîner l'aggravation de la maladie d'une manière ou d'une autre.

Les malades en situation de précarité mènent une vie compliquée à l'hôpital. Certains se prennent en charge par de petits moyens provenant de leurs familles et bénéficient également d'un appui moral, alimentaire et financier tandis que d'autres n'ont pratiquement rien à leur disposition. En plus des douleurs et des angoisses provoquées par la maladie, les malades précaires souffrent de la panique de vivre difficilement à l'hôpital et s'inquiètent de leur avenir avec cette situation sombre. Dans leur dénuement, ils doivent non seulement payer le service médical mais également ils doivent se nourrir, se vêtir, se loger, etc.

0.3. Questions de recherche

La question principale de notre étude est de cerner la manière dont les patients en situation de précarité socio-économique négocient avec le milieu hospitalier pour bénéficier les soins et se sécuriser leur séjour à l'hôpital. Quelle est la vie que mènent les patients démunis qui peuplent l'hôpital public ? De la question principale de recherche, il en découle les questions opérationnelles ci- dessous :

- ✓ Quelles sont les opportunités offertes par le milieu hospitalier pour permettre aux patients de se faire soigner ?
- ✓ Quelles sont les stratégies mobilisées par les patients pour se nourrir et payer les factures des services médicaux et séjourner à l'hôpital tout le temps que lui impose la maladie ?
- ✓ Quelles sont les attitudes de l'entourage face aux patients en situation de précarité ?

0.4. Objectif et motivation du choix du sujet

Objectif général

Notre travail consiste à comprendre les stratégies adoptées par les patients en situation de précarité pour s'adapter et réussir à s'en sortir face aux exigences imposées par l'hôpital public.

Objectifs spécifiques

- ✓ Comprendre comment l'hôpital intervient dans la prise en charge des patients en situation de précarité.
- ✓ Comprendre les stratégies mobilisées par les patients pour se nourrir et payer les factures des services médicaux.
- ✓ Cerner les attitudes de l'entourage face aux patients en situation de précarité.

0.5. Les hypothèses de recherche

Hypothèse générale

Pour s'adapter et réussir à répondre aux exigences imposées par l'hôpital public, les patients en situation de précarité trouvent une assistance découlant des mécanismes solidaires de différents groupes associatifs et des mécanismes individuels.

Les hypothèses spécifiques

- ✓ L'hôpital public dispense les soins de santé et octroie l'hébergement aux patients en situation de précarité, mais ces derniers sont obligés de payer toutes les factures plus tard
- ✓ La solidarité familiale, c'est-à-dire, la famille de sang et les proches soutiennent leurs malades précaires,
- ✓ La solidarité locale, c'est-à-dire, les patients entre eux, les associations, les mouvements religieux, les volontaires contribuent dans la prise en charge des patients en situation de précarité.

0.6. Plan du travail

Notre travail s'articule sur quatre chapitres : le premier chapitre est réservé à la revue de la littérature et positionnement théorique. Dans ce chapitre, nous élaborons des mots-clés qui nous permettent de réfléchir sur les idées importantes à retenir dans notre travail de recherche. Nous allons voir aussi le positionnement théorique par rapport à notre question de recherche.

Le second chapitre va porter sur les considérations méthodologiques. Ce chapitre consiste ainsi en l'ensemble des techniques et des moyens utilisés afin d'apprécier la véracité du cadre théorique suivant plusieurs méthodes.

Le chapitre trois va s'articuler sur la présentation, analyse et interprétation des résultats. Et enfin le chapitre quatre concerne la discussion.

CHAPITRE I. REVUE DE LITTERATURE ET POSITIONNEMENT THEORIQUE

I.1. Définition des concepts

Pour mieux cerner notre sujet d'étude, il est nécessaire de définir les principaux concepts qu'il porte. Les concepts-clés utilisés sont les suivants : santé, précarité, maladie, solidarité et hôpital.

I.1.1. La santé

L'OMS définit la santé comme un état de bien être complet physique, mental et social et qui ne peut être réduit à l'absence de maladie ou d'infirmité. L'organisation explique que le « *bien-être physique concerne le bon fonctionnement du corps, qui doit être aux mieux de ses possibilités. Il ne suffit pas que notre corps présente une absence de maladies ou d'infirmités ; il faut aussi qu'il ne souffre d'aucune carence cachée, qu'il se soit développé et construit au maximum de ses possibilités* » (Rotsart de Hairtaing et al., 1986).

Concernant le bien être mental, l'OMS explicite bien. *« Cela regarde le fonctionnement et l'équilibre de la vie psychique. De même que pour le corps, il ne suffit pas de ne pas souffrir de maladie mentale, il faut également que l'aspect psychologique de notre personne fonctionne au mieux (intelligence, mémoire, capacités d'apprentissage* (...) *et que notre monde psychique soit équilibré de façon à permettre à chacun de trouver une certaine forme de bonheur* » (Rotsart de Hairtaing et al., 1986).

Concernant le bien-être social, l'OMS rend compte que « *celui-ci touche notre famille, la communauté dans laquelle nous vivons, et même notre pays tout entier. Les relations entre les personnes doivent être aussi harmonieuses dans une communauté que les relations entre les cellules d'un même corps* » (Rotsart de Hairtaing et al., 1986).

D'autres auteurs vont dans ce même sens mais ajoutent la dimension « adaptation au milieu de vie pour un épanouissement total. Pour Roberto Mordacci, la santé présente deux dimensions. Pour lui, « *La santé comporte une double dimension d'adaptation et d'épanouissement. D'une part, l'être en bonne santé peut mieux s'adapter aux agressions physiques ou mentales provenant de son environnement ; d'autre part, la santé est aussi une des conditions (ni nécessaire, ni suffisante) à la réalisation de l'individu sur les plans physique et psychique* ». (Mordacci, 1995).

Wunsch et Gourbin sont aussi explicites au sujet de la santé sociale. Pour eux, la santé sociale fait « *référence au réseau de relations sociales (familles, amis, collègues de travail, etc.) permettant à l'individu de mieux affronter les évènements adverses* » (Wunsch & Gourbin, 1998).

I.1.2. La maladie

La maladie peut être définie comme étant une détérioration de la santé physique ou mentale en rapport avec des facteurs nocifs endogènes ou exogènes et qui comporte un impact fâcheux sur les conditions psychologiques et socio-économiques de l'individu et, partant, de la société (Wunsch & Gourbin, 1998, p.135). Afin de lutter efficacement contre une telle altération physique ou mentale, il convient de situer l'action à plusieurs niveaux qui représentent les principaux axes d'une telle lutte.

Dans son histoire, le concept de maladie présente des formes multivariées. D'après Wunsch et Gourbin (1998), selon le modèle exogène, « *la maladie serait un accident dû à l'action d'un élément étranger au malade, réel ou symbolique* ». Ces auteurs ajoutent que « *la maladie aurait ainsi, selon le temps et les lieux, son origine dans la volonté mauvaise d'une puissance surnaturelle ou encore dans un agent nocif perçu comme naturel et présent dans l'environnement* **».** Les mêmes auteurs attirent l'attention sur le fait que « *la maladie contiendrait en germe des menaces pour la stabilité de l'ordre social, menaces que la société doit arriver à contrôler par l'intermédiaire de la médecine moderne ou traditionnelle* ».

I.1.3. La précarité

La définition donnée dans le Dictionnaire Français Larousse n'est pas claire : La précarité est « *l'état, caractère de ce qui est précaire* »[3]. Dans le Toupictionnaire, le Dictionnaire de politique donne davantage d'éclaircissements. La précarité est l'« *état de ce qui est précaire c'est-à-dire qui n'offre aucune garantie de durée, qui est incertain, sans base assurée, révocable* »[4].

[3] https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9carit%C3%A9/63303; consulté le 5/2/2023
[4] https://www.toupie.org/Dictionnaire/Precarite.htm consulté le 5/2/2023

Les termes de fragilité et d'instabilité peuvent aussi être identifiées dans la définition de précarité selon Zaouche Gaudron et Paule Sanchou. Ces derniers confirment que « *les notions d' instabilité et de fragilité sont parfois attachées à la définition première de précarité et se répercutent dans plusieurs domaines de l'existence : fragilité et instabilité (de l'emploi, de l'habitat, dans le domaine des soins, du milieu familial, etc*.) » (Gaudron & Sanchou, 2005).

Dans le rapport du Conseil Economique et Social, Joseph Wresinsky met l'accent sur l'insécurité éphémère ou persistante. Pour lui, la précarité est « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible*. » (Wresinski, 1987, p.8).

I.1.4. Hôpital

Dans le dictionnaire Larousse, l'hôpital est défini comme « *un établissement public ou établissement privé ayant passé certaines conventions avec l'Etat et où peuvent être admis tous les malades pour y être traiter »*[5]. Dans le rapport final du séminaire sur le rôle de l'hôpital dans le programme de santé public, le Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le Pacifique Occidental, définit l'hôpital comme « *une institution qui, après une longue évolution, est devenu un établissement curatif. Les valeurs humaines étant toujours mieux comprises et la santé s'intégrant plus intimement dans le cadre de la conscience sociale, il est essentiel d'étudier le rôle et la fonction de l'hôpital et de l'insérer dans le contexte général des services de santé* ». (OMS, 1986)

Pierre Panel montre, dans son article, que l'hôpital public occupe une place centrale tant en matière sanitaire que sociale du fait qu'il laisse ses portes ouvertes à toute personne malade et devient un recours ultime à cette dernière. Selon lui, *« le service d'urgence de l'hôpital est souvent la seule porte d'entrée dans le système de soins pour les personnes en situation de précarité »*. Pour lui, « *l'hôpital public, lieu de soins, joue aussi un rôle de lien social fondé sur une valeur très ancienne qui a pour nom aujourd'hui "solidarité" »*. (Panel, 2007, p.320)

[5] https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/h%C3%B4pital/40365 consultée le 20/6/2023

A l'hôpital, le monde s'échange et forme un lien social. Selon Panel, « *ce lien social a une valeur très importante au sein de l'hôpital entre le monde humain qui y peuple. D'où les professionnels hospitaliers tant administratifs que soignants sont appelés d'adopter des qualités humaines telles que l'accueil de la personne dans sa globalité, la courtoisie, l'écoute, le dialogue, la confidentialité, et, de façon la plus générale, l'estime de l'autre et le respect de sa dignité* ». (Panel, 2007)

Malgré cette harmonie apparente évoquée, Pierre Panel s'inquiète des dépenses lourdes imposées par l'hôpital à l'égard du malade et qui deviennent de plus en plus un fardeau chez les malades en situation de précarité.

I.1.5. La solidarité

Chaque groupe social se maintient par une solidarité qui existe entre ses membres. « *Chaque partie n'est ce qu'elle est que dans la liaison avec le tout… Dans le corps organisé, chaque partie entretien sans cesse le tout et, en la conservant, se conserve soi-même* » (Marcel, 1983, p.21).

« *La solidarité est avant tout une valeur morale* » (Servoin & Duchemin, 1986, p.99). Pour ces auteurs, la solidarité constitue l'âme de l'action sociale et développe ses conséquences dans tous les domaines. Selon François Servoin et Roberte Duchemin, il existe deux pôles importants de solidarité : « *la solidarité familiale qui a comme fonction première l'assistance et la protection de ses membres et la solidarité locale où l'individu fait partie simultanément de plusieurs groupes sous formes d'une communauté* ». (Servoin & Duchemin, 1986, p.103)

Dans les hôpitaux publics tout comme privés, on trouve des patients souffrant de toutes sortes de maladies. Ils viennent de tous les coins du pays et même de l'extérieur du pays. Les patients n'ont pas les mêmes capacités de se prendre en charge en tenant compte de leurs familles. La manière dont un patient vit à l'hôpital est justifiée par ses moyens propres et/ou les moyens de sa famille.

I.2. Positionnement théorique

Une approche théorique interactionniste encadre notre travail de recherche dans la mesure où elle analyse la société comme le résultat d'interaction entre les individus qui la composent. Lorsqu'ils sont en interaction, les individus attribuent une valeur symbolique à leurs conduites et à leurs gestes[6].

Dans ses travaux de recherche sur les hôpitaux publics, Pierre Panel montre que l'hôpital public n'est pas non seulement un lieu de soins, mais qu'il joue aussi un rôle de lien social qui est dynamisé par ces interactions entre les différents éléments de cet ensemble de milieu professionnel de la santé. Il y a des relations entre médecins, des relations entre patients, des relations médecins-patients, patients-monde intérieur ou extérieur, etc.

En mettant l'accent sur l'influence directe de l'environnement de travail sur l'exercice de la médecine, Freidson (1987, p.131) privilégie une approche situationnelle[7] et, dans cette perspective, il vise avant tout une étude de relation sociale observable entre les médecins et les clients, les confrères, le personnel médical. « La description de l'activité quotidienne des médecins est alors l'occasion d'étudier les relations entre les confrères (généralistes-spécialistes, relation au sein d'un cabinet de groupe) ou de pénétrer dans l'enceinte de l'hôpital en gardant un regard privilégié sur la position dominante des médecins par rapport aux autres secteurs (patients, infirmiers, etc.). » (Freidson, 1984).

Dans le *Dictionnaire critique de la sociologie* (1990), Mead parle du symbole-communication. Pour elle, « *le symbole porte une médiation par laquelle plusieurs individus peuvent se comprendre et communiquer. La communication est d'abord définie comme une interaction car cette dernière est comme un processus par lequel chaque sujet est capable de se mettre à la place de l'autre* ». (Dictionnaire de la Sociologie, 1990)

La communication reste souvent intense au sein de l'hôpital public entre les patients et les professionnels de la santé, mais aussi entre le monde extérieur et les patients. Cette communication peut être langagière ou établie à travers les objets (nourriture, argent, médicament, etc.). Ces interactions qui se font entre le monde humain en milieu hospitalier témoignent une valeur symbolique attribuée par les individus à travers leurs gestes et leurs conduites.

---

[6] https://www.toupie.org/Dictionnaire/Interactionnisme.htm

[7] https://www.cairn.info/theories-du-leadership--9782348079429-page-41.htm# consultée le 16 Août 2023

La vie « du groupe » est organisée autour d'une communication d'un partage de significations. Le langage force l'individu à voir et à s'informer à partir d'un point de vue collectif parce qu'il participe ou se retrouve partie prenante d'une entreprise collective. L'appartenance à un groupe relève d'un fait symbolique.

Cette assertion d'A. Strauss jette de la lumière sur l'idée de communication qui se fait au sein de l'hôpital entre les différents groupes humains bien que ce soit un milieu où certains cherchent à trouver un apaisement et d'autres, à en donner.

C'est dans ce champ d'étude que nous menons notre recherche. En effet, le présent travail vise à faire comprendre les interactions qui se font à l'hôpital et leur apport sur le bien être des patients en situation de précarité. Ces derniers ont du mal à s'adapter en ce milieu du fait qu'ils se heurtent aux coûts énormément lourds liés au paiement des services médicaux et de l'hébergement. Autrement dit, ils ont du mal à assurer l'achat des médicaments ou la garantie de trouver de la nourriture et des vêtements. Parmi ces patients en cette situation, il y a ceux qui peuvent passer une longue durée à l'hôpital public sous prétexte qu'ils ont manqué de de quoi payer. Nous allons analyser la vie quotidienne, les relations entre ce groupe de patients en précarité et le reste de la population hospitalière.

Notre travail s'inscrit donc parmi de nombreuses recherches produites par plusieurs auteurs qui ont abordé la notion de santé. Ce concept est large et nécessite d'être fragmenté en plusieurs champs d'étude selon les originalités des chercheurs. C'est un concept qui reste toujours d'actualité car il met en mobilité un peuple ou une société. Avec le concept « santé », nous faisons face aux infiltrations négatives ou abusives pouvant désorganiser un individu ou une société.

I.2.1. Une vue sociologique du concept de la santé et de la maladie

Les éclairages apportés par la sociologie de la médecine et de la santé sont devenus essentiels avec le tournant biologique et l'accent mis sur les problématiques nouvelles et peu explorées auparavant comme l'incorporation, le risque et la biopolitique mondiale de la santé globale complexe d'aujourd'hui. En effet, quand on parle de la santé et de la maladie, on adresse automatiquement la tâche aux médecins ou infirmiers (e) qui, seuls détenteurs d'une expérience professionnelle en ce domaine, traitent les malades pour leur redonner la santé.

Vassy et Derbez confirment cette réalité en disant que « les personnes qui nous semblent les plus compétentes pour parler de la santé sont les médecins vers qui les médias et les pouvoirs publics se tournent généralement »[8]. Parsons, dit la même chose. « Les médecins (…) rendent des services importants à la collectivité. Grace à eux, les malades retrouvent la santé et remplissent de nouveau leurs fonctions sociales, ce qui évite à la société d'être désorganisée par la maladie »[9]. Notons que la question de la santé dépasse l'institution médicale et les professionnels de la santé ; elle ne se réduit pas aux seuls soins médicaux mais, plutôt, elle implique le fait de prendre en compte l'organisation sociale, la division du travail, les rapports sociaux, les politiques et les moyens existants et développés dans la société. « La santé est alors un enjeu des politiques publiques et un bien collectif ; mais, elle est également devenue une valeur individuelle et même une norme dans notre société » (Pierret, 2008).

La santé et la maladie rassemblent plusieurs intervenants en fonction de leurs contributions cognitives pour améliorer l'état sanitaire des individus. Selon Barumwete Siméon, « le secteur de la santé devient donc un espace interactif dans lequel de nombreux acteurs aux ressources inégales s'influencent en fonction de l'importance de leurs ressources ». (Barumwete, 2010, p.5)

Dans le secteur de la santé, « *le regard sociologique contribue à une meilleure compréhension du problème de santé au-delà de sa seule caractéristique médicale. Il éclaire les acteurs sur leurs décisions et positionnements* »[10]. Nous assistons de nos jours à un intérêt croissant accordé par les sciences sociales aux questions relatives à la santé et à la maladie.

Cette réalité représente en soi un grand tournant ainsi qu'un acquis considérable car, en effet, parler de la santé et de la maladie au même titre que le médecin, il y a environ un demi-siècle, était presque de l'ordre de l'inconcevable (Abdmouleh, 2007). Désormais, des disciplines, comme l'anthropologie et la sociologie, ne cessent de s'affirmer, affichant leur volonté de s'impliquer davantage dans la pratique sociale contribuant ainsi à la compréhension et à la résolution des problèmes auxquels se heurtent les populations.

[8] https://www.cairn.info/introduction-a-la-sociologie-de-la-sante--9782200621094-page-17.htm?contenu=resume consultée le 10 Juin 2023
[9] https://www.cairn.info/introduction-a-la-sociologie-de-la-sante--9782200621094-page-45.htm consultée le 11 Juin 2023
[10] https://fad.unir.lorraine.fr consultée le 12-05-2023

Selon Ridha Abdmouleh (2007), la sociologie et l'anthropologie créent un champ de recherches et d'investigations qui est consacré à la construction sociale de la maladie et de la santé. Malgré sa relation avec la médecine, un tel champ la déborde car, *« être malade ou en bonne santé ce n'est pas seulement un état biologique mais c'est aussi une réalité psychologique et sociale »* (O.M.S, 1985).

En effet, c'est notre société qui fixe les normes de la maladie et de la santé, oriente nos conduites de soin, répartit les rôles et les statuts entre le malade, son entourage et le thérapeute (Stoetzel, 1960). C'est également elle qui donne un sens à la maladie et détermine nos croyances et nos représentations à son égard. C'est à ce titre que la maladie et la santé constituent pour le sociologue et le psychosociologue des faits sociaux totaux. Vu l'imbrication de la santé dans tous les aspects de notre vie (alimentation, logement, environnement écologique, famille, mode de vie...), l'analyse sociologique devient alors révélatrice de notre rapport à l'ensemble de la société (Abdmouleh, 2007, p.92). Cela a permis à la sociologie de montrer l'intérêt de son apport et d'affirmer en même temps son originalité. En ce sens, Abdmouleh valorise l'implication de l'analyse sociologique en matière de santé du fait que cette analyse offre une lecture pertinente du réel, c'est-à-dire qui tient compte de la complexité des faits sociaux (ici la santé et la maladie) et de leur globalité, permettant ainsi au public une meilleure appréhension de leur réalité ainsi qu'une meilleure intégration sociale.

De même les causes des pathologies peuvent avoir une origine sociale et non strictement individuelle car elles peuvent être liées à l'environnement du malade, comme ses conditions de vie et/ou de travail. C'est pour cette raison que certains groupes sont plus frappés que d'autres par des maladies (Vassy & Derbez, 2019).

I.2.2. La maladie, une déviance sociale

La maladie est d'abord un fait social. Sa nature et sa distribution sont différentes selon les époques, les sociétés et les conditions sociales. La maladie est un fait social car elle mobilise différentes dimensions de la société : familiale, économique, politique, éducative, professionnelle, religieuse, symbolique, etc. Ridha Abdmouleh n'est pas loin de Parsons. Tous les deux, ils conçoivent la maladie comme une déviance sociale que la société doit contrôler et définissent les rôles respectifs du médecin et du malade pour sortir de cette déviance.

Le malade est considéré comme déviant parce qu'il est improductif. De ce fait, tous les mécanismes afférents aux rôles du malade et du médecin auront pour but de réduire cette déviance et de réintégrer le patient dans les circuits et les échanges de la conformité qui, globalement, sont ceux de la recherche de l'acception des soins (Augé & Herzlich, 1983).

Selon Parsons, le médecin est un contrôleur social, dont le rôle principal est de légitimer la déviance (la maladie), tandis que le rôle du patient est de reconnaître et d'accepter son statut déviant et de se soumettre aux décisions du médecin. (Parsons, 1970, p.77)

Au cours d'une discussion, c'est le médecin qui donne la liberté au patient de s'exprimer sur son malheur et puis, le médecin se tourne vers le patient pour expliquer cette douleur complexe, et après, le malade attend la décision du médecin selon le niveau de l'état de santé du malade. Bungener (1992) dit que le patient partage avec le personnel médical des informations sur l'évolution de sa maladie et participe à l'ordre négocié de la maladie en tant « qu'acteur actif » (Bungener, 1992). La sortie de l'état de déviance sociale résulte donc uniquement du recours à la médecine selon Parsons. C'est pourquoi des institutions publiques hospitalières ont été mise en place pour accueillir toute personne malade qui demande d'être vue par le médecin pour lui fournir des soins médicaux afin de guérir sa maladie.

I.2.3. L'hôpital public et sa contribution sociale

En Europe, avant le 18^{e} siècle, l'hospitalité, l'aide et l'assistance sociale se pratiquaient dans les maisons chez les personnes malheureuses et étaient conçues comme des obligations familiales. A ce niveau, un dispositif de la prise en charge des malheureux est implanté pour soutenir les pauvres malades, les vieillards, les infirmes, les enfants abandonnés ou orphelins (Fantini, Agrimi, & Mirko, 2001). Ici, nous pouvons dire qu'un dispositif de prise en charge du malheur est basé sur un rapport d'hospitalité aux malheureux lorsque rien ne leur est demandé en échange de cette prise en charge. Un tel dispositif est accessible à toutes les demandes qui lui sont adressées à condition qu'elles entrent dans le cadre des catégories incluses dans le « principe hospitalité ». De tels dispositifs supposent notamment d'être gratuits non pas au sens où les dépenses seraient ultérieurement remboursées ni même au sens où les personnes auraient par anticipation déjà versé quelque chose comme dans le cadre assurantiel mais au sens où rien n'est exigé comme préalable pour être soigné.

Un tel rapport aux malheureux a joué un rôle crucial dans l'histoire de l'hôpital. Il a pris deux formes principales. Dans un premier temps, il préside à la naissance et au développement des hôpitaux dans le cadre de ce que l'on peut appeler une assistance religieuse. Robert Castel (1995) montre que, en Europe, des hôpitaux dits de « charité » ou « Hôtels-Dieu » apparaissent dès le13^{e} siècle. Ce sont des lieux d'accueil pour les indigents. Jean Imbert (1982, p.205) soutient que le souci du salut des âmes y est très présent.

Ce sont, en même temps, à partir du 17^{e} siècle, des lieux d'enfermement pour ceux que Castel appelle les « inutiles au monde », c'est-à-dire tous ceux qui ne travaillent pas. A partir du 18^{e} siècle, apparait une nouvelle forme d'hospitalité, celle qui a pour cadre l'assistance médicale publique. Elle correspond, d'une part, à une médicalisation de l'hôpital, liée à la fois au souci nouveau de prendre en charge l'état de la santé de la population et au développement de la médecine clinique. Elle vise également à sortir d'une crise dans laquelle l'hôpital s'est trouvé plongé du fait des constats alarmants relatifs au fait que, au 18^{e} siècle, les hôpitaux sont comme des foyers de maladies. Elle s'inscrit, enfin, au-delà de la médecine dans un processus d'intégration de l'hôpital aux dispositifs émergents de l'assistance publique, réponse donnée par l'Etat au problème de paupérisme apparu au 19^{e} siècle, mais annoncée dès le 18^{e} siècle par la vulnérabilité nouvelle de tout le peuple suite aux transformations du travail. Avec la laïcisation de l'assistance, celle-ci tend à être considérée comme un « droit ».

L'intégration de l'hôpital dans l'assistance médicale publique, déplace les conditions d'admission vers les critères relatifs à des domaines spécialisés du savoir : sont admis à l'hôpital les malheurs relevant d'une discipline, la « médecine ». Désormais, cette réforme fait de l'hôpital un lieu d'accueil pour tout être humain qui demande à être vu par le médecin.

I.2.4. Les mécanismes de la solidarité sociale et prise en charge des patients en situation de précarité

A partir du19^{è} siècle, apparait une nouvelle réponse face au paupérisme : la solidarité. « *Elle stipule que les membres d'une même société se doivent réciproquement des services, du fait de leurs interdépendances à l'intérieur de cette société, et sous l'égide d'un Etat qui devient alors le garant de ces obligations, c'est-à-dire un Etat social* » (Dodier & Cumus, 1997).

Comme Dodier et Camus le confirment, la mise en œuvre de cette solidarité passe par les dispositifs d'assurances sociales : on impose aux membres d'un collectif de contribuer à la gestion assurantielle des risques qui dérivent des lois notamment statistiques, caractéristiques

du collectif en question. Etre solidaire est à la fois un constat et une obligation. Cette solidarité s'articule, à la fin du 19e siècle, au développement concomitant du travail, dans le cadre plus général, donc, d'un droit social. C'est le statut de la personne et, notamment, le fait qu'elle travaille ou non, qui sert de critère principal pour apprécier ses devoirs et ses droits.

Comme le montre Castel, la solidarité ouvre plus largement sur une nouvelle conception de la propriété, la propriété sociale, qui englobe tous les équipements collectifs, auxquels les membres solidaires ont accès, du fait même des investissements engagés par l'Etat social. Cette forme de propriété ouvre certains droits pour ceux qui en deviennent dès lors les usagers dans le cadre d'un service public. En particulier les assurés sociaux qui sont astreints à cotiser sont supposés avoir droit en retour à des soins de qualité. Les soins sont donc accordés dans le cadre de la solidarité sociale et, contrairement à ce qui prévaut dans l'hospitalité, selon une logique d'échange. Mais il s'agit d'un échange socialisé. On ne mesure pas, au cas par cas, ce qui est donné par le patient en échange des soins. Dans un premier temps, seule la médecine libérale est intégrée à cette gestion collective. L'hôpital, lui, continue à être régi, au début du 20è siècle, par les dispositifs d'hospitalité. Il est destiné à ceux qui sont exclus des dispositifs de la solidarité, c'est-à-dire, ceux qui, dans le cadre d'une société salariale, sont sans travail et donc sans statut.

C'est à partir de la loi de 1941, qui définit les nouvelles missions de l'hôpital, que celui-ci quitte son statut d'institution pour indigents, pour être déclaré ouvert à tous, avant d'être qualifié par la loi de 1970 de « *service public pour tous* » (Couty & Tabuteau , 1992). L'hôpital est dès lors organisé principalement selon les principes de la solidarité sociale. L'assuré social devient la figure dominante du malade à l'hôpital. Il y est admis dès lors que son état relève d'une spécialité hospitalière et selon les conditions d'une gestion collective qui présente deux aspects : le calcul de sa contribution personnelle et une partie des services qui lui sont dus ainsi que la gestion collective. Chacun doit contribuer en versant ses cotisations ; il y a la gestion des assurances sociales (budget de la Sécurité sociale). Les services qui lui sont délivrés dépendent aussi de la gestion collective par l'intermédiaire de l'Etat social des équipements hospitaliers et des professionnels qui travaillent.

Cette réforme de l'hôpital public accueillant toute personne malade, sans toutefois compter sur son statut socio-économique, s'oriente dans le sens de l'OMS qui prôna « le principe de la santé pour tous en l'an 2000 ». Ce dernier a été proclamé dans la Conférence d'Alma-Ata, en 1978 et la politique de recouvrement des coûts découlant de la réforme de l'initiative de

Bamako, en 1987. Ce principe de santé pour tous en l'an 2000 prôné par l'OMS sera réalisée à travers ce que l'on a désigné comme « soins de santé primaires à un coût abordable pour tous les habitants du monde » ou accès aux soins de santé pour tous (Crismer, Belche, & Vennet, 2016). Quant à l'initiative de Bamako, mettre en place la politique de recouvrement des coûts est une stratégie pour l'amélioration de l'état de santé de la population en poursuivant trois objectifs : lutter contre la désaffection des structures de santé publiques, améliorer l'efficience des dépenses de santé, améliorer l'équité pour les pays en développement d'Afrique (Tizio & Flori, 1997).

I.2.5. Le contenu du principe de santé pour tous en l'an 2000

Le principe de « santé pour tous » est issu de la première conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978 (OMS, 2003, p.1). Ladite conférence a été organisée par l'OMS et l'UNICEF. Elle a débouché sur une déclaration finale mieux connue sous l'appellation de « Déclaration d'Alma-Ata ». Elle a officialisé l'objectif lancé en 1977 lors de la 23ème Assemblée Générale de l'OMS : celui de « santé pour tous en l'an 2000 ».

Cette conférence a eu lieu presque deux décennies après les indépendances nationales des pays de l'Afrique noire. Ces derniers ont fait référence au contenu de la Déclaration d'Alma-Ata centrée sur les soins de santé primaires pour corriger les différents dysfonctionnements des systèmes sanitaires nationaux. En effet, la Déclaration d'Alma-Ata érige la santé en droit fondamental de l'être humain.[11] Elle précise que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est « un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé. Les instruments de la santé pour tous sont constitués par les dispositifs ciblés à mettre en œuvre par les Gouvernements en vue de la réalisation de l'objectif ultime de santé pour tous en l'an 2000.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires a donné l'occasion aux différents représentants des Gouvernements d'échanger sur les stratégies à mettre en œuvre en vue d'améliorer l'état de santé en général des pays en voie de développement et de l'Afrique en particulier. La protection et la promotion de la santé de tous les peuples du monde étaient perçues comme « une action urgente de tous les Gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que la communauté internationale.

[11] https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#, consultée le 5 Août 2023

I.2.6. Le but des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. (OMS & UNICEF, 2018).

Partant de ces propos de l'OMS et de l'UNICEF, la logique des soins de santé primaires (SSP) est celle des soins essentiels, efficaces et accessibles à tous, c'est à dire à la portée de tout le monde surtout les plus pauvres et les plus exposés aux maladies, tels que les femmes et les enfants. Ainsi, ils doivent être à la fois accessibles financièrement et géographiquement. Leur coût doit être à la portée de tous les individus de la communauté. Ils doivent aussi être dispensés le plus près possible du lieu de résidence des membres de la communauté.

I.2.7. La politique du recouvrement des coûts

La politique du « recouvrement des coûts » est officiellement issue de la 37ème session du Comité régionale de l'OMS tenu à Bamako (Mali) en septembre 1987 (OMS, 1987). Celle-ci a pu aussi être présentée comme un moyen de drainer vers le secteur public de santé une partie de la demande solvable de soins (Makinen, et al., 2000). Elle vise la participation de la communauté aux coûts des soins en vue d'assurer la survie du système à long terme. En effet, les patients paient la prestation et /ou les médicaments dans le but de permettre le recouvrement des coûts (médicaments, salaire de la personne en charge de la pharmacie, entretien des locaux) et donc le réapprovisionnement en médicaments, voire le financement d'autres actions de santé si le recouvrement dépasse 100%.

Ainsi, pour pallier ce problème de financement, les ministres africains de la santé réunis à Bamako, sous l'égide de l'Unicef et de l'OMS, ont lancé une initiative pour relancer et revitaliser le système des soins de santé primaires afin de les rendre accessibles, géographiquement et économiquement, tout en étant équitables pour l'ensemble de la population. C'est cette initiative prise à Bamako dans le but de renforcer le processus de participation communautaire dans le secteur de la santé à travers le recouvrement des coûts des soins de santé qui fait émerger un nouveau paradigme de santé pour les pays africains.

Le paradigme de santé issu de l'initiative de Bamako est structuré autour des principes de l'accessibilité aux soins de santé primaires à un prix abordable, la restauration de la confiance des usagers envers les services de santé publics, la restauration de la qualité des prestations et la délégation du pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs. Il vise aussi la promotion de la santé par l'incitation des ménages à un changement des comportements à risques. Il vise la revitalisation des systèmes de santé par une extension du réseau de SSP, un développement des médicaments essentiels génériques (MEG), une mise en place d'un financement communautaire et un contrôle de la gestion par la communauté. Cependant, malgré la mise en place de cette politique, les personnes les plus démunies ou qui ont des faibles revenus ou encore n'ont pas de revenus se retrouvent incapables de payer les coûts des soins médicaux imposés par des institutions traitant les soins de santé des populations comme les hôpitaux publics ou les centres de santé, bien que plusieurs Etats d'Afrique ont établi des systèmes d'assurance maladie. Cela devient un problème pour l'équité.

I.2.8. L'impact de recouvrement des coûts et problématique de l'équité face aux patients précaires

Le principe de la santé pour tous en l'an 2000 énoncé par l'OMS et l'UNICEF a été critiqué surtout dans sa mise en application dans les pays africains. Brunet-Jailly (1993) montre comment les personnes les plus pauvres ou les plus démunis ont des difficultés d'accéder aux soins de santé du fait des coûts énormes imposés par l'hôpital public. Dans sa critique, il montre que ceux qui ont lancé cet objectif de la santé pour tous en l'an 2000 ne veulent que profiter de la maladie et de la pauvreté pour bâtir leur carrière politico-administrative. Au vrai, la santé pour tous en l'an 2000, n'est plus une utopie qui aurait pu être mobilisatrice, plutôt, c'est un slogan mensonger. Ceux qui l'utilisent, ceux qui osent parler de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000, ceux qui ont osé discourir sur l'accélération de cette stratégie ne sont pas ceux qui agissent pour l'amélioration de l'état de santé des plus démunis (Brunet, 1993).

La conception de la « santé pour tous », qui consiste à assurer à chacun le libre accès aux soins de santé et l'égalité de traitement, s'est trouvée prise en défaut par la situation économique catastrophique des pays d'Afrique. Au début des années 1980, la crise économique internationale affecte considérablement les pays en développement, en particulier les pays africains, réduisant d'autant les ressources disponibles pour les finances publiques des

Etats. Cette crise génère une impossibilité matérielle de garantir une politique de santé gratuite pour tous.

Les organisations internationales ont proposé de faire payer les usagers pour les soins qu'ils reçoivent (les recouvrements des coûts) et de décentraliser la gestion des systèmes de santé publics, afin de créer l'environnement favorable pour un marché de la santé (Tizio & Flori, 1997). Cette réforme, appelée Initiative de Bamako, va tenter de résoudre les problèmes d'inefficacité et d'iniquité des systèmes gratuits de santé mais se heurte dans le même temps à la persistance de questions de fond, qui n'avaient pas été résolues au préalable (Tizio & Flori, 1997, p. 837). La tarification a en fait pour objectif principal de drainer des fonds vers les structures publiques d'offre de santé afin que les ressources ainsi collectées soient réutilisées à l'échelon local pour financer l'achat des biens indispensables pour les patients. La faiblesse des revenus ne doit pas constituer un obstacle puisque les individus sont aptes à mobiliser des ressources par solidarité familiale ou communautaire par emprunt ou vente de biens personnels. Par ailleurs, la tarification doit être réservée aux soins les moins coûteux et la création de systèmes d'assurance-maladie doit permettre de financer les soins les plus onéreux.

Par ailleurs la contribution des usagers, via l'augmentation des ressources disponibles, doit permettre de supprimer les pénuries et de remotiver les personnels par l'intéressement aux performances des structures de santé : ils pourraient être plus efficaces, car mieux payés.

D'autres chercheurs comme Dumoulin Jérôme et Kaddar Miloud se mettent d'accord avec les premiers en affirmant que les paiements des soins par les usagers contribuent à l'augmentation des ressources disponibles et ne constituent aucun obstacle chez les patients et même ceux qui ne disposent d'aucun moyen car ils devraient être soutenus par leurs familles ou autres (solidarité africaine), ou vendre leurs biens ou encore prendre des dettes pour accéder aux soins médicaux (Dumoulin & Miloud, 1993).Malgré cela, la prise en charge des patients en situation de précarité socio-économique reste toujours limitée par plusieurs enjeux négatifs : les familles encore pauvres restent dans l'incapacité de soutenir les leurs, les coûts des soins médicaux peuvent aller au-delà des ressources (pour ceux qui en possèdent) dont disposent ces patients ou leurs familles, le patient considéré comme pauvre peut ne pas avoir une dette, considérée comme non remboursable tenant compte de la situation socio-économique présente du patient.

La tarification achoppe aussi sur le plan de l'équité. Si la tarification est généralisée, elle nuira à l'équité, dans le sens où elle exclura de facto du système de santé tous ceux qui ne pourront pas payer. Cependant, poser la question de l'équité suppose qu'on ait au préalable défini ce concept : « *La recherche de l'équité est un processus qui vise à entreprendre toutes les mesures possibles pour réduire les différences dans le domaine de la santé entre groupes sociaux ou entre zones géographiques par des interventions, soit dans le secteur de la santé, soit dans les autres secteurs de l'économie* » (Flori & Miloud, 1996).

Ainsi, dans le domaine de la santé, une politique équitable vise à assurer un traitement égal à chacun, sans considération de ses capacités financières. La tarification, qui implique la solvabilité des individus, met en cause cette approche égalitariste de l'équité. Certaines propositions, qui suggèrent d'orienter le financement public sur la prise en charge des indigents, correspondent à une conception rawlsienne de l'équité privilégiant les plus nécessiteux (Adair, 1991). Néanmoins, l'application d'un tel principe peut remettre en question l'accès d'une partie de la population aux soins, en fonction du seuil d'éligibilité à l'exemption du tarif.

Selon Cissé Boubou et ses compagnons, la politique de recouvrement des coûts semble incompatible avec les objectifs affichés par l'OMS de la « santé pour tous », tels que déclarés dans la Conférence d'Alma-Ata en 1978. Cette politique a soulevé de nombreuses controverses, notamment en ce qui concerne l'équité d'accès aux soins.

« En effet, compte tenu de la contrainte budgétaire à laquelle doivent inévitablement faire face les ménages et en l'absence de tout mécanisme d'assurance-maladie, on pouvait s'attendre à ce qu'une telle réforme entraîne un changement dans le comportement de consommation des malades, notamment en restreignant exagérément le recours aux services de santé des catégories les plus démunies » (Boubou, Luchini, & Moatti, 2004). Dans leurs recherches, Tizio et Flori (1997) ont montré que malgré l'initiative de Bamako pour la restructuration du secteur sanitaire afin que toute la population soit intégrée dans le système de santé sans aucune discrimination financière, des obstacles persistent notamment dans la mise en œuvre de l'équité qui prône l'égalité à l'accès aux soins de santé. Cette politique de l'équité venait comme une grande faveur pour les patients en situation de précarité puisqu'ils bénéficient des prestations de soins égales selon les niveaux socio-économiques de la population. Mais la politique de l'équité se heurte à la politique de tarification puisque cette dernière invite tout le monde à payer les soins médicaux selon des tarifs.

Quant à Cissé Boubou, Luchini Stéphane et Moatti Jean-Paul, ils ont fait savoir les effets de ces recouvrements de coûts sur l'utilisation ou la fréquentation des services de santé par les individus et voir si la tarification constitue ou non un obstacle ou une source d'iniquité pour la recherche des soins pour les groupes de personnes avec un niveau socio-économique très bas surtout dans les pays africains. Pour ces auteurs, cet objectif renvoie à la problématique de l'équité et de l'accès aux soins des pauvres (Boubou, Luchini, & Moatti, 2004).

I.2.9. La politique de la santé néolibérale comme obstacle à l'accès des soins des patients précaires

En Afrique, la mise en œuvre des politiques de santé néolibérales part de l'idée selon laquelle les Etats africains n'ont pas les moyens d'offrir des services publics gratuits à chaque citoyen. D'où la mise en place des politiques de privatisation des soins c'est-à-dire l'introduction des frais de l'usager et la création des structures sanitaires privées. En privatisant, autrement dit en faisant payer les individus, certains d'entre eux ne peuvent pas s'offrir les soins nécessaires alors que les nantis pourraient s'offrir des soins de meilleure qualité.

La privatisation des soins introduit donc un parallèle entre la capacité de payer du patient et la qualité des soins qu'il peut espérer recevoir. Bien plus, elle comporte des éléments de violation du droit à la santé au niveau de l'accessibilité géographique. En effet, les structures sanitaires privées sont implantées dans des lieux où leurs propriétaires espèrent dégager des profits. D'où leur installation dans les villes plutôt que dans les zones rurales. Ainsi la privatisation fait passer les soins de santé d'un statut de « droit » à un statut de marchandise (Pierru, 2008). En cela, les conséquences du virage néolibéral sur le droit à la santé débordent largement ses impacts sur l'accès et la qualité des services. Parce qu'il entraîne dans son sillage une explosion des inégalités sociales et de la pauvreté, le néolibéralisme s'avère être un projet politique toxique, nocif pour la santé du plus grand nombre.[12]

Malgré ces propos fournis par différents chercheurs, en tous cas, l'accès aux services de santé pour les patients et notamment ceux qui sont en situation de précarité socioéconomique a un coût qui peut parfois grever le budget des ménages au point d'entraîner des conséquences désastreuses, certains ménages tombant dans la pauvreté et d'autres, déjà pauvres, le devenant encore plus.

[12] https://liguedesdroits.ca/neoliberalisme-contre-le-droit-a-la-sante/ consultée le 11/08/2023.

Comme on l'a constaté dans le Rapport du Comité Régional de la Méditerranée du Bureau de l'OMS, la pauvreté elle-même peut être à l'origine d'une mauvaise santé et les ménages peuvent se retrouver pris dans l'engrenage mauvaise santé-pauvreté (OMS, 2004).

I.3. L'accès aux soins de santé au Burundi

Selon le Rapport du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de 2021, le Burundi a souscrit aux Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 et à tous les engagements internationaux, régionaux et sous régionaux en matière de santé. Le Burundi a mis en place une Politique Nationale de Santé 2016-2025 avec un but d'amener la population au niveau de santé le plus élevé possible en vue de sa pleine participation aux efforts multiformes de développement national durable. C'est dans ce cadre de la concrétisation des Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 que le Burundi prenne la couverture sanitaire universelle comme un des piliers principaux de l'atteinte de l'Objectif 3, « assurer une vie saine et promouvoir le bien être pour toutes et tous et à tous les âges ». Comme l'explicite le Rapport du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, « *Cette politique met un accent particulier sur une couverture sanitaire universelle pour améliorer l'équité en matière de santé, l'efficience et la viabilité. L'accent est mis également sur les services de santé de qualité qui placent la personne au cœur du système de santé mais aussi sur les politiques publiques visant la promotion et la protection de la santé des communautés et en particulier les groupes vulnérables. Enfin, elle vise à établir un leadership pour améliorer la compétence et la mobilisation des autorités et acteurs de la santé* » (MSPLS, 2021, p.24).

Selon le même rapport, les soins de santé des indigents sont subventionnés par le Gouvernement à travers le ministère en charge de la solidarité nationale ; mais, il dit que leur nombre n'est pas connu. La population couverte par la subvention est estimée à 22 % de la population burundaise soit 18% qui concernent les enfants de moins de cinq ans et 4 % pour les femmes enceintes (estimation selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2008).

Depuis la réintroduction de la Carte d'Assurance Maladie sous sa forme rénovée en 2012, aucune étude n'a été réalisée pour mesurer son impact sur la protection du risque maladie notamment chez la population couverte. Pour le moment, il n'existe pas des statistiques fiables pour connaître avec précision le nombre de ménages couvert par ce système d'assurance maladie. L'EDSB III 2016-2017 montre que 15,4 % des femmes et des hommes avaient une Carte d'Assurance Maladie valide au moment de l'enquête.

I.3.1. Difficulté de la mise en perfection de la santé au Burundi

Après l'Indépendance en 1962, le Burundi a connu de nombreuses crises socio-politiques. Ces dernières ont fait beaucoup de victimes provoquant un impact énorme sur les conditions socio-économiques de la population et laissant les habitants burundais dans une pauvreté alarmante.

« *La proportion des pauvres dans l'ensemble de la population est ainsi passée de 35,1% en 1990 à 68,8% en 1999 en milieu rural. Quant au milieu urbain, l'incidence de la pauvreté est passée de 32,4% à 66,6% sur la même période. En valeur absolue, cela représentait environ 4,5 millions de Burundais vivant en dessous du seuil de pauvreté. Ainsi, en 2003, le Burundi était classé à la 171ème place sur 175 pays dans le développement humain* » (Barumwete, 2010, p.7).

Les soins de santé sont devenus alors inaccessibles à une grande partie de la population burundaise. En 2003, après une décennie de crise socio-politique au Burundi, le système de santé ne répondait plus aux besoins sanitaires de la population (Peerenboom et al., 2014).

Après la signature du cessez-le-feu à Arusha en Tanzanie en 2003, la tranquillité regagnait le territoire burundais et le secteur sanitaire fut primordialement considéré comme un moteur principal du développement durable (ODD 3). Les acteurs sanitaires se sont hâtés de chercher la manière de restructuration rapide du secteur en mettant en œuvre les politiques nouées dans les conférences internationales avec un objectif commun « *la santé pour tous* » visant une grande couverture sanitaire et une répartition équitable des soins.

Le principe de santé pour tous veut que le ministère de la santé publique donne à chaque membre de la communauté les mêmes chances d'accéder aux services de santé de qualité selon le principe de l'équité. En effet, faisant référence à la Déclaration d'Alma-Ata et à la réforme de l'Initiative de Bamako, le Gouvernement burundais mène une politique de recouvrement des coûts, c'est-à-dire un système où le patient doit payer l'intégralité des coûts du traitement, ce qui inclut les médicaments ainsi que les examens et les actes médicaux (100% du coût de base).

Selon une enquête menée par Médecins Sans Frontières en 2004, la politique de recouvrement des coûts exclut presque un million de personnes des soins de santé au Burundi. Avec un tel système, 17.4% des personnes malades n'ont pas accès aux soins, essentiellement faute d'argent (MSF, 2009).

Avec le système de recouvrement des coûts, une grande partie des malades qui ont payé la consultation l'ont fait en recourant à une solution qui peut les entraîner encore plus dans la pauvreté, puisque plus de 80% des foyers de malades ont payé les soins de santé en contractant une dette (auprès des voisins, de la famille ou du centre de santé), en vendant un bien (bétail, partie de la récolte présente ou future, parcelle) ou en acceptant un travail supplémentaire à l'extérieur (Dumoulin & Miloud, 1993). Cela veut dire qu'en puisant dans une partie de leur production ou leur capacité de production, ces foyers risquent, la prochaine fois, de ne plus pouvoir payer et de s'enfoncer encore davantage dans la pauvreté[13]. Selon le même rapport de MSF, d'autres systèmes ont été par les ONG, avec l'appui du Ministère de la Santé Publique pour améliorer la qualité des soins et pour les rendre accessibles à tous y compris les plus démunis.

I.3.2. L'utilisation de la Carte d'Assurance Maladie et son apport chez les patients les plus démunis

La Carte d'Assurance Maladie (CAM) est un régime national d'assurance maladie mis en place par le Gouvernement du Burundi depuis 1984[14]. Elle est achetée par les ménages et le propriétaire de la carte reçoit des soins gratuitement. Cette carte est toujours en circuit et donne droit à 80% de réduction sur les soins de santé (MSF, 2009, p.10). Depuis l'introduction de la politique de recouvrement des coûts, elle n'est cependant plus valable dans la plupart des provinces du pays. Par ailleurs, dans les endroits où elle fonctionne encore, la gestion du système par l'administration est sujette à problème (McPake, Hanson, & Mills, 1992).

Selon l'analyste Siméon Barumwete, l'utilisation de la Carte d'Assurance Maladie (CAM), conçue initialement pour assurer la prise en charge de la population non salariée, s'est avérée être un grand handicap pour le fonctionnement des hôpitaux publics en autonomie de gestion. Le détenteur de cette carte ne paie que 20% de la facture et les textes la réglementant ne précisent pas l'acteur qui devrait payer la différence.

[13]Organisation Mondiale de la Santé. Comité régional de la Méditerranée orientale : L'impact des dépenses de santé sur les ménages et les options de financement des soins de santé, 2004, P.3
[14] https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953694900485#preview-section-references consultée le 20 Juillet 2023

Pour assurer leur survie en couvrant les manques dus à l'utilisation de la Carte d'Assistance Maladie, les hôpitaux publics en autonomie de gestion ont fait des suppléments aux tarifs officiels et cela a provoqué l'inaccessibilité des soins de santé pour les patients en situation de précarité socio-économique.

I.3.3. L'hôpital public en difficultés de fonctionnement face à l'insolvabilité des patients précaires

L'hôpital public est souvent présenté comme le miroir de notre société. Plus encore, les valeurs qui sous-tendent l'hôpital public sont le reflet des valeurs qui fondent notre société (Panel, 2007, p.320). Il s'agit des valeurs humanistes traduisant en termes de santé physique et morale, le respect de la dignité de chacun, la non-discrimination et l'égalité de traitement due à chaque citoyen. Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus (BIOY, 2010, p.18). Dans ce contexte, Panel confirme que l'hôpital public occupe une place centrale, car, tant en matière sanitaire que sociale, il est pour toute personne malade le recours ultime, lorsque toutes les autres possibilités de prise en charge se sont révélées inefficaces. Il ajoute que, pour les personnes en situation de précarité, le service d'urgences de l'hôpital est souvent la « seule porte d'entrée dans le système de soins. Au Burundi, les hôpitaux publics accueillent toute personne relevant des problèmes de santé sans tenir compte de son statut financier, de son origine régionale, de son sexe, de sa religion, etc. Après avoir constaté l'ampleur de la maladie ou le niveau d'évolution de sa maladie, le médecin peut décider que tel patient reste à l'hôpital pour lui assurer une suivie plus rapprochée.

Au sein de l'hôpital public, on remarque un groupe de patients hospitalisés, mais étant dans une situation de précarité. Bien qu'il subisse une douleur d'une maladie, le patient à l'hôpital doit faire face aux premières nécessités pour assurer sa survie. D'une part, le patient doit trouver de quoi manger : nombreux patients nécessitent un régime approprié qui coûte plus ou moins chère (légumes, fruits, aliments recommandés suite à une maladie). Il doit se vêtir et a besoin aussi d'une prise en charge morale et financière (si nécessaire). D'autre part, il doit faire face aux coûts plus ou moins lourds imposés par l'hôpital public notamment le paiement d'hébergement, des services médicaux et achats des médicaments. A l'hôpital public, on peut remarquer des inégalités socio-économiques entre les patients face aux dépenses constatées dans ce milieu.

Premièrement, il y a des malades qui sont en mesure de répondre à toutes ces exigences imposées par l'hôpital et qui sont pleinement pris en charge par leurs familles riches ou bien ils occupent un niveau économique considérable dans la société et disposent des moyens suffisants pour se prendre en charge. Dans ce cas, ils accèdent plus facilement aux soins de santé à l'hôpital et bénéficient d'un suivi régulier. Deuxièmement, il y a des malades qui relèvent un état précaire au niveau socio-économique étant à l'hôpital. En effet, il y a des patients qui ne disposent d'aucun moyen ou possèdent des moyens insuffisants mais contraints de se soumettre face à toutes ces exigences prescrites par l'hôpital public. Malgré les politiques tant nationales qu'internationales de faire accéder toute personne aux soins de santé d'une manière facile en vue d'optimiser le principe de santé pour tous et l'équité, ce groupe de patients qui se trouvent dans l'incapacité, reçoivent difficilement ou semblent être exclus des soins de « *santé pour tous »* tel que préconisés par la déclaration d'Alma-Ata.

Certains patients en cette situation peuvent passer plusieurs jours, des mois et mêmes des années à l'hôpital suite au manque de la prise en charge et sont obligés d'attendre une assistance non définie. Et pour d'autres, après s'être remis de leurs maladies, ils sont détenus à l'hôpital jusqu'à ce qu'ils paient toutes les prestations liées aux services médicaux fournis par l'hôpital public.

Une politique d'autonomisation de gestion a été introduite dans plusieurs hôpitaux publics au Burundi en commençant par le Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK) dit Hôpital Roi Khaled en 1984 avant d'être accordée aux autres hôpitaux publics (Barumwete, 2010, p.7). A travers son document de politique sectorielle, le Ministère de la Santé Publique justifie l'opportunité de cette politique et renouvelle son engagement de la poursuivre. « *Pour mieux garantir la qualité des soins offerts à la population, une gestion rigoureuse et responsable doit être institutionnalisée dans tous les établissements de santé. Pour cela, l'autonomie de gestion des hôpitaux publics et des centres de santé déjà amorcée sera poursuivie jusqu'à obtenir à terme l'autonomie de gestion des structures de santé pour la mise en œuvre effective des mesures d'accompagnement* » (MSPLS, 2002, p.5). Néanmoins, ce système aurait rendu les coûts des médicaments et soins médicaux très élevés et inabordables pour des populations démunies.

En effet, Barumwete précise que les hôpitaux autonomes jouissent d'une autonomie financière c'est à dire qu'ils sont dotés d'un budget propre non incorporé à celui du Ministère de la santé publique dont ils dépendent. Pour cela, ils peuvent déterminer librement les ressources et les dépenses bien qu'ils soient soumis à un contrôle de la tutelle.

Malgré cette autonomie, signale Barumwete, les gestionnaires des hôpitaux se plaignent que leurs charges sont importantes en raison de salaires plus élevés que ceux de la Fonction Publique mais aussi des amortissements de leurs biens meubles et immeubles, des créances parfois irrécouvrables et de diverses charges de gestion. Par conséquent, ces charges additionnées aux marges bénéficiaires rehaussent le niveau des prix des actes médicaux qui, partant, ne permettent pas à une forte proportion de la population d'accéder facilement aux soins de santé alors que le taux de pauvreté ne cessait d'augmenter depuis la guerre civile. Dans la Table ronde des partenaires qui a eu lieu, à Bujumbura, les 24 et 25 mai 2007, des chiffres montrant cette augmentation sont donnés. En 1993, le taux de pauvreté était estimé à 35,0% ; il atteint 67% en 2000 et 70,0% en 2004, soit la multiplication par deux de la pauvreté extrême en dix ans. Devant une telle situation, de nombreux burundais sont devenus insolvables à l'égard des soins de santé. Comme conséquence, les hôpitaux publics ne récupèrent pas tous les frais liés aux actes médicaux et à l'hospitalisation pour les cas de décès ou d'évasion faute du manque de moyens. Aujourd'hui, les hôpitaux enregistrent beaucoup de patients qui s'évadent sans avoir réglé leurs factures. C'est pourquoi, en réaction contre ce phénomène d'insolvabilité, les responsables des hôpitaux ont instauré, dans un souci de bonne gestion, un système de recouvrement coercitif qui consiste à emprisonner à l'hôpital les patients insolvables jusqu'au règlement de leurs factures par de tiers ou les membres de leurs familles.

Les patients en situation de précarité ne se heurtent pas seulement à des tarifs élevés pour les services médicaux à l'hôpital, mais aussi ils sont confrontés aux problèmes de nourriture, de vêtements ou de manque des personnes proches pour les aider s'ils proviennent de localités éloignées de l'hôpital. Selon différentes enquêtes menées au sein de ces hôpitaux publics, ces cas des patients en situation de précarité incapables de payer les factures hospitalières, sont généralisés dans les hôpitaux publics au Burundi. Les chiffres varient selon les années. Un rapport de Human Rights Wactch sorti en 2006 signale que le nombre des patients insolvables suite au manque de moyens est égal à 1076 en 2005 dans les sept hôpitaux publics enquêtés.

Il s'agit de : Hôpital Roi Khaled de Kamenge, Hôpital Prince Régent Charles (Bujumbura), Hôpital de Ngozi, Hôpital de Bururi, Hôpital de Rumonge, Hôpital de Matana et Hôpital de Muramvya (HRW, 2006).

Tenant compte des chiffres élevés des cas d'insolvabilité mise en lumière en 2005 et les factures impayées (en 2005 et en 2008), nous avons décidé de mener une étude socio-anthropologique au sein de l'Hôpital Prince Régent Charles et l'Hôpital Clinique Prince Louis Rwagasore pour connaitre le mode de vie des patients en situation de précarité mais qui réussissent à s'adapter dans une telle situation malgré des dépenses énormes exigées par l'hôpital.

CHAPITRE II : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Dans notre travail, nous cherchons à comprendre comment les patients en situation de précarité s'adaptent pour réussir face aux dépenses énormes exigées par le milieu hospitalier. Alors que nous avons peu de connaissances sur ce phénomène, la présente étude nous aidera à comprendre comment ces patients s'arrangent pour sortir de cette situation.

II.1. Approche compréhensive et individualisme méthodologique

Dans cette approche, nous nous sommes intéressés à des points de vue de l'individu, soit vivant cette précarité, soit intervenant pour aider ces patients précaires. Dans l'angle de l'individualisme méthodologique, l'individu est au centre pour donner des éclaircissements afin de mieux comprendre un fait social. « Tout phénomène social s'explique par l'agrégation des actions individuelles. Cette perceptive suppose que l'individu est le point de départ de toute analyse sociologique » (Vultur & Boudon, 1997). Ici, donc, nous allons partir de l'acteur individuel (le patient précaire) pour saisir les raisons et les explications qu'il donne pour vivre dans la précarité et comment s'en sortir.

II.2. La méthode qualitative

Notre recherche a opté pour la méthode qualitative. « La méthode qualitative conçoit le monde social comme un univers construit selon la signification que donnent les acteurs aux faits sociaux. L'objectif de la recherche ne réside pas dans l'explication des phénomènes observés, mais il s'agit de les comprendre sans prétendre à la généralisation. La compréhension des faits (…) a pour but de saisir le sens qu'octroient les acteurs à leurs actions » (Boucherf, 2016).

Dans notre travail, cette méthode nous aidera à comprendre la réalité sociale que vivent les patients en situation de précarité tout en cherchant d'une manière profonde à saisir les stratégies qu'ils adoptent pour réussir à s'adapter face aux exigences imposées par un milieu hospitalier. Pour mieux comprendre, il faut aller les trouver dans leur environnement.

II.3. Les techniques de collecte des données

L'entretien est une technique de préférence dans notre travail de recherche. Selon (De Ketele & Roegiers, 1993), l'entretien *: « est une méthode de recueil d'informations qui consiste à des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations* »**.** Selon les mêmes auteurs, la technique d'entretien comporte un caractère multilatéral. On doit enquêter plus d'une personne si elle constitue la méthode principale choisie.

Nous avons opté pour une variante de l'entretien avec l'entretien semi-directif du fait qu'il n'est pas entièrement libre, ni entièrement dirigé par un grand nombre de questions précises comme outil de récolte de données. On va aussi utiliser un carnet de notes ainsi qu'un enregistreur de voix pour collecter les données du terrain.

II.4. Population d'enquête

Définir la population d'enquête, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger, et à quel titre, déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose (Blanchet & Gotman, 1992, p.50). Puisque nous ne cherchons pas la représentativité, nous privilégions l'échantillonnage non représentatif mais bien significatif (Quivy & Campenhould, 2011). Nous avons recouru à l'échantillon qualitatif par contraste dont l'objectif est la recherche de la diversité des points de vue et des situations. C'est ce que Combessie (2003, p.21) va justifier de la manière suivante : « Diversifier les informateurs, c'est se donner la possibilité de croiser les éclairages et d'objectiver les représentations ».

Pour déterminer le nombre des enquêtés, deux critères nous servent de références : critère de diversification et critère de saturation (Charlier & Campenhould, 2014, p.95). Leurs identifications et leurs caractéristiques sont développées en long et en large dans les tableaux en annexe.

Notre étude porte sur « la vie des patients en situation de précarité. Elle se passe dans les hôpitaux de Bujumbura Mairie, en 2023 ». La population d'enquête de notre étude est localisée dans deux hôpitaux publics placés tous dans la commune Mukaza. Dans notre recherche, nous avons adopté une approche qualitative et appliqué la technique d'entretien

semi-directif. Pour constituer notre échantillon (échantillon par choix raisonné) parce qu'il est impossible de nous entretenir avec tous les patients en situation de précarité de ces deux hôpitaux publics se trouvant en Mairie de Bujumbura, nous avons pris en compte l'âge, le sexe, le statut social, l'état civil, la classe sociale, le lieu d'origine, le niveau d'instruction, etc. ; mais, ce qui a compté le plus c'est la situation de précarité de l'individu.

Pour trouver notre population d'enquête, nous devrions entrer au sein de l'hôpital pour nous entretenir avec les patients en situation de précarité. Mais, nous avions du mal à les reconnaître puisqu'il n'y a pas de critères universels pour les identifier. Comme notre sujet l'indique, nous faisons une recherche socio-anthropologique sur la vie des patients en situation de précarité socio-économique, hébergés dans les hôpitaux publics pour être suivis en restant près des médecins. Ces patients mènent une vie compliquée à l'hôpital car ils ont peu de moyens à leur disposition pour satisfaire tous les besoins vitaux et les factures exigées par l'hôpital. Les patients en situation de précarité socio-économique, ce sont ces personnes classées dans les groupes vulnérables identifiés dans les hôpitaux publics en Mairie de Bujumbura : les personnes âgées, les veuves, les handicapés, les pauvres, les mendiants (ou les sans-abris), etc.

Comme nous l'avons dit, les critères pour désigner de telles personnes, surtout les pauvres et les mendiants, ne sont pas déterminés. Dans le cadre de notre étude, « La vie des patients en situation de précarité. Etude faite dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie en 2023 », nous devons d'abord nous rendre auprès des chefs médecins de ces hôpitaux. En respectant les étapes hiérarchiques de l'hôpital, nous passons par les chefs Nursing pour avoir une bonne orientation afin de rencontrer notre population d'enquête. Ensuite, nous avons eu recours aux autres patients trouvés au sein de l'hôpital.

Les catégories des personnes enquêtées se répartissent en trois catégories principales :

- Les médecins (10 individus)
- Les patients (23 sujets)
- Les membres des groupes associatifs ou des mouvements religieux (7 individus)

Nous avons rencontré 10 médecins dont 6 femmes et 4 hommes. Il s'agit de :

- Dr Chef Nursing de l'Hôpital Prince Régent Charles âgés de 64 ans ;
- Dr Chef Nursing de l'HCPLR

- Un médecin généraliste rencontré à l'HCPLR
- Un agent opérant dans le service administratif chef du contrôle interne de l'HCPLR
- Six femmes, médecins généralistes dont un chef du poste Médecine interne de l'HPRC, le chef du poste de chirurgie de l'HPRC, et chef du Poste médecine interne de l'HCPLR, chef du poste de chirurgie de l'HCPLR, le chef de service social de l'HPRC, le chef du service social de l'HCPLR

En ce qui concerne la catégorie des patients, nous avons mené notre enquête auprès de vingt-trois patients en situation de précarité dont treize hommes et dix femmes. Il s'agit de :

- Trois hommes handicapés et un orphelin, rencontrés à l'HCPLR ; cinq hommes indigents, trois orphelins et un handicapé, rencontrés à l'HPRC.
- Cinq femmes veuves et une orpheline, rencontrées à l'HCPLR, trois femmes veuves et une sans-abri, rencontrées à l'HPRC.

En ce qui concerne des membres des groupes associatifs ou des mouvements religieux, nous avons interrogé sept membres dont trois hommes et quatre femmes. Il s'agit de :

- Deux membres de l'UCMP, un membre du groupe des musulmans de la zone Buyenzi, un membre du groupe des *Ingendanyi* (de Marie) de la Paroisse Saint Sauveur, rencontrés à l'HPRC.
- Trois Sœurs, membres de l'association *Kunda*, rencontrées à l'HCPLR.

II.5. Notre terrain d'enquête : les deux hôpitaux au sein desquels les enquêtes se sont déroulées

Considérée comme une menace de la société et source de l'instabilité de l'ordre social, la maladie doit être sous le contrôle de la société par l'intermédiaire de la médecine. Un malaise, une maladie, appellent des soins (Stoetzel, 1960, p.621). Par conséquent, les malades se rendent au centre de santé ou dans les hôpitaux publics ou privés pour se faire soigner. Comme notre sujet de recherche est intitulé « La vie des patients en situation de précarité en séjour dans les hôpitaux publics », nous avons choisi de mener notre enquête dans deux hôpitaux publics implantés dans la mairie de Bujumbura, en commune Mukaza. Il s'agit de l'Hôpital Prince Régent Charles qui se trouve dans la zone de Buyenzi, à l'ouest du Boulevard du Peuple Murundi (anciennement Boulevard du 1er novembre), en face du Bureau de la zone de Buyenzi, au lieudit *Kuri* Permanence.

Il s'agit également de la Clinique Prince Louis Rwagasore, qui se trouve dans la zone Rohero en face de l'Etat-Major des Forces de Défense Nationale du Burundi.

Le choix de l'Hôpital Prince Régent Charles s'explique par le fait qu'il accueille favorablement des gens à moyens limités jusqu'à ce qu'on le surnomme d'« hôpital des personnes démunies ou des indigents ». L'information a été recueillie et confirmée lors de la phase exploratoire de notre recherche. De même, à la Clinique Prince Louis Rwagasore, nous y avons trouvé un nombre considérable de patients de cette catégorie d'individus en situation de précarité. De surcroît, ces deux hôpitaux ont été choisis en raison de leur proximité par rapport au lieu de résidence. Cela réduit les coûts en termes de moyens financiers ainsi qu'en termes de temps.

II.6. Déroulement de l'enquête de terrain et difficultés rencontrées

Les préparatifs de l'enquête de terrain ont débuté pendant le mois d'Août, 2023. Les enquêtes proprement dites ont commencé avec le mois de septembre pour se terminer pendant le mois d'octobre. Elle a été faite dans le but de confronter les données de terrain avec le cadre théorique préétabli.

L'organisation de l'hôpital a rendu difficile notre travail de recherche. En effet, nous avons dû d'abord nous diriger au secrétariat de l'hôpital pour déposer notre attestation de collecte de données. Ensuite, l'agent du secrétariat nous a mis en attente le temps qu'il faut pour avoir l'audience puis l'accord du Directeur général de l'hôpital.

C'est après avoir reçu les autorisations nécessaires que nous avons pu nous introduire dans les dortoirs pour faire des entretiens avec les malades. Avant de les atteindre, nous devions d'abord contacter les chefs Nursing pour avoir une bonne orientation. Ces derniers affirment que des patients vulnérables existent ; mais, pour que nous puissions les rencontrer, leur rendre visite dans les chambres, il faut passer par le chef de poste. En effet, c'est ce dernier qui est en collaboration étroite avec les patients et doit se rendre compte du statut socio-économique de chacun d'entre eux, connaître la situation générale (lieu d'origine, numéro de chambre, statut social, niveau de vulnérabilité, etc.). Avec les médecins régulièrement en contact avec ces patients défavorisés, le temps leur fait défaut.

Les chefs de poste nous ont informé que, eux aussi, pour savoir que le patient est en situation de précarité socio-économique, ils l'écoutent d'abord mais cela ne suffit pas. En cas de doute, ils peuvent aussi se rendre dans les salles des patients pour interroger les voisins de lits.

Les voisins sont interrogés car ils voient souvent les mouvements des gens qui prennent en charge leurs malades soit en provision alimentaire ou en cas de paiement des prestations sanitaires. L'absence du mouvement peut aussi témoigner que le statut socio-économique du patient est très précaire selon les chefs médecins.

La majorité des patients en situation de précarité que nous avons interviewés sont surtout venus du milieu rural. Ils nous ont racontés comment ils se débrouillent dans ces hôpitaux en milieu urbain, situés loin de leurs collines d'origine. (Ils nous avouent qu'en cas de manque de moyens à l'hôpital, ils font appel au réseau de solidarité (parents, amis ou autres connaissances) ou ils contractent des crédits. D'autres font surtout recours à la vente de biens personnels et à l'endettement. Certains quittent l'hôpital avant la fin du traitement pour éviter de payer (Infos recueillies cfr résultats : cas d'une veuve rencontrée à l'HCPR).

Nous avons souvent trouvé nos enquêtés malades sur le lit d'hôpital ; les médecins, dans leurs bureaux ou ailleurs lorsque l'on se donnait rendez-vous via le contact téléphonique surtout les chefs de service. Quelquefois, nous accompagnions les médecins dans les chambres pendant le moment de contrôle pour nous rendre compte de visu la relation médecin-patient.

Nous disposions comme outil d'enquête d'un guide d'entretien construit à l'avance (voir Annexes). Après avoir gagné la confiance de nos interviewé.es et choisi un endroit favorable à l'entretien, nous introduisions alors nos objectifs de recherche et son intérêt et nous demandions aux enquêtés s'ils acceptent de nous donner entre 30 min et 75 min.

Nous avons eu beaucoup de difficultés, compte tenu des exigences du travail professionnel et des contraintes de la maladie. Certains patients parlaient avec des voix inaudibles ; dans ce cas, nous devions être très attentif. Il nous a également été difficile de nous introduire au milieu des patients vulnérables car lorsque nous échangions avec eux, ils attendaient de nous aide, un geste de bienfaisance. De surcroît, certains enquêtés, surtout les médecins, se méfiaient de la technique d'enregistrement par magnétophone. Dans ce cas, nous nous étions obligés de recourir à la prise de note pendant l'entretien. Il ne nous était pas facile de poser les questions et à la fois noter les réponses. Malgré toutes ces difficultés, nous sommes parvenus à effectuer notre recherche et nous avons finalement réussi à collecter les données utiles à l'analyse.

II.7. Outils d'analyse

Dans le chapitre qui suit, nous présentons, analysons et interprétons les informations collectées auprès des patients hospitalisés et en difficulté de satisfaire tous les besoins exigés par l'hôpital. Nous avons fait notre présentation et notre analyse par thématiques. Ces dernières, ce sont les mêmes qui ont donné le ton aux entretiens réalisés avec les participants. Tous ces thèmes sont en rapport avec la problématique de la vie compliquée des patients hospitalisés, en état d'incapacité de se prendre en charge : difficultés de se nourrir et/ou de se vêtir, insolvabilité vis-à-vis des services médicaux offerts et stratégies prises pour s'en sortir.

Après le recueil des propos tenus par les patients en situation de précarité et leur entourage, il faut les interpréter ? Qu'est-ce que le travail d'interprétation ? Rappelons la définition de Foulquié (1971, p.267). « *L'interprétation est le travail de pensée qui consiste à déchiffrer le sens caché dans le sens apparent, à déployer les niveaux de significations impliqués dans la signification littérale* ».–Les questions de recherche posées au début de notre travail ont inspiré les principaux thèmes des entretiens que nous avons menés dans les hôpitaux publics de Bujumbura-mairie pour comprendre la vie des patients en situation de précarité. Les thèmes découlant de ces interrogations sont développés dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE III: PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Dans ce présent chapitre, nous présentons, analysons et interprétons les informations collectées auprès des patients en situation de précarité hébergés dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie. Quelles sont les difficultés qu'ils ont de satisfaire les besoins exigés par l'hôpital ? Comment les problèmes liés à leur état de précarité sont-ils résolus ?

La présentation et l'analyse se font à travers les thématiques. Les quelques thèmes principaux que nous avons pu dégager. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, tous ces thèmes se rapportent au phénomène de la problématique sur la vie compliquée des patients hospitalisés, en état d'incapacité de se prendre en charge, non seulement en ce qui concerne la nourriture ou les habits, mais aussi en manque de paiement des services médicaux et des médicaments. En même temps, nous cherchons également à connaitre l'apport de l'hôpital ou du personnel médical, des familles ou d'autres dans la contribution de survivance de ces patients menacés aussi bien par la maladie que par l'indigence.

III.1. Débrouillardise face aux dépenses énormes imposées dans les hôpitaux publics

Dans cette première section, nous nous attardons à voir comment les patients incapables de se prendre en charge à l'hôpital public se débrouillent et s'adaptent pour se nourrir ou se vêtir, payer tous les services médicaux tels que les consultations, les analyses, les médicaments, les fournitures, et leur séjour à l'hôpital. Nous allons aussi analyser comment le patient démuni peut garder la morale malgré le mal(maladie) afin de survivre face aux dépenses lourdes exigées par l'hôpital public. En effet, le patient à l'hôpital a besoin de manger ou se vêtir. Il est aussi contraint de payer tous les services médicaux y compris les médicaments. Quelquefois, les prestations sanitaires sont chères. Cela dépend de l'ampleur de la maladie du patient. Les malades en situation de précarité hébergés dans les hôpitaux publics ont besoin aussi des prises en charge morales dans l'optique de les soulager malgré leurs malheurs.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'hôpital public accueille toute personne malade sans tenir compte de son statut socio-économique. C'est la raison pour laquelle on trouve aussi des patients en situation de précarité, qui ne disposent aucun moyen pour satisfaire leurs besoins et qui sont en difficultés de payer les services médicaux et les médicaments. Cependant, ils s'adaptent et survivent malgré ces exigences lourdes.

Notre question principale est de savoir comment ils parviennent à s'adapter dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie alors que leur situation de précarité socio-économique relève une certaine ambiguïté à propos de la vie chère et difficile au sein de l'hôpital public contraignant le patient démunis à répondre.

III.1.1. La débrouillardise face aux besoins alimentaires

Les patients en situation de précarité rencontrent de grandes difficultés pour trouver de quoi manger étant dans les hôpitaux publics en Mairie de Bujumbura. La majorité de ces patients vient des lieux éloignés par rapport à la ville de Bujumbura et, par conséquent, certaines familles des patients ou des voisins ont du mal à prendre en charge les leurs à cause non seulement de manque de moyens, mais aussi d'une longue distance qui les séparent. Isabelle Van Pevenage (2010) le confirme en disant que « lorsque les familles sont prêtes à s'occuper de leurs membres, l'accès aux solidarités familiales est contraint par divers facteurs (moyens, distances, disponibilités, etc.).

D'autres prises en charge découlent des groupes de certains mouvements religieux, des associations ou de certains individus ayant un bon cœur. Nous présentons ici les informations fournies par les patients les plus démunis interrogées dans deux hôpitaux publics de Bujumbura mairie, à savoir l'Hôpital Prince Régent Charles et l'Hôpital Clinique Prince Louis Rwagasore. Ces patients nous racontent comment ils se débrouillent pour manger et/ou se vêtir dans un milieu hospitalier et face à des contraintes de précarité.

« *Pour manger ici, ce n'est pas facile. En effet, nous ne disposons d'aucun moyen financier pour acheter de la nourriture. Il y a des jours où nous manquons complètement de quoi manger, surtout pendant la nuit. Ma famille est pauvre et est incapable de me soutenir. Il y a un groupe de gens inconnus qui nous apportent de la nourriture mais ils viennent rarement. Ici, dans cette salle, personne ne regarde l'autre* ». (J. B, 22 ans, malade orphelin, hospitalisé à l'HPRC, Médecine interne, salle n°2, entretien du 11/ 09/2023).

Autrement dit, certains patients en situation de précarité obtiennent de la nourriture grâce à l'esprit de bienfaisance des groupes de personnes qui leur apportent à manger d'une façon sporadique. Dans ce cas, les patients démunis reçoivent rarement de la nourriture, cela aggrave leur état de santé. Tenant compte des propos de l'enquêté, la solidarité n'existe pas entre les patients dans les hôpitaux publics aujourd'hui car malgré les lits qui sont proches, ils ne partagent pas de la nourriture même si on y trouve des patients qui ne disposent d'aucun

moyen pour se prendre en charge. « *Je viens de la province de Bujumbura, Commune Kanyosha. Nous mangeons une fois par jour. Et c'est une petite assiette de nourriture que Ma Sœur prépare ici même. Nous n'avons rien d'autre que ça ! Dans cette chambre, les autres patients peuvent manger seuls et leurs familles, mais ils ne peuvent pas nous appeler pour partager la nourriture* ». (K.C, 73 ans, veuve, HCPLR, médecine interne, le 20/09/2023)

A travers les propos de J.B et K.C, à l'hôpital, les patients favorisés ne soutiennent pas les défavorisés : ils ne partagent pas la nourriture. L'esprit de la solidarité manque ou n'est pas fort. « *Pour manger ici, c'est l'hôpital qui nous prenne en charge. On nous donne du riz et du haricot pendant la journée seulement et, pendant la nuit, nous devons chercher ailleurs. Plusieurs fois, la nourriture qu'on nous donne ici n'est pas compatible avec celle qu'on peut donner au patient, c'est pourquoi, nos gardes les mangent, mais pas nous* » (N.JB, handicapé, 41ans, HCPLR, Bloc Chirurgie, le 25/09/2023).

N.J. (44 ans), médecin généraliste rencontré à l'HCPLR en date du 26 Septembre 2023 confirme les propos tenus par les patients. « *Ce malade que je suis en train de traiter est un sans-abri. Nous ne savons même pas les gens qui l'ont amené jusqu'ici. Il n'a aucune personne qui le garde. Pour manger, il attend un repas de midi préparé à l'hôpital par un membre de l'Eglise catholique et c'est ce membre lui-même qui apporte cette nourriture sur le lit du malade. En ce qui concerne les médicaments, les médecins doivent chercher la manière de le faire* ».

Les deux hôpitaux disposent d'un stock de produits alimentaires pour nourrir les patients démunis. Mais, dans ces hôpitaux, nous avons remarqué que les patients en situation de précarité reçoivent une petite assiette composée du riz et du haricot. Cette alimentation reste insuffisante car l'assiette donnée n'est pas assez grande et satisfaisante ; c'est vraiment ce que l'on peut appeler, en kirundi, « *gukora ku munwa* ». Par ailleurs, le repas est donné une fois par jour. Dans ce cas, les patients en situation de précarité qui n'ont pas d'autres sources pour manger, adoptent une attitude de s'abstenir pendant le matin et le soir, toujours en attente des âmes charitables considérées comme des envoyées de Dieu.

Il y a des patients que nous avons qualifiés comme étant « les plus démunis ». Les sans-abri, par exemple, qui sont hospitalisés sans aucune connaissance dans l'hôpital. Mais, comme le Burundi s'est engagé dans la réalisation et la mise en pratique des objectifs élaborés par les conférences internationales basées sur la « *santé pour tous* » (ODD 3), il oblige les médecins de soigner quiconque est soupçonné d'être malade avant même l'établissement de la facture et

sa liquidation pour les soins dont il a bénéficié. Cela inquiète les hôpitaux publics en autonomie de gestion.

A.N, une veuve de 49 ans, rencontrée au HCPLR, en Médecine interne (le 20/09/2023), nous révèle ce qui suit. « *Je mange une fois par jour. Celui qui me garde c'est lui aussi qui cherche pour moi de la nourriture. Voilà, il va revenir à la tombée de la nuit. Je ne mange pas tout à cause de cette maladie. Je n'ai pas pu manger la nourriture que l'on donne ici. Je préfère envoyer celui qui me garde pour aller mendier auprès de nos voisins qui connaissent mon problème afin de recevoir une alimentation recommandée par le médecin. Il s'agit de légumes, des fruits. C'est une alimentation qui est très chère, c'est pourquoi j'ai décidé de la prendre soir uniquement* ».

« *Les médecins m'ont conseillé de ne pas manger du sel et de l'huile. Vous comprenez que je reçoive seulement la nourriture de ceux qui connaissent mon problème. Il y a un individu bienfaiteur qui envoie souvent de la nourriture bien assaisonnée et tout… Je n'y touche pas. Je préfère m'endormir le ventre creux. Quelquefois, au petit matin, il y a des musulmans qui nous apportent de la bouillie* ». (N.M, Indigent, 25 ans, HPRC, Médecine interne, le 11/09/2023).

La nourriture à consommer par le patient démuni peut poser des problèmes supplémentaires. En effet, le médecin-traitant peut, par exemple, soumettre ou non son patient à un régime alimentaire spécial. Pour A.N, elle peut compter sur l'esprit de solidarité de ses voisins. Par contre, pour J.I, voisine de lit d'A.N, la solidarité n'existe plus. Elle le dit explicitement. « *Nous attendons la nourriture de midi préparée ici par un membre de l'église catholique (une sœur) ; puis, le jour se termine sans toutefois trouver un autre repas. Les voisins ne viennent pas me voir. Aujourd'hui la solidarité entre les personnes n'existe pas et l'amour n'est plus* ». (J.I, 48 ans, veuve, HCPLR, Médecine interne, Chambre N°31, le 25/09/2023)

L'hôpital public et des bienfaiteurs peuvent prendre en charge les patients démunis en leur procurant un repas de midi. Mais un seul repas par jour ne suffit pas. Par ailleurs, le repas offert par l'hôpital public peut ne pas être compatible aux prescriptions médicales. D'après l'enquêté, on ne donne que de riz et des haricots tous les jours. Pour certains, il ne leur reste que la solidarité des voisins. Mais, ici aussi, tout est hypothétique : les voisins peuvent être éloigné du lieu d'hospitalisation et ne répondent pas toujours favorablement ou à temps. C'est le cas de B.G, 25 ans, orphelin, rencontré au HCPRL, en Chirurgie, le 25 Septembre 2023.

« *Moi, je viens de la province de Rumonge. Je viens de passer deux ans ici. Ici la vie est difficile, ce n'est pas facile de trouver de quoi manger. Aujourd'hui, certains membres de ma famille peuvent me donner une assiette de nourriture, mais du fait que la période devient longue, ils s'épuisent et m'abandonnent. Dans ce cas, je peux passer toute la journée ou toute la nuit sans manger. Mais ici dans notre chambre, nous nous aidons mutuellement car le malade qui a reçu quelque chose, partage avec les autres qui n'ont rien eu* ».

Les propos de N.S, une veuve de 52 ans rencontrée au HCPLR, en Médecine interne le 20/09/2023, vont dans le même sens. « *Pour manger, j'ai un enfant qui m'envoie de l'argent pour acheter de la nourriture. Mais malheureusement, il est aussi pauvre. Il ne le fait pas tous les jours. En cas de manque, nous ne pouvons pas nous débrouiller, mais plutôt nous attendons la nourriture de midi préparée ici à l'hôpital. Pour la nuit, nous pouvons manquer complétement la ration* ».

En principe, les patients démunis reçoivent de la nourriture en provenance de leur famille. Mais au fur du temps, leurs familles les abandonnent à cause d'une longue période que le vulnérable passe à l'hôpital. Mais, justement, la précarité n'est pas individuelle : elle touche toute la famille. Les repas fournis par l'hôpital (même qualitativement no appréciés) et celle des bienfaiteurs (même l'irrégularité) sont d'une grande importance dans la prise en charge des patients en situation de précarité socio-économique.

« *Je suis nourris par des personnes inconnues. Une seule personne peut réaliser ce bon travail ou plusieurs individus. Mais je connais un groupe de gens musulmans de Buyenzi qui nous apportent de la nourriture. En cas de leur absence, je ne mange pas. Ma famille est incapable de me prendre en charge car elle est très pauvre* ». (M.D, 23ans, malade orphelin, HPRC, Médecine interne, chambre n°2, le 11/09/2023)

Des personnes bienfaisantes, qui habitent à proximité de ces hôpitaux publics enquêtés, prennent en charge les patients les plus démunis au niveau de l'alimentation mais ils ne sont pas nombreux. L'Hôpital Prince Régent Charles, comme il est placé dans une zone musulmane, reçoit beaucoup d'âmes charitables musulmanes. Pour ce fait, certains patients les plus démunis affirment recevoir de la nourriture en provenance des groupes croyants musulmans. Pour ces patients, les musulmans ont un cœur plus charitable par rapport aux autres croyants. Egalement, ils cultivent la solidarité plus que d'autres populations du milieu urbain, généralement enclines à l'individualisme (……). « *Moi, je suis un sans-abri, avant de tomber malade j'habitais dans la rue. Je viens de passer ici 3 ans. Pour que je puisse manger,*

j'attends toujours de bienfaiteurs hypothétiques. Les uns m'apportent de la nourriture préparée ; d'autres me donnent de l'argent comme 5000FBU ou 10000FBU et j'achète la nourriture moi-même. Mais également, ici à l'hôpital, on nous donne une petite assiette de nourriture. D'une manière générale, moi je n'ai aucune personne pour me prendre en charge » (B.G, 25 ans, orphelin, rencontré au HCPRL, en Chirurgie, chambre n°17, le 25 Septembre 2023)

Des individus ayant un cœur de charité s'engagent à accomplir cette tâche de prise en charge des patients en situation de précarité en leur donnant de la nourriture, chaque jour. C'est cela que raconte K.P, le-sans-abri. C'est cela que le vieux M.P, (63 ans) originaire de Mwaro nous répète (HCPLR, Chirurgie, le 25/09/2023). « *Moi je viens de la province Mwaro, commune Ndava, vous entendez que c'est loin. Personne ne nous prenne en charge ici parce que nous n'avons aucun contact avec les personnes d'ici. Nous bénéficions de la nourriture préparée par un membre de l'église catholique. Elle vient une fois par jour. Pendant la nuit, il y a risque de ne pas manger mais dans notre chambre, il y a un esprit de solidarité. Ceux qui ont reçu partage avec ceux qui n'ont rien reçu* » (HCPLR, M.P, 63ans, handicapé, Chirurgie, le 25/09/2023).

« *Je suis natif de la province Kayanza. Je viens de passer plus de 2 ans ici. Nous subissons des difficultés de manger convenablement ici. C'est l'hôpital qui nous prend en charge en nous donnant une petite assiette de midi ; mais, le matin est le soir, nous devons nous arranger autrement. Personne de l'extérieur ne vient nous voir. Moi je viens de loin, aucune personne me connait ici dans la ville de Bujumbura* ». (S.C, 27 ans, orpheline, HCPLR, Médecine interne, le 20/09/2023). L'éloignement de la famille ou des voisins d'un patient démunis peut créer des sentiments d'exclusion envers ce patient puisqu'il se sent marginaliser, et peut créer aussi un état de malaise chez ce malheureux. Dans ce cas-là, le patient reçoit de la nourriture grâce à ses voisins (malades et garde-malades) qui partagent la même chambre/salle pour compléter la petite assiette donnée par l'hôpital.

En l'absence de l'esprit de solidarité et de ces âmes charitables, les patients en situation de précarité séjournant à l'hôpital souffriraient beaucoup de la faim. Les propos du jeune R.J, (19 ans), indigent, HPRC, Médecine interne (le 11/09/2023) sont sans équivoque. « *Les personnes qui nous prennent en charge ne viennent pas tous les jours. Même un mois peut passer sans voir une personne qui m'apporte une nourriture.*

On nous donne ici une petite assiette de nourriture midi, et après avoir terminé de manger, je croise les bras pour attendre l'autre jour car je n'ai pas de famille ici dans la ville de Bujumbura. Comme conséquence de ne pas manger pendant la nuit, mon corps manifeste des signes de faim en tremblant à cause des médicaments pris sans manger ».

Bref, les patients en situation de précarité hébergés dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, se confrontent à des conditions de vie difficiles et préoccupantes pour s'adapter et survivre face à des exigences lourdes imposées par les hôpitaux.

III.1.2. Le payement des services médicaux et des médicaments

Les patients en situation de précarité étant dans les hôpitaux publics de Bujumbura-mairie, sont contraints de payer les actes médicaux ainsi que les médicaments comme les autres patients. Mais étant à l'hôpital, ils ne sont pas à mesure de payer. En effet, les patients n'ont pas de moyens financiers ou ont des moyens insuffisants qui ne leur permettent pas de couvrir toutes les charges médicales malgré une prise en charge assurée par le ministère en charge de la solidarité Nationale pour certains. Seulement, dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, les dispositifs en médicaments sont vraiment insuffisants et, partant, les patients en situation de précarité sont obligés d'aller chercher ailleurs hors de l'hôpital, dans les pharmacies privées, où ils trouvent souvent ces médicaments très chers. L'achat des médicaments en dehors de l'hôpital n'est pas pris en charge par le ministère en charge de la solidarité Nationale. C'est une charge qui incombe aux patients malgré leurs conditions de vie défavorables. Devant une telle situation, les patients en situation de précarité échouent devant un prix inabordable du médicament recherché. Dans ce cas, on constate que la non disponibilité des médicaments suffisants dans les hôpitaux publics constitue une barrière pour les patients démunis à l'accès aux soins de santé et apparait aussi comme un facteur qui handicape le droit à « *la santé pour tous* » comme le précise les conventions suggérées dans les conférences d'Alma-Ata et de l'Initiative de Bamako. Cela inquiète les patients.

« *Moi je viens de passer 2ans ici étant malade, les médecins ne cessent de me donner une fiche de calcul pour compléter le montant qui s'élève sans cesse, car tout objet médical est facturé. J'ai amené ma Carte d'Assurance Maladie (CAM) ; mais, ici, on m'a dit qu'elle ne fonctionne pas, qu'elle n'est pas valable. Mais malgré tout, nous sommes appuyés par la solidarité, c'est-à-dire le Ministère de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales, de la Personne Humaine et du Genre. Pour recevoir le droit d'être appuyé par la Solidarité, cela prend du temps* ». (HPRC, R.J, 19ans, indigent, Médecine interne, salle n°4)

Les cartes d'assurance maladie (CAM) ne sont pas acceptées dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie. Un autre constat, c'est que le ministère en charge de la solidarité Nationale assiste les patients démunis en leur procurant la permission de se soigner à l'hôpital public et que toutes les charges calculées seraient comptées sur l'Etat à travers le Ministère de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales, des Droits de la Personne Humaine et du Genre.

« *Moi je suis vraiment indigent. Je suis incapable de payer les services médicaux et les médicaments. Ici à l'hôpital, les médicaments que je dois prendre souvent ne sont pas disponibles à la pharmacie de l'hôpital ; nous devons les importer de l'extérieur de l'hôpital. Ils sont très chers. Moi, je suis incapable d'acheter ces médicaments et je ne peux pas payer les seringues, tous ces services médicaux. J'ai la carte d'assurance maladie et un bienfaiteur, après avoir constaté mes problèmes ici, a cherché pour moi une prise en charge médicale Je ne sais pas comment il a procédé* » (N.M, 25ans, indigent, HPRC, Médecine interne, salle n°4, le 11/09/2023).

« *Concernant les médicaments, je dois les chercher en dehors de l'hôpital. En effet, ici, on nous a informé qu'il n'y en a pas. Ces médicaments sont vraiment trop chers car le coût d'un seul paquet est de plus de 20.000FBU et nous sommes obligés de le prendre chaque jour. Voilà, nous n'avons d'autres choix. Pour pouvoir acheter ces médicaments, je fais recours à ma famille mais elle n'intervient pas tous les jours. Dans ce cas, je garde dans la main l'ordonnance médicale pour attendre jusqu'au moment propice où je trouve de l'argent pour acheter ces médicaments. Evidemment, il y a une interruption de prise des médicaments et cela nuit à l'évolution positive de mon état sanitaire et provoque de la panique dans mon for intérieur* » (B.G, 25ans, originaire de Rumonge, orphelin, HCPLR Service de chirurgie, chambre n° 17, le 25/09/2023).

« *Le ministère de la solidarité me prenne en charge, en payant à ma place toutes les prestations délivrées par cet hôpital. Malheureusement, les médecins, après la consultation, m'ont recommandé d'aller acheter ces médicaments à l'extérieur de l'hôpital. Ils sont très chers. Voilà même maintenant, je suis encore ici sans la prise de médicament. Pour arriver ici, c'est le chef de quartier qui m'a aidé mais aussi grâce à lui, j'ai pu trouver cette prise en charge médicale à travers le Ministère de la solidarité public* ». (HPRC, N.L, 48ans, veuve, médecine, salle n°6, le 17/09/2023)

Malgré la panique que subit les patients en situation de précarité suite au manque de moyen financier pour payer les services médicaux et pour acheter des médicaments, les patients démunis sont plus ou moins soulagés par la prise en charge prônée par l'Etat à travers le Ministère en charge de la solidarité Nationale. Le fait de payer les prestations sanitaires par ce ministère est un acte lié avec le projet mis en place par les déclarations universelles comme celles d'Alma-Ata qui ont un objectif commun la « *santé pour tous* ». Néanmoins, les patients se plaignent de l'insuffisance des produits médicaux dans ces hôpitaux publics. Le fait d'aller chercher les médicaments ou tout autre objet médical en dehors de l'hôpital rend encore l'inaccessibilité totale aux soins de santé médicale. En effet, selon les patients démunis eux-mêmes, importer les médicaments à l'extérieur de l'hôpital signifie payer en totalité ces médicaments. Souvent, les patients en situation de précarité échouent d'acheter ces médicaments et conservent l'ordonnance médicale jusqu'à ce qu'ils reçoivent un bienfaiteur pour les soutenir afin d'acheter ces médicaments. La non prise des médicaments convenablement tel que prescrit par le médecin marque des ruptures thérapeutiques, ce qui peut freiner l'évolution positive de l'état de santé du patient démunis. Ce phénomène montre exactement que les patients en situation de précarité ont du mal à accéder aux soins de santé médicale.

« *Moi, je suis natif de la province Rumonge, commune Muhuta ; je suis un handicapé mais aussi paralysé. J'ai fait le tour des hôpitaux pour me faire soigner. J'ai tout vendu pour que je puisse payer les prestations sanitaires. C'est plus tard après que j'ai reçu une prise en charge médicale soutenue par La Solidarité. Mais La Solidarité ne nous donne pas tout. Il y a des cas d'urgence… Par exemple, un médecin peut te dire d'acheter un objet médical tout de suite, dans ce cas nous n'attendons pas le ministère. J'ai une ordonnance ici, mais tous ces objets médicaux écrits, ne sont pas prise en charge car l'hôpital n'est pas capable de les acheter pour moi. J'attends encore des bienfaiteurs* ». (N. J.-B., handicapé, 41ans, HCPLR, Chirurgie, chambre n°17)

Comme nous l'avons déjà évoqué, la maladie peut entrainer une crise socio-économique incontournable chez un individu. Elle contraint un individu à vendre tout pour avoir accès aux soins de santé. La prise en charge réalisée par le ministère en charge de la solidarité Nationale ne peut pas couvrir tous les besoins des patients démunis ; il y a des cas d'urgence que le patient lui-même doit régler dans les meilleurs délais en utilisant ses propres moyens pour éviter des problèmes qui peuvent survenir.

Tenant compte des informations recueillies auprès d'un certain patient démuni, un médecin peut recommander le patient d'acheter un objet médical nécessaire à ce moment. « *Nous avons manqué complètement l'argent pour acheter des médicaments car nous avons trouvé ces médicaments très chers. Par conséquent, la maladie s'aggrave jour après jour et devient compliquée. J'ai une fiche valide qui atteste que je suis indigent, mais les médecins m'ont dit qu'elle a déjà perdu sa validité. Je n'étais pas seul dans cette situation. Ils nous ont suggéré de chercher d'autres fiches valides. Vraiment j'ai essayé de chercher en envoyant ma fille, mais on a refusé ce qu'elle a apporté. Comme je suis ici sans la prise de médicament, je décide de quitter cet hôpital pour aller à la maison* ». (HCPLR, B.J, 67ans, une vieille femme veuve, chambre n°25, le 19/09/2023)

Il semble que certains patients démunis viennent à l'hôpital alors qu'ils ont des informations insuffisantes sur la prise en charge assurée par le Ministère en charge de la Solidarité Nationale. Cela provoque le non accès rapide aux soins de santé et entraine des va et vient ou des retours obligés pour chercher des attestations délivrées par la commune attestant l'indigence du patient. Les médecins, quant à eux, s'occupent de leur profession de soigner les patients mais ne se soucient pas des problèmes liés à la précarité socio-économique des patients démunis dans les hôpitaux publics se trouvant en Mairie de Bujumbura. Quelquefois, des patients peuvent quitter l'hôpital sans se faire soigner ou sans aller jusqu'au bout, faute de manque d'argent. Le cas de B.J au HCPLR en est l'illustration.

« *J'ai tout vendu pour avoir des moyens financiers. Ces derniers ont été utilisés pour l'achat des médicaments. Malheureusement, l'argent a tari alors que je suis encore malade, il ne reste rien à ma disposition. C'est pourquoi, mon état sanitaire actuel se dégrade de temps en temps à cause de la non prise des médicaments. Je n'ai aucune personne qui me prend en charge, même les médecins. Je ne sais qui je vais devenir dans les temps à venir* ». (HCPLR, N.A., 49ans, veuve, Médecine interne, chambre n°31)

Tenant compte de ces propos, nous pouvons confirmer que la maladie peut être la cause de la pauvreté et vice-versa. On peut le remarquer sur les patients qui vendent tout pour avoir accès aux soins de santé. Bien que certains patients démunis vendent tout pour accéder aux soins médicaux, leurs moyens ne peuvent pas couvrir toutes les prestations sanitaires fournis par l'hôpital public. Cela justifie que dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, il y a des patients démunis qui attendent sur les lits de l'hôpital sans la prise de médicaments ou sans le suivi efficace des médecins à cause du manque de moyens financiers.

Dans une telle situation, les patients démunis sont obligés d'attendre une prise en charge des bienfaiteurs ; mais, ces derniers ne sont pas nombreux et ne se présentent pas tous les jours. En conséquence, l'état sanitaire du patient démuni se détériore à cause du non accès aux soins d'une manière urgente et/ou régulière. « *Ma province d'origine est Mwaro, commune Gisozi, je suis arrivée ici il y a un mois, on a refusé de m'accueillir et de m'offrir des services médicaux car je n'ai pas d'argent pour payer. Je suis veuve et n'ai pas de moyens. Mais, Il y a un médecin qui m'a dit de chercher un papier délivré par nos autorités locales qui atteste que je suis indigente pour avoir une fiche de solidarité. Mais on passe par un long processus pour y arriver. En effet, cela fait déjà un mois que je cours. Les démunis sommes des durs-à-cuire sinon je serais déjà sous terre* ». (H.O de Mwaro, veuve, 41ans, HPRC, Médecine interne, salle n°5, le 13/09/2023)

Comme nous l'avons déjà évoqué, certains patients en situation de précarité viennent dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie pour se faire soigner alors qu'ils sont incapables de payer les dépenses lourdes qu'exigent les conditions d'hospitalisation. Certains d'entre eux, hospitalisés, ont peu ou n'ont pas d'informations sur la prise en charge assurée par l'Etat à travers le Ministère en charge de la Solidarité Nationale. D'où ils sont obligés de retourner dans leurs communes d'origine pour demander les attestations d'indigence afin d'être classés parmi ceux qui sont soutenus par la Solidarité. Mais, le retour dans la région d'origine, le temps que cela va prendre, les tickets ou les unités utilisées mettent le patient démuni dans davantage de difficultés d'accès aux soins de santé et même la situation les déstabilise psychologiquement.

III.1.3. La prise en charge morale et psychologique

Toute personne est fière lorsqu'elle se sent considérée dans la société. Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, les patients en situation de précarité se sentent délaissés par leurs familles, leurs voisins ou par toute la société en général. Quand un patient n'a pas quelqu'un qui le soutient moralement, il se sent amoindri sur tous les plans. Selon les médecins, l'empathie envers les patients démunis augmente l'espoir de guérir sa maladie malgré sa situation de précarité socio-économique qui tend à tout bloquer. La prise en charge morale et psychologique est permise dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie et doit être faite en respectant le règlement indiqué par l'hôpital.

« *J'aime les personnes qui viennent nous voir pour nous réconforter dans notre situation. Par exemple, il y a des membres des églises chrétiennes qui viennent nous faire des prières. Ils nous partagent la parole de Dieu, ils nous disent de chanter malgré nos faiblesses du corps. Ils réveillent notre esprit. Bien qu'ils ne nous donnent pas de l'argent ou de la nourriture ou des habits, leur présence ici nous réchauffe le cœur* ». (R.J, 19ans, indigent, HPRC, Médecine interne, salle n°4, le 14/09/2023)

« *Comme je suis loin de ma famille, je ne suppose pas qu'ils m'ont abandonné car depuis Cankuzo jusqu'ici, il y a une longue distance. Peut-être qu'ils manquent de moyens de déplacement. Il y a des membres chrétiens qui se sont engagés dans la prise en charge morale de nous. Ils dialoguent avec nous en faisant des prières* ». (M.P, 46ans, handicapé, HPRC, Chirurgie, salle n°25, le 14/09/2023)

Ces propos montrent que la prise en charge morale est l'un des faits sociaux qui consolent les patients en situation de précarité à l'hôpital. Certains patients lient l'absence de leurs familles avec la longue distance et acceptent la situation. Ils sont soulagés par la présence de ces chrétiens qui viennent les réconforter et leur remonter le moral.

III.1.4. Conclusion sur la première section

L'hôpital demande aux patients, qu'ils soient nantis ou démunis de payer les factures des services médicaux fournis ou des médicaments. Dans ce cas, les patients démunis subissent une double angoisse : une liée à la maladie et une autre qui s'ajoute, celle liée aux mauvaises conditions de vie auxquelles l'on est confronté. C'est l'esprit de solidarité qui va aider à surmonter les difficultés.

Les hôpitaux publics de Bujumbura mairie disposent des produits alimentaires destinés à nourrir les patients qui sont en situation de précarité**.** Ce sont des produits donnés par l'Etat à travers le Ministère en charge de la Solidarité Nationale.

Mais ce n'est pas seul l'Etat qui fournit de la nourriture aux patients démunis ; il y a d'autres gens charitables touchés par la situation précaire des patients qui pensent à leur vie dans les hôpitaux publics. Ceux-là s'engagent individuellement ou en collectivité dans la pratique du bien au sein de l'hôpital, en aidant le patient en situation de précarité à s'adapter et à survivre afin de surmonter le malheur.

Plusieurs associations se sont créées pour la cause. Nous avons, par exemple, l'association *Kunda* opérant à l'HCPLR ; il y a des groupes ou mouvements religieux qui se donnent la mission régulière de prise en charge des patients en situation de précarité séjournant dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie. Citons le mouvement *Ingendanyi* de la paroisse catholique *Mukiza Mweranda* de Nyakabiga. Chaque dimanche, ils collectent les vivres et les acheminent à l'HPRC. Il y a aussi le groupe *Abagenzi b'Umusaraba*, les musulmans et les membres de l'Union Chrétienne Médicale et Paramédicale (UCMP) qui aident à l'HPRC, etc.

Pour payer les prestations sanitaires la majorité des patients en situation de précarité sont, à ce niveau aussi, pris en charge par l'Etat à travers le même Ministère en charge de la Solidarité Nationale. Nonobstant, certains patients démunis achètent les médicaments hors de l'hôpital et les trouvent souvent trop chers dans les pharmacies privées. A cause de ce phénomène, les patients démunis ne parviennent pas à se faire soigner convenablement et la non-prise de médicament à temps peut provoquer des conséquences négatives.

Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, beaucoup de patients démunis disposent de la Carte d'Assurances Maladies (CAM) mais les enquêtés nous ont affirmé que les CAM délivrées dans les centres de santé en milieu rural deviennent invalides dans les hôpitaux publics en milieu urbain. Ils ne comprennent pas ni pourquoi ni comment leurs cartes ne fonctionnent pas. L'explication, ce sont les agents chargés des services de recouvrement qui nous la donnent. Ils disent que la CAM fonctionne même dans les hôpitaux publics de Bujumbura ; seulement, le problème est que les patients ne connaissent pas les processus pour que cette CAM soit acceptée dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie. « *C'est l'ignorance des patients* », explique le Chef du service de recouvrement des coûts.

III.2. La pratique de la solidarité comme valeur et protection sociale

La solidarité avec les patients démunis en hospitalisation se manifeste sous diverses formes. Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie où notre étude a été réalisée, la solidarité se présente, outre la prise en charge morale, sous la forme de prise en charge alimentaire ou financière. La mise en pratique de cette valeur sociale peut être réalisée d'une part par une seule personne qui s'engage individuellement à prendre en charge les patients démunis. Elle peut être un membre de la famille ou une personne qui n'a pas de relations familiales avec le vulnérable.

Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, lors de l'enquête sur terrain, nous avons constaté que les patients démunis sont pris en charge par un membre de la famille de sang direct, proche du patient démuni (par exemple, l'enfant pour son parent, la femme pour son mari, ou vice versa, etc.).

Nous avons constaté également des groupes associatifs, des individus qui rassemblent autour d'un idéal et agissent en association. Nous avons rencontré ou entendu parler des membres de l'Association *Incuti n'Abagenzi*, des membres des mouvements religieux comme *Abagenzi b'Umusaraba* (membres de l'église catholique intervenant à l'HPRC), *Ingendanyi* (de la paroisse catholique *Mukiza Mweranda*/Saint Sauveur de Nyakabiga), l'Union Chrétienne Médicale et Paramédicale (UMPC) qui rassemble des membres des Eglises protestantes, un groupe de musulmans qui interviennent dans l'HPRC, un groupe indépendant appelé « *Umuryango w'Abanyakigongwe* œuvrant au sein de l'HPRC, l'Association *Kunda* dans l'HCPLR, Caritas Cathédrale Regina Mundi dans l'HCPLR, etc.

III.2.1. Moyen d'intervention auprès des patients en situation de précarité : Mobilisation collective

Dans les hôpitaux publics, les prises en charge sont nécessaires pour soutenir et faire évoluer les vulnérables en diminuant leurs ressentis négatifs. Si les médecins s'occupent prioritairement de l'aspect médical et les psychologues du traitement psychologique, les intervenants sociaux se partagent la prise en charge sociale, appréhendant l'estime de soi et la revalorisation de la personne. L'aide psychosociale peut prendre en charge le corps désocialisé. Les soins esthétiques peuvent soulager le corps éprouvé. Tous contribuent à soulager le corps stigmatisé et, au-delà, à contrer la vulnérabilité contemporaine. C'est pourquoi certains membres des églises chrétiennes et musulmanes forment des groupes chargés de prendre en charge les patients démunis dans les hôpitaux. Les actions des partisans de ces églises s'articulent sur la prise en charge morale, alimentaire et financière. Mais pour les membres des églises chrétiennes, leur première mission est de prêcher la parole de Dieu pour sauver les âmes qui ont péché afin que les malades, une fois morts, gagnent le royaume des cieux.

« *En tout cas, les patients en situation de précarité dans cet hôpital subissent beaucoup de difficultés car ils ne disposent de rien auprès d'eux. Voir comment la vie d'aujourd'hui est chère, comment les prix de plusieurs produits ont monté, ça devient un grand problème pour ces vulnérables hospitalisés. Ils ont besoin des prises en charge de toute part. C'est pourquoi,*

nous nous sommes engagés de les soutenir moralement en prêchant d'abord la parole de Dieu au milieu d'eux, puis, en leur donnant de quoi manger et se vêtir. Nous sommes reconnus par la direction de l'hôpital et on nous a permis d'apporter des aliments déjà cuits car la confiance mise en nous est grande. Nous avons aussi une caisse destinée à servir ces patients en cette situation ». (I.C, 53ans, membre de l'UCMP, rencontrée au HPRC, le 24/09/2023)

« *Moi, je fais des actes de ''bonne action'' dans cet HPRC en tant que membre du groupe qui s'appelle « UCMP ». C'est un groupe très large qui contient plusieurs membres des églises chrétiennes différentes. Nous venons les lundis et les dimanches avec une première mission de prêcher la parole de Dieu mais aussi nous pouvons apporter de la nourriture et des habits pour les plus vulnérables ou bien une somme d'argent. La solidarité est la coutume de la population burundaise mais aussi nous sommes au service de Dieu. Ce dernier compte sur nos actions faites par nous* ». (C.F, 35ans, membre de l'UCMP, HPRC, le 24/09/2023)

Dans la mise en œuvre de la vertu et de l'éthique enseignée dans les églises, certains membres de l'église se mobilisent ensemble pour maintenir la solidarité dans la société. Ils confirment que malgré une diminution de l'esprit de solidarité dans la population burundaise, la solidarité est considérée comme une forte tradition et une coutume bien ancrée dans la société burundaise. Le fait de se regrouper ensemble crée un climat social solidaire entre eux, puis c'est un fait qui témoigne un engagement collectif dans la prise en charge des patients démunis. Selon les enquêtés, la prière ne suffit pas, il faut aussi donner de quoi manger et de quoi se vêtir. Pour mener à bien ces travaux de charité, certains membres des églises créent des caisses destinées à prendre en charge financièrement les patients en situation de précarité. A l'UCMP, une telle caisse sociale existe.

« *Comme musulmans, nous avons organisé une petite association chargée de faire les aumônes aux patients démunis. Au petit matin, nous apportons de la bouillie et le soir nous donnons des repas complets bien chauds.* » (A.I, 39ans, croyant musulman, membre d'un groupe intervenant à l'HPRC, entretien du 13 Septembre 2023).

« *Moi, je suis un membre des* Ingendany*i de la paroisse catholique de* Mukiza Mweranda *à Nyakabiga. Je fais partie des membres qui se sont engagés pour la prise en charge des patients démunis à l'Hôpital Prince Régent Charles. Notre mission est de guérir les âmes d'abord à travers la parole de Dieu, les consoler, les réconforter. Dans le but de renforcer et maintenir la solidarité, nous venons avec de la nourriture comme les fruits (avocats, ananas,*

bananes mûres, etc. ». (K.B, 39ans, membre du Mouvement catholique *Ingendanyi*, rencontré à l'HPRC, le 17/09/2023).

« *Moi, je suis un membre de l'association Kunda. Notre association s'est engagée dans la prise en charge des patients en situation de précarité en matière alimentaire mais aussi c'est dans le but de renforcer notre valeur morale et sociale qui est la solidarité à travers l'amour telle que recommandée par Jésus Christ* ». (A.J, 36ans, membre de l'association Kunda rencontrée dans l'HCPLR, le 29/09/2023)

Pour les musulmans, le fait de prendre en charge des patients démunis, c'est leur devoir. D'après l'informateur, en agissant ainsi, ils sont en train de remplir le pilier de faire l'aumône aux pauvres. D'autres agents issus des différents groupes chrétiens se considèrent comme des envoyés spéciaux de Dieu dans les hôpitaux pour donner un message de réconfort et de partage d'amour.

III.2.2. Moyen individuel dans la prise en charge des patients en situation de précarité

Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, il y a des personnes qui s'engagent individuellement pour assurer quelques soutiens aux patients en situation de précarité. Etant sur terrain dans les deux hôpitaux enquêtés, nous avons constaté des individus qui viennent seul avec soit un sac ou un panier contenant de la nourriture ou même une enveloppe contenant de l'argent destinés aux patients en situation de précarité. Néanmoins, selon nos enquêtés rencontrés sur terrain, aujourd'hui, les âmes charitables individuelles ont diminué du fait que dans les temps antérieurs, il y avait une circulation intense des personnes qui s'engageaient individuellement. Les autres affirment que certains hôpitaux publics de Bujumbura ont refusé l'entrée de la nourriture préparée en dehors de l'hôpital par des anonymes. Cette mesure réduit les personnes de s'engager individuellement dans la prise en charge des patients en situation de précarité, expliquent les patients démunis enquêtés. Les seules personnes admises à apporter de la nourriture préparée à sa maison, ce sont les proches des patients.

« Chaque dimanche je dois apporter de la nourriture à un patient démuni choisi au hasard, tenant compte de sa situation socio-économique précaire car plusieurs fois il ne dispose de rien auprès d'eux. J'apporte souvent une alimentation variée mais malheureusement je ne le fais pas tous les jours. Je suis aussi au service de Dieu car la mission par laquelle l'association Kunda m'a confiée est d'être près des malheureux pour les réconforter d'une

manière spirituelle mais aussi matérielle, sachant que je n'ai aucune relation avec lui ». *(*Sœur I.N, 40ans HCPLR, le 29/09/2023*)*

Cela signifie qu'une personne peut s'engager individuellement dans la prise en charge des patients en situation de précarité. Mais le problème qui reste est qu'elle ne vient pas tous les jours. Plusieurs fois, les engagements individuels limitent leurs prises en charge à un petit nombre de patients en situation de précarité (un patient ou deux). A propos des informations fournies par cette Sœur, la solidarité peut être réalisée par une seule personne. Cette dernière peut aussi être une envoyée d'un groupe associatif ou d'un mouvement religieux.

Le Chef du Service de social de l'HPRC explique pourquoi ces restrictions. *« Aujourd'hui, nous n'acceptons pas de la nourriture préparée à l'extérieur, car cela peut produire des problèmes au niveau de la santé de ces patients alors qu'ils sont encore malades. Nous permettons uniquement des aliments crus pour les préparer ici au sein de l'hôpital. Le garde-malade peut lui-même préparer la nourriture du malade dans la cuisine. Nous ne permettons pas non plus des aides données sous forme d'habits, chaussures car même ceux qui ne sont pas malades se cachent derrière les malades démunis pour pouvoir récupérer les chaussures ou les habits »* (B.A, 42 ans, Chef du Service social de l'HPRC, propos recueillis le 13/09/2023).

On comprend bien. Les prises en charge alimentaires sont limitées pour éviter quelques incidents inattendus et c'est aussi dans le but de protéger les personnes qui peuplent l'hôpital. Par conséquent, un nombre de gens qui veulent prendre en charge les patients démunis est réduit. Les patients, eux, s'inquiètent du manque de solidarité qui se manifeste aujourd'hui dans les hôpitaux publics par rapport aux temps passés.

« *Quand je regarde ici dans notre chambre, je peux confirmer que les personnes qui s'engagent individuellement pour prendre en charge les patients inconnus sont vraiment peu nombreuses. Par exemple, pour moi, il n'y a qu'un seul bienfaiteur qui m'apporte de la nourriture, mais il ne vient pas tous les jours. A son absence, je dors à jeun. Je suis hospitalisé depuis 2021 : je viens de passer 3ans étant ici. J'ai pu observer des mouvements de personnes qui s'infiltraient dans cet hôpital avec de la nourriture dans la main pour nourrir les patients démunis. Il y avait même ceux qui interrogeaient les patients pour se rendre compte des patients qui sont dans l'incapacité de se prendre en charge afin de réaliser cette bonne action ; mais aujourd'hui, vraiment le nombre a visiblement diminué* ». (N.M, 25ans, indigent, HPRC, Médecine interne, Salle n°4, propos recueilli le 11/09/2023)

Les engagements personnels pour prendre en charge les patients en situation de précarité diminuent au fil du temps. « *Je peux confirmer que le nombre de gens qui visitaient les patients démunis dans l'hôpital public a considérablement diminué. Je peux orienter ce phénomène dans le sens de la pauvreté. C'est ce que je pense. Aujourd'hui, tout le monde se lamente qu'il est pauvre et que les prix des produits alimentaires ont augmenté. Les personnes s'occupent de leurs familles seulement. Je le vois même ici, les malades qui ont des familles proches ici, ne manquent rien* » (HPRC, M.D, Orphelin, 23ans, Médecine interne, chambre n°2). Cela signifie que certaines personnes avancent la question de pauvreté comme obstacle de rendre visite aux patients en situation de précarité. Leurs revenus fragiles ne le leur permettent pas.

Pour Sœur Clarisse de l'Association *Kunda*, cela est incompréhensible. « *Beaucoup de Burundais ont perdu cette valeur morale et sociale de solidarité. Comment se fait-il qu'une seule personne puisse avoir 10 milliards de francs alors qu'il y a une multitude de patients démunis dans les hôpitaux qui manquent d'argent pour acheter des médicaments ainsi que de la nourriture ? Par exemple moi je ne suis pas riche mais je dépasse ma situation économique qui n'est pas admirable pour réconforter mes frères et sœurs malheureux dans les hôpitaux publics. Nous apportons des fruits, des bananes. Mais nous ne pouvons pas satisfaire tous les patients démunis car ils sont nombreux* ». (Sœur C.K, 38ans, HCPLR, le 29/09/2023)

Pour Sœur Clarisse, l'union fait la force. Selon elle, si les burundais acceptaient de se mettre ensemble pour valoriser l'esprit de charité, ils pourraient prendre en charge tous les malades en état de précarité.

III.2.3. Les mouvements associatifs comme protection sociale contre le malheur

Actuellement, on voit l'émergence de petites ou grandes associations qui regroupent les gens dans le but de s'aider mutuellement en cas de malheur. Comme la maladie était apparue comme un malheur qui sème un désordre au sein de la société, les personnes doivent s'unir pour cristalliser leurs forces afin de défier ce malheur. Ici, S. Barumwete (2010, p.241) affirme que le mouvement associatif est l'un des phénomènes majeurs qui caractérise la société burundaise depuis les transitions démocratiques des années 90. « *Les associations contribuent à des dynamiques variées aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Elles jouent ainsi dans certains domaines (santé) la mission de protection sociale et de mutualisation des risques dans un pays où plus de 80% de la population n'est pas affiliée à*

l'assurance maladie » (Barumwete, 2010, p.241). C'est ainsi que la majorité des associations créées contribuent à la prise en charge des problèmes sanitaires des membres.

Si certaines représentations sociales associent la santé au bonheur, à l'épanouissement, à la plénitude, la survenance d'une maladie est souvent perçue, au niveau familial, comme une catastrophe qui suscite la compassion et la solidarité. Toutefois, le contexte de paupérisation massive amène les acteurs de la solidarité à cadrer et à spécifier la nature et l'ampleur de cas sociaux méritant une assistance. Généralement la priorité est accordée à trois cas sociaux à savoir le décès, l'hospitalisation et les soins de santé à l'étranger. Siméon Barumwete (2010, p.241) a bien discouru sur ces cas sociaux prioritaires.

En cas d'hospitalisation du malade, les amis, les collègues de travail, les voisins participent au paiement des frais pour les prestations sanitaires consommés par le malade à l'hôpital public. Par exemple, une association dénommée « *Incuti n'Abagenzi* » (Littéralement veut dire « Parentés et Amis ») a été créée à Bujumbura en 1996 par une dizaine de membres fondateurs. Mais, comme c'est une association immense ayant des membres partout dans toutes les zones/quartiers de Bujumbura mairie, chaque zone rassemble ses membres dans ce qu'on appelle « *Antennes* » (ex : Antenne Buyenzi, Antenne Nyakabiga, Antenne Kanyosha, etc.).

Selon l'information récoltée auprès de deux membres de cette association rencontrés dans le quartier de Jabe I dans la zone de Bwiza, les membres ayant une même antenne s'entraident mutuellement et assurent également des prises en charge pour celui ou celle dépassant une durée de 5 jours d'hospitalisation.

Il y aussi « *Akarusho* ». *Akarusho* est une autre forme de prestation d'*Incuti n'Abagenzi* où les membres interviennent auprès d'un de leurs associés hospitalisé pour liquider les frais liés à l'hospitalisation. Mais, pour devenir un membre de l'association *Incuti n'Abagenzi*, il faut d'abord payer les frais d'inscription qui, actuellement, s'élèvent à 139.000FBU et accepter de verser, chaque mois, une contribution à la caisse sociale égale à 4000Fbu. Pour cela, les personnes dont les ressources sont faibles et/ou fragiles sont exclues par les sommes fixées pour contribution. Des aménagements peuvent se faire pour que cela soit davantage inclusif.

Néanmoins, la majorité des patients en situation de précarité que nous avons enquêtés dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie ne sont membres d'aucune association d'entraide. Les enquêtés affirment que plusieurs associations locales s'organisent pour encourager la solidarité et qu'elles disposent d'une caisse sociale pour soutenir leurs membres en cas de

malheur. Cela, ils le savent ; mais, les contributions dont chaque membre de l'association doit s'acquitter régulièrement restent inabordables pour ces patients démunis. Dans ce cas, ce sont d'autres associations, comme *Kunda*, Caritas Cathédrale Regina Mundi, Nachama-Africa, des groupes de prière, etc., qui prennent en charge les patients en situation de précarité d'une façon anonyme.

III.2.4. Les interactions sociales et collectives liées à l'entraide mutuelle des malades au sein des hôpitaux publics

Fondamentalement, tenant compte de ses rapports avec la société et de son fonctionnement, l'hôpital public est un lieu de soins mais également un milieu social. Selon Goujon et Poisat, l'hôpital public doit s'appréhender à base de trois logiques. (Goujon & Poisat, 2003, p.120) : la marchande, la publique et la communautaire.

Dans la logique marchande, l'hôpital est comme une « entreprise de soins », centrée sur son métier de base et dont les efforts tendent tant à optimiser ses compétences techniques qu'à rationaliser sa gestion, afin d'offrir à ses « clients » les meilleurs services aux meilleurs prix. Dans la logique « service public », il s'agit d'une « administration de soins », chargée d'appliquer la politique sanitaire des pouvoirs publics. Enfin, dans la logique communautaire, l'hôpital est un « espace public de proximité », au service de la société civile, comme un lieu d'accueil, d'échange, d'assistance et de traitement des souffrances, tant physiques que sociales.

C'est dans cette dernière logique que les hôpitaux publics de Bujumbura mairie accueillent toute personne relevant un état de malaise provoqué par la maladie sans considérer le statut socio-économique de l'individu. Ce sont des lieux de croisement de personnes malades venus de tous les coins du Burundi pour y être traitées. Bien qu'ils proviennent des milieux sociaux différents, les personnes malades se rencontrent dans ce lieu de soins et d'attention sociale particulière.

Les personnes malades qui se rencontrent dans ce milieu, partagent les mêmes chambres, les mêmes douches, toilettes, mais aussi les mêmes souffrances. Ils vivent les mêmes expériences de la vie en prise avec la maladie tout en établissant des interactions sociales fondées sur les échanges mutuels positifs ou sur les oppositions. Certains patients que nous avons enquêtés nous relatent que dans les hôpitaux publics, l'esprit de solidarité n'existent pas et d'autres confirment que l'hôpital public se fonde sur la solidarité.

« *Pas des interactions d'entraides mutuelles entre nous les patients et même entre ceux avec qui nous partageons la même chambre. Par exemple, les patients aisés mangent devant nous, sans toutefois avoir de souci envers nous alors que nous, nous avons manqué de la nourriture. Ils choisissent plutôt de jeter le reste de leur nourriture alors qu'il y a des malades qui ont faim et qui sont incapables de se prendre en charge. Dans cette chambre, c'est ''chacun pour soi''. Il n'y a plus de solidarité aujourd'hui, il n'y a plus d'amour. Les personnes burundaises ont changé leurs coutumes de solidarité. Je ne sais pas pourquoi* ». (B.J, 67ans, une vieille femme veuve, HCPLR, chambre n°25, le 20/09/2023)

« *Ici dans cette chambre, nous venons des provinces différentes mais un patient qui est incapable de se prendre en charge pour se nourrir, il doit être soutenu par nous ou par l'autre qui en a trouvé. Par exemple moi, plusieurs fois, je suis en état de manque de la nourriture car je suis indigent, mais les autres malades que vous voyez ici me prennent en charge en me donnant de quoi à manger. On ne le fait pas pour moi seul mais également pour les autres. Mais je souligne qu'il n'y a pas un patient venu dans une autre chambre pour nous aider* ». (B.L, 54ans, veuve et indigente, HPRC, Médecine interne, Chambre n°4, le 13/09/2023)

« *La solidarité entre la population burundaise n'existe pas aujourd'hui car on peut voir un patient aisé qui va verser la nourriture alors que les autres démunis n'ont trouvé aucune chose à manger. Pas des individus qui nous apportent de la nourriture mais il y a quelques groupes qui viennent nous faire de prières et quelquefois ils nous laissent quelque chose* ». (V.S, 20ans, orphelin, HPRC, Médecine interne, chambre n°4, le 13/09/2023)

« *Les patients ne sont pas solidaires. Les membres de ma famille ne viennent pas me prendre en charge. Aujourd'hui, pas de solidarité car on tombe malade en passant plusieurs jours dans un hôpital, on guérit sans toutefois voir une personne qui vient pour réconforter le patient y compris même les voisins. Vraiment aujourd'hui, l'amour du proche n'existe pas* ». (HPRC, K.G, 55ans, indigent, médecine interne, chambre n°2, le 13/09/2023).

« *Je peux confirmer que vraiment l'esprit de solidarité dans les burundais existe encore tenant compte des interactions de charité remarquées ici. Par exemple, Cette fille qui se donne toujours pour nous préparer de la nourriture c'est un grand témoignage de l'existence de solidarité* » (HCPLR, M.P, 63ans, handicapé, chirurgie, chambre n° 17, le 25/09/2023)

« *Vous voyez, nous sommes nombreux dans cette salle avec des lits très proches, mais chacun s'occupe de soi-même, tu peux être sur ce lit mais ceux qui se trouvent sur l'autre lit mangent seuls alors que nous les regardons dans les yeux. D'une manière générale, pas de solidarité entre les patients favorisés et ceux défavorisés dans cet hôpital Prince Régent Charles* ». (K.E, 23ans, sans-abri, HPRC, chambre n°2, le 11/09/2023). A en croire ces informations ci-haut mentionnées, la perception de la solidarité au sein de l'hôpital public entre les patients est différente selon les chambres ou le groupe d'accueil dans la salle d'hébergement.

Mais, pour arriver au point d'entraide mutuelle, il faut qu'il y ait des gens qui guident les autres en montrant la valeur de la solidarité. Dans la société, une caste/un noyau impose à un groupe social la manière d'agir, de penser. Cela signifie que les patients doivent se conformer aux mesures et aux règles qui caractérisent telle chambre ou telle autre. En effet, un patient qui guérit, cède le lit à un nouveau qui vient d'être hospitalisé. Mais dans chaque chambre d'hôpital, on y trouve des patients qui y séjournent depuis longtemps ; ils deviennent des accueillants et, souvent, des gardiens des valeurs qui caractérisent la chambre qu'ils transmettent aux nouveaux venus.

Par exemple, les patients démunis séjournant dans la salle n°4 au HPRC s'échangent tout et comprennent qu'ils partagent la même souffrance. Par contre, les patients démunis séjournant dans la chambre n°25 au HCPLR se plaignent du manque de l'esprit de solidarité dans leur chambre.

III.2.5. Conclusion de la deuxième section

La maladie est considérée comme un mal qui crée une situation de désordre qu'il faut corriger. Pour réussir à vaincre le mal, les membres qui forment une société doivent développer une valeur morale et sociale fondée sur la solidarité. Le développement de cette pratique de solidarité puise dans les traditions burundaises. Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, la pratique de la solidarité est fréquente et se montre dans les interactions qui se font entre les patients favorisés et les défavorisés ou les mobilisations collectives et individuelles qui se font pour assister les patients pour une prise en charge alimentaire, morale et/ou financière.

Selon nos observations sur terrain et les informations recueillis auprès des patients démunis, les mouvements religieux viennent en premier rang dans la prise en charge des patients démunis. Organisés par petits groupes, les membres des églises chrétiennes (catholique, protestante soutiennent les vulnérables qui se trouvent dans les hôpitaux publics en priorisant la prise en charge morale fondée sur la consolation et le réconfort dans la parole de Dieu. Pour eux, il faut d'abord sauver l'âme pour ensuite donner la prise en charge matérielle qui aide le patient démuni à survivre tant bien que mal à son hospitalisation. Les membres de ces mouvements religieux orientent aussi cette mission dans la revalorisation de la pratique de solidarité, considérée comme une valeur morale et sociale dans la société burundaise depuis longtemps où les burundais formaient une unité forte pour combattre l'adversaire et sauver leurs membres touchés par le mal.

La religion musulmane participe aussi dans la prise en charge des patients en situation de précarité avec la mission de pratiquer un de ses cinq piliers islamiques : « *faire de l'aumône aux pauvre*s ». La mise en pratique de ce pilier de l'Islam renforce la solidarité dans la société burundaise. Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, le nombre de personnes qui s'engagent individuellement dans la prise en charge des patients démunis occupe un niveau faible au fur et à mesure que le temps. D'après les informations données par certains membres du personnel des deux hôpitaux, par les visiteurs et les patients eux-mêmes, le fait de refuser que la nourriture déjà préparée ailleurs entre au sein de l'hôpital public, cela a contribué à la diminution des engagements personnels. Mais, pour d'autres, c'est une bonne mesure car la nourriture préparée ailleurs peut contenir des risques pour la santé de ce microcosme.

La réduction des engagements personnels trouve aussi raison dans la situation actuelle socio-économique burundaise. Aujourd'hui, un grand nombre de la population burundaise déplore que la pauvreté atteigne un niveau élevé dans beaucoup de familles et les prix des produits alimentaires ou autres objets ne cessent d'augmenter. Dans ce cas, certains parlent du manque de temps et d'autres voient qu'ils ne peuvent pas aider autrui alors que chez eux il y a de l'insatisfaction.

La plupart des associations limite la pratique de la solidarité à leurs et ignorent totalement les autres personnes démunies. En tout cas, la tendance générale est de ne venir en aide qu'à leurs membres uniquement et, mieux, des membres qui s'acquittent régulièrement des cotisations et autres contributions.

Le manque de moyen limite les patients en situation de précarité à s'intégrer dans les associations car ces dernières disposent des caisses sociales dans lesquelles chaque membre doit contribuer en prévision d'assistances en cas de malheur.

L'existence de la solidarité dans les hôpitaux publics entre les patients dépend de la chambre ou de la salle où le nouveau patient démuni est orienté. En effet, dans les hôpitaux, chaque service médical (médecine interne, chirurgie, pédiatrie, etc.) est composé par autant de salles ou de chambres. Chaque salle (chambre) accueille un certain nombre de patients. Les patients de telle ou telle autre chambre ou salle peuvent n'avoir pas d'esprit de solidarité alors que dans l'autre, les patients cristallisent leurs forces pour s'entraider.

III.3. Relation médecin-patient précaire dans les hôpitaux publics

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'hôpital public n'est pas seulement un lieu de soins, mais aussi un lieu social où l'on remarque des échanges entre les groupes sociaux qui peuplent l'hôpital. Pour être soigné, le patient doit approcher les professionnels de la santé pour raconter sa douleur. En considérant la maladie comme une déviance sociale, Parsons (1970, p.77) affirme que le médecin est un contrôleur social, dont le rôle principal est de légitimer la déviance (la maladie), tandis que le rôle du patient est de reconnaître et d'accepter son statut déviant et de se soumettre aux décisions du médecin.

Le professeur M. Audier (1980, p.92) montre que la trilogie idéale dans le couple médecin-patient est faite de confiance, de conscience et d'amour. Il ajoute que ce n'est pas une attitude professionnelle destinée à faire valoir le médecin ; mais, c'est tout simplement une vertu humaine qui se traduit par la qualité de l'écoute, de la parole, de petits gestes, de petites attentions, etc. Selon lui, le médecin est au service du malade qui se confie en lui : servir est un acte de conscience. Pour lui, il n'est pas suffisant de servir, il faut aussi chérir : c'est la seule façon de supprimer ou d'atténuer le mal-être, sinon d'apporter le bien-être.

Au cours d'une discussion, c'est le médecin qui donne la liberté au patient de s'exprimer sur son malheur. Dans la suite, le médecin se tourne vers le patient pour expliquer cette douleur complexe, et à la fin, le malade attend la décision du médecin selon le niveau de l'état de santé du malade. Selon les informations récoltées sur terrain, il y a des médecins qui exercent leur profession avec plénitude en donnant une large liberté d'expression au patient. Mais, il y a d'autres qui coupent la parole au patient et lui montre un visage furieux. Dans ce cas, le patient reste dans l'inquiétude.

Chaque jour, les médecins sillonnent les chambres pour se rendre compte du niveau d'état sanitaire du patient afin de changer ou maintenir les stratégies utilisées pour le soigner. Ils passent à chaque lit, interrogeant le malade s'il y a une évolution positive ou pas.

Au moment de l'enquête sur terrain, certains patients en situation de précarité qui nous donnaient des informations concernant la relation médecin-patient, avaient peur de s'exprimer librement. Ils craignaient d'être surpris par le médecin. C'est la raison pour laquelle, pour nous parler des comportements de certains médecins, ils parlaient à voix basse ou commençaient à regarder s'il n'y a pas de médecin dans leurs chambres. C'est un bon accueil et une bonne écoute qui mettent en confiance les patients. Etienne NIYONGABO (1990, p.9) est plus explicite que nous : « Le médecin devrait, semble-t-il, prendre son temps pour s'entretenir avec les patients car une consultation qui a raté peut pousser le malade à douter de la prescription ».-« *Les médecins nous suivent convenablement. Ça fait longtemps étant ici, je n'ai jamais subi une humiliation à l'égard d'un médecin* ». (H.A, indigent malade, 38ans, HPRC, Chirurgie, entretien du 13 Septembre 2023)

« *Nous avons de très bonnes relations avec les médecins car ils ne nous terrorisent pas ; ils viennent nous voir plusieurs fois en nous donnant des instructions nouvelles* » (N.R, 70ans, HCPLR, entretien du 25 Septembre 2023). « *Il y a des médecins qui ne m'explique pas bien ma maladie en me disant des choses incompréhensibles ; ils ne précisent pas bien ce que je peux faire pour guérir vite de ma maladie. Mais ils sont différents. En effet, il y a un médecin qui vient de passer ici, il m'a posé des questions tranquillement et m'a compris. C'est pourquoi j'ai bien compris ce qu'il m'a dit en m'orientant d'abord me faire des examens échographiques mais les autres pensent seulement la maladie* » (B.J, 67ans, vieille femme veuve, HCPLR, Médecine interne, le 20/09/2023).

Les compétences sociales et/ou professionnelles pour les médecins ne sont pas les mêmes. Il y a des médecins qui ne donnent pas une valeur considérable à l'expression du patient, qui ne savent pas écouter, ou de leur nature aiment négliger. Pour être digne de la confiance, de l'amitié des malades, le médecin doit user du savoir-faire. Le professeur M. Audier, lui, articule sur le fait que le médecin fait parfois même preuve de mémoire affective en essayant de rappeler au malade tel détail qu'il avait oublié (Audier, 1980, p.96).

Selon Michel Aubin et Philipe Picard, l'écoute est le stade le plus important de l'acte médical car il permet d'établir un premier tableau, celui de la maladie ressentie et vécue par le malade et, ainsi d'obtenir une première impression sur l'importance des troubles d'ordre lésionnel fonctionnel ou psychosomatique. (Aubin & Picard, 1980, p.180)

« *Nous entretenons de bonnes relations avec les patients démunis car nous les écoutons pour essayer de comprendre leurs problèmes. Nous faisons chaque fois des tours ici à l'intérieur de l'hôpital pour voir les patients démunis et les écouter. S'il s'agit d'une question à soumettre à nos supérieurs, nous le faisons convenablement* ». (K.S, 39 ans, Médecin généraliste, Cheffe du Service de Chirurgie, HCPLR, le 25/09/2023)

D'une manière générale, la profession médicale exige certaines valeurs plus spécifiques chez les professionnels hospitaliers tant administratifs que soignants, déterminant des qualités humaines telles que l'accueil de la personne dans sa globalité, la courtoisie, l'écoute, le dialogue, la confidentialité et, de façon plus générale, l'estime de l'autre et le respect de sa dignité. Ces valeurs créent un état de confiance entre le patient et le médecin et contribuent à diminuer le taux des cachotteries et des mensonges. Une docteure se plaint longuement.

« *Certains patients nous mentent en affirmant qu'ils sont en situation de précarité alors que leur situation économique pourrait leurs permettre de se prendre en charge. Ils font cela pour éviter les dépenses lourdes. Dans ce cas, nous pouvons être fâchés contre eux car, quelquefois, ils ne sont pas honnêtes. Cela peut nuire aux relations entre nous, les médecins, et les patients démunis. Mais, Cela est une réalité, un grand nombre de patients qui viennent ici sont pauvres ; d'autres risquent de le devenir après avoir quitté l'hôpital* ». (Médecin généraliste, 38ans, Cheffe de poste, HPRC, Médecine interne, le 19/10/2023). Concernant les propos de ce médecin, les patients aussi peuvent être à l'origine de l'incompréhension puisqu'ils cherchent à cacher leur vérité au médecin qui les traite.

III.3.1. Inégalité socio-économique des soins dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie

L'hôpital est un milieu spécifique qui accueille tout le monde. Il doit assurer les mêmes exigences d'accueil pour tous les malades sans tenir compte des inégalités socio-économiques. Néanmoins, on remarque souvent des disparités au sein de l'hôpital entre les patients surtout au niveau des moyens. Les patients issus des familles aisées couvrent plus facilement tous les besoins indispensables dans ce milieu hospitalier.

La preuve en est que certains patients de ces familles mangent ce qu'ils veulent, se font héberger dans les chambres VIP c'est-à-dire dans des chambres bien coûteuses par rapport aux autres. Ils ont accès aux soins médicaux d'une manière facile et rapide. Ils paient facilement la facture d'hébergement ainsi que les médicaments bien qu'ils soient chers. Ils bénéficient également des suivis plus fréquents par rapport aux démunis. Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, nous avons remarqué des chambres VIP bien propres. Ces chambres sont construites à une certaine distance par rapport aux autres salles.

Quand nous sommes arrivés dans ces chambres VIP, nous avons trouvé que la chambre VIP est réservée pour une seule personne. Les chambres VIP sont caractérisées par le calme.

« *En matière de la fourniture des soins, tous les patients sont traités de la même manière. Qu'ils soient favorisés ou défavorisés, les patients sont égaux devant les soins. Mais les lieux d'accueil ne sont pas les mêmes car c'est le patient lui-même qui décide de choisir son lieu d'hébergement. Quand le patient choisit une chambre VIP, nous considérons qu'il est capable de se prendre en charge* ». (M.D, 40 ans, Médecin généraliste, HPRC, Cheffe de poste du Service Chirurgie, le 20/10/2023)

Les inégalités des soins vont se manifester au niveau des lieux d'accueil. Les patients en situation de précarité sont accueillis dans les salles communes souvent non propres et elles se caractérisent par des bruits intenses. Le système de différencier les lieux d'accueil, c'est une autre stratégie pour les hôpitaux publics en autonomie de gestion de gagner de l'argent. Selon une information reçue dans les services de facturation de l'HPRC et de l'HCPLR, chaque chambre VIP est payée à un montant qui peut s'élever jusqu'à 60.000FBU par jour. Le tarif est appliqué depuis le 02/05/2023, dans ces deux hôpitaux enquêtés.

« *Il faut d'abord comprendre que l'HCPLR est un hôpital en autonomie de gestion. Il doit chercher à défendre ses intérêts et doit aussi faire tout pour assurer son existence. Etablir des chambres VIP, c'est un acte normal pour l'hôpital en autonomie de gestion. Et personne n'est pas obligée de s'héberger dans cette chambre car c'est le patient lui-même qui fait le choix* ». (I.C, 35 ans, Médecin généraliste, Chef de poste médecine interne, HCPLR, entretien du 29/09/2023)

Les hôpitaux publics considèrent la politique de l'autonomie de gestion comme motif pour implanter quelques formes d'exploitation en vue de chercher la manière stratégique de garder leur existence, tout en disposant des éléments attirants et séduisants. De ce fait, les patients ayant des moyens sont attirés par « ce plus » offert par l'Hôpital public et ce dernier gagne beaucoup plus d'argent.

III.3.2. Détention des patients en situation de précarité dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie

Après avoir été guéris de leurs maladies, les patients en situation de précarité peuvent se voir retirer le droit de rentrer dans leurs familles à cause du manque de l'argent à payer pour les services médicaux fournis par l'hôpital. Les patients peuvent être détenus pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, voire plus d'un an. Ils sont gardés par le personnel de sécurité, dans les services de l'hôpital ou dans un local séparé. Ceux qui n'ont pas d'argent sont souvent affamés s'ils ne sont pas nourris par la charité des autres. Certains sont obligés de libérer leurs lits pour les patients qui ont les moyens de payer ou pour les nouveaux patients et alors sont obligés de dormir par terre.

Les patients détenus dans ces hôpitaux publics sont très pauvres et appartiennent souvent à des groupes vulnérables (orphelins, veuves, mères célibataires, personnes déplacées par la guerre civile, etc.) et ont peu de famille ou de réseaux élargis de soutien social. Certains de ces détenus sont obligés de vendre leurs derniers biens pour payer leur facture et être libérés. D'autres trouvent un bienfaiteur, une personne riche ou un organisme humanitaire pour régler leurs dépenses et leur permettre de retourner à la maison. Néanmoins, certains patients en situation de précarité guéris, refusent de quitter l'hôpital alors qu'ils ont reçu le droit de rentrer. Ils affirment de faire cela car ils n'ont pas pour certains des frais de déplacement ; pour d'autres, le motif en est qu'ils n'ont où aller, qu'ils n'ont pas d'habitation.« *Certains patients en situation de précarité guéris refusent de quitter l'hôpital affirmant qu'ici la vie meilleure que celle qu'ils mènent chez eux, à la maison* ». (Dr N.L, 47ans, Chef Nursing à l'Hôpital Clinique Prince Louis Rwagasore, propos recueillis le 15/09/2023).

Le phénomène de détention des patients en situation de précarité est développé par les hôpitaux publics en autonomie de gestion. Ils ont peur que leurs patients ne s'évadent sans payer. En effet, toute évasion crée chez les hôpitaux publics en autonomie de gestion des difficultés de récupérer les frais liés aux actes médicaux et à l'hospitalisation.

Nous avons constaté également que certains responsables de ces hôpitaux refusent d'utiliser le mot « détention ou emprisonnement » pour décrire cette pratique. Mais, en même temps, ils en justifient la nécessité. Ils disent que les hôpitaux seraient obligés de fermer leurs portes s'ils ne pouvaient utiliser de tels moyens pour obliger les patients à régler leurs factures. Les responsables affirment que pour prendre ces décisions, le Gouvernement ne doit pas être concerté car c'est l'hôpital public qui devrait régler ce problème seul sans l'implication de l'Etat du fait que l'hôpital est considéré comme autonome. « *Les mots ''détention'', ''emprisonnement'' déshonorent l'hôpital. Ce qu'il faut savoir est que l'hôpital n'est pas une prison. C'est pourquoi le fait d'utiliser ces termes dans les hôpitaux publics est un acte méritant des sanctions* ». (B.A, 42 ans, Chef du Service social de l'HPRC, propos recueillis le 20/10/2023)

En septembre 2006, l'organisation *Human Right Watch* a mené une recherche sur terrain et sorti un rapport sur la détention des patients sans ressources, dans les hôpitaux burundais. Ledit rapport est intitulé une « santé chèrement payée ». Dans son rapport, HRW a considéré ce système de détention des patients démunis comme une violation des droits de l'homme, voire même une violation des normes juridiques en matière de droits de l'homme qui stipulent que chaque personne a droit à la liberté et à la sécurité. Toute détention arbitraire quel qu'elle soit est une violation de l'article 9 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), auquel le Burundi a souscrit. Toute détention d'un individu pour défaut de paiement d'une dette viole spécifiquement l'article 11 du PIDCP. Ledit article stipule que « *Nul ne peut être emprisonné pour la seule raison qu'il n'est pas en mesure d'exécuter une obligation contractuelle* ». La détention dans des conditions d'entassement et de manque de nourriture viole le droit des personnes à ne pas être détenues dans des conditions inhumaines (HRW, 2006, p.6).

III.4. Les conséquences liées au retard de paiement des factures dans les hôpitaux publics

Depuis les années 1986, le gouvernement du Burundi a adopté une politique d'autonomisation des hôpitaux publics dans le système sanitaire burundais. En effet, le ministère de la santé publique définit l'autonomie de gestion comme « *une des réformes de décentralisation dans la gestion des ressources publiques de l'Etat. Il s'agit d'une gestion personnalisée soit d'une structure de soins/services ou d'un programme de santé* »[15]. Cette politique est créée dans le but de remédier à la déliquescence des hôpitaux apparue avec la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé primaires telle que le préconisait la Conférence d'Alma-Ata.

L'hôpital public en autonomie de gestion est une société publique à participation exclusive de l'Etat dotée de la personnalité morale placée sous la tutelle du MSPLS et bénéficiaire de l'autonomie administrative et financière. Il se caractérise donc essentiellement par l'autonomie dont il dispose au sein de l'administration de l'Etat même s'il reste placé, malgré ce privilège, sous la dépendance du pouvoir central qui le contrôle assez régulièrement. Elle a l'objectif de l'efficacité dans la gestion des hôpitaux publics organisés antérieurement sous le modèle où le rôle prééminent revenait à l'État et à son administration.

La politique publique de l'autonomisation des hôpitaux publics a comme objectifs tels qu'ils apparaissent à travers les documents du Ministère en charge de la santé publique de « *rapprocher les services de santé à la population* » et d'accroitre « *l'accessibilité des services de santé* (MSPLS, 2004, p.20). Cette politique apparait donc comme un instrument d'action pour une politique nationale de santé dont le but est celui d'améliorer « *l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé* ». (MSPLS, 2004, p.23)

En effet, les hôpitaux publics autonomes devraient parvenir à rendre disponibles certaines prestations spécialisées comme les interventions médicales spécialisées, les laboratoires ou autres explorations médicales de manière plus ou moins continue car leur autonomie financière, clé de cette réforme, devrait leur permettre d'acquérir produits et matériels médicaux mais aussi de payer leur personnel indispensable à la réalisation des objectifs.

[15] Ministère de la santé publique, op.cit., p.20

Malgré la responsabilité de rendre disponible les prestations sanitaires indispensables, les hôpitaux publics en autonomie de gestion se heurtent à l'insolvabilité des patients démunis qui, pour régler le paiement des prestations sanitaires, tendent les mains aux âmes charitables ou à l'Etat. Certains hôpitaux exigent des garanties de solvabilité pour d'autres patients qui ne sont pas pris en charge par le gouvernement ou les bienfaiteurs, comme par exemple le bulletin de paie pour les salariés, la promesse de vendre sa parcelle ou sa propriété foncière, la présentation d'une caution, la rétention des pièces d'identité, etc. Siméon Barumwete (2010, p.234) nous montre un exemple de l'Hôpital public de Bururi où il confirme qu'en 2002, les patients soupçonnés insolvables devaient se chercher des personnes qui se portent caution solidaires ou avaliseurs avant d'être hospitalisés.

Ainsi ce phénomène de paiement des avances ou cautions pour avoir accès aux soins de santé s'est généralisé dans les établissements hospitaliers burundais ce qui compromet gravement le droit à la santé au Burundi. Face à cette situation, les hôpitaux publics de Bujumbura mairie doivent attendre une période non déterminée pour regagner ces frais insolvables. La qualité des soins dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie est également handicapée par l'insuffisance des subventions accordées par l'Etat. Ces dernières devraient couvrir une fraction de leurs dépenses. Mais il n'en est rien. A titre illustratif, la Clinique Prince Louis Rwagasore recevrait environ 10% de son budget annuel de l'État et l'Hôpital Prince Régent Charles, environ 30% (HRW, 2006, p.69). Mais, l'Etat n'est pas régulier dans le paiement des factures d'assurance pour les hôpitaux qui acceptent encore l'utilisation de la Carte d'Assurance Maladie ou des factures pour les soins des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans.

Ainsi les hôpitaux autonomes enregistreraient un énorme manque à gagner occasionné par l'utilisation de la Carte d'assurance Maladie, la sous-facturation des actes médico-chirurgicaux mais aussi les difficultés de recouvrement des coûts des soins de santé. En conséquence, les hôpitaux publics de Bujumbura mairie se retrouvent ainsi devant un déficit énorme qui ne leur permet plus à assurer efficacement leur mission de service public de santé et ils se retrouvent dans « une situation précaire tant du point de vue technique que financier » (BALIQUE, 1999). On remarque souvent que la plupart des équipements tombent en panne par manque de maintenance. La qualité des services est insuffisante, l'accueil est déficient et les malades qui ne sont pas recommandés ont souvent du mal à être pris en charge.

Bien plus, les produits pharmaceutiques et les consommables essentiels doivent être achetés dans les pharmacies privées ou de la Mutuelle situées à proximité et même en dehors de l'hôpital à des prix élevés.

L'hôpital en autonomie de gestion souffre aussi de la non disponibilité de la plupart des produits consommables médicaux, la non fonctionnalité de certains équipements, mais surtout l'abandon de l'emploi pour certains médecins pour des raisons qui ne sont pas encore connues. D'autres médecins ont des cabinets médicaux privés ailleurs pour gagner beaucoup d'argent, considérant que le salaire procuré par l'hôpital public est insuffisant et ne peut pas couvrir les besoins de leurs familles. C'est pourquoi quelquefois, on remarque des absences.

« *Notre hôpital est aujourd'hui en difficultés de fonctionner convenablement car beaucoup de gens sont redevables à l'égard de l'hôpital* ». (K.J, 47 ans, Chef du Service social à l'HCPLR, entretien du 5 Octobre 2023)

« *Vous savez que l'hôpital en autonomie de gestion doit remplir ses missions seules sans intervention* (ou avec intervention minimale) *de l'Etat. L'hôpital a du mal à optimiser sa mission de procurer des soins de qualité aux malades car il est confronté aux difficultés de disposer de nouvelles prestations sanitaires à cause des redevances qui ne sont pas encore liquidées à l'hôpital par les altruistes qui prennent souvent en charge les patients démunis. D'autres patients en situation de précarité mais guéris s'évadent sans toutefois payer. Dans ce cas, c'est une grande perte pour l'hôpital public* ». Explique N.F, Agent du Service administratif de l'HCPLR (entretien du 5 Octobre 2023)

« *On observe les cas difficiles à traiter qui mettent l'hôpital en difficulté. Il y a des malades démunis qui sont guéri mais qui refusent de rentrer à la maison car pour eux il ne reste rien. Ils nous disent qu'ils ne peuvent pas quitter ici car tous leurs biens ont été vendus. Dans ce cas, ils préfèrent rester ici à l'hôpital mendiant auprès des autres malades, ou bien profitant du peu de nourriture procurée par l'hôpital. Par conséquent, l'hôpital a le problème de trouver des lits pour les malades et ceux qui sont guéris. En tout cas, ces patients guéris, malgré l'installation illégale dans les enceintes de l'hôpital, gardent leur dignité humaine. Nous ne pouvons pas les expulser* ». (Dr B.D, 63 ans, Médecin Chef Nursing de l'HPRC (entretien du 19/10/2023)

Tableau 1 : Les chiffres des patients démunis pris en charge par le Ministère en charge de la solidarité et les bienfaiteurs dans les mois d'Août, de Septembre, d'Octobre, de Novembre et de Décembre en 2023 dans l'HPRC

Mois	Nombres de patients en situation de précarité pris en charge par l'Etat.	Nombre des patients en situation de précarité pris en charge par les bienfaiteurs.
Août	72	13
Septembre	62	17
Octobre	80	23
Novembre	88	27
Décembre	73	34

Source : Données compilées obtenues au Service social de l'HPRC

« *Notre hôpital n'est pas comme les autres hôpitaux car toute personne démunie qui tombe malade se dirige toujours ici à l'Hôpital Prince Régent Charles. Même les autres Hôpitaux publics comme l'Hôpital Militaire de Kamenge et l'Hôpital Roi Khaled de Kamenge / Centre Hospitalo Universitaire (CHU), après avoir constaté que certains malades sont démunis, ils les envoient ici. Nous, nous ne pouvons pas les expulser. C'est pourquoi l'HPRC est qualifié d'« hôpital des indigents ». De fait, il enregistre beaucoup de patients en situation de précarité par rapport aux autres hôpitaux publics. La raison est le bon accueil et un bon traitement de tous les malades sans faire de discrimination sociale ou économique* ». (B.A, 42 ans, Chef du Service social de l'HPRC, entretien du 20/09/2023)

Selon un Agent du Service social de l'HPRC, la présence de ce grand nombre de patients en situation de précarité à l'HPRC est justifiée d'une part par la bonne manière dont l'HPRC traite les patients démunis. En effet, ces derniers reçoivent de la nourriture plus facilement qu'ailleurs, sans trop de tracasseries administratives. Pour ce fait, les patients démunis s'informent pour connaitre l'hôpital public où ils seront pris en charge facilement, au sein duquel ils trouveront stabilité et tranquillité. D'autre part, les patients démunis comptent sur l'entourage de l'hôpital car les voisins de l'hôpital savent eux-mêmes que l'HPRC contiennent un grand nombre de patients démunis, c'est pourquoi ils viennent massivement pour prendre en charge les patients en cette situation et spécialement en période de fêtes de Noël et du Nouvel an.

« *Dans les fêtes de Noel et Nouvel an, nous accueillons beaucoup de bienfaiteurs qui veulent partager la joie avec les patients en situation de précarité. Mais le problème est que même les patients démunis qui sont guéris, ne veulent pas quitter l'hôpital en raison des aides nombreuses fournies par ces bienfaiteurs. Pourtant, dans les mois d'octobre, novembre et décembre, on enregistre un nombre très réduit des patients en situation de précarité détenus ici, car nombreux d'entre eux sont prises en charge par les bienfaiteurs ou le gouvernement à travers le Ministère en charge de la solidarité Nationale pour des raisons de partage de joie avec les malheureux. Mais dans les autres mois, les chiffres restent à un niveau élevé* ». (Dr B.D, 63 ans, Médecin Chef Nursing de l'HPRC, entretien du 19/10/2023)

Tableau 2 : Les chiffres des patients démunis pris en charge par le Ministère en charge de la solidarité et les bienfaiteurs dans les mois de Juillet, d'Août et de Septembre 2023 dans l'HCPLR

Mois	Nombres de patients en situation de précarité pris en charge par l'Etat.	Nombre des patients en situation de précarité pris en charge par les bienfaiteurs.
Juillet	31	9
Août	28	13
Septembre	26	9
Octobre	21	21
Novembre	20	41
Décembre	30	54

Source : Données compilées obtenues au Service social de l'HCPLR

L'Hôpital Clinique Prince Louis Rwagasore enregistre également un nombre non négligeable de patients en situation de précarité chaque mois.

Ces données collectées auprès de ces hôpitaux montrent que le nombre varie selon les mois. Nous remarquons également qu'un grand nombre de patients en situation de précarité est pris en charge par l'Etat à travers le Ministère de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales, des Droits de la Personne Humaine et du Genre. Néanmoins, le manque de médicaments essentiels au sein de l'hôpital public et l'achat d'autres objets médicaux hors de l'hôpital obligent les patients en situation de précarité à payer une somme non négligeable parce que le ministère ne couvre pas la totalité des produits et services médicaux consommés.

C’est pour cette raison que certains font recours à la vente de leurs biens fondamentaux comme la terre, les animaux domestiques pour liquider la part qui reste. Cela entraine une situation de pauvreté inquiétante dans les familles. D’autres, malgré, ladite prise en charge par l’Etat, ils restent détenus dans les enceintes de ces hôpitaux.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS

La discussion des résultants selon Paul N'da (2015, p.187) est une procédure d'évaluation du processus entier de recherche et de montrer la pertinence ou la validité des résultats par rapport au problème de recherche et aux questions, aux hypothèses, au cadre de référence, de mettre les résultats en relation avec d'autres travaux et d'apprécier la question des limites et de la génération des résultats. Bref le chercheur discute les résultats de son étude à la lumière des travaux antérieurs, du cadre de référence et des méthodes utilisées dans l'étude.

Notre travail de recherche porte sur la vie des patients en situation de précarité en séjour dans les hôpitaux publics. Etude menée dans deux hôpitaux publics de Bujumbura Mairie. Les objectifs poursuivis sont entre autres : Comprendre comment l'hôpital intervient dans la prise en charge des patients en situation de précarité, Comprendre les stratégies mobilisées par les patients pour se nourrir et payer les factures des services médicaux, Cerner les attitudes de l'entourage face aux patients en situation de précarité.

D'une part, les patients démunis hospitalisés ont besoin de se nourrir ou de se vêtir comme les autres favorisés. D'autre part, ils sont contraints de payer les services médicaux ainsi que les médicaments consommés à l'hôpital.

L'OMS rappelle que le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable[16]. Elle ajoute que la réalisation du droit à la santé est étroitement liée à la réalisation des autres droits de l'homme, notamment le droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la non-discrimination, à l'accès à l'information et à la participation[17].

Pourtant, les patients en situation de précarité sont épouvantés par les factures lourdes livrées par les hôpitaux publics qui concernent les produits médicaux consommés y compris les médicaments, et parfois certains patients en situation de précarité ne parviennent pas à prendre les médicaments comme il faut à cause du manque des frais pour les acheter. Dans ces conditions difficiles qui pèsent sur le patient démuni, l'hôpital public n'intervient pas, plutôt il est considéré comme une entreprise de soins qui disposent ses produits sur le marché pour les offrir à ses clients à un prix défini (Goujon & Poisat, p.120). Ce qui signifie que les hôpitaux publics puisent les ressources dans les patients afin de rendre disponible les

[16] https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health consultée le 18/11/2023
[17] ibidem

prestations nécessaires, d'optimiser ses compétences techniques qu'à rationaliser sa gestion. C'est-à-dire que celui ou celle qui n'est pas capable de supporter ce prix fixé est exclu et ne peut pas avoir des services voulus ou reçoivent un mauvais service ou insuffisant. Dans d'autres cas, selon les informations recueillies sur terrain, certains patients ont été pris en charge par l'hôpital en les procurant des soins comme une dette mais aussi d'une manière peu admirable, après avoir guéri, ils ont été saisis au sein de ceux hôpitaux. Cela implique que les meilleurs services, les médicaments appropriés sont plus offerts aux patients riches ou favorisés que les défavorisés.

Néanmoins, la Constitution de l'OMS établit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, son origine nationale ou sociale, sa condition économique ou sociale* ». Cela est l'objet de « L'Observation générale n°20 de l'OMS » : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels ». (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2009, p.1)

Barumwete Siméon remet en cause la politique de l'autonomisation de gestion des hôpitaux publics conçue aux années de guerre civile, en interprétant qu'au lieu d'optimiser la politique de la santé pour tous telle que préconisée par les conférences internationales en vue de créer une bonne atmosphère envers les patients, elle a rendu très difficile l'accès aux soins de santé au Burundi. En effet, les hôpitaux publics en autonomie de gestion sont loin de remplir leurs missions car une somme importante d'argent reste non payée ou payée tardivement par l'Etat à travers le ministère en charge de la solidarité nationale.

L'insolvabilité ou la solvabilité tardive provoque la non disponibilité de la plupart des produits consommables médicaux, absence des dispositifs en médicaments essentiels, et par conséquent, les produits pharmaceutiques et les consommables essentiels doivent être achetés dans les pharmacies privées ou de la Mutuelle situées à proximité et même en dehors de l'hôpital à des prix élevés. Cela limite les patients démunis à l'accès des soins médicaux.

Les échecs ressortis de la politique de l'autonomisation de gestion des hôpitaux publics conduisent à la politique de santé néolibérale (S. Barumwete, 2010, p.161) qui a contribué dans la mise en place des politiques de privatisation des soins c'est-à-dire l'introduction des frais de l'usager et la création des structures sanitaires privées.

En privatisant, c'est-à-dire en faisant payer les individus, certains d'entre eux ne peuvent pas s'offrir les soins nécessaires (les patients en situation de précarité socio-économique) alors que les nantis pourraient s'offrir des soins de meilleure qualité. La privatisation des soins introduit donc un parallèle entre la capacité de payer du patient et la qualité des soins qu'il peut espérer recevoir.

Il semble que la politique de la privatisation des soins de santé fait passer les soins de santé d'un statut de « droit » à un statut de marchandise, tout en faisant référence au système de recouvrement des coûts introduit par l'Initiative de Bamako en 1987 qui propose de compléter le financement public déficient par un paiement direct émanant des usagers.

Pour pouvoir résister face à cette politique de privatisation des soins de santé considérée actuellement comme marchandise, les personnes intègrent les associations pour être prise en charge facilement en cas de maladie ou d'hospitalisation. En d'autres termes, c'est la manière de trouver une protection sociale en matière sanitaire. Malheureusement, arrivés sur le terrain dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie, nous avons découvert que la majorité des malades démunis ne font pas partie des associations, du fait qu'ils sont incapables de payer les frais d'intégration ainsi que la caisse sociale, le minimum exigé pour chacun des membres afin d'assurer la sécurité sociale de tous. Ces exigences freinent les patients en situation de précarité et les empêchent de rejoindre les groupements associatifs et de participer activement.

Certains patients en situation de précarité sont victimes de n'avoir aucune information concernant leurs droits d'accès aux soins de santé. Beaucoup d'entre eux ne disposent pas des attestations d'indigence et quelques fois sont obligés de retournés dans les lieux d'origines pour commander ces attestations chez les administrateurs communaux. Cela peut entrainer un retard à l'accès aux soins de santé. D'où le droit lié à l'accès égal et en temps voulus aux services de santé de base[18] n'est pas respecté tel que prôné par l'OMS (2009, p.4) dans sa Fiche d'Information n°30, intitulée « Le droit à la santé ».

Dans les deux hôpitaux publics de Bujumbura Mairie (HPRC et l'HCPLR), au sein desquels nous avons mené notre enquête, nous avons compris que les patients en situation de précarité sont traités de la même manière et vivent les mêmes épreuves.

[18] Organisation Mondiale à la santé, le droit à la santé, p.4

La première hypothèse que nous avons formulée est la suivante : L'hôpital public dispense les soins de santé et octroie l'hébergement aux patients en situation de précarité, mais ces derniers sont obligés de payer toutes les factures plus tard. Par rapport aux données de terrain, nous avons constaté que l'hôpital octroie aux patients en situations de précarité des soins préliminaires mais non pas en totalité. Il y a des médicaments qui sont privés aux patients en situation de précarité car ils ne sont pas trouvés au sein de l'Hôpital. Les patients sont donc contraints d'aller les acheter ailleurs à un prix élevé. Certains patients manquent de l'argent et cela entraîne la dégradation de leur niveau de vie et un long séjour dans les enceintes d'un hôpital. De surcroît, l'Etat intervient auprès des patients en situation de précarité mais le payement desdites subsides se fait toujours avec retard, ce qui compromet tout le processus d'aide aux patients en situation de précarité.

La plupart des patients en situation de précarité hébergés dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie viennent des milieux éloignés ou ruraux. Parfois, ils arrivent dans ces hôpitaux publics sans aucune disposition prise pour leur survie. Le fait de venir des milieux éloignés par rapport à l'hôpital d'accueil entraine l'isolement et le manque de prise en charge familiale ou de voisinage. Dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie, les patients démunis mènent une vie compliquée car ils ont souvent la panique de trouver de quoi se restaurer ; en effet, certains d'entre eux n'ont pas de personnes qui les prennent en charge en nourriture. Un long séjour que subit le patient démuni sur le lit de l'hôpital entraîne un effritement de l'esprit d'entraide au sein de la famille ou du voisinage. Dans un premier lieu, les hôpitaux publics de Bujumbura comme l'HPRC et l'HCPLR donnent aux patients démunis un repas une fois par jour et presque le même met tous les jours. Cela est insuffisant et va à l'encontre de l'un des déterminants de la santé qui stipule que pour avoir une bonne santé, il faut manger complet et équilibré en qualité et en quantité.

En deuxième lieu, des personnes autres que l'institution hospitalière apportent un soutien non négligeable aux patients en situation de précarité. Il s'agit des personnes regroupées en associations chrétiennes et musulmanes. Pour eux, venir en aide aux patients en situation de précarité qui se trouvent dans les hôpitaux publics reflète une importance primordiale accordée à une valeur sociale, la charité. « Partout où il y a des sociétés, il y a de l'altruisme, parce qu'il y a de la solidarité » (E. Durkheim, 1893, p.215). Marie Claude Blais stipule que l'idée de solidarité trouve ses assises dans la tradition judéo-chrétienne en rappelant les propos de Saint Paul qui témoignent la raison de s'unir ou de rendre des actions humanitaires

plus particulièrement aux malheureux en confirmant que les membres de la société forment un même corps. (Blais, 2008, p.10). Mais quand on dit que les membres de la société forment un même corps, nous comprenons qu'ils ont en commun aussi les valeurs morales, les règles et les normes. Ils devraient partager aussi bien la souffrance et le malheur que la joie et le bonheur. Si quelqu'un est frappé par le malheur c'est comme si la société entière touchée.

Avant d'être éparpillée dans les autres groupes sociaux, la pratique de la solidarité trouve ses racines dans la famille selon laquelle cette dernière intervient en premier lieu pour secourir l'un des siens. Cette pratique solidaire qui caractérise la famille est souvent développée dans une notion dite « solidarité familiale ». François Servoin et Roberte Duchemin (1986, p.103) précisent qu'en situation de crise, la famille redevient la cellule de base où s'exercent les solidarités. En particulier, elle redevient une cellule d'accueil pour ceux qui n'ont plus rien.

Malgré le devoir des familles d'intervenir, en premier lieu, dans la prise en charge de leurs membres en situation de précarité, malades allongés sur les lits des hôpitaux publics, nous sommes d'accord avec Isabelle Van Pevenage (2010, p.6) quand elle souligne qu'en dépit de l'usage de l'expression fausse « aidant naturel », les familles ne sont pas « naturellement » protectrices. Ce ne sont pas toutes les familles qui sont solidaires et elles ne le sont pas toutes au même degré. Un poids excessif de charges et de responsabilités laissées aux familles ou aux membres de la famille pourrait avoir pour effet de paralyser leur potentiel de solidarités. Dans la présente étude, il s'agit du poids de l'éloignement (la distance séparant le lieu de résidence de la famille et du lieu d'hospitalisation) et celui de la durée (voir Annexe).

Il semble que la notion de solidarité familiale semble difficile pour certains auteurs à acquérir sa propre définition. Pour Isabelle Van Pevenage (2010, p.6), il s'agit d'une part, d'un concept très large incluant plusieurs notions connexes telles que l'aide, le soutien, l'entraide, les échanges, les dons ou encore la sociabilité. D'autre part, la solidarité concerne la famille élargie ou le réseau familial, mais on l'associe également aux univers de la parenté et de l'entourage (Van Pevenage, p.8).

Malgré cela, bien des analystes du social maintiendront l'idée qu'une « solidarité familiale » traverse toujours les rapports que nous entretenons avec nos proches et cela pour le plus grand profit de la cohésion d'ensemble de la société. Selon Messu (2019, p.66), l'idée de la notion de solidarité familiale s'articule sur une vision anthropologique fondamentale selon laquelle, avant de former des sociétés complexes et diversifiées, les hommes auraient construit leurs rapports collectifs au sein d'unités à caractère familial.

Tout d'abord, les pratiques de solidarité au sein du réseau familial fonctionnent sur le principe de la gratuité. Même s'il arrive que des services soient payés pour désamorcer un éventuel sentiment de dette, il est plutôt rare que les services rendus à des membres de sa famille soient monnayés.

Lors de notre enquête sur terrain dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie, nous avons trouvé que certaines familles ont abandonné leurs membres pour plusieurs raisons. Nous avons déjà évoqué quelques-unes (au moins deux) un peu plus haut. La liste peut s'allonger. Une longue durée que le patient passe sur le lit de l'hôpital (plus de 5 mois, un an, deux ans ou plus) peut décourager certains qui, pourtant, étaient animés de bonnes intentions. Il peut y avoir aussi négligence de certaines familles/membres de soutenir le patient en considérant que le lien sanguin n'est pas direct ou assez fort, étroit. Les ressources limitées ou la pauvreté dans laquelle vivent certaines familles, cela rend difficile la concrétisation de la solidarité ; d'autres familles n'ont pas naturellement cet esprit de solidarité ou d'entraide bien que les moyens soient disponibles. Les patients développent en eux leur moyen de débrouillardise. Les uns recourent à la mendicité ; d'autres sont contraints de vendre les biens familiaux.

Dans la présente étude, la famille n'est plus la seule source de solidarité, d'autres formes de solidarités autres que celles de la famille apparaissent en fonction du moment et de l'espace. Il y a l'action des mouvements associatifs. En effet, les membres d'une association ont des interactions entre eux, pas en dehors de l'association. Les membres se doivent réciproquement des services. Pour être prise en charge, on vérifie d'abord si le membre est régulier dans ses cotisations et autres contributions. En particulier les assurés sociaux qui sont astreints à cotiser sont supposés avoir droit en retour des soins de qualité. Les soins sont donc accordés dans le cadre de la solidarité sociale (Castel, 1995, p.52). En revanche, les patients en situation de précarité socio-économique sont exclus de cette solidarité car ils n'ont pas de moyens pour assurer une cotisation régulière comme les autres et pour remplir toutes les autres obligations et devoirs. D'où l'échec de rejoindre ces associations. Les devoirs n'étant pas remplis, l'acteur n'a plus beaucoup de droits auxquels il peut prétendre.

Au-delà de la solidarité familiale et du mouvement associatif que les patients en situation de précarité intègrent rarement, certains groupes surtout religieux développent une autre forme de solidarité. Ils viennent en aide aux patients démunis qui n'ont aucune relation avec les membres du groupe. Ils les assistent sans connaître ni leur origine, ni leur religion, ni leur catégorie sociale.

Selon certains membres des mouvements religieux, la solidarité ne se limite pas au sein du groupe auquel on partage les mêmes valeurs, les mêmes normes, les mêmes règles, les mêmes modes de vie, la même religion, le même travail ou emploi, la même origine, le même sexe, etc. Ils considèrent que tout être humain, quelle que soit son identification, est un enfant de Dieu. Donc, nous sommes tous des frères et sœurs en Dieu. C'est pourquoi celle ou celui qui est touché par le mal nécessite une prise en charge urgente et considérable.

Pour ces propos, nous constatons que les membres qui constituent les groupes ou mouvements religieux, pratiquent cette solidarité sans attendre le retour du bien en provenance du malheureux, mais plutôt de Dieu. De tels dispositifs supposent notamment d'être gratuits non pas au sens où les dépenses seraient ultérieurement remboursées ni même au sens où les patients démunis auraient par anticipation déjà versé quelque chose comme dans le cadre assurantiel mais au sens où rien n'est exigé comme préalable. Alors que la solidarité au sein de la famille est définie parfois par les liens de parenté, la réciprocité et le don contre don, cette solidarité change en fait de sens. Cette forme de solidarité vient contredire la définition donnée par Dodier et Cumus (1997, p.33) qui disent que « *la solidarité stipule que les membres d'une même société se doivent réciproquement des services, du fait de leurs interdépendances à l'intérieur de cette société, et sous l'égide d'un Etat qui devient alors le garant de ces obligations, c'est-à-dire un Etat social* ».

Par ailleurs, pour Marcel Mauss (1924, p.61), la solidarité repose sur un principe de réciprocité étranger à l'échange marchand, fondé sur la triple obligation de « donner-recevoir-rendre ». Et ce vaste système du « don/contre-don » remplirait une fonction morale de perpétuation des relations sociales. La solidarité est une valeur morale et sociale comme le disent bien Servoin et Duchemin (1986, p.99). Elle constitue l'âme de l'action sociale et développe ses conséquences dans tous les domaines. Elle peut contribuer aussi à l'épanouissement total de l'individu. C'est pourquoi il y a aussi des personnes qui ne font pas partie de ces associations et mouvements chrétiens et musulmans charitables qui s'adonnent à l'action de rendre visite et apporter de quoi manger aux patients des hôpitaux visités. En d'autres termes, il y a des engagements individuels dans la prise en charge des patients en situation de précarité. Le bienfaiteur sait déjà que quand il pratique du bien aux patients démunis, c'est la manifestation de la valeur sociale qu'il développe en lui.

Le fait de penser aux malheureux hospitalisés en leur attribuant de la part de ses biens dans les grandes fêtes comme celle de la Nativité, du Nouvel An ou les fêtes musulmanes, voire des commémorations de grands événements, c'est une autre manière de renforcer la solidarité dans la société tout en se renforçant soi-même.

La deuxième hypothèse de notre travail est la suivante : « Il existe une solidarité familiale forte ». Cela veut dire que la famille de sang et les alliées proches soutiennent leurs malades précaires. Par rapport aux données de terrain, la solidarité familiale perd son poids au profit de l'émergence des associations charitables comme les associations chrétiennes et musulmanes. Ces dernières jouent un rôle non négligeable dans la prise en charge des patients en situation de précarité. Ces associations apparaissent comme une forme de solidarité et d'entraide avec ses propres exigences différentes de celle que définit Marcel Mauss, la solidarité marquée par la réciprocité et le don contre don. Pour cette forme de solidarité, les liens de sang et de parenté ne sont pas considérés.

Cela explique, par conséquent, la troisième hypothèse qui apporte la réponse provisoire suivante : « Il existe une solidarité locale active, En effet, les patients entre eux, les associations, les mouvements religieux, les volontaires se soutiennent et contribuent beaucoup dans la prise en charge des patients en situation de précarité extrême suite à l'éloignement ou à la grande pauvreté des leurs. Donc, par ce problème de distance et de pauvreté généralisée, la solidarité familiale peut devenir inopérante. Heureusement qu'il n'est pas le seul moyen de soutien socio-économique des patients en situation de précarité. D'autres formes de solidarité et d'entraide apparaissent : les associations, les organisations étatiques, des groupements laïcs ou religieux, des associations chrétiennes et musulmanes voire des personnes volontaires à leurs titres individuels interviennent de toutes les façons auprès des patients en situation de précarité en leur apportant entre autres : la nourriture, les habits, les savons et en cas de besoins les médicaments.

Nous avons constaté que la plupart des patients en situation de précarité sont nourris par les hôpitaux publics. Les hôpitaux publics de Bujumbura mairie disposent des produits alimentaires destinés à nourrir les patients qui sont en situation de précarité**.** Ce sont des produits donnés par l'Etat à travers le ministère en charge de la solidarité nationale. Selon les observations sur terrain et les informations obtenues auprès de nos enquêtés, les membres de l'église catholique se sont engagés dans la préparation de cette nourriture et aident volontairement pour que chaque patient démuni parvienne à avoir à manger au moins une fois

par jour. Mais ce n'est pas seul l'Etat qui fournit de la nourriture aux patients démunis, il y a d'autres gens charitables touchés par les situations précaires des patients et pensent souvent à leur vie dans les hôpitaux publics. D'où ils s'engagent individuellement ou en collectivité dans la pratique du bien au sein de l'hôpital, en donnant tout ce qui peut aider le patient en situation de précarité à s'adapter et à survivre afin de surmonter le malheur.

Nous pouvons évoquer les membres de leurs familles mais à un niveau très bas, les personnes qui s'engagent individuellement, certaines associations, groupes ou mouvements religieux qui se donnent cette mission fréquente de la prise en charge des patients en situation de précarité étant dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie. Par exemple, le mouvement *Ingendanyi* de l'église catholique de Mukiza Mweranda de Nyakabiga qui collectent chaque dimanche les vivres et les acheminent dans l'HPRC, le groupe *Abagenzi b'Umusaraba* à l'HPRC, UCMP à l'HPRC, etc.

Pour payer les prestations sanitaires fournies par les hôpitaux publics en Mairie de Bujumbura, nous avons vu que la majorité des patients en situation de précarité sont prise en charge par l'Etat à travers le Ministère en charge de la solidarité nationale, des affaires sociales et des droits à la personne humaine et du genre. Nonobstant, certains patients démunis achètent les médicaments hors de l'hôpital et les trouvent souvent trop chers dans les privées. A cause de ce phénomène, les patients démunis ne parviennent pas à se faire soigner convenablement et la non-prise de médicament à temps peut provoquer des conséquences négatives chez les patients en situation de précarité.

Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, beaucoup de patients démunis disposent les cartes d'assurances maladies (CAM), mais ceux d'entre eux nous ont relatés que les CAM délivrées dans les centres de santé en milieu rural deviennent invalides dans les hôpitaux publics en milieu urbain et ne comprennent comment ils ne fonctionnent pas. Mais après avoir approché les agents chargés des services de recouvrements des coûts, ils confirment que le CAM fonctionne même dans les hôpitaux publics de Bujumbura, mais plutôt, le problème est que les patients ne connaissent pas les processus pour que cette CAM soit acceptée dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie. « *C'est l'ignorance des patients* », explique le Chef du service de recouvrement des coûts. Selon Barumwete (2010, p.240), la solidarité en matière de santé se caractérise par les modes populaires de sécurité sociale qu'il définit comme l'ensemble de toutes ces pratiques initiées par les populations pour résister à la précarité extrême et accéder aux soins de santé.

Ce sont des pratiques proches de la résilience au point de vue psychopathologique, c'est à dire l'aptitude des individus et des systèmes (les familles, les groupes et les collectivités) à vaincre l'adversité ou une situation de risque. Cette aptitude est censée évoluer avec le temps et elle serait renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le système ou le milieu et elle contribuerait au maintien d'une bonne santé ou à son amélioration.

Il continue en disant que ces modes populaires de protection sociale sont constituées par l'ensemble de pratiques de solidarité devenues quasi institutionnalisées afin de venir en aide aux malades insolvables ou pas afin d'alléger la facture par le paiement partiel ou total de la facture des soins de santé. Le développement de ces pratiques de solidarité puise dans les traditions burundaises de solidarité.

Dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie, les patients, malgré leur situation précaire en matière sociale et/ou économique qui s'ajoute sur la douleur et l'angoisse provoquées par la maladie, ils sont consolés par la sensibilité de se voir intégrés et considérés dans la société humaine, tout en bénéficiant des prises en charges différentes. En effet, la solidarité montre l'unité et la cohésion sociale dans une société. Venir en aide envers les patients démunis dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie est un signe qui témoigne l'existence de la solidarité qui est considérée comme valeur morale et sociale dans la société burundaise depuis des années.

CONCLUSION GENERALE

Le présent travail est une analyse de la vie des patients qui sont en situation de précarité socio-économique en hospitalisation. Nous avons constaté que les patients en situation de précarité sont des personnes vulnérables identifiées,

La question principale est la suivante : « Comment les patients en situation de précarité socio-économique parviennent-ils à s'adapter et à s'en sortir face aux dépenses énormes exigées par un séjour à l'hôpital ? C'est dans le but de connaitre la vie compliquée que mènent les patients démunis au milieu du monde social qui peuple l'hôpital public et de se rendre compte de leur niveau d'accès aux soins de santé que la présente étude a été réalisée.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants :

Comprendre comment l'hôpital intervient dans la prise en charge des patients en situation de précarité ;

Comprendre les stratégies mobilisées par les patients pour se nourrir et pour payer les factures des services médicaux ;

Cerner les attitudes de l'entourage face aux patients en situation de précarité.

Pour mener notre étude et répondre à la question de recherche, nous avons appliqué la méthode qualitative et exploité de l'enquête par entretien semi-directif. Ladite enquête s'est effectuée dans deux hôpitaux publics se trouvant dans la commune Mukaza en Mairie de Bujumbura, à savoir l'Hôpital Prince Régent Charles et l'Hôpital Clinique Prince Louis Rwagasore. L'enquête a été menée auprès de dix agents qui composent le personnel hospitalier, vingt-trois patients en situation de précarité et sept membres des groupes associatifs et/ou religieux rencontrés en pleine activité à l'hôpital.

Dans cette vie des patients en situation de précarité hébergés dans les hôpitaux publics de Bujumbura, le constat est qu'il y a le manque ou l'insuffisance de la nourriture, le manque des moyens financiers pour acheter des médicaments essentiels et en temps opportun ou d'autres objets médicaux, le manque d'information au préalable concernant le droit d'accès à la santé. Cela constitue une barrière à l'accès des soins des patients en situation de précarité et un obstacle à l'atteinte de l'objectif « Santé pour tous » (ODD n°3).

Après analyse, il est à noter également que la situation sombre que subissent les patients démunis au sein des hôpitaux ne cesse d'alerter les âmes charitables dans le cadre de la mise en pratique de la solidarité qui est une valeur morale et sociale. Des membres des familles des malades en situation de précarité, des groupes associatifs ou des mouvements religieux, des engagés individuellement et même l'Etat à travers le ministère de la Solidarité Nationale se mobilisent pour la prise en charge de ces patients en situation de précarité. Ils rendent ainsi la société davantage solidaire et réellement harmonieuse.

Cependant, il est à souligner que la mise en pratique de cette solidarité est limitée pour plusieurs raisons. Pour la solidarité familiale, la plupart des patients en situation de précarité qui sont hébergées dans les hôpitaux publics de Bujumbura mairie viennent de l'intérieur du pays et n'ont pas de connaissance ou n'ont que peu de connaissances dans les environs de l'hôpital. D'où la difficulté, pour eux, de s'adapter. Ils se lamentent souvent de l'éloignement de leurs familles et de leurs voisins qui pourraient, en tout cas, les décharger et les consoler. D'autres raisons sont notamment une longue durée d'hospitalisation qui entraîne une limitation de toutes les ressources et un essoufflement de l'esprit de solidarité, etc. En ce qui concerne la solidarité locale, les membres soutiennent les leurs ; la prise en charge assurée par les mouvements religieux n'est pas régulière. Il y a aussi l'intervention de l'Etat qui se heurte à des lourdeurs administratives et l'« ésotérisme de la chose ».

Selon les patients démunis eux-mêmes, le fait qu'ils soient nourris dans les hôpitaux publics par l'Etat ne change rien sur la vie précaire qu'ils mènent. En effet, à part que la nourriture donnée est insuffisante, elle n'est donnée qu'une seule fois par jour. Cela signifie que certains patients démunis peuvent passer le jour entier en ayant pris un seul repas ; sans oublier que la nourriture que l'on sert reste le même met pour tous les jours. Cela fait qu'il y a des patients en situation de précarité qui ne mangent pas sur la nourriture procurée par l'Etat à travers les hôpitaux publics, parce qu'ayant des goûts autres ou une prescription d'un régime spécial.

Les patients en situation de précarité hospitalisés ont également des problèmes d'accès aux soins de santé car leurs maigres moyens financiers ne leur permettent pas à payer tous les services médicaux y compris les médicaments.

Malgré l'implantation de la politique de l'autonomisation de gestion des hôpitaux publics, un nombre important de burundais connaissent des difficultés à l'accès aux soins de santé. Selon Barumwete Siméon, depuis la guerre civile qui a frappé le Burundi, de nombreux burundais sont devenus insolvables à cause de la fragilité économique qui s'en suivit.

Pour répondre à ce problème, le Gouvernement du Burundi à travers le ministère en charge de la Solidarité nationale s'engage pour le paiement de certaines prestations consommées par le patient démuni en possession de la Carte d'Assurance Maladie. Mais la plupart des patients démunis vient se faire soigner à l'hôpital sans ce document. De ce fait, les patients en situation de précarité connaissent des retards à l'accès aux soins médicaux à cause de l'ignorance de leur droit et des procédures.

Néanmoins, les hôpitaux publics sont encore loin de fournir des soins de qualité car l'Etat ne se précipite pas à verser sa part. Les hôpitaux publics doivent également attendre patiemment les altruistes qui acceptent de liquider les frais des patients démunis guéris mais détenus dans les hôpitaux. Le remboursement peut prendre un échelonnement de courte, de moyenne ou de longue durée (des mois, voire des années). D'où le manque de moyens pour le réapprovisionnement des produits consommables ou usés nécessaires dans ces hôpitaux publics en autonomie de gestion. Cela provoque des conséquences graves sur les patients en générale et sur ceux qui sont en situation de précarité en particulier.

Au cours de notre enquête sur terrain, nous avons découvert également qu'un grand nombre de patients démunis hospitalisés possèdent des ordonnances conservées au lieu d'aller acheter les médicaments mentionnés. La raison de cet acte est que ces médicaments n'existent ni dans les pharmacies de la Mutuelle de la Fonction Publique ni dans les stocks de l'hôpital. Pour les patients en situation de précarité, les médicaments vendus dans les pharmacies privées sont très chers, inabordables. Le malade va attendre un hypothétique acte de bienfaiteur. Cela constitue un danger pour sa santé qui continue à se détériorer à cause de ce manque de moyens. Dans ce cas, le droit à la santé telle que préconisé par l'OMS est bafoué.

BIBLIOGRAPHIE

Abdmouleh, R. (2007). Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice. 91-109.

Adair, P. (1991). La Théorie de la justice de John Rawls. Contrat social versus utilitarisme. *Revue française de science politique, 41è année*, 81-96.

Annandale, E., Rabeharisoa, V., Scambler, G., Seale, C., & Debra, U. (2013). Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales. *Dans Sciences Sociales et Santé*, 13-35.

Aubin, M., & Picard, P. (1980). *Le médecin, le malade et l'homéopathie.* Paris: Fayard.

Augé, M., & Herzlich, C. (1983). Le Sens du Mal : Anthropologie. Histoire, sociologie de la maladie. *des Archives Contemporaines*, 221-222.

BALIQUE, H. (1999). Les Hopitaux publics des pays d'Afrique francophone au Sud du Sahara et leurs perspectives. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 323-328.

Barumwete, S. (2010). *Les politiques publiques de santé au Burundi.* Thèse de doctorat, Université de Pau et des Pays de l'Adour.

Bioy, X. (2011). *Le droit d'accès aux soins : droit fondamental ?* In: L'accès aux soins - Principes et réalités

Blais, M. C. (2008). La solidarité. *Dans le thématique*, *1*(33), 9-24.

Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquete et ses méthodes: l'entretien.* Paris: Nathan.

Boubou, C., Luchini, S., & Moatti, J.-P. (2004). Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED. *Revue française d'économie*, 111-149.

Boucherf, K. (2016). Méthode quantitative vs méthode qualitative?: Contribution à un débat. *Les cahiers du cread*(116), 9-30.

Brunet, J. J. (1993). *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales: douze experiences de terrain.* Paris: Karthala.

Bungener, M. (1992). La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Anselm L Strauss, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. *Sciences Sociales et Santé*, *10*(4), 154-157.

Carlos, N. D., Dendasck, C., & Oliveria, E. (2016). L'évolution historique de la santé publique. *Magazine multidisciplinaire scientifique du centre de connaissances, 1*, 52-57.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat.* Paris: Fayard.

Charlier, J. E., & Campenhould, L. V. (2014). *4 méthodes de recherche en Sciences Sociales. Cas pratiques sur l'Afrique francophone et le Maghreb.*

Combessie, J. C. (2007). *La méthode en Sociologie.*

Couty, E., & Tabuteau , D. (1992). *Hopitaux et cliniques: les reformes hospitalieres.* Paris.

Crismer, A., Belche, J. L., & Vennet, V. (2016). Les soins de santé primaires, plus que des soins de premiere ligne. *Santé publique, 28*(3), 375-379.

De Ketele, J. M., & Roegiers, X. (1993). Méthodologie du recueil d'informations. *Didaskalia*(4), 123-123.

Desclaux, A. (2007). Accès aux soins en Afrique : un changement de culture ? , Bulletin Amades.

Dodier, N., & Cumus, A. (1997). L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital In: Annales. Histoire,sciences sociales,52e annee, n°.4. pp. 733-763.

Dumoulin, J., & Miloud, K. (1993). Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne: rationalité économique et autres questions subséquentes . *Sciences sociales et santé, 11*(2), 81-119.

Durkheim, E. (1979). *Les règles de la méthodes sociologiques.* Paris: PUF.

Durkheim, E. (1973). De la division du travail social, Paris, PUF.

Eboko, F. , Bourdier, F., Broqua , C., & Fillieule, O. (2005). Cap aux Suds. Une orientation globale de la mobilisation contre le sida?. Face à face. Regards sur la santé.

Eliot, F. (1984). *La profession medicale.* Payot.

Eliot, F. (1984). *La profession medicale.* Payot: Payot.

Fantini, B., Agrimi, J., & Mirko, D. G. (2001). Histoire de la pensee medicale en occident.Vol. 1, Antiquité et Moyen Âge. In: Annales. Histoire, Sciences Sociales. 56e année, N. 1, 2001. 187-189.

Flori, Y. A., & Miloud, K. (1996). Économie des systèmes de santé. *Cahiers Santé, 6*.

Foulquié, P. (1971). *Dictionnaire de la lanque pédagogique.*

Freidson, E. (1984). *La profession médicale.* Paris: Payot.

Gaudillière, J. P (1996). Isabelle Baszanger, Douleur et médecine, la fin d'un oubli. In: Sciences sociales et santé. Volume 14, n°2, 1996. pp. 113-119

Gaudron, Z. C., & Sanchou, P. (2005). Introduction. *Empan*(60), 10-13.

Goujon, D., & Poisat, J. (2003). L'hpital comme espace public. *Hermès, la revue, 2*(36), 119-126.

Human rights watch. (2006). *Une santé chèrement payée. La détention des patients sans ressources dans les hôpitaux burundais.*

Imbert, J. (1982). *Histoire des hopitaux en France,.* Toulouse: Privat.

Isabelle, V. P. (2010). La recherche sur les solidarité familiale. *Idées économiques et sociales, 4*(162), 6-15.

Makinen, M., Waters, H., Rauch, M., Almagambetova, N., Bitrán, R., & Gilson, L. (2000). Inégalités dans l'utilisation et les dépenses de soins de santé: données empiriques de huit pays en développement et pays en transition. *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé, 78*, 55-65.

Marcel, D. (1983). *La solidarité comme contrat et comme éthique.* Berger-Lévraut.

Mauss, M. (1924). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés arcaiques. *Année sociologique*, 30-186.

McPake, B., Hanson, K., & Mills, A. (1992). Mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en Afrique : un bilan et cinq études de cas.

Messu, M. (2019). La solidarite familiale: Heurs et malheurs d'un suntagme "affectif". *Recherches famililes, 1*(16), 65-82.

Ministere de la santé publique. (2002). *Politique sectorielle du Ministère de la santé publique 2002-2004.* Bujumbura.

Mordacci, R. (1995). Health as un analogical concept. *The Journal of medicine and philosophy, 20*, 475-497.

MSF. (2009). *accès aux soins de santé au Burundi. Résultats de trois enquêtes épidémiologiques Mars 2004.* Bruxelles.

Niyongabo, E. (1990). *Etudes des difficultés liées à la relation therapeutiques atteint par le SIDA.* Bujumbura: Université du Burundi.

OMS & UNICEF, (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals

O.M.S. (1985). *La santé », Encyclopédia Universalis, Vol. 16.*

OMS. (1987). Rapport du Comité Régional de l'Afrique, trente-septième session, Bamako, 9-16, Septembre 1987

OMS. (1981). Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève.

OMS. (1981). *Strategie mondiale de la santéd'ici l'an 2000.Série pour tous.* Génène.

OMS. (2004). *Comité régional de la Méditerranée orientale: L'impact des dépenses de santé sur les ménages et les options de financement des soins de santé.*

Panel, P. (2007). L'hopital public: ses contradictins, ses mutations. *Etudes 2007/10(tome 407)*, 319-330.

Parsons, T. (1970). Structure sociale et processus dynamique. Le cas de la pratique médicale moderne.Médecine, maladie et société. *Mouton*.

Peerenboom, B. P., Basenya, O., Michel, B., Ndayishimiye, J., Ntakarutimana, L., & De Weerd, J. V. (2014). La bonne gouvernance dans la reforme du financement du systeme de santé au Burundi. Dans santé publique. *26*, 229-240.

Pierret, J. (2008). Entre sante et experience de la maladie dans psychotropes,2008/2, vol.14. 47-59.

Pierru, F. (2008). La santé au régime néolibéral. *Savoir/Agir*(5), 13-24.

Professeur Audier, M. (1980). *Pour l'Amour des malades.* Marseille: Mediprint Editeurs.

Quivy, R., & Campenhould, L. V. (2011). *Manuel de recherche en Sciences Sociales.*

Ridde, V., & Girard, J. E. (2004). Douze ans après l'Initiative de Bamako. Constants et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 37-51.

Servoin, F., & Duchemin, R. (1986). *Inégalités et solidarités.* Paris: ESF.

Stoetzel, J. (1960). La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale. *Population (édition Francaise)*, 613-624.

Tizio, S., & Flori, Y. A. (1997). L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun? *Tiers-Monde tome 38*(152), 837-858.

Vassy, C., & Derbez, B. (2019). Appréhender la santé et la maladie comme des phénomènes sociaux. *Introduction à la sociologie de la santé*, 17-44.

Vultur, M., & Boudon, R. (1997). et le paradigme de l'individualisme methodologique. *Aspects sociologiques, 6*(1), 30-37.

WHO. (1958). *The first ten years of the World Health Organization.* Geneva.

Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale.* Avis et rapports du conseil econmique et social.

Wunsch, G., & Gourbin, C. (1998). Santés et maladies : Concepts, mesures, résultats. *Bulletin de la Classe des lettres et des sciences morales et politiques, 9*(n°16), 129-144.

ANNEXES

Les données socio-démographiques des patients en situation de précarité enquêtés

Noms et Prénoms sous couvert de l'anonymat	Age	Lieu d'origine	Niveau de vulnérabilité	Hôpital public d'accueil	Service d'Hospitalisation	N° de la Salle	Durée d'hospitalisation jusqu'au moment de l'enquête	Sexe
J.B	22ans	MURAMVYA	Orphelin	HPRC	Médecine interne	2	Plus de 5 mois	M
K.C	73ans	BUJUMBURA RURAL	Veuve	HCPLR	Médecine interne	25	3 mois	F
N.J.B	41ans	RUMONGE	handicapé	HCPLR	Chirurgie	17	1 ans	M
A.N	49ans	BUJUMBURA MAIRIE	Veuve	HCPLR	Médecine interne	31	3 mois	F
N.M	25 ans	BUJUMBURA RURAL	Indigent	HPRC	Médecine interne	4	Plus d'un 1 an	M
J.I	48 ans	KARUSI	Veuve	HCPLR	Médecine Interne	31	2 mois	F
B.G	25 ans	RUMONGE	Orphelin	HCPLR	Chirurgie	17	3 ans	M
N.S	52 ans	GITEGA	Veuve	HCPLR	Médecine Interne	25	2 mois	F
M.D	23 ans	BUJUMBURA MAIRIE	Orphelin	HPRC	Médecine Interne	2	Plus de 2 ans	M
K.P	35 ans	BUJUMBURA MAIRIE	Handicapé + Sans abri	HCPLR	Chirurgie	17	3 ans	M
M.P	63 ans	MWARO	Handicapé	HCPLR	Chirurgie	17	Plus d'1 mois	M
S.C	27 ans	KAYANZA	Orpheline	HCPLR	Médecine Interne	31	2 ANS	F
R.J	19 ans	MUYINGA	Indigent	HPRC	Médecine interne	4	6 MOIS	M
N.L	48 ans	MURAMVYA	Veuve	HPRC	Médecine Interne	6	5 mois	F
B.J	67 ans	BUJUMBURA RURAL	Veuve	HCPLR	Médecine Interne	25	3 mois	F
H.O	41 ans	MWARO	Veuve	HPRC	Médecine Interne	5	Plus d'un mois	F
M.P	46 ans	CANKUZO	Handicapé	HPRC	Chirurgie	25	Plus d'un an	M
B.L	54 ans	RUTANA	Veuve	HPRC	Médecine interne	4	1 an	F
V.S	20 ans	GITEGA	Orphelin	HPRC	Médecine Interne	4	8 mois	M
K.G	55 ans	BUBANZA	Indigent	HPRC	Médecine Interne	2	1 an	M
K.E	23 ans	BUJUMBURA	Une Sans abri	HPRC	Médecine Interne	2	7 mois	F
H.A	38 ans	CIBITOKE	Indigent	HPRC	Chirurgie	15	6 mois	M
N.R	70 ans	BUJUMBURA RURAL	Vieux Indigent	HPRC	Chirurgie	14	4 mois	M

Les données Socio-démographiques des professionnels de la santé enquêtés

Noms et Prénoms sous couvert de l'anonymat	**Age**	**Poste d'emploi**	**Hôpital Public**	**Sexe**
Dr B.D	64 ans	Dr Chef Nursing	HPRC	M
Dr N.L	47 ans	Dr Chef Nursing	HCPLR	M
N.F	55 ans	Agent administratif	HCPLR	M
K.J	47 ans	Chef de service social	HCPLR	F
B.A	42 ans	Chef de service social	HPRC	F
Infirmière I.C	35 ans	Chef de poste Médecine Interne	HCPLR	F
Médecin M.D	40 ans	Chef de poste Chirurgie	HPRC	F
Médecin I.J	38 ans	Chef de poste Médecine Interne	HPRC	F
Médecin K.S	39 ans	Chef de poste Chirurgie	HCPLR	F
Médecin N.J	44 ans	Médecin généraliste	HCPLR	M

Les données socio-démographiques des membres des groupes associatifs ou des mouvements religieux enquêtés

Noms et Prénoms sous couvert de l'anonymat	**Age**	**Appartenance religieuse**	**Hôpital public**	**Groupe associatif ou mouvement religieux**	**Profession**	**Sexe**
I.S	53 ans	Protestante	HPRC	UCMP	Commerçante	**F**
C.F	35 ans	Protestant	HPRC	UCMP	Enseignant	**M**
A.I	39 ans	Musulman	HPRC	Groupe musulmans Corps Buyenzi	Commerçant	**M**
K.B	39 ans	Catholique	HPRC	Mouvements des Ingendanyi du Saint Sauveur Nyakabiga	Chauffeur	**M**
A.J	36 ans	Catholique	HCPLR	Association Kunda	Fonction religieuse	**F**
I.N	40 ans	Catholique	HCPLR	Association Kunda	Fonction religieuse	**F**
C.K	38 ans	Catholique	HCPLR	Association Kunda	Fonction religieuse	**F**

GUIDE D'ENTRETIEN EN KIRUNDI

Nitwa NDAYIHIMBAZE Onésime, umunyeshuri wo muri kaminuza y'u Burundi mu gisata c'indome n'ubumenyi bwerekeye umubano w'abantu, arico bita mukinofunofu Socio-Anthropologie. Nkaba niga mu mwaka wa Kabiri. Ndi mu gikorwa co kwandika igitabu, igikorwa kizonshoboza kuronka impamyabumenyi.

Umutwe w'icigwa ni uyu: "Ubuzima bw'abagwayi batishoboye bagwariye mu bitaro bikuru vya Leta mu gisagara ca Bujumbura".

Nabatoye kubera mukwije ibisabwa bihuye n'igikorwa. Ndabizeza ko amazin a yanyu atazomenyekana mugushira ahabona ivyavuye muri iki gikorwa.

IBIBAZO NSHIMIKIRO

Igice ca 1 : Ubuzima bw'abagwayi bafise amikoro make canke ata mikoro bagira iyo bagwariye mu bitaro.

Kugwarira mu bitaro bituma umugwayi agira ingorane nyinshi zijanye n'ukuntu abaho. Ivyo bikunyuka rero na cane cane kubagwayi badafise amikoro canke bafise amikoro make canke batishoboye, ivyo bikagaragarira no mu kibano.

1. Muri rusangi mwoshobora kutubwira ingene mubigenza kugira ngo muronke utwo mufungura, agahuzu mwambara canke ingene mubigenza kugira ngo murihe amafranga y'ibitaro eka ndetse n'imiti ?
2. Mwoba mufise abantu babafata mumugongo ku munsi ku munsi mukubazanira ivyo gufungura canke bakabaha udufaranga two kwikenura ? Nimba bahari, ni babandi nyene canke haza abatandukanye ? Ni iyihe nsiguro mwoha ibikorwa vy'abo bantu twisunze ingene abarundi kuva kera bamye bafashanya ?
3. Hoba hariho amashirahamwe canke iyindi migwi y'abantu ibafata mu mugongo ngaha mu bitaro ? Ni ayahe ?
4. Biramaze gushika aho mubura utwo mufungura kubera ba bantu b'urukundo bataje ? Iyo bishitse ni izihe ngaruka mbi zibashikira ?
5. Biraborohera kugura imiti hanze y'ibitaro mugihe mu bitaro musanzwe mugwariyemwo iyo miti itahari ?

6. Mwoshobora kutubwira ingaruka mbi zikurikira mu miryango y'abagwayi batishoboye igihe bagwariye mu bitaro ?
7. Mbega ibitaro vyoba bifise uruhara mugufata mu mugongo abagwayi batishoboye iyo bagwariye mu bitaro ? Ni uruhe ?
8. Mbega nta bagwayi boba baja hamwe ngaha mu bitaro kugira bafashanye muri utu canke turiya kugira habe impinduka na cane cane ku bagwayi batishoboye?

Igice ca 2 : Imigenderanire hagati y'abagwayi n'abaganga hamwe n'abasuhuza

1. Mbega abaganga barabakurikirana neza canke barabayagisha neza mu gihe muriko muravugana kubijanye n'ingwara yanyu nubwo mufise amikoro make canke mutishoboye ?
2. Mbega uburyo abaganga babakiramwo burahimbaye kuri mwebwe ngaha mu bitaro?
3. Mwebwe abagwayi batishoboye murashobora kugiranira imigenderanire n'abandi bagwayi biciye mugufashanya canke mu guhanahana aka canke kariya ?
4. Abagwayi bifise barashobora gufata mu mugongo mwebwe abatishoboye naho mwese muba mugwariye mu bitaro ?
5. Nivyo mubayeho ubuzima bugoye mu bitaro.Ni gute mubanye n'abandi bantu bose bari ngaha mu bitaro ? Mbega ntababinuba canke ngo babakumire ?
6. Tugereranije n'ubundi buzi, akazi ko kuvura abantu gasaba ko nyene kugakora abiha agaciro kadasanzwe kuva mu barongoye ibitaro gushika no ku baganga batobato muguha agaciro umugwayi uwariwe wese mu kumwakira, mu kumwumvirizanya uburwaneza, mu kumuyagisha neza, mu kumugumiriza ibanga, mu kumwubaha uko aba ari kose,…Ivyo bituma habaho kwizerana hagati y'umugwayi n'umuganga.
7. Kubwivyo, ni iyihe ntererano muha abagwayi batishoboye kugira ngo bareme mu bibazo vyabo ?
8. Ni izihe ngaruka mbi zishobora gushikira ibitaro bivanye n'uko kutishobora kw'abagwayi baba bagwariye mu bitaro vya Lata ?
9. Birashika ko mwebwe abaganga hagati yanyu muvugana kubijanye n'abagwayi batishoboye ariko bagwariye mu bitaro kugira murabe icokorwa kindi cotuma bafatwa mu mugongo vyoroshe ?

10. 17. Kenshi mu bitaro vya Leta turabona abagwayi bakize ariko badafise uburenganzira bwo gutaha iyo baje bava kubera ko babuze amafaranga yo kuriha ibitaro, imiti canke uburyo bwakoreshejwe mu kubavura. Mbega nta bundi buhinga mwokoresha kugira ngo barihe bidegemvya batarinze gupfungwa ?
11. 18. Mbega mwebwe abahurikiye mu migwi y'amashengero canke mu mashirahamwe yo gufashanya, ni gute mufasha abagwayi batishoboye bagwariye mu bitaro ?

GUIDE D'ENTRETIEN EN FRANÇAIS

Bonjour. Je m'appelle NDAYIHIMBAZE Onésime. Je suis étudiant de Master II, Socio-anthropologie à l'université du Burundi. Je réalise une enquête portant sur « la vie des patients en situation de précarité séjournant dans les hôpitaux publics de Bujumbura Mairie ». Je cherche à étudier les stratégies adoptées par les patients en situations de précarité en attente ou en cours d'être soignés ; je cherche à savoir comment ils parviennent à s'adapter à l'hospitalisation et ses exigences. J'explore les relations communicatives entre les patients et les médecins ou d'autres en faveur des malades les plus défavorisées. Je suis là afin de dialoguer avec vous en ce qui concerne la vie des malades précaires étant à l'hôpital public parce que vous êtes le (la) mieux indiqué (e) pour me fournir des informations nécessaires. Je vous demanderais de vous exprimer sans aucune crainte parce que ce que vous allez me dire est couvert par l'anonymat.

Thème I : La vie des patients en situation de précarité dans les hôpitaux publics

1. Etre hospitalisé entraîne souvent des difficultés de trouver les moyens suffisants pour assurer la survie au centre hospitalier. En général, le problème se pose pour tous les malades et plus particulièrement pour les malades se trouvant en situation de précarité socio-économique.

D'une manière générale, pourriez-vous nous dire comment vous vous débrouillez pour manger, se vêtir, payer les services et les factures d'hébergement ou achats des médicaments alors que vous êtes humilies par la maladie ?

2. Avez-vous des personnes qui vous prennent en charge jour par jour pour vous fournir les premières nécessités comme la nourriture ou l'argent pour divers achats urgents ? Est-ce qu'il reste les mêmes personnes ou bien ce sont des personnes différentes ? Que pensez-vous de cet acte de charité ?

3. Avez-vous des associations ou des volontaires qui vous prennent en charge ici à l'hôpital ? Lesquelles ?

4. Est-ce qu'il arrive des cas où vous pouvez être en état de manque de nourriture sous prétexte que les âmes charitables sont absentes ou bien votre poche est vide ? Si c'est le cas, quelles sont les conséquences négatives qui peuvent se produire chez les patients en situation de précarité ?

5. Est-ce qu'il vous est facile d'acheter des médicaments hors de l'hôpital ? Comment vous procédez ?
6. Pourriez-vous nous dire les mauvaises conséquences d'être hospitalisé à l'hôpital chez les personnes démunies d'une part et dans leurs familles d'autre part ?
7. Pourriez-vous nous dire la part de l'hôpital dans l'intervention de prise en charge chez les personnes en situation de précarité ?
8. N'y a-t-il pas des mobilisations collectives des malades ici au sein de l'hôpital pour se soutenir et agir ensemble en vue d'obtenir des changements ou des entraides mutuelles ?

Thème II : Les relations entre les patients avec les médecins ou avec des visiteurs à l'hôpital public

1. Etant dans l'incapacité de vous prendre en charge, comment les médecins vous traitent pendant les moments de négociation à propos de la maladie en question ?
2. Etes-vous satisfait de la manière adoptée par les médecins pendant les moments d'accueil ?
3. Pourriez-vous créer des relations entre vous, patient en situation de précarité, et les autres patients à travers des interactions basées sur la solidarité ?
4. Croyez-vous qu'il y a des patients favorisés qui peuvent soutenir ceux qui sont en situation de précarité bien que tout le monde soit dans l'hôpital public ?
5. D'une manière générale, vous menez une vie difficile à l'hôpital. Comment vous êtes considéré dans la société au sein de l'hôpital public ? Y aurait-t-il des personnes qui vous discriminent à cause de votre état de précarité financière ou matérielle ?
6. Que cela soit chez les professionnels hospitaliers tant administratifs que soignants, la profession médicale demande des qualités humaines telles que l'accueil de la personne dans sa globalité, la courtoisie, l'écoute, le dialogue, la confidentialité et, de façon plus générale, l'estime de l'autre et le respect de sa dignité. Ces valeurs créent un état de confiance entre le patient et le médecin. Malgré cet état d'incapacité chez les patients en situation de précarité, quelle est votre contribution en tant que médecin dans la prise en charge de ces patients défavorisés ?
7. Quelles sont les conséquences majeures qui peuvent peser sur l'hôpital à cause de l'incapacité de se prendre en charge des patients précaires ?

8. Il arrive qu'entre vous les médecins s'établissent des échanges de dialogue concernant les patients en situation de précarité pour voir les nouvelles stratégies de les prendre en charge ?
9. Nous constatons souvent des personnes guéries de leurs maladies mais qui n'ont pas le droit de quitter l'hôpital public sans toutefois payer la totalité de la somme comme coût imposé par l'hôpital public. Est-ce qu'il n'y a pas d'autres moyens à adopter pour faire payer ces patients en état de manque sans recourir à l'emprisonnement ?
10. Vous appartenez dans les groupes religieux ou dans les associations d'assistance sociale. Comment vous procédez pour assister les patients en situation de précarité hospitalisés ?