



Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2021- 2022**

Date du Jury : **Septembre 2022**

**Le service social hospitalier sous contrainte budgétaire : Analyse
de la prise en charge des “ cas sociaux ” par les assistantes
sociales au sein de deux structures sanitaires dakaroises**

Une mise à l'épreuve du travail social : de la contrainte à l'émancipation

Fatimata SOW

*Sous la direction de
Thierno Madiou DIALLO
et
Fanny CHABROL*

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire Thierno Madiou Diallo. Merci de m'avoir accompagné tout au long de ce mémoire, d'avoir toujours été bienveillant à mon égard, présent, disponible, patient et à l'écoute de mes innombrables questionnements et tâtonnements.

Je tiens à remercier Fanny Chabrol, ma tutrice de stage pour ses précieux conseils, son encadrement et sa disponibilité qui ont grandement contribué à alimenter ma réflexion.

Cette étude n'aurait pas pu voir le jour sans toutes les assistantes sociales qui y ont participé. Je vous adresse mes sincères remerciements pour m'avoir accueilli et accepté dans votre quotidien. C'est toujours avec beaucoup d'intérêt que vous avez répondu à mes questions. J'ai énormément appris avec vous !

Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes interrogées pour leur disponibilité et leur contribution à cette étude.

Je remercie chaleureusement Karim Diop , Secrétaire général du Centre de Recherche et de Formation à la Prise en charge Clinique (CRCF) pour m'avoir permis de réaliser un stage extrêmement enrichissant. Sans bien sûr oublier l'équipe du CRCF, du premier au dernier. Merci pour votre soutien, bienveillance, bonne humeur quotidienne et encouragements. Vous avez largement contribué à mon bien-être durant ce stage.

J'en profite également pour adresser tous mes remerciements à l'ensemble des équipes pédagogiques et administratives de l'EHESP à Rennes.

Un merci tout particulier à Monsieur Senghane Senghor, chargé des Affaires juridiques et de la protection de la RADDHO (Rencontre africaine pour la défense des droits de l'homme), Monsieur Ousmane Niass, chercheur à l'université Alioune Diop de Bambey, ainsi que le Pr Issa Wone, médecin de santé publique et président de l'Association Sénégalaise des Professionnels de la Santé Publique. Présents aux prémices de cette étude vous avez largement facilité ma prise de contact avec certains enquêtés. Merci pour votre gentillesse, vos encouragements et l'intérêt que vous avez témoigné à ce projet.

Enfin à ma famille, amis et proches adorés, au Sénégal comme en France, merci du fond du coeur pour votre soutien sans faille et toute votre affection. Merci d'avoir toujours répondu présent, d'avoir apaisé mes doutes et su gérer mes moments de stress durant toutes les étapes de mon cursus scolaire.

Sommaire

1. INTRODUCTION	8
1.1 Contextualisation du sujet et justification de la recherche	8
1.1.1 Etats des savoirs sur le travail social : de l'Occident à l'Afrique	8
1.1.2 Problématisation du sujet	11
1.2 Revue de littérature : État de l'art de la prise en charge des indigents et des personnes démunies au Sénégal	13
1.1.3 Cadre théorique et hypothèses de recherche.....	18
2. METHODOLOGIE.....	21
2.1 Cheminement et évolution de l'objet d'étude	21
2.2 Présentation du terrain d'enquête	22
2.3 Méthode d'enquête : L'approche qualitative	26
2.3.1 Observation directe	26
2.3.2 Entretiens semi-directifs	27
2.4 Déroulement de la recherche	29
2.5 Biais de l'étude	29
2.6 Précautions éthiques	29
3. PRESENTATION DES RESULTATS.....	31
3.1 La sélection des cas éligibles à l'exonération : une triangulation de données objectives et subjectives	31
3.1.1 Retour sur les définitions et représentations de la figure du "cas social" chez les assistantes sociales	31
3.1.2 Les critères de sélection propres à la fiche d'enquête sociale	32
3.1.3 Retard dans la réalisation des prescriptions médicales	33
3.1.4 Faire parler l'expérience de terrain : L'observation et l'écoute active ...	34
3.1.5 Une durée d'hospitalisation en faveur des patients nantis : "essoufflés financièrement"	35
3.1.6 Une sélection s'appuyant sur des personnes de confiance : exemple d'un ciblage communautaire au centre de santé	36
3.2 Directives et injonctions institutionnelles au regard de l'attribution des exonérations	37
3.2.1 Une faible marge de manœuvre des assistantes sociales liée à un nombre de dossiers d'exonération limité par semaine	37
3.2.2 Les motifs de refus institutionnels	38
3.2.3 Les motifs de refus formulés par les assistantes sociales	40
3.2.4 Abus et dysfonctionnements de la procédure d'engagement social	43
3.3 Le financement du Service social au sein des structures sanitaires et les coûts associés à la prise en charge	43
3.4 La négociation avec les usagers du service social : une logique de compromis permanents	46
3.5 Le travail social dans l'urgence : une urgence médicale qui rythme le quotidien des assistantes sociales	49

3.6 Repositionner la place de l'accompagnement psychosocial par rapport aux attributions financières	51
4. DISCUSSION	53
4.1 Le sens et valeurs sous-tendant les logiques d'attribution financières	53
4.1.1 Ambivalences de l'attribution financière : Entre confiance et méfiance	53
4.1.2 Des logiques d'attribution basées sur le mérite	55
4.2 Des contraintes organisationnelles mettant à l'épreuve l'ethos professionnel des travailleurs sociaux	59
4.2.1 Conflits de valeurs et dilemmes engendrés par la résolution des situations d'urgence : Que fait l'urgence au travail social ?	60
4.2.2 Décalage entre la temporalité de l'urgence et celle des procédures administratives	61
4.2.3 Des situations d'urgence non résolues : De l'urgence médicale à l'urgence sociale, quels retentissements sur la relation d'aide ?	62
4.2.4 Un contexte de travail plaçant le professionnel entre l'institution et le bénéficiaire : exemple de l'attribution de la gratuité	64
4.3 Des niches d'autonomies dans un univers contraint	66
4.3.1 L'artisanat professionnel : la débrouillardise et le "faire avec les moyens du bord" : dépassement des situations d'impuissance pour atteindre l'autonomie	66
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	84
Annexe 1: Tableaux	84
Annexe 2 : Fiches d'enquêtes sociales	88
Annexe 3 : Devis estimatif	92
Annexe 4 : Extraits du journal de terrain.....	93
Annexe 5 : Grilles d'entretiens	95
Annexe 6 : Précautions éthiques	110
Annexe 7 : Spécificités de l'accompagnement psychosocial selon les services étudiés	112
Images du jardin de l'un des services de l'hôpital	114

Liste des sigles utilisés

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
AS	Assistante sociale
ARV	Antirétroviraux
CMU	Couverture maladie universelle
COS	Charity Organization Societies (COS)
CRCF	Centre de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique
CPRS	Centre de promotion et de réinsertion sociale
DAMS	Direction de l'action médico-sociale
DASS	Direction de l'action sociale et des services aux personnes
DGAS	Direction générale de l'action sociale
EHCVM	Enquête harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages
EMAC	Equipe mobile d'action communautaire
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
ENTSS	Ecole Nationale des Travailleurs sociaux spécialisés
ES	Enquête sociale
EPS	Etablissement public de santé
FMI	Fonds Monétaire International
FNR	Fond national retraite
FSN	Fond de solidarité nationale
IB	Initiative Bamako
IPRES	Institut de prévoyance retraite du Sénégal
MASSN	Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale
NGP	Nouvelle gestion publique
OLD	Oxygénothérapie de longue durée
PNDSS	Plan national de développement sanitaire et social
PSE	Plan Sénégal Emergent
PV	Programme élargie de vaccination

PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'assistance médicale
RGE	Recensement Général des Entreprises
SH	Settlement Houses
SMIT	Service des maladies infectieuses et Tropicales
SSP	Soins de santé primaires
VAD	Visite à domicile

Liste des tableaux, figures et images

Tableau 1 : Récapitulatif du nombre d'observations au sein de chaque service	26
Tableau 2 : Prix de la journée d'hospitalisation dans les établissements publics de santé hospitaliers de niveau 3	41
Tableau 3 : Répartition des cas selon les services offerts (Janvier 2018)	44
Tableau 5 : Répartition des cas selon les catégories sociales	85
Tableau 6 : Répartition des cas selon les services offertes et le montant associé (Janvier 2021)	86
Tableau 7 : Rapport des activités chiffrées 1er semestre - Service social de l'hôpital (en FCFA)	86
:	87
Figure 1 : Organisation du système de santé sénégalais	23
Images du jardin de l'un des services de l'hôpital	114

1. INTRODUCTION

1.1 Contextualisation du sujet et justification de la recherche

1.1.1 Etats des savoirs sur le travail social : de l'Occident à l'Afrique

“Il n'est pas un psychologue, écrit-il, même s'il emprunte à la psychologie des outils d'écoute, d'analyse et d'intervention. Il n'est pas juriste, même s'il travaille à la défense et à la promotion des droits individuels et collectifs. Il n'est pas moraliste, même s'il fait siennes des valeurs d'égalité, de justice et de solidarité. Il n'est pas un animateur culturel, même s'il utilise des techniques d'animation pour mobiliser des individus et des groupes. Il n'est pas un agitateur politique, même s'il travaille pour qu'il y ait plus de démocratie réelle. Il n'est pas sociologue, même s'il utilise des méthodes de lecture sociologique pour faire et renforcer son analyse des problèmes sociaux. Il n'est pas un éducateur, même s'il met en œuvre des démarches pédagogiques pour informer et former des acteurs sociaux. Il n'est pas un simple technicien de l'aide, même s'il utilise divers outils dans son intervention sociale ”¹

*Jean Carette, “Travailler le social pour une redéfinition”,
Nouvelles pratiques sociales vol.13,n°1, juin 2000, p.3*

Cette citation de Jean Carette met en évidence un constat récurrent dans les ouvrages et la littérature traitant du travail social : la difficulté à le définir en raison d'une discipline aux contours indéfinis, associant un ensemble de professions disparates, aux statuts, situations et pratiques diversifiées (Blum, 2002). La mission du travailleur social est double. À une approche individuelle basée sur le développement des capacités et pouvoirs d'agir, se mêle une dimension plus globale qui vise la “promotion du changement social et la cohésion sociale” conformément à la définition internationale du travail social (Boyé, 2018). Ces enjeux de définition marquent un changement de paradigme et un mouvement de professionnalisation. En effet, au modèle classique du travail social basé sur la logique d'assistance, s'est substitué un modèle ayant pour ambition d'unir insertion et développement social (Boutanquoi, 2001).

¹ Tiré de : Legault, G. A. (2003). Crise d'identité professionnelle et professionnalisme. PUQ. https://books.google.com.gt/books?id=Gbc3YF-VT_sC&printsec=copyright&hl=fr#v=onepage&q&f=false

Les grands jalons historiques qui ont forgé ce champ d'intervention indiquent que le travail social est apparu entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle en Angleterre et aux Etats-Unis à partir de deux mouvements sociaux appelés "Charity Organization Societies (COS)" et "Settlement Houses (SH)" (Berthiaume, 2009). Ces mouvements ont vu le jour dans une volonté de limiter dans les villes, les effets négatifs de l'industrialisation et de l'urbanisation. Se développent alors des courants philanthropiques qui coordonnent des initiatives de charité en milieu urbain ainsi que les premières écoles de formation à la philanthropie appliquée. Ces dernières seront à l'origine de la création d'écoles de travail social à la fin du XIXe siècle (ibid). C'est aussi au début du XXe siècle que le service social fait son apparition au Québec ainsi qu'en Europe (Béliveau & Hébert, 2005).

A la différence des mouvements qui se sont diffusés au sein de l'univers anglo-saxon et occidental, la genèse du travail social en Afrique suit une tout autre direction, marquée par un héritage colonial. En effet, le service social préalablement aux indépendances a été institué par la loi du 19 novembre 1943 et rattaché au ministère des colonies (L. D. Ndiaye, 2001). A l'époque, il se doit d'intervenir pour réduire les incidences de la guerre sur les familles des colons, mais également d'assurer une prise en charge des populations indigènes. L'idéologie prônée était alors celle d'un "mythe du développement" ou encore d'un "darwinisme social" ciblant les indigènes les mieux adaptés (ibid). S'ajoutent à cela les intérêts économiques et la nécessité de conserver l'ordre en appliquant un contrôle sur les populations issues des colonies travaillant dans les domaines agricoles et industriels.

L'indépendance dans les années 1960 marque alors l'émancipation du service social au Sénégal vis-à-vis de ces logiques. Quelques événements sont indicateurs de cette nouvelle autonomie comme la "création du service des affaires sociales à la place du bureau des affaires sociales aux ministères du travail et des affaires sociales, ou encore la réorganisation du service des affaires sociales (décret 60-108 du 9 juillet 1960) sous le registre de l'assistantat par la création des centres sociaux dans les villes et autres zones à problèmes"(ibid). Aujourd'hui, ce champs s'est grandement professionnalisé, et l'Etat a joué un rôle important dans ce processus. Au Sénégal, les assistantes sociales ont d'abord eu à se former pendant 3 ans à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) avant d'être présentement intégré à l'Ecole nationale des travailleurs sociaux spécialisés (ENTSS). Si les professions qui composent le travail social au Sénégal sont clairement définies avec 3 branches : assistants sociaux, éducateurs spécialisés et aides sociales, la discipline laisse entrevoir, à l'heure actuelle, un manque de reconnaissance institutionnelle et sociétal.

Le manque de productions écrites en est certainement symptomatique. L'intérêt pour le sujet tient au fait qu'à la différence des sociétés occidentales, les écrits sur le travail social en Afrique sont pratiquement inexistants. Malgré de nombreuses recherches, le seul article qui a pu éclairer cette étude sur les origines du service social et son fonctionnement est celui de Lena D. Ndiaye sur *"Le service social au Sénégal : recherche d'un sens ou histoire d'une réception"*. Dans la littérature, les mots-clés "service social en Afrique" font davantage référence à la prise en charge de migrants africains par des travailleurs sociaux occidentaux.

Ce travail vise donc à apporter une contribution aux écrits existants afin de comprendre le fonctionnement du service social, plus spécifiquement en milieu hospitalier en s'intéressant aux rôles que jouent les assistantes sociales dans la prise en charge sanitaire des personnes démunies. Depuis l'indépendance du pays en 1960, l'Etat a mis en place plusieurs initiatives pour tenter d'améliorer l'accès aux soins de ces populations. Ainsi, depuis la loi de 1962 relative à la prise en charge hospitalière des malades indigents (Gueye, 2009), les autorités administratives et les communes sont chargées de délivrer un certificat d'indigence donnant droit à des exemptions des frais de santé auprès des structures sanitaires (Ridde & Jacob, 2013). Le service social au sein des centres hospitaliers permet d'identifier et d'apporter un soutien financier et psycho-social aux bénéficiaires éligibles, seulement après avoir réalisé une enquête sociale (ibid). Ce procédé s'appuie sur une identification dite passive, qui s'effectue au moment où le patient sollicite des soins.

Les assistantes sociales reçoivent non seulement des patients mais la figure de l'accompagnant est sûrement celle qu'elles côtoient le plus souvent. Au Sénégal comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, cette présence familiale est généralisée dans les structures privées comme publiques. Au chevet des malades, le plus souvent hospitalisés pour une maladie chronique, ils lui apporte un soutien psychologique, s'occupent des formalités administratives, de la réalisation de prescriptions médicales, de l'alimentation, de l'hygiène ou encore des quêtes familiales pour financer les soins. Désignés par la littérature sociologiques comme aidants, accompagnants ou encore garde-malades, ils sont peu à peu devenus indispensables dans la triade des décisions thérapeutiques en particulier dans les pays du Sud où, le manque d'effectifs et les multiples failles institutionnelles plus radicales et visibles, ont contraints les familles à investir activement les espaces professionnels (Schnitzler, 2014). Notre question exploratoire portait alors sur le quotidien des assistances sociales au sein des structures sanitaires et la relation développée auprès de ces accompagnants.

1.1.2 Problématisation du sujet

Crise du travail social et contexte de travail actuel des professionnels

Les débats qui entourent le travail social présentent souvent celui-ci comme une discipline en quête ou en crise d'identité professionnelle (Vilbrod, 2003; Legault, 2003), une crise expliquée par diverses causes (Clairet, 2013). Discipline continuellement "travaillée" de l'intérieur par des conflits sur sa définition, son rôle et les différentes formes qu'elle a pu prendre - confessionnelle, professionnelle, communautaire, militante, technocratique - sa mutation est également le fruit de conjonctures extérieures relevant de l'économie ou des politiques publiques (Blum, 2002). Ainsi, le travail social fortement influencé par différentes politiques et programmes, est "étroitement lié au devenir de l'État providence (Castel, 2005; Favreau, 2000) et voit son contexte de pratique régulièrement modifié" (Clairet, 2013). Les transformations dans le secteur public depuis la fin des années 1980 ont entraîné des conséquences majeures sur les plans structurels, organisationnels et axiologiques non sans effets sur les acteurs des établissements du secteur public. La nouvelle gestion publique (NGP) s'impose dès les années 1980 comme la nouvelle façon de faire dans toutes les administrations publiques des démocraties occidentales en empruntant des outils de management du secteur privé pour les transférer dans la sphère publique (Bourque, 2018). Selon Jacques Chevallier, la NGP se distingue par ses finalités, inscrites dans l'idée d'efficacité visant principalement à rendre l'administration publique performante. Le Sénégal ne reste pas en dehors de ces mouvements d'autant plus que le système administratif est "tributaire du modèle bureaucratique français" (ibid). Des efforts de modernisation se sont alors matérialisés par les nombreuses réformes entreprises au sein des services publics de proximité au sujet de la gestion des finances publiques (Gaye, 2018).

Avant d'évoquer ces dernières il est important de resituer l'apparition de cette nouvelle logique au Sénégal et plus largement en Afrique, s'ancrant dans un contexte bien précis. Celui faisant suite à l'échec des programmes dits d'ajustement structurel mis en place dans les années 1970 et 1980 par le FMI (Plan à court terme de stabilisation 79/80) et la Banque mondiale (Plan de redressement économique et financier 80/85). L'ambition de cette politique économique était le rétablissement des grands équilibres avec une "stabilité des prix, [l']équilibre des finances publiques et de la balance des paiements, [la] croissance économique [et le] plein emploi" (Diouf 1992). Or, sur le plan sanitaire, avec une réduction des budgets de santé, cette période est marquée - en dépit d'une légère augmentation des infrastructures médicales - par une détérioration des indicateurs de santé², contribuant à pénaliser davantage les pauvres dans l'accessibilité aux services de santé.

² "de 1980 à 1988, pour 10 000 habitants, le nombre de lits d'hôpitaux est passé de 7,7 à 6,1 ; le nombre de médecins de 4,9 à 3,5 ; le nombre d'infirmiers publics de 3,2 à 1,7 (Ministère de la Santé publique, 1988)" (Diouf, 1992)

Face à cette situation, la banque mondiale en 1991 dans son rapport "*Management Development : the Governance Dimension*", enjoint les pays d'Afrique à une gestion plus efficace et transparente du secteur public avec de nouveaux programmes visant "à restaurer l'État de droit, à rendre les dirigeants politiques responsables, à équilibrer les dépenses publiques, à améliorer les méthodes de comptabilité et de vérification des comptes, à décentraliser les services publics" (Charlier et al, 2001). La bonne gouvernance devient alors le nouveau mantra - qui promeut l'utilisation de données probantes et les indicateurs de performances - s'inscrivant dans ce nouveau mode de gestion des affaires publiques fondé sur la logique entrepreneuriale (ibid).

S'exprimant sous le même vocable du new management public, c'est avec le souci d'amélioration de la qualité des services et l'objectif de renforcement des capacités de gestion, qu'une réforme hospitalière voit le jour au Sénégal. Adoptée par l'Assemblée nationale le 12 février 1998, avec la loi 98-12, elle porte sur la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé (EPS)³. L'impact de cette nouvelle logique managériale sur les travailleurs sociaux s'exprime par l'imposition de logiques gestionnaires et procédurales (Luhmann,2001). Ce qui selon Pierre Bourdieu correspond à "la marchandisation du social". Or, pour tous ces métiers impliquant un "travail sur autrui", les questions du sens, de l'ethos, des valeurs, de la mission sociale se voient fragilisées par le contexte de plus en plus techniciste et procédural du travail social (Bouquet, 2007).

Outre cette logique gestionnaire, les travailleurs sociaux au sein des structures sanitaires évoluent dans un contexte de ressources limitées. Au Sénégal, malgré l'augmentation progressive du budget de l'Etat consacré au secteur de la Santé et de l'Action sociale⁴, force est de constater que la problématique structurelle de la dette hospitalière est toujours aussi prégnante. Les pénuries et les insuffisances des infrastructures exercent donc une pression budgétaire sur les financements accordés aux services sociaux.

Face à ces éléments contextuels, notre question de départ a évolué. Nous nous demanderons ainsi, comment le contexte d'insuffisance chronique des moyens, inhérent aux structures sanitaires, met à l'épreuve les assistantes sociales dans leurs pratiques professionnelles, et par quels mécanismes ces dernières parviennent-elles à surmonter ces contraintes ?

³ http://foad.ugb.sn/pluginfile.php/8815/mod_resource/content/1/POLITIQUE%20%20INNOVATIONS%20HOSPITALIERES%20%281%29.pdf

⁴ Entre 2012 et 2017, le budget est passé de 110 505 288 086 FCFA à 163 522 351 000 FCFA soit une augmentation 47,97% en valeur relative (Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS, 2019-2028))

1.2 Revue de littérature : État de l'art de la prise en charge des indigents et des personnes démunies au Sénégal

Indigence et pauvreté

L'indigence reste un concept très peu étudié par les sciences sociales en Afrique et c'est peut-être avec un peu d'ironie que l'on peut dire que les études sur la pauvreté, sont plus riches et fécondes. Ce constat est observable sur de nombreux points, autant sur la faible récurrence des interventions en direction des indigents - notamment leur accès au système de soins - que leurs analyses (Atchessi et al., 2018). Cette observation fait écho à la réflexion de Didier Fassin sur les conditions d'émergence des enjeux de santé publique. Seuls les enjeux pensés et formulés comme des priorités de santé feront l'objet de politiques publiques à condition que s'entremêlent plusieurs paramètres (mobilisation d'acteurs, enjeux économiques, électoraux, etc..) (Fassin, 2008). Ainsi, si les interventions pour lutter contre la pauvreté sont légion (Atchessi et al., 2018), c'est assurément dû à son omniprésence sur la sphère publique et son caractère multidimensionnel en étant "abordé dans l'ensemble des écrits, tant sur les plans social, culturel que politique, ce qui la situe bien au-delà de la stricte sphère économique (revenus, nombre de personnes pauvres, seuil de pauvreté, etc.)" (Racine, 2007). Or, comme le rappelle Valéry Ridde, "la situation d'indigence existe, mais elle n'est pas socialement et publiquement comprise comme un problème auquel il faut s'attaquer (Ridde, 2006)" (Atchessi et al., 2018). De ce fait, les indigents ne sont pas nommés comme une catégorie de personnes "bénéficiaires".

Si l'indigence et la pauvreté entretiennent des liens étroits et sont souvent employées de manière interchangeable, c'est certainement car ces concepts nous amènent à penser en termes de privations et de carences. Or, malgré cette confusion sémantique, ces deux notions diffèrent et il est d'autant plus important d'établir une distinction dans des contextes où la majeure partie de la population est pauvre. Ainsi, si "le pauvre n'a pour subsister que ses bras, l'indigent n'a pas de quoi subsister" (Muckensturm, 2000), il est extrêmement désavantagé sur le plan social et économique et est dépourvu de ressources internes et externes pour subvenir à ses besoins (Atchessi et al., 2018). Cette définition laisse penser que le sort des indigents est pire étant donné la situation de dénuement extrême dans laquelle ils se trouvent. En dépit du manque de consensus et les quelques différends sur la manière de définir l'indigence, nous pouvons nous appuyer sur la définition donnée par le Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale (MASSN) du Burkina Faso, seul pays de l'Afrique de l'Ouest s'étant doté d'un référentiel d'identification des personnes indigentes. Ainsi, l'indigent est "une personne qui, par manque, de façon temporaire ou permanente, de ressources ou de sources de revenus, est dans l'incapacité

de satisfaire à ses besoins essentiels notamment l'alimentation, la santé, l'éducation et le logement sans l'aide de tiers"(ibid). La notion d'indigence est alors complexe, recouvrant des "dimensions à la fois économiques et sociales, et cumulant de façon interdépendante pauvreté et exclusion sociale" (Ridde & Jacob, 2013). Alors que la pauvreté questionne davantage le modèle économique (de manière non exclusive), l'exclusion interroge avec un regard plus subjectif "l'organisation sociale et politique et l'univers du symbolique, notamment les questions d'identité et de "valeur" des individus composant la société " (Racine, 2007).

Inscription du concept d'indigence dans la littérature internationale et initiatives pour endiguer ce phénomène

C'est plus précisément car le concept d'équité prend une place grandissante sur la scène internationale que l'indigence connaît un regain d'intérêt à la fin des années 1990 sur le continent africain. C'est le constat de Kaddar et al. dresse dans leur revue de littérature sur l'indigence en Afrique subsaharienne et les mesures des politiques visant la prise en charge de ce public (Kaddar et al., 2000). Deux approches peuvent être distinguées. Une approche qui se veut technicienne, réduisant les problèmes d'accès aux soins des indigents à des enjeux d'identification et de repérage du public concerné. Les tenants de ce paradigme affirment qu'il suffit de résoudre ce problème pour que les barrières d'accès aux soins soient levées (Ridde & Jacob, 2013). La seconde approche cherche à comprendre en analysant l'impact des facteurs politiques, économiques et surtout sociaux les causes de ce phénomène, en cherchant les interventions pertinentes pour réduire durablement ces inégalités (Kaddar et al., 2000).

La récurrence de ce premier modèle dans la littérature internationale a donc eu des ramifications directes sur les politiques publiques en faveur de la santé des indigents en Afrique. L'Initiative Bamako (IB) mesure emblématique lancée en 1987, adoptée par de nombreux dirigeants africains a généralisé le paiement direct des soins pour améliorer et financer l'accès aux soins de santé primaire (SSP) (Ridde, 2004). L'un des objectifs de l'IB était d'atteindre l'autosuffisance en matière d'approvisionnement en médicaments par le biais de la participation des populations et communautés au recouvrement des coûts du système (Éric, 2003). Cela a permis de renforcer le financement des soins, notamment en direction des femmes et des enfants⁵.

⁵ Le Plan sésame a été institué en 2006 par le Ministère de la Santé pour assurer la prise en charge gratuite des personnes âgées de plus de 60 ans ne bénéficiant pas de couverture sociale. Ce dispositif est accessible dans l'ensemble des structures sanitaires publiques (postes de santé, centres de santé et hôpitaux). Les régimes de couverture comme l'institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) destiné aux anciens salariés du secteur privé et le Fonds National Retraite (FNR) destiné aux retraités de la fonction publique ne concernent que 30 % des personnes âgées (Taverne et al.). Or, c'est dans ces 70 % que l'on retrouve la population la plus démunie car constituée en majorité d'agriculteurs, d'éleveurs, de pêcheurs etc.. (Mbacké Leye et al., 2013).

Néanmoins, une grande partie de la population était dans l'incapacité de participer aux frais de recouvrement malgré les mesures d'exonérations qui étaient prévues pour les indigents (Ridde & Jacob, 2013). Ainsi, en réaction à l'IB, nombreuses initiatives telles que les Fonds sanitaires des indigents au Bénin, les Fonds de Solidarité Nationale⁶ (FSN) au Sénégal ou encore le Régime d'assistance médicale (Ramed) au Mali (Deville et al., 2018) ont démocratisé l'exemption des soins pour les indigents avec pour principale problématique la sélection des ayants-droits⁷. À ces initiatives, il faut rajouter la suppression des paiements pour des pathologies spécifiques (Antirétroviraux (ARV) en 2004 ; paludisme ; tuberculose) ou des publics spécifiques (accouchements et césarienne des femmes en 2005 ; prise en charge des enfants de moins de 5 ans ; gratuité des soins pour les personnes âgées bénéficiant du Plan Sésame) (Kadio et al., 2014).

En dépit de cette vague de politiques d'exemption des paiements en Afrique, analysée en référence à Thomas Kuhn comme des ruptures de paradigmes politiques avec le passé (Ridde et al., 2012), ces stratégies d'exemption n'ont pas récolté les résultats escomptés. Elles se sont effectivement heurtées aux difficultés liées aux financements de ces Fonds, à la définition des référentiels et des critères communs permettant la sélection, et à la faible méconnaissance de ces dispositifs par les populations cibles. Ainsi, en Afrique de l'Ouest, comme le signale Valéry Ridde en 2013, "trente ans après Alma Alta et vingt ans après l'IB, les plus démunis n'ont toujours pas accès aux services de santé (Ridde, 2011 : 178)" (Ridde & Jacob, 2013). Or, la couverture maladie universelle (CMU) ne sera pas effective tant que les indigents et les populations démunis n'auront pas accès aux soins.

⁶ Ciblant les personnes défavorisées ou victimes de calamités, le FSN promulgué le 19 août 2002 à la suite du décret n°20002-828 a pour but d'apporter une réponse aux situations d'urgence et de crise et d'agir sur les causes de précarité (faciliter l'accès aux soins, l'insertion sociale par la création d'activités génératrices de revenus, la réhabilitation des équipements sociaux de base...) (O. Ndiaye & Dieme, 2007).

⁷ Les méthodes de ciblage et de pré-identification sont diverses et variées et en dehors de l'approche qui nous intéresse dans notre étude, il existe un ciblage basé sur des indicateurs statistiques de revenus ou de biens. Par ailleurs, un ciblage communautaire peut être réalisé par les populations elles-mêmes au sein de village sur la base des systèmes d'interconnaissances pour repérer les plus nécessiteux (Jacob, 2013).

Facteurs de vulnérabilité sanitaires

Au Sénégal, malgré la nette progression de l'assurance maladie communautaire au travers des mutuelles de santé, avec un taux de couverture passant de 7% en 2013 à 42,4% en fin 2017 (*Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS, 2019-2028)*), une grande partie de la population reste sans système de protection sociale⁸. Ainsi, l'insuffisance du filet de sécurité sociale offre une couverture du risque maladie uniquement aux "familles sénégalaises dont le chef de famille est employé dans le secteur moderne. Ce dispositif ne prend en compte que 20% de la population et laisse en rade la majorité des Sénégalais (80%), employés dans les secteurs ruraux et informels"⁹(IDRC, 2014).¹⁰

D'autre part, le lien de causalité entre maladie et pauvreté est indéniable et réciproque. La situation de pauvreté extrême aggrave l'état de santé et inversement, une pathologie grave peut aussi conduire une personne ou une famille à basculer dans la pauvreté. Ainsi, selon Amartya Sen, "la privation de la santé est l'aspect central de la question de la pauvreté "(Diallo, 2003). Face à cet enchevêtrement, notre population cible présente des facteurs de risques plus importants que la population générale. Tout d'abord, la situation de pauvreté et d'exclusion sociale place les indigents comme l'un des groupes les plus à risque face à la détresse psychologique (Atchessi et al., 2018), un défi d'ampleur pourtant insuffisamment exploré. D'autre part, l'état de santé de la population sénégalaise est caractérisé par des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infantile ainsi qu'une persistance du fardeau des maladies transmissibles (*PNDSS, 2019-2028*).

Un échange avec le Pr Issa Wone, médecin et président de l'Association Sénégalaise des Professionnels de la Santé Publique, met en évidence que la promiscuité et les conditions d'habitats précaires augmentent l'incidence et la prévalence de maladies

⁸ Depuis 1975, la protection des salariés d'entreprises publiques et privées ainsi que leur famille est garantie par les Instituts de prévoyance maladie (IPM). Les régimes volontaires de protection sociale tels que les mutuelles de santé communautaires et les mutuelles de santé professionnelles voient le jour à partir des années 1990 (S. Ndiaye, 2017).

⁹ Certaines études sur la couverture du risque maladie mettent en évidence des freins à l'adhésion et au manque d'attractivité des mutuelles de santé en milieu rural. Ces freins relèvent de la prise en charge de prestations et de médicaments, accessibles aux plus grands nombres au détriment de soins plus onéreux (S. Ndiaye, 2017).

¹⁰ Malgré le document cadre de la politique économique et sociale adopté lors du Plan Sénégal Emergent (PSE) en 2014 pour transformer structurellement l'économie et promouvoir les emplois durables, l'économie informelle est omniprésente. Selon les données du Recensement Général des Entreprises (RGE 2016), 97% des unités économiques non-agricoles opèrent dans le secteur informel (ce résultat est plus faible avec 85,4% selon la définition harmonisée du Bureau International du Travail (BIT)). L'informel concernant 3,26 millions de travailleurs au Sénégal, dont 1,47 million opère dans le secteur informel non-agricole (majoritairement dans le commerce (51,8%), la couture et la confection (11,6%) ou encore la menuiserie et le bois (5%)) et implique des revenus faibles et imprévisibles (51% des salariés gagnant moins de 37 000 FCFA par mois) (Bureau international du Travail, 2020)

transmissibles, notamment la tuberculose, le paludisme, l'hépatite, les infections cutanées et d'autres maladies qui se transmettent par contacts. S'ajoute à cela, toutes les affections de longues durées non transmissibles (diabète, hypertension, cancers etc..), où les objectifs d'observance chez les personnes indigentes sont plus difficiles à atteindre. Beaucoup de personnes vivants avec le VIH (PVVIH) vivent également dans des conditions de pauvreté et d'indigence. Bien que le Sénégal, avec 41 000 PVVIH en 2016 (Rapport Annuel CNLS, 2018) est l'un des pays d'Afrique Subsaharienne les moins touchés.

Le sujet des déterminants d'accès aux soins a largement été traité dans la littérature combinant une analyse des facteurs individuels et structurels. Même si les structures sanitaires en milieu urbain sont plus équipées qu'en zones rurales, les disparités et inégalités en termes d'accès aux services de santé subsistent. Ainsi, la dimension financière est déterminante non seulement pour les soins, mais également pour l'accessibilité géographique avec des déplacements parfois lointains. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que les dépenses de santé sont infimes par rapport à "la question alimentaire [qui] reste une des principales priorités"¹¹ (Rebouha, 2007). Outre les problèmes financiers, une part des obstacles aux soins est liée à des facteurs culturels et religieux souvent dissuasifs (Kaddar et al., 2000). Les itinéraires thérapeutiques mettent souvent en concurrence médecine moderne et automédication pour un même épisode de maladie (Dieng et al., 2015).

La fonction de la famille dans la prise en charge sanitaire des personnes démunies : mobilisation et solidarité familiale

Notre objet d'étude réinterroge également le rôle primordial qu'occupe la solidarité familiale dans un contexte où, le manque de secours institutionnel sur le plan sanitaire et l'absence de perspectives quant à l'accès à des ressources stables crée chez les plus démunis une angoisse existentielle, un stress permanent auquel il est difficile de se soustraire. Dans la littérature, "les sociétés africaines traditionnelles ont souvent été reconnues pour leur solidarité communautaire, voire leur collectivisme, considéré comme une forme de "socialisme naturel"" (Desclaux et al., 2002). Au Sénégal, les premières études sur les contraintes financières des patients et la mobilisation familiale dans le cadre des soins se sont portées sur le VIH. C'est dans le cadre de la vulgarisation de la trithérapie au Sénégal avec le projet pilote ISAARV (Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux) - que plusieurs formes de mobilisations familiales ont pu être relevées, passant du soutien

¹¹ Ce constat rejoint de nombreuses études sur le poids des dépenses de santé sur les ménages, variant sensiblement en fonction du niveau de vie. L'Enquête harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM), élaborée au niveau nationale dans les 14 régions du Sénégal sur un échantillon de 7156 ménages révèle " [qu'] annuellement un ménage de niveau de vie très élevé supporte en moyenne 10 444 FCFA de dépenses relatives aux frais d'hospitalisation ou de prises en charges d'examen médicaux et autres frais du même type contre 4 637 FCFA pour un ménage appartenant à la classe de très faible niveau de vie" (ANSD, 2021)

matériel, économique, moral et psychologique, au soutien à l'observance, l'hébergement ou encore l'aide alimentaire (ibid). La maladie devient un motif légitime de sollicitation familiale, qui requiert du demandeur "qu'il ne soit pas considéré comme responsable de sa propre atteinte, et qu'il se voit reconnu le statut de malade [...] [un] processus social qui repose notamment sur la cessation d'activité et sur l'évaluation des symptômes par l'entourage" (ibid).

En Afrique, le concept d'exclusion sociale a connu un succès limité en comparaison aux sociétés occidentales. Ce désintérêt serait principalement dû à une « vision romantique de la solidarité africaine, souvent exagérée dans l'inconscient collectif » (Ridde & Jacob, 2013). Or, si la solidarité fait très certainement partie intégrante du quotidien, elle peut être mise à l'épreuve par plusieurs éléments. Nous pouvons ici évoquer le processus d'individualisation et le desserrement des liens sociaux en cours même s'il faut noter un oscillement entre individualisme et communautarisme (Desclaux et al. 2002). Par ailleurs la notion de solidarité familiale si elle peut se faire sur la base de l'altruisme, n'est pas dénuée - en faisant référence à Mauss - d'un contre-don (ibid). Or, pour les franges les plus démunies de la population cette réciprocité sera plus difficile à mettre en oeuvre.

1.1.3 Cadre théorique et hypothèses de recherche

Afin d'aborder l'enjeu autour des ressources financières et comprendre le mandat que doivent accomplir les assistantes sociales, nous inscrivons notre démarche dans l'analyse des activités professionnelles en situation. C'est-à-dire "sur la façon dont elle[s] rend[ent] compte, dans le plus ordinaire de l'activité autant que de manière profondément structurelle, de l'expérience professionnelle des travailleurs sociaux (Hennion & Vidal-Naquet, 2012)" (Soulet, 2016). A partir de ce constat, plusieurs pistes de travail se dessinent. Ces dimensions seront illustrées par plusieurs sous-questions délimitant leurs contours.

Dimension 1 : Le sens donné à l'attribution financière chez les assistantes sociales

Alors que les moyens dont disposent les intervenantes sont souvent insuffisants, les assistantes sociales sont dans la nécessaire obligation d'opérer des choix entre les usagers, quels sont alors les critères de sélection des bénéficiaires ? Comment se font les choix en pratique ? La priorité est-elle donnée à certaines pathologies, certains actes ? Les critères sont-ils subjectifs ou objectifs ? Quel est le sens accordé à l'attribution financière pour les professionnelles ? De plus, interroger les pratiques professionnelles sous le prisme de la sélection permet de mettre en relief une des caractéristiques du travail social. Premièrement, c'est un travail organisé par la discrimination positive (Boujut, 2005). Cette situation invite alors les assistantes sociales à trancher. Est-il toujours possible d'aider tout

le monde sous le vocable de l'égalité ou est-ce que le contexte de travail incite à cibler l'aide vers ceux qui la méritent ?

Dimension 2 : Envisager le travail social sous le prisme des épreuves de professionnalité

À partir de ce paradigme, sur l'analyse du travail social en action, il est aussi question de comprendre comment cette profession est traversée par des "épreuves de professionnalité" (Soulet, 2016) que nous nous proposons d'explicitier sous deux angles :

Dilemmes et conflits de valeurs : comment le paramètre financier peut être à l'origine des tensions inhérentes à la profession ?

Les écrits sur le travail social et sa relation avec l'institution mettent souvent en avant l'idée de malaises, de sentiment d'impuissance et de conflits de valeurs vécu par le professionnel qui serait « écartelé entre les valeurs, l'éthique du travail social, et l'allégeance à son institution » (Aballéa, 1996). C'est dans ce contexte qu'il est possible de mobiliser la notion d'épreuve de professionnalité afin de documenter ces différences de logiques. Ces sentiments sont d'autant plus importants à prendre en compte dans un contexte où les assistantes sociales en milieu sanitaire sont confrontées à un travail dans l'incertitude et une culture de l'urgence qui "ne constitue plus une temporalité extraordinaire [en] s'impos[ant] comme la modalité temporelle ordinaire de l'action"(Nicolas, 2009). Comme le rappelle Didier Martin, d'un point de vue étymologique, l'urgence met en avant l'idée de "pousser, presser" et mêle deux notions que sont le risque potentiel et l'injonction à y répondre sur un temps court (Meyer et al., 2001). Ainsi, il devient difficile de résoudre des situations d'urgence et d'incertitude quand l'intervention sociale est limitée par l'application de protocoles et de règles. Comment la gestion quotidienne des situations d'urgence entrave-t-elle l'éthique des travailleurs sociaux ? Comment l'urgence réinterroge la pratique des assistantes sociales ? Comment se caractérisent et se définissent les situations d'urgence ? Quelles sont les sources et les causes de ces dilemmes ? Enfin, quelles incidences ont ces dilemmes sur la relation d'aide ?

Quelles sont les stratégies et compétences développées par les assistantes sociales face à la contrainte économique ?

Un écueil serait d'appréhender ces épreuves de professionnalité uniquement au regard des difficultés que rencontrent les assistantes sociales. Ce concept doit davantage être mobilisé en termes de "défis auxquels les individus sont structurellement confrontés et avec lesquels, en l'absence de solution pré-formée à atteindre, ils doivent composer,

bricoler, inventer des arrangements, trouver des compromis en situation" (Soulet, 2016). Il s'agit ici de s'intéresser aux stratégies mises en place par les assistantes sociales lorsque l'exercice de leur profession est menacé par des dilemmes éthiques. Alors qu'elle est généralement associée aux destinataires ou publics de l'intervention sociale, la notion d'empowerment est intéressante pour analyser les compétences et capacités développées par assistantes sociales pour se réconcilier avec le sens et les valeurs du métier (Grimard & Zwick Monney, 2016). Comment les assistantes sociales ménagent leurs espaces d'autonomie et leur marge de manœuvre ? Quelles formes prennent ces stratégies ? Il est pertinent d'analyser cet axe autant sous l'angle des ressources et compétences utilisées pour trouver des financements dans ce contexte de moyens limités mais également les ressources personnelles mobilisées pour maintenir et produire du lien avec les bénéficiaires. Ainsi, le travail social hospitalier en contexte de crise financière se voit-il réinventé ?

2. METHODOLOGIE

Dans cette partie, relative aux conditions de production de nos données, je reviendrais tout d'abord sur l'évolution de mon objet d'étude. Après avoir présenté le terrain d'enquête, j'expliquerais les méthodes de recueil de données déployées sans oublier de rappeler leur pertinence quant aux objectifs visés. Quelques difficultés seront soulignées, mais également les points d'appuis utiles à notre réflexion. Enfin, je présenterais le déroulement global de l'étude ainsi que les précautions éthiques.

2.1 Cheminement et évolution de l'objet d'étude

Avant d'aborder la méthodologie utilisée pour répondre à mon questionnement, il semble primordial de revenir sur l'évolution de mon objet d'étude. Le point de départ de ma réflexion a d'abord porté sur le devenir des certificats d'indigence au Sénégal. Étant confrontée au manque de littérature sur ce sujet, les échanges avec le Professeur Issa Wone, m'ont éclairé sur leur mise en place depuis 1962, afin d'exempter les bénéficiaires de certains frais. Néanmoins, il n'était pas sûr de leur existence actuelle et dans le cas de leur abrogation, de la procédure qui l'aurait remplacé. C'est avec cette idée en tête que je me suis intéressée au sort des indigents et leur relation avec les structures sanitaires.

La porte d'entrée choisie pour circonscrire ma population d'étude était celle de la mendicité, une pratique très fortement corrélée à une situation d'indigence, dans la mesure où les mendiants sont forcés d'y recourir pour assurer leurs besoins primaires. Au Sénégal, comme dans de nombreuses villes du monde, les figures de la mendicité sont malheureusement devenues familières par leur inscription quotidienne dans l'espace public. Il est également important de noter que l'urbanisation constitue un des phénomènes démographiques majeurs connus depuis l'indépendance. La mendicité est prégnante dans la région de Dakar qui se singularise par la concentration de plus de 50% de la population (Mbaye et al., 2001). C'est un phénomène est pluriel, et n'est plus seulement l'affaire des invalides, mais la pauvreté grandissante implique enfants, adolescents, personnes âgées facilement repérables au sein des hôpitaux, d'édifices religieux, notamment les mosquées, de carrefours, à la sortie des banques ou encore au niveau des arrêts des cars. Mis à part certains arrêtés anti-mendicité, la majorité des efforts du gouvernement pour endiguer le phénomène se sont portés vers la population des enfants talibés avec une loi promulguée en 2005 interdisant la mendicité forcée et l'exploitation d'autres personnes pour son propre profit (Seibert, 2017). Ces tentatives se sont révélées infructueuses et le défi est d'autant plus complexe face à une typologie qui connaît aujourd'hui une mutation avec l'immigration massive de femmes mendiante issues de la sous-région (Mali, Gambie, Guinée-Bissau,

République de Guinée, du Niger, du Burkina Faso et même de la Sierra). La mendicité féminine gagne aujourd'hui en visibilité à Dakar, notamment avec les "mères de jumeaux" (Wane, 2010) ainsi que le cas des femmes veuves ou répudiées qui ne sont plus pris en charge par le réseau familial du mari (Atchessi et al., 2018).

Je m'étais alors donné comme objectif de comprendre comment l'hôpital pouvait être un lieu producteur d'exclusion de la population indigente moins bien considérée en raison de leur faible capital social (Sardan, 2003) mais également les moyens qui pouvaient être mis en œuvre pour remobiliser ces personnes en situation de désaffiliation dans leur parcours de soins. Un volet de mon travail était dévolu au travail des agents sociaux au sein du service social, et leur rôle dans la prise en charge de ces indigents, tandis qu'un autre volet portait sur le rôle des associations en relation directe avec le public pratiquant la mendicité (Samu social, Association Nationale des Handicapés Moteurs (ANHMS), Association pour la promotion des handicapées de Ouakam (APHO)). Il me semblait intéressant de comprendre les enjeux de coordination entre le sanitaire et le social dans la prise en charge de ce public et le rôle d'interface que pouvaient jouer ces associations auprès des hôpitaux. Or, en questionnant les assistantes sociales sur la fréquentation du service social par les personnes mendiantes, elles m'ont indiqué ne pas en recevoir, car l'un des effets de l'identification passive est d'atteindre que ceux qui viennent spontanément dans les structures de santé. Au vu de ce résultat et sous les conseils de mes tuteurs, il était plus judicieux de se concentrer sur le public reçu par les assistantes sociales, d'autant plus que les "cas sociaux" pris en charge par le service social présentent des caractéristiques très différentes des personnes accompagnées par les associations.

2.2 Présentation du terrain d'enquête

L'étude s'était déroulée au niveau de deux (02) structures sanitaires à Dakar : un hôpital national ainsi qu'un centre de santé ayant le statut de district sanitaire¹². La région de Dakar étant composée de 12 districts sanitaires, celui choisit pour l'étude couvre 14 structures dont 6 centres de santé. L'ambition de cet écrit n'est pas de faire une analyse comparative, mais plutôt de mettre en perspective le fonctionnement du service social et les réalités qu'il recouvre dans des établissements ayant des plateaux techniques différents et une demande sociale spécifique liée au niveau de fréquentation. Si les hôpitaux constituent l'ultime référence dans la hiérarchie des prestations de soins de santé, avec plus de spécialités et de technicité, les centres de santé occupent une position intéressante

¹² Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR113/01Chapitre01.pdf>

d'interface en constituent la référence vers laquelle les postes de santé transfèrent les malades, mais également l'un des points de transit pour les patients nécessitant une prise en charge hospitalière plus complexe.

Afin de comprendre les liens entre ces deux structures sanitaires, il est utile de revenir brièvement sur le fonctionnement du système sanitaire sénégalais reposant sur une pyramide sanitaire.

Figure 1 : Organisation du système de santé sénégalais



source : PNDSS, 2019-2028

Adossée au découpage administratif du pays, l'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal, composé de 3 niveaux (central, intermédiaire et périphérique). À la base de la pyramide, nous retrouvons les postes de santé établis au niveau des communes, les communautés rurales ou villages et chefs lieux¹³. Le centre de santé constitue le premier niveau de référence chargé de superviser les postes et cases de santé et c'est par son intermédiaire que les malades sont référés vers les hôpitaux. Il fonctionne de manière analogue à un hôpital au niveau du district. En 2018, le Sénégal comptait 77 districts sanitaires, 102 centres de santé et 1 415 postes de santé incluant 2 676 cases (Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS, 2019-2028)). La région médicale coordonne les activités menées au sein des districts et assure leur encadrement. Enfin, le niveau central comprend les hôpitaux nationaux de niveau 3. Ils constituent l'ultime référence dans la hiérarchie des prestations de soins de santé. Le choix

¹³<https://www.pass-mut.org/actualites/629-zoom-sur-systeme-sante-senegalais-pyramide-trois-niveau-aout-2020-dakar-senegal.html>

des deux structures s'est principalement fondé sur la proximité et l'accessibilité du terrain de recherche.

Quelques éléments sur le fonctionnement et les spécificités de la structure

En termes de situation géographique, le centre de santé polarise plusieurs quartiers, et couvre une population estimée à 387 325 habitants en 2019 avec une population environnante de 27 113 habitants¹⁴. Du point de vue statut, le centre de santé fonctionne comme un hôpital, car le plateau technique a été rehaussé pour y intégrer certaines spécialités telles que : la cardiologie, l'ORL, la gynécologie l'obstétrique, l'imagerie médicale, un bloc opératoire, l'ophtalmologie, la stomatologie, la gastro-entérologie ainsi qu'une unité de néonatalogie etc.. Dans l'accoutumé, les centres de santé ne disposent pas de bloc mais pour la première fois au Sénégal, une unité de néonatalogie a pu y être testée et intégrée. Avec une forte fréquentation de la population résidant dans l'aire géographique du district, mais également la population hors zone (venant des régions) la structure est la première maternité en termes d'activité d'accouchement.

Organisation du service social au sein des deux structures et présentation circuit de prise en charge des cas sociaux

L'organisation des services sociaux diffère au sein des deux terrains d'enquête. En effet, il est possible d'identifier deux modèles de rattachement du service social au fonctionnement de la structure.

Au sein de l'hôpital, il existe d'une part un service social central géré par un travailleur social qui coordonne les assistantes sociales qui sont réparties dans les différents services cliniques (cardiologie, ORL, pneumologie, service des maladies infectieuses (SMIT), neurologie, psychiatrie). Toutes ces unités sont coordonnées par le chef de service social qui est directement en lien avec le directeur de l'hôpital.

Au centre de santé, le mode d'organisation ne repose pas sur une division du service social. Le service social est géré par une assistante sociale qui dépend directement du médecin-chef du centre. L'assistante sociale gère la prise en charge des cas sociaux, mais travaille également en étroite relation avec l'équipe cadre qui gravite autour du responsable de la structure. L'équipe cadre travaille autour de plusieurs points focaux qui font le lien entre la santé et les problèmes sociaux :

- Soins de santé primaire (SSP)
- Programme élargi de vaccination (PEV)
- Coordinatrice Santé de la reproduction
- Santé communautaire

¹⁴ Source : Documents internes à la structure

- Education et information pour la santé

Les deux derniers volet sont sous la responsabilité de l'assistante sociale au niveau du district.

La procédure d'exonération des usagers du service social suit un circuit particulier au sein de l'hôpital. Tout d'abord, les accompagnants ou patients s'entretiennent avec le service social qui déterminera par le biais d'une enquête sociale s'ils sont éligibles à une exonération. Si tel est le cas, l'assistante sociale constitue un dossier de prise en charge où elle y joint la fiche d'enquête sociale, ainsi que le coût de la prestation ou l'acte à exonérer. Si c'est une hospitalisation, elle y associera un devis estimatif (annexe 3) réalisé par les agents du bureau des entrées. Ce devis permet d'anticiper les frais associés à l'hospitalisation en fonction du service et de la pathologie. Suite à cela, le patient se rend au service comptable pour réaliser une procédure d'engagement social, document qui prouve que le service social s'engage à exonérer les soins du malade à une certaine hauteur. En échange, l'usager devra laisser sa carte d'identité le temps que son dossier soit accepté. Il se rendra ensuite à la caisse de l'hôpital avec une facture comprenant l'exonération et pourra payer sa prestation. Puis l'ensemble des dossiers de prise en charge, après avoir été signé et cacheté par les assistantes sociales, sont acheminés tous les jeudis au service social central où la chef de service y appose sa signature. Elle les fait remonter au directeur de l'hôpital pour qu'il les signe à son tour. Ils sont en général signés le vendredi et récupérés par l'assistante sociale le lundi de la semaine suivante. Les usagers retourneront au service social pour récupérer le dossier d'exonération signé, le montrer à l'agence comptable et reprendre leur carte d'identité.

En dehors des exonérations reçues à l'hôpital, les usagers du service social peuvent également s'adresser à la DAMS (Direction de l'action médico-sociale) siégeant au Ministère de la santé, offrant des subventions jusqu'à hauteur de 1,5 million de FCFA selon la nature de la prestation. La ville de Dakar travaille également avec les hôpitaux, en offrant des subventions s'élevant à 350 000 FCFA par le biais de la Direction de l'action sanitaire et des services aux personnes (DASS). Ces deux structures vont alors délivrer des lettres de garanties - preuve de l'exonération - que les bénéficiaires pourront présenter aux structures sanitaires liées par une convention.

2.3 Méthode d'enquête : L'approche qualitative

La méthode de recherche choisie pour mener à bien cette étude repose sur l'enquête qualitative. Cette approche me semblait la plus judicieuse pour répondre à mon objectif premier d'immersion au plus près du quotidien des assistantes sociales. L'enquête qualitative est pertinente en ce qu'elle permet de comprendre " de l'intérieur des représentations, attitudes, motivations et pratiques d'un groupe ou d'un univers social particulier, à travers l'analyse du discours et l'observation de pratiques". Le recueil des données s'est réalisé en combinant une observation directe (non-participante) au sein de différents services sociaux ainsi que des entretiens semi-directifs approfondis.

2.3.1 Observation directe

Étrangère au fonctionnement du service social, j'ai choisi de m'orienter vers l'observation directe, car c'est une méthode d'analyse qui prend son sens dans le cadre d'une " ethnographie réflexive" et se " fonde sur l'attention que porte l'enquêteur à sa position dans les univers indigènes (Weber, Lambelet, 2006)" (Arborio, 2007). Elle permet donc de s'imprégner du terrain sans perturber les interactions observées.

Tableau 1 : Récapitulatif du nombre d'observations au sein de chaque service

Services sociaux rencontrés	Cardiologie	Pneumologie	Psychiatrie	Service des maladies infectieuses (SMIT)	Service social du centre de santé
Nombre de séance d'observation	3	5	3	3	3

J'ai eu l'occasion de réaliser des séquences d'observation au sein de (06) services dont (05) à l'hôpital et (01) au centre de santé. Le choix des services s'est surtout fondé sur la disponibilité des assistantes sociales. Les services sociaux étant généralement ouverts le matin jusqu'à 15-16h, mes observations journalières pouvaient se concentrer sur un service par jour ou deux en fonction de l'accessibilité au terrain et des contraintes temporelles qu'implique le travail des assistantes sociales à l'hôpital. Une des difficultés que j'ai rencontrées durant cette phase de l'étude concernait l'impossibilité d'établir un planning d'observation fixe. J'appelais donc les assistantes sociales chaque jour pour connaître leurs disponibilités et il m'est parfois arrivée de ne pas faire d'observations.

Afin de m'imprégner du travail social en milieu hospitalier, j'ai suivi les assistantes sociales dans leurs différentes activités. J'ai pu assister aux enquêtes sociales réalisées (en cardiologie, pneumologie, neurologie et au centre de santé) ainsi qu'aux visites journalières qu'effectuent les assistantes sociales au sein des services d'hospitalisation dans le cadre de leur accompagnement psycho-social (en neurologie, pneumologie, psychiatrie et au SMIT). Il faut distinguer les visites réalisées par les assistantes sociales elles-mêmes, des visites dénommées STAFF qui sont en présence de l'équipe médicale. Je me suis principalement intéressée aux interactions des assistantes avec les accompagnants et patients, l'équipe médicale et administrative, mais j'avais également pour objectif de dépeindre les lieux, ambiances et rythmes de travail. Notamment la disposition des bureaux (bureau du service social à l'entrée du service ou indexé, parfois dans un autre bâtiment) et l'impact que cela pouvait avoir sur l'affluence des patients.

Étant donné la multitude de services dans lesquels je me suis immergée, j'ai entrepris de réaliser une ethnographie du service social, car cette approche permet finalement de trianguler et de recouper les informations. En effet, durant ces séances, j'ai essayé de repérer les points de convergence ou de divergence et les variantes dans les manières de faire et de penser le rôle d'assistante sociale, les contradictions et incohérences entre la pratique et le discours adopté.

Toutes ces informations étaient rapportées dans un journal de terrain (Annexe 4). Ce dernier m'a été très utile, car il constitue "la mémoire vive de l'étude de terrain" et permet de "retrouver lors de l'analyse des données, l'atmosphère du site et de l'événement" (Olivier de Sardan, 2020). Je veillais également à noter dans mon journal les mêmes questions d'un service à un autre. Ces questions émergeaient à la fois sur le terrain même où après m'être appuyées sur des lectures. Mes questionnements, tâtonnements se sont précisés au fil de l'enquête et l'observation directe m'a permis de m'inscrire dans une démarche inductive qui "remonte des faits aux propositions générales" et intègre "progressivement de nouvelles dimensions, invitant parfois à de nouvelles investigations" (Arborio, 2007).

2.3.2 Entretiens semi-directifs

Pour compléter mes observations, j'ai pu réaliser (24) entretiens semi-directifs (Annexe 1, Tableau 4 : Récapitulatif des entretiens réalisés). Ces derniers ont pu tous être conduits en présentiel. Parmi l'ensemble de ces entretiens (02) n'ont pas été enregistrés et ont fait l'objet d'une prise de notes. À l'hôpital comme au centre de santé, j'avais pour souhait d'interroger les assistantes sociales, mais également toutes les personnes susceptibles d'être impliquées dans la prise en charge sanitaire des cas sociaux. Je me suis

donc adressée aux acteurs internes à l'hôpital dont (06) assistantes sociales, (01) comptable, (03) agents du bureau des entrées, (04) majors de services et (02) professionnels de santé.

Les guides d'entretiens (Annexe 5) avec les assistantes sociales abordent plusieurs thématiques parmi lesquelles nous retrouvons : la terminologie et la définition du cas social ; les critères de sélection des bénéficiaires pour l'exonération ; les spécificités du service dans la prise en charge des cas ; les perceptions des situations d'urgence, les témoignages de dilemmes quotidiens ; l'identité professionnelle et les valeurs autour du métier de travailleur social ; les stratégies déployées ; les recommandations etc.. Les entretiens avec les professionnels (Annexe 5) de santé et agents administratifs reprennent quelques-unes de ces thématiques en insistant sur les rôles respectifs dans le circuit et les liens entretenus avec le service social. En dehors de la structure sanitaire, je me suis rapprochée d'acteurs institutionnels comme la Direction générale de l'action sociale (DGAS) qui siège au ministère de la Santé. Au sein de cette direction, j'ai pu interroger des travailleurs sociaux issus de la Direction de l'action médico-social (DAMS) ainsi que la Direction des groupes vulnérables. Par ailleurs, j'ai mené un entretien à la Direction de l'action sanitaire et des services aux personnes (DASS), un des services de la ville de Dakar. La DAMS et la DASS sont tout deux impliqués dans l'attribution d'exonérations aux malades démunis au sein des structures sanitaires. Ces entretiens m'ont permis de comprendre les procédures spécifiques à chaque dispositif, le lien entretenu avec le service social, leur conception des situations d'urgence, mais également les critères utilisés pour définir les bénéficiaires.

J'ai également trouvé pertinent d'interroger deux responsables de formation de l'ENTSS (Ecole nationale des travailleurs sociaux spécialisés), principale école formatrice des travailleurs sociaux au Sénégal. Le but étant de faire le lien entre les pratiques observées sur le terrain et les enseignements et valeurs véhiculées durant la formation (Annexe 5). Du côté du centre de santé, en dehors de l'assistante sociale, j'ai pu échanger avec le secrétaire exécutif adjoint (SEA) du Comité de développement sanitaire (CDS) impliqué lui aussi dans la prise en charge des cas sociaux. En effet, en tant que leader communautaire, il participe à l'orientation des cas dans le besoin qu'il repère au sein de son quartier et qu'il renvoie vers l'assistante sociale. Les thèmes abordés concernaient la manière dont cette sélection communautaire était faite ou encore les liens avec le service social (Annexe 5).

L'ensemble des matériaux issus des entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique reposant sur l'utilisation du logiciel d'analyse DEDOOSE. Cet outil m'a permis de classer et de catégoriser l'ensemble des propos de mes enquêtés en thèmes et sous-thèmes et d'extraire ce résultat sous la forme d'un fichier Excel. A partir de ce dernier, j'ai pu constituer un tableau d'analyse thématique, dont les verbatims ont pu être confrontés à des références issues de ma revue de littérature. Durant toute cette phase d'entretiens, la

difficulté que j'ai rencontré concerne la planification de ces derniers avec les différentes catégories d'acteurs. Ayant un programme très chargé, la plupart de mes entretiens ont été déplacés ou annulés pour certains.

2.4 Déroulement de la recherche

La recherche s'est déroulée sur plusieurs étapes comprenant tout d'abord une revue de littérature. La phase de collecte des données s'est étendue du 29 avril jusqu'au 9 juin pour les observations et du 15 juin au 25 juillet pour les entretiens. Ces phases ont été suivies par l'analyse des données ainsi que la rédaction. Il faut tout de même souligner que la phase de lecture s'est faite de manière transversale. Par ailleurs, j'ai effectué des points réguliers avec mon tuteur de stage quotidiennement présent sur mon lieu de stage. D'autre part, des réunions à distance ont été organisées avec ma référente EHESP en présence de mon directeur de mémoire, ce qui a pu m'aider à affiner ma réflexion.

2.5 Biais de l'étude

Un des biais qui a pu être observé concerne la manière dont j'ai négocié mon entrée sur le terrain. La présentation de soi est en cela cruciale, car "elle détermine en partie le type d'observation qui nous sera accessible et donc, la quantité et la qualité des matériaux recueillis" (Arborio, 2007). J'ai pris le parti de révéler dès le départ ma posture d'observatrice aux différentes assistantes sociales du fait de ma présence et de la connaissance des objectifs de l'enquête. Je me suis donc présentée comme stagiaire affiliée à un institut de recherche. Ce choix s'est donc fait au risque de voir leur comportement se modifier. D'autre part, en dehors de l'observation, un autre biais concerne l'absence d'entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires du service social, qui sont tout de même les premiers concernés par mon étude. Des contraintes de temps m'ont empêché de réaliser ces entretiens même si j'avais préparé une grille (Annexe 5) (incluant la traduction des questions en Wolof) à destination des accompagnants. J'ai tout de même discuté de manière informelle avec certains d'entre eux en les accompagnant dans leur circuit d'exonération.

2.6 Précautions éthiques

Afin de réaliser ces observations et entretiens, j'ai d'abord obtenu une autorisation du directeur de l'hôpital et du médecin-chef du centre de santé en explicitant l'objet de ma demande dans une lettre (Annexe 6). D'autre part, un des premiers questionnements méthodologiques qui m'a interpellé en débutant l'étude reposait sur la manière dont j'allais pouvoir garantir l'anonymat des assistantes sociales. En effet, étant une ou deux par

service, elles sont facilement reconnaissables lorsque le nom du service est cité. Le dilemme qui s'est posé à moi était celui de vouloir d'une part dépeindre le fonctionnement et les spécificités de chaque structure sanitaire sans que cela soit fait au détriment de la préservation de leur identité. J'ai donc fait le choix d'anonymiser les structures dans lesquelles l'étude a été entreprise. Par ailleurs, les entretiens ont été réalisés sous la base du volontariat et selon les disponibilités des participants. Ils ont pu être enregistrés après l'obtention d'un consentement oral. Enfin, une attention particulière s'est portée sur le retrait de toute information qui permettrait d'identifier les enquêtés interrogés. Ainsi, au sujet des documents internes partagés par les structures (en annexes), j'ai pris le soin de flouter les informations propres aux structures.

3. PRESENTATION DES RESULTATS

3.1 La sélection des cas éligibles à l'exonération : une triangulation de données objectives et subjectives

3.1.1 Retour sur les définitions et représentations de la figure du "cas social" chez les assistantes sociales

Le cas social à l'hôpital est communément défini par les assistantes sociales comme un patient dans l'impossibilité d'honorer ses prescriptions médicales. Ainsi, plusieurs professionnelles indiquent : *"la première définition c'est qu'on te donne une liste d'ordonnances, une liste de radios et tu n'as pas les moyens de les faire"* (assistante sociale hospitalière) ; *"le cas social, c'est une personne qui est démunie, qui n'arrive pas à satisfaire ses besoins, qui peut pas se prendre en charge, pour payer tous ses frais médicaux"* (assistante sociale hospitalière). Au-delà de ce constat, il est possible de distinguer deux figures du cas social dont les degrés d'instabilités financières vont varier. Ainsi, à la différence du cas social dans une situation financière difficile, mais décantable ou temporaire - qui peut, recouvrer des opportunités de réinsertion dans certaines conditions - l'indigent évoluant dans un contexte de pauvreté extrême est en quelque sorte condamné à la marginalité. Si cette distinction est établie sans ambiguïté, les professionnelles n'hésiteront pas à définir les usagers du service social avec des termes interchangeables : *"ce sont des personnes indigentes, vulnérables, dans le besoin, en situation difficile, des personnes défavorisées "* (assistante sociale hospitalière). Le cas social est donc un terme générique, une grande catégorie englobant plusieurs réalités. Au centre de santé, les documents internes du service social (Annexe 1 : tableau de répartition des cas selon les catégories sociales) mentionnent différents profils : indigent, personnes âgées, malades mentaux, personnes handicapées , urgences sans moyens ("ramassés" par les pompiers ou la police), ou encore les personnes vivant avec le VIH dans l'impossibilité de payer leur traitement. Il faut tout de même noter que ces catégories sont non exclusives avec des frontières qui sont perméables, car un indigent peut être une personne âgée, une personne âgée peut être dans une situation d'urgence etc...Enfin, d'autres travailleurs sociaux, ajouteront au paramètre financier la dimension de détresse psychologique : *"ça peut aussi être quelqu'un qui a besoin d'un suivi psychologique, un accompagnement psycho-social, c'est un cas social, mais le cas social c'est pas seulement un manque de moyens"* (Chef du service social central).

Il faut tout de même noter un flou persistant sur l'origine du terme cas social¹⁵ chez l'ensemble des professionnelles interrogées. Certaines ont évoqué des souvenirs vagues de son utilisation durant la formation, d'autres indiquent que le terme utilisé en formation était celui de "malade indigent", mais au final elles s'accordent toutes pour dire que ce "jargon" propre au service social a été réellement adopté une fois qu'elles sont arrivées dans la structure sanitaire. Bien plus qu'un simple jargon, le vocable ou la terminologie du "cas social" revêt un sens particulier intimement lié au processus de sélection et de catégorisation des bénéficiaires qu'elles mettent quotidiennement en œuvre. À ce sujet, l'une des assistantes sociales confie : *"c'est notre appellation, ça concerne nous le travailleur social, on identifie quelqu'un, on l'étiquette cas social parce qu'effectivement c'est sa situation qui nous pousse à donner ce nom là, c'est un jargon qu'on utilise. C'est pour le tri car le service social s'occupe uniquement des cas sociaux, maintenant la différence c'est qu'il y a un autre groupe qui ne l'est pas, qui ne viendra pas ou bien qui ne s'adressent pas à nous."*(assistante sociale hospitalière). Nous nous proposons donc d'explorer ces critères de sélection.

3.1.2 Les critères de sélection propres à la fiche d'enquête sociale

À l'hôpital, les assistantes sociales vont tout d'abord s'appuyer de la fiche d'enquête sociale¹⁶ (Annexe 2) fournie par l'institution pour attribuer des exonérations à hauteur de 50%, dans la majorité des cas. Cette dernière permet de revenir durant l'entrevue sur des éléments utiles à l'évaluation socio-économique du cas. Ainsi, figure sur cette fiche des éléments sur la profession du patient et/ou de l'accompagnant, le statut matrimonial, le nombre d'enfants à charge, les sources de revenus, le mode d'habitation, l'adresse, la nationalité, la nature de la prise en charge, le résumé du cas, ainsi que le type de prise en charge proposée. L'ensemble de ces données permettent aux professionnelles de poser un premier diagnostic sur l'éligibilité du cas : *"en général un vrai cas social tu le vois, d'habitude, quelqu'un qui te dit je vis aux Almadies¹⁷, tu te dis non il a peut-être une situation sociale beaucoup plus stable s'il vit là-bas, quelqu'un qui te dit je vis en location, j'ai pas de maison propre, si tu lui demandes quel quartier il habite, tu sauras que les loyers ne sont*

¹⁵ Seul un entretien avec un enquêté de la DGAS nous a éclairés sur ce sujet. Le cas social est un qualificatif qui est apparu durant la période coloniale et qui est associé à une logique d'assistance : *"ça c'est le jargon du colon parce que le service social est venu avec la colonisation. C'est surtout pendant les grandes épidémies de tuberculose, on faisait tout pour sortir tous les indigents dans les quartiers périphériques, c'est comme ça qu'est né le quartier Médina, Gueule tapée. Dakar s'arrêtait au plateau pour les toubabs. Quand on a sorti ces indigents, il fallait bien que les travailleurs sociaux interviennent dans ces quartiers là pour apporter un peu une prise en charge, mais comme l'orientation n'était pas fondé sur le droit mais sur l'assistance, on appelait les bénéficiaires des cas sociaux"* (Travailleur social DGAS)

¹⁶ Fiche d'enquête (bleue) standardisée au niveau de l'ensemble des services sociaux de l'hôpital.

¹⁷ Quartier connu pour être prestigieux à Dakar.

pas trop chers là-bas donc ça veut dire qu'il est pauvre. Des fois aussi la profession. Qu'est-ce que tu fais ? il te dit je suis agriculteur ou bien je suis ouvrier, ou ménagère, en général ils n'ont pas un emploi stable et c'est difficile"(assistante sociale hospitalière). Cette enquête sociale peut être accompagnée d'une visite à domicile qui donne un meilleur aperçu des conditions de vie du malade. Seulement les assistantes sociales n'ont ni le temps, ni les moyens d'accompagner chaque enquête d'une visite. Raison pour laquelle elles affirment que la fiche d'enquête sociale ne garantit pas une évaluation fiable à 100%. Si la parole des usagers du service social est à la fois une source d'information qui tente par l'évaluation du niveau socio-économique d'objectiver chaque situation, les assistantes sociales ne font pas abstraction de son caractère subjectif.

À la différence de l'hôpital, où les assistantes sociales sont munies de fiches d'enquête sociale, le service social du centre de santé dispose d'un registre des cas sociaux complété manuellement par l'assistante sociale. Précisant qu'elle est à l'initiative de ce dernier, les informations suivantes y figurent : prénom, n° de dossier, l'âge, le sexe, l'adresse du cas, le problème identifié, les actions menées et le montant du don financier. Malgré l'absence de fiches formalisées, l'assistante sociale évalue également la situation socio-économique des cas se présentant en posant le même type de questions aux usagers.

3.1.3 Retard dans la réalisation des prescriptions médicales

Ainsi, l'ensemble des assistantes sociales interrogées indiquent ne pas seulement se fier aux dires des cas venant à leur rencontre. Pour apporter un peu plus d'objectivité à leur évaluation, elles font appel à deux autres méthodes pour trianguler l'ensemble des informations utiles à l'enquête. Au niveau de l'hospitalisation, les professionnelles s'appuient systématiquement des informations transmises par l'équipe médicale sur un éventuel retard dans les prescriptions médicales. Le personnel médical est donc un interlocuteur privilégié : *"faut qu'on soit sûr que vraiment, c'est un cas social. Parce que moi je ne me fie pas seulement à mon enquête sociale, j'interroge aussi les majors¹⁸ de division parce qu'eux aussi sont en contact avec le médecin qui prescrit les bulletins [...] je demande au major si effectivement d'après tes enquêtes ce dossier là est un cas social, parfois le major nous dit non, ce n'est pas un cas social"* (assistante sociale hospitalière) ; *"je ne peux pas tout le temps être objective, je me base que sur leurs dires pour les considérer cas sociaux pour ceux qui viennent les [malades] externes, mais pour ceux qui sont hospitalisés, à 80% je suis sûre parce que les médecins font les prescriptions, jusqu'au soir il y a rien qui n'a été*

¹⁸ Les majors des services sont des infirmiers de professions, en charge de coordonner les différentes équipes au niveau des divisions, de jouer le rôle d'intermédiaire entre la direction et le personnel et de gérer les entrées et sorties d'hospitalisation.

fait, jusqu'au lendemain rien, le patient a fait presque 2 jours là-bas, alors là on m'interpelle, on me dit que tel patient n'a rien fait, donc là je demande à l'accompagnant de passer me voir" (assistante sociale hospitalière). Les visites que réalisent les professionnelles durant les hospitalisations sont donc des moments opportuns à l'identification des cas dans le besoin. Dans l'un des services, les observations révèlent que les médecins interpellent très souvent l'assistante sociale quand elle arrive : *"il y a des malades qui ont besoin de toi, beaucoup de malades qui ont besoin de toi"* (Médecin). Le médecin lui énumère alors le n° des cabines et les lits que l'assistante sociale note sur son carnet avant de passer dans chaque chambre.

3.1.4 Faire parler l'expérience de terrain : L'observation et l'écoute active

L'expérience de terrain des assistantes sociales se révèle particulièrement utile quand il s'agit de savoir si les patients disent la vérité. Ainsi, ces professionnelles citent l'observation et l'écoute active comme deux éléments indispensables durant le processus de sélection. Même si elles sont toutes deux mobilisées, certaines assistantes sociales considèrent que l'observation est plus décisive ou efficace que l'écoute : *"parfois l'observation est beaucoup plus importante que les paroles, le message analogique est plus important que le message digital [...] sur ce que le malade nous renvoie, on peut détecter beaucoup de choses, parfois le non-verbal est beaucoup plus parlant que les paroles. Tout ça c'est avec l'expérience qu'on arrive à voir ça"* (assistante sociale hospitalière). Au moment des visites, l'observation des conditions d'hospitalisation est un très bon indicateur pour repérer les signes extérieurs de richesse : *"S'ils viennent pour se lamenter ici, pour dire qu'ils sont indigents, qu'ils n'ont rien, qu'ils n'ont pas de quoi payer, qu'ils ne mangent pas à leurs faims, tout un tas de problèmes et qu'on se déplace, qu'on va dans la chambre, il y a de la vaisselle de luxe. Peut-être que vous allez me dire que l'apparence est trompeuse, on se renseigne, on nous dit que ce malade- là, il ne boit même pas l'eau du robinet, chaque fois il achète sa bouteille minérale Kirène. On nous dit que chaque matin pour son déjeuner il va à la Brioche Dorée pour acheter des viennoiseries. Donc on se dit que là, il y a anguille sous roche, il ne mange pas à la cuisine. Il ne prend pas le repas qui est servi là, ou bien c'est un livreur qui vient lui livrer son repas"* (assistante sociale hospitalière).

D'autre part, les assistantes sociales se montrent très attentives aux argumentaires des patients ou accompagnants. L'une d'entre elles confie que l'écoute active lui permet de détecter les incohérences ou les contradictions qui peuvent figurer dans le discours des usagers durant l'enquête sociale. Ainsi, questionnée à propos des astuces qu'elles utilisent pour savoir si l'utilisateur dit la vérité, l'une des assistantes sociales revient sur le cas d'une accompagnante, venue solliciter le service social pour son frère hospitalisé. Le patient doit réaliser 3 bilans dont un scanner. L'accompagnante indique que son frère est maçon et qu'il

n'a pas de contrat de travail stable : *"Je lui ai demandé qui l'aide pour le prendre en charge ? Elle me dit que c'est lui-même, le malade. Où est-ce qu'il puise son argent ? elle me dit qu'il avait gardé de l'argent. Elle me dit, que le malade quand il travaillait, il obtenait la journée 2000 FCFA. Comment à travers ces 2000 francs par jour, tu parviens à économiser de l'argent et payer tes frais médicaux ? C'est une incohérence. C'est pour ça que je lui ai dit qu'il y a forcément quelqu'un dans la famille qui l'aide [...] Il m'a dit qu'il a vendu son terrain, mais sa soeur m'avait dit, ils ont un frère qui est...je ne sais pas en Espagne qui envoie de l'argent. Si tu discutes avec eux, tu sais que c'est pas cohérent. Un maçon ne peut pas économiser...peut-être un entrepreneur [...] parce que tu dois payer ton alimentation, tes déplacements"* (assistante sociale hospitalière). La déduction faite par la professionnelle sur les sources de revenus de ce cas a orienté sa décision vers une exemption à hauteur de 50% pour 2 bulletins d'analyses parmi les 3 qu'avait présenté l'accompagnante.

3.1.5 Une durée d'hospitalisation en faveur des patients nantis : "essoufflés financièrement"

D'autre part, la durée d'hospitalisation est un critère qui rentre en ligne de compte dans la sélection qu'effectuent les assistantes sociales. Les observations et entretiens mettent en lumière que ce paramètre joue souvent en faveur des patients dits nantis, des personnes désignées comme ayant commencé leur séjour à l'hôpital en ayant les moyens. Ainsi, plusieurs assistantes sociales partagent cette même idée qu'il faut rétribuer les efforts financiers de ces usagers, qui se sont toujours pris en charges seuls mais qu'il faut épauler de temps à autre : *"il arrive que le nanti ait besoin de souffler de temps en temps. Parce qu'on ne peut pas tout le temps sortir de l'argent, parce qu'il y a d'autres choses qui attendent..donc je les aide également. Mais c'est pas tout le temps, c'est rare"* (assistante sociale hospitalière). Une autre assistante sociale indique que c'est souvent par expérience qu'elle détecte ceux qui sont véritablement "essoufflés" par un itinéraire thérapeutique souvent long et onéreux : *"ce genre de personne qui traîne un malade pendant des mois, qui a eu à faire d'autres circuits sanitaires, à chaque fois on lui demande de faire des radios, d'acheter des médicaments, au bout d'un certain temps il est épuisé"* (assistante sociale hospitalière). Dans l'un des services, un accompagnant avec une apparence vestimentaire soignée s'est présenté à l'assistante sociale pour une exonération, devant payer 6 analyses. Suite à son départ, l'assistante sociale explique qu'elle se devait de l'aider car sa femme est hospitalisée au sein du service depuis 2019.

3.1.6 Une sélection s'appuyant sur des personnes de confiance : exemple d'un ciblage communautaire au centre de santé

Tout comme à l'hôpital, l'orientation des cas vers le service social par un professionnel ou un agent de la structure sanitaire augmente la possibilité pour l'utilisateur de bénéficier d'une exonération. Les entretiens à l'hôpital avec les professionnels de santé et les agents administratifs ont permis de relever qu'ils jouaient un rôle primordial dans cette orientation et qu'ils étaient impliqués dans un processus de pré-sélection sur la base de critères objectifs et subjectifs avant de décider de les référer vers le service social.

Ici, nous nous concentrerons sur l'un des modes¹⁹ d'orientation des cas au service social du centre de santé basé cette fois-ci sur une sélection communautaire. Au centre de santé, le secrétaire exécutif adjoint du comité de développement sanitaire (CDS) est fortement impliqué dans la prise en charge des cas sociaux qu'il sélectionne au sein de la communauté et qu'il réfère chez le service social. La condition première pour faire ce travail est d'être un leader communautaire, engagé dans le monde associatif²⁰ : *"Il faut vraiment être impliqué au niveau de la communauté, d'abord il faut que tu sois le représentant d'une association²¹, tu as développé un leadership personnel, tu as pu donc aider la société au niveau de cette localité et les gens du quartier te connaissent* (SEA du CDS au centre de santé). Cette reconnaissance lui permet d'être alerté de la situation d'un cas au sein du quartier soit par le malade lui-même, soit par un intermédiaire (famille, ami) qui aurait connaissance de la situation du malade. Il arrive aussi qu'il soit sollicité au niveau même du centre quand les patients découvrent sur place les prix des prestations qu'ils n'ont pas les moyens de financer. La demande sociale varie en fonction des périodes, et il peut avoir à s'occuper d'un cas dans le mois comme de 10. Ayant l'habitude d'intervenir pour tout type d'acte (consultations, analyses, médicaments, actes chirurgicaux), le premier critère qui lui permet d'identifier la situation d'un cas social est la connaissance interpersonnelle : *"d'habitude à 95% je connais ces gens, on se connaît dans ce quartier, on ne prend pas n'importe qui pour rentrer ici"* (SEA du CDS au centre de santé). C'est d'ailleurs cette dernière qui lui permet d'évaluer la situation socio-économique, le salaire ou encore des conditions de vie : *"quand tu es un leader très impliqué dans la communauté, tu dois vraiment savoir, pratiquement dans chaque maison ce qui se passe là-bas, la façon dont ils vivent. Tu vas comprendre que telle ou telle personne n'a pas les moyens de subvenir à ses besoins"* (SEA du CDS au centre de santé).

¹⁹ Modes d'arrivée des patients au service social : orientation par les Centre de Promotion et de réinsertion sociale (CPRS) implantés au niveau des quartiers, ils effectuent également des ES et VAD 2) Mobilisation d'autres acteurs communautaires tels que les marraines de quartier, communément appelées des "Bajenu Gox", orientent des cas au service social 3) Orientation via les radios ou émissions sénégalaises comme l'émission "Teuss" où certaines personnes exposent leurs problèmes de prise en charge et sont référés par les journalistes vers l'assistante sociale

²⁰ C'est au travers d'un engagement bénévole qu'il intervient au sein du centre

²¹ Actuellement impliqué dans 3 associations sportives et culturelles ayant pour cible les jeunes

3.2 Directives et injonctions institutionnelles au regard de l'attribution des exonérations

3.2.1 Une faible marge de manœuvre des assistantes sociales liée à un nombre de dossiers d'exonération limité par semaine

Les assistantes sociales de l'hôpital travaillent quotidiennement sous contrainte budgétaire, avec un nombre de dossiers limité à envoyer au service social central. La chef du service social indique que la limite est fixée à 24 dossiers d'exonérations par semaine (cumulant tous les dossiers envoyés par les différents services, une exonération étant réservée au cas détenus qui bénéficient d'une prise en charge totale). Si le nombre de dossiers est fixé à 2 par semaine dans chaque service, cette dernière explique que certains services nécessitent de faire des "extras": *"On prend 2 dossiers par semaine, mais pour la neurochirurgie et la cardiologie, on fait des exceptions car la neurochirurgie prend beaucoup d'urgences, à la cardiologie ils ont 3 services, [...] donc pour eux on prend jusqu'à 4 des fois, neurochirurgie pareille mais pour les autres c'est 2 ou 3 max,"*(Chef du service social centrale). Si la demande est plus forte dans certains services, elle est plus faible en psychiatrie. Ce résultat corrobore avec les observations effectuées dans les services où les rythmes ou cadences des exonérations diffèrent. Alors que les patients affluent dans les services de pneumologie et cardiologie, au SMIT et en cardiologie les demandes sont moins abondantes.

Malgré ces distinctions, les assistantes partagent toutes ce sentiment d'être débordées face à la demande et se voient souvent contraintes de faire des dépassements même si elles peuvent faire face à des périodes d'accalmie. L'une s'exprime *"en hospitalisation j'ai 55 lits, sur les 55, les 30 sont des cas sociaux ou plus même, maintenant il y a les malades qui viennent de l'extérieur, d'autres services ou bien d'autres structures en dehors de l'hôpital [...] Pour ce qui est de mon service je peux dire que je peux avoir 10 cas par jour, je ne résous que les 3 par faute de moyens"* (assistante sociale hospitalière). Le dépassement est la norme mais des précautions sont tout de même prises pour ne pas trop s'éloigner des directives : *"On a un nombre de cas limité par semaine mais moi je dépasse toujours [...] si l'objectif c'est d'atteindre 4 cas par semaine, je dépasse pas trop la norme quand même, si j'ai 6 je peux déposer"* (assistante sociale hospitalière).

Au centre de santé, l'assistante sociale ne fait pas face aux mêmes contraintes, car la demande est toute autre. En effet, l'introduction des initiatives de gratuité (plan sésame, gratuité de la césarienne et de la consultation des 0-5 ans) a considérablement réduit la demande à tel point que le service social ne reçoit plus que 1 ou 2 cas par jour. Ces dispositifs ont eu une grande influence sur la pratique du travail social, car lorsque la demande était forte, l'assistante sociale passait sa journée à recevoir des cas qui défilaient

devant son bureau jusqu'à 19h. Un second élément qui contribue à réduire la demande concerne la promotion des mutuelles de santé au niveau communautaire par le biais de causerie et d'animation pour susciter l'adhésion des populations indigentes. Le CDS encourageant cette démarche, le centre de santé est en partenariat avec 36 mutuelles. Ainsi, le prix à l'année revient à 3,500 FCFA et permet de prendre en charge 80% du ticket de consultation. Au lieu de payer 2000 FCFA, les assurés paient 200 FCFA.

3.2.2 Les motifs de refus institutionnels

Si la majorité des dossiers d'exonérations envoyés au service social sont acceptés, les assistantes sociales doivent tenir compte de certaines directives données par l'institution, encadrant les pratiques d'attribution financières.

L'attribution de la gratuité au sein des structures sanitaires

Le critère institutionnel de l'attribution de la gratuité à l'hôpital nécessite que la demande soit instruite sous le principe du caractère exceptionnel. Ainsi, très rare et plus difficile d'accès, les assistantes sociales y ont recours que *"pour les cas extrêmes [où il faut] tordre un peu la main au directeur, sinon c'est une exonération partielle à hauteur de 50%"* (assistante sociale hospitalière). Les professionnelles soulignent également que la gratuité était beaucoup plus récurrente à une époque, mais certaines réformes inhérentes au milieu sanitaire sont venues restreindre l'attribution : *"depuis 2006, quand j'étais à la neurochirurgie, il nous arrivait d'avoir des gratuités, mais c'était plus récurrent, mais actuellement avec les réformes hospitalières c'est un peu difficile"* (assistante sociale hospitalière). D'autant plus qu'auparavant les procédures étaient un peu plus souples permettant aux majors de service de dispenser des gratuités : *"avec la réforme hospitalière, tout est maintenant centralisé, seul le service social a le droit de faire des gratuités ou des réductions mais les autres n'ont pas ce droit là"* (assistante sociale hospitalière). C'est dans l'objectif de réduire les abus que le directeur de l'hôpital a formulé une note interdisant aux majors de faire la gratuité au risque de se faire sanctionner. Le critère utilisé par les assistantes sociales pour distinguer une exonération de 50% d'une personne éligible à la gratuité repose sur l'absence d'assistance. Dans ces cas-là, elles seront davantage amené à parler d'extrême pauvreté et d'indigence : *"Par exemple s'il y a 2 patients qui sont là, l'un a sa famille, il y a un membre de la famille qui s'active quelque part, qui a un peu de moyens pour accompagner alors que l'autre qui a aucun membre de sa famille. Déjà le degré d'indigence diffère. C'est sur ce critère là qu'on s'appuie pour accorder à celui-là 50% et à celui là la gratuité. Si on l'accompagne pas il risque de se retrouver dans la rue"* (assistante sociale hospitalière). Le degré d'urgence médicale du cas rentre également en considération : *"quand il y a rien, quand il y a rien rien rien du tout, le malade est là, les bilans d'urgence ne sont pas faits, le malade occupe le lit, pendant ce temps-là, il y a d'autres qui meurent et*

qui ont les moyens pour payer et que le cas est lui-même en train de mourir" (assistante sociale hospitalière). Les personnes sans domicile fixe ou susceptibles de le devenir sont donc privilégiées.

Contrairement à l'hôpital où la gratuité est rare, le service social du centre de santé pratique la gratuité, pour la majorité des cas se présentant à l'assistante sociale, à condition que les services offerts soient disponibles (médicaments, consultations, analyses etc..). Cela est intimement lié aux effets des initiatives de gratuité sur la demande en matière de prise en charge sociale. L'assistante souligne tout de même des exceptions dans l'attribution de la gratuité. Ces dernières concernent notamment les actes avec des frais importants comme les histogrammes qui sont à 200 000 FCFA ou encore des prestations qui nécessitent l'usage d'un matériel que le centre n'a pas totalement soldé auprès de ses fournisseurs. Ainsi, elles expliquent que le rehaussement du plateau technique du centre par le médecin-chef a permis d'acquérir un nouveau matériel qui permet "d'opérer sans ouvrir" et de réaliser des actes en gynécologie comme la myomectomie. Selon la professionnelle : *"c'est difficile pour le responsable de la structure de me dire que je vous donne la gratuité, vous voyez par exemple une opération qui coûte à 600 000 FCFA à X [autre structure sanitaire], on le fait ici à 200 000 FCFA, si je prends 6 patients par rapport à mon budget j'épuise tout. Avec l'acquisition de nouveau matériel à crédit on est obligé de rembourser les fournisseurs, là aussi on peut pas prendre à 100% on est obligé de l'expliquer au patient même si c'est un cas qui est digne d'intérêt"* (assistante sociale centre de santé)²². Surtout qu'avec l'introduction de nouvelles spécialités les professionnels de santé sont en partie payé par l'Etat et les recettes du centre de santé donc la gratuité sur ces actes risque de *"peser lourd sur le centre »* (assistantes sociale centre de santé).

La prise en charge des patients étrangers

La seconde catégorie de refus à l'hôpital concerne la prise en charge des patients étrangers, dans un contexte où le Sénégal fait face à une immigration massive de personnes venant de la sous-région. Face à ces cas, les services sociaux font un travail de référencement des usagers vers leurs ambassades respectives censées assurer une prise en charge sanitaire destinée aux ressortissants. Or, comme le souligne plusieurs des professionnelles, il est souvent difficile d'établir des liens avec ces organismes : *"On toque vers les ambassades mais on a aucun répondant, tu les appelles, ils ne viennent pas, ils disent qu'on n'était pas au courant que ce cas là était là, il n'est pas inscrit ici, des tas de choses. Ils ne font rien du tout, finalement nous on fait ce qu'on peut, il y a aussi les*

²² Pour distinguer les verbatims des professionnelles de l'hôpital et du centre de santé, l'usage du terme "assistante sociale centre de santé " sera utilisé. Il faut tout de même noter que cette dernière considère que le centre, grâce à son plateau technique, fonctionne comme un hôpital.

compatriotes qui sont là, parfois ils ont des associations qui viennent qui essaient de faire des collectes" (assistante sociale hospitalière). Malgré l'intervention de quelques-unes de ces associations, le service social se retrouve parfois seul à devoir gérer leur prise en charge. D'autant plus que ces patients, sans nationalité sénégalaise ne peuvent bénéficier d'une prise en charge auprès de la ville de Dakar (DASS), ni de la Direction de l'action médico-sociale. Néanmoins face à des situations dites délétères comme les abandons ou les patients sans domicile fixe, le service social se doit d'intervenir. Ces situations nécessitent alors une prise en charge complète : "ici aussi, la dernière fois il y avait un SDF, il a fait pratiquement 6 mois ici, c'est nous qui achetions les médicaments, certains se chargeaient de lui donner à manger, les bilans, tout tout. Je sais que lui c'est pas un Sénégalais mais il m'avait l'air de venir de Guinée Bissau" (assistante sociale hospitalière). La prise en charge des étrangers est également une réalité à laquelle le service social du centre de santé est confronté. En effet, pour bénéficier des initiatives de gratuité, le patient doit fournir une carte nationale d'identité sénégalaise. L'assistante sociale explique également faire des exceptions. Par exemple, pour les patients âgés se présentant pour une consultation, mais sans moyens pour acheter leurs médicaments ou encore les patientes étrangères devant faire une césarienne en urgence.

3.2.3 Les motifs de refus formulés par les assistantes sociales

Tout en prenant en compte ces directives, les assistantes sociales formulent à leur tour des motifs de refus - à l'égard des usagers ou des professionnels de santé sollicitant le service social - afin de limiter le nombre de dossiers à envoyer. Certains de ces motifs peuvent faire l'objet d'un consensus chez les professionnelles ou varient selon les services.

D'une part, un usager peut voir sa demande refusée si l'assistante sociale considère qu'elle est minime. Dans l'un des services, les actes inférieurs à 20 000 FCFA ne seront pas exonérés. Une accompagnante s'était présentée au service social suite à une consultation externe. Avec un bilan s'élevant à 10 000 FCFA, l'assistante sociale lui a alors indiqué que la priorité était donnée aux malades hospitalisés.

D'autre part, l'ensemble des assistantes sociales explique que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ainsi que les scanners ne peuvent être couverts par le service social, car leur prix sont onéreux "il y a des IRM à 120 000 à 150 000 FCFA, les scanners il y en a de plusieurs sortes 40 000 FCFA c'est la plus petite somme, 50 000, 75 000, 100 000 FCFA, ça dépend du type de scanner que le médecin a prescrit, si c'est un scanner cérébral, c'est 40 000 FCFA, un scanner thoracique 50 000 FCFA ect.." (agent du bureau des entrées). Le type de chambre peut également être un élément pris en considération pour accepter ou non une exonération. Le refus est catégorique pour les patients ayant pris une cabine VIP.

Tableau 2 : Prix de la journée²³ d'hospitalisation dans les établissements publics de santé hospitaliers de niveau 3

Catégorie	Prix de la chambre
Hospitalisation de 1ère catégorie : chambre classique	10 000 FCFA par jour
Hospitalisation de 2ème catégorie : Salle commune pour 2 personnes	8000 FCFA par jour
Hospitalisation de 3ème catégorie : Salle commune pour 4 personnes	4000 FCFA par jour
Hors catégorie : Cabines individuelles VIP (toilettes intégrées, télé, frigo etc..)	20 000 FCFA par jour

D'autre part, les patients bénéficiant d'un système de couverture santé telle qu'une mutuelle de santé ou un plan sésame ne sont en théorie non-éligible à une exonération. La chef du service social souligne les abus des usagers qui ont déjà une assurance santé mais qui sollicitent tout de même le service social pour alléger le coût de leurs soins : *"il y en a qui ont des assurances mais comme tu dois payer 1/5, eux ils préfèrent laisser l'assurance pour le service social parce que quand tu as une assurance tu es facturé à terme et c'est plus cher. Quand tu vois qu'il travaille, qu'il peut être pris en charge par son entreprise, on le prend pas. On ne peut pas comme on a beaucoup de demandes, ceux qui peuvent avoir des choses ailleurs on les laisse en profiter pour laisser la place à ceux qui n'ont rien"* (Chef du service social central) . Dans certains, service ce refus s'applique également aux personnes âgées bénéficiant du plan sésame afin d'éviter les doublons : *"c'est différent, dès que tu amènes une prise en charge, parce que le service social est une autre forme de prise en charge et une même personne ne peut pas bénéficier et du service social et du plan sésame"* (assistante sociale hospitalière) . Or , en réalité si le plan sésame prend en charge certains actes à l'hôpital, de nombreux actes restent à la charge des personnes âgées. ²⁴ Face à cette réalité, les assistantes sociales sont parfois interpellées par les professionnels de santé durant les visites, surtout pour la prise en charge de l'hospitalisation. C'est le cas d'une

²³ Les frais d'hospitalisation sont à régulariser tous les 10 jours selon la catégorie de la de la chambre

²⁴ Surtout que les hôpitaux font face aux problèmes des remboursements insuffisants par l'Etat des dépenses liées aux prestations du Plan sésame. Devant cette dette, certains hôpitaux ont été obligés de restreindre, voir refuser de prendre en charge certains actes de gratuité. Ainsi, depuis août 2009, suite à un arrêté ministériel, le plan sésame exclues la prise en charge de certains actes parmi lesquels nous retrouvons : les médicaments de spécialités, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le scanner sauf urgence, les hospitalisations de 1ère et 2ème catégories, les évacuations sanitaires, le pace-maker, les soins de dialyse, les implants sauf ceux oculaires, etc.. (Mbacké Leye et al., 2013)

patiente âgée, bénéficiant du plan sésame, mais ayant des difficultés à payer le lit d'hospitalisation. L'assistante sociale lui demandera alors de venir au bureau pour réduire les frais de moitié.

Certains motifs de refus sont spécifiques au fonctionnement du service. En psychiatrie par exemple, la présence d'un accompagnant est obligatoire pour chaque patient. Certaines familles ne pouvant pas être au chevet du malade font appel à un accompagnement professionnel au sein du service payé 5000 FCFA à leurs frais. L'assistante sociale considère alors que si la famille a assez de moyens pour engager l'accompagnant professionnel, ils ne sont pas éligibles à une exonération.

En cardiologie, une majeure de service indique que la priorité est donnée aux financements des interventions chirurgicales à 3,5 millions FCFA. Il lui est donc difficile d'orienter des cas pour des bilans ou consultations : *"le service social préfère prendre les gros actes que les petits, parce qu'ils ont un quota, s'ils prennent les petits actes comme les consultations, ils ne pourront pas prendre les autres actes comme ceux du bloc, les échographies du coeur et autres."* (Major)

Au centre de santé, les motifs de refus concernent le plus souvent la prise en charge de l'accouchement dont le coût s'élève à 17500 FCFA (10 000 FCFA pour l'acte et 7500 FCFA pour les médicaments). L'assistante sociale indique alors deux justifications à ce refus. L'une d'entre elles se rapporte au fait que même les familles les plus démunies ont le temps de cotiser cette somme durant les mois de la grossesse. D'autre part, si le service social apportait un soutien financier, cela participerait à encourager les accouchements alors que le centre a un mauvais taux en matière de planning familial. Ce choix est donc influencé par le travail d'étroite collaboration de l'assistante sociale avec l'équipe Santé Reproduction (SR), un des programmes prioritaire du centre de santé. Néanmoins, il existe quelques exceptions à cette règle. En effet, elle ne s'applique pas aux cas sociaux qui seraient victimes d'une grossesse non-désirée. Ainsi, l'assistante sociale est régulièrement confrontée à des situations où de jeunes femmes quittent leurs régions pour venir accoucher anonymement au centre ou celui de femmes enceintes présentant des troubles mentaux, souvent orientés par les pompiers. Par ailleurs, le service social peut également formuler des motifs de refus à l'égard du personnel participant à l'orientation des cas. Le membre du CDS évoque alors la catégorie des jeunes : *"tu sais ici quand on parle de cas social tout ça, les jeunes sont en général rejetés pour dire que cette personne vu son âge doit être capable de travailler. Maintenant des fois on peut rejeter ton cas, quand ils mènent l'enquête"*(SEA du CDS au centre de santé).

3.2.4 Abus et dysfonctionnements de la procédure d'engagement social

Malgré la mise en place de ces différentes directives institutionnelles et les efforts de l'institution pour maîtriser les ressources, les enquêtés interrogés mettent en évidence certains abus et dysfonctionnements dans le circuit de prise en charge à l'hôpital. Ces derniers concernent principalement la procédure d'engagement social où de nombreux cas sociaux devant recouvrer des sommes qui dépassent leurs moyens ne viennent pas récupérer leur carte d'identité : *"Il y en a même qui ne reviennent plus, qui entre temps peuvent mourir en cherchant [de l'argent], combien de carte d'identité on a confisqué ? Les gens n'arrivent plus à revenir, ils vont même confectionner d'autres cartes d'identité, parce que c'est plus facile d'avoir un certificat de perte plutôt qu'à chercher à payer, à s'acquitter de sa dette, c'est ça la difficulté. C'est une grosse épine..."* (agent du bureau des entrées). Au Sénégal, ce certificat de perte coûtant 10 000 FCFA est demandé par la Direction de l'autonomisation des fichiers (DAF) qui se charge par la suite de délivrer une nouvelle carte d'identité. Malgré des rappels tous les 3 mois et les procédures pénales qu'encourent les patients, l'hôpital semble impuissant face à cette situation qui représente des pertes colossales.

3.3 Le financement du Service social au sein des structures sanitaires et les coûts associés à la prise en charge

Le financement du service social au centre de santé

La gestion financière des centres de santé recouvre des réalités différentes de celles des hôpitaux, car elle relève de la responsabilité des comités de développement sanitaires (CDS) anciennement appelé comités de santé et de gestion²⁵. Dans le cadre du mouvement de déconcentration et de décentralisation institué par la loi du n° 72 02 du 1^{er} février 1972 portant sur la réforme de l'administration territoriale et locale, la participation des communautés dans le domaine de la santé est devenue une référence²⁶. Les CDS ont donc été institués dans cet objectif d'implication des populations à l'identification à la résolution de leurs problèmes de santé. Les centres de santé ne recevant pas les mêmes subventions que les hôpitaux, la plupart des recettes sont tirées de la participation de la population à l'effort de santé par le biais de l'achat des médicaments et des tickets de consultations (2000 FCFA).

La Clé de répartition des dépenses du centre de santé est la suivante :

²⁵ Depuis la nouvelle réforme de 2018, les comités de développement sanitaire ont remplacé les anciens comités de santé et de gestion qui laissaient entrevoir plusieurs défaillances/détournements dont le manque de transparence dans la gestion des ressources.

²⁶ <https://galsenspring.com/2015/08/03/quest-ce-quun-comite-de-sante/>

- La motivation du personnel socio-sanitaire : 20% plafonné à 150 000 FCFA par agent
- La motivation des agents de santé communautaire (ASC) : 25% plafonné à 100 000 FCFA
- Le fonctionnement : 25%
- L'investissement : 10%
- La contribution au fonctionnement du réseau des CDS au district : 10%
- **Les cas sociaux : 5%**
- La formation : 5%

En demandant à l'assistante sociale combien représentent ces 5% , elle indique que les financements réservés aux cas sociaux varient entre 1-1,5 -1,8 millions de FCFA par mois, mais que ce budget n'est jamais dépassé surtout depuis l'arrivée des initiatives de gratuité .

Répartition des cas selon les catégories sociales

À titre d'exemple, le tableau de répartition des cas selon les services (ci-dessous) montrait qu'au mois de janvier 2018, 193 550 FCFA ont été dépensés pour la prise en charge de 21 cas sociaux par le service social. Les postes les plus consommateurs concernent alors les hospitalisations, l'achat des médicaments et le financement des césariennes pour des femmes étrangères.

Tableau 3 : Répartition des cas selon les services offerts (Janvier 2018)

Services Offerts	Montant dépensé
Hospitalisation	35 000 FCFA
Médicaments	29 550 FCFA
Consultation Médecin	6000 FCFA
Cabinet dentaire	12 000 FCFA
Consultation enfants	1000 FCFA
Acte Césarienne Étrangère	100 000 FCFA
Achat (non spécifié)	10 000 FCFA
TOTAL	193 550 FCFA

Source : document interne au centre de santé

Des données plus récentes datant du mois de janvier 2021 (Annexe 1 : Tableau 6 : Répartition des cas sociaux selon le montant offert) montrent des dépenses s'élevant à 146 750 FCFA pour la prise en charge de 34 cas sociaux.

Le financement du service social à l'hôpital

Le financement du service social à l'hôpital est centralisé. À la différence du centre de santé, il n'y a pas de budget spécifique aux exonérations : *"on n'a pas de budget pour les exonérations parce que les exonérations on va les considérer comme des manques à gagner, ce sont des pertes de l'hôpital, par contre il y a un budget de fonctionnement du service social, ce que le service social coûte en budget, ça on l'a et aussi tout ce qu'on peut faire en terme de formation continue, le budget inclut aussi tout ce qui est oeuvre sociale envers le personnel, les secours au petit personnel, secours en cas de décès, mais pour les cas sociaux on budgétise rien du tout"*(chef du service social central). Les sources de financements proviennent d'une part des subventions de l'Etat et de l'autre des dons des organismes non-gouvernementaux et des mécènes ou bonnes volontés.

Impact de la pathologie sur la prise en charge financière

Dans chaque service, il est admis que les cas sociaux éprouvent des difficultés à recouvrir l'ensemble des prestations relevant des frais d'hospitalisations, des analyses, des médicaments ou encore des opérations. Malgré ce constat généralisé, les entretiens avec les assistantes sociales ainsi que les professionnels de l'hôpital ont permis d'identifier dans chaque service l'impact de la maladie ou pathologie sur la prise en charge financière. Le but étant de mettre en évidence les actes qui coûtent le plus cher dans chaque service.

Ainsi, les séjours psychiatriques sont souvent longs et le coût de l'hospitalisation pose problème quand la maladie implique de rester 2 ou 3 mois au sein du service. D'autre part, en raison du déni de morbidité qui caractérise les maladies psychiatriques, les patients sont souvent sujets à des ruptures thérapeutiques et à la prescription de traitements retard qui coûtent plus chers. Ainsi, l'un des internes explique : *"il y a ce qu'on appelle un déni de morbidité, le patient n'est pas conscient du caractère morbide des troubles qu'il présente, souvent il refuse de prendre le traitement, parfois la famille démissionne [...] on est obligé de faire des traitements retard. Voilà, c'est des injections qui vont être en libération prolongée pendant 3 à 4 semaines dans le sang, ces injections coûtent chers. Le moins cher, c'est à 12000 FCFA par mois, parfois toutes les 3 semaines ou 2 semaines pour certains patients. Le plus cher c'est 75 000 FCFA pour l'ampoule qu'ils doivent prendre 2 à 3 fois par mois. C'est surtout ça la difficulté."* (Interne en psychiatrie)

En pneumologie, la prise en charge des malades hospitalisés sous oxygène est revenue dans le discours des enquêtés comme un problème récurrent : *"quand le malade est sous oxygène le tarif monte et ça devient plus cher, il y a un malade qui devait payer 600 000 FCFA, un autre 300 000 FCFA, tout le temps je prends la moitié. L'oxygène c'est 100 000 FCFA par mois mais rares sont ceux qui peuvent les payer. Il y a des réductions à 75 000, 50 000, 30 000 FCFA, la réduction ne peut pas se faire en deçà de 25 000 FCFA*

"(assistante sociale hospitalière). Ainsi, le rapport des activités chiffrées du 1er semestre de l'hôpital (Annexe 1) montre que les oxygénothérapies de longue durée (OLD) avec un coût de 1 300 000 FCFA, représentent le deuxième poste le plus coûteux après les hospitalisations.

Au service des maladies infectieuses et tropicales, pour le traitement des pathologies comme le VIH, la tuberculose ou encore l'hépatite, les bilans infectieux doivent régulièrement être réalisés alors qu'ils sont parfois indisponibles au sein du service et seulement accessibles dans le privé. S'ajoutent à cela les examens paracliniques comme le financement de certains IRM : *"l'IRM encéphalique, ça doit coûter entre les 130 et 160 000 FCFA donc c'est surtout l'imagerie qui pose problème"* (Médecin).

En cardiologie, le financement des interventions chirurgicales à 3,5 millions de FCFA est systématiquement évoqué ainsi que les consultations régulières accompagnées des échographies cardiaques coûtant 40 000 FCFA. Enfin, en neurologie, la problématique principale concerne la prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) , où l'assistante sociale précise que sur 5 patients, 3 sont victimes d'AVC avec des rechutes fréquentes en hospitalisation.

3.4 La négociation avec les usagers du service social : une logique de compromis permanents

Les exigences institutionnelles liées aux exonérations et la forte sollicitation du service social à l'hôpital vont très fortement influencer sur les relations entre les assistantes sociales et les usagers. En effet, les professionnels vont devoir faire face à un processus permanent de recherche de compromis, d'arrangements, ou encore d'ajustements dans l'attribution des aides financières. Le ciblage des bénéficiaires va alors induire une logique d'économie quotidienne, signifiant qu'il va falloir justifier auprès des patients et accompagnants ce qu'il est possible de leur accorder et ce qui sera en dehors de leurs moyens.

La notion de négociation peut être appréhendée sous la forme de deux dimensions que l'on peut situer sur un continuum. La première est davantage conflictuelle alors que la seconde renvoie à une recherche d'un certain consensus (Ben Mrad, 2012).

Malgré la faiblesse des moyens avec laquelle elles doivent composer, les résultats de l'étude indiquent que les assistantes sociales vont davantage se tourner vers la recherche d'un terrain d'entente avec les usagers qu'elles évaluent comme des cas sociaux. Dans cette perspective, la négociation selon Lionel Bellenger devient une "confrontation de protagonistes étroitement ou fortement interdépendants, liés par un certain rapport de force, présentant un minimum de volonté d'aboutir à un arrangement en vue de réduire un écart, une divergence, afin de construire une solution acceptable au regard de leur objectif et de la

marge de manœuvre qu'ils s'étaient donnée"(ibid). Nous nous proposons alors de nous saisir des différents éléments constituant les négociations ayant lieu durant les enquêtes sociales.

Premièrement, afin d'éviter de refuser des cas qui seraient éligibles, les assistantes sociales vont à l'unanimité jouer avec la temporalité dans l'instruction des dossiers. L'une d'entre elle confie : *"on explique au malade que tu ne peux pas l'avoir [l'exonération] directement, mais le dossier peut traîner 2 à 3 semaines parce qu'on est arrivé à la limite et on risque de retarder pour déposer les dossiers [déjà sélectionnés]. Ça a toujours été comme ça, pour un cas qui doit bénéficier ou qui le mérite, ou qui est dans le besoin, en général on fait ça."* (assistante sociale hospitalière). D'autre part, la mise en attente des dossiers permet d'assurer à l'accompagnant ou au patient une prise en charge, mais également de le motiver à réunir le reste à charge pour les prestations : *"je fais tous les dossiers, mais puisque je vais pas repousser, je dis aux malades ton dossier va rentrer dans 1 mois, moi ça me permet de limiter le nombre de dossiers parce qu'il y en a qui me disent, je vais chercher [de l'argent] par-ci par-là"* (assistante sociale hospitalière). Le recours à ce procédé et le nombre de dossiers mis en attente dépendra du nombre de cas se présentant dans chaque service : *"en 2 jours je peux avoir plus de 6 engagements sociaux. Par exemple, pour vendredi seulement, j'ai eu 3 ou 4 engagements sociaux"* (assistante sociale hospitalière) alors qu'une autre assistante sociale souligne : *"des fois on est débordé, il y a des semaines où je reçois même jusqu'à 4 dossiers, donc je suis obligé de mettre 2 en attente pour l'autre semaine, etc..."* (assistante sociale hospitalière).

Afin de faire patienter les usagers, les assistantes sociales peuvent également faire intervenir le/ la major(e) de service. C'est le cas d'une accompagnante sollicitant le service social pour son fils qui doit sortir de l'hospitalisation le lendemain. Elle explique qu'elle doit payer 90 000 FCFA. Or, l'assistante sociale en gage de bonne foi lui montre la pile de dossiers qu'elle doit traiter lui expliquant qu'il lui est impossible de prendre en compte sa demande pour le moment. En revanche, elle l'oriente vers la majeure de service car c'est à elle que revient la charge de régulariser les sorties d'hospitalisation. La professionnelle lui conseille alors d'explicitier sa situation financière auprès de sa collègue pour qu'on lui accorde un peu plus de temps pour réunir la somme nécessaire. Étant donné que son fils doit revenir pour un rendez-vous de contrôle, l'assistante sociale lui demande d'économiser la moitié de la somme d'ici-là pour que le service social puisse prendre en charge le reste lorsqu'elle reviendra.

De plus, les négociations révèlent que les professionnelles sont souvent confrontées à des patients ayant des attentes en matière de prise en charge supérieures à la capacité réelle du service social. Ils peuvent ainsi s'attendre à ce qu'ils soient totalement pris en charge. C'est le cas d'un accompagnant venu pour sa femme hospitalisée, décrit par l'assistante comme un nanti, il explique qu'il a énormément dépensé depuis son arrivé à l'hôpital. Pour lui faire comprendre que sa demande n'est pas réalisable, l'assistante sociale

lui donne l'exemple de patients qui sont dans des situations plus critiques et qui n'ont pas bénéficié de prise en charge complète. La femme de l'accompagnant devant réaliser des analyses en urgence, elle lui propose de faire une exonération partielle.

La prise en charge de certaines prestations au détriment d'autres rentre également dans le jeu des négociations. C'est par exemple demander aux patients de payer les actes qui sont urgents pour que le service social se charge de les aider dans le recouvrement de l'hospitalisation : *"Mais d'habitude, la famille se débrouille, ils se cotisent parce que le plus souvent je leur propose des exonérations sur le lit comme les bulletins sont tout le temps urgent urgent. Je leur dis maintenant ce qu'on peut faire, vous vous débrouillez pour les analyses, les radios, les scanners et autres. Maintenant en ce qui concerne l'hospitalisation on va vous faire une exonération sur ça, donc ça marche comme ça pour ne pas avoir de problèmes"* (assistante sociale hospitalière).

Cela arrive également en cardiologie, où le service social en partenariat avec une fondation en France permet à l'assistante sociale de sélectionner 10 patients démunis qui pourront bénéficier d'une prise en charge complète pour leur opération s'élevant à 3,5 millions FCFA. Durant l'une des séances d'observation, une dame était venue pour la prise en charge de son jeune fils (environ 15-16 ans) devant subir une nouvelle opération. Il doit faire une opération pour installer une valve simple, qui sera remplacée par une valve mécanique à l'âge adulte. L'assistante sociale réalise l'enquête sociale et leur précise qu'ils sont éligibles pour la prise en charge proposée par la fondation. En revanche, si la fondation finance l'intervention, ils devront payer d'eux-mêmes les médicaments et ordonnances. Elle leur demande donc d'économiser et de se préparer en conséquence.

Il arrive également que le patient se présente au service social avec plusieurs bilans à réaliser. Dans ces situations, les professionnelles proposent le plus souvent de prendre en charge le ou les bilans qui coûtent le plus cher.

D'autre part, les assistantes sociales doivent faire face à des accompagnants ou familles qui veulent faire sortir les patients faute de moyens pour payer l'hospitalisation. C'est surtout le cas des situations où les analyses n'ont pas encore révélé la raison de l'affection et que le montant de l'hospitalisation augmente chaque jour. Ainsi, deux accompagnants dont l'un est le mari d'une des patientes hospitalisée se sont rendus dans le bureau d'une des assistantes sociales du service pour exprimer leur désarroi. Ils expriment leurs difficultés à payer l'hospitalisation et les bilans malgré l'exonération partielle dont ils ont bénéficié. Pour négocier du temps supplémentaire, l'assistante sociale leur rappelle que sortir la patiente risquera de mettre sa vie en danger et que cela relèvera de leur responsabilité. La seconde assistante sociale présente les incite alors à faire appel à la solidarité de la famille, si chacun pouvait donner 1000 FCFA. Néanmoins, les accompagnants affirment qu'ils ont déjà sollicité leur famille et qu'ils expriment une certaine

honte²⁷ à quémander. Ainsi, pour les rassurer et trouver un terrain d'entente, elle leur précise qu'elle va mobiliser le personnel pour réaliser une quête financière.

Ces résultats nous montrent finalement que le processus de négociation est loin de placer les patients et accompagnants dans un discours de passivité. Bien au contraire, ils mettent en place des stratégies de présentation de soi pour faire correspondre leurs situations aux critères de recevabilité de l'aide (Avenel, 2002). En dernier exemple, les usagers peuvent insister sur la somme dépensée depuis le début du séjour, certains accompagnants montrent aux assistantes sociales le nombre de bilans qu'ils doivent encore payer alors qu'ils ont déjà dépensé des sommes onéreuses. D'autres insisteront sur la condition physique du patient et la souffrance qu'il endure. C'est le cas d'une mère qui est venue accompagnée de sa fille, elle explique à l'assistante sociale qu'elle n'a pas encore fait les examens par manque de moyens et qu'elle doit en plus payer une caution de 180 000 FCFA. Elle répète à l'assistante sociale que cela fait des jours que le patient ne trouve pas le sommeil, et qu'il reste dans son lit dans la même position. Certains accompagnants peuvent également s'appuyer d'un agent de l'hôpital qui connaît personnellement les assistantes sociales et qui servira d'intermédiaire dans les négociations. Dans l'un des services, c'est une cuisinière qui a acheminé deux accompagnants au service social.

3.5 Le travail social dans l'urgence : une urgence médicale qui rythme le quotidien des assistantes sociales

Lever l'urgence médicale

Alors que les services sociaux des structures sanitaires font face à une demande croissante, un des paramètres indispensables à prendre en considération pour comprendre le travail social en contexte d'insuffisances financières concerne la gestion quotidienne des situations d'urgence. En effet, les travailleurs sociaux interrogés confrontés à ce paramètre - à des degrés différents - doivent adapter leurs pratiques professionnelles et leurs décisions. Ainsi, le discours de l'ensemble des assistantes sociales sur la notion d'urgence est très fortement corrélé à la nécessité d'agir sans délai afin de répondre à une situation qui porte atteinte à l'intégrité physique du patient : *"quand on parle d'urgence, c'est qu'il y a une menace sur le pronostic vital"* (assistante sociale hospitalière) , *"l'urgence est déterminée par le médecin"* (chef du service social central). Les assistantes sociales insistent donc sur la nécessité de lever les situations d'urgence en reléguant au second plan les réalités économiques de la prise en charge : *"C'est après qu'on va parler de bilans, de radios, de*

²⁷ En wolof la honte fait référence à l'expression : «rouss ».

frais d'hospitalisation, mais l'urgence, c'est essayer de stabiliser le malade" (assistante sociale hospitalière). En interrogeant les professionnelles sur la définition qu'elles donnent à l'urgence, il est possible de caractériser ces situations et de comprendre celles qui nécessitent une certaine réactivité. Les assistantes sociales font alors référence aux bilans et analyses qui doivent impérativement être réalisés. D'autres évoquent la prise en charge des personnes sans domicile fixe, souvent préoccupante au sein du service car ils ne bénéficient que très rarement d'une assistance familiale : *"un cas urgent, par exemple c'est un SDF qui est là, on n'a pas de nouvelles de ses parents ou il est venu comme ça. On doit faire des bulletins en urgence parce qu'il faut avancer sur le traitement"* (assistante sociale hospitalière). Les situations d'urgence apparaissent également lorsque la famille doit récupérer le corps du malade mais qu'elle n'en a pas les moyens. D'autres professionnelles mettront l'accent sur une des spécificités du service. En pneumologie par exemple, la procédure d'oxygénothérapie²⁸ à domicile est définie comme une situation d'urgence *"parce que ça n'attend pas, c'est une urgence à chaque fois, à chaque fois que ça vient on fait monter au directeur pour signature [...] oui chaque jour c'est accepté parce que c'est urgent, tant qu'il n'a pas signé on peut pas libérer le malade"* (chef du service social central). Au centre de santé, l'assistante sociale évoque les patients acheminés durant la nuit par les sapeurs-pompiers ou la police, devant faire des analyses en urgence mais également les situations d'abandons de nouveaux-nés : *"Là aussi on peut m'appeler pour me dire qu'il y a un patient qui est là qui n'a pas les moyens ou bien les sapeurs ont déposé quelqu'un qui a accouché dans la rue, la personne menace de jeter son bébé et n'en veut plus"* (assistante sociale centre de santé).

Typologie des situations d'urgence

À partir de ce consensus commun sur la nécessité d'agir sur l'urgence médicale, il est tout de même possible de dégager des perceptions différentes sur ce que représente en proportion la gestion de l'urgence quotidienne dans les différents services. Une certaine typologie peut être dessinée classant d'une part, les professionnelles insistant sur le caractère minime des urgences par rapport à la prise en charge de l'ensemble des cas sociaux. Ainsi, questionnées sur le pourcentage des urgences, les services de psychiatrie et du SMIT répondent *"bon les SDF on n'en reçoit pas tout le temps, peut-être une ou 2 fois dans le mois"* (assistante sociale hospitalière) ; *"[Enquêteur : la plupart des gens qui viennent au service social est-ce que ce sont des cas urgents ?] : pas très urgent quand même"* (assistante sociale hospitalière).

²⁸ Appareil de l'hôpital loué aux malades sous oxygène devant rentrer à leur domicile. Ils signent un contrat d'engagement sur le matériel prêté, cette procédure fait également l'objet d'une signature par le service social central ainsi que le directeur.

De l'autre, celles qui se représentent l'urgence comme un phénomène récurrent. En pneumologie, c'est la gestion des sorties d'hospitalisations en urgence qui entraîne chez la professionnelle le sentiment d'y être confronté régulièrement : *"ça représente presque 55-60 % parce que pour les hospitalisations, par exemple un malade qui doit sortir lundi, il ne peut pas rester jusqu'à jeudi pour attendre qu'on envoie le dossier et que ça soit régularisé. C'est un cas que je considère comme urgent parce que le malade doit sortir aujourd'hui, je suis obligé de noter sur son dossier "dossier social en cours", il va chez le service comptable, il laisse sa carte d'identité, il paye et il rentre"*(assistante sociale hospitalière). Les propos de la chef du service social s'accordent sur le degré d'urgence variant selon les services : *"si tu vas à la neurochirurgie tout est urgent, en cardio tout est urgent, c'est pas le cas à la psychiatrie [...] les urgences qui reviennent à chaque fois c'est la pneumo avec les cancers du poumon, la cardiologie et la neurochirurgie"* (chef du service social central).

3.6 Repositionner la place de l'accompagnement psychosocial par rapport aux attributions financières

L'appréciation du travail social en action ne peut se faire sans considérer l'impact que peut avoir les difficultés financières sur la relation et l'accompagnement psycho-social apporté par les assistantes sociales. L'art d'accompagner revêt pour les assistantes sociales une importance particulière au point qu'elles considèrent ce volet plus important sinon équivalent au soutien financier que peuvent apporter les exonérations.

Ainsi certaines assistantes sociales confient : *"Ah, l'accompagnement, ça doit être aussi bien social, financier que psychologique. Donc je mettrais en premier d'abord le psychologique parce que parfois, quand le patient vient, il est hyper stressé, il ne sait pas quelle est sa maladie, quelles sont les conséquences sur son état de santé etc...Donc d'abord tu dois le renseigner sur la maladie et venir lui expliquer tout ça parce que le plus souvent, les médecins n'ont pas le temps d'expliquer aux malades"* (assistante sociale hospitalière) ; *"le financier peut-être que c'est important pour quelqu'un qui en a besoin, mais l'accompagnement psychologique plus important même parce que prendre en charge la psychologie de la personne, lui expliquer de revenir à la raison, tous ces problèmes de manque de connaissance, [...] c'est quelque chose qu'on peut pas mesurer financièrement, mais les gens ne voient que le côté financier [...] la prise en charge n'est pas seulement financière mais elle est globale"* (assistante sociale hospitalière).

Global est certainement le terme qui définit le mieux l'intervention sociale. Cette dernière repose sur une relation de proximité et a l'ambition de restituer le malade par rapport à son histoire personnelle et son environnement. C'est la raison pour laquelle les visites qu'effectuent les assistantes sociales dans les différentes divisions de leurs services leur permettent de travailler avec les familles. Ainsi, une assistante sociale explique *"il arrive*

également qu'il y ait des problèmes familiaux qui sont exportés et qui créent des tensions néfastes au patient parce que quand le patient observe sa famille, les accompagnants peuvent se créper le chignon" (assistante hospitalière). Les visites à domicile vont être l'occasion d'accompagner le malade dans son retour au domicile. En psychiatrie par exemple, l'interne explique le rôle indispensable que jouent les assistantes sociales : "nos patients après je dirais un moment fécond, une phase aiguë de leur maladie, ils ont aussi besoin de soutien psychologique, par exemple X [un patient] qui est dans le quartier, qui se lève un beau jour, qui fait une bouffée délirante, qui dit propos incohérents, qui a une désinhibition sexuelle etc...après sa maladie, il va avoir une prise de conscience de tout ce qu'il a fait durant la maladie, comment est-ce qu'il va retourner au quartier ? comment les gens vont le voir ? est-ce qu'on va le taxer de malade mental ? qu'est-ce qu'on va dire de lui ? [...] Donc elles sont là aussi pour apporter ce soutien psychologique, pour le retour à la maison, préparer aussi la famille, pour ne pas qu'il ne marginalise ce patient, qu'il le stigmatise etc...c'est un peu ça la particularité des assistantes sociales" (Interne psychiatrie)

L'art d'accompagner l'autre se construit au fur et à mesure du temps sur un socle de valeurs qui "sous-tendent et étayent les pratiques professionnelles et qui leur donnent du sens" (Barata, 2018). Ces valeurs tirent d'une part leurs sources de la formation professionnelle. Ainsi, à la question des valeurs et des qualités essentielles à la relation d'aide, l'un des interlocuteurs de l'ENTSS répond *"il y a beaucoup de valeurs qu'on essaye de cultiver dans la formation surtout à travers le cadre théorique du travail social. On a les valeurs humanistes, les valeurs démocratiques, les droits humains et le professionnalisme. Pour les valeurs humanistes il y a l'autodétermination, l'autonomie, la compassion, la confiance en l'être humain, les croyances aux capacités et potentiels, le respect et la dignité de la personne [...] Pour les valeurs démocratiques c'est la citoyenneté, la cohésion sociale, la justice sociale, la participation, l'absence de discrimination, l'égalité. Au niveau du professionnalisme, il y a la compétence, la confidentialité, le désintéressement [...]"* (Enquêté, ENTSS). Ces valeurs, acquises durant la formation, s'articulent alors avec des valeurs personnelles : *"le travailleur social doit être motivé et engagé, avoir l'amour de ce qu'il fait, avoir un engagement fort pour aider, avoir l'empathie, le souci de soutenir, savoir écouter les gens"* (assistante sociale hospitalière).

4. DISCUSSION

4.1 Le sens et valeurs sous-tendant les logiques d'attribution financières

4.1.1 Ambivalences de l'attribution financière : Entre confiance et méfiance

L'analyse des résultats révèle une certaine ambivalence des pratiques entourant l'attribution financière, nécessitant de la part des assistantes sociales une part de confiance, mais obligeant au vu de la contrainte budgétaire intériorisée l'adoption d'une certaine méfiance. Cette ambivalence fait écho aux nombreux écrits sur le travail social traitant de la double face de la profession, tiraillée entre le pôle de l'aide et celui du contrôle (Bernard & Lopez, 2019). Comme le souligne si bien Bolzman, "cet aspect peut provoquer des tensions et des contradictions dans l'accompagnement et ainsi créer un dilemme éthique pour le/la professionnel.le"(ibid). En effet, l'aide personnelle fondée sur les dimensions et valeurs du care ainsi que la logique des droits fondamentaux sont difficilement conciliables, sinon compatibles avec la logique de surveillance ou de suspicion envers les dires de l'utilisateur (Keller, 2005). Ainsi, les observations et les entretiens montrent finalement que les assistantes sociales ne se positionnent pas radicalement vers l'un ou l'autre des pôles, mais naviguent entre ces derniers.

Le premier constat qu'il faut souligner repose sur le consensus des professionnelles sur la véracité de l'enquête sociale, qui - malgré les critères et les nombreuses années d'expérience - conserve une part d'incertitude : *"de toute les façons c'est l'enquête sociale qui définit, c'est vrai que c'est pas vérifié à 100% parce qu'on ne fait pas de descente au niveau des quartiers, on se repose sur leurs paroles mais on essaye d'approfondir pour voir réellement si c'est un cas"* (assistante sociale hospitalière).

Plusieurs éléments enjoignent les assistantes sociales à faire confiance aux usagers. D'une part, l'impossibilité de faire des visites à domicile comme en témoignent les propos d'une enquêtée : *"on fait confiance aussi parce qu'en général on ne fait pas de descente pour dire si ce qu'il dit est vrai ou pas"* (assistante sociale hospitalière). D'autre part, même si les conditions financières étaient réunies pour faire ces VAD, cela entrerait en contradiction avec la gestion des situations d'urgence : *"non parce qu'un patient a besoin de réactivité, il faut qu'on soit diligente rapidement pour résoudre un problème de santé, on peut pas le laisser ici à l'hôpital et aller faire une visite dans son quartier. Ce qui peut nous prendre 1 journée ou 2 et pendant ce temps il y a l'urgence qui est là"* (assistante sociale hospitalière).

hospitalière). Cette même idée est également partagée par le service social du centre de santé où l'on peut supposer que le degré de confiance envers les cas sociaux se présentant est plus élevé. En effet, avec un nombre de cas par jour sensiblement réduit ainsi qu'un budget réservé à la prise en charge des cas sociaux rarement dépassé, les attributions financières sont moins empreintes de méfiance. D'autant plus que l'assistante sociale explique qu'elle se base sur les dires des pompiers ou de la police qui orientent certains cas dont la vie est en jeu, ou ceux des centres de promotion et de réinsertion sociales (CPRS) qui réalisent des enquêtes sociales au sein des quartiers. D'autre part, l'ensemble des professionnelles confient que l'objectif premier des VAD, n'est pas tellement de vérifier si l'utilisateur dit la vérité, mais davantage d'apporter un soutien psycho-social.

En arrière-plan de la confiance, la méfiance que peuvent exprimer les assistantes sociales est d'une part corrélée aux expériences antérieures de tromperies vécues durant la carrière professionnelle. Ainsi, une assistante sociale affirme *"j'ai pas d'objectivité, je me base seulement sur leurs dires, des fois il peut y avoir de l'arnaque. Je peux aider quelqu'un jusqu'à la fin et je me rends compte que c'était des foutaises, il avait les moyens, tout ce qu'il a dit c'est des balivernes."*(assistante sociale hospitalière). Pour lutter contre ces détournements, des stratégies ont été mises en place afin de repérer les usagers qui essaieraient de se faire passer pour des cas sociaux. Il s'agit par exemple de refuser de faire une enquête sociale avec des accompagnants qui ne sont pas directement les parents proches du malade. Certaines des observations ont pu mettre en évidence cette idée.

En effet, dans l'un des services étudiés, un monsieur s'était présenté comme étant la nièce d'un nouveau-né qui devait réaliser une intervention chirurgicale élevée à 1,3 millions de FCFA. Il dit s'occuper de sa nièce depuis le début de sa maladie et que les parents de l'enfant (père commerçant et mère ménagère) ne sont pas à Dakar mais à Touba. Devant cette situation, l'assistante sociale explique à l'accompagnant qu'elle n'a pas pour habitude de faire une enquête sociale lorsque l'accompagnant n'est pas le père, la mère, le fils ou la fille du patient. Elle finit par accepter sa demande car l'accompagnant insiste sur la sincérité de sa démarche, étant fonctionnaire il n'a jamais sollicité le service social, mais depuis la naissance de l'enfant il n'a fait que dépenser en scanners et radios. L'assistante sociale revient tout de même sur une anecdote qui l'a marquée. En effet, un monsieur s'était présenté au service social pour demander une aide financière à propos de l'opération d'un enfant dont les parents étaient restés au village. À l'époque il avait pu obtenir une exonération de 1 million de FCFA sur une intervention qui s'élevait à 2,5 millions de FCFA. Or, suite à l'opération, la mère de l'enfant s'est rendu à l'hôpital et l'assistante sociale a compris en l'observant qu'elle n'était pas originaire d'un village, et qu'elle n'était pas non plus sénégalaise. Il s'est avéré que le monsieur qui avait sollicité une aide avait trompé la famille ainsi que le service social. Convoqué par ce dernier, le monsieur a finalement avoué et remboursé l'exonération. Ainsi, dans ces situations où une forme de business peut

s'organiser autour des exonérations, les assistantes sociales peuvent, afin de prévenir de futurs incidents adopter une logique du soupçon. Cette dernière pouvant inciter "le/la professionnel.le à avoir des doutes et à se rapprocher du pôle du contrôle et ainsi créer une distance avec la personne [...] qu'il/elle accompagne". (Bernard & Lopez, 2019).

Néanmoins, le concept de méfiance envers les usagers est à comprendre avec une certaine nuance ou précaution car les assistantes sociales interrogées essayent tout de même de s'en distancier quotidiennement. En effet, la généralisation d'une ou quelques expériences à l'ensemble des comportements que pourraient avoir les usagers pourrait porter atteinte à l'exercice de leur profession mais surtout à leur capacité de jugement : *"oui il y a en a plein [des cas d'arnaque]. Mais si je retiens qu'on m'a dupé, ça m'empêche de faire l'essentiel, je vais passer à côté. Mais quand j'aperçois que j'ai été dupé, je relègue ça au second plan, j'efface ça de ma mémoire. Si je me concentre sur ça, je ne vais pas travailler parce que je vais catégoriser tout le monde"* (assistante sociale hospitalière).

4.1.2 Des logiques d'attribution basées sur le mérite

La seconde ambivalence repose à présent sur la dualité entre droit et mérite (Keller, 2005). Les résultats de l'étude permettent de souligner que les contextes de forte demande combinés à la rareté des ressources financières vont conduire à une mise en concurrence entre les usagers du service social. Face à ce constat, même si la culture professionnelle des assistantes sociales est axée sur les valeurs d'égalité et de droit, les pratiques d'attribution sont nécessairement particularistes et personnalisées (Boujut, 2005). Ainsi, les assistantes sociales vont classer empiriquement les usagers en deux catégories distinctes , renvoyant à la classification traditionnelle auparavant constatée par Geremek (1987) : celle du pauvre "méritant " et du "non-méritant " (Michalot, 2010).

De ce fait, nous avons pu relever que , "la sélection se réalisera à partir d'un critère extrêmement difficile à évaluer et qui repose le plus souvent sur l'interprétation d'informations individuelles, subjectives et remplies de valeurs morales" (ibid) Or, ce processus d'objectivation va nécessairement demander du professionnel une double exigence contradictoire, avec une proximité pour permettre la confiance des usagers mais également une certaine distance et un droit de réserve pour convertir ces données personnelles en catégories d'ayants-droits (Boujut, 2005).

Nous souhaitons mettre en évidence que le processus de l'attribution devient un droit sous conditions de mérite. L'évaluation introduit en dehors des critères fournis par l'institution, une appréciation qui va prendre des formes différentes selon les intervenants et s'appuyer sur plusieurs registres singuliers. Nous nous proposons d'explicitier dans la partie qui suit ces derniers et de comprendre le sens et les représentations qui sous-tendent l'attribution.

Récompenser le mérite du patient observant

L'analyse des interactions et des propos des assistantes sociales sur l'exonération destiné aux cas sociaux a permis de mettre en évidence une première forme d'attribution financière basée sur le mérite. Cette dernière a la particularité de "récompenser" les patients qui se sont montré observants dans le suivi de leur traitement. Parmi les motifs de refus d'exonération, nous avons pu voir que certaines assistantes sociales mettaient en avant le caractère peu coûteux de l'acte. A l'inverse, d'autres professionnelles peuvent faire le choix d'exonérer un ticket de consultation à 5000 FCFA, si le patient montre qu'il se "prend en charge" et fait preuve de collaboration en venant régulièrement à ses rendez-vous. Les propos d'une des assistantes sociales en témoignent : *"s'ils respectent leur rendez-vous s'ils se portent volontaires, je les accompagne financièrement pour les motiver un peu, sinon ils ne vont pas venir."* (assistante sociale hospitalière). Ainsi, "les difficultés financières ne sont donc plus seulement appréhendées comme des problématiques sociales, mais peuvent se transformer en support à l'activation des personnes par la gestion budgétaire (Bachmann & Rodari, 2014). Comme Robert Castel le rappelle, "il s'agit de passer de la consommation passive de prestations sociales à une mobilisation des bénéficiaires qui doivent participer à leur réhabilitation" (ibid).

Ce qui fait de l'exonération un véritable outil pédagogique servant les fins d'un retour à l'autonomie (Astier, 2007). Ce cas précis illustre qu'au-delà des critères administratifs, la décision de certaines professionnelles repose sur une contrepartie du patient et une attribution "fonction de l'évaluation de la situation de la personne et de l'attente de normes souhaitables de comportement" (Avenel, 2002).

La thèse de l'accidentologie pour récompenser les patients nantis : relayée par l'idée que tout le monde peut devenir cas social

Par ailleurs, le critère de mérite s'applique également aux patients considérés comme nantis souvent décrits comme "épuisés" ou "essouffés" financièrement. Nous avons précédemment mis en évidence que l'un des critères d'éligibilité à l'exonération se fondait sur la durée d'hospitalisation en faveur des patients nantis. Il s'agit ici d'en analyser le sens pour comprendre pour quelles raisons le soutien financier n'est pas la seule affaire des patients communément identifiés comme démunis ou pauvres. Pour justifier ce choix, plusieurs assistantes sociales vont puiser dans le registre des thèses **que l'on nomme** "accidentologiques" qui "cautionnent l'idée que tout un chacun peut devenir pauvre et endetté du jour au lendemain"(Bachmann & Rodari, 2014).

Ces thèse accidentologique sont donc produites "par empathie pour le sort des usager-ère-s qu'elles/ils accompagnent"(ibid) : *"quand il y en a un devant moi, je ne le rejette jamais parce que je me dis que là moi je suis salariée, j'ai des sous mais si je tombe*

malade il va arriver à un moment où je n'aurais plus rien, j'aurais besoin qu'on me donne" (assistante sociale hospitalière). Cette interposition ou projection que font les professionnelles est intimement liée aux représentations véhiculées par la sémantique du "cas social". En effet, dans la plupart des entretiens effectués, l'idée mise en exergue était celle que la prise en charge financière des affections de longue durée pouvait conduire quiconque à devenir cas social, indépendamment d'une position sociale privilégiée : *"même les médecins ils disent tu veux pas me prendre en charge parce que moi-même je suis cas social "* (assistante sociale hospitalière).

Quêtes financières et mobilisation du réseau familial : récompenser le patient démunis mais débrouillard

Par ailleurs, durant l'enquête sociale, une des questions systématiquement posée aux usagers est celle de savoir si un membre de leur entourage les aide dans le financement des soins, et si tel est le cas, est-ce qu'ils ont déjà contacté ce soutien avant de venir consulter le service social. Les patients démunis qui rendent visible leur "capacité individuelle (débrouille, bricolage) et collective (entraide de voisinage, réseaux sociaux élargis)" à mobiliser des ressources financières (ibid) sont souvent désignés par les assistantes sociales comme "braves" et "courageux"²⁹. À ces patients courageux, on oppose souvent ceux qui attendent d'être pris en charge. En effet, telle aide va être accordée à un patient ou un accompagnant parce que les assistantes sociales considèrent qu'il est authentique dans ses démarches. Inversement, un autre patient va se heurter à un refus parce qu'il sera perçu comme un "habitué du système", qui aurait tendance en se rapprochant trop fréquemment ou trop vite du service social, à choisir la solution de "facilité". La temporalité autour de la demande d'aide est alors un élément qui conditionne l'attribution, car ces "habitués" pourront voir leur demande refusée s'ils n'ont pas fourni préalablement les preuves de leurs efforts en termes de contribution financière. Ainsi, durant les négociations entre assistantes sociales et usagers, certaines d'entre-elles acceptent d'accorder une aide financière à condition que l'utilisateur collecte la somme nécessaire au prochain rendez-vous : *"mais parfois ils abusent [les patients], c'est la raison pour laquelle, pour ne pas aussi leur faciliter, moi par exemple je lui ai dit comme tu as un rendez-vous dans 4 mois, d'ici 4 mois je ne te revois pas, tu a largement le temps d'avancer de l'argent"* (assistante sociale hospitalière). Par ailleurs, les assistantes sociales ainsi que les agents de santé relèvent la problématique des patients qui sollicitent le service social alors qu'ils ne sont pas de véritables "cas sociaux" mais qu'ils ont été orientés par d'autres accompagnants : *"ils connaissent, ce sont des anciens patients, ils savent comment ça se passe, des fois ce sont eux qui passent le mot aux autres patients qui ne sont pas des cas sociaux. Ils disent tu vas ici on va réduire , c'est du bouche à oreille"*(Major) ; *"mais il y a des*

²⁹ en Wolof les assistantes sociales font usage des termes "jaambar" et "goorgollou"

gens dès qu'ils arrivent, ils demandent le service social. Ce sont des habitués, ça aussi, ça pose problème. Ce sont des gens qui ne font aucuns efforts, aucuns, aucuns" (Médecin). Ainsi, les "habitué[s] du système" peuvent donner l'impression aux travailleurs sociaux qu'ils ne sont finalement que des "pourvoyeurs de fonds", cette perception indiquant une mauvaise évaluation de leur rôle (Boujut, 2005). Ainsi, "la possibilité de donner des subsides en respectant le principe de justice distributive ne permet pas aux assistants sociaux de travailler parce qu'ils estiment qu'ils ne servent pas, ou pour le moins pas seulement, à donner de l'argent à toute personne les sollicitant" (ibid).

Récompenser le mérite d'un ancien personnel de santé impliqué dans les activités du district

Enfin, si nous avons pu relever que l'un des motifs de refus d'une exonération au centre de santé concerne certaines prestations coûteuses, les observations ont pu mettre en évidence certaines exceptions. C'est le cas d'un retraité, anciennement employé de l'un des postes de santé rattaché au district sanitaire. Durant l'entrevue avec l'assistante sociale, il se présente tout d'abord comme un acteur de la santé, malade et ayant des problèmes financiers. Devant réaliser un bilan hépatique, il s'est d'abord rendu au centre hospitalier Abass Ndao, où le bilan coûte 15 000 FCFA. La somme étant trop élevée par rapport à ses moyens actuels, il a décidé de venir directement voir l'assistante sociale ayant connaissance des prestations moins onéreuses proposées par le centre. Dans ce cas de figure, l'assistante sociale expose très clairement qu'elle ne devrait pas le prendre en charge pour deux raisons. La première étant que, du point de vue de la pyramide sanitaire, le référencement n'a pas été respecté. En effet, venant d'un hôpital, il ne devrait pas retourner dans un centre de santé, mais aurait dû être pris en charge par le service social du lieu de consultation. En second lieu, les contraintes institutionnelles se concentrent sur l'attribution de la gratuité pour les actes de radiologie, qui nécessite d'utiliser un matériel qui n'est pas totalement remboursé ou soldé au fournisseur. Néanmoins, dans le cas suivant, l'assistante sociale confie qu'elle est dans l'obligation d'accepter sa demande du fait de son appartenance au système de santé et de sa carrière en tant qu'agent affilié au district sanitaire.

4.2 Des contraintes organisationnelles mettant à l'épreuve l'éthos professionnel des travailleurs sociaux

Une seconde partie de l'analyse s'intéresse plus précisément aux situations d'impuissance que peuvent créer la rareté des ressources financières et les contraintes institutionnelles dont les assistantes sociales doivent s'accommoder. Ces situations que nous allons documenter peuvent être interprétées comme de véritables "épreuves de professionnalité" (Soulet, 2016). Ces dernières peuvent être comprises comme des situations de malaise où "le travailleur social serait écartelé entre les valeurs, l'éthique du travail social, et l'allégeance à son institution" (Aballéa, 1996).

L'éthique du travailleur social définit l'univers moral de la profession en même temps que son identité (ibid). Comme nous l'ont montré les résultats, cet univers s'organise autour de valeurs tournées vers l'aide désintéressée à toute personne dans le besoin, nécessitant une écoute, une empathie ainsi que l'ensemble des valeurs intériorisées durant la formation. Or, cette éthique se trouve aujourd'hui pour une part en porte-à-faux par rapport aux modalités de la pratique et aux logiques de l'action sociale développées ces dernières années."(ibid) L'enjeu éthique chez les assistantes sociales remet au centre des préoccupations la question de l'autonomie financière et des marges de manœuvre dont elles disposent. Raisons pour lesquelles, interrogées sur cette question, toutes les enquêtées répondent être limitées quotidiennement par les directives institutionnelles : *"[Enquêteur : est-ce que vous pensez que vous avez assez d'autonomie dans votre travail ?] pas à 100% parce que je suis obligée d'amener les dossiers au service social central pour signature" (assistante sociale hospitalière) ; "non pas du tout parce qu'en fait dans la nomenclature des structures publiques, c'est le directeur qui décide de tout, c'est lui qui décide même si je dis celui-là est un cas social il doit payer 20 000 FCFA , il peut me dire non, il va payer 50 000 FCFA , vous comprenez ?"* (Chef du service social central).

Par ailleurs, au sujet du montant alloué au service social, l'ensemble des assistantes sociales ont confié ne pas précisément le connaître et m'ont orienté vers la chef du service social. Elles insistent sur le fait qu'elles n'ont pas de réelle mainmise sur le budget et ont la charge de gérer quotidiennement les dossiers d'exonérations. *"non non non je n'ai même pas de budget, je n'ai pas de budget ne me pose même pas cette question, je n'ai pas de budget (rires)"*(assistante sociale hospitalière). Le souhait partagé d'avoir un budget spécifique à chaque service est la principale recommandation qu'elles ont formulée : *"Le volet financier, si possible j'aurais aimé qu'on dote, chaque service social ici au moins d'un petit budget pour au moins les cas ponctuels, les ordonnances, les scanners, vraiment si on pouvait faire , ça va nous soulager énormément. C'est mon vœu le plus cher [...] ça vraiment c'est ma demande, un cri du cœur "*(assistante sociale hospitalière). Une autre s'exprime sur la souffrance que cela engendre au quotidien : *"qu'il augmente le nombre de*

dossiers, qu'on n'ait pas à souffrir, toi-même tu es stressé parce que tu sais pas si vraiment tu pourras avoir, demander par ci par là, mais si on avait une caisse aussi ça pourrait régler des problèmes " (assistante sociale hospitalière).

Ainsi, les questions autour de l'autonomie et des faibles ressources financières vont générer chez les assistantes sociales des dilemmes quotidiens et des conflits de valeurs face à des problèmes ponctuels dont elles doivent apporter des solutions immédiates. Ainsi, elles n'ont pas les moyens de souscrire à toutes les valeurs qu'elles ont évoquées, censées guider l'intervention sociale (ibid). Nous nous proposons donc de documenter les situations d'impasses et les tensions vécues par les professionnelles face à leur éthique de travail, en nous concentrant plus spécifiquement sur le cas de l'hôpital, car le service social du centre de santé voit son budget rarement dépassé.

4.2.1 Conflits de valeurs et dilemmes engendrés par la résolution des situations d'urgence : Que fait l'urgence au travail social ?

Faire avec l'incertitude des situations d'urgence et l'absence de solutions immédiates

Pour expliciter ce premier dilemme ou tension dans la pratique professionnelle, il faut s'intéresser plus spécifiquement à l'idée même du travail dans un contexte d'incertitude. Les urgences médicales doivent être levées le plus rapidement possible, seulement face à un manque de moyens, l'incertitude quant à la résolution immédiate des urgences crée un brouillard dans lequel il faut réussir à naviguer. Ainsi, cette incertitude qui est dite structurelle est "dominée par l'indétermination des fins, par un affaiblissement des formes ordinaires et stables d'action, par un vacillement des cadres normatifs sur la base desquels se construisent habituellement les ressources d'action. Pour agir dans un tel contexte, il ne peut y avoir de réelles routines permettant une économie d'effort cognitif et physique (Soulet, 2016).

Les assistantes sociales se retrouvent alors impuissantes face à certaines situations, car elles ont encore peu de visibilité ou prise sur le choix qui est le plus judicieux et le moins coûteux pour l'institution et l'usager .*"nous nous retrouvons toujours dans des dilemmes parce que chaque jour il y a des cas où tu peux rien faire. Ce matin il y a une fillette de 6 ans qui devait être opérée pour la 4ème fois au niveau de la cardiologie. On lui a mis un Pacemaker, avec un tube à l'intérieur mais malheureusement le tube s'est enroulé [...] donc il doivent enlever ça c'est urgent, la maman vient elle [...] elle n'a plus rien, moi je suis bloquée, parce que je l'ai renvoyé au niveau de la ville de Dakar mais ça, ça prend du temps, j'appelle la majore, la majore me dit que c'est vrai on doit mettre l'enfant au bloc mais elle doit avoir une autorisation d'opérer [...] Donc je l'ai envoyé au niveau de la DGAS, le comptable a appelé, on lui a remis une lettre de garantie de 150 000 FCFA sur les 600 000*

FCFA c'est compliqué, donc là elle va essayer de taper à toutes les portes mais c'est urgent, c'est urgent, c'est ça le soucis"(Chef du service social central). Au service de pneumologie, l'assistante sociale évoque le cas d'une patiente pour laquelle elle n'a pas encore apporté de solution concrète : *"par exemple un malade qui doit être sous oxygène qui n'habite pas Dakar, alors que le programme³⁰ actuellement se limite à Dakar. J'ai ce malade qui doit retourner à Kaolack³¹ alors que le programme se limite à Dakar et sa banlieue, là c'est un problème. S'il sort, il va s'étouffer c'est sûr [Enquêteur : comment vous allez faire ?] Ah je n'y peux rien, on a eu des cas comme ça où le chef de service avait accepté de libérer une machine jusqu'à Touba parce qu'il y a un pneumologue pour le suivi, mais pour le cas-là je sais pas ce qu'on va faire.*"(assistante sociale hospitalière) *Les professionnelles doivent donc prendre des décisions "au coup par coup, en fonction des événements, c'est-à-dire au vu d'une évaluation implicite de la situation. Ces options situationnelles prises en mobilisant un savoir pragmatique sont, par essence, incertaines dans leur assise et difficilement exploitables"*(Soulet, 2016). C'est ce dont témoigne les propos de cette même assistante : *"Dans de pareils cas, on cherche d'autres alternatives, par exemple demander au malade de voir s'il a une famille d'accueil ici, s'il a des parents qui peuvent l'héberger, parfois ça marche, mais difficilement [...] c'est difficile d'accueillir un malade qui a un appareil qui marche à l'électricité, c'est pas évident, ce sont des charges supplémentaires"* (assistante sociale hospitalière).

4.2.2 Décalage entre la temporalité de l'urgence et celle des procédures administratives

Par ailleurs, alors que les assistantes sociales insistent sur la capacité à être réactive dans la résolution de situations d'urgence, elles doivent faire face aux lourdeurs des procédures administratives induites par le temps d'instruction des dossiers d'exonérations. La procédure d'exonération avec toutes les étapes qu'elle comprend est symptomatique de l'introduction des logiques managériales au sein des établissements publics. Cela rejoint l'idée des "nouvelles formes de temporalité (Dejours, 2003) [qui] sont ainsi véhiculées par un discours de l'évaluation individuelle, de la mesure objective et quantitative du travail, des performances ou des compétences, portés par le monde de l'entreprise (Boutinet, 2004)"(Amadio, 2011). Comme le soulignent les professionnelles, les exigences organisationnelles de rationalisation du travail social les placent en "contradictions entre le temps prescrit par [les] dirigeants et le temps réel nécessaire à [l'] intervention (Ravon, 2009). Ces dernières indiquent : *"on a tout le temps [des dilemmes] parce que parfois les médecins envoient des bulletins, qu'on doit faire en urgence. Et le problème, c'est que les dossiers ne sont signés que les vendredis. Bon, si les dossiers sont introduits les jeudis ou*

³⁰ Fait référence à la procédure d'oxygénothérapie à domicile.

³¹ Ville du Sénégal situé dans les régions.

vendredis, ça va, mais si c'est en dehors de ces 2 jours-là, c'est compliqué. Voilà, on est souvent confronté à ça, des dossiers qu'on nous amène les lundis ou mardis en urgence, et là on est un peu bloqué. Il faut vraiment un avis du service social central pour dire l'urgence du dossier. Pour que vraiment le directeur puisse signer et ça c'est rare quand même" (assistante sociale hospitalière). Le temps long inhérent à la procédure renforce alors le désir d'avoir une autonomie financière : "déjà il y a un problème d'organisation, l'organisation pose problème parce que pour aider un patient, quand on le fait avec l'administration c'est tous les jeudis, la durée est trop longue, on pouvait mieux s'organiser en nous dotant de moyens, que nous les travailleurs sociaux on ait accès à ces moyens là rapidement pour pouvoir lever les urgences parce qu'un problème de santé quand il y a urgence, il faut qu'il y ait des moyens pour faire face" (assistante sociale hospitalière).

4.2.3 Des situations d'urgence non résolues : De l'urgence médicale à l'urgence sociale, quels retentissements sur la relation d'aide ?

Quand on rapporte la notion d'urgence au travail social, il faut également avoir en arrière-plan l'idée que les assistantes sociales ne gèrent pas seulement une urgence médicale, mais également une urgence qui est dite "sociale". Selon Catherine Meyer, cette dernière se rapporte au "besoin d'une personne fortement préoccupée qui se présente auprès d'un travailleur social pour être écoutée tout de suite et entendue. Cette urgence peut atteindre une intensité extrême selon l'angoisse ou le désespoir que la personne ressent. Ce besoin s'exprime souvent par une demande pratique afin de résoudre son problème. Mais l'essentiel réside dans la manière par laquelle le travailleur social la reçoit et reformule avec elle la tension qui l'habite et envisagera rapidement des solutions" (Meyer et al., 2001). Or, qu'en est-il des situations qui ne trouvent pas d'issues ? Comment les assistantes sociales composent avec une relation d'aide qui peut se voir bousculée ?

L'urgence avec laquelle les usagers vont afficher leur demande auprès du service social peut être vectrice d'une grande insatisfaction ou d'un désarroi chez les assistantes interrogées tirant sa source de "leur incapacité non pas à faire face mais à répondre avec des moyens appropriés, définis et réglementés, avec des outils spécialisés à ces situations sociales"(Amadio, 2006). C'est ce dont témoigne les propos d'une enquêtée : *"non non, parfois tu es complètement déboussolé, parfois il y a des histoires qu'on vient te raconter ici, ça fait plus mal si tu n'as pas une solution immédiate, ça fait mal, ça te fait mal parfois tu vas à la maison, tu n'as même pas envie de manger. Il vient te raconter les souffrances de sa vie, vraiment une vie ...le plus souvent c'est un malade ou bien un accompagnant même, une maman qui vient raconter le calvaire de son enfant, tous les problèmes qu'elle rencontre avec son enfant malade, parfois vraiment tu es à bout, tu es comme une boule de nerf, parfois ça te dépasse, tu as les moyens limités, tu peux pas résoudre à 100% son problème,*

le problème reste entier, parfois c'est très difficile"(assistante sociale hospitalière).

Réceptacles de la souffrance et des mal-être des usagers dont ils ne peuvent apporter une solution immédiate, les assistantes sociales demeurent parfois impuissantes face à des cas qu'elles qualifient d'exceptionnels. L'extériorisation de ces frustrations accumulées à l'encontre des professionnels peut traduire une certaine violence symbolique (Taupin, 2021). Difficile alors de rester insensible et d'établir la bonne distance émotionnelle face à ces récits de souffrance. L'urgence sociale non résolue vient alors bousculer la dichotomie vie privée/vie professionnelle qui fait référence au sentiment d'échec éprouvé à ne pouvoir suffisamment filtrer les émotions négatives et à "ramener chez soi " les émotions émanant du travail, les éléments de la vie professionnelle venant ainsi contaminer la vie privée"(Endean, 2010).

La gestion des émotions dans la relation d'aide est une compétence à laquelle les assistantes sociales sont formées, seulement ces dernières indiquent à l'unanimité que leurs carrières ont été ponctuées de moments où la charge émotionnelle était trop lourde à supporter : *"avec le temps on arrive peut-être à s'habituer parce qu'avant quand je venais ici, quand le patient il pleure, c'est moi qui pleure, je pleurais à longueur de journée parce que je supportais pas la situation mais maintenant je suis beaucoup plus mûre et j'en ai tellement vu que je commence à m'adapter à la situation mais avant c'était difficile"* (assistante sociale hospitalière). Ces récits auront tendance à opposer la figure du travailleur novice à celle de celui qui a réussi à devenir moins perméable à ces situations difficiles.

Les affects font donc partie intégrante de la pratique du travail social et peuvent éprouver les professionnelles dans leur pratique. Seulement, face à ces contraintes institutionnelles qui réinterrogent leurs pratiques, les assistances sociales directement confrontées à ces urgences tentent d'y répondre à travers un véritable engagement personnel. Cet engagement sera d'autant plus important "non pas forcément que la misère de la situation qu'il constate l'est aussi, mais qu'il n'a d'autres moyens d'y répondre qu'à travers sa propre personne" (Amadio, 2006). Ainsi, l'impossibilité d'aider financièrement un usager alors que sa situation entre dans le cadre d'intervention pousse les professionnelles à restaurer la relation d'aide en mobilisant l'écoute comme "un outil" de travail afin d'apaiser des situations qui sont difficiles.(Boujut, 2005). Une des enquêtées confie : *"sur le plan financier c'est sûr que tu ne peux pas tout faire parce que tu as les mains liées, les moyens sont limités, mais n'empêche que sur le plan psycho-social tu peux bien accompagner le malade. Il peut venir, tu n'a pas les moyens financiers pour l'accompagner mais tu as les bons mots, tu peux aussi l'orienter quelque part pour que son problème soit résolu, donc à chaque fois il y a un moyen de contourner ou bien de trouver une brèche pour essayer de trouver une solution, d'apporter une réponse à son problème [...] parce que c'est pas seulement la maladie, il y a l'environnement social, familial, économique, tout un tas de*

problèmes, il a des problèmes partout, partout, partout, sa vie est problématique, mais bon on arrive à gérer et à apporter un peu d'apaisement" (assistante sociale hospitalière). Lorsqu'un soulagement est apporté au malade et qu'il se montre reconnaissant, l'écoute procure alors un sentiment de "qualification professionnelle": *"parfois ils te le disent, "quand je venais je n'avais plus la tête mais maintenant ça va le fait de parler avec vous vraiment ça m'a fait beaucoup de bien" et c'est tout ce qu'on cherche, c'est toute la satisfaction qu'on cherche"* (assistante sociale hospitalière).

La gestion des émotions et des affects face à l'urgence sociale sont des éléments qui sont moteurs de l'action : *"Les solutions viennent d'elles-mêmes. C'est facile, il n'y a pas à chercher, parce que tu te mets à sa place, tu interposes la souffrance et là tu trouves des solutions"*(assistante sociale hospitalière) mais qu'il faut également réussir à contenir car " le travailleur social travaille avec soi, avec son corps. Nous sommes notre propre instrument, notre propre outil de travail... et ça use. Il faut être en capacité de pouvoir développer certains mécanismes tantôt pour pouvoir prendre de la distance, tantôt pour pouvoir fusionner afin de comprendre l'autre et l'aider ", comme le relève Ngor Ndour, psychologue au Samu Social Sénégal. (Barata, 2018).

4.2.4 Un contexte de travail plaçant le professionnel entre l'institution et le bénéficiaire : exemple de l'attribution de la gratuité

Les injonctions institutionnelles en termes d'économie des ressources permettent de mettre en évidence un dernier élément participant à mettre à l'épreuve la pratique des travailleurs sociaux. Ici, nous prendrons l'exemple de l'attribution de la gratuité pour montrer comment elle fait ressurgir des dilemmes éthiques en plaçant le professionnel dans un entre-deux : entre l' institution et l' usager. Comme nous l'avons vu précédemment, le critère d'attribution de la gratuité à l'hôpital nécessite que la demande soit instruite sous le principe du caractère exceptionnel. Elle exige du travailleur social qu'il produise simultanément une justification administrative à l'institution, mais qu'il puisse également légitimer auprès de l'usager le refus auquel il peut se voir confronter.

Dans ce contexte, tout l'enjeu réside dans la manière dont sera construit le récit, l'histoire du cas social, récit qui doit revêtir un caractère ponctuel de façon à ce que le diagnostic et l'exemption totale apparaissent comme incontestable. Ce travail de recodage de bribes d'existences en des situations intelligibles pour les institutions (Soulet, 2016) peut paraître, à bien des égards délicat ou problématique car "il engage une appréciation entre ce qu'elles révéleront et ce que, éventuellement, elles passeront sous silence, afin d'obtenir une certaine logique entre la complexité des situations familiales et le cadre institutionnel. (Avenel, 2002). Or, il faut en quelque sorte défendre le cas des patients sans assistance mais également "faire bonne figure face à l'employeur ou le supérieur hiérarchique"(ibid).

Ainsi, le discours des assistantes sociales reflète une véritable injonction collective à la transparence (ibid): *“sauf si c'est une gratuité, le directeur en général il ne signe pas les gratuités, il va falloir vraiment montrer patte blanche, donner des explications vraiment qui tiennent debout [...] pour les malades SDF qu'on ramasse dans la rue, il n'y a pas de problème, on les prend gratuitement, mais pour les autres malades c'est un peu difficile, il faut que la famille participe”* (assistante sociale hospitalière).

Face à ces situations, chaque assistante sociale a ses astuces pour “rendre son dossier en béton”, consolider sa demande pour que l'institution soit disposée à l'accepter. Pour éviter de recourir à une déconsidération auprès de leur mandataire, les professionnelles doivent “objectiver par un travail de compte-rendu pour qu'on puisse évaluer l'effectivité et l'efficacité et en reconnaître la valeur” (Soulet, 2016). Certaines professionnelles vont choisir d'ajouter un post-it réaffirmant leur demande : *“si des fois je demande la gratuité, on l'accepte, mais de rares cas, il m'arrive de demander pour un malade qui est dans le besoin, il n'a pas les moyens de payer la moitié, je peux faire un dossier et ajouter un post-it par exemple, pour plus expliquer le cas, pour des scanners ou des analyses parfois* (assistante sociale hospitalière). Pour d'autres, il s'agira de s'adresser directement au directeur et de transmettre la demande soi-même ; *“oui quand il s'agit de gratuité totale des fois on me rejette, des fois ils disent non mais c'est rare pour moi parce que là je change de procédure, je ne m'adresse pas à X [chef du service social] , je m'adresse directement au directeur, je fais un résumé en bonne et due forme, avec les éléments clé et je monte moi-même, j'amène ça et le lendemain ou bien quelque temps après l'assistante du directeur m'appelle pour me dire que c'est signé”* (assistante sociale hospitalière).

Face à cette double exigence de satisfaire à la fois les usagers et l'institution, les dilemmes éthiques apparaissent quand il leur revient la lourde tâche d'annoncer au cas qu'elles savent éligible à cette gratuité, le refus qu'elles ont essuyé : *“il m'arrive de faire une gratuité comme le cas de la femme qui devait faire un scanner et une spirométrie mais elle n'a rien, rien, rien. J'ai demandé au directeur, il est passé le 5 mai, pour qu'il lui fasse une gratuité du scanner mais il a refusé. D'habitude quand tu fais la demande, tu mets un post-it pour expliquer, il accepte quoi, mais là il n'a pas accepté, il a dit qu'elle devait payer 25000 sur 50 000 FCFA. Je l'ai appelé, elle a rendez-vous le 30, elle va devoir se débrouiller pour avoir la moitié d'ici là”*(assistante sociale hospitalière). Les professionnels notent tout de même une évolution dans l'attribution de la gratuité qui était plus fréquente à une époque mais la crise financière que traverse l'hôpital justifie ce refus : *“quand on avait un cas extrême qui vraiment nécessite une aide supplémentaire parfois il acceptait [le directeur] mais depuis quelque temps..peut-être que c'est parce que l'hôpital traverse des moments un peu compliqués, les charges sont chères”* (assistante sociale hospitalière). Il faut tout de même souligner que si les demandes sont rares, les refus ne sont pas systématiques car

l'institution, malgré les difficultés financières reconnaît les compétences évaluatives des assistances sociales : *“généralement il signe quand même parce que tu fais ton enquête, pour montrer que c'est un cas extrême qui n'a même pas les moyens de payer la réduction”* (assistante sociale hospitalière) ; *“Il arrive qu'on rejette je pense à deux reprises, depuis que je suis là, deux seulement m'ont été retourné”* (assistante sociale hospitalière).

4.3 Des niches d'autonomies dans un univers contraint

4.3.1 L'artisanat professionnel : la débrouillardise et le “faire avec les moyens du bord” : dépassement des situations d'impuissance pour atteindre l'autonomie

Si les exigences institutionnelles mettent à l'épreuve la pratique des assistantes sociales et peuvent être à l'origine de dilemmes éthiques, les épreuves de professionnalité ne sont pas seulement à appréhender sous le prisme du sentiment d'impuissance, mais doivent également être “mobilisée[s] en termes de défis auxquels les individus sont structurellement confrontés et avec lesquels, en l'absence de solution pré-formée à atteindre, ils doivent composer, bricoler, inventer des arrangements, trouver des compromis en situation” (Soulet, 2016). Au-delà des outils classiques de l'intervention offerts par l'institution, l'ensemble des assistantes sociales en première ligne, vont développer des pratiques de débrouilles où chacune d'entre elles “au travers de leur savoir et [...] expérience[s] accumulée possèdent un large répertoire de situations et de solutions”(Ravon, 2009). Les logiques managériales et le cadre bureaucratique dans lequel évoluent les assistantes sociales remettent donc au devant de la scène la question centrale de l'autonomie et des marges de manœuvre qu'il est possible de dégager. En effet, les assistantes sociales “ne désespèrent pas de réenchanter leur rôle en s'impliquant fortement dans les “zones d'incertitude” (Crozier et Friedberg, 1992) que la rationalisation par finalité du travail social n'a pas encore envahies”(Jean-Philippe, 2011). Comme le rappelle si bien la chef du service social “il faut être un fin stratège car rien n'est réglementé pour le social”. Cette idéologie renvoie aux écrits sur le travail social dont ses spécificités ont participé à “renforcer une représentation de sens commun qui fait du travail social une sorte de “monde à part” ayant ses propres règles et normes de fonctionnement” (Amadio, 2011). Il s'agit ici d'explicitier les différentes ressources mobilisées par les assistantes sociales.

Mobiliser les ressources internes à l'hôpital

Il s'agit tout d'abord de mobiliser les ressources internes à l'hôpital. Sur les 5 services étudiés, les assistantes sociales des services de psychiatrie, pneumologie et du

SMIT ont pris l'initiative de cultiver depuis quelques années un jardin au sein de l'hôpital. La visite des jardins en psychiatrie³² et pneumologie a permis de relever que de nombreux fruits et légumes étaient cultivés : de nombreuses variétés de menthe, du gombo, des concombres, du basilic, de l'oseille, des tomates, des mangues, citrons, papayes, etc... (Annexe : images du jardin de l'un des services de l'hôpital). Les jardiniers vendent ensuite les produits de la récolte dans plusieurs marchés de Dakar. Les ventes peuvent également se faire au sein même de l'hôpital. En psychiatrie par exemple, l'assistante sociale coupe elle-même la menthe, l'oseille ou le gombo, les lave et les transpose dans des sachets qu'elle vendra à 500 FCFA l'unité aux professionnels et agents de l'hôpital ainsi qu'aux accompagnants.

Les assistantes sociales expliquent que les ventes du jardin se révèlent assez utiles pour joindre les deux bouts et régler certaines situations. La moitié des gains revient au jardinier, une partie est réservée au rachat des intrants, et l'autre permet de financer certains actes ou prestations. En psychiatrie, les recettes tournent autour 60, 70, 80 parfois 100 000 FCFA par mois, surtout que le gombo se révèle assez rentable. L'assistante sociale de pneumologie évoque des recettes qui vont parfois jusqu'à 150 000 FCFA par mois. L'assistante sociale de psychiatrie confie : *“on accompagne les patients dans l'achat des ordonnances surtout parfois pour compléter un bilan, tu dois payer par exemple 20 000 FCFA il te dit que moi j'ai 15 000 ou bien j'ai 10 000 FCFA, nous on complète.”*(assistante sociale hospitalière).

D'autre part, les assistantes sociales sont amenées dans des situations d'urgence à user de leurs compétences relationnelles et de leur réseau au sein de l'hôpital. Dans la résolution d'une situation complexe ou préoccupante, l'entraide peut prendre plusieurs formes. L'une d'elle consiste à solliciter certaines unités ou services de l'hôpital pour une prise en charge gratuite de médicaments, d'analyses ou de radios.. Ainsi, une assistante sociale explique : *“Maintenant si vraiment on n'a pas le choix, il nous arrive de nous déplacer au labo [interne au service] pour quémander ou demander à ce qu'on fasse la radio, le bilan ainsi de suite mais en général on essaie de se débrouiller pour qu'au moins l'urgence se fasse et le reste on verra après”*. (assistante sociale hospitalière). Il faut noter qu'il subsiste une certaine incertitude dans cette démarche et que certains laboratoires sont plus difficiles d'accès que d'autres en raison d'un plus grand contrôle de l'institution. Une assistante sociale souligne : *“le labo [au sein du service], il n'y a pas de problème, ils acceptent s'il y a les réactifs, [...] mais au niveau central c'est un peu difficile parce qu'ils sont contrôlés, parce qu'en général les labos qui sont là [au sein du service] , ce sont des*

³² En psychiatrie, les assistantes sociales expliquent que l'objectif premier du jardin n'était pas destiné à la culture de fruits et légumes : *“Le jardin, bien que son objectif premier c'était l'ergothérapie, faire en sorte que les patients s'y intéresse pour lutter contre l'oisiveté mais il faut dire que c'est un objectif qu'on n'a pas atteint jusqu'à présent parce que les patients disent moi je suis là pour me soigner. Il faut sensibiliser les malades, leur dire que ça fait partie des activités du service, mais bon on peut pas les forcer”* (assistante sociale hospitalière).

labos financés par des projets...c'est des études qui se font, facilement s'ils ont des réactifs ils peuvent nous faire les analyses » (assistante sociale hospitalière).

Le recours aux autres services a pu être observé durant les observations pour résoudre des situations d'impasse comme la prise en charge d'une patiente hospitalisée venant de l'étranger. C'est au cours d'une visite que l'intervenante a remarqué que depuis son arrivée elle n'avait pas encore réalisé ses analyses. La patiente vient de Guinée, avec son mari ils sont au Sénégal depuis moins d'un an. Le mari travaille au marché alors qu'elle est sans emploi. L'assistante sociale les informe alors qu'elle va les aider en demandant au laboratoire de prendre en charge certains bilans.

Par ailleurs, les quêtes financières sont également une ressource sur laquelle s'appuient de nombreuses assistantes sociales, en y participant elles-mêmes et en demandant aux professionnels du service d'apporter leur contribution. Cette cotisation financière peut être organisée de manière informelle, à l'initiative du service social, ou suite à une demande de la part des professionnels de santé. Ces derniers peuvent également organiser une quête. Dans l'un des services, une des assistantes sociales explique qu'elle mobilise des ressources pour un jeune garçon longuement hospitalisé qui a rapidement besoin de réaliser un scanner. Etant donné que le service social ne prend pas en charge cette prestation, le professeur du service lui a demandé de réaliser une quête.

Selon les services, les quêtes peuvent être plus ou moins récurrentes : *"ici dans notre service, il nous est arrivé plusieurs fois de faire des quêtes pour des dossiers en urgence comme des analyses qu'on devait faire. Pas plus tard que le mois passé, on a fait une quête pour un SDF, c'était même pas un SDF, ce sont ses amis qui l'ont amené jusqu'ici et l'ont abandonné. Là, on était obligé de le prendre en charge. On a fait une quête dans tout le service. On a récolté une somme d'argent assez conséquente. Et puis voilà on a pu faire les bilans"* (assistante sociale hospitalière). Dans d'autres services, certaines assistantes sociales font le choix de ne pas organiser de quêtes car le service social peut être perçu par les autres services comme une unité consommatrice ou dépensière : *"les quêtes aussi ça pose problème, le personnel à force de demander, ils disent nous on est fatigué, vous demandez trop* (assistante sociale hospitalière). Les propos de cette professionnelle font écho au discours de l'assistante sociale du centre de santé qui confie : *"le plus souvent les travailleurs sociaux ne sont pas du tout aimés, parce que tout simplement on les considère comme des consommateurs, ce sont des gens qui dépensent quoi. C'est des gens qui produisent pas mais qui demandent, demandent, demandent"* (assistante sociale centre de santé).

Les recherches sur les dynamiques de l'intervention sociale mettent également en avant ce constat souvent entendu et ancré, en particulier à l'hôpital : *"le social coûte cher et ne rapporte pas"*(Beaugrand et al., 2002). Ainsi, les pratiques de débrouilles, si elles offrent plus d'autonomie aux assistantes sociales ne sont pas dénuées d'un certain coût auprès

des autres professionnels de la structure sanitaire : *“J’espère que le pharmacien voudra bien me faire ça, mais je lui demande tellement de choses* (assistante sociale hospitalière) et nécessite une certaine gymnastique ou acrobatie quotidienne : *“si on avait assez d’autonomie on n’aurait pas à aller demander, on pourrait régler nos problèmes sans demander [...] on n’a pas un financement parce qu’il faut qu’on aille passer par là, passer par là, faire une gymnastique pour résoudre tel cas”*(assistante sociale hospitalière). Dans ce contexte, il est pertinent de qualifier comme le souligne Emmanuel Nicolas, *“cet artisanat professionnel”* sous le vocable de *“ressources résiduelles”* car il traduit la mobilisation de ressources sans nier le fond de souffrances multiples sur lesquelles ces possibilités émergent et souvent s’appuient (Nicolas, 2009).

La relation du service social avec l’univers de la philanthropie, les bonnes volontés et des partenaires financiers

Par ailleurs, au-delà des moyens financiers fournis par les structures sanitaires, les assistantes sociales ont souvent évoqué solliciter l’appui de partenaires financiers et de bonnes volontés dans la prise en charge des cas sociaux. À l’hôpital, les relations des assistantes sociales avec ces acteurs mettent en évidence une certaine division du travail. Alors que la chef du service social central joue le rôle de facilitatrice entre l’hôpital et les tiers pour trouver des partenaires étatiques et des fondations ou associations, les assistantes sociales au niveau des services cliniques gèrent les dons accordés par des individualités ou bonnes volontés.

Cette répartition permet de donner aux assistantes sociales plus de marges de manœuvre en réduisant les intermédiaires et les lourdeurs administratives qu’une gestion centralisée de l’ensemble des partenaires impliquerait : *“je leur laisse gérer leurs partenaires, c’est plus simple et plus souple parce que si elles viennent ici, faut formaliser, voir le directeur, alors que là c’est plus informel. Ici c’est compliqué, c’est l’Etat, c’est le Ministère des Finances, c’est pour ça que pour contourner ce problème là, on a trouvé des partenaires, je leur dis au niveau des services si vous avez quelqu’un qui peut aider pour les urgences allez-y ”* (chef du service social central).

Pour ces professionnelles, les bonnes volontés sont l’un des moyens utilisés afin de résoudre certains dilemmes quotidiens : *“souvent ça arrive [les situations de dilemmes] et c’est à ce moment-là que j’appelle les bonnes volontés qui sont en dehors de l’hôpital , si on me présente un cas dans le besoin, je peux rien faire, l’hôpital ne me donne pas, la caisse n’est pas suffisante, alors une bonne volonté peut m’envoyer par orange money, wave et puis le problème est réglé”* (assistante sociale hospitalière) ; *“si c’est un problème de médicaments et qu’à notre niveau on n’a pas de sous pour ça, il nous arrive d’appeler des gens vraiment pour qu’ils réagissent ”*(assistante sociale hospitalière). En échange de ces

dons, les professionnelles doivent alors faire preuve de bonne foi en envoyant les factures ou les preuves des prestations à réaliser : *"Voilà l'année dernière, il y avait une bonne volonté qui disait à X [l'assistante sociale] à chaque fois que vous avez ce genre de cas, faut me faire signe je vous envoie l'argent, Il faut juste en retour m'envoyer l'ordonnance ou le reçu de la pharmacie"* (Interne en psychiatrie).

Les ressources financières provenant de ces bonnes volontés sont souvent utilisées pour payer les médicaments des patients démunis. Ainsi, plusieurs assistantes sociales ont confié que ces dons peuvent être faits sous la forme de dépôts d'argent dans des pharmacies externes à l'hôpital : *"oui, parfois on a des bonnes volontés, par exemple fin 2021 on avait 195 000 FCFA qu'on avait déposées à la pharmacie en face, là quand un malade vient, je remplis le bulletin je signe je mets mon cachet, le malade va partir récupérer les médicaments "* (assistante sociale hospitalière). Ces dons sont souvent faits de manière anonyme et les professionnels de santé tout comme les assistantes sociales indiquent qu'une partie des donateurs peuvent être d'anciens patients ayant un peu de moyens.

Si les actes de bienfaisance sont un véritable appui pour les différentes assistantes sociales, la limite qu'ils présentent repose sur leur faible récurrence. Phénomènes rares et ponctuels *"c'est pas régulier, on peut en avoir en masse ou on peut rester 2 mois, 3 mois sans rien avoir"* (assistante sociale hospitalière), ces dons apparaissent de manière périodique : *"les partenaires viennent beaucoup plus pendant le mois de Ramadan, ils nous donnent en nature, à manger ou bien de l'argent, là vraiment ils sont plus présents pendant le ramadan"* (assistante sociale hospitalière). Cette forme de solidarité est à documenter en ancrant cette analyse aux réalités locales, en prenant en compte les paramètres culturels et religieux du pays. Étant donné la place prépondérante de la religion dans la société sénégalaise avec 90 % de la population sénégalaise musulmane de la branche sunnite, une grande partie suivent les conseils de chefs religieux. Un système de croyance accordant une importance considérable à l'aumône que l'on appelle "Sadaqa ". Ce qui explique la pratique répandue de l'aumône, que l'on peut considérer comme une "économie du salut" (Damon, 1997) , où nourriture et argent sont distribués dans l'espoir de satisfaire un devoir religieux. La croyance est que la récompense de Dieu est la plus gratifiante et que les plus charitables seront rétribués dans l'Au-Delà. D'autre part, les confréries religieuses ont une forte influence sur la façon dont les affaires religieuses, sociales et politiques sont traitées (Couty, 1974). De ce fait, les sermons de la prière du vendredi sont souvent l'occasion de rappeler ce devoir de charité envers les plus démunis. L'aumône occupe un rôle social très important, exacerbé lors du mois de Ramadan où il est préconisé d'intensifier ces actes de bienfaisance. La place importante de ce sentiment de responsabilité individuel, en dehors du facteur religieux, s'explique également par la prise de conscience relativement généralisée

au sein de la société des carences et de la difficulté pour les personnes démunies à bénéficier d'un secours institutionnel organisé.

Les bonnes volontés se faisant parfois rares, le service social central consacre une partie de son travail à collaborer avec des partenaires associatifs (Fond de solidarité, Fondation Soutoura, Association Nour) liés au service social de l'hôpital par la signature de conventions. Ainsi, certains cas sociaux peuvent être référés vers ces associations pour la prise en charge de certaines de leurs ordonnances : *"parfois je suis un peu bloquée, surtout pour l'achat des médicaments, tout à l'heure il y a un vieux qui est venu avec une ordonnance 14 000 FCFA, il a même pleuré, j'étais obligé d'appeler madame X [la chef du service social central], elle m'a demandé de faire un dossier, là elle a contacté l'association Nour"* (assistante sociale hospitalière). Néanmoins l'assistante souligne quelques contraintes temporelles : *"mais quand même ça prend du temps, parce qu'il faut envoyer le bulletin du malade, son n° de téléphone et attendre peut-être 1 ou 2 jours pour qu'ils puissent régler le cas"* (assistante sociale hospitalière)

En parallèle, pour doter le service social d'une autonomie financière plus grande, la chef du service social central a ouvert un compte tiers payant, nourri par des dons reçus par des associations. L'ouverture de cette ligne budgétaire permet de réduire les procédures administratives et gagner en réactivité : *"rien que pour les cas sociaux, sur le compte de l'hôpital j'ai demandé à ouvrir une ligne compte tiers-payant, je suis la seule à signer, ça ne passe pas par le directeur. Maintenant quand vous me donnez de l'argent je mets ça sur le compte de l'agence comptable, il enregistre ce versement sur la ligne compte tiers payant du service social"*(chef du service social central). Ce compte vient en appui pour dénouer des situations d'urgence où le malade se retrouve à l'hôpital sans aucune assistance : *"c'est pour les urgences, généralement on m'amène un malade, comme avant-hier on m'a amené une plaie cervicale, les sapeurs l'ont déposé et sont partis sans rien laisser, la majore m'appelle affolée, le patient n'a rien, j'ai été obligé de prendre sur le compte tiers-payant"*(chef du service social central). Il permet donc de financer certains médicaments mais également certaines analyses *"généralement ce sont des bilans de moins 20 000 FCFA donc je fais la prise en charge pour le malade"* (chef du service social central). Certaines assistantes sociales peuvent de temps à autre y avoir recours mais de manière limitée car les fonds s'épuisent rapidement : *"on a quand même un compte tiers payant qui est géré par Madame X [chef du service social central] où les gens qui sont vraiment dans l'urgence, l'urgence, l'urgence, on peut la solliciter [...] mais cette caisse là, ça finit vite car la demande est trop forte"* (assistante sociale hospitalière).

Enfin, au service de neurologie, une assistante sociale a décidé de créer une association pour élargir ses ressources et sa marge de manoeuvre : *"par semaine l'hôpital*

nous accorde 2 cas pour tous les services mais au niveau de ce service [...] , *on reçoit plus de 10 cas par jour, mais moi j'ai des aides, je n'attends pas tout de l'hôpital [...]. On a mis sur place une association puisque 80% de nos patients souffrent d'AVC, donc nous le personnel et quelques accompagnants, on a pris l'initiative de créer cette association en 2018*" (assistante sociale hospitalière). Les conditions d'admission reposent sur l'achat d'une carte membre à 5000 FCFA. Le cumul des différentes adhésions permet non seulement de financer les médicaments et les analyses des patients traités pour des maladies chroniques mais d'apporter un appui alimentaire à la famille du patient : *"Maintenant c'est une association qui fait beaucoup beaucoup de choses pour les accompagnants, pour les malades et la famille parce que si le père de famille est hospitalisé et puis rien ne va plus à la maison, nous recevons des dons en nature, du riz de l'huile du sucre"* (assistante sociale hospitalière). Le moment des visites est opportun pour proposer aux patients et aux accompagnants l'aide que peut leur apporter l'association. Ainsi, cette initiative est un exemple des stratégies mises en place par les professionnelles pour réduire le poids et la responsabilité quotidienne de devoir trouver des solutions à des situations qui paraissent parfois sans issues : *"grâce à l'association, vraiment je suis allégée, je souffre pas beaucoup"* (assistante sociale hospitalière).

Par ailleurs, au centre de santé, la relation du service social avec l'univers de la philanthropie est tout aussi importante. Dès les premières observations dans la structure, l'assistante sociale est présentée unanimement par l'ensemble des membres de l'équipe cadre comme une personne qui fait "bouger les choses", impliquée, engagée, toujours à la recherche de partenaires. Ainsi, la relation du service social avec les partenaires est un des moyens pour identifier des similarités et des différences entre les deux structures sanitaires étudiées. D'une part, l'assistante sociale s'adresse également à des bonnes volontés en exposant les besoins que rencontrent les cas sociaux en matière de prise en charge : *"il faut promouvoir, même si le centre n'a rien, je dois être capable d'aller chercher. je sais qu'il y a telle ou telle personne dans la communauté prête à aider mais qui ne sait pas ce qui se passe[...]* Comme j'ai l'habitude de le dire, pour la prise en charge sociale nous n'avons pas l'habitude de donner tout simplement, nous faisons la promotion de la structure pour inciter les gens à investir particulièrement dans le volet social, parce que X est une structure à caractère social. D'emblée au Sénégal, tout le monde nous connaît dans la prise en charge sociale. Non seulement en dehors des moyens dont nous disposons, nous sommes toujours à la recherche de ressources additionnelles pour appuyer la prise en charge de nos cas. C'est le rôle que j'essaye de jouer au niveau du centre et du district. (assistante sociale hospitalière). Un des moyens utilisés par l'assistante sociale pour vulgariser ces problématiques passe par l'utilisation de plateformes télévisées et émissions de presse. Suite à ses interventions publiques, certaines familles religieuses aisées voulant faire acte de bienfaisance - souvent durant la période de Ramadan - prennent contact avec

l'assistante sociale pour faire des dons en nature : *"La fille de X, qui nous a reçus, qui a l'habitude de donner, chaque ramadan...elle m'a dit c'est parce que vous avez fait un bon témoignage que je voulais vous voir. Chaque année, c'est des kilos de dattes et du coup elle m'a donné beaucoup d'argent. Elle m'a donné 200 ou 300 000 FCFA pour les ordonnances. Les 300 000 FCFA je les ai remis au CDS, du coup on a payé les ordonnances de tous les patients qui étaient là. Jusqu'à présent c'est un partenaire qui est là, qui nous accompagne."*(assistante sociale centre de santé). L'assistante sociale peut également prendre contact avec ces bonnes volontés pour résoudre la situation d'un cas social surtout lorsque sa prise en charge nécessite une intervention coûteuse qui n'est pas prise en charge par le service social : *"il nous arrive souvent de dire qu'il y a des bonnes volontés qui sont là, tapies dans l'ombre, qui veulent aider sans pour autant que quelqu'un le sache. Un patient par exemple qui a 100 000 FCFA et il lui faut un complément de 100 000 FCFA"* (assistante sociale centre de santé).

En dehors de ces bonnes volontés, l'assistante sociale est également amené à mobiliser les ressources internes à l'hôpital pour augmenter les fonds destinés aux cas sociaux. Ainsi, un partenaire a financé la construction du bloc administratif du centre de santé. L'assistante sociale a pris l'initiative de louer l'une des salles de réunion équipée par ce partenaire, à 50 000 FCFA par jour. Cette salle peut être louée pour organiser des programmes du ministère. Cet appui financier supplémentaire était surtout utilisé à l'époque où il n'y avait pas encore d'initiatives de gratuité et que la demande d'exonération auprès du service social était largement plus forte. Aujourd'hui, elle peut être louée à l'occasion, lorsqu'elle n'est pas utilisée dans le cadre des réunions par l'équipe cadre.

Une autre stratégie pour augmenter le budget du service se distingue légèrement de ce qui a pu être observé à l'hôpital. Moins directe que le recours à des bonnes volontés ou à la location pour résoudre des cas quotidiens, l'assistante sociale s'est engagée à adopter une autre posture. Cette dernière est intimement liée au mode de financement du centre, la majeure partie des recettes du centre émanant de la participation financière des populations aux soins. La clé de répartition des finances du centre attribue 5% des recettes au service social, l'objectif pour l'assistante sociale est donc d'augmenter les recettes globales de la structure afin d'augmenter les recettes du service social. Rendre plus attractive la structure passe par l'amélioration du plateau technique du centre ainsi que la qualité de l'accueil. Pour réaliser ces objectifs, l'assistante sociale s'est constitué un portefeuille relationnel de partenaires issus de différents milieux vers lesquels elle va promouvoir les activités réalisées au sein du centre. Ainsi, "selon E. Friedberg (1993, p. 93), la constitution d'un réseau dans l'organisation suppose une condition indispensable : "l'acteur professionnel doit pouvoir construire un réseau d'interlocuteurs [...], c'est-à-dire mobiliser ou "intéresser" les acteurs pertinents"(Saint Martin, 1999).

La presse est également utilisée pour rendre visible les différentes activités réalisées au centre, surtout celles organisées autour de l'accouchement *“souvent, parce qu'on a l'habitude de faire la promotion de la structure, des fois on invite la télé pour montrer telle activité que nous faisons, des fois on organise des journées du 8 mars avec des activités basées sur le genre”*(assistante sociale au centre de santé) ; *“Comme le centre jusqu'à présent est la première maternité du Sénégal en termes d'activité donc avec l'unité de néonatalogie on fait visiter et le plus souvent les gens appuient”* (assistante sociale centre de santé). Le discours de l'assistante sociale met donc en évidence une sollicitation des partenaires qui se concentre sur une des spécialités du centre : l'accouchement (600 par mois). Ainsi à la différence de l'hôpital : *“l'assistante sollicitera, le plus souvent, un réseau établi de professionnels extérieurs à la structure ou des organisations administratives, en relation avec le caractère étroitement spécialisé de la structure (ibid).*

En 2012, le plateau technique du centre s'est drastiquement transformé grâce à une visite réalisée de manière improvisée d'une personnalité publique influente, qui a financé à hauteur de 40 000 000 FCFA le bloc opératoire et l'unité de néonatalogie. L'assistante sociale revient sur cette interaction : *“Un soir, moi j'ai l'habitude de rester jusqu'à 19-20h, j'ai vu quelqu'un qui était en train de distribuer [de l'argent] dans la salle d'attente de la maternité. Il y avait un véhicule avec une dame et un monsieur, à chaque fois qu'un individu se présentait on lui donne de l'argent, 50 000 FCFA. Je m'apprêtais à partir, je suis venue leur dire, je veux savoir vous êtes en train de donner, c'est une activité sociale, je suis la responsable du service social, je suis censée savoir ce que vous faites [...] . Entre temps X a baissé sa vitre, cette dame qui a l'habitude de faire beaucoup de social, elle peut rentrer dans un hôpital, payer beaucoup de choses et repartir sans que les gens le sachent. Je lui ai dit c'est toi que je cherchais [...] Maintenant ce que je voudrais c'est que vous descendiez, je vais vous montrer ce que nous faisons, comme je fais beaucoup de social, et vous vous aimez beaucoup le social. Ensemble on a fait le tour de la structure. Ce jour-là, vous voyez la salle d'urgence, elle m'a offert plus de 40 millions de matériel, c'est pour cela qu'on a eu la salle d'urgence. À chaque fois que je dis que nous avons besoin de telle chose, j'appelle et le lendemain on est livré, c'est comme ça et jusqu'à hauteur de 40 millions”* (assistante sociale centre de santé).

Autre exemple, en 2014, le service social avait organisé dans le cadre de la journée de la femme une présentation sur le thème de l'accouchement humanisé³³ en mettant en avant les bienfaits qu'il y aurait derrière la distribution de collations sous la forme de bouille

³³ Le mouvement d'« humanisation des naissances » a émergé à la fin des années 1970 en réponse aux dénonciations par des mouvements militants internationaux (groupes féministes et associations professionnelles) contre les violences faites aux femmes lors de l'accouchement au sein des structures de santé. Dans ce cadre, le modèle de soins est orienté vers la femme en encourageant une prise de décision partagée avec les professionnels. D'autre part, une grande importance est accordée au respect, à la dignité, aux croyances et à la culture des patientes. Parmi les conditions essentielles à ce type d'accouchement, on retrouve le choix libre de la position d'accouchement ; des techniques non pharmacologiques pour soulager la douleur ou encore la liberté de manger et de boire durant le travail (Gélinas, et al., 2021).

de mil, à chaque femme venue pour accoucher. Ayant invité plusieurs partenaires, une directrice d'école s'est engagée à lui envoyer chaque mois les denrées utiles à la conception de cette collation. Un coin cuisine a donc été aménagé dans le centre où une cuisinière prépare la bouillie pour l'ensemble des femmes enceinte. Un autre partenaire, basketteur connu au Sénégal finance des kits de bienvenue pour l'accouchement, offerts pour chaque nouveau-né. C'est par le biais d'un des médecins sportif du centre que le contact a pu être entrepris. Enfin, l'assistante sociale évoque les dons fournis au centre par des hôtels de standing pour améliorer l'accueil *"il y a beaucoup d'hôtels qui sont dans le secteur qui me donne les draps, je coupe je mets la sérigraphie du centre. C'est l'hôtel Terrou bi ou Radisson qui m'ont donné quand on a eu à faire le plaidoyer"* (assistante sociale centre de santé).

CONCLUSION

L'analyse des activités professionnelles en "situation" a permis de recueillir les expériences des assistantes sociales en se donnant pour objectif de comprendre de l'intérieur le service social dans ses représentations et ses pratiques. Les assistantes sociales contraintes de respecter certaines directives institutionnelles face au manque de moyens qui caractérise les structures sanitaires voient leurs pratiques professionnelles mises à l'épreuve de différentes manières.

Tout d'abord, d'un point de vue des attributions financières et des représentations associées au processus de sélection des bénéficiaires. Ainsi, les tensions les plus fréquemment évoquées par les assistantes sociales sont d'une part celles qui s'établissent entre la fonction d'aide et la fonction de contrôle, et d'autre part celles reposant sur les perceptions de l'aide sociale comme droit inconditionnel ou comme aide au mérite (Keller, 2005). En effet, l'évaluation et la sélection des bénéficiaires lors de l'enquête sociale prennent au dépourvu une culture professionnelle tournée vers la confiance et l'aide à toute personne dans le besoin. Ainsi, le processus qui sous-tend les pratiques d'attribution est loin d'être neutre. Au contraire, les assistantes sociales s'appuient non seulement sur des critères formulés par l'institution, mais piochent quotidiennement dans un répertoire de valeurs subjectives et morales utiles à l'interprétation des demandes individuelles. Ainsi, le jugement fondé sur le mérite constitue l'un des éléments de ce répertoire, et implique nécessairement une appréciation qui se veut comparative - "par rapport à ce que l'individu a vécu, à ses contributions, à ses efforts antérieurs, et renvoie de ce fait à une justice proportionnelle qui encourage la productivité, la contribution, la participation" (Blondel, 2002) - et éloignée d'une représentation passive du bénéficiaire.

Par ailleurs, nous avons vu que le manque d'autonomie financière pouvait amener à créer un sentiment d'impuissance face à certaines situations qui nécessitaient d'apporter des solutions immédiates à des problèmes ponctuels. Ces dernières pouvant être interprétées comme de véritables "épreuves de professionnalité" (Soulet, 2016). Alimentées par des dilemmes et conflits de valeurs entre l'allégeance à l'institution et les valeurs propres au travail social. De ce fait, la gestion des situations d'urgence dans un contexte d'incertitude, les lourdeurs des procédures administratives et les retentissements de l'urgence sociale sur les professionnelles participent à bousculer la relation d'aide pourtant considérée comme le souligne Françoise Dubet comme "la référence ultime [...] le sel du métier, comme [un] espace héroïque" (Amadio, 2006). Cette dernière permet alors de compenser les situations qui restent parfois sans issues car "le travailleur social a choisi de faire ce qu'il fait parce qu'il est concerné par autrui, parce qu'il est interpellé par sa souffrance, parce qu'il sait reconnaître une situation d'injustice, parce qu'il a appris à décoder un regard. Il ne résout pas nécessairement les problèmes qu'il rencontre mais il est

présent et l'autre le sait" (Beaugrand, et al., 2002). Néanmoins, ces difficultés peuvent aussi être repensées comme des opportunités de réinventer les pratiques du travail social. Les épreuves de professionnalité deviennent alors des supports au développement de pratiques de débrouillardises permettant aux assistantes sociales de regagner en autonomie financière et professionnelle. Une grande partie de cette autonomie est gagnée grâce au travail de visibilisation des problèmes que rencontrent les cas sociaux vers différents partenaires (associatifs, caritatifs, bonnes volontés).

En prenant un peu de recul sur la question des ressources financières, nous pouvons remarquer qu'avec la recherche de partenaires, le travail social repose sur des financements situés "hors marché" (Chopart, 1996). Il s'inscrit dans une démarche non-concurrentielle où " les questions d'équilibre budgétaire, la dimension des coûts, les calculs de productivité sont des notions souvent étrangères aux travailleurs sociaux « (ibid). Ce qui rappelle les propos de l'un des enquêtés de l'ENTSS au sujet des effets de la gestion des structures hospitalières sur le travail social : *"il ne faut pas les suivre dans cette logique parce que sinon le travailleur social s'accommode mal de la nouvelle gestion publique, des chiffres, nous on est dans une autre logique, notre priorité c'est la satisfaction de l'utilisateur mais pas cette gestion financière. Si vous rentrez dans cette logique, vous ne ferez plus votre travail correctement, ça je ne le cesse de le répéter aux professionnels "*. (Enquête ENTSS). Avec toutes les difficultés qu'impliquent les carences financières, la mise à distance de cette logique financière permet finalement à "l'intervention sociale de se déployer dans un espace "neutralisé", un espace où les contraintes économiques ne viennent pas contredire les fonctions de réparation ou de pacification qui sont au centre des missions du travail social " (Chopart, 1996)

En termes de perspective de recherche, cette étude pourrait être complétée par des enquêtes au sein d'autres structures sanitaires à Dakar mais également dans les régions et zones rurales, où la pauvreté sévit de manière plus importante. Le service social pourrait certainement présenter des spécificités en termes de financements mais également de public accueillis. Une autre piste à creuser se rapporte à l'expérience des usagers du service social plus particulièrement dans la recherche de ressources financières. Comme nous l'avons vu, la mobilisation de la solidarité intra-familiale permet très souvent aux malades de collecter de l'argent issu des proches à l'étranger ou dans le pays-même. Néanmoins, il est très courant de voir d'autres formes de mobilisation avec des accompagnants qui "mendent" au sein des structures - auprès d'autres usagers ou agents de l'hôpital - une aide pour financer un bilan, une analyse ou des médicaments. Il serait donc intéressant de documenter ces pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Aballéa, F. (1996). Crise du travail social, malaise des travailleurs sociaux. *Revue des politiques sociales et familiales*, 44(1), 11–22. <https://doi.org/10.3406/caf.1996.1734>
- Amadio, N. (2006). Urgence et mélancolie dans le travail social. *Communication et organisation. Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle*, 29, 206–219. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.3412>
- Amadio, N. (2011). *Le travail social de secteur à l'épreuve des logiques managériales* (p. 119–133).
- ANSD. (2021). Enquête harmonisée sur les Conditions de vie des Ménages (EHCVM) au Sénégal, Rapport final, ANSD, MEPC, UEMOA, Banque Mondiale, 181p.
- Arborio, A.-M. (2007). L'observation directe en sociologie : Quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 90, 26. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0026>
- Astier, I. (2007). 1. Activer. In *Les nouvelles règles du social* (p. 21–37). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-nouvelles-regles-du-social--9782130557159-p-21.htm>
- Atchessi, N., De Allegri, M., Kadio, K., Pigeon-Gagné, E., Ouedraogo, S., & Ridde, V. (2018). Du concept d'indigence aux interventions de santé publique réflexions du Burkina Faso. In *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approche anthropologiques comparées*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01773190>
- Avenel, C. (2002). Le travail social à travers les pratiques d'attribution des aides financières. *Revue des politiques sociales et familiales*, 67(1), 3–19. <https://doi.org/10.3406/caf.2002.1001>
- Bachmann, L., & Rodari, S. (2014). Analyser le travail social. Une approche intégrant l'agentivité et les rapports sociaux. *Pensée plurielle*, 36(2), 121–132. <https://doi.org/10.3917/pp.036.0121>
- Barata, Y. (2018). Une profession plurielle, une éthique commune. *Empan*, 109(1), 49–53. <https://doi.org/10.3917/empan.109.0049>
- Beaugrand, J., Caubet, E., Floch, M.-N. L., Roland, F., & Segouin, S. (2002). *LE SERVICE SOCIAL HOSPITALIER : De l'état d'indigence à l'appropriation des droits ?* Editions L'Harmattan.
- Béliveau, G., & Hébert, L. (2005). Les modèles de rattachement du service social en milieu hospitalier. Des faits, des enjeux et des défis. *Service social*, 45(3), 9–30. <https://doi.org/10.7202/706735ar>
- Ben Mrad, F. (2012). Définir la médiation parmi les modes alternatifs de régulation des conflits. *Informations sociales*, 170(2), 11–19. <https://doi.org/10.3917/inso.170.0011>

- Bernard, L., & Lopez, M. (2019). *Posture et accompagnement des travailleurs sociaux dans le domaine de l'asile*. <https://sonar.ch/global/documents/315729>
- Berthiaume, J.-F. (2009). *Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier*. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_131_8._origines.pdf
- Blondel, F. (2002). La relation d'aide aux personnes en difficulté : Entre habilitation de la personne et assignation à une place sociale disqualifiée. *Cahiers de recherche sociologique*, 37, 203–232. <https://doi.org/10.7202/1002324ar>
- Blum, F. (2002). Regards sur les mutations du travail social au XXe siècle. *Le Mouvement Social*, 199(2), 83–94. <https://doi.org/10.3917/lms.199.0083>
- Boujut, S. (2005). Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle. *Déviance et Société*, 29(2), 141–153. <https://doi.org/10.3917/ds.292.0141>
- Bouquet, B. (2007). Le travail social à l'épreuve. Face aux défis, dynamiques et reconquête de sens... *Empan*, 68(4), 35–42. <https://doi.org/10.3917/empa.068.0035>
- Bourque, M. (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Presses de l'Université Laval.
- Boutanquoi, M. (2001). *Travail social et pratiques de la relation d'aide*. Harmattan.
- Boyé, J. (2018). Des références communes en travail social ? Le détour par l'international. *Empan*, 109(1), 43–48. <https://doi.org/10.3917/empa.109.0043>
- Charlier, J. & Pierrard, J. (2001). Systèmes d'enseignement décentralisés dans l'éducation sénégalaise, burkinabé et malienne : analyse des discours et des enjeux. *Autrepart*, 17, 29–48. <https://doi.org/10.3917/autr.017.0029>
- Chopart, J.-N. (1996). Le travail social face aux mutations économiques. *Revue des politiques sociales et familiales*, 44(1), 23–36. <https://doi.org/10.3406/caf.1996.1735>
- Clairet, L. (2013). *LE DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES FUTURS TRAVAILLEURS SOCIAUX À TRAVERS LA FORMATION UNIVERSITAIRE DE PREMIER CYCLE*. 109.
- Couty, P. (1974). D. B. Cruise O'Brien, The Mourides of Senegal. The Political and Economic Organization of an Islamic Brotherhood. *Homme*, 14(1), 95–98.
- Damon, J. (1997). La mendicité : Traque publique et ressource privée. *Revue des politiques sociales et familiales*, 50(1), 109–127. <https://doi.org/10.3406/caf.1997.1806>
- Diagnostic de l'économie informelle au Sénégal Genève, Bureau international du Travail, 2020 : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_735752.pdf
- Diouf, M. (1992). La crise de l'ajustement. *Politique Africaine*, 62–85. <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/045062.pdf>
- Desclaux, A. & Sow, K. 2002 « La solidarité familiale dans la prise en charge des patients: réalités, mythes et limites », in Desclaux, Laniece, Ndoeye & Taverne (eds) *L'initiative*

sénégalaise d'accès aux ARV, analyses économiques, sociales, comportementales et médicales, Paris : ANRS

- Deville, C., Escot, F., Ridde, V., & Touré, L. (2018). Recherche - Les processus d'identification des plus pauvres à l'épreuve du terrain : Une comparaison Bénin-Mali-Sénégal - Inter-réseaux. <https://www.inter-reseaux.org/>. <https://www.inter-reseaux.org/ressource/recherche-les-processus-didentification-des-plus-pauvres-a-lepreuve-du-terrain-une-comparaison-benin-mali-senegal/>
- Diallo, Y. (2003). 5. Pauvreté et maladie. In Y. Jaffré & J.-P. Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière* (p. 157). Editions Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.jaffr.2003.01.0157>
- Dieng, M., Audibert, M., Hesran, J.-Y. L., & Dial, A. T. (2015). *Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01027504>
- Endean, A. (2010). Au « cœur » du travail social l'affectivité chez les professionnels du social entre négation et négociation. *Le sujet dans la cité*, 1(1), 182–191. <https://doi.org/10.3917/lhdlc.001.0182>
- Eric, A. M., MATHONNAT Jacky et DE ROOTENBEKE. (2003). *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. KARTHALA Editions.
- Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.fass.2008.01>
- Gaye, A. (2018). *La construction de l'administration du Sénégal : Entre réalités sociétales et génie de modernisation ?* <https://ceracle.com/wp-content/uploads/2020/06/La-construction-de-l%E2%80%99administration-du-S%C3%A9n%C3%A9gal-entre-r%C3%A9alit%C3%A9s-soci%C3%A9tales-et-g%C3%A9nie-de-modernisation.pdf>
- Gélinas, É. & Malle Samb, O. (2021). L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal. *Santé Publique*, 33, 695-704. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0695>
- Grimard, C., & Zwick Monney, M. (2016). Les capacités d'agir des travailleurs sociaux. *Pensée plurielle*, 43(3), 85–95. <https://doi.org/10.3917/pp.043.0085>
- Gueye, Ak. (2009). *ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL* (p. 41).
- IDRC,. (2014). *L'équité dans l'accès aux soins de santé au Sénégal*. <https://idl-bnc-idrc.dspace.direct.org/bitstream/handle/10625/59412/IDL-59412.pdf#:~:text=En%20somme%20le%20syst%C3%A8me%20de,n%27y%20ont%20pas%20acc%C3%A8s>
- Jacob, J.-P. (2013). « Vrais » et « faux » indigents. *Une synthèse des contributions réunies dans l'ouvrage, Jean-Pierre Jacob*1. [file:///Users/fati/Downloads/2.IntroductionJPJfinale1%20\(1\).pdf](file:///Users/fati/Downloads/2.IntroductionJPJfinale1%20(1).pdf)
- Jean-Philippe, M. (2011). De l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations*

- sociales*, 167(5), 123–130. <https://doi.org/10.3917/inso.167.0123>
- Kaddar, M., Stierle, F., Schmidt-Ehry, B., & Tchicaya, A. (2000). L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. *Revue Tiers Monde*, 41(164), 903–925. <https://doi.org/10.3406/tiers.2000.1444>
- Kadio, K., Ridde, V., & Malla Samb, O. (2014). Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres: *Santé Publique*, Vol. 26(1), 89–97. <https://doi.org/10.3917/spub.137.0089>
- Keller, V. (2005). *Aider et contrôler. Les controverses du travail social—Véréna Keller*. <https://www.decitre.fr/livres/aider-et-controler-9782882840455.html>
- Legault, G. A. (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. PUQ. https://books.google.com/gt/books?id=Gbc3YF-VT_sC&printsec=copyright&hl=fr#v=onepage&q&f=false
- Mbacké Leye, M. M., Diongue, M., Faye, A., Coumé, M., Faye, A., Tall, A. B., Niang, K., Wone, I., Seck, I., Ndiaye, P., & Tal Dia, A. (2013). Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal. *Santé Publique*, 25(1), 101–106. <https://doi.org/10.3917/spub.131.0101>
- Mbaye, S. M., Diagne, S., Mbodj, M. N., Niang, K., & Samb, M. (2001). *Recherche – action sur les enfants vulnérables à l'infection à VIH - Sites de Dakar et Saint Louis*. CEGID /ANCS/FHI/PNLS.
- Meyer, C., Martin, D., & Benasayag, M. (2001). DEBAT SUR L'URGENCE DANS LE TRAVAIL SOCIAL. *Lien social*, n°597, P.P. 4-10.
- Muckensturm, S. (2000). La quantification d'un phénomène social : L'indigence en France dans la première moitié du XIXe siècle (1790-1850). *Histoire, économie & société*, 19(3), 345–360. <https://doi.org/10.3406/hes.2000.2123>
- Ndiaye, L. D. (2001). Le service social au Sénégal : Recherche d'un sens ou histoire d'une réception. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 7(2), 172. <https://doi.org/10.7202/026365ar>
- Ndiaye, O., & Dieme, E. J. G. (2007). *Evaluation des initiatives de subvention et du fonds social*. Ministère de la santé et de la protection médicale (MSPM). http://www.abtsn.com/documents/rapport_final_etude_initiative_de_subvention.pdf
- Ndiaye, S. (2017). Le fonds d'équité au Sénégal : Analyse des mécanismes de la couverture maladie des indigents et de ses perspectives pour la couverture maladie universelle. *Africa Development / Afrique et Développement*, 42(1), 9–31.
- Nicolas, E. (2009). *Expérience ethnographique auprès de travailleurs sociaux de proximité en souffrance*. file:///Users/fati/Downloads/SC48-C_nicolas.pdf
- Olivier de Sardan, J.-P. (2020). Observation et description en socio-anthropologie. In G. Blundo & J.-P. Olivier de Sardan (Éds.), *Pratiques de la description* (p. 13–39).

- Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <http://books.openedition.org/editionsehess/19801>
- Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028.* (s. d.). Ministère de la Santé et de l'action sociale du Sénégal. <https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/1%20MSAS%20PNDSS%202019%202028%20Version%20Finale.pdf>
- Rapport Annuel CNLS.* (2018). <https://www.cnls-senegal.org/wp-content/uploads/2019/07/RAPPORT-Annuel-CNLS-2018-1.pdf>
- Racine, S. (2007). Un tour d'horizon de l'exclusion. *Service social*, 53(1), 91–108. <https://doi.org/10.7202/017990ar>
- Ravon, B. (2009). Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, 152(2), 60–68. <https://doi.org/10.3917/inso.152.0060>
- Rebouha, F. (2007). Concentration des services de santé, contraintes de mobilité et difficultés d'accès aux soins dans la métropole d'Oran. *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement. Territory in movement Journal of geography and planning*, 4, 3–16. <https://doi.org/10.4000/tem.852>
- Ridde, V., & Jacob, J.-P. (2013). Les indigents et les politiques de santé en Afrique. In [Http://journals.openedition.org/lectures](http://journals.openedition.org/lectures). Academia (Éditions). <https://journals.openedition.org/lectures/16348?lang=es>
- Saint Martin, C. (1999). La place des assistant-e-s de service social dans les processus de décision administratifs et politiques. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 2(1), 27–42. <https://doi.org/10.3406/dsedu.1999.906>
- Sardan, J.-P. O. (2003). *Une médecine inhospitalière*. <https://www.cairn.info/une-medecine-inhospitaliere--9782845863736.htm>
- Sawadogo, H. P. (2021). *L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête*. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/>
- Schnitzler, M. (2014). Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ?. *Sciences sociales et santé*, 32, 39-64. <https://doi.org/10.3917/sss.321.0039>
- Seibert, L. (2017). «Je vois encore des talibés mendier» : Insuffisance du programme gouvernemental pour protéger les enfants talibés au Sénégal. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/fr/report/2017/07/11/je-vois-encore-des-talibes-mendier/insuffisance-du-programme-gouvernemental-pour>
- Soulet, M.-H. (2016). Le travail social, une activité d'auto-conception professionnelle en situation d'incertitude. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.5553>
- Taupin, F. (2021). L'urgence social redessine les pratiques des travailleurs sociaux. *Actualités sociales hebdomadaire*, N°3160. <https://www.perseus-web.fr/aquafadas/ASH/zave/com.titre.ash/7E510CA48D131BCC2DADFB7DC77013F3/>

webreaderHTML/complete/?referrer=%2Fhebdo%2F3160%2F#!/avedocument0/pdf/13/1/1

Taverne, B., Top, B. R., Laborde-Balen, G., & Sow, K. (2021). *CMU et dépense de santé à propos du diabète et de l'hypertension chez les personnes âgées au Sénégal.*

Wane, B. (2010). *L'Islam au Sénégal, le poids des confréries ou l'émiettement de l'autorité spirituelle.* <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00660670/document>

Ridde V, Queuille L, Kafando Y (eds.) : Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. Ouagadougou: CRCHUM/HELP/ECHO; 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableaux

Tableau 4 : Récapitulatif des entretiens réalisés

Enquêtés	Durée de l'entretien	
Assistants sociaux		
AS1	1H12	AS depuis 2000, ENDSS
AS2	34 minutes	AS depuis 1998, ENDSS
AS3	31 minutes	AS depuis 1998, ENDSS
AS4	51 minutes	AS depuis 1999, ENDSS
AS5	41 minutes	AS depuis 2004, ENDSS
AS6	45 minutes	AS depuis 1998, ENDSS
Service sociale central		
Chef du service social	44 minutes	
Professionnels de santé		
Interne Psychiatrie	47 min	
Médecin SMIT	30 min	
Major Psychiatrie	18 min	
Major SMIT	30 min	
Major Cardiologie	30 m	
Major Pneumo	Environ 20 minutes (sans enregistrement)	
Service de comptabilité		
Agent comptable	51min	
Bureau des entrées		
Agent 1	42 min	
Agent 2	1h09	
Agent 3	36 min	

Direction Générale de l'action sociale (DGAS)		
Direction de l'action médico-sociale	1h05	
Direction de l'action médico-sociale	45min	
La Direction de la Promotion et de la Protection des Groupes vulnérables	1h21	
DASS : Direction de l'action sociale et des services aux personnes - Ville de Dakar	Environ 30 minutes (sans enregistrement)	
DASS 1	30 min	
Ecole Nationale des Travailleurs social spécialisés		
ENTSS 1	1H52	
ENTSS 2	1h33	
Comité de Développement Sanitaire		
SEA CDS	59 min	

Tableau 5 : Répartition des cas selon les catégories sociales

Répartition des cas selon les catégories sociales							Total
Catégories sociales	Indigents	Personnes âgées	Grossesses non désirées	Handicapés	Urgences sans moyens	Autres	Total
Effectif	16	04	03	02	05	07	34

source : registre cas sociaux

Responsable Structure

Handwritten notes: "Natalistes" above "Grossesses non désirées"; "Stagiaires Natalistes" above "Autres"; "Natalistes" above "Urgences sans moyens".

Source : Documentation internes au centre de santé, registre des cas sociaux

Tableau 6 : Répartition des cas selon les services offertes et le montant associé (Janvier 2021)

REPARTITION DES CAS SOCIAUX SELON LES SERVICES OFFERTS ET LE MONTANT										
Service demande	Médicament	Consultation enfants moins de 5 ans hors ^{Ache} AMU	^{tiket} Consultation enfants plus de 5 ans	consultation Adulte	Consultation dentaire	Soins Dentaires	^{Ache} LABO	^{tiket} AMU	Hospitalisation	Total
Nombre de cas	48750	10000	10000	14.000	4000	5000	10.000	25000	20.000	146750
Montant	18	01	01	07	02	01	01	01	02	34

source :Registre cas sociaux

Source:Documents internes au centre de santé, registre des cas sociaux

Tableau 7 : Rapport des activités chiffrées 1er semestre - Service social de l'hôpital (en FCFA)

Services	Nature de la prestation	Nombre de patients	Coût réel
NEUROLOGIE	X	X	X
PNEUMOLOGIE	Bilans	38	186 868 000
	Consultation	3	15 000
	Hospitalisation	37	6 977 000
	Radiographie	4	40 000
	OLD	13	1 300 000
	Biopsie pleurale		
	ECG	8	56 000
	Fibroscopie	11	825 000
	Echocoeur	17	510 000
	Bilan psychologique	3	90 000
	Sérologie covid 19	1	50 000
	Echographie	2	30 000
	Exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)	2	40 000
	Spirométrie	9	180 000
	Echo Doppler	5	150 000
	Scanner	15	780 000
TOTAL PNEUMO		168	12 911 000
NEUROCHIRURGIE	X	X	X

SMIT	Hospitalisation	20	3 242 000
	Bilan	3	117 000
TOTAL SMIT		23	3 359 000
Cardiologie CTCV	X	X	X
Psychiatrie	Consultation	21	
	Hospitalisation		
	Bilan	16	
	Radio Thorax		
	ECG		
	Echographie		
	TDM	2	80 000
	Achat médicament		
	EEG	4	42 000
	PEA	3	54 000
TOTAL PSYCHIATRIE		46	656 000
ORL	X	X	X
SSC	TDM	28	1 400 000
	Bilan	34	958 000
	Echographies	13	337 000
	EFR	1	20 000
	Intervention chirurgicale	5	1 040 000
	EMG	1	18 000
	Radiographie	6	70 000
	Anapath	1	20 000
	ENMG	1	18 000
	Hospitalisation	4	478 000
	ETT	3	90 000
	ECG	4	28 000
	Achat médicament	4	156 222
	Biopsie	1	20 000
TOTAL SSC		106	4 653 000

Source : Document internes à l'hôpital, Service social central (données manquantes grisées)

Annexe 2 : Fiches d'enquêtes sociales

Fiche d'enquête sociale

Date :

FICHE D'ENQUETE SOCIALE

IDENTIFICATION	
Prénom :	Service de :
Nom :	N° Dossier :
Date et lieu de naissance :	Date d'entrée :
Adresse :	Diagnostic :
	Nature de la demande :
Téléphone :
SITUATION SOCIO - ECONOMIQUE :	SI PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS
Statut Matrimonial :	Identification :
Régime Matrimonial :
Nombre d'enfants en charge :
Situation Professionnelle :	Nature de la prise en charge :
Source de revenus :
Mode d'habitation :
Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> S/C <input type="checkbox"/>	
SI MINEUR :	
Profession du père :	
Profession de la mère :	
Fratrie :	

Fiche d'enquête sociale spécifique au service de cardiologie pédiatrique

.....
.....

N° Dossier Médical :

PHOTO

SERVICE SOCIAL
CENTRE CARDIO - PEDIATRIQUE

FICHE D'ENQUETE SOCIALE N°

ETAT CIVIL

Nom :

Prénoms :

Sexe : F M Date de Naissance : / /

Lieu de Naissance : Nationalité :

Possède un extrait de naissance : Oui Non

Adresse :

Origine :

Téléphone : Email :

SITUATION FAMILIALE

PERE	MERE
Nom :	Nom :
Prénoms :	Prénoms :
Age :	Age :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Revenus :	Revenus :
Assurance / Mutuelle :	Assurance / Mutuelle :
Famille : <input type="checkbox"/> Monogame <input type="checkbox"/> Polygame	Statut Marital :

FAMILLE PROCHE

Nom : Age :

Prénoms :

Profession : Employeur :

Revenus :

Fratrie : _____ Position dans la fratrie : _____

Antécédents médicaux : _____

HABITAT ET MODE DE VIE

Habite : En ville Au village En banlieu

Type d'habitat : Concession familiale Maison individuelle Appartement Case

Situation : Locataire Propriétaire

Nombres de personne dans la chambre de l'enfant : _____

Enfant Scolarisé : Oui Non Niveau d'Instruction : _____

DIAGNOSTIC

Maladie : _____ Coût de l'intervention : _____

PARTICIPATION DE LA FAMILLE

Type de prise en charge : Famille Assurance Etat Autres

Biens de la famille : _____

Sources de revenus de la famille : _____

Capacité d'épargne mensuelle en Francs CFA : _____

Participation proposée par un tiers (associations, employeurs ou autres) : _____

OBSERVATIONS

CONCLUSIONS

Le service Social

Annexe 3 : Devis estimatif

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE

Dakar, le

Division Mouvement Malade
Bureau des Entrées

REGLEMENT :

.....
.....

DEVIS ESTIMATIF
Q - Q

Ce document a été établi uniquement à titre indicatif pour la délivrance au patient d'une lettre de garantie, d'un certificat d'indigence, d'une imputation budgétaire ou pour la mise à disposition d'une provision. Il ne peut en aucune manière remplacer la facture qui sera délivrée après les prestations.

Service :

Prénom (s) :

Nom :

Hospitalisation :

Acte (s) :

.....
.....
.....
.....

Arrête le présent devis à la somme de..... F CFA

Le Chef du Bureau des Entrées :

Annexe 4 : Extraits du journal de terrain

Extraits observations - Service social du centre de santé

Je suis en train de discuter avec l'AS dans la salle de réunion quand le directeur adjoint du CDS nous interrompt, avec plusieurs ordonnances à la main. Il demande à l'AS si elle peut prendre en charge un cas. Le patient nous rejoint quelques instants plus tard. L'AS m'explique que de nombreux cas sont orientés par des membres du CDS, car ce sont des représentants de la communauté, engagés au sein d'associations, reconnus et désignés au sein de leurs quartiers comme leaders communautaires. Les populations vont souvent vers eux pour demander de l'aide.

Description du patient :

Ami d'enfance du membre du CDS, il est actuellement en chômage technique et doit faire une radio du poumon, un bilan et payer une ordonnance.

L'assistante sociale lui demande s'il travaille : il répond qu'il était livreur de moto (tchak tchak) mais que sa moto est tombée en panne et qu'il n'a pas d'argent pour la réparer. Il ajoute qu'il est tombé malade depuis que sa sœur est décédée.

L'AS me demande d'inscrire et de résumer la situation du Monsieur dans le registre des cas sociaux. Je note qu'il est en chômage technique, dans l'impossibilité de payer son bilan, ses médicaments et sa radio. La radio est prise à 100% pour les médicaments cela sera en fonction de leur disponibilité. L'AS et le membre du CDS accompagnent le cas à la radiographie et à la pharmacie pour expliquer sa situation aux différents services. A la pharmacie on nous annonce que les médicaments ne sont pas disponibles car ce sont des spécialités. Je lui demande comment va faire le patient, elle me répond que c'est au membre de CDS de trouver une solution pour lui payer les médicaments, le service social se chargera des bilans et de la radio.

Finalement il achètera les médicaments du patient avec son argent.

Nous revenons au bureau, pour compléter un bon que l'AS donne au patient. Sur ce bon il est écrit que l'acte de la radiographie à 5000 FCFA est totalement pris en charge par le service social.

Extraits observations - Service social de l'hôpital

Extrait 1 : 1er jour d'observation au sein du service de cardiologie

Je suis dans le bureau de l'AS où elle reçoit tour à tour des patients pour une enquête sociale. Assise en face d'elle et aux côtés des patients, je suis présentée comme une stagiaire du service social. Une dame âgée de plus de 65 ans, avec une canne rentre dans le bureau. Elle dit qu'elle vient pour son petit-fils de 17 ans. L'assistante sociale me donne un exemplaire de la fiche d'enquête sociale et pose l'ensemble des questions qui s'y trouvent à l'accompagnante. La dame précise qu'elle a éduqué son petit-fils dont elle a la charge totale. L'AS lui demande des infos sur les parents de l'enfant, ils ne travaillent pas. Elle précise qu'elle était ancienne vendeuse de fruit au marché, mais qu'elle ne travaille plus. Elle ajoute qu'elle paye tous les déplacements de l'enfant à l'hôpital.

Difficulté à trouver des financements : Argument utilisé par l'accompagnante : registre religieux -> référence à Dieu : "je laisse cela dans les mains de Dieu"

L'AS me fait un résumé de son cas. Elle doit payer une intervention urgente de 3,5 millions FCFA, et ne bénéficie pas de soutien de sa famille. L'AS décide qu'elle sera éligible pour d'une prise en charge d'une partie de l'intervention par des partenaires qui se trouvent en France. Dans son cas, elle ne pourra pas payer le reste, elle m'explique qu'elle va demander une gratuité au directeur ce qui est extrême rare.

L'ES se finit, la patiente remercie l'AS sans oublier de lui faire des prières

Extrait 2 : Rencontre avec un accompagnant croisé la veille au sein du service de X.

Il était venu pour demander à l'AS une exonération pour l'hospitalisation de son frère. Ayant pris une cabine individuelle à 20 000 FCFA par jour, l'AS a refusé sa demande. Le lendemain, je le croise à côté de la maison des accompagnants. Je lui demande un peu plus de précision sur sa situation. Il m'explique qu'il retourne à la porte de l'hôpital pour essayer de chercher la femme de son frère, je lui propose de l'accompagner.

Il m'explique qu'il n'était pas au courant que la chambre individuelle ne lui permettrait pas de bénéficier d'une aide. Il insiste sur le fait qu'il a pris cette chambre par défaut, car arrivé en urgence la veille, le malade a été amené dans la première chambre qui s'est libérée.

Annexe 5 : Grilles d'entretiens

Grilles d'entretien 1 : Assistantes sociales

Thème 1 : Présentation de l'enquête et trajectoire professionnelle

- Est-ce que vous pouvez me retracer un peu ton parcours professionnel et comment tu es devenue assistante sociale ? (études suivies, diplôme obtenus, postes ?). AS depuis quand
- Comment se déroule la formation des assistantes sociales à l'école ? Dans quelle école ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à devenir AS ?

Thème 3 : Formation des assistantes sociales

- **Comment se déroule la formation des assistantes sociales à l'école ?**
 - Contenu de la formation des travailleurs sociaux en milieu hospitalier / des AS ?
 - Tronc commun avec d'autres travailleurs sociaux ?
 - Durée de la formation ?

Thème 4 : Prise en charge des cas sociaux au sein des structures sanitaires

Sous-thème Le travail social en milieu hospitalier

- **Question principale : Comment se distingue le travail social en milieu hospitalier des autres affectations ? Spécificités particulières ?**
 - Selon vous, quelle est la fonction du service social dans un hôpital ? Rôle de l'AS au quotidien ?

Sous-thème : Terminologie et définition du cas social :

- En formation, quelle terme utilisé pour définir les usagers du service social ? Pour quelle raison cette terminologie est utilisée et qu'implique-t-elle ?
- Définition du cas social, Origine ? (selon une AS le terme de malade indigent n'est plus adopté une fois sur le terrain ?
- Avez-vous la même conception des usagers du service social ? Connaissance du lexique utilisé une fois sur le terrain ?

- Distinction entre cas social, indigent, démunis, pauvre ? Histoire des certificats d'indigence ?

Sous-thème : Perception sur les enquête sociales et l'efficacité de la sélection

- Quelle est la méthodologie pour une bonne ES ?
- Quels sont les critères d'identification qui vous sont enseignés à l'école ?
- Est-ce que la sélection des bénéficiaires sur la base des ES est efficace selon vous quand elle n'est pas accompagnée d'une VAD ? (sens de l'observation suffisant)
- Comment pallier cela ?
- % que représente les ES et exonérations dans votre quotidien ?
- Référentiel commun sur la manière de faire une ES ?

Sous-thème : Gestion des urgences dans un contexte de rareté des ressources ?

- Quelle est la définition des situations d'urgence ? Proportion des urgences ?
- La gestion des situations d'urgence est-elle incluse dans la formation ?
- impact de la PEC des cas sur le temps accordé au soutien psychosocial ?
- Est-ce que ces situations d'urgence implique de sacrifier certaines valeurs propres au travail social ?
- Témoignages de Dilemmes au quotidien lié au manque de moyens ?

Sous-thème : Financement du service social : Contrainte budgétaire :

• Question principale : comment les financements, le budget avec lequel vous devez fonctionner impact votre travail d'assistante sociale au quotidien ?

- Avez-vous connaissance du budget réservé au SS pour la PEC des cas sociaux ? Ce budget a-t-il évolué ?
- Quelles sont vos relations avec les bonnes volontés ? Les associations ? les partenaires ?
- Charge de travail et temps pour la recherche de partenaires
- Évaluer sur la capacité à trouver des partenaires ?
- Avez-vous toujours travaillé avec cette contrainte budgétaire ?
- Que faudrait-il selon vous changer dans les institutions pour pouvoir travailler dans de meilleures conditions ?

Thème 3 : Relation avec les bénéficiaires :

- Quelle est la nature de la relation entre le bénéficiaire et le travailleur social ?
- Comment trouver la bonne distance ? Travail sur les émotions
- Temps de fournir un accompagnement psychosocial durant les ES ?

- Comment savoir si les usagers vous disent la vérité ? Vous faites confiance aux usagers ? Méfiance vis-à-vis des cas ?
- Est-ce que ici là si la barrière financière est levée est-ce que c'est forcément synonyme de respect de traitement ? D'observance ?
- Comment est-ce que tu pourrais qualifier la charge de travail ? (appel des bénéficiaires mm à la maison)
- Évolution du travail social ? du public ? des problématiques ? de la demande ?

Thème 4 : Identité professionnelle et représentation autour du métier de travailleur social

Sous-thème : Définition du métier et vocation

- Quels sont les objectifs du service social ?
- Avez-vous une fiche de poste avec des missions clairement définies ? Frontière parfois floue ?
- Tutelles des AS dans les structures sanitaires, de qui dépendent-elles ?
- Au Sénégal, existe-t-il des documents d'orientation, des textes juridiques qui définissent clairement, encadrent le rôle et les responsabilités du travailleur social ? Si oui, citer. Si non pour quelles raisons ?
- Comment est-ce que vous définiriez le métier d'assistante sociale ? en 3 mots ?
- Quelles sont les valeurs du travailleur social : d'où viennent ces dernières ? est-ce que vous arrivez à les mettre en pratique ?
- Selon vous, quel est l'accompagnement idéal ?
- Quels sont les aspects les plus importants/les plus difficiles/les plus intéressants de votre travail ?
- Pensez-vous avoir suffisamment d'autonomie dans votre travail ? Pouvoir être créatif, pouvoir prendre des initiatives ? - Qu'est-ce qui facilite/limite cette autonomie

Thème 5 : Reconnaissance du travail social en Afrique

- Reconnaissance professionnelle : À votre avis, est-ce que le travail social est l'objet de reconnaissance au sein des structures sanitaires ? Si tel n'est pas le cas, qu'est-ce qui pourrait être fait pour que la profession soit davantage reconnue ?
- Outils propres au service social ?

Thème 6 : Recommandations :

- Selon vous, est-il possible de tendre vers l'autonomisation des populations démunies vis-à-vis de leur santé ? Comment diminuer la demande ?
- Que faudrait-il selon vous changer dans les institutions pour que les assistantes sociales travaillent dans de meilleures conditions ?
- Comment améliorer la PEC des cas sociaux ?
- Avenir du travail social ?

Grille d'entretien 2 : Professionnels de santé - Majors de service - Personnel administratifs - Membre CDS

Thème 1 : Présentation de l'enquête

- **Question principale: Est-ce que vous pouvez vous présenter ? Me retracer un peu votre parcours professionnel**

Relances :

- Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?
- Quelles sont les missions et objectifs au sein de votre service ?
- Est-ce que vous pouvez me raconter comment se déroule une journée au quotidien ? Les activités composant votre journée ?

Thème 2 : Prise en charge des cas sociaux

Sous-thème : Exonération des cas sociaux

- **Question principale : Comment faites-vous face à un patient qui n'a pas les moyens de payer**
 - Quel est le public pouvant bénéficier des exonérations ?
 - Quelle définition donnez-vous au cas social ?
 - Quels critères vous utilisez pour savoir qu'une personne a les moyens ou non de payer ses soins ? Typologie, caractéristiques, à quels éléments est-ce que vous reconnaissez un cas social ?
 - Désaccord, entre ce que vous définissez comme cas de besoin et ce que l'AS peut vous dire ?
 - D'où vient le mot cas social ? Que pensez-vous de cette terminologie ? cet usage ? Faites-vous une différence entre indigent / démunis / pauvre ?
 - Est-ce que les malades se confient à vous sur leurs problèmes financiers ? comment vous savez s'ils vous disent la vérité ?
 - Quels sont les arguments que mobilisent les malades/accompagnants ?
 - Itinéraire thérapeutique des patients avant d'arriver ? = sont passé par quelles structures ? rupture de soins ?
 - Qui est prioritaire ? (notion d'urgence?)

Sous-thème - Spécificités du service dans la prise en charge des cas sociaux ?

- Quelles sont les spécificités du service X, en matière de prise en charge des cas sociaux ?
- les pathologies les plus récurrentes ? maladies chroniques ?
- Comment la prise en charge des cas sociaux se distingue des autres services ?
- le nombre d'enquêtes sociales, de cas sociaux au sein du service et des divisions ? (registre) Si vous pouviez caractériser la demande ?
- Les actes qui coûtent le plus cher, les actes pour lesquels les patients ont des difficultés à recouvrir (hospitalisation, bilans, médicaments, consultations?)
- prix de l'hospitalisation ?
- Prix de la caution ?
- Plan sésame, carte d'égalité des chances, IPM ?
- Itinéraire thérapeutique des patients avant d'arriver ? = sont passé par quelles structures ? rupture de soins ?

Sous-thème : Lien entretenus avec le service social et rôle du service social

• Question principale : Comment est-ce que vous pouvez définir les liens que vous entretenez avec le service social quotidiennement ?

- Pour vous, quelle est la fonction du service social ?
- Quels sont les liens que vous entretenez avec les différentes assistantes sociales ?
- Dans quels cadres est-ce que vous les contactez ? Est-ce qu'il vous arrive de référer des accompagnants là-bas ? sont-ils systématiquement acceptés ? Sinon, Est-ce que des accompagnants reviennent vers vous avec des doléances ? Sinon qu'est-ce que vous faites ? Refus d'orientation vers le service social ? PEC ? Motifs de refus ?
- En général les patients connaissent le service social ? Pour quelle raison ? => solution ?

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans cette procédure ?
- Quelles sont les difficultés que rencontrent les bénéficiaires ? Avez-vous partagé ces difficultés ?
- Qu'en est-il de la prise en charge des patients étrangers ?
- Si un patient n'a pas à payer à la fin de son hospitalisation, qu'il ne bénéficie pas de PEC sociale, comment faites- vous ?
- Y a-t-il d'autres moyens que l'engagement social pour faciliter le paiement ?
- Quelles sont les personnes qui ne peuvent bénéficier d'une PEC au service social ?

- Autre moyen que l'enquête sociale facilite le paiement ?
- Selon vous, lorsque la barrière financière est levée : accès aux soins gratuitement

- **Financement :**

- budget alloués aux différents services ?
- Quêtes menées au sein du service ?
- Avis sur la prise en charge mairie prise en charge DGAS ? délais ? montant ? quand est-ce que cette prise en charge est nécessaire ? Avantages et inconvénients de cette prise en charge ?

- **Recommandations :**

Avis sur la prise en charge actuelle des cas sociaux ? le fonctionnement du circuit ?
Ce qu'il faudrait améliorer en matière de PEC ?

Grille d'entretien 3 : DASS

Thème 1 : Présenté de l'enquêté et du service

- **Question principale : Est-ce que vous pouvez vous présenter, quel poste occupez-vous ?**

Relances :

- Formation ?
- Depuis combien de temps ?

- **Question principale : Est-ce que vous pouvez présenter : la Direction de l'Action Sanitaire et des Services aux Personnes (DASS)**

Relances :

- Depuis quand ce service existe, historique du service ?
- Pour répondre à quel besoin est-ce qu'il a été créé ?
- Quelles sont ses missions, objectifs ?

Thème 2 : Définition du public cible ?

- **Question principale : A quel public cette direction est-elle dédiée ?**

- Est-ce que vous pouvez me raconter comment se déroule une journée au quotidien ? (les activités qui composent votre journée ?)

Relances :

- Quel est le public visé ? Comment définissez-vous ce public ?
- Quelles sont ses spécificités vis-à-vis dans l'accès aux soins ? (conditions de vie, niveau de pauvreté, zone d'habitation)
- Typologie, caractéristique, à quels éléments est-ce que vous reconnaissez un cas social ?

Thème 3 : Prise en charge des indigents par la mairie

- **Question principale : Quels sont les dispositifs de prise en charge, financement proposés par la DASS/ville de Dakar pour les soins ? Comment se passe la procédure de PEC à la mairie ?**

Relances :

- secours d'indigence de la ville de Dakar, prise en charge médicale, financement du Programme d'appui aux familles en situation d'extrême pauvreté (PAFSEP)
- Différence entre ces différents dispositifs ?
- Quel est le montant de l'aide ? Aide renouvelable ?
- Bourse de Sécurité Familiale

Sous-thème procédure :

- Quelles sont les conditions pour être éligible ? Les pièces à fournir ?
- Quels critères est-ce que vous utilisez pour savoir qu'une personne n'a pas les moyens de payer ses soins ? Ces critères sont-ils formalisés ? Place de la subjectivité ?
- Comment savoir si les demandeurs vous disent la vérité, qu'ils sont réellement dans le besoin ? A quels éléments est-ce que vous pouvez le voir ?
- Quels sont les actes pour lesquels les patients ont le plus de difficultés ? Maladies pour lesquelles il y a le plus de demande de prise en charge (services spécifiques à l'hôpital)
- Qui sont les bénéficiaires prioritaires ? (hospitalisations, interventions cardiologiques, bilans, maladies chroniques);
- Quel est le montant attribué : somme minimale vs somme maximale ? Est-ce que cette aide est renouvelable ou unique ?
- Combien de dossiers de prise en charge prenez-vous par an ? Avez-vous des quotas ? Comment est-ce que vous pourriez caractériser la demande ? Budget alloué à ces prises en charge par la DASS? Évolution du budget ?
- Motifs de refus pour certains bénéficiaires ? Qu'en est-il des malades étrangers / habitant en dehors de la commune ?
- Comment et par qui les bénéficiaires ont-ils connaissance des aides que vous proposez ? Viennent de quel type de structures sanitaires ? Recevez-vous beaucoup de demandes de l'hôpital X ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge ? (les abus, détournements ?)
- Cette prise en charge est-elle compatible avec d'autres dispositifs ? (plan sésame, la carte d'égalité des chances ?)
- Quels sont les délais pour qu'une prise en charge soit effective/délai de délivrance ? Avis sur ces délais ? Quels sont les critères de la commission sociale ? Composition de cette commission ?

Thème 3 : Partenariat mairie / structures sanitaires

- **Question principale : Quelles sont les relations de la mairie avec les hôpitaux, pour la prise en charge médicale des indigents ?**

Relances :

- Relation de la mairie avec les centres de santé ?
- Lien avec le service social et les assistantes sociales ? Vous référer des patients ?
- Rôle de l'assistante sociale à l'hôpital
- À l'hôpital on parle de cas social, que pensez-vous de ce terme ?
- référentiel commun de sélection des cas sociaux, démunis ? : Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale qui souhaitait doter le pays d'un référentiel d'identification des personnes indigentes. : (CPRS, ES, Mairie, MAS)
- Enchevêtrements des dispositifs ? (mairie, DGAS,, hôpital etc..) ? bonne collaboration ?
-

Thème Recommandations :

- Avis sur la prise en charge actuelle des cas sociaux ? le fonctionnement du circuit ? (carences ?)
- Qu'est-ce qu'il faudrait améliorer en matière de prise en charge ?

Grille d'entretien 4 : Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés (ENTSS)

Thème 1 : Présentation de l'enquête

- **Question principale : Est-ce que vous pouvez-vous présenter, revenir sur votre parcours professionnel ?**
 - Poste occupé
 - Depuis combien de temps
 - Missions ?

Thème 2 : Histoire de l'ENTSS

- **Question principale : est-ce que vous pourriez me présenter l'école ? Dans quel contexte est-ce qu'elle a été créée ? = revenir un peu sur son histoire**
 - Histoire de l'A.N.A.E.S, L'E.N.A.E.S, ENDSS, ENTSS : comment ces deux écoles sont en venue à fusionner ?
 - Histoire/jalons du service social au Sénégal : origine coloniale ? En quel sens est-ce qu'il s'est construit sur le service social français ?
 - Émergence du Service social dans les structures sanitaires ? Date ?

Thème 3 : Formation des assistantes sociales

- **Comment se déroule la formation des assistantes sociales à l'école ?**
 - Contenu de la formation des travailleurs sociaux en milieu hospitalier / des AS ?
 - Tronc commun avec d'autres travailleurs sociaux ?
 - Durée de la formation ?
 - Différence dans l'ancienne formation et la nouvelle : anciens promotionnaires de l'ENDSS vs ENTSS ?

Thème 4 : Prise en charge des cas sociaux au sein des structures sanitaires

Sous-thème Le travail social en milieu hospitalier

- **Comment se distingue le travail social en milieu hospitalier des autres affectations ?
Spécificités particulières ?**

- Selon vous, quelle est la fonction du service social dans un hôpital ? Rôle de l'AS au quotidien ?

Sous-thème : Terminologie et définition de la du cas social :

- En formation, quelle terme utilisé pour définir les usagers du service social ? Pour quelle raison cette terminologie est utilisée et qu'implique-t-elle ?
- Def du cas social, Origine ? (selon une AS le terme de malade indigent n'est plus adopté une fois sur le terrain ?
- Avez-vous la même conception des usagers du service social ? Connaissance du lexique utilisé une fois sur le terrain ?
- Distinction entre cas social, indigent, démunis, pauvre ? Histoire des certificats d'indigence ?

Sous-thème : Perception sur les enquête sociales et l'efficacité de la sélection

- Quelle est la méthodologie pour une bonne ES ?
- Quels sont les critères d'identification qui vous sont enseignés à l'école ?
- Est-ce que la sélection des bénéficiaires sur la base des ES est efficace selon vous quand elle n'est pas accompagnée d'une VAD ? (sens de l'observation suffisant)
- Comment pallier cela ?
- % que représente les ES et exonérations dans votre quotidien ?
- Référentiel commun sur la manière de faire une ES ?

Sous-thème : Gestion des urgences dans un contexte de rareté des ressources ?

- Quelle est la définition des situations d'urgence ? Proportion des urgences ?
- La gestion des situations d'urgence est-elle incluse dans la formation ?
- impact de la PEC des cas sur le temps accordé au soutien psychosocial ?
- Est-ce que ces situations d'urgence implique de sacrifier certaines valeurs propres au travail social ?
- Témoignages de Dilemmes au quotidien lié au manque de moyens ?

Sous-thème : Financement du service social

- **Question principale : comment les financements sous contrainte budgétaire influence le quotidien des travailleurs sociaux ?**
- Relation des travailleurs sociaux avec les partenaires financiers ? Recherche de partenaires inclut dans la formation ?

Thème 3 : Relation avec les bénéficiaires :

- Quelle est la nature de la relation entre le bénéficiaire et le travailleur social ?

- Comment trouver la bonne distance ? Travail sur les émotions
- Temps de fournir un accompagnement psychosocial durant les ES ?
- Comment savoir si les usagers vous disent la vérité ?
- Évolution du travail social ? du public ? des problématiques ? de la demande ?

Thème 4 : Identité et représentation autour du métier de travailleur social / assistante sociale

Sous-thème : Définition du métier et vocation

- Quels sont les objectifs du service social ?
- fiche de poste avec des missions clairement définies ? Frontière parfois floue ?
- Tutelles des AS dans les structures sanitaires, de qui dépendent-elles ?
- Au Sénégal, existe-t-il des documents d'orientation, des textes juridiques qui définissent clairement, encadrent le rôle et les responsabilités du travailleur social ? Si oui, citer. Si non pour quelles raisons ?
- Comment est-ce que vous définiriez le métier d'assistante sociale ? en 3 mots ?
- Quelles sont les valeurs du travailleur social : d'où viennent ces dernières ? Comment les mettre en pratiques ?
- Selon vous, quel est l'accompagnement idéal ?
- Quels sont les aspects les plus importants/les plus difficiles/les plus intéressants du travail ?
- Suffisamment d'autonomie dans votre travail ? Pouvoir être créatif, pouvoir prendre des initiatives ? - Qu'est-ce qui facilite/limite cette autonomie

Thème 5 : Reconnaissance du travail social en Afrique

- Reconnaissance professionnelle : À votre avis, est-ce que le travail social est l'objet de reconnaissance au sein des structures sanitaires ? Si tel n'est pas le cas, qu'est-ce qui pourrait être fait pour que la profession soit davantage reconnue ?
- Outils propres au service social ?

Thème 6 : Recommandations :

- Selon vous, est-il possible de tendre vers l'autonomisation des populations démunies vis-à-vis de leur santé ? Comment diminuer la demande ?
- Que faudrait-il selon vous changer dans les institutions pour que les assistantes sociales travaillent dans de meilleures conditions ?
- Comment améliorer la PEC des cas sociaux ?
- Avenir du travail social ?

Grille d'entretien 5 : ACCOMPAGNANTS

Thème 1 : Informations factuelles sur l'arrivée à l'hôpital

- **Question principale : Comment est-ce que vous êtes arrivé à l'hôpital ? Pour quels types de soins? (pathologie du malade, niveau de gravité ?) → 'no def ba yeksi hôpital? lou la fi indi?**

Relances :

- Dans quels services ? → *ban service ?*
- Hospitalisation / consultation ? Expériences antérieures d'hospitalisation ou de fréquentation de l'hôpital ? → *Moussone nga fi gniew?*
- Depuis combien de temps êtes-vous à l'hôpital ? → *Kan nga fi gniew? Yaga na?*
- Quels sont les liens que vous avez avec le malade ? → *Lo bokh ak malade bi ?*
- Avant l'hôpital, avez-vous fréquenté une autre structure sanitaire ? (historique du parcours sanitaire : cas de santé, poste de santé, centre de santé ? hôpital ? non recours, rupture de soins ?) → *Bala fi, meussone nga nek fénène?*
- Quelle structure vous a référencé vers l'hôpital ? → *Ban structure mo le yébbal?*
- Quelles ont été les conditions d'accueil ? (accueil en urgence, quasi absence de personnel à certaines heures et des difficultés de communication pour une bonne compréhension des besoins et une orientation correcte des malades)

Thème 2 : Une journée à l'hôpital

- **Question principale : Est-ce que vous pouvez me raconter une journée à l'hôpital ? → meun nga me nételi no dundé ben beuss fi, ti hopital bi?**

Relances :

- Quelles sont les tâches que vous devez faire pour assister le malade dans la PEC ?
- Combien de temps passez-vous à l'hôpital ? (cmb de fois / semaine).
- Temps de trajet ? (où habitez-vous, dans quel quartier?)
- Quel type d'acte le malade doit-il faire (bilans, médicaments, analyses) ? A quelle fréquence ?
- Quels sont vos rapports avec les professionnels de l'hôpital ? (Avez-vous assez d'informations sur la PEC du malade ?)
- Etes-vous satisfait des soins reçus ?
- Soutien entre accompagnants ?

Thème 3 : Financement des soins

- **Question principale : Depuis votre arrivée, comment financez vous les soins du malade ?** → *Ba ngen fi aksi beu legui, naka ngégni faye soins yi ?*

Relances :

- Quelles sont les prescriptions patient ? → *lane lako docteur digual? (bilans, médicaments, interventions, consultations etc...)*
- combien avez-vous dépensé ? Avant votre arrivée à l'hôpital ?
- rencontrez-vous des difficultés financières ? Depuis quand ? → *Bobou beu legui, niata ngen dépensé pour malade bi ?*
- Quels sont les actes qui coûtent le plus cher ? (hospitalisation, médicaments, bilans, ?) → *Ban mo ti gueneu cher ?*
- Quel type de chambre occupez-vous ? → *Ban chambre le malade bi nek ?*
- Avez-vous une épargne personnelle ? → *ndakh yéna gui dégn (déintch) dara?*
- Bénéficiez d'un dispositif de prise en charge pour les soins (plan sésame, mutuelle : source de financement pour adhésion?) → *Amna mutuelle wala plan sésame, wala bénen jumentukay?*
- Bénéficiez-vous d'un soutien de votre famille (ici ou à l'étranger) ? à quelle hauteur ? pour aide financière → *Ndax (kh) yena ngi jott ndimbalu gnu nek bitim reuw ? ak gnu nek fi ?*
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien ? Avez-vous partagé ces difficultés financières aux membres de l'hôpital ? Quelle a été leur réponse ? → *yane tolof-tolof ngéni diankontel beuss bou nekk ? Ndax wakh nguene ko wa service bi ? Ndiom lugnu la tontou? (orientation SS?)*

Sous-thème : Relations avec le service social

- Avez-vous connaissance du service social ? Si oui, par qui et comment ? (orientation : accompagnants, professionnels de santé, major, bureau des entrées, comptable etc..) → *Ndax khamnga SS? No ko khamei? kou lo ko khamal?*
- L'assistante sociale est-elle venue à votre rencontre ou êtes-vous allée dans son bureau ? → *Ndax AS bi de fe meusse nieuw setsi len wakh ak yen ?*
- Avez-vous bénéficié d'une exemption/réduction, aide financière pour les soins du malade depuis son arrivée ? Si oui, quel était le montant de l'aide et sur quel acte avez-vous été aidé (bilans, médicaments, hospitalisation, consultations externes)

→ *SS ndax wagnil na le faye bi ? Niata ? ti ban (bilan yi wala médicaments yi etc...)*

- Sinon, pour quelle était le motif du refus ? → *Lou ko waral ?*
- Qu'avez-vous dit à l'AS ? Ce qu'elle vous a répondu ? → *Lo wakh AS bi ? Lo ko tontu ?*
- Avez-vous effectué un engagement chez le comptable ?
- Avez-vous des attentes par rapport à l'exonération ? → *Ndax khamgua niata lagnoula meuna wagnil ? No ko khamei?*
- Des incompréhensions sur le fait de n'avoir pas été aidé ? (connaissez-vous des accompagnants dans la même situation financière que vous, qui n'ont pas été aidé/ ont été aidé) (décalage entre ces besoins/attentes et résultats) → *ndax kham ngene loutakh dimbaliwougnoulene?*
- Combien de fois avez-vous bénéficié d'une aide ? → *Niata yon nga dieurignu ndimbeul?*
- Pour vous, quel est le rôle des assistantes sociales, du service social ? → *pour yow lan moy ngeurignu SS, assistantes sociales ?*
- Accompagnement autre que financier ?
- Connaissez vous les autres moyens d'avoir des facilités de paiement ? Engagement personnel
- Avez-vous bénéficié de quêtes ? Dons
- Bénéficiez-vous d'une PEC au MAS ? Mairie ? délais ? montant ?

- Avez-vous connaissance des conditions pour bénéficier du service social ? → *ndax kham guene nou gnouy def ba dieurignu si SS*
- Quelle définition donnez-vous au cas social ? Que pensez vous du terme ? → *No duégué terme "cas social", nokoy firé ? lo si xalaat?*

Annexe 6 : Précautions éthiques

Autorisation d'enquête au sein de l'hôpital

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple-Un But-Une Foi
MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

0288
N° /MSAS/CHNF/DIR /SRH

Dakar, le

10 JUIN 2022

Le Directeur

NOTE DE SERVICE

Objet : AUTORISATION D'ENQUETE

Madame **Fatimata SOW**, Etudiante en Master de Santé Publique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) est autorisée à effectuer des travaux de recherches dans le cadre de la rédaction de son mémoire de fin d'étude qui a pour thème « **Enjeux socio-sanitaires de l'indigence au Sénégal : prise en charge des publics vulnérables** » cas du pour la période allant du **13 Juin 2022 au 31 Décembre 2022**.

Nous vous prions de l'accueillir et de le mettre dans de bonnes conditions pour un bon déroulement de son travail.

Ampliations :

- Chef du SRH
- Chef des SAF
- Tous Services
- Chef Service Social
- Intéressée
- Archives/Chrono

Le Directeur

Autorisation d'enquête au sein du centre de santé

A l'attention du médecin chef du centre de santé

Dakar, 30 mai 2022

Objet : Lettre d'introduction pour une observation auprès du service social du centre de santé

Étudiante en Master de Santé publique, « Promotion de la santé et Prévention » à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) à Rennes, je suis actuellement en stage au sein du CRCF (Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en charge clinique de Fann) pour une durée de 6 mois. En vue de la rédaction de mon mémoire de recherche, je m'intéresse à la prise en charge des publics vulnérables. J'ai ainsi constitué un projet de mémoire sur les enjeux socio-sanitaires de l'indigence au Sénégal.

Je m'intéresse plus particulièrement à la relation des indigents et des publics démunis avec les structures sanitaires et l'accompagnement dont peuvent bénéficier ces derniers par le service social. J'ai pu commencer mon étude auprès des différents services sociaux de l'hôpital (cardiologie, pneumologie, neurologie, psychiatrie, ORL, SMIT), afin de comprendre le quotidien des assistantes sociales, la manière dont sont effectuées les enquêtes sociales ainsi que la prise en charge des "cas sociaux" bénéficiant d'exonérations pour leurs soins. Je trouve ainsi pertinent pour mon étude de m'intéresser aux spécificités du service social au sein du centre de santé présentant un plateau technique différent.

Je sollicite ainsi une autorisation de votre part afin de réaliser quelques observations (un jour dans la semaine jusqu'à mi-juillet) et un entretien avec l'assistante sociale, auprès de qui j'ai pris le soin de me présenter et de rappeler l'objectif de ma démarche.

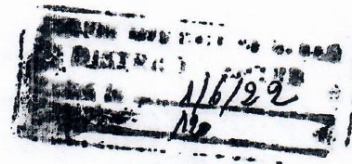
Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à ma demande reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fatimata Sow
Master 2 EHESP - Stagiaire CRCF
Mail : fatimata.sow@eleve.ehesp.fr
Tel : 221 77 839 81 23

Dr. Thierno Diallo
Chercheur en Sciences Sociales
Responsable du stage

Amir Pador-Lo
et à l'attention
Abback Joub



Annexe 7 : Spécificités de l'accompagnement psychosocial selon les services étudiés

Psychiatrie :

- > Organisation de causeries appelées "penc" par les assistantes sociales. Importé par un médecin pionnier en psychiatrie au sein de l'hôpital. Au sens étymologique le terme "penc" en Wolof renvoie à l'arbre à palabre. Ce médecin en voyageant a observé que dans les villages africains, c'était sous un arbre que tous les problèmes sociaux relatifs à la communauté se discutaient
 - > Transposition de cette idée à la psychiatrie pour lutter contre l'isolement
 - > Structuration particulière du penc avec une personne désignée parmi les patients - si c'est une femme on l'appelle lingeer (princesse en wolof) si c'est un homme on l'appelle djaraf (roi) - pour être modérateur de la séance.
 - > Un thème est choisi par ce modérateur qui incite les malades à s'exprimer sur le sujet (la séance à laquelle j'avais participé abordait le thème de l'hygiène et de la propreté dans le service)
 - > Présence des professionnels de santé qui répondent aux questions posées
- > 2ème activité : Organisation de repas communautaires

SMIT :

- > VIH, tuberculose, hépatite, tétanos
 - > éducation thérapeutique, counselling, renforcement thérapeutique
 - > Problématique de l'annonce du résultat positif au VIH et du partage du statut au conjoint
 - > enjeu de l'accompagnement : dédramatiser la maladie, déconstruire les idées préconçues sur la transmission des maladies infectieuses
 - > le service social mène des projets de recherches sur la dépression des PVVIH = thérapie interpersonnelle pour les malades
 - > Problématique de l'observance et recherche des perdus de vue

Pneumologie :

- > Atelier de sensibilisation, causeries pour les malades asthmatiques

Neurologie :

- > Atelier de sensibilisation, causeries pour la prévention de l'AVC

Centre de santé

> Au centre de santé, la démarche de l'assistante sociale s'inscrit dans une véritable promotion de la santé au niveau communautaire. Il revient de façon récurrente dans son discours qu'il n'est pas possible de penser et de comprendre la prise en charge sociale sans penser à la nécessité de maîtriser sa base communautaire. Au sein de l'équipe cadre, elle représente le point focal communautaire. En étant présentée cette équipe, elle m'a plusieurs fois répété qu'elle travaillait en étroite collaboration avec cette dernière, plus particulièrement les personnes impliqués dans les programmes prioritaires de santé : unités SSP, PV, programme VIH et tuberculose.

Depuis 2016, il existe une Equipe mobile d'action communautaire (EMAC) : allant à la rencontre des populations dans les quartiers les plus démunis, à la marge des systèmes de prise en charge

- > Travail avec les postes de santé de chaque quartier

- > Campagne de dépistage pour la prévention de la rubéole, de la rougeole et d'autres affections

- > Caravane de sensibilisation à la polio dans les communautés étrangères, adhésion en utilisant des figures connues comme des chanteurs guinéens

- > Parmi ces activités communautaires on retrouve la Ronde des jeunes filles : Initiative dans le cadre de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus qui touche la population des 9-14 ans, suite au constat d'une très forte réticence à vacciner les jeunes filles. L'équipe est allée voir l'Imam d'un quartier qui a accepté qu'on vaccine sa petite fille. Les habitants du quartier ont ensuite adhéré, et de nombreuses jeunes filles se sont vaccinées et ont incité leurs paires à l'école à faire de même.

- > Listes des papas : utiliser "le pouvoir décisionnel" du mari pour le dépistage du VIH, par rapport à la prévention de la transmission mère-enfant.

Images du jardin de l'un des services de l'hôpital



Légende : Papayer



Légende : Citronnier



Légende : Feuille de Bissap



Légende : Piment



Légende : Bananier servant à l'appui nutritionnel des patients



Légende : Différentes plantes aromatiques

SOW	Fatimata	20-09-2022
Master 2 Promotion de la santé et prévention Promotion 2022		
Le service social hospitalier sous contrainte budgétaire : Analyse de la prise en charge des “ cas sociaux ” par les assistantes sociales au sein de deux structures sanitaires Dakaroises <i>Une mise à l'épreuve du travail social : de la contrainte à l'émancipation</i>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Alors que peu d'écrits se sont attachés à documenter les réalités du service social hospitalier en Afrique, cette recherche exploratoire qualitative s'est intéressée au quotidien des assistantes sociales dans la prise en charge des “cas sociaux ”, communément définis comme des patients dans l'impossibilité d'honorer leurs frais médicaux. Les établissements sanitaires publics de plus en plus emprunts aux logiques managériales et au renforcement des capacités de gestion financière, exhortent les assistantes sociales à respecter les directives institutionnelles quant à l'attribution d'exonérations financières. Réalisée au sein de deux structures sanitaires (un hôpital national et un district sanitaire) à Dakar, cette étude tente alors de répondre à la question suivante : comment le contexte d'insuffisance chronique des moyens, inhérent aux structures sanitaires, met à l'épreuve les assistantes sociales dans leurs pratiques professionnelles, et par quels mécanismes ou moyens ces dernières parviennent-elles à surmonter ces contraintes ? Les résultats montrent que le paramètre financier engendre des dilemmes et conflits de valeurs entre d'une part une allégeance à l'institution, de l'autre l'impossibilité d'abandonner l'ethos propre au travail social. Les notions d'urgence médicale, d'incertitude quant à la possibilité d'apporter des solutions immédiates à des problèmes ponctuels peuvent engendrer chez les professionnelles un sentiment d'impuissance. Cependant, ces difficultés peuvent être repensées comme des opportunités de réinventer les pratiques du travail social. Les épreuves de professionnalité deviennent dès lors des supports au développement d'un artisanat professionnel, emprunt de débrouillardise et permettant aux assistantes sociales de regagner en autonomie financière.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p><Service social, Structures sanitaires, Assistante sociale, Cas sociaux, Exonération des soins, Créances financières , Accompagnement, Travail social, Sénégal, Afrique ></p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		