

PRECARITE SOCIOECONOMIQUE ET VICTIMISATION DES PATIENTS AU SEIN DU CHR DE YAMOOUSSOUKRO

ASSY Edmond Paul

Professeur Titulaire de Psychologie, Université Félix Houphouët Boigny

assvedmondpaul@gmail.com

KOUASSI Nonman Junior Fabrice

Doctorant à l'UFR Criminologie

Laboratoire d'Etudes de Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV)

Université Félix Houphouët-Boigny

koussifabriceamadeus@gmail.com

Résumé : Cette étude a pour objectif d'analyser le lien entre les conditions de vie précaires et la victimisation des patients au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Yamoussoukro. L'enquête a été menée auprès de cinquante (50) patients dans le cadre de l'approche quantitative et de vingt-deux (22) membres du personnel soignant sélectionnés par échantillonnage raisonné. Les données recueillies ont été traitées tant qualitativement que quantitativement. Les résultats mettent en évidence que, les patients sollicitant le CHR de Yamoussoukro et issus de milieux défavorisés se situent au carrefour de multiples vulnérabilités. Ils sont confrontés à l'insuffisance des ressources, à des soins qu'ils jugent inadaptés, à des prises en charge différenciées et à des formes de violences symboliques ou manifestes. L'analyse statistique révèle une association significative entre les difficultés financières vécues par les patients et leur victimisation ($\text{Chi}^2 = 6,93$; $\text{ddl} = 2$; $1-p = 96,87\%$). Ces résultats contribueraient à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD 1 et ODD 3).

Mots clés : précarité socioéconomique, criminalité, victimisation, patients-centre hospitalier.

Abstract: The objective of this study is to analyze the link between precarious living conditions and the victimization of patients at the Regional Hospital Center (CHR) of Yamoussoukro. The survey was conducted among fifty (50) patients as part of a quantitative approach and twenty-two (22) healthcare staff members selected through purposeful sampling. The collected data were processed both qualitatively and quantitatively. The results highlight that patients seeking care at the CHR of Yamoussoukro and coming from disadvantaged backgrounds find themselves at the intersection of multiple vulnerabilities. They face inadequate resources, care they deem unsuitable, differentiated treatment, and forms of symbolic or overt violence. The statistical analysis reveals a significant association between the financial difficulties experienced by the patients and their victimization ($\text{Chi}^2 = 6.93$; $\text{df} = 2$; $1-p = 96.87\%$). These results would contribute to the achievement of the Sustainable Development Goals (SDG 1 and SDG 3).

Keywords: socioeconomic insecurity, crime, victimisation, patients, hospital

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le système de santé ivoirien est confronté à de multiples dysfonctionnements structurels qui compromettent gravement la qualité des services offerts aux populations. Entre manque d'équipements, pénurie de personnel qualifié, vétusté des infrastructures et mauvaise gouvernance, les hôpitaux publics peinent à répondre efficacement aux besoins croissants des usagers. Selon Kadio et Traoré (2023), ces dysfonctionnements ont pour effet de transformer l'espace hospitalier en un lieu de survie plutôt qu'un espace de soins, où les patients, surtout ceux sans ressources, sont les premières victimes.

Le fonctionnement des systèmes sanitaires en Afrique subsaharienne, et particulièrement dans les hôpitaux publics, est souvent marqué par des déséquilibres structurels qui affectent la qualité des soins. Dans une étude comparative menée entre le Sénégal, le Mali et la Côte d'Ivoire, Koné et Diarra (2021) montrent que les systèmes de santé sont majoritairement centralisés, rigides et peu adaptés aux besoins locaux des populations pauvres. Ces dysfonctionnements organisationnels engendrent des ruptures fréquentes de médicaments, des temps d'attente très longs et une prise en charge fragmentée. Ces hôpitaux publics africains, sont confrontés à une série de défaillances structurelles qui limitent l'accès équitable aux soins. Adjé et Doukouré (2022) soulignent que l'organisation hospitalière en Côte d'Ivoire repose encore sur une logique centralisée, avec une faible autonomie managériale au niveau local, ce qui ralentit les réponses adaptées aux besoins spécifiques des populations pauvres. Mendy (2021), dans une étude menée au Sénégal, met en évidence les carences en planification hospitalière. Il note que les schémas directeurs hospitaliers sont rarement actualisés, entraînant une inadéquation entre les besoins sanitaires réels des patients et l'offre de soins.

Quant à la précarité socioéconomique, elle accentue cette situation en fragilisant davantage l'accès équitable aux soins. Les patients issus de milieux défavorisés sont souvent incapables d'assumer les frais directs ou indirects de leur traitement, ce qui les expose à des discriminations implicites dans la prise en charge. Pour Kouadio (2022), cette inégalité d'accès alimente un processus de victimisation où les patients précaires sont ignorés, humiliés ou renvoyés sans soins appropriés, au mépris de leurs droits fondamentaux à la santé. De plus, Kadio et Traoré (2023) soulignent que l'accès aux soins médicaux dans les hôpitaux publics en Côte d'Ivoire a profondément souffert d'une crise structurelle causée par un budget insuffisant, qui limite la qualité des services, l'accessibilité des équipements et la motivation du personnel.

Le cas du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Yamoussoukro est emblématique de cette réalité. Malgré son statut d'établissement public de référence dans la région, il est confronté à de sérieuses limitations en matière de ressources humaines, logistiques et financières. Des observations de terrain et des témoignages recueillis indiquent que les patients vivant des conditions socio économiques

difficiles sont souvent mal informés, peu écoutés, voire stigmatisés. Ce dysfonctionnement global du système de santé publique, couplé à la précarité des patients, constitue dès lors, un terrain propice à leur victimisation.

La désorganisation des services participe dans les mêmes conditions à la victimisation des patients vulnérables. Selon Touré et Kouassi (2020), le manque de personnel, les horaires irréguliers et l'insuffisance d'équipements de base exacerbent les situations de détresse, en particulier pour les patients isolés ou non accompagnés. Ces patients, souvent âgés ou analphabètes, ont des difficultés à s'orienter dans les hôpitaux ou à comprendre les instructions médicales, ce qui augmente le risque de retards de traitement, voire d'erreurs de soins.

Selon l'approche définitionnelle de R. Cario (2006), à la fois infractionnelle et victimologique : « doit être considérée comme victime toute personne en souffrance(s). De telles souffrances doivent être personnelles (que la victimisation soit directe ou indirecte), réelles (c'est à dire se traduire par des traumatismes psychiques ou psychologiques et/ou des dommages matériels avérés), socialement reconnues comme inacceptables et de nature à justifier une prise en charge des personnes concernées, passant, selon les cas, par la nomination de l'acte ou de l'événement par l'autorité judiciaire, administrative, médicale ou civile, par l'accompagnement psychologique et social de la(des) victime(s) et par son/leur indemnisation.

Il ressort des constats ci-dessus que la question de la dégradation de la qualité des soins dans les hôpitaux publics de Côte d'Ivoire a suscité un grand nombre d'études qui identifient un certain nombre de facteurs explicatifs tels que la surpopulation, dysfonctionnement des infrastructures, démotivation du personnel, insuffisance des ressources médicales, mauvaise gouvernance, etc. (Kadio & Traoré, 2023 ; OMS, 2023 ; Kouadio, 2022). Cette situation se traduit par des inégalités de traitement, des délais excessifs, des accueils inappropriés, voire des refus de soins.

De ce qui précède, il convient dès lors, de s'interroger sur la façon dont la précarité socio-économique des patients structure la relation entre ceux-ci et l'hôpital, contribuant à leur marginalisation, à l'invisibilité et à la violence silencieuse. Ainsi la question centrale qui structure notre investigation est formulée de la manière suivante : Pourquoi certains patients en situation de précarité socio-économique sont-ils victimes de maltraitance au sein du CHR de Yamoussoukro, tandis que d'autres, dans des conditions similaires, ne le sont pas ?

L'étude vise à analyser le lien entre les conditions de vie précaires et la victimisation des patients au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Yamoussoukro afin de comprendre les mécanismes de différenciation dans la prise en charge.

Pour répondre aux questions de recherche et atteindre les objectifs de cette étude, l'hypothèse suivante a été formulée : La victimisation des patients est étroitement liée à leurs conditions de vie précaire au sein du CHR de Yamoussoukro.

1. METHODOLOGIE

1.1.Terrain d'étude et participants

Nous avons choisi le Centre hospitalier régional (CHR) de Yamoussoukro pour mener cette étude. Le CHR de Yamoussoukro, grâce à sa modernisation et à son statut stratégique, incarne à la fois les ambitions de l'État en matière de santé et les contraintes persistantes du système de santé. L'étude a été menée auprès de cinquante (50) patients et leurs parents et vingt-deux (22) personnes ressources, membres du personnel soignant. Nos enquêtés ont été sélectionnés à l'aide de la technique d'échantillonnage volontaire.

1.2.Techniques et outils de recueil des données

Des techniques et outils de recueil des données convoqués dans le cadre de cette étude ont été l'étude documentaire, l'observation non participante, l'entretien semi-directif et le questionnaire. Pour les outils, il faut dire que l'entretien semi-directif a permis de mettre en relief les relations interpersonnelles du personnel soignant avec les patients et de présenter leurs représentations sociales. Quant au questionnaire, il a permis de mettre en exergue de quelle façon les données relatives aux conditions de vie précaires et la victimisation des patients ont été distribuées à travers des tableaux et/ou des graphiques.

1.3.Méthodes d'analyse

Dans le cadre de cette étude, l'analyse qualitative a permis de rendre compte de l'expérience telle que vécue par nos enquêtées et d'analyser les relations entre les conditions de vies précaires et la victimisation des patients. L'analyse de contenu a été utilisée pour traiter ou analyser les discours recueillis auprès des enquêtées, comme illustré par L. Bardin (1977). Ainsi, les tableaux contenant les données de l'analyse descriptive ont été produits à l'aide du logiciel sphinx version 5.

2. RESULTATS

Les résultats tournent autour de deux axes : le profil socio-démographique comme facteur de victimisation des patients (1) et la victimisation des patients en lien avec leurs conditions de vie précaires (2)

2.1. Profil socio-démographique et Victimisation des patients

Le profil socio-démographique des patients au regard des données collectées tient compte de leur âge, de leur situation professionnelle et de l'accès à la couverture sociale.

2.1.1. Age

Tableau 2: Répartition des différentes tranches d'âges

Age	Nb. cit.	Fréq.
20-25 ans	9	18,0%
26-35 ans	16	32,0%
36-45 ans	15	30,0%
Plus de 45 ans	10	20,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

Nous observons que la majorité des individus susceptibles de victimisation par personnel soignant ont un âge compris entre 26 et 35 ans soit 32% et 36 et 45 ans soit 30 %. La distribution de ces deux tranches d'âges mises ensemble nous donne un total de 62 %, révélant ainsi que la plupart des personnes les plus susceptibles de victimisation appartiennent à cette catégorie.

Ces deux groupes représentent une population active et socialement mobile, souvent plus consciente de ses droits et responsabilités, mais aussi plus exposée aux tensions économiques et sociales de la vie quotidienne. Leurs attentes envers le système de santé sont généralement plus élevées, rendant l'écart entre les promesses institutionnelles et la réalité des soins encore plus intolérable. Cette population, serrée entre ses responsabilités professionnelles, familiales et économiques, est également celle qui a le moins les moyens de se permettre des soins inadéquats ou des retards de traitement.

2.1.2. Situation professionnelle

Tableau 3 : Distribution des enquêtés selon la situation professionnelle

Situation professionnelle	Nb. cit.	Fréq.

Sans emploi	14	28,0%
Employés du secteur informel, Cadre Moyen	23	46,0%
Cadre Moyen supérieur	9	18,0%
Cadre supérieur	2	4,0%
Retraité	2	4,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

Les résultats ont montré que le secteur informel et les personnes sans emploi totalisent 74% de l'échantillon, révélant une précarité économique importante. De ce fait, il ressort que la vulnérabilité économique peut limiter l'accès à des soins de qualité ou à des voies de recours en cas de mauvais traitement. Cela peut aussi amplifier la perception de victimisation, notamment face aux discriminations ou négligences fondées sur le statut social.

Avec 74 % d'entre eux en emploi précaire ou sans emploi, l'insécurité économique devient un indicateur central de leur expérience avec le système de santé. Ces données révèlent une fragilité structurelle typique des pays en développement, où une grande partie de la population active survit grâce à des activités non déclarées, précaires et souvent mal rémunérées.

Le secteur informel, bien que dynamique, échappe aux mécanismes traditionnels de protection sociale. Les personnes qui y travaillent ne bénéficient généralement d'aucune assurance maladie, d'aucune couverture retraite et d'aucun revenu fixe. Cela signifie qu'en cas de maladie, elles doivent prendre en charge elles-mêmes l'intégralité des frais de soins, sans bénéficier d'aucun régime d'indemnisation. Le risque est donc double : elles sont non seulement exposées aux maladies liées à leur environnement de travail souvent précaire (insalubrité, fatigue, stress), mais elles sont également économiquement mal armées pour y faire face.

Par ailleurs, les personnes sans emploi constituent un autre segment critique de la population hospitalière. Faute de ressources, ils sont souvent contraints de retarder les soins ou d'accepter des traitements de moindre qualité. Leur dépendance au soutien familial ou communautaire les place dans une position de subordination, ce qui rend difficile le recours à leurs droits en cas de mauvais traitements ou d'erreurs médicales. Cela contribue à un sentiment d'abandon, d'impuissance, voire de résignation.

2.1.3. Accès à la couverture sociale

Tableau 4 : Distribution des enquêtés selon l'accès à une couverture sociale

Couverture sociale	Nb. cit.	Fréq.
Non, je n'ai aucune couverture sociale	15	30,0%
CMU	19	38,0%
MUGEFCI	1	2,0%
Assurance privée	7	14,0%
CMU et MUGEFCI	8	16,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

Dans cette distribution relative à la couverture sanitaire des individus interrogés nous nous sommes rendu compte que la majorité des enquêtés possèdent une couverture sanitaire, qu'elle soit privée ou publique. Ainsi nous constatons que 70% des enquêtés ont déjà souscrit à une assurance santé tandis que 30 % déclarent n'avoir aucune couverture sociale, donc n'ayant souscrit à aucune assurance santé.

Il convient de relever que hormis ceux qui déclarent n'avoir aucune couverture sociale, nous avons en tête de liste des enquêtés, une proportion de 38% qui possèdent la carte CMU de de la CNAM (couverture nationale assurance maladie). Notons que cette assurance dite couverture maladie universelle est obligatoire pour tous les citoyens ivoiriens et tous ceux qui vivent sur territoire ivoirien.

Ce caractère obligatoire de la couverture maladie universelle est institué par l'article 2 et l'article 39 de la loi de 2014 sur la couverture maladie universelle. Du fait du caractère obligatoire de la CMU, des fonctionnaires et agents de l'Etat bénéficiant déjà de couverture sociale en l'occurrence la MUGEFCI, possèdent aussi la carte CMU. Cependant il est récurant d'entendre les patients se plaindre quant à l'effectivité de ces deux couvertures sociales en particulier car ils estiment pour certains que la CMU ne marche jamais et pour d'autres, quelques fois. Concernant la MUGEFCI, un accompagnateur de patient en la personne de E K nous racontait en ce termes :

« les gens de la MUGEFCI sont des voleurs, des grands voleurs. J'ai commencé à travailler en 2021 et ce n'est que vers fin 2023 que j'ai commencé à percevoir mon salaire et je vous assure que lorsque mon rappel est venu, la MUGEFCI m'avait déjà prélevé sans que je n'aie la carte pour pouvoir me soigner en cas de besoin. Ils m'ont prélevé pendant environ 2 ans sans que je n'aie la carte pour pouvoir me soigner et un jour je suis allé me plaindre chez eux, la dame qui m'a reçu me dit que dès que la

MUGEFCEI sait que vous êtes fonctionnaire nette, eux ils commencent à te prélever et que c'est comme ça... Je lui ai demandé si cela était normal de prélever quelqu'un sans que ce dernier ne puisse profiter des prestations parce que n'ayant pas la carte qui le lui permet ? Elle a eu le courage de me dire que c'est comme ça que les choses se passent et que je veux plus d'explication, il faut que je me rende au siège de la MUGEFCEI au plateau. Est-ce que dans un pays normal, les choses peuvent fonctionner de la sorte ? je lui ai demandé mais madame, la MUGEFCEI m'a prélevé pendant plus de deux ans sans que je ne puisse me soigner, parce que je n'avais pas la carte que vous-même devriez me donner ... Que deviennent donc mes deux ans de cotisations sans pouvoir bénéficier des avantages liés à mes cotisations ? Elle m'a répondu qu'elle ne pouvait pas me répondre et si je voulais véritablement avoir des réponses, il faut que je me rende à la direction au PLATEAU. »

Ce texte met en évidence une forme de victimisation institutionnelle où, malgré les prélèvements obligatoires effectués par l'autorité publique (MUGEFCEI), l'usager se voit refuser l'accès effectif aux services de santé en raison d'une erreur administrative (non-délivrance de la carte d'assuré). D'un point de vue criminologique, cette situation reflète une violence institutionnelle passive, où l'institution manque à son devoir de protection tout en continuant à exercer une coercition économique sur le citoyen. L'absence de réponse, le recours à des hiérarchies distantes et la banalisation de l'injustice (« c'est comme ça ») témoignent d'une absence systémique de responsabilité inhérente à la logique de domination bureaucratique. Ce cas illustre ainsi les dégâts sociaux légitimés par l'inaction administrative, où le citoyen est victime d'une double peine : il ne paie rien et ne peut obtenir justice, ce qui renforce le sentiment d'impuissance, d'injustice et de méfiance à l'égard de l'État.

2.2. Condition de vie et victimisation des patients

2.2.1. Situation financière et Séjour hospitalier

Tableau 5 : Distribution relative aux difficultés rencontrées pendant les séjours hospitaliers

Difficultés rencontrées	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	2,0%
Payer les frais de consultation	14	28,0%
Acheter les médicaments	47	94,0%
Payer les frais d'hospitalisation	42	84,0%

Manger correctement	20	40,0%
Se déplacer jusqu'à l'hôpital	7	14,0%
Avoir un hébergement temporaire à proximité (pour les hospitalisations longues)	16	32,0%
TOTAL OBS.	50	

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

Les résultats de l'enquête révèlent la prégnance des obstacles économiques dans l'accès aux soins et la prise en charge globale des patients. En effet, 94 % des personnes interrogées éprouvent des difficultés à acheter leurs médicaments, tandis que 84 % rencontrent des problèmes pour s'acquitter des frais d'hospitalisation. Ces données confirment l'existence d'une vulnérabilité économique structurelle des patients, qui entrave à la fois leur accès aux soins et leurs conditions de vie pendant l'hospitalisation.

Cette insécurité multidimensionnelle renforce l'idée que l'accès aux soins est un processus global qui nécessite une prise en charge du patient dans tous les aspects de sa vie. Les soins ne peuvent se réduire à des actes techniques : ils nécessitent également un environnement de vie minimalement respectueux, stable et bienveillant. L'incapacité des hôpitaux et des établissements de santé à prendre en compte ces réalités contribue à une forme de violence institutionnelle, laissant les plus vulnérables sans surveillance.

2.2.2. Situation financière et accès aux soins médicaux

Tableau 6 : Distribution relative aux difficultés d'accès aux soins médicaux

Difficultés financières	Nb. cit.	Fréq.
OUI	41	82,0%
NON	9	18,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

Ce tableau nous présente l'état de précarité dans lequel se retrouvent souvent la plupart des patients enquêtés. En effet environs 82% des patients ont déclarés avoir dû renoncer ou retarder des soins médicaux à cause de leurs situations financières qui ne leur permettait pas de supporter les couts de leur prise en charge sanitaire.

De nos observations directes au niveau du service des urgences de chirurgie, nous avons pu voir des patients victimes d'accident de la voie publique ayant occasionné des blessures et soupçons de fractures. Lorsque les examens du service d'imagerie confirmaient la fracture, la majorité des patients demandaient à quitter le service des urgences de l'hôpital pour se faire soigner de façon traditionnelle chez des tradipraticiens de renom domiciliés au quartier Dioulakro ou bien dans le village de Logbakro, à l'entrée sud de la ville de Yamoussoukro car ils estimaient que dans ces lieux, non seulement la prise en charge serait rapide et efficace mais surtout moins onéreuse, parce que les produits utilisés par ces praticiens de la médecine traditionnelle sont généralement du beurre de karité, des feuilles et des écorces très disponibles sur le marché et dans les champs. Cela coûterait dix fois moins cher que les traitements de la médecine conventionnelle et serait même plus efficace en termes de temps de guérison au point que certains infirmiers voyant que des patients peinaient à payer leurs traitements leur demandaient de se rendre chez ces derniers. C'est dans ce contexte que dame E. K. disait :

« Souvent si tu es malade et que tu n'as pas l'argent, ce n'est pas la peine de venir te fatiguer à l'hôpital ici, parce que quand tu vas venir ils vont prescrire des examens que tu ne peux pas payer parce que soit tu n'as pas l'argent... »

D'un point de vue criminologique, ce discours illustre une violence structurelle profondément ancrée, dans laquelle les inégalités économiques se traduisent par des inégalités d'accès aux soins de santé, entraînant des décès évitables pour les plus défavorisés.

2.2.3. Expériences des victimisations

Tableau 7 : Distribution relative aux expériences de victimisation

Expériences de victimisation	Nb. cit.	Fréq.
Du mépris ou de l'indifférence de la part du personnel	42	84,0%
Des retards injustifiés dans la prise en charge	38	76,0%
Des exigences de paiements supplémentaires pour être soigné(e)	18	36,0%
Un refus de soins sans explication valable	15	30,0%
Des insultes ou propos humiliants	9	18,0%

Une négligence dans les soins donnés	28	56,0%
TOTAL OBS.	50	

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

Les données recueillies mettent en évidence une fréquence alarmante de mauvais traitements perçus par les patients. Ainsi, 84 % d'entre eux déclarent avoir été victimes de mépris ou d'indifférence, tandis que 76 % signalent des retards injustifiés dans la prise en charge.

Ces attitudes traduisent un déficit majeur de considération et d'efficacité organisationnelle. De plus, 56 % des patients rapportent des négligences dans les soins reçus, et 36 % affirment avoir dû effectuer des paiements supplémentaires, révélant des pratiques pouvant s'apparenter à des abus financiers. Ces résultats montrent que la relation de confiance entre les patients et les autorités hospitalières s'est considérablement détériorée, caractérisée par des attitudes perçues comme dédaigneuses ou indifférentes par le personnel de santé. Cette négligence, qui se traduit par des soins inadéquats et une mauvaise communication, reflète la rupture du contrat moral et professionnel que les professionnels de la santé sont censés partager avec les usagers des services de santé publique. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de compétence ou de ressources, mais aussi d'un problème éthique dans lequel les patients dangereux sont souvent relégués à une position inférieure, voire invisible.

2.2.4. Traitements subis

Tableau 8 : Distribution relative aux expériences de victimisation

Traitement subis	Nb. cit.	Fréq.
Votre apparence (vêtements, propreté)	5	10,0%
Votre capacité à payer rapidement	12	24,0%
Votre statut social perçu	16	32,0%
Aucun de ces facteurs	17	34,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

L'analyse des données révèle que la perception de la victimisation par les patients est largement associée à des facteurs sociaux. En effet, 32 % des répondants estiment que leur statut social perçu influence leur traitement, tandis que 24 % évoquent leur capacité à payer comme facteur déterminant. Par ailleurs, 10 % attribuent leur victimisation à leur apparence physique.

Ces résultats traduisent un sentiment d'inégalité de traitement fortement ressenti, où la pauvreté apparente ou la précarité économique deviennent des critères implicites de discrimination. Toutefois, il est à noter que 34 % des patients n'identifient aucun de ces facteurs comme cause de leur victimisation, ce qui pourrait indiquer l'existence d'autres motifs non explorés ou une normalisation de ces traitements différenciés.

2.2.5. Condition de vie précaire et Sentiment d'impuissance des patients

Tableau 8 : Distribution relative à la dénonciation des mauvais traitements

Sentiment d'impuissance	Nb. cit.	Fréq.
OUI	45	90,0%
NON	5	10,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

Les données révèlent un sentiment d'impuissance quasi généralisé parmi les patients, avec 90 % d'entre eux déclarant se sentir impuissants face à leur situation. Ce constat traduit un grave déficit de confiance envers l'institution hospitalière et reflète la perception d'une incapacité totale à influencer ou améliorer leur propre prise en charge.

L'analyse du sentiment d'impuissance exprimé par 90% des patients met en évidence la très mauvaise relation entre les usagers et l'institution hospitalière. Un pourcentage aussi élevé indique une perte de confiance quasi-totale non seulement dans l'efficacité des soins, mais aussi dans la capacité du système à entendre, prendre en compte ou respecter le point de vue du patient. Cette impuissance n'est pas une simple émotion passagère : elle est enracinée dans des expériences quotidiennes de frustration, d'inaction et même de résignation, alimentées par des interactions médicales perçues comme autoritaires, froides ou désengagées.

La dimension socio-économique de cette impuissance est également importante. La privation matérielle empêche les patients d'envisager des alternatives : ils ne peuvent pas se déplacer d'une institution à l'autre, ils n'ont pas les moyens d'être entendus par un avocat et ils n'ont pas les ressources culturelles nécessaires pour exprimer leurs droits ou leurs attentes. Ils deviennent ainsi des patients « captifs », enfermés dans une logique de survie et de dépendance qui anéantit toute capacité d'émancipation. Ce phénomène est particulièrement évident dans les témoignages où les patients se

décrivent comme « contraints de subir », « sans choix » ou « à la merci des infirmières ». Ce sentiment d'impuissance affecte non seulement les relations interpersonnelles avec les soignants, mais aussi les aspects structurels du fonctionnement de l'hôpital. La complexité des procédures administratives, le manque d'information, l'absence de médiation ou de recours facilement accessibles contribuent à un climat de désorientation. Les patients ne savent pas vers qui se tourner, comment se plaindre et s'ils en ont même le droit. Ce brouillard institutionnel agit comme un filtre symbolique d'exclusion, renforçant la croyance que rien ne peut être changé et qu'il vaut mieux « s'arranger » que se battre.

2.2.6. Silence des patients : Quel sens

Tableau 9 : Distribution relative aux raisons du silence des patients

Raisons du silence des patients	Nb. cit.	Fréq.
Par peur de représailles	13	26,0%
Parce qu'ils pensent que cela ne changera rien	24	48,0%
Par manque d'information sur les recours possibles	13	26,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

Concernant les raisons du silence des patients, 48 % estiment que cela ne changera rien, 26 % invoquent la peur de représailles et 26 % déclarent manquer d'information sur les recours existants. Ces résultats soulignent un triple problème : la prédominance du fatalisme, un environnement marqué par la peur, et un déficit de communication institutionnelle sur les mécanismes de réclamation.

Cela révèle une faiblesse manifeste du système de gouvernance hospitalière, qui peine à instaurer un climat de confiance, de transparence et de redevabilité vis-à-vis des usagers.

Le premier facteur, le sentiment que « cela ne changera rien », reflète une vision profondément désabusée de la relation entre le citoyen et l'institution. Les patients, dont la plupart sont en situation précaire, n'ont que peu ou pas d'expérience d'un recours couronné de succès. Dans un tel contexte, l'action sociale est perçue comme inefficace, voire inutile. Ce fatalisme institutionnalisé favorise l'acceptation, ce qui normalise les abus et empêche toute dynamique de changement ou de responsabilisation de la part des soignants.

2.2.7. Perception de la maltraitance et Situation financière des patients

Tableau 10 : Distribution relative à la relation entre Perception de la maltraitance et Difficultés financières

Perception de la maltraitance/Difficultés financières	OUI	NON	TOTAL
OUI	22,96 (26)	5,04 (2)	28 (28)
NON	4,92 (3)	1,08 (3)	6 (6)
Je ne sais	13,12 (12)	2,88 (4)	16 (16)
TOTAL	41 (41)	9 (9)	50 (50)

Source : Kouassi, enquête terrain 2024

La dépendance est significative. $\chi^2 = 6,93$, ddl = 2, 1-p = 96,87%.

L'analyse statistique révèle une association significative entre les expériences personnelles de difficultés financières et la perception que la pauvreté expose les patients au risque de maltraitance ($\chi^2 = 6,93$; ddl = 2 ; 1-p = 96,87 %). Parmi les patients ayant dû refuser des soins, la majorité (26 sur 41) estimaient que les personnes pauvres étaient plus susceptibles d'être maltraitées.

Ce résultat souligne l'influence cruciale de l'expérience économique sur l'interprétation des relations de pouvoir entre patients et personnels soignants. Les personnes confrontées à des contraintes financières ont tendance à percevoir plus fortement l'existence d'une injustice structurelle, où l'instabilité devient un facteur aggravant du processus de victimisation. Cette dynamique contribue à l'intensification du sentiment d'inégalité systémique dans l'accès aux soins et leur qualité.

3. DISCUSION ET CONCLUSION

Nos résultats, en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, révèlent un profil de patient-victime influencé par plusieurs facteurs sociodémographiques. En termes de genre, les femmes constituent 52 % des répondants (contre 48 % des hommes), ce qui suggère qu'elles sont légèrement plus susceptibles de subir ou de signaler des abus potentiels. Cette surreprésentation des femmes peut s'expliquer en partie par le fait qu'elles sont plus susceptibles de consulter un médecin (examens gynécologiques, suivi de grossesse, etc.) et sont potentiellement plus attentives ou sensibles aux comportements inégalitaires. La répartition par âge quant à elle, révèle deux tendances distinctes. D'un côté, les groupes extrêmes : les 20-25 ans (18 %) et les plus de 45 ans (20 %). De l'autre, les personnes d'âge moyen (26-35 ans et 36-45 ans) représentent la majorité (62 %) des victimes potentielles. Cette observation pourrait refléter le fait que les personnes âgées de 26 à 45 ans sont plus susceptibles de recourir aux services de santé (vie professionnelle active, soins réguliers), ce qui augmente leur risque d'être exposées à des abus. D'un autre côté, il se pourrait que les personnes très

jeunes ou plus âgées soient moins susceptibles de consulter un médecin ou de signaler moins d'événements indésirables. La situation de l'emploi révèle clairement les désavantages : 74 % des victimes potentielles travaillent dans le secteur informel ou sont au chômage. Cette économie informelle (petites entreprises, travail non déclaré) signifie que peu de répondants bénéficient de la sécurité sociale ou d'un salaire régulier. Ce statut est souvent associé à une instabilité financière, à un accès limité aux soins de santé et à une capacité réduite à exercer leurs droits.

Cette situation s'inscrit dans une logique que plusieurs auteurs, tels que (Wresinski, 1987 ; Lecomte, 1996 ; Paugam, 2013 ; Rosanvallon, 2021) ont analysée à travers le manque d'exclusion, la souffrance sociale, la fragilité identitaire et la non-reconnaissance.

Pour Wresinski (1987), les pauvres sont non seulement privés de biens matériels, mais aussi privés de formes fondamentales de reconnaissance sociale. L'environnement hospitalier, au lieu de les réhabiliter, confirme souvent leur marginalisation. Quant à Bauman (2006), il aborde la fragilité de l'individu dans les sociétés instables. Selon lui, l'évolution de la modernité rend la protection sociale instable, et les individus vulnérables sont condamnés à survivre dans des espaces d'incertitude constante. Dans le cas du Centre hospitalier de Yamoussoukro, cette instabilité se traduit par une interruption continue des soins, une interdiction financière informelle et une forme de solitude institutionnelle. Le patient pauvre se retrouve seul face au système, abandonné à une logique d'auto-culpabilisation qui le rend responsable de sa souffrance. La victimisation des patients vulnérables ne se manifeste pas seulement par des formes visibles de violence. Elle opère également de manière diffuse, dans le silence et l'invisibilité. Dans la même orientation Rosanvallon (2021) insiste sur le fait que la démocratie moderne doit prendre en compte les formes silencieuses d'injustice, celles qui n'apparaissent pas dans l'espace public mais qui détruisent lentement des vies. Cette victimisation discrète que l'on retrouve dans les couloirs bondés des hôpitaux, cette attente interminable sans soins, sans être écouté, est particulièrement dangereuse car elle ne laisse aucune trace évidente.

Le silence des patients pauvres dans les hôpitaux publics ivoiriens et en particulier au CHR de Yamoussoukro n'est pas un phénomène isolé ou anodin. Il est le symptôme d'une contradiction profonde entre les attentes légitimes des usagers et le fonctionnement du système hospitalier. Il manifeste un triple mal : la soumission, la peur et la marginalisation. Pour y remédier, il est nécessaire de repenser les soins non seulement comme une réponse biomédicale, mais aussi comme une approche éthique et démocratique où la voix, la dignité et la citoyenneté de chaque patient sont reconnues.

La première recommandation est de renforcer la portée et la cohérence des politiques sociales nationales afin de s'attaquer aux causes structurelles de la précarité. Il est essentiel que l'État ivoirien

adopte une approche intégrée de la lutte contre la pauvreté, qui ne se limite pas à des transferts monétaires ponctuels, mais qui englobe également l'accès au logement, à l'eau potable, à l'électricité, à l'éducation de base et à l'emploi. Une autre mesure structurante consiste à favoriser l'insertion socioéconomique des groupes vulnérables, notamment par le biais de l'emploi, de la formation professionnelle et du microcrédit.

Enfin, il est impératif de donner une place active aux populations précaires dans les instances de gouvernance sanitaire locales. Trop souvent, les politiques de santé sont élaborées sans leur consultation ni leur participation. Or, pour répondre réellement à leurs besoins, les hôpitaux et les collectivités doivent intégrer des représentants des usagers vulnérables dans les comités de gestion, les conseils de surveillance des établissements sanitaires ou les commissions de réclamation. Cette participation permettrait non seulement une meilleure remontée des problèmes du terrain, mais aussi une appropriation citoyenne des politiques de santé. À titre d'exemple, les comités de santé communautaires pourraient être réactivés et dotés de réels moyens d'action, notamment dans les zones rurales défavorisées. Il est aussi envisageable de créer des budgets participatifs locaux dédiés à la santé des indigents, permettant à la population de décider elle-même des priorités d'investissement (achat de médicaments, réhabilitation de dispensaires, financement de transports médicaux, etc.).

Bibliographie

Adje, Guillaume, & Doukoure, Léonard. (2022). *Réformes hospitalières en Côte d'Ivoire : État des lieux et perspectives*. Abidjan : Presses Universitaires de Côte d'Ivoire.

Bauman, Zygmunt. (2006). *Vies perdues. La modernité et ses exclus*. Paris : Fayard.

Bardin, Laurence. (2022). *L'analyse de contenu* (4e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

Kadio, Kouassi, & Traore, Souleymane. (2023). Éthique médicale et désengagement du personnel hospitalier. *Revue Ouest-Africaine de Déontologie Médicale*, 9(1), 101–120.

Kouadio, Désiré. (2022). Représentations sociales des malades pauvres chez les soignants. *Revue Anthropologie et Santé*, 14(2), 95–113.

Kone, Seydou, & Diarra, Moussa. (2021). Comparaison des systèmes hospitaliers en Afrique de l'Ouest : enjeux et perspectives. *Revue Santé & Développement*, 8(1), 45–60.

Lecomte, Marcel. (1996). *Le travail de la précarité*. Paris : Desclée de Brouwer.

Mendy, Abdoulaye. (2021). Planification stratégique hospitalière au Sénégal : enjeux et limites. *Revue Francophone des Politiques de Santé*, 5(4), 33–50.

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *L'équité dans l'accès aux soins de santé : Défis et recommandations pour les pays en développement*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Suivi de la couverture sanitaire universelle : Rapport 2023*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Soins de santé primaires centrés sur les personnes : lutter contre les inégalités d'accès*. Genève : OMS.

Paugam, Serge. (2013). *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris : Presses Universitaires de France.

Paugam, Serge. (2013). *La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : Presses Universitaires de France.

Toure, Yaya, & Kouassi, Kouadio. (2020). Méfiance et exclusion dans les soins de santé primaires en zone rurale ivoirienne. *Revue Africaine des Études Rurales*, 7(1), 23–40.

Wresinski, Joseph. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale : Rapport au Conseil économique et social*. Paris : Journal officiel.

Zohore, Kouadio Jean. (2024). Le traitement différencié des patients selon leur statut socioéconomique dans les hôpitaux publics ivoiriens. *Journal Africain d'Éthique Médicale*, 3(1), 45–59.