



---

*Research*

## **Les barrières et les violations courantes du droit à la santé dans quelques hôpitaux publics au Bénin en 2023**

**N’Koué Emmanuel SAMBIENI<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Département de sociologie et anthropologie de l’Université de Parakou et Laboratoire d’Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), Bénin

**Correspondance** : [esambieni@yahoo.fr](mailto:esambieni@yahoo.fr) ; Tel : +229 97186803

### **Résumé**

Au nombre des droits humains qui prennent de l’importance dans les mouvements de citoyenneté et de revendications sociales se trouve le droit à la santé. Les usagers du service sanitaire sont progressivement, ailleurs dans tous les mondes comme au Bénin, informés que se soigner est pour eux un droit, pour l’Etat une obligation et pour les professionnels une profession et un engagement. Les plaintes sont de plus en plus nombreuses à l’encontre des agents de la santé au Bénin. Notre étude a voulu identifier les barrières institutionnelles, techniques et le qui entravent encore la jouissance complète de ce droit à la santé. Les données ont été collectées au moyen d’une étude qualitative auprès des usagers, des professionnels et des gestionnaires de quelques établissements hospitaliers sur l’ensemble du territoire national béninois. L’échantillon a été constitué dans ce cadre avec la double technique du choix raisonné et de la boule de neige. Les résultats montrent que l’organisation sanitaire sur le plan institutionnel, administratif, logistique et technique est encore pleinement inactivée pour une jouissance du droit à la santé. Les hôpitaux ne sont pas techniquement outillés pour répondre à leurs devoirs de soins. Les professionnels agissent toujours comme si les soins étaient une faveur sociale qu’ils accordent aux usagers. Mais ces derniers ont désormais compris, avec l’aide d’organisations de la société civile que l’Etat leur doit ce droit.

**Mots clés** : Hôpital, droit, santé, barrières, jouissance, Bénin

### **Abstract**

Among the human rights that are gaining importance in citizenship and social demands movements is the right to health. Users of the health service are gradually, elsewhere in all worlds such as in Benin, informed that treatment is for them a right, for the State an obligation and for professionals a profession and a commitment. There are more and more complaints against health workers in Benin. Our study sought to identify the institutional, technical and technical barriers that still hinder the full enjoyment of this right to health. The qualitative data was from users, professionals and managers of hospitals. The sample was constituted in this context using the dual technique of reasoned choice and snowballing. The results show that the health organization on an institutional, administrative, logistical and technical level is still fully inactivated for the enjoyment of the right to health. Hospitals are not technically equipped to meet their care duties. Professionals always act as if care were a social favor that they grant to users.

**Keywords**: Hospital, law, health, barriers, enjoyment, Benin

## Introduction

La santé comme droit fondamental de l'être humain est indispensable à l'exercice des autres droits. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité, d'après la déclaration universelle des droits de l'homme reprise par l'OMS en 1948. Ce droit à la santé, au-delà des soins de santé, englobe la promotion des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine. Il s'étend aussi à l'alimentation et à la nutrition, au logement, à l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain (Lombrail et al., 2004). Ainsi, le droit à la santé ne saurait se comprendre simplement comme le fait d'être en bonne santé. Il suppose à la fois des libertés et des droits (Gardien, 2015). Ces libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps, y compris le droit à la liberté sexuelle et génésique, ainsi que le droit à l'intégrité, notamment le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale (Paul, 2009). Cet article cherche à identifier et analyser les barrières et les violations courantes de ce droit dans les hôpitaux du Bénin. La question principale de l'étude menée pour écrire cet article était la suivante : quelles sont les barrières à la mise en œuvre du droit à la santé dans les hôpitaux du Bénin ? Les agents de santé et les usagers des services de santé connaissent-ils le droit des béninois à la santé ? Quelles sont les différentes violations du droit à la santé observables dans ces hôpitaux ? Après avoir décrit le cadre méthodologique de l'étude, l'article présente les initiatives de promotion des droits sanitaires, les barrières, les expériences de violations et la discussion.

## 2. Matériaux et méthodes

La recherche a utilisé une démarche méthodologique qualitative. Il s'agit d'une étude de cas descriptive qui cherche ainsi à documenter à l'aide d'exemple les barrières et les violations du droit à la santé dans les formations sanitaires pour les béninois quels que soient leurs statuts et leurs localisations géographiques. Elle ne cherche pas à comparer les violations entre hôpitaux ou entre régions du pays. Les données collectées par les entretiens individuels approfondis sont principalement les expériences recueillies de quelques personnes en situation de soins en milieux hospitaliers. Un échantillon de 430 informateurs clés, à savoir les agents de santé, les patients, leurs proches et les responsables des hôpitaux, a été constitué par la technique du choix raisonné complétée par celle de la boule de neige. Les critères de choix des participants sont les suivants : avoir utilisé les services de santé ou avoir accompagné un malade dans un hôpital urbain ou péri-urbain en ce qui concerne les patients et les usagers des services hospitaliers ou être impliqué dans l'administration des soins en tant que professionnels de la santé dans un hôpital urbain ou péri-urbain. Au total, dix hôpitaux de divers niveaux de la pyramide sanitaire du Bénin ont été choisis sur la base de la répartition géographique et institutionnelle : national (Centre national hospitalier universitaire Hubert Coutoucou Maga et Centre Hospitalier départemental universitaire Borgou-Alibori de Parakou), régional (centres hospitaliers départementaux du Zou à Abomey, du Mono à Lokossa, de l'Ouémé à Porto-Novo et de l'Atacora à Natitingou) et de zone (Hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguéta, hôpital l'ordre de malte de Djougou, Hôpital Saint-Jean de Dieu de Boko et Hôpital d'Intendance des Armées de Parakou). Les données ont été enregistrées en respect aux normes éthiques sur la base d'un consentement des informateurs. Les enregistrements ont été transcrits. Les textes issus de ces transcriptions ont été analysés au moyen du logiciel QDA miner. En attendant de présenter les barrières et les violations, quelles sont les initiatives nationales de promotion du droit à la santé ?

### **3. Les initiatives visant la jouissance du droit à la santé au Bénin**

Les initiatives d'amélioration de l'offre de soins en vue d'une meilleure jouissance du droit à la santé sont plurielles : planification des actions, constructions d'infrastructures et réglementations.

#### **3.1. Les programmes et projets de soutien à l'effort de soins**

Conscient de son devoir de garant de la santé pour tous les citoyens, qui au Bénin, rappelons-le, a une valeur constitutionnelle mais aussi une importance économique, le gouvernement béninois à travers le ministère de la Santé (MS), s'est engagé au lendemain de la table ronde du secteur de la santé en 1995, dans l'élaboration des plans quinquennaux de développement sanitaire. Ces plans visaient à améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de santé ne serait-ce que pour quelque catégorie ciblée. C'est ainsi que plusieurs programmes ont été élaborés et mis en œuvre. Il s'agit du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT), du Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP), du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), du Programme Intégré de Santé Familiale (PISF), du Programme d'appui aux activités de la santé de la reproduction, du Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli (PNLLUB), du Fonds sanitaire des indigents (FSI), du Programme Santé de la Reproduction, du Programme d'actions sociales d'urgence (PASU) qui préconisait l'introduction de mesures visant à protéger les groupes sociaux vulnérables. Ce dernier programme prévoyait des mesures sanitaires concrètes, à savoir un programme à forte intensité de main-d'œuvre pour la réhabilitation des infrastructures sociales (centres médicaux en occurrence) un projet concernant les besoins de santé essentiels ; la Stratégie de la dimension sociale du développement, le Minimum Social commun qui répondait à cinq besoins fondamentaux dont la santé ; le programme national de développement communautaire qui incluait la promotion de la santé et de l'hygiène communautaires.

#### **3.2. La réalisation des infrastructures et équipements**

S'appuyant sur les Etats généraux de la santé de 2007 qui relevaient : la vétusté de la quasi-totalité des infrastructures, l'inadéquation des locaux dans certaines formations sanitaires, l'inefficacité du mécanisme de prise en charge des indigents, (République du Bénin, 2007), des mesures ont été adoptées pour garantir la disponibilité à 100%, 24 heures sur 24, l'accessibilité (géographique, financière, culturelle et opérationnelle aux soins de santé). Ces mesures ont consisté en la construction de centre de santé dans environs 90% des arrondissements (Ministère de la Santé du Bénin, 2009). Plus récents, le système de santé béninois a été réformé pour permettre une couverture sanitaire plus efficace. A cet effet, on note la construction en cours du centre hospitalier universitaire de référence d'Abomey-Calavi. Ce centre fournira des soins de haut niveau dans les spécialités pointues : urgence et réanimation, pôle cardiologie, pôle oncologie, pôle digestif médico-chirurgical, pôle locomoteur et neurochirurgical, pôle cardiovasculaire et thoracique, pôle néphro-urologique, pôle tête et cou, radiothérapie, médecine nucléaire. On note également la construction et l'équipement de cinq hôpitaux de zone, la construction de l'hôpital de zone et des six centres de santé dans la Commune de Tchaourou, des mesures visant l'autonomisation des formations sanitaires en eau et en énergie et des dispositions pour la modernisation et le renforcement du plateau technique et des infrastructures sanitaires (Présidence de la République, 2020, p. 76-80).

### 3.3. Le renforcement des effectifs et des compétences des personnels

En ce qui concerne le personnel de la santé, on note que selon les comptes nationaux du personnel de santé de 2018, le Bénin dispose de 10,69 agents toutes catégories confondues pour 10.000 habitants. Mais en prenant en compte, les prestataires de services (médecin, infirmier, sage-femme, technicien de laboratoire et d'imagerie), ce ratio chute à 5,47 agents de santé qualifiés pour 10.000 habitants. En plus de ce déficit, il y a une répartition inéquitable du personnel dans le pays. Aussi, la formation initiale et continue des agents de santé telle que conduite est peu efficace et ne permet pas un impact suffisant sur la qualité des soins (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2020, p. 69).

Pour améliorer l'accessibilité financière et la qualité des services de santé, plusieurs mécanismes ont été testés au Bénin. Des mesures de gratuité ciblée (gratuité de la césarienne par exemple), on est passé au Financement basé sur les Résultats (FBR), la fermeture des cliniques privées informelles, l'interdiction de la vente des médicaments de rue, pour en arriver aux dispositifs assurantiels dont le début a été le RAMU. Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est une initiative du Gouvernement du Bénin, visant à améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. Il s'agissait d'un dispositif assurantiel, un système de couverture sociale maladie destiné à protéger l'ensemble des populations béninoises contre les conséquences financières du risque maladie.

## 4. les barrières du droit à la santé au Bénin

Malgré les initiatives indiquées ci-dessus, il y a de nombreuses barrières et des violations courantes du droit des populations à être en bonne santé. L'article a pris le parti de présenter des cas concrets sous forme de récits directs des personnes qui ont eu des expériences récentes de la collecte des données. La réalisation du droit à la santé engage toutes les quatre fonctions du système de santé béninois à savoir : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative de l'offre de soins. Ces fonctions se complètent pour garantir aux citoyens la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé. Comme on le verra dans les cas ci-après, ces fonctions de l'offre sont barrées par des obstacles courants et ordinaires dans la plupart des hôpitaux. Le cas suivant porte sur le vécu d'un patient accidenté.

### 4.1. Les barrières institutionnelles

*Lorsque j'ai fait cet accident, j'ai été conduit d'urgence dans cet hôpital avant que mes parents soient alertés. Arrivé là-bas, les gens m'ont jeté dans un couloir de passage. Les soignants me disaient de vite contacter mes parents si non que je risque de mourir là. Qu'il faut que mes parents viennent vite avec de l'argent. J'ai passé plus de cinq heures, couché là, avec ma jambe broyée par un véhicule. Personne n'est venu ne serait-ce que pour nettoyer le sang qui coulait. Le chauffeur qui m'a renversé a fui. J'étais là mourant quand mes parents sont arrivés. Alors ils m'ont conduit en salle d'urgence. Nous étions là nombreux sans un minimum de soins. L'ambulance emmène les gens et ont les jette dans le couloir. Pourtant à la radio, nous avons toujours entendu parler de premiers soins obligatoires à donner en cas d'urgence dans les hôpitaux. Je suis confus par rapport à la situation. Il y a des gens qui passent banalement des jours sans un minimum de soins en dépit de l'urgence de leurs situations. Un frère en est mort dans l'hôpital de Djougou. Après l'accident, l'ambulance l'avait conduit au CHD. Trois jours plus tard, on n'avait toujours pas réussi à joindre ses parents. C'est au quatrième jour qu'ils ont été informés. Malheureusement les gens ne sont plus parvenus à le guérir puisqu'il est mort au*

*cinquième jour après avoir suffisamment perdu du sang. Il était déjà tard quand ses parents sont arrivés. Tout cela se passe et personne ne se plaint. Nous craignons souvent de nous plaindre pour être mal soigné la prochaine fois où on sera en demande de soins dans le même centre. Comment peut-on comprendre qu'on jette des gens qui sont en hémorragie sous prétexte qu'ils ne gardent pas de l'argent ? Avec tout ce que j'ai vu à Djougou et au CHUD Borgou, les centres publics de santé sont des couloirs de la mort. usager, Entretien du 18/04 /2023.*

Ce cas est un exemple de plusieurs autres expériences de refus de soins pour des raisons de politiques ou stratégies d'offres qui font obstacles à l'utilisation des services par un grand nombre d'usagers. Les barrières sont les plus courantes en la matière.

Les initiatives étatiques d'amélioration de l'offre de soins n'ont pas connu tous les succès escomptés dans la réalisation du droit à la santé. En effet, le dispositif de gratuité de la césarienne a eu un faible impact sur la mortalité maternelle au Bénin comme dans plusieurs pays (Belaid & Ridde, 2013). En ce qui concerne le FBR, les évaluations indiquent que ce dispositif de financement de la santé n'a pas eu d'impact sur la qualité des soins (Sambiéni et al., 2017) (Togbédji Maurice et al., 2020) (Ridde, 2021). Comme les mécanismes de gratuité et le FBR, le RAMU n'a pas réussi à atteindre les résultats escomptés avec notamment une faible mise en œuvre. Ces échecs ont conduit à la mise en place de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH), projet phare du gouvernement actuel dont un volet est entièrement consacré à la mise en place d'un dispositif d'assurance maladie pour toute la population béninoise. L'ARCH tire leçons de l'expérience du RAMU et tente d'améliorer la réalisation du droit à la santé pour concourir vers les Objectifs de Développement Durables. Après la phase pilote, la phase d'extension du programme est en cours sur toute l'étendue du territoire. Tous ces efforts sont reconnus des béninois. C'est le cas notamment de Monsieur S.M., usager des services de santé :

*« Pour la réalisation du droit à la santé, le gouvernement fait des efforts comme la distribution des cartes d'assurance maladie à certaines personnes. Il y a aussi la distribution des moustiquaires imprégnées et le recrutement du personnel, la suppression de grève dans le secteur de la santé. Je crois que ce sont déjà des efforts de réalisation du droit à la santé même si pour moi rien n'est encore fait vu l'importance de la santé dans la vie d'un Homme. » (Entretien du 26/04/2023).*

Suivant la conclusion de cet extrait de l'informateur S.M., ces efforts ne donnent pas à affirmer que la jouissance du droit à la santé est une réalité au Bénin. Les professionnels de la santé qui reconnaissent des efforts fournis, estiment que les réalisations sont insuffisantes pour une pleine jouissance du droit à la santé. C'est notamment ce qu'avance un professionnel de santé, en ces termes :

*« L'Etat central est en train de faire beaucoup d'investissements ces dernières années pour que le droit à la santé soit une réalité. Mais on n'est pas encore au niveau acceptable pour estimer que le droit à la santé est pleinement réalisé. On en est très loin des besoins et des attentes. » (Entretien du 27/04/2023).*

En effet, pour avoir accès aux soins de santé, il faut se rendre sur les lieux où ces soins sont dispensés. Ces lieux ne sont généralement pas desservis par les transports publics. La situation en milieu rural est particulièrement difficile de ce point de vue. On estime que la distance moyenne parcourue par les usagers pour retrouver le centre de santé le plus proche est de 13,42 km au plan national, cela cache des disparités énormes, avec parfois des parcours de plus de 100 kilomètres au nord du pays. Le coût moyen de transport est estimé à 750 F CFA. Ce montant a priori dérisoire, pèse considérablement sur les usagers des services de santé qui doivent

cumuler plusieurs allers-retours puisqu'ils ne disposent pas toujours de résidence proche de l'hôpital. Les dépenses liées au déplacement pourraient donc être considérées comme des dépenses appauvrissantes sachant que la majorité des usagers (59%) sont en dessous du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG).

Par ailleurs, une fois dans les formations sanitaires, les usagers éprouvent souvent des difficultés pour payer les prestations de soins. En effet, les données révèlent que seulement 49,5% de ceux qui se rendent à l'hôpital arrivent à honorer les frais liés aux soins de santé sans contrainte. 51,5% y parviennent en se faisant aider par des proches ou en vendant des biens ou encore en s'endettant.

Il n'est pas rare de constater que certains patients se voient refuser l'accès aux soins parce qu'ils sont endettés à l'égard de l'hôpital. Les refus d'accès aux soins de santé prennent des formes diverses. La détention à l'hôpital pour non-paiement des factures se produit lorsque le personnel hospitalier refuse de libérer les patients après qu'une sortie médicale soit cliniquement indiquée, car ni le patient ni sa famille ne peuvent payer la facture. La plupart des hôpitaux enquêtés ont mis en place un système de sortie des malades conditionné par la présentation des factures soldées. La non-satisfaction de cette condition par les malades déjà traités, conduit à leur «embargo» au sein de l'hôpital, à la fois une violation des droits humains et incompatible avec les objectifs de la Couverture Santé Universelle. Ils sont qualifiés de « prisonniers des hôpitaux » selon M.K., membres de la société civile et défenseur des droits des patients en milieu hospitaliers. Une autre forme de détention hospitalière est le refus du personnel hospitalier de remettre les corps des patients décédés à leurs familles parce que les factures restent impayées.

*Un usager d'un hôpital, résume cette situation en ces termes : « la santé coûte chère au Bénin. Y accéder est toujours une question de choix et d'arbitrage. Les gens sont toujours appelés à choisir le paiement du loyer, une alimentation convenable ou les soins de santé. On ne peut pas tout avoir au Bénin. Si vous priorisez votre santé, vous pouvez vous retrouver au dehors (sans abri). Dans tous les cas, il faut choisir » (Entretien du 19/04/2023).*

Les paiements directs constituent de toute évidence des obstacles à l'accessibilité des soins de santé. Ils sont malheureusement pour le moment la seule voie d'accès aux soins de santé en absence d'une assurance maladie universelle. Puisqu'exiger des frais d'utilisation pour les services de santé rend les services inabordables pour les pauvres, il s'en suit qu'au Bénin, les soins de santé sont inabordables.

Une seconde barrière importante de l'utilisation des soins reste le système de référence et contre-référence qui est déficient au péril des vies humaines. En témoigne l'exemple suivant :

*Il y a beaucoup de cas où les formations sanitaire ont référé les patients de Kouandé pour Natitingou. Une fois à Natitingou, pour faute de moyens financiers des patients, le CHD de Natitingou les réfère à l'hôpital de Tanguieta alors que c'est Natitingou le centre départemental de santé. Est-ce que cela est normal ? Souvent, les parturientes que référées arrivent avec les bébés déjà morts par manque d'oxygène (asphyxié) faute d'être vite pris en charge. Regardez même l'état des voies ! Et pour de l'argent, on va sacrifier la vie du bébé et risquer celle de la mère. Souvenez-vous des grèves dans la santé ce que cela avait causé comme perte en vie humaine dans le pays ! S'il n'y avait pas st jean de Dieu de Tanguieta, l'Atakora sera voué à la mort. Grâce au concours du privé et à l'interdiction de grève dans le public ; les choses vont un peu mieux. Professionnel de santé. Entretien du 15/05/2023.*

Ces cas de référence dans le sens inverse pour des raisons de plateau technique de mal gouvernance sont légion dans le pays. On trouve aussi des cas de refus de soigner dans les barrières identifier, comme l'indique l'expérience suivante.

*Une situation s'est produite récemment. Il s'agit d'un jeune garçon circoncis à la maison dont la plaie s'est infectée, les parents l'ont amené au Centre de Santé dans l'espoir de le traiter. Mais arrivé là-bas les soignants sont sortis nous demander les motifs de notre arrivée et où est-ce qu'on avait fait la circoncision. Nous leur avons dit que c'est à la maison que l'enfant a été circoncrit. À la suite de cette déclaration, ils sont tout simplement repartis s'asseoir dans la salle d'accueil pour continuer à manipuler leurs portables pendant que nous étions assis dans le hall croyant qu'elle se prépare pour accueillir le petit. Plusieurs heures après, nous avons constaté que personne ne venait. Alors nous avons dû changer d'hôpital en allant à l'hôpital du Camp et c'est finalement là-bas que nous avons été traités. Voilà une légèreté, un manque d'attention, une inconscience professionnelle et les soignantes qui constituent autant de violations aux droits humains et à la santé. Usager, Entretien du 06/06/2023.*

Ce refus de soigner se rencontre même en urgence. Le cas suivant renforce le premier cas raconté par un accidenté autour des hôpitaux de Djougou et de Parakou.

*J'ai deux confrères qui ont fait un accident récemment près de Natitingou, ils m'ont appelé et j'ai pris l'ambulance de Tanguiéta pour les chercher. Et entre temps, ils avaient dû prendre un zémidjan pour se rendre à l'hôpital de Natitingou. Arrivé à l'hôpital, je les ai retrouvés jetés dans la cour sans soins élémentaire. L'un avait fracturé son bras ; son second qui avait les blessures sur tout le corps qui déchirait un torchon pour lui fabriquer quelques choses pour soutenir le bras. Pourtant eux-mêmes étaient agents de santé. En situation d'accident et venus à l'hôpital, personne ne s'occupait d'eux. Voyez la distance entre Tanguiéta et Natitingou que j'ai parcouru avant de les retrouver sans soin. Arrivé dans le centre j'ai aperçu la situation et je me suis mis à prendre soin de mes confrères puisque j'étais encore en blouse depuis Saint Jean de Dieu. Un agent de l'hôpital de Natitingou est sorti pour me demander d'où je viens et qui m'a permis d'agir sur un malade. Je lui ai fait comprendre que ce sont mes confrères qui sont sous ma responsabilité à qui j'ai accordé la permission d'aller à Natitingou pour une situation. Je l'ai mal répondu même si après je me suis excusée. L'un des accidentés a dit qu'ils sont arrivés et sont allés dans le couloir. Personne ne les a indiqués où aller pour être pris en charge. Personne non plus ne s'est occupé d'eux. Il n'y a pas eu d'assistance encore moins de soins d'urgence minimum que les cas d'accidents sont censés recevoir. Il reste vraiment à faire et il faut vraiment continuer les sensibilisations. agent de santé. Entretien du 08/05/2023.*

#### **4.2. Les barrières professionnelles**

La profession est un ensemble de normes, de pratiques et de représentations. Pour l'accès aux droits à la santé, les professions médicales et paramédicales sont à impacter, car de leurs normes pratiques, de leurs pratiques professionnelles et de leurs représentations dépendent mes changements et les améliorations de l'offre médicale. Les professions ne se limitent pas aux médicales et aux paramédicales ; il faut leur ajouter les professions administratives et de gestion.

Les barrières professionnelles concernent le mauvais accueil, les abus de confiance, le non-respect de l'intégrité et de la dignité des patients, le manque ou l'insuffisance de communication et la violation du secret professionnel. Les récits suivants sont des exemples illustratifs de ces pratiques professionnelles qui affaiblissent la jouissance du droit à la santé.

« Après une fracture avec la moto de service, j'ai été conduit à l'hôpital où une radio a été faite. Après la radio, on m'avait dit qu'une opération et un plâtre étaient la seule option. J'ai demandé le coût de l'opération on m'a dit qu'il faut un devis quelque minutes après le devis est sorti et j'ai envoyé ma femme qui en moins d'une heure a réuni le montant de l'opération. Je leur ai présenté les sous pour l'opération. Ce qui m'a déplu, c'est que j'ai été opéré deux semaines après alors que j'avais l'argent de l'opération. On aurait dû m'expliquer les choses et me communiquer des informations claires sur ma prise en charge. Ce n'est pas un plaisir pour moi d'être à l'hôpital je ne connais rien en matière de santé donc je suis venu, c'est à eux de me rassurer et me dire comment les choses vont se passer. Bien que j'eusse l'argent on est allé à deux (02) semaines avant de faire l'opération faute de communication, je déplore cela. C'est moi-même qui ai encore exigé qu'on me mette de plâtre pour immobiliser le pied et diminuer ma douleur. Il y a beaucoup de choses que j'ai déplorées. Il y a le médecin qui, informé de mes plaintes, a pris position contre moi mais je me suis tu. Je n'attends que la fin pour voir si je dois appeler la presse et faire une déclaration publique pour dénoncer. Je remercie Dieu de ne pas avoir pas un souci financier face à ma situation. Imaginez d'autres personnes qui n'ont personne, qui sont illettrés, qui subissent ça ou pire que ça, si personne ne tape sur la table ça va continuer. C'est dans ce sens que je veux agir. Il faut que les agents de santé comprennent que leur domaine d'activité est trop sensible et qu'il n'y a pas d'erreurs. Juste parce que je revendique mes droits à être bien traité, on abuse de moi, ce n'est pas acceptable. Il faut que les gens connaissent leur droit. » Usager, Entretien du 12/04/2023.

Les abus de confiance dans les hôpitaux ont été signalés il y a déjà très longtemps dans la littérature. On aurait pensé que cela est passé. Mais c'est toujours d'actualité. Dans certains cas, les abus de confiance entre les usagers et le personnel administratif et technique portent sur des montants trop élevés, comme dans le cas suivant où le montant signalé est autour de quatre cent euros.

*Il y a une situation dans le mois de carême où un usager venu de Gogounou s'est fait escroquer jusqu'à trois cent mille francs CFA (300.000fcfa). Quelqu'un avait joué à l'interprète et savait tout ce qui avait été prévu par le Dr. Le programme avec le malade. Il a profité de la situation pour refaire un autre programme au patient lui indiquant qu'il a eu des changements donc pour éviter le retard dû à l'affluence, qu'il devrait envoyer la somme indiquée pour être vite pris en charge à son arrivée. Le patient a effectué le versement par Momo sur le numéro de l'intéressé puis après le numéro ne passait plus. En fin de compte, il a été appréhendé par la police. Professionnel de santé. Entretien du 15/05/2023.*

Dans une telle situation, l'agent n'est certes pas un soignant mais il est dans le système. Quoiqu'il en soit, l'opprobre est jeté sur l'hôpital. Il arrive que de tels abus affectent même l'intégrité physique des patients. Dans le milieu hospitalier même, il y a des personnes qui en sont conscientes.

*J'ai eu à dénoncer un des nôtres qui avait demandé à une jeune fille de 18 ans de se mettre nue pour qu'il lui fasse le toucher de diagnostic. Puisque le service dans lequel nous intervenons n'est pas habilité à prendre en charge cette patiente, l'infirmier devrait remonter l'information au médecin responsable de notre unité pour que la dame soit référée au niveau des services compétents. Mais voulant abuser de la dame il a voulu l'obliger à faire le toucher. Heureusement que la patiente a été vigilante. Elle a refusé et à demander à voir le responsable c'est alors qu'on me l'a envoyée. Elle s'est plainte de l'infirmier. Ce dernier a renié les faits. Étant donné qu'il n'y a pas de preuves, j'ai dû mettre l'agent en garde sinon, je le traduirais directement au niveau de la direction de l'hôpital. Propos d'une chef d'unité de soins, 20 juin 2023.*

L'absence de consentement aux soins emmène à dire que les patients sont traités comme des choses. Ce propos d'un agent le confirme.

*Les violations les plus fréquentes restent des soins sans explications. Le patient vient et le médecin fait son examen, le diagnostic et demande au patient de se coucher et lui fait des injections. Le patient est plutôt traité comme une chose. Je veille à éradiquer cette situation mais je ne suis pas toujours dans l'établissement. Professionnel de santé, juillet 2023.*

Un second cas est encore plus illustratif de cette situation.

*Usagère., Entretien du 14/04/2023 à Cotonou*

*J'ai amené ma sœur pour l'accouchement au CHU-MEL. Au début, on ne l'a pas précisé qu'elle sera opérée alors qu'elle a été suivie là-bas. En arrivant, elle sentait déjà des douleurs de l'accouchement, mais un peu un peu. Ils l'ont fait une piqure en disant que si c'est l'accouchement, les contractions vont s'accélérer. Si l'accouchement n'est pas imminent, les douleurs vont cesser par la suite. Elle est allée dans la salle d'accouchement depuis 15h. J'ai attendu jusqu'à 19h sans aucune information sur l'état de santé de ma malade.*

*Avant d'entrer dans la salle d'accouchement, je lui avais demandé si elle a mangé de la journée, elle m'a dit non. Je précise qu'au début on échangeait par le téléphone. Elle avait encore son téléphone sur elle et on s'écrivait. A un moment donné, vers 17h, elle ne répondait plus. Elle avait même coupé sa connexion. A 19h, je me suis dit qu'il fallait y aller voir si elle ne va pas manger quelque chose car en même temps qu'elle avait mal, elle avait peut-être faim. Arrivée là-bas, je me présente et je dis que je veux voir ma sœur qui s'appelle XXX. Les agents de santé présents m'ont conduit vers une salle d'accouchement puis ils ont appelé son nom une ou deux fois et ils ont dit qu'elle n'était pas là. On m'a orienté vers une autre salle d'accouchement, c'était pareil : elle n'est pas là. Je dis ah ! Je suis venue ici avec elle, je l'ai vu rentrer dans cette salle et vous me dites maintenant qu'elle n'est pas là ? Où est-ce qu'elle peut être alors ? Pourtant de ma position, elle ne peut pas sortir de sans que je ne puisse la voir ? J'étais convaincue qu'elle n'est pas sortie. Sa chaussure était même à la porte. Une agente de santé me répond que la dame de ce nom n'est pas dedans.*

La violation du secret professionnel en milieu médical est aussi courante. Le cas est très affectant pour certains patients comme ceux qui souffrent du VIH/Sida. Dans l'exemple suivant, une patiente a été dévoilée ; cela a conduit à la bagarre publique.

*« Nous avons vécu une situation dramatique où une dame dépistée séropositive s'est retrouvée dans une impasse en ce sens que toute la ville a été mise au courant de sa situation. La dame qui s'occupait de la distribution des antirétroviraux ARV n'arrivait pas à garder le secret professionnel. Quand elle vous distribue des médicaments une fois en ville, elle se permet de vous doigter aux gens et de dévoiler votre situation sérologique. Un jour ça a mal tourné pour elle. De façon pratique quand elle voit quelqu'un courtiser quelqu'une et qu'elle connaît la situation de la personne par rapport au VIH, elle vient le dire en secret au courtisan. Comme elle a fait un jour à un militaire qui cotisait une dame. Elle est allée dévoiler la chose (l'état sérologique de la dame) à son prétendant. Celle-ci en retour est allée demander à la petite dame. Il y a eu des coups de poings à la suite de cette plainte. Cette situation s'est produite en pleine ville en plein marché. », Usager, Entretien du 06/06/2023.*

Ces barrières sont à la fois des violations comme on le voit. Dans la section suivante, il est fait mention de bien d'autres violations courantes du droit des citoyens à bénéficier des soins quand ils en ont besoin.

## 5. Les expériences de violation du droit à la santé

Au Bénin, aucun acte juridique ne définit expressément les droits des patients dans un hôpital. Ce vide juridique laisse court à des pratiques qui, en présence d'une loi seraient réprimandées. En effet, l'absence de dispositif juridique définissant les prérogatives du patient dans un hôpital ouvre la porte à un traitement du patient selon l'humeur des professionnels de la santé. Pour apprécier le respect ou non des droits des patients dans le cadre de cette étude, nous avons recouru au contenu des droits des patients selon la littérature. A ce titre, les normes juridiques internationales s'accordent sur le fait que dans un hôpital, le patient dispose de droits suivants:

- bénéficier d'une prestation de soins de qualité ;
- choisir librement le praticien professionnel ;
- être informé sur son état de santé ;
- consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable ;
- savoir si le praticien est assuré et autorisé à exercer sa profession ;
- pouvoir compter sur un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter et en obtenir copie ;
- être assuré de la protection de sa vie privée ;
- introduire une plainte auprès d'un service de médiation (Direction Générale Organisation des établissements de Soins de Santé, 2018, p. 13-28).

Toute pratique, tout acte en milieu hospitalier qui se déroulerait en faisant fi à ces prérogatives du patient constituerait une violation flagrante des droits des patients. Dans le cadre de cette étude, plusieurs cas de violation des droits des patients nous ont été rapporté par les usagers et patients des services de santé du Bénin.

### 5.1. La violation du droit à l'information au patient de son état de santé

*Plusieurs patients ont évoqué des expériences récentes de violation du droit à l'information. Le cas suivant est relatif à une parturiente qui aurait pu savoir qu'elle va accoucher par césarienne mais qui ne l'a su que quand l'acte a commencé.*

*Finally c'est par césarienne elle a accouché. Pourtant, elle est restée sur la table d'accouchement de 15h jusqu'à 1h du matin à souffrir. Les agents de santé savaient bien que la personne ne pouvait pas accoucher par voie basse. J'estime pour ma part qu'en tant que médecins, ils peuvent le savoir, vu la taille de la personne, la dimension du bassin de la personne et le poids de l'enfant, ils peuvent déduire qu'elle ne peut pas accoucher par voie basse. Ils devraient le savoir. Ils ont malheureusement laissé la pauvre souffrir et c'est après qu'ils viennent me dire qu'ils ont tout fait l'enfant ne parvenait pas à sortir et ils l'ont amené au bloc. Réalisez-vous que son argent lui a été dérobé ? En effet, le lendemain de l'opération, elle m'a demandé si j'avais enlevé l'argent qu'elle avait placé dans la pochette de son portable. Moi je ne savais même pas qu'elle y avait mis de l'argent. On va-t-on s'en plaindre ? Entretien usagère, parente d'une parturiente, juin 2023.*

### 5.2. La violation du droit d'être soigné en urgence

Les accidents surviennent généralement sans qu'on se prépare ; les accidentés se voient refusés les premiers soins au prétexte de ne pas sortir automatiquement l'argent.

À la suite d'un accident de route (un accident n'impliquant que le seul conducteur), nous avons retrouvé l'accidenté saignant. Nous étions les premiers sur les lieux de l'accident, étant nous-mêmes en route pour quelque part. Nous avons appelé le commissariat qui comme d'habitude, ne s'est pas exécuté. Puisque l'accidenté respirait toujours nous avons décidé de l'amener à l'hôpital. Arrivé à l'hôpital on nous dit que c'est nous qui devons supporter les premiers soins et que sans paiement du nécessaire, ils ne feront rien. Personne d'entre nous n'avait d'argent et nous ne connaissons pas les parents l'accidenté. Il (l'accidenté) saignait beaucoup et les agents de santé le regardaient sans rien faire jusqu'à ce que certains d'entre-nous qui l'avons conduit s'énervent et s'en aillent. J'étais également parti sans savoir le sort de l'accidenté. J'étais juste choqué parce qu'autant que nous sommes, nous devons nous entraider et quand c'est l'hôpital qui refuse d'assister les personnes en danger, c'est juste triste. Je ne trouve pas bien que des agents de santé laissent les gens souffrir de la sorte. Si j'avais de l'argent, j'aurais payé les soins de l'accidenté quitte à me faire rembourser après. » Usager, Entretien du 17/04/2023.

Plusieurs patients ont rapporté des cas similaires.

### 5.3. La violation du droit du patient de choisir son traitement

Accompagnatrice, Entretien du 14/04/2023.

Ma malade que j'ai amené à l'hôpital (CHD Ouémé) s'est fait opérée dans une clinique de Porto-Novo. C'était une césarienne. Il s'est fait qu'au bout de cinq jours après l'opération, cette dernière a commencé à ressentir des douleurs atroces au niveau du ventre. On était obligé d'aller dans un autre hôpital. On s'est dit que comme c'est une clinique, ils ont été incompétents. C'est pour ça ils n'ont pas pu bien faire l'opération. Nous sommes donc allés dans un hôpital public, le CHD de Porto-Novo qui est sensé pouvoir bien prendre soins d'elle car disposant de tous les services. Arrivé au CHD-Ouémé, elle a été vite reçue et mise sur la table et la malade disait j'ai vraiment mal au ventre et souffrait énormément. Moi qui l'ai accompagné, je leur ai proposé de faire une échographie en même temps pour qu'on sache ce qui n'allait pas car elle se plaignait trop de ce ventre. Elle précisait que ce n'étaient pas les douleurs liées à la plaie de l'opération. Elle disait avoir mal à l'intérieur de son ventre. Donc moi je leur ai dit de faire l'écho pour voir ce qui se passe. Cela n'a pas été facile, ils ont refusé de le faire et immédiatement ils l'ont amenée en salle de soins intensifs dans laquelle elle a été gardée pendant dix jours, sans faire cette échographie. Ils ne faisaient que prescrire des médicaments et des analyses ; parfois ils parlaient d'infections, parfois de manque de sang. Ils étaient là à écrire tout ce qu'ils voulaient. Pendant ce temps, la malade souffrait dans sa chair comme ça et n'arrivait même pas à s'asseoir. C'est moi qui faisais tout pour elle : manger, toilette, tout. Lui faire une échographie était un problème. Il est arrivé un moment où je me suis même disputée avec les médecins parce que j'étais prête à payer ce qu'il fallait pour qu'on lui fasse une échographie, c'est ma malade, c'est mon argent qui va payer mais ils m'ont dit que ce n'était pas à moi de leur apprendre à effectuer leur travail. On est resté là comme ça jusqu'à 10 jours. C'est après ces dix jours ils nous ont fait sortir des soins intensifs et transféré dans une autre salle. C'est en ce moment qu'on nous dit d'aller faire l'échographie. Mais la personne qui l'a prescrite n'avait pas mis son nom, ni la date, ni le motif. Il n'y avait aucune mention. Quand je suis allée à la caisse pour payer, la caissière m'a fait comprendre que mon ordonnance n'était pas complète. Il n'y a pas le motif de l'échographie donc elle ne sait pas combien ça coûte, par conséquent je ne peux pas payer. Elle m'a dit de retourner voir le prescripteur. Mais je n'étais pas au bout de mes peines. Mes malheurs ne faisaient que s'aggraver puisqu'il me fallait encore courir derrière eux. Quand j'approche quelqu'un, il me dit qu'il n'est pas compétent pour le faire. Tantôt il faut attendre le docteur, tantôt on me dit je ne suis pas de ce service, ou au pire on ne m'écoute même

*pas. J'ai encore fait deux jours à courir derrière eux d'abord avec mon bon d'échographie incomplet.*

*Dieu aidant, j'ai rencontré une sage-femme qui passait par hasard. Je lui ai expliqué mon problème presque en larmes. Par compassion, elle a sorti son stylo pour signer et mettre le motif avant que je n'aille à la caisse payer. C'est une autre personne que je ne connaissais pas, elle n'est même pas du côté soins intensifs là, elle ne connaît rien du malade. Mais quand je l'ai expliqué la situation, elle a compris. C'est le geste utile qui a sauvé ma fille.*

*Ce qu'on craignait, c'est ce qui était. L'échographie a révélé qu'il y avait des caillots de sang, qui sont restés dans son ventre depuis l'opération. Ils ne m'ont pas clairement expliqué cela parce que les mêmes médecins qui travaillaient dans la clinique où elle s'était faite opérée travaillent dans cet hôpital public. Eux tous ils travaillent encore là et ont des cliniques privées. Cette situation est bien dommage parce que pendant les douze jours d'attente, le pire pouvait se produire. La malade souffrait, chauffait et perdait du sang et on était obligé de lui faire une transfusion sanguine régulièrement. Elle chauffait énormément et perdait du sang. A un moment donné, on m'a expliqué qu'au lieu de 14l elle n'avait que 4l dans son organisme. Elle était toute pâle, pourtant ils ont refusé de faire l'écho. C'est le jour ils l'ont fait qu'ils ont découvert de quoi elle souffrait : des caillots de sang coagulés presque dans son ventre. Quand ils ont fait l'écho fini, le médecin a dit directement au bloc.*

*Maintenant, ils vont encore nous prescrire des médicaments non ? Ils ont prescrit des médicaments et un autre produit qu'un autre médecin devrait prescrire. On dit ce dernier n'est pas là. En dehors du sang, il y a un autre liquide qui devrait être utilisé avec le sang pour la transfusion. Je ne connais pas le nom mais quand tu achètes deux poches de sang, tu achètes deux poches de ce liquide aussi. Ils ont dit que le sang était disponible sur les lieux mais ce liquide faisait défaut selon leurs dits. Donc il fallait encore aller au CNHU pour s'en procurer. Avant de faire toutes ces courses (médecin qui n'était pas là, le liquide indisponible, avoir l'ordonnance, etc.), il faisait déjà nuit. On a remis cela au lendemain. Savez-vous que le liquide en question se trouvait bel et bien dans l'hôpital ? Dieu aidant une fois encore, on a croisé la propriétaire de la maison où louait la malade par hasard. Contre toute attente, cette propriétaire est une agente de santé qui intervenait dans l'hôpital, au niveau des analyses. On lui a posé le problème et elle dit comment ils peuvent nous dire qu'il n'y a pas ce liquide-là dans l'hôpital ? Ils sont fous ? Elle a demandé de lui remettre la glacière et l'argent. C'est donc elle qui nous a aidé à l'obtenir le lendemain dans ce même hôpital là. Le liquide qu'on me demandait de quitter Porto pour aller chercher au CNHU, avec toutes les tracasseries que cela comporte, a été trouvé finalement dans le même hôpital. Dieu merci, l'opération s'est bien passée et le jour suivant la malade s'était déjà retrouvée.*

*Outre cela, les agents de santé qui doivent s'occuper des opérées, les nettoyer, arranger, et changer leurs draps etc., quand tu vas là-bas ils vont te dire tu n'as rien pour nous ? Il faut nous trouver quelque chose non. Tu as ta malade qui souffre, tu es en train de faire des dépenses dans ce sens et eux aussi ils te demandent de l'argent encore. Si tu ne leur donnes rien, tu ne peux pas aller voir ton malade. Elles te diront avec un ton sévère et désagréable qu'ici on ne rentre pas comme ça dans cette salle, ici ce n'est pas un marché hein, ce n'est pas ici vous allez venir faire vos désordres hein, on ne fait pas ci ou ça. C'est quand tu vas commencer à leur donner 500F, 1000F que tu verras la différence. Il faut rester là pour comprendre qu'on n'a même pas besoin de te le dire avant de commencer à donner quelque chose. Quand tu vois les va-et-vient que font d'autres personnes, leur collaboration amicale avec d'autres personnes, tu n'as pas besoin qu'on te dise qu'il faut donner quelque chose.*

*Au niveau des soins intensifs, les garde-malades n'ont pas accès à la salle. Nous restons non loin et quand les soignants ont besoin de quelque chose, ils nous appellent. Il y a normalement des personnes pour apporter les autres soins : toilette, changement de drap, etc. Mais ils ne font pas toujours leur travail, c'est de la pagaille. Bref ! Pendant qu'on était en soins intensifs, certaines infirmières ont profité pour m'envoyer comme si j'étais leur coursière. Un après-midi, une infirmière de garde reste à la porte de la salle et crie : où sont les parents de telle malade, les parents de telle malade... ? Je cours rapidement croyant que c'est une nouvelle ou une ordonnance. A ma grande surprise, elle me tend un petit papier sur lequel est écrit un numéro. Elle me dit : Je veux des unités. Sans me donner le moindre sou. Puisque je comprenais déjà le système je suis allée déboursier 500f pour lui acheter du crédit. Pendant ce temps, moi-même je réfléchissais avant de m'acheter un forfait de communication de 500f, mais j'étais obligée de le faire pour elle.*

*Une autre fois, une autre infirmière m'interpelle dans les mêmes conditions et me dit : Je veux manger de l'akassa au poisson. J'ai dû sortir, me renseigner et trouver de l'akassa accompagné du poisson pour l'amener. Ce que moi-même je ne me permets pas de manger dans les circonstances du moment-là, je suis obligée de trouver cela aux infirmières parce que je veux qu'elles prennent bien soin de ma fille.*

*Aujourd'hui quand je m'en rappelle, j'ai mal. Dans les pressions du moment, je voulais seulement la guérison de ma fille. Du coup, cela ne m'a rien dit. J'obéissais sans broncher.*

#### **5.4. La négligence des agents de santé dans le référencement des malades**

*En matière de santé, les textes évoquent la négligence comme une faute lourde car létale. Le cas suivant raconté par un témoin a conduit justement au décès de la femme en accouchement.*

*« Une femme à terme de grossesse était sur le point d'accoucher. Le souvenir dramatique que j'ai, c'est l'issue de la situation : la mort de la dame. Il faut dire que les agents de l'hôpital de Dassa ne l'ont pas vite référée quand son état devenait critique, ils ont trainé pour des raisons que j'ignore. La dame se tordait de douleur. Lorsqu'elle n'avait plus d'énergie, une solution a été trouvée pour la référer au CHD Zou. Une fois à Abomey, les agents de santé ont dit qu'il n'y avait plus rien à faire. Qu'elle est venue tard et qu'elle était morte durant le transfert. Je peux donc dire dans ce cas qu'elle a été négligée et donc son droit a été bafoué un peu. Les gens sont en train de mener des démarches pour porter plainte puisque c'est une affaire vraiment récente. La leçon à tirer de cette situation c'est qu'il y a un véritable manque de personnel compétent bien qualifié. » Entretien usager d'un hôpital du 13/04/2023.*

Les cas de négligence rapportés sont nombreux, dans presque toutes les unités de soins de tous les hôpitaux.

De nombreux autres types de violation du droit à la santé ont été rencontrés. Ici, les plus critiques ont été illustrés. Ils montrent que le Bénin est toujours dans un rapport difficile au droit à la santé. L'étude s'est occupée de voir si d'autres pays des mêmes contextes ont les mêmes comportements que des auteurs ont pu rapporter.

#### **4. Discussion**

Cet article s'est focalisé sur le droit à la santé, sans prendre le projet de le définir ou de le caractériser. Il porte sur les phénomènes institutionnels et professionnels qui freinent sa réalisation et qui le violent dans certains cas. Au terme d'un séjour de recherche comme indiqué

dans la méthodologie dans plusieurs hôpitaux, ces barrières et ces violations ont constatées et renseignées tout comme les nombreuses initiatives que l'Etat a pris pour favoriser sa mise en œuvre.

Les barrières à l'œuvre dans ces hôpitaux sont d'abord institutionnelles, consistant en l'ensemble des textes et réglementations prises pour l'accessibilité et l'inaccessibilité des soins par des usagers selon leurs catégories et leurs contextes. Ces textes officiels bien ou mal mis en œuvre pour constituer des freins à la réalisation du droit à la santé pour les citoyens ont été renforcés par des pratiques professionnelles de même portée négative. Au-delà donc de constituer uniquement des barrières, ces pratiques ont, dans bien de cas, violer les droits des personnes humaines à la santé.

Au nombre des violations multiplies, l'analyse a permis de catégoriser quatre types d'indicateurs de droits à la santé bafoués : l'information du patient sur le diagnostic et le protocole thérapeutique, le traitement d'urgence du patient quelle que soit sa trésorerie, le choix du traitant et du traitement, et l'attention nécessaire des soignants sur les soignés. Bien d'autres indicateurs sont violés mais le parti est pris de ne rapporter que ceux-là qui sont les plus courants.

Dans la littérature anthropologique et sociologique, les barrières sont évoquées pour l'accès aux soins dans plusieurs pays au Sud et même au Nord. Les violations sont aussi évoquées, parfois sous forme de violences médicales, d'inégalités ou même de mauvaise qualité des soins.

Généralement, les barrières sont évoquées pour exprimer l'inaccessibilité géographique, financière et culturelle des citoyens usagers du service public de santé. Dans ce sens, la simple distance entre une communauté et une formation sanitaire est une barrière à l'utilisation de cette formation sanitaire(Compaore, 2007). Au-delà de l'aspect général d'accès ou de non accès des formations sanitaires, les barrières ont été accentuées sur certains types de soins, comme les soins maternels et reproductifs(Lerberghe & De Brouwere, 2001)(Charbit, 1977)(Hugon, 2005), sur les maladies chroniques comme le Sida, la drépanocytose, le cancer (Taverne et al., 2012)(Eboko, 2015)(Kanati, 2011)(Sambiéni et al., 2019)(Dilhuydy, 2003). Toute cette littérature, assez large et disponible, confirme la présence des barrières pour l'utilisation du droit à la santé dans les pays à faible et moyen revenu et même parfois dans des pays industrialisés. Par exemple, il est mentionné dans cette littérature que le système de santé de la Géorgie (qualifié de système de santé ne protégeant pas financièrement les ménages) conduit 19% des ménages en quête de soins à emprunter de l'argent ou vendre des objets personnels pour payer, et 16% à manquer d'acheter les médicaments prescrits (Xu et al., 2003). La situation est bien pire au Bénin ou tout au moins la même. A l'étape actuelle où l'initiative gouvernementale sur l'assurance maladie n'a pas encore été suffisamment mise en œuvre, le système de santé du Bénin n'offre aucune protection financière aux populations contre les dépenses de santé.

Les travaux de littérature sur les violences, qui incluent les violations, sont aussi disponibles, nombreux et riches, sur les soins en général et sur certains soins en particulier comme les soins maternels(Camille, 2018)(Kunst & Houweling, 2001)(Ronsmans, 2001)(Sambiéni, 2012), les soins en urgence(Saizonou et al., 2006)(Weerd & Donce, 2022), les soins pédiatriques(Sambiéni et al., 2019)(Lafia et al., 2020)(Ida & Rossi, 2017), etc.

Enfin, la littérature anthropologique et sociologique est très faible sur la question du droit à la santé. On retrouve des résultats de recherches assez souvent concentrés plus sur les droits

sexuels avec des courants militants institutionnels et individuels (Gardien, 2015) (Zarca, 2017) (Lippel & Demers, 1998).

La contribution de cet article a été, au regard de cette littérature, de montrer à partir des résultats de recherche empirique que comme pour les formations sanitaires et les types particuliers de soins et de droits, le système sanitaire au Bénin contient en lui-même des barrières à la réalisation du droit à la santé qu'il viole constamment.

## Conclusion

La protection de la santé est un droit fondamental consacré par la Constitution béninoise et des textes internationaux. L'article a analysé les barrières à la réalisation ou la jouissance du droit à la santé en milieu urbain et péri-urbain du Bénin et les violations constantes enregistrées en cette matière. Les résultats de l'étude montrent que les principales barrières du droit à la santé portent sur l'accessibilité financière, géographique, physique, culturelle, la disponibilité, l'acceptabilité des services et la qualité des soins de santé au Bénin. Les usagers et patients font face à des barrières financières pour accéder aux soins de santé.

Par ailleurs, les usagers et patients sont objets de maltraitance, de rançonnements. Les mécanismes d'intervention en cas de violation des droits à la santé semblent inconnus du grand public. Aussi, la crainte des représailles conduit les usagers à se résigner et subir plutôt que revendiquer.

## Remerciements

Nous remercions très sincèrement les agents de santé, les patients, leurs accompagnants, leurs parents et autres informateurs (associatifs, militants, etc.) qui ont répondu à nos questions. Nous remercions aussi les agents de collecte des données et les pairs évaluateurs de cet article.

## Conflit of Intérêts

Nous ne sommes ni agents de santé, ni patients en situation dans l'un des hôpitaux ni encore militants d'une quelconque association de santé. Notre étude n'a pas été financée par le service public de santé du Bénin. Nous n'avons de ce fait aucun conflit d'intérêt pour ce travail.

## Références

- Belaid, L., & Ridde, V. (2013). Analyse de la mise en oeuvre de la politique de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans le district sanitaire de Djibo, Burkina Faso. In *Une politique publique de santé et ses contradictions La gratuité des soins au Burkina, au Mali et au Niger* (p. 466).
- Camille, B. (2018). « *Violences obstétricales* ».
- Charbit, Y. (1977). La contraception après l'accouchement dans 11 pays en développement. *Population*, 4(5), 988–990.
- Compaore, J. (2007). *Reducing financial barriers to emergency obstetric care : experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso*. 12(8), 972–981. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2007.01877.x>
- Dilhuydy, J.-M. (2003). L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter. *Bulletin Cancer*, 90(7), 623–628.
- Eboko, F. (2015). Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine. *Questions de Recherche*, 45, 1–40.

- <http://www.ceri-sciences-po.org/publica/qdr.htm>
- Gardien, E. (2015). Sexualités, handicap et droits humains. *Développement Humain, Handicap et Changement Social*, 21(2), 1–50.
- Hugon, A. (2005). L’historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne. *CLIO. Histoire, Femmes et Sociétés*, 21(2005), 1–12.
- Ida, A., & Rossi, I. (2017). *Les vécus de l’enfant hospitalisé à Dakar . Une analyse ethnographique des paroles et des interactions dans quelques services de pédiatrie à Dakar*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Kanati, L. (2011). *Des représentations sociales du VIH/SIDA à la construction d’une identité séropositive: analyse de discours en pays Moba (Nord Togo)* (Issue Ed 396). Université Paris Nanterre Ouest.
- Kunst, A. E., & Houweling, T. (2001). Panorama mondial des différences entre riches et pauvres dans l ’ utilisation des soins obstétricaux. *Réduire Les Risques Liés à La Maternité: Stratégies et Évidence, Studies in Health Services Organisation & Policy*, 18, 2001, 1–19.
- Lafia, A., Sahadath, K. L., & Sambiéni, N. E. (2020). *Dynamiques autour de la douleur du décès d’un enfant chez les parents et soignants en pédiatrie au Centre hospitalier Universitaire départemental du Borgou-Alibori au Bénin* (No. 2).
- Lerberghe, W. Van, & De Brouwere, V. (2001). Réduire la mortalité maternelle dans un contexte de pauvreté. *Réduire Les Risques Liés à La Maternité: Stratégies et Évidence, Studies in Health Services Organisation & Policy*, 18, 2001, 1–6.
- Lippel, K., & Demers, D. (1998). *L ’ accès à la justice pour des victimes de harcèlement sexuel : l ’ impact de la décision Béliveau-St-Jacques sur les droits des travailleuses à l ’ indemnisation pour les dommages*.
- Lombrail, P., Lang, T., & Pascal, J. (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l’accès secondaire? *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 61–71. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.995>
- Paul, E. (2009). « *Le défi de l’accessibilité et de l’équité en santé dans le tiers-monde: entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande* » (pp. 1–27).
- Ridde, V. (2021). *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne* (Science et).
- Ronsmans, C. (2001). Les audits peuvent-ils améliorer la qualité des soins obstétricaux? *Réduire Les Risques Liés à La Maternité: Stratégies et Évidence, Studies in Health Services Organisation & Policy*, 18, 2001, 1–19.
- Saizonou, J., Godin, I., Ouendo, E. M., Zerbo, R., & Dujardin, B. (2006). La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin: Le point de vue des «Echappées Belles» et leurs attentes. *Tropical Medicine and International Health*, 11(5), 672–680. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01602.x>
- Sambiéni, N. E. (2012). Les femmes dans les soins maternels au Bénin. Le rendez-vous manqué! *Dezan*, 78–102.
- Sambiéni, N. E., Eclou, S. G. D., Sossouhounto, N., & Paul, E. (2017). Le financement basé sur les résultats en matière de santé maternelle: lorsque l’arbre cache la forêt. In *Risquer la mort pour donner la vie. Politiques et programmes de santé maternelle et infantile en Afrique* (Presses Un, pp. 95–114).
- Sambiéni, N. E., Sero, D. T., & Tamou, I. (2019). Soigner des enfants drépanocytaires à Parakou (Bénin). In Y. Jaffré (Ed.), *Enfants et soins en pédiatrie en Afrique de l’Ouest* (Karthala, pp. 227–245).
- Taverne, B., Desclaux, A., Sow, P., Delaporte, E., & Ndoye, I. (2012). *Evaluation de l’impact bioclinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l’ISAARV - Cohorte ANRS 1215. Rapport*

*final.*

- Togbédji Maurice, A., Sègbegnon David, H., N'koué Emmanuel, S., & Tododjitché Thierry Armel, A. (2020). Impact of Performance Based Financing on Health Facilities Performance in Immunization in Two Health Districts in Benin. *Central African Journal of Public Health*, 6(5), 293. <https://doi.org/10.11648/j.cajph.20200605.18>
- Weerdt, C. van de, & Donce, L. le. (2022). VIOLENCES EXTERNES EN SERVICES D'URGENCE HOSPITALIÈRES : ÉCLAIRAGE THÉORIQUE ET PRATIQUE POUR LA PREVENTION. *Hygiène & Sécurité Du Travail*, 268, 1–8.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *The Lancet*, 362, 111-117.
- Zarca, A. (2017). La répression disciplinaire du harcèlement sexuel à l'université. *Revue Des Droits de l'homme*, 12. <https://doi.org/10.4000/revdh.3109>

© 2024 SAMBIENI, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

**Publisher's note**

*Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations*