



INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE.  
LOME (TOGO)

# ETUDES TOGOLAISES

Revue Togolaise  
des  
Sciences

Vol 9, n°2 – Juillet– Décembre 2015 - ISSN 0531 - 2051

Publication Semestrielle

# ETUDES TOGOLAISES

## Revue Togolaise des Sciences

Vol 9, n°2 – Juillet– Décembre 2015 - ISSN 0531 - 2051



*Publication semestrielle*

Institut National de la Recherche Scientifique. INRS  
BP 2240 LOME – TOGO  
Tél. (228) 22 21 01 39 / (228) 22 21 39 94  
Email: [inrstogo@yahoo.fr](mailto:inrstogo@yahoo.fr)

## ETUDES TOGOLAISES

Revue publiée sous le haut patronage du Ministre de  
l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Directeur de Publication : **Prof. Kouami KOKOU**

Rédacteur en chef : **Dr. Sénamé Dodzi KOSSI**

Responsables Administratifs et Financiers : **M. Frédéric Adjagnon NADOR/  
M. BONFOH Wakilou**

### Comité scientifique de lecture

- Pr. Messanvi GBEASSOR, Lomé – Togo
- Prof. Kouami KOKOU
- Pr. Fidèle Messan NUBUKPO, Lomé – Togo
- Pr. Mircille PRINCE-DAVID, Lomé – Togo
- Pr. Kossi KOUMAGLO, Lomé – Togo
- Pr. KASSE, Dakar – Sénégal
- Pr. Adolé GLITHO, Lomé –Togo
- Pr. Kossi NAPO, Lomé – Togo
- Pr. Comla de SOUZA, Lomé – Togo
- Pr. AMOUSSOUGA-GERO, Cotonou – Bénin
- Pr. Akuetey SANTOS, Lomé – Togo
- Pr. Nandedjo BIGOU-LARE, Lomé – Togo
- Pr. TCHOMBIANO, Ouagadougou – Burkina Faso
- Pr. Koffisa BEDJA, Lomé - Togo
- Pr. Mawuena GUMEDZOE, Lomé – Togo
- Pr. Koffi NDAKENA, Lomé – Togo
- Pr. Koffi AKPAGANA, Lomé – Togo
- Pr. M'BAYE, Dakar – Sénégal
- Pr. Komi TCHAKPELE, Lomé – Togo
- Pr. AGBOBLI, Lomé –Togo
- Pr. GOGUE, Lomé –Togo
- Pr. KOFFI-TESSIO, Lomé – Togo
- Pr. BIAOU, Cotonou – Bénin
- Pr. AHADZI-NONOU, Lomé – Togo
- Pr. Tcham BADJOW, Lomé – Togo
- Pr. Kokou Folly Lolowou HETCHELI, (MC) Lomé – Togo
- Pr. Edinam KOLAH (MC) Lomé – Togo
- Prof. Kokoutsè, Lomé – Togo
- Prof. Adou Yao, Abidjan – Côte d'Ivoire

Prix du numéro : **2 500 Fcfa** - Abonnement : **4 500 Fcfa / An**

Toute correspondance concernant la revue doit être adressée à :

Etudes Togolaise « Revue Togolaise des Sciences »,

BP 2240 LOME – TOGO ; Tél. (228) 22 21 01 39 / (228) 22 21 39 94

Email: [inrstogo@yahoo.fr](mailto:inrstogo@yahoo.fr)

## ETUDES TOGOALISES

Vol 9, n°2 – Juillet– décembre 2015

### SOMMAIRE

<b>Note sur les auteurs</b> .....	5
1. Dépendance des personnes âgées diabétiques et réponses familiales, Une expérience en milieu urbain Abidjanais (Côte d’Ivoire), DAYORO Zoguéhi Arnaud Kevin, AMON Apo Rosine & ABODO Jacko Rhedoor Fete, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d’Ivoire).....	7
2. Les conduites sexuelles à risque des patients séropositifs pris en charge par l’association vivre dans l’esperance à Dapaong au Togo, KANATI Lardja, Université de Kara (Togo).....	30
3. Les pratiques corruptives ambiantes dans les interactions entre soignants et soignés autour des soins hospitaliers à Parakou et environ, IMOROU Abou-Bakari, Université d’Abomey Calavi (Bénin) .....	47
4. L’agriculture Familiale à L’épreuve de la pression foncière dans les terroirs de la région des savanes au Togo, KONLANI Nayondjoa, Université de Kara (Togo) .....	67
5. Innovations technologiques, logiques et pratiques sociales de production vivrière en milieu rural Akye (côte d’ivoire), AFFESSI Adon Simon, Université Peleforo GON COULIBALY - Korhogo (Côte d’Ivoire) .....	87
6. La prolifération des puits-forages à Agoè Assiyéyé, banlieue Nord de Lomé : évaluation du risque de maladies liées à l’eau, ADJOUSI Pessiezoum & HOUEDAKOR Koko Zébéto & BAKOUNSOGA Yamba, Université de Lomé (Togo) .....	102
7. Influence des relations de pouvoir dans la gestion de la forêt des marais Tanoe-Ehy (FMTE) au Sud-Est de la Côte d’Ivoire, MOUROUFIE Kouassi Kouman & ADJE N'GORAN Pascal (Université Félix Houphouët Boigny (Côte d’Ivoire) .....	117
8. Les organisations riveraines de gestion du complexe d’aires protégées Oti-Keran-Mandouri : les organisations riveraines de gestion du complexe d’aires protégées Oti-Kéran-Mandouri : quelle place dans la participation communautaire ?, BANKATI Bolagbéde (Université de Lomé) & SOUBEIGA Kamba André Marie (Université de Ouagadougou).....	136

9. Les fruits et légumes : atouts, contraintes et perspectives pour le développement de Bobo-Dioulasso et de sa banlieue au Burkina Faso, THIAMOBIGA D. Jean, Institut Polytechnique SHALOM (Burkina Faso) .....156
10. La représentativité des femmes dans les instances décisionnelles en politique au Gabon, MAVIOGA Soumaho Martial Orphée & MBOULA Matsiégui Fortuné, Université Omar Bongo (Gabon).....173
11. Quel engagement organisationnel pour les salariés précaires ? Etude auprès des enseignants vacataires des universités, OUYI Badji INSE/Université de Lomé (Togo) .....193
12. Statut hiérarchique des personnages dans *le terroriste noir* et *les soleils des indépendances*, BOULAMA Kaoum, Université Abdou Moumouni (Niger) ..... 203
13. Analyse de contenu d'un extrait de « *un piège sans fin* », de Olympe Bhély-quenum, ADIGRAN Jean-Pierre, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (Côte d'Ivoire) .....219
14. Romans africains postcoloniaux face aux valeurs romanesques traditionnelles, MOUMOUNI-AGBOKE Ayaovi Xolali, Université de Lomé (Togo) ..... 235
15. Les constructions focalisées dans les parlers gangam (Gur, Togo), BAKPA Mimboabe, Université de Kara (Togo) ..... 255
16. An iconographic articulation of african neo-colonial predicament in Ola Rotimi's *the gods are not to blame*, LARE Damlègue, Université de Lomé(Togo) ..... 270

## Note sur les auteurs

**M. DAYORO Zoguéhi Arnaud Kevin** est enseignant-chercheur, Maître-assistant au département de Sociologie de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan en Côte d'Ivoire. L'auteur est membre du Laboratoire d'Etude et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (**LERISS**) et du Groupe de recherches en socio-anthropologie Appliquées à la santé et au Vieillessement (**GRESA**).

**Mme AMON Apo Rosine** est doctorante au département de Sociologie de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan en Côte d'Ivoire. L'auteur est membre du Laboratoire d'Etude et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (**LERISS**) et du Groupe de recherches en socio-anthropologie Appliquées à la santé et au Vieillessement (**GRESA**).

**M. ABODO Jacko Rhedoor Fete** est Maître de Conférences Agrégé au Département de Médecine Interne-Endocrinologie-Diabétologie Maladies Métaboliques et Gériatrie (Service Endocrinologie-Diabétologie du CHU Yopougon Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan).

**M. KANATI Lardja** est enseignant-chercheur, Assistant au département de sociologie et d'anthropologie à l'Université de Kara au Togo.

**M. IMOROU Abou-Bakari** est Enseignant-chercheur au département de sociologie anthropologie de la FLASH-UAC au Bénin. L'auteur est en outre chercheur au LASDEL.

**M. KONLANI Nayondjoa** est enseignant-chercheur, Assistant au Département de Géographie de la Faculté des Sciences de l'Homme et des Sociétés de l'Université de Lomé au Togo. L'auteur est membre du Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des Milieux et des Sociétés (**LARDYMES**)

**M. AFFESSI Adon Simon** est enseignant-chercheur à l'Université Peleforo GON COULIBALY à Korhogo en Côte d'Ivoire.

**M. ADJOUSI Pessièzoum** est enseignant-chercheur, Maître-Assistant at Département de Géographie de la Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société de l'Université de Lomé au Togo.

**Mme HOUEDAKOR Koko Zébéto**, enseignant-chercheur, Maître-Assistante au Département de Géographie de la Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société de l'Université de Lomé au Togo.

**M. BAKOUNSOGA Yamba** est enseignant-chercheur au Département de Géographie de la Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société de l'Université de Lomé au Togo.

**M. MOUROUFIE Kouassi Kouman Vincent** est enseignant – chercheur à l’Université Félix Houphouët-Boigny d’Abidjan-Cocody en République de Côte d’Ivoire.

**M. ADJE N'GORAN Pascal** est enseignant-chercheur, Assistant de sociologie de l’environnement à l’Université Félix Houphouët Boigny d’Abidjan-Cocody en République de Côte d’Ivoire.

**M. BANKATI Bolagbédé** est docteur en sociologie de l’environnement et du développement.

**M. SOUBEIGA André Marie Kamba** est Maître de conférences de sociologie à l’UFR/SH de l’Université de Ouagadougou. L’auteur est membre du Laboratoire de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales et de Santé de l’Université de Ougadougou au Burkina Faso.

**M. THIAMOBIGA D. Jacques** est Ingénieur d’Agriculture et Docteur de Socio-anthropologie du Développement, Directeur Académique et Scientifique de l’Institut Polytechnique SHALOM de Ouagadougou au Burkina Faso.

**M. MAVIOGA Soumaho Martial Orphée** est enseignant-chercheur en Sociologie à l’Université Omar Bongo de Libreville.

**M. MBOULA Matsiégni Fortuné** est enseignant-chercheur en Sociologie à l’Université Omar Bongo de Libreville.

**M. OUYI Badji** est enseignant-chercheur, Assistant de Psychologie Appliquée à l’Institut National des Sciences de l’Education de l’Université de Lomé au Togo.

**M. BOULAMA Kaoum** est enseignant-chercheur, Maître-Assistant au département de Lettres, Art et communication à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l’Université Abdou Moumouni de Niamey au Niger. Ses domaines de recherche sont entre autres la littérature africaine, générale et comparée.

**M. ADIGRAN Jean-Pierre** est enseignant-chercheur à l’Institut National Supérieur des Arts et de l’Action Culturelle d’Abidjan (INSAAC) en Côte d’Ivoire.

**M. MOUMOUNI-AGBOKE Ayaovi Xolali** est enseignant-chercheur, Maître-assistant et chef du département des Lettres modernes de l’Université de Lomé au Togo.

**M. BAKPA Mimboabe** est Docteur en Sciences du langage et enseignant-chercheur à l’Université de Kara. En dehors de l’enseignement et de la recherche, il s’intéresse à l’alphabétisation, aux projets de développement et aux négociations internationales.

**M. LARE Damlègue** est enseignant-chercheur, Assitant au département d’Anglais de l’Université de Lomé au Togo.

## LES PRATIQUES CORRUPTIVES AMBIANTES DANS LES INTERACTIONS ENTRE SOIGNANTS ET SOIGNÉS AUTOUR DES SOINS HOSPITALIERS À PARAKOU ET ENVIRON

IMOROU Abou-Bakari  
Université d'Abomey Calavi (Bénin)  
[aimorou@yahoo.fr](mailto:aimorou@yahoo.fr)

---

### Résumé

Les recherches sur la corruption en Afrique ont connu deux limites majeures : elles sont en grande partie le fait de disciplines qui se basent sur un fort relent normatif et elles portent souvent sur des niveaux macro sociétaux. On distingue ainsi une série de travaux qui portent sur la grande corruption notée dans les hautes sphères de l'Etat, des travaux qui portent sur une corruption ambiante notée dans les interactions quotidiennes entre les usagers et les prestataires des services publics. Le présent texte s'inscrit dans la dernière catégorie de travaux. Il se propose d'analyser les pratiques corruptives dans les interactions thérapeutiques dans des centres hospitaliers de premiers et de deuxième recours dans et autour de la ville de Parakou. La perspective de ce travail est essentiellement socioanthropologique résolument orientée vers la collecte et l'analyse de données empiriques visant à rendre intelligible les logiques et les représentations que les acteurs ont de leurs pratiques d'une part et à comprendre les facteurs générateurs de pratiques corruptives dans un environnement de soins d'autre part. Les réflexions portent sur les interactions autour des soins hospitaliers parce qu'ils constituent une arène sociale où divers acteurs se meuvent autour d'enjeux variés se rapportant à une grande diversité d'intérêts. L'espace hospitalier a ainsi une taille qui lui permet d'offrir de nombreuses situations dont les récurrences et les spécificités permettent de faire une bonne typologie des pratiques corruptives et des positions « corruptogènes » dans un environnement thérapeutique.

**Mots clés :** pratiques corruptives, petite corruption, soins de santé, soignants-soignés, Parakou.

### Abstract

Research on corruption in Africa have experienced two major limitations: they are largely made of disciplines that rely on a strong whiff normative and often relate to societal macro levels. Thus, there is a series of works that deal with big corruption at the highest levels recorded in the State of work that relate to an ambient corruption noted in the daily interactions between users and providers of public services. This text is in the last category of work. It will analyze the corrupt practices in therapeutic interactions in hospitals of first and second appeal in and around the city of Parakou. The perspective of this work is essentially socio-anthropological resolutely oriented collection

and analysis of empirical data to make intelligible and logical representations that actors have of their practices on the one hand and to understand the factors leading to corrupt practices a second care environment. The reflections concern the interactions around the hospital because they are a social arena where different actors move around various issues related to a wide variety of interests. The hospital space and has a size that allows it to offer many situations in which recurrences and characteristics allow a good typology of corrupt practices and « corruptogènes » positions in a therapeutic environment.

**Keywords:** corrupt practices, small corruption, health care, caregiver-cared for, Parakou.

## **Introduction**

Le présent texte porte sur les pratiques corruptives ambiantes et banalisées qui meublent le quotidien des interactions entre soignants et soignés dans les centres hospitaliers. Il se base sur des observations faites dans les soins hospitaliers à Parakou. Dans les discours commodes, ces pratiques sont appelées "pratiques parallèles" en référence aux pratiques formelles et "normales" admises dans les processus d'administration des soins en milieux hospitaliers.

Les observations en milieu hospitalier révèlent une diversité de pratiques d'agents de santé et autres prestataires qui s'écartent des normes officielles. Ces pratiques en milieu hospitalier s'observent avec acuité au niveau de la gestion administrative et financière et dans le processus d'administration des soins. Le non-respect des manuels de procédures, les pratiques de « faux et usage de faux », de rétention des monnaies des usagers, de traitement à domicile, le vol, la surprescription de médicaments, la vente illicite de médicaments et le recrutement complaisant du personnel, sont ainsi apparus comme une chaîne complexe de pratiques non admises selon les normes mais observées dans le quotidien des hôpitaux. Ces pratiques sont même banalisées et s'inscrivent dans ce qui est appelé petite corruption par opposition à une grande corruption qui se passe à une échelle sociopolitique plus élevée. Ainsi dans le quotidien des formations sanitaires il y a des services, des positions ou des espaces qui sont beaucoup plus enclins à un ensemble de pratiques corruptives analysées dans ce texte.

La corruption renvoie à un complexe de pratiques qui peuvent s'entendre comme le fait de bénéficier indument d'une rétribution. Elle renvoie à la ressource qu'un individu gagne de façon informelle du fait de sa position publique. Elle peut renvoyer à un bien matériel ou financier quelconque. D'un certain point de vue elle est présentée comme une pratique qui met en jeu un profit personnel que l'individu tire de l'interaction avec un autre sur la base d'une entente préalable. Elle profite aussi bien au corrompu qu'au

corrupteur. Dans les analyses sur la corruption certains auteurs mettent en exergue des moyens employés pour circonvenir quelqu'un, pour le détourner de son devoir, notamment en le soudoyant. Elle renvoie ainsi au processus qui conduit à l'acceptation de dons ou de présents pour s'abstenir de faire un acte que son devoir lui commandait de faire ou pour faire un acte non sujet à rémunération (Campbell, 1998). Au-delà des moyens qu'on gagne dans les transactions corruptives, les réflexions de Campbell ont mis en exergue le fait que la corruption peut renvoyer à des formes d'abus dans l'exercice de mandats électifs, d'abus de pouvoir, d'autorité, de fonctions ou d'emploi "en vue de tirer un profit personnel, pour faire ou s'abstenir de faire un acte de son emploi" (Campbell 1998 : 28).

La perception de la corruption comme un abus de position a été aussi un fait analysé par Kaufmann (1997) qui l'assimile à un « abus de positions publiques à des fins d'enrichissement personnel ». Pour lui, le corrompu est celui qui abuse du bien public dont il a la charge. Il insiste sur la responsabilité du corrompu qui est en cause car c'est lui qui profite indument de sa position publique. De ce point de vue, la position dans l'administration publique et le statut dans le système sociopolitique sont des paramètres à prendre en compte dans les analyses. Les positions mises en exergues dans les analyses sont celles qui confèrent à l'individu une responsabilité ou un pouvoir dans l'appareil d'Etat ou dans l'offre de service public. Selon que ces positions renvoient à des sphères de décision ou à des espaces d'interactions quotidiennes, on a affaire à la petite corruption ou à la grande corruption. Si la corruption est un phénomène général observé dans l'ensemble des sociétés humaines, il y a des tentatives de caractérisation qui lient la petite corruption aux pays en voie développement et la grande corruption aux pratiques tendancielle observées dans les pays développés. Cette distinction s'opère à partir d'une analyse d'échelle. La petite corruption étant observée à un niveau micro sociétal alors que la grande corruption est observée dans les hautes sphères de l'Etat. La petite corruption est fortement enchâssée dans les relations sociales ordinaires et concerne de petites transactions monétaires alors que la grande corruption est celle de grandes transactions et est le fait des acteurs politiques et administratifs occupant de hautes fonctions d'Etat.

La petite corruption qui est au cœur du présent texte est documentée par des auteurs comme Kaufmann (1997), Blundo (2000, 2007), Blundo & Olivier de Sardan (2001, 2003, 2007), Bako-Arifari (2006). On la note de façon tendancielle dans les interactions autour de l'offre de services publics : la santé, le transport, l'élaboration de diverses pièces dans l'administration publique etc. Kaufmann (1997) tente d'en saisir la causalité dans les pays en développement et la lie à la pauvreté et une mauvaise répartition des richesses et des revenus. Cette forme de corruption semble généralisée et banalisée. Elle sape la confiance dans les institutions et leur crédibilité (Gaga, 2014). Elle a été analysée par Blundo et Olivier de Sardan (2003) à

partir d'une perspective empirique basée sur des données du Bénin, du Niger et du Sénégal. Ils ont constaté qu'elle est « enchâssée » dans un environnement administratif particulier et dans des logiques sociales qui tendent à la banaliser et la légitimer. Loin des discours dénonciateurs et moralisateurs tenus sur le phénomène, Blundo et Olivier de Sardan ont remarqué qu'il s'agit d'un *« phénomène particulièrement complexe, multidimensionnel, qui d'un côté est enchâssé dans l'ensemble des modes de gouvernance et de gestion que l'on trouve à tous les niveaux de l'Etat, et qui, de l'autre, est indissociable de diverses formes habituelles de sociabilité ainsi que d'un ensemble de normes et valeurs sociales. »* (Blundo et Olivier de Sardan, 2003 : 217).

Le rôle de l'environnement social est largement investi dans les réflexions de Blundo (2007) sur le phénomène. Il pense en effet que cet environnement social tolère les petits larcins et vit de façon ambiguë la généralisation de la corruption qui tout en étant décriée et stigmatisée, elle est tout aussi banalisée dans les pratiques quotidiennes (Blundo 2007 : 14). Cette particularité de la corruption en Afrique est aussi mise en exergue par Olivier de Sardan (2007) qui estime qu'elle n'est ni un fait social, ni un fait culturel mais qu'elle est simplement un fait de société qui s'est inséré dans des codes sociaux et qu'elle est sous-tendu par des logiques sociales qui lui servent de terreau favorable.

La dimension problématique du phénomène reste relative et dépend de la position des interlocuteurs. Si de façon tendancielle elle est une pratique désapprouvée, il reste que c'est une pratique acceptée ou rejetée selon les conjonctures et les circonstances dans lesquelles les acteurs se trouvent. Un paradoxe majeur aux yeux de certains auteurs reste l'inadéquation entre le niveau de médiatisation de la corruption, l'étendue de son assise sociale et la faiblesse de sa connaissance. La corruption est en effet un phénomène peu décrit et traversé par des considérations très normatives. Elle est plus condamnée que connue dans les subtilités de ses mécanismes.

Le présent texte a pour ambitions de décrire et analyser quelques pratiques corruptives notées dans les interactions autour des soins en milieu hospitalier. La problématique des pratiques corruptives dans les interactions autour des soins en milieu hospitalier est d'autant plus poignante qu'il s'agit d'espaces de gestion d'épisodes pathologiques souvent traversés par diverses formes de détresses. Les interactions thérapeutiques sont souvent gouvernées par de nombreuses logiques visant dans une large mesure à écourter autant que possible la souffrance du malade. Dans le jeu de rôle qui s'instaure autour de la gestion de la souffrance des usagers de l'hôpital, les figures, les positions des soignants et les stratégies qu'ils développent sont importantes à comprendre et saisir les pratiques corruptives dans la santé. Sans tomber dans les postures moralisatrices, on peut tenter de comprendre comment les agents de santé travaillant en milieu hospitalier à Parakou et environ utilisent

leurs positions pour acquérir des ressources sur des actes qui font partie de leurs charges professionnelles normales.

## **1. Démarche méthodologique**

La démarche méthodologique qui a permis de parvenir aux résultats analysés dans ce texte est essentiellement qualitative et de type socioanthropologique. Elle est basée sur l'analyse des discours et des représentations (Olivier de Sardan, 1995). Elle est donc basée sur des entretiens et des observations de différentes situations et de différentes temporalités du fonctionnement de deux des hôpitaux publics qu'il y a à Parakou et environ. Le corpus constitué est de type descriptif et basé sur des informations jugées nécessaires pour la compréhension du phénomène et la construction des analyses faites dans ce texte. L'importance accordée à la dimension descriptive résulte de ce que le domaine des pratiques corruptives est traversé par une forte charge normative et dans une large mesure spéculative. On ne saurait donc se contenter des discours génériques des acteurs sans mettre en exergue leurs agirs et les explications qu'ils en donnent.

La phase de collecte des données a été faite avec la participation de deux ethnographes formés pour les besoins de la cause. La nature de la recherche a nécessité des efforts significatifs pour assurer la familiarisation des ethnographes avec la problématique de l'étude et les outils de collecte. Les astuces et les précautions méthodologiques nécessaires et appropriées pour aborder un sujet aussi sensible et subtil que celui de la corruption en milieu sanitaire ont été largement discutées. Les conditions de production des données ont révélé un contexte paradoxal caractérisé à la fois par la prégnance et la dissimulation du phénomène à tous les niveaux et dans tous les services. Les paradoxes résultent aussi du fait que nous sommes en face d'un phénomène où la tendance des acteurs à se présenter comme des « victimes » d'un système qu'ils vivent un peu impuissants est très grande. Le sentiment qui envahit le chercheur ici est celui de travailler sur un phénomène qui produit des victimes sans donner à voir les coupables qui prennent la figure d'acteurs se présentant eux-mêmes comme des victimes. Il y en a, dans le lot des interlocuteurs qui entretiennent une atmosphère de spéculation dans l'énonciation du phénomène. Les observations ont permis de produire des données complémentaires qui, triangulées avec celles des entretiens, nous ont permis d'avoir une bonne base de catégorisation et d'analyse.

Par ailleurs le contexte de la recherche nous a suggéré d'éviter d'aborder de façon frontale la question de façon à domestiquer les susceptibilités de nos interlocuteurs. Ainsi, avons-nous adopté une stratégie de contournement des questions liées directement à la corruption pour adopter un détour par les rôles, les attributions, les conditions de travail et les interactions entre prestataires et usagers des formations sanitaires. De façon concrète le focus est mis sur les écarts entre les « normes officielles » (ce qui doit être

officiellement) de prestations de services et les « normes pratiques » (ce qui est pratiquement fait au quotidien) (Olivier de Sardan, 2001). Cette astuce/précaution méthodologique a été très productive dans la collecte des données sur le terrain.

Il reste qu'en dépit de cette précaution, la difficulté majeure rencontrée sur le terrain a été la réticence de certains interlocuteurs, surtout les prestataires de soins dans les hôpitaux. En effet, les agents de santé ont souvent considéré certaines de nos préoccupations comme relevant d'une "enquête policière" qui dérange. Au niveau des usagers, la difficulté majeure a été les conditions de réalisation des entretiens en milieu hospitalier avec eux. Nous avons souvent eu du mal à les isoler pour créer un cadre convenable d'interlocution naturelle loin des regards des autres.

Les unités d'observation concernées par la recherche sont le centre hospitalier départemental du Borgou et l'hôpital de zone de Boko. Le choix du site de recherche a été fait de façon raisonnée en tenant compte de possibilité d'y avoir au moins deux hôpitaux de nature ou de niveau différent. Nous avons ainsi retenu de travailler sur un hôpital de zone et un centre hospitalier départemental (CHD) qui est un établissement de deuxième référence dans la pyramide sanitaire nationale. Les groupes stratégiques avec lesquels nous nous sommes entretenus ont donc été identifiés à partir de ces deux hôpitaux. Ces groupes stratégiques sont des groupes d'intérêt naturellement observés dans le champ de la santé et dont les morphologies changent en fonction des circonstances du moment et des enjeux. Ces groupes sont constitués autour d'enjeux se rapportant aux ressources notées dans les transactions corruptives. On a distingué les catégories d'acteurs suivantes : le personnel administratif, le personnel soignant et les usagers. Au total 71 entretiens ont été réalisés avec ces différents groupes stratégiques et 16 situations de pratiques parallèles observées dans les deux hôpitaux. Le nombre final d'entretiens a été défini de façon inductive en référence au seuil de saturation par indicateur et par catégorie d'acteurs.

## **2. Les différentes formes de pratiques corruptives observées dans les interactions soignantes au sein des hôpitaux**

De façon générale, les pratiques corruptives sont de l'ordre du "caché". Les discours les plus récurrents sont de l'ordre de la dénonciation et de condamnation. Les pratiques corruptives les plus significatives sont notées dans tous les services mais avec des variations de niveau dans les hôpitaux. Cependant les pratiques qui nous intéressent ici sont celles qui sont observées dans les interactions de soins.

L'administration hospitalière est évoquée ici dans la mesure où sa défaillance influence les conditions d'offre de soins et engendre des pratiques corruptives. Il apparaît de façon consensuelle à l'ensemble des acteurs interrogés que le référencement à un document boussole décrivant les rôles et responsabilités des différents prestataires de services hospitaliers ainsi que

les protocoles d'accueil et de prise en charge des usagers des formations sanitaires réduirait de façon significative les pratiques corruptives. La nature de la direction et les formes d'administration des hôpitaux influencent le niveau d'observation des pratiques corruptives.

## **2.1. Les pratiques corruptives autour des médicaments**

Nombre de pratiques parallèles qui peuvent être mises dans le registre de la corruption observée dans les interactions de soins se rapportent aux médicaments. En effet, en milieu hospitalier béninois, le médicament est au cœur de nombreuses transactions corruptives. Les pratiques qui le médiatisent sont notamment la vente illicite du médicament, diverses formes de surprescription de médicaments et le vol des médicaments.

### **2.1.1. La vente illicite de médicaments**

Depuis l'Initiative de Bamako (1987), les hôpitaux sont autorisés à vendre des médicaments génériques aux malades et d'assurer la participation communautaire dans leur gestion. Cette initiative a donc permis de rendre disponible au sein des formations sanitaires, un certain nombre de molécules à des prix relativement faibles. Cette décision fait suite à l'observation de vente de médicaments à titre privé par le personnel soignant dans les différents établissements ; comportement construit pendant la crise du milieu des années 80 qui a vu la fin de l'Etat jacobin. L'Etat n'étant plus capable d'assurer le financement de la santé, les agents de santé ont été invités de façon tacite à se débrouiller pour faire fonctionner les centres de santé et assurer la prise en charge des patients.

La dynamique engagée avec la crise économique qui s'en est suivie a donné naissance à diverses formes de vente illicite de médicaments dans les hôpitaux et centres de santé publics. Cette vente a pris diverses formes qui passent de la cession en parallèle de médicaments dont les agents de santé se sont approvisionnés dans les marchés à la cession de médicaments volés à certains malades à d'autres encore. La vente illicite de médicaments dans les hôpitaux est favorisée par plusieurs facteurs dont les prescriptions des médicaments dits de spécialités et la non-disponibilité de plusieurs molécules en génériques. Il y a aussi le fait que des rumeurs discréditant les médicaments génériques sont parfois entretenues par des agents de santé qui en profitent pour céder les médicaments qu'ils ont à vendre aux malades. La vente de médicament se fait ainsi en milieu hospitalier sous l'argument de "l'aide" qui évite au malade et aux siens de devoir aller en ville pour l'acheter dans une pharmacie. Accepter le médicament ainsi proposé permet de gagner du temps et de s'éviter des frais supplémentaires de transport mais aussi la colère de l'agent de santé qui propose le médicament. Cette dernière précaution est d'autant plus importante que ce dernier est souvent au cœur de la dispensation des soins.

Cette pratique est généralisée dans l'ensemble des services où les agents administrent les soins. Les sources d'approvisionnement sont souvent le marché animé par les grossistes en médicaments de contrebande. Les moments de prédilection dans la vente illicite des médicaments sont les nuits de garde et les week-ends. Ainsi que le souligne un responsable d'un des hôpitaux investigués :

« Dans notre hôpital la vente illicite de produits est strictement interdite. Mais certains infirmiers et même certains aides-soignants le font. Ils profitent des gardes de nuits et les week-ends pour les sorties. En février 2014, j'ai surpris une infirmière et son aide-soignant avec les produits dans le sac. Elles ont demandé pardon et promis de ne plus jamais recommencer. J'ai saisi les produits sans les signaler. Je suis rentré avec les produits. Mais je suis convaincu qu'elles continuent de le faire car les autres aussi le font dès que les conditions y sont favorables » (B.K. Chef service, 08 octobre 2014).

Les agents qui sont plus concernés par la vente illicite des médicaments dans les hôpitaux sont surtout ceux qui sont en première ligne dans l'administration des soins. Il s'agit pour l'essentiel des infirmiers et même dans certains hôpitaux des aides-soignants. Les lieux de gestions des urgences et de la douleur liée à la gestion des suites post-opératoires sont les plus mentionnés dans la vente illicite des médicaments.

### **2.1.2. Les surprescriptions de médicaments : un espace de détournement**

A la vente illicite des médicaments il faut adjoindre la surprescription des médicaments pour saisir l'épaisseur des comportements illicites dans les interactions soignantes. Ici, il s'agit de stratégies qui permettent aux agents de santé impliqués dans la gestion de la douleur des malades estimés "capables" de profiter de leur position pour faire le stock de médicaments à vendre à d'autres. Il s'agit donc d'une forme sournoise qui permet de profiter de la détresse du malade et du pouvoir économique supposé des siens pour leur faire acheter plus de médicaments qu'il n'en faut et utiliser le surplus à d'autres fins. Dans certains hôpitaux la surprescription prend les formes de la surfacturation. Dans ce cas, l'opération nécessite une complicité entre l'agent prescripteur et le commis de la pharmacie, le gain étant partagé à la fin de l'opération. Ainsi les ordonnances sont payées au-delà de leur coût réel. Cette pratique entraîne un climat de doute et de suspicion dans les interactions entre prestataires et usagers des formations sanitaires.

Il y a détournement dans ces conditions parce que les ordonnances prescrites ne sont pas toujours investies dans le traitement des patients qui les ont acheté. Dans certains cas, les garde-malades stigmatisent la pratique en indiquant que le personnel soignant dispose d'une trousse de médicaments largement alimentée par prélèvements illégaux opérés sur les kits payés par les patients. En situation de surprescription, les ordonnances visent parfois à

simplement satisfaire les besoins en médicaments de l'agent prescripteur. Cette pratique est essentiellement observée dans les cas d'hospitalisation.

La surprescription inscrit les relations soignantes dans des réseaux d'accaparement et d'affectation des médicaments entre patients de statuts économiques différents. La circulation des médicaments est ici assurée par les gestionnaires de réseau que sont ici les agents de santé qui tirent profit des transactions. Si les patients victimes peuvent se sentir "volés", ceux qui reçoivent les médicaments peuvent se sentir "aidés". Les transactions ainsi opérées donnent de ces établissements de soins l'image d'espaces de marchandage et non à l'accomplissement d'un service socio-sanitaire.

### **2.1.3. Les vols de médicaments : une pratique courante dans la gestion des cas hospitalisés.**

La surprescription prend parfois les allures de simple vol ou d'escroquerie des usagers par des agents.

« Ici, les médicaments qu'on nous prescrit ne sont pas entièrement utilisés. Une partie est détournée, j'ai même été témoin de ça. Ces agents-là pensent qu'on ne comprend pas leur langue. J'étais là quand l'un des infirmiers a appelé quelqu'un dans une clinique en ville pour dire qu'il va lui envoyer les médicaments ». (Propos d'un accompagnateur, octobre 2014).

Dans certains services comme ceux de la chirurgie, le vol des médicaments est observé de façon presque systématique. En effet, il existe des listes standards de médicaments et de consommables médicaux sous forme de kit à acheter selon le type d'intervention. La totalité des contenus des kits n'est presque jamais utilisée et le reste n'est presque jamais restitué aux malades ou à leurs accompagnants. Il est stocké à d'autres fins par les infirmiers qui les utilisent dans d'autres circuits parallèles.

Ces médicaments et consommables alimentent notamment les kits de soins que les prestataires vendent aux patients sans autorisation de leurs supérieurs hiérarchiques. Ces kits sont aussi alimentés par les médicaments qui proviennent (ou bien provenant) des aides apportées aux formations sanitaires par des partenaires sociaux que sont les ONG, des hommes de bonne volonté (mécènes) ainsi que des institutions internationales. Il s'agit pour l'essentiel de subventions faites pour assurer le traitement des patients indigents. Mais, ils favorisent la création des pharmacies fictives et permettent au personnel de santé de gagner des ressources. Le personnel de santé revend au patient le médicament qu'il lui a volé.

## **2.2. Les pratiques parallèles autour de l'administration des soins**

L'administration des soins est un espace qui connaît de nombreuses pratiques parallèles en milieu hospitalier. Ces pratiques rentrent dans le paquet des pratiques corruptives les plus décriées parce que moralement chargées. Ces pratiques sont d'autant plus décriées par les discours populaires qu'elles

s'inscrivent dans le colloque singulier du soignant avec son patient et apparaissent comme un abus de la détresse du malade par celui qui est supposé le sauver. Les pratiques corruptives se présentent ici comme une exploitation de la vulnérabilité du malade, de l'infortune physiologique et de la fragilité physiologique de l'épisode qu'il traverse. Ces pratiques apparaissent aussi comme une exploitation de l'ignorance, de l'angoisse et de l'inquiétude des accompagnants.

Vues du point de vue des usagers des hôpitaux, les pratiques corruptives dans l'espace de soins relèvent de décisions opportunistes et non organisées. Il s'agit probablement d'une réponse à une demande plus ou moins structurée du côté des agents de santé. En effet, l'agent de santé demande le paiement d'une prestation ou d'un service à titre individuel alors qu'il est payé en tant que travailleur public. En d'autres termes, il se fait payer pour une prestation qui fait partie de son cahier de charge en tant que prestataire public. En tant que tel, il n'est donc pas autorisé à vendre ses services aux usagers reçus dans les structures publiques qui l'emploient. Ces pratiques corruptives peuvent être plus ou moins structurées dans le cas où elles impliquent plusieurs agents qui doivent alors se répartir les gains. Même si les données du terrain n'ont pas permis de l'illustrer, il y a le sentiment que la chaîne des acteurs nécessaires à l'exécution de certaines pratiques corruptives impose une redistribution des gains entre les différentes personnes concernées. On rencontre probablement ces "pratiques" dans les équipes de garde de façon à ce que la responsabilité du délit soit collégiale. Il semble qu'à ce niveau se constitue un ensemble de normes pratiques dont les pratiques corruptives sont les effets pervers.

Par exemple pendant les périodes de grèves, les agents de santé qui font le service minimum observent de nombreux comportements professionnels qui leur permettent de tirer meilleurs profits de cette opportunité. Il s'agit en effet de moments de très grande fragilité du système de soins où les usagers sont plus ou moins contraints de "bien traiter" les agents de santé pour bénéficier de soins. Les grèves accentuent en effet le pouvoir des agents soignants qui sont négociés par les usagers pour une prise en charge spéciale. Elles favorisent donc les pratiques corruptives dans l'institution hospitalière parce qu'elles réduisent de façon importante le nombre d'agents de santé disponibles pour le dispositif d'offre de service. L'effectif réduit des agents de santé réquisitionnés pendant ces moments contraint les usagers à recourir à des formes de rétribution pour bénéficier de la promptitude dans la prise en charge de leur malade.

### **2.2.1. La négociation de la prise en charge : stratégie de réduction des coûts.**

Le manque de ressources financières pour faire face aux charges des soins est souvent présenté comme une des causes de l'exclusion des pauvres du système biomédical. Le manque de ressources est parfois conjoncturel (le

cas des accidentés amenés en urgence à l'hôpital en attendant que leurs parents se manifestent) mais souvent structurel (le cas des indigents). Dans l'un ou l'autre cas, il faut des ressources pour assurer la prise en charge des malades en situation de dénuement. La négociation de la prise en charge s'impose alors pour assurer l'accès aux soins de ces malades. Il s'agit d'un procédé qui permet à l'Etat d'assurer le financement des soins à des citoyens démunis. Des dispositifs sont mis en place à cette fin dans les différents hôpitaux. A l'échelle nationale, des critères sont fixés pour en assurer l'attribution et renvoient au dénuement et à l'incapacité du patient et de ses proches à faire face aux dépenses de santé. Ainsi pour bénéficier de cet appui, le patient doit fournir un dossier le déclarant indigent et inapte à payer tous les soins de santé. Il reste cependant que le fonds indigent connaît des formes de détournement dans les hôpitaux. Il y a un sentiment généralisé de mauvaise gestion des fonds alloués à la prise en charge de l'indigence :

« Le fonds des indigents était très mal géré. C'est les responsables des formations sanitaires et certaines autorités dans nos communes qui se partageaient ce fonds. Puis les factures sont faites au nom des autres malades qui n'en savent pratiquement rien » (Un infirmier, Octobre 2014).

La gestion des fonds de prise en charge des indigents fait l'objet d'un flou dans les hôpitaux. Même les agents de santé qui ne sont pas directement impliqués dans la gestion de ces fonds n'en savent pas grande chose. Cet état de chose fait dire à certains que :

Le fonds des indigents, c'est comme la caverne d'Ali Baba. C'est ça qui a rendu certains agents impliqués dans sa gestion et l'ancien directeur de l'hôpital riches. Ils fabriquent de fausses factures, et ils se partagent l'argent (Un infirmier, Octobre 2014).

Dans certaines formations sanitaires investiguées, la majorité des bénéficiaires sont des acteurs plus ou moins à même de couvrir tous les coûts de prestation. Des agents de santé proposent aux patients (leurs clients) de fournir les dossiers d'indigence contre un certain pourcentage en retour. Les fonds indigents sont donc souvent utilisés et totalement épuisés et entraîne des situations du genre de celle décrite ci-dessous :

« Un peulh renversé par un car a été admis dans cet hôpital, après les premiers soins il devrait subir une intervention chirurgicale, pour ce faire, une partie de la somme devrait être payée. Le docteur ayant entendu les parents dire qu'ils n'ont plus les moyens dit ceci : *vous n'avez pas les moyens que je le laisse*. C'est dans ces cas et vient que le peulh est mort ». (Un accompagnateur en chirurgie urgence, octobre 2014)

La prise en charge des indigents est compromise par des comportements des agents de santé qui privilégient des usagers qui ne sont pas nécessaires au détriment de vrais indigents.

### **2.2.2. Les traitements à domicile : une conséquence du détournement des malades**

L'exercice en clientèle privée des prestations de santé est réglementé et exclus la plupart des agents de santé travaillant dans le secteur public. Nombre d'entre eux enfreignent cette règle et s'adonnent à la pratique de soins à domicile. Cela se passe dans des cabinets privés que les médecins et parfois des infirmiers travaillant à l'hôpital ouvrent non loin de leurs lieux d'habitation ou parfois dans leur domicile. Le traitement des malades en clientèle privée par les agents publics est évoqué ici du fait de ses liens avec le détournement des malades. En effet, certains agents qui s'investissent dans cette pratique recrutent une bonne partie de leur clientèle de leur position dans les hôpitaux. Dans les processus observés, les soignants utilisent l'opportunité que leur confère leur position dans les hôpitaux pour conseiller les malades qu'ils y reçoivent de les rejoindre dans leurs cabinets pour un suivi plus "approprié" de leur pathologie. D'autres agents travaillant dans les mêmes hôpitaux déplorent cette pratique qu'ils estiment être une concurrence déloyale sur fond de détournement. Dans certains cas évoqués et déplorés, les agents de santé utilisent le matériel des hôpitaux pour traiter en privé les malades considérés comme leurs clients :

« Il y a certains agents de santé qui réquisitionnent les malades dans les maisons. Il paraît que des agents viennent prendre le matériel de l'hôpital pour aller traiter des patients à la maison » (Un patient d'hôpital, Octobre 2014).

Dans le même processus de détournement, on note des agents qui orientent les malades vers les cabinets de leurs collègues sans être les bénéficiaires directes des transactions qui s'en suivent. A cette pratique d'orientation se superpose une forme d'orientation notée dans les hôpitaux : c'est « l'orientation cautionnée » qui est une pratique qui repose sur la négociation d'accès aux soins de santé par clientélisme. Cette pratique consiste à servir de guide au patient ou au garde patient à accéder à la caisse ou au service des urgences. Une fois devant le service concerné, l'agent de santé ne fait pas les rangs et passe avant tous les usagers qui attendaient. Elle aboutit à une transaction corruptive en guise de remerciement à l'agent qui a intercedé auprès de son collègue pour faciliter l'accès aux soins du malade.

### **3. Une analyse des pratiques corruptives qui met l'accent sur les positions des acteurs et leurs interdépendances dans le système d'offre de service**

Les pratiques corruptives dans le milieu hospitalier sont sous-tendus selon les usagers par le besoins de rendre plus certaine l'issue du recours aux soins. En effet, l'espace de quête de soins hospitaliers apparait comme un espace de grandes incertitudes et la recherche de prévisibilité entraine du point de vue des usagers les comportements qui peuvent être présentés comme des pratiques corruptives. Le besoin de recourir à ces pratiques ou de céder aux

demandes des agents de santé apparaît comme une recherche de raccourcis pour avoir accès aux prestations de soins de qualité. Les pratiques corruptives s'inscrivent dans une stratégie de contournement des normes liée au sentiment que tout est corrompu et qu'il n'y a pratiquement pas de moyen de s'en sortir autrement. On se trouve alors dans un univers où l'imaginaire populaire semble produire et entretenir la corruption comme un système normal de fonctionnement, un cercle vicieux, dont les acteurs cherchent plus à s'accommoder qu'à sortir. (Bako-Arifari, 2001). Cette perspective élargit les analyses de la corruption au-delà de la seule lâcheté de la justice. Ainsi, les causes de la pratique et de sa persistance sont à rechercher au sein des groupes sociaux où elle sévit. Le comportement des acteurs et les caractéristiques de l'environnement sociopolitique et culturel sont ainsi indexés.

D'autres analyses mettent en exergue la faiblesse des revenus des citoyens, la recherche du gain facile, l'analphabétisme et l'ignorance des textes et des procédures par la majeure partie de la population, le défaut ou l'insuffisance des contrôles qui doivent normalement être exercés sur les agents dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes ainsi que l'impunité des faits de corruption dressent le lit des pratiques décriées. A ces différents facteurs il faut ajouter le fait que les pratiques corruptives renvoient à un ensemble composite qui peut être qualifié de complexe corruptif conjuguant des positions structurelles à des opportunités conjoncturelles le tout se déroulant dans un environnement non répressif. Les pratiques corruptives de ce point de vue se déroulent dans des espaces sociaux où des acteurs sont dans des positions potentiellement « corruptogènes » et rencontrent des opportunités qui leur permettent de tirer meilleurs profits des interactions dans lesquelles ils sont engagés avec les malades. La récurrence ou la rareté des pratiques corruptives se comprend dans cette perspective par les opportunités qu'offre le système aux acteurs dans leurs différentes interactions. Il faut certes faire attention à ne pas tomber dans les pièges de la généralisation abusive de la corruption dans les analyses faites sur les interactions soignants-soignés, mais il y a des services, des positions ou des espaces qui sont beaucoup plus enclins à ces pratiques que d'autres. Et quand on se focalise sur ces services, effectivement la tendance à dépeindre tout le système est grande.

### **3.1. Les services de recouvrement**

Le recouvrement des coûts des différentes prestations est assuré dans les hôpitaux par des agents qui sont recrutés à cette fin. Dans les différents hôpitaux cette tâche de recouvrement est assurée par les « cols verts » encore appelé "agents de recouvrement". Cette catégorie d'acteurs comprend les commis de pharmacies et les différents caissiers. Ils sont chargés du contrôle et du recouvrement des ressources des hôpitaux et occupe ainsi des lieux par excellence des opportunités de pratiques corruptives. Les opportunités qui s'offrent à eux sont la négociation de certains coûts, le racket, le détournement. Ils disposent de pouvoir dans la mobilisation des ressources et

sont ainsi des agents incontournables dans la mobilisation des ressources des hôpitaux. Leur place dans le dispositif est reconnue par les agents de santé qui estiment que :

« Les agents de recouvrement constituent les piliers des formations sanitaires, et tout personnel soignant (il s'agit des responsables des formations sanitaires et des services) est obligé de composer avec eux pour gagner de l'argent et arrondir les fins de mois » (Un agent de santé, octobre 2014).

Ils s'investissent dans la mobilisation des ressources nécessaires à la continuité des prestations de soins et au bon fonctionnement des hôpitaux. Mais au regard des expériences relatées dans les discours des acteurs, il apparaît qu'ils contribuent à l'enrichissement illicite des agents de santé au détriment des usagers qui doivent en payer le prix. L'importance de la position de ces agents dans le dispositif hospitalier est largement construite par les usagers qui sont le plus souvent demandeurs de services par contournement des règles. Les agents de recouvrement y consentent contre rétribution. Par exemple pour permettre à des usagers (parents, amis et connaissances) d'échapper au paiement de leurs frais d'hospitalisation en effet, il y a des actions en réseau entre « cols verts », « agents de recouvrement » et « agents de la caisse du service » qui consiste le plus souvent à enregistrer l'utilisateur avec une fausse adresse, pour que les agents de recouvrement puissent justifier l'impossibilité de le retrouver. Etant donné que les hôpitaux n'ont aucun moyen de le rechercher, les frais dus sont classés au compte des pertes. De nombreux discours renvoient à l'idée que la caisse est une position où les agents se sucent dans une formation sanitaire. Divers cas évoqués renforcent cette idée que :

« L'escroquerie est plus forte à la caisse que partout dans l'hôpital. Ils font mal les calculs et tu paies plus qu'il n'en faut ou bien c'est la monnaie qu'on te donne moins qu'il en faut. Si tu réclames, ils se fâchent. Donc si tu es peureux, tu parts. Moi je suis allé à la caisse, je devrais payer 1500 F CFA. J'ai remis 5000 F CFA. La caissière a demandé si j'ai encore 500 F CFA pour faciliter la monnaie. Après avoir pris mes 5500 F CFA. Donc au lieu de 4000 F CFA, elle me transmet 3500 F CFA. J'ai refusé de prendre. Elle s'est fâchée. Elle a fait de bruit. Quand j'ai répliqué, elle s'est tue pour me remettre ma monnaie normalement. Et c'est là qu'il y avait de vieilles peuhles qui disaient : *c'est son habitude* » (A. B., garde malade, octobre 2014).

### **3.2. Les positions de gestion de la gratuité de la césarienne**

Les différentes exemptions de paiement dans les hôpitaux ont été bien décrites (Olivier de Sardan & Ridde, 2014) sans mettre en exergue les opportunités qu'elles offrent en termes de gains de ressources pour certains agents. Dans les hôpitaux, la gratuité de la prise en charge du paludisme pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et la gratuité de césarienne constituent d'importantes mesures d'allègement de la charge des

patients pauvres et vulnérables. Le financement des soins pour ces cas est assuré par l'Etat. Les soins sont donc donnés dans les hôpitaux et autres centres de santé publics et l'Etat en assure le financement sous forme de remboursement aux formations sanitaires concernées.

Il est apparu des analyses que ces mesures profitent aussi et parfois même en priorité aux prestataires de soins. En effet les agents de santé ont développé des stratégies de captation des rentes de la gratuité. L'une des plus marquantes reste la prescription de plus qu'il n'en faut aux patients. Après, ils retirent ce qui est le surplus pour l'utiliser dans leurs prestation en clientèle privée. Ainsi la mise en œuvre de la gratuité a créé des poches de prédation au sein du dispositif de prise en charge. Tout se joue autour de la composition du kit gratuit et des compléments souvent indispensables pour la réussite de la prise en charge. Dans les processus décrits par les interlocuteurs, les agents prescripteurs, les agents soignants et les commis qui font les kits de gratuité semblent être dans des positions qui leur permettent de profiter à des degrés divers de la gratuité. L'opportunité structurelle qui leur est offerte est le caractère imparfait de l'exemption.

La combinaison des modes de paiement dans les hôpitaux publics est aussi perçue par certains usagers comme une situation favorisant des pratiques de prédation des malades par certains agents de santé en quête d'opportunité. La nécessité de devoir acheter des compléments est l'occasion génératrice des pratiques parallèles dans la mise en œuvre de la gratuité.

#### **4. Les perceptions favorables aux pratiques corruptives**

Les perceptions des acteurs participent au renforcement du cercle vicieux qui renforce l'environnement des pratiques corruptives dans le domaine de la santé. En effet les perceptions des acteurs gouvernent dans une large mesure leurs comportements dans les différentes interactions qu'ils vivent avec d'autres acteurs. Les perceptions s'apprécient à travers les discours des uns sur les autres. Pour l'essentiel, les discours qui font allusion aux pratiques corruptives sont relatifs à la dénonciation du mauvais accueil, la mauvaise prise en charge et aux difficiles conditions de séjour des usagers dans les hôpitaux. Il y a l'idée que ceux qui sont victimes de ces mauvais traitements sont ceux qui refusent de s'acheter plus d'attention de la part des agents de santé. La perception la plus récurrente des usagers est liée à la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades que l'on peut acheter. Ainsi l'usager anonyme (Olivier de Sardan 2003) a de forte chance de ne pas être traité avec autant d'attention qu'un usager qui s'inscrit dans une sorte de relations personnalisées avec l'agent soignant.

Dans les analyses apparaissent aussi les perceptions des coûts comme au fondement de certains discours sur les pratiques parallèles au niveau des usagers. Ainsi l'imprévisibilité des coûts et les achats continus des médicaments et autres consommables médicaux sur plusieurs jours induisent des doutes et suspicions sur l'utilité des produits achetés surtout quand l'état

du malade ne s'améliore pas. Les discours se rapportant à ces faits s'inscrivent souvent dans une approche comparative de plusieurs hôpitaux. Pour ce qui nous concerne on constate alors que les discours sur l'hôpital de zone de Boko où la prise en charge est au forfait sont moins dénonciateurs que ceux du CHD Borgou où la tarification est à l'acte.

Dans le système de tarification à l'acte, il y a une faible prévisibilité des coûts qui, ajoutée à un déficit de communication entraîne l'idée que les médicaments sont prescrits à d'autres fins que les soins du malade. Les critiques sur l'imprévisibilité des coûts s'accroissent avec le manque d'informations ou la faiblesse de communication avec le patient et ses accompagnateurs sur la maladie et le traitement mis en place.

« Ils m'ont mis ici, depuis près de deux mois ; chaque fois c'est les mêmes médicaments qu'on te présente, et c'est toujours à la même heure ; le matin par exemple, quand je les vois, je n'ai plus besoin de consulter ma montre ; je sais qu'il est neuf heures. Il n'y a pas d'amélioration, et pourtant ils persistent avec les mêmes médicaments. » (Homme CHD/B-A, octobre 2014).

Ici, le coût des prestations et la qualité des interactions autour des soins sont les principaux indicateurs de bonne perception et appréciation des établissements de soins et ceux qui les animent. La longue attente avant d'accéder aux soins conduit parfois à la production de discours se rapportant aux pratiques corruptives. Les relations personnalisées influencent largement les observations faites autour de la qualité de l'accueil. Elles induisent en effet des situations où certains sont plus vite accueillis que les usagers anonymes qui sont stigmatisés. Le temps d'attente de certains usagers est parfois en rapport avec des conjonctures particulières propre au fonctionnement de l'hôpital. Ainsi parfois des malades programmés pour une intervention chirurgicale sont obligés d'attendre quand il y a une urgence.

Dans certains cas il faut appliquer l'exemption, dans d'autres c'est le forfait et dans d'autres encore c'est le paiement à l'acte. Cette multiplicité de mode entraîne des incompréhensions productrices de discours négatifs sur le système.

« ...je souffre d'une hernie ; lorsque je suis venu, on m'a demandé de donner 60.000f cfa. Ils m'ont dit que cela inclut les frais des médicaments et de séjour à l'hôpital. Je suis là depuis huit jours, mais chaque fois que le docteur passe, on me prescrit des médicaments à payer ; moi je ne comprends plus rien. » (Un homme, octobre 2014).

Enfin dans le registre de justification des agents de santé on trouve l'idée que les usagers sont souvent impatients dans leur quête de soins. Cette impatience semble de leur point de vue, au fondement de nombreuses interactions corruptives dans l'accès aux soins. Le temps reste déterminant dans la perception que les prestataires ont des usagers et de leurs comportements.

## **5. Quelques facteurs favorisant les pratiques corruptives en milieu sanitaire**

L'un des facteurs explicatifs des pratiques corruptives en milieu hospitalier béninois est d'ordre organisationnel. Le non-respect de la hiérarchisation qui fait passer le malade des centres de santé vers les hôpitaux entraîne une surfréquentation des hôpitaux par des cas qui peuvent être pris en compte dans les centres de premier contact. Cela crée un environnement de sur-sollicitation cyclique de certains agents travaillant dans des hôpitaux. Il s'en suit des temps relativement longs d'attente dans certains services et des opportunités de négociation pour attendre moins longtemps. L'évitement des centres de santé de premier contact par les usagers est en lien selon certains interlocuteurs avec la faiblesse des ressources allouées à ces unités de soins. La répartition des ressources du système n'est pas en adéquation avec la charge de travail dans les différents niveaux. Les centres de santé de premier contact qui gèrent la plus grande part des occurrences pathologiques reçoivent une faible part des ressources. Il apparaît donc aux yeux de certains acteurs que c'est l'Etat-même qui crée les conditions favorables aux pratiques de corruption en milieux hospitaliers. En effet, il ne met pas en place un environnement propice aux « bonnes pratiques » dans l'exercice de certaines fonctions. La pratique clinique dans les centres périphériques et dans les hôpitaux se fait continuellement en situation de pénurie de ressources. La précarité des conditions de travail et la surcharge de travail sont évoquées par tous les agents travaillant à tous les niveaux des hôpitaux. Du discours commun des prestataires elles apparaissent dans tous les services comme un des déterminants des pratiques corruptives qu'on y observe. Nombre d'agents travaillant dans différents services estiment être submergés par le travail à cause surtout du manque de personnel qualifié.

« Je suis le seul laborantin du centre et à cause de ça je suis presque tout le temps en train de travailler sans repos ce qui m'amène à prioriser certaines tâches à d'autres. J'ai demandé mon affectation mais le coordonnateur m'a instruit de trouver quelqu'un qui aimerait venir ici ». (Technicien de laboratoire dans un centre hospitalier, octobre 2014).

La surcharge de travail reste cependant à relativiser. En effet, pendant que certains agents sont effectivement débordés, il y en a qui sont presque désœuvrés dans les mêmes services. Le décalage entre la généralisation du discours sur la surcharge de travail et la réalité très différenciée de la charge de travail est manifeste aux yeux de l'observateur dans les milieux hospitaliers. Le caractère général des plaintes liées à la charge de travail traduit dans une certaine mesure la réalité du pouvoir de domination des agents de santé dans leurs interactions avec les usagers. L'image commune est celle du tout-puissant agent de santé qui prend son temps et qui ne doit pas être contrarié dans ses interactions avec les usagers. Nombre d'entre eux créent la surcharge artificielle parce qu'ils ne commencent pas le travail à

temps et ne s'y investissent pas suivant la durée du temps de travail. Il en résulte une attitude chez nombre d'usagers qui renforce davantage la position de pouvoir des agents de santé : la docilité pour espérer être mieux pris en charge. Toute contestation est un risque qu'on prend, et un défi lancé à l'agent de santé, qui peut réagir par un abandon ou une négligence du malade. En effet, la négligence ou l'abandon de malades sont des pratiques observées dans le registre des sanctions que les agents de santé infligent à certains usagers non coopératifs. Mais il s'agit de pratiques observées dans des environnements d'impunité généralisée. Ce genre d'environnement constitue le terreau des écarts de comportements des agents de santé au nombre desquels on a les pratiques corruptives. Les agents peu soucieux de l'éthique de la morale professionnelle se comportent comme ils veulent au sein des services et envers les usagers, sans n'être nullement inquiétés.

Ensuite, les conditions salariales et d'avancement des agents de santé constituent un autre registre de justification des pratiques corruptives notées chez certains d'entre eux. La plupart de ceux qui reconnaissent s'adonner à ces pratiques justifient leurs comportements par la nécessité de trouver des ressources complémentaires pour arrondir les angles.

En outre, il faut évoquer le contexte socioprofessionnel dans lequel évoluent les agents de santé en milieu hospitalier. La tendance est au non-respect des textes dans le quotidien des interactions entre les usagers et les prestataires des hôpitaux. Dans l'ensemble, les « normes formelles » de gestion cèdent place aux « normes pratiques » (Olivier de Sardan, 2001) observées par les agents de santé dans leurs rapports aux usagers. La gouvernance des normes pratiques laisse libre cours à toutes sortes de pratiques parallèles que chaque acteur de l'offre de soins, en fonction de sa position, de ses rapports aux usagers et des opportunités qui s'offrent à lui développe.

## **Conclusion**

Les pratiques corruptives (petite ou grande) sont celles dont les agents tirent grand bénéfice au détriment des structures qui les emploient et des usagers. En effet, les services et l'Etat perdent d'importantes ressources dans ces pratiques dont les principales victimes restent les usagers. Les coûts des pratiques parallèles et illicites dans les hôpitaux ne les dispensent souvent pas des charges légales prévues par l'organisation formelle de l'accès aux services. Dans nombre de cas, il s'agit de surcoûts payés par les usagers. La compréhension de ce phénomène requiert la prise en compte d'une très grande diversité d'éléments de l'environnement social global. L'institution hospitalière connaît plus que de nombreuses autres institutions plusieurs facteurs qui poussent à chercher à motiver la prestation de l'agent de santé. Le plus important de ces facteurs est le temps que durent les douleurs ou les malaises du malade. Plus les douleurs durent, plus la marge de manœuvre du patient et/ou de son accompagnateur est réduite et plus la tendance à la négociation d'une plus grande attention est forte. Dans ces conditions les

interactions entre les usagers et les prestataires sont plus enclines à la corruption que dans d'autres secteurs ou le temps d'attente est moins préjudiciable.

De même il y a des moments qui sont considérés comme de grande incertitude dans le fonctionnement du système hospitalier. Il s'agit des moments de discontinuité du service comme les périodes de grève avec peu de prestataires présents dans les établissements. Les agents de santé les utilisent pour accroître les rentes corruptives. Il apparaît clairement que les différentes stratégies de captation des ressources parallèles en milieu hospitalier passent par l'existence d'espaces de tension dans les relations avec les usagers. Ces espaces de tension sont très souvent créés par les agents de santé qui profitent ainsi de la pression que cela entraîne sur les usagers déjà fragilisés par l'infortune pathologique qu'ils traversent.

En milieu hospitalier, les pratiques corruptives engagent les usagers dans un cercle vicieux. Tout en dénonçant ces pratiques souvent imposées par des prestataires de soins, ils semblent en effet résignés et se soumettent de peur de faire les frais d'une quelconque résistance. Il en résulte que de façon tendancielle, les pratiques corruptives engendrent une perte de confiance des usagers en ces institutions hospitalières et une forme de résignation qui fait qu'ils se mettent spontanément en position de quête de sécurité. Cette attitude participe à la banalisation des pratiques corruptives et à leur généralisation qui se traduit par l'émergence perlée de nouvelles positions "corruptogènes" dans les trajectoires de quête de soins des malades quand ils décident d'aller à l'hôpital. Les différentes figures d'intermédiaires est une illustration de ce phénomène.

## Références

- Bako-Arifari, 2001, « La corruption au port de Cotonou : douaniers et intermédiaires ». In *Politique Africaine* n°83, Octobre, 38-58
- Blundo, G. & Olivier de Sardan, J-P., 2001, « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest » In *Politique Africaine*, 8 -37
- Blundo, G. et Olivier de Sardan, J.P., 2007, *État et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*, Paris, Karthala.
- Blundo, G., 2000, *Monnayer les pouvoirs. Espaces, mécanismes et représentations de la corruption*, Paris, PUF
- Campbell, A., 1998, "Rôle et place de l'État et de la société civile dans la lutte contre la corruption". Communication au Forum National pour

la Mobilisation de la Société civile contre la Corruption, 27-28 mars, Cotonou.

- Gaga, A., 2014, *Les codes langagiers dans la problématique de la corruption à l'université d'Abomey Calavi*, Mémoire de DEA, UAC
- Kaufmann, D., 1997, "Economic corruption: some facts". 8<sup>ème</sup> Conférence Internationale contre la corruption.
- Lavale, E., Razafindrakoto, M., & Roubaud, F., 2008, *Les mécanismes à l'origine de la corruption : une analyse sur micro-données africaines*, Document de travail DIAL, DT /2008-08, Paris.
- Olivier de Sardan J.P. 1996, « L'économie morale de la corruption » ; In *Politique Africaine*, n°63, 97-116.
- Olivier de Sardan J.P., 1995, *Anthropologie et Développement*, Paris : Karthala
- Olivier de Sardan J.P., 2001, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et cultures bureaucratiques privatisées en Afrique de l'Ouest ». In *Autrepart*, n°20, 61-73.
- Olivier de Sardan J.P., 2003, « Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité ». Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé ». In Jaffré & Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales en Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 265-294.
- Olivier de Sardan, J-P., Ridde, V., (éd) 2014, *Une politique de santé et ses contradictions. La gratuité de soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris, Karthala.



Institut National de la Recherche Scientifique. INRS

BP 2240 LOME – TOGO

Tél. (228) 22 21 01 39 / (228) 22 21 39 94

Email: [inrstogo@yahoo.fr](mailto:inrstogo@yahoo.fr)

Imp. Afrique Edition

Tél. 22 47 02 82 / 90 34 08 81