



UNIVERSITE ABDOU MOUMOUNI
DE NIAMEY (NIGER)

Revue scientifique de la
Faculté des Lettres et Sciences Humaines
(Sciences de l'homme et de la société)

Etudes sahéliennes

ISSN 1859-5065

N° 9 Décembre 2015

Consignes aux auteurs

Les textes destinés aux "Etudes Sahéliennes" doivent respecter les consignes ci-après : présenter deux résumés de 10 lignes maximum et 5 mots clés en anglais et en français. Les textes de 15 à 20 pages maximum sont transmis sur fichier électronique Word (police Times New Roman, corps 12, interligne 1,5).

Les marges à respecter sont de 2,5 à droite comme à gauche.

Les textes doivent être accompagnés par les coordonnées des auteurs (noms, prénoms, institution, domaines de spécialisation et adresse mail).

Le mode de présentation des notes et références bibliographiques doit être conforme aux normes bibliographiques : fin de texte, notes infra-paginales (note de bas de page) ou auteur date (indiquées dans le texte).

Seuls les textes objet de deux évaluations interne et externe, puis corrigés par l'auteur sont transmis à l'équipe de rédaction pour mise en forme et publication.

UNIVERSITE ABDOU MOUMOUNI

DE NIAMEY (NIGER)

**Revue scientifique de la
Faculté des Lettres et Sciences Humaines**
(Sciences de l'homme et de la société)

E*tudes* **S***ahéliennes*
(PRESSE UNIVERSITAIRE)

ISSN 1859-5065

N° 9 Décembre 2015

UNIVERSITE ABDOU MOUMOUNI DE NIAMEY (NIGER)

ETUDES SAHELIENNES

**Revue scientifique de la Faculté
des Lettres et Sciences Humaines**
(Sciences de l'homme et de la société)

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Prof. Tandina Ousmane

COMITE SCIENTIFIQUE

Pr. Tandina Ousmane, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Dr. Ahmed Issouf, Maître de conférences, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Pr. Amadou Mahamane Laoualy Abdoulaye, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Pr. Akoué Goeh Michael, Université de Lomé/Togo. Pr. Odile Goerg, Université de Paris VII/France. Pr. François Bart, Université de Bordeaux 3/France. Pr. Ibrahim Thioub, Université Cheikh Anta Diop de Dakar/Sénégal. Pr. Bouzou Moussa Ibrahim, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Issa Daouda Abdoul-Aziz, Maître de conférences, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger.

COMITE DE LECTURE

Pr. Tandina Ousmane, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Dr. Adamou Barke, Maître Assitant, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Pr. Kouadio Augustin Dibi, Université de Cocody/Côte d'Ivoire. Dr. Na Bala Adre, Assitant Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Pr. Amadou Boureima, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Pr. Boureima Alpha Gado, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Pr. Hamidou Sidikou Harouna, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Pr. Salamatou Sow, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Dr. Alio Mahamane, Maître Assitant, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Dr. Louis Settie Edouard, Maître de Conférences, Université de Cocody/Côte d'Ivoire. Dr. Mounkaila Harouna, Maître de Conférences, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger.

EQUIPE DE LA REDACTION

Pr. Tandina Ousmane, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Dr Aissata Kindo, Maître de conférences, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Dr Hassane Hamadou, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Dr Abdouramane Mohamed Moctar Aboubacar, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Dr Halidou Yacouba, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Pendo Amadou Alassane, Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger.

MAQUETTE

David Gabriel Agbo WASCAL-FAST/UAM BP: 10 662, Niamey/ Niger; Cel: 96 97 79 55.

PAO

Publi-Services BP : 11 318 Niamey/ Niger Cel : 97 02 26 45

SOMMAIRE

Adou Marcel AKA

A Propos de la constitution des richesses en Grèce: a-t-il existé des selfs Made men à Athènes à l'époque Classique ? 7

Abou-Bakari IMOROU

Pouvoir de soigner et pouvoir de signer : cliniciens et administratifs en compétition de légitimité au Centre hospitalier départemental (CHD-Borgou) 30

Davié-Tékpo

Urbanité et développement des sociétés togolaises : du passage de la ruralité à la péri-urbanité 51

Fatchima MAYAKI

Déterminants psychosociaux de la pratique de la planification familiale : une étude chez les étudiants 68

Dr Yahaya Abdou

Evolution des systèmes de cultures pluviales au Niger entre 1980 et 2005 : stratégies d'adaptation paysanne aux exigences de substance dans un contexte écologique défavorable..... 83

Sidi Ousmane GANDOU Fatchima épouse MAIGA

LE SENTIMENT D'INEGALITE ET LA VOLONTE: VERS UNE REVISION DU SYSTEME DE LA MONDIALISATION?..... 99

KOUAME Yao Emmanuel

LA MORPHOLOGIE DE LA NUMÉRATION EN DIOULA 111

Hambally Yacouba

L'expropriation des espaces au profit de l'intérêt public au Niger **125**

Pr.Tandina Ousmane Mahamane

L'EPOPEE ORALE TRADITIONNELLE SAHELIENNE AU NIGER... **141**

YACOUBA Halidou

DU ROLE SOCIAL DU PHILOSOPHE **151**

Pouvoir de soigner et pouvoir de signer : cliniciens et administratifs en compétition de légitimité au Centre hospitalier départemental (CHD-Borgou)

Abou-Bakari IMOROU

Enseignant-Chercheur au DSA/FLASH/UAC. Chercheur au LASDEL.

Résumé.

Le Centre Hospitalier Départemental du Borgou, comme nombre d'établissements sanitaires publics connaît l'investissement d'une multitude d'acteurs (prestataires) de statuts très diversifiés. Les positions des uns et des autres sont définies par un ensemble de normes plus ou moins formelles retenues pour l'institution. Alors que nombre de travaux sur les hôpitaux en Afrique mettent l'accent sur les relations entre les prestataires et des usagers de ces établissements, le présent texte tente de décrypter les problèmes de la qualité des prestations liés aux relations complexes entre les différents prestataires. Les analyses se basent sur un corpus produit à partir d'une perspective socio-anthropologique essentiellement qualitative faite d'observations de situations réelles et d'entretiens libres autour d'enjeux impliquant des prestataires à statut professionnels différents au sein de l'institution. Les oppositions d'intérêt entre les agents de l'administration hospitalière et le personnel soignant et les complications que cela engendre dans les prestations de services constituent la trame de cette réflexion. Il en résulte des conflits qui créent des poches de dysfonctionnement rendant l'hôpital difficile à gérer. Le texte tente donc de saisir les dynamiques complexes dans les relations entre le personnel administratif et le personnel soignant et leurs influences sur la gestion du centre hospitalier départemental de Parakou et sur la qualité des soins offerts.

Mots clés : gestion hospitalière, cliniciens, administratifs, jeu d'intérêts, Borgou.

Abstract

The Hospital Departmental Borgou, like many public health facilities knows the investment of a multitude of stakeholders (providers) of very diverse statutes. The positions of each other are defined by a set of more or less formal standards used for the institution. While many works on hospitals in Africa focus on the relationships between providers and users of these facilities, this text attempts to decipher the problems of the quality of services related to complex relationships between different providers. The analyzes are based on a product corpus from a socio-anthropological perspective essentially qualitative made of real situations of observations and open interviews around issues involving different professional status to providers within the institution. The oppositions of interest between agents of hospital administration and medical staff and the complications it creates in services are the fabric of this reflection. This results in malfunction conflicts that create pockets which make difficult to manage hospital. The text therefore attempts to capture the complex dynamics in relations between the administrative staff and carers and their influences on the management of the departmental hospital in Parakou and the quality of care

Keywords: hospital management, clinical, administrative, interestgame, Borgou.

Introduction.

Ce texte vise à analyser dans quelles mesures les difficiles relations entre le personnel administratif et le personnel soignant éloignent le centre hospitalier départemental de Parakou de ses objectifs de développement d'une meilleure offre de soins de santé. Les politiques de santé publique, que ce soit dans les pays développés ou dans les pays en développement, sont le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs notamment économiques, politiques sociaux et institutionnels. La gestion des questions sanitaires n'est pas laissée au seul soin des professionnels de la santé. Les débats sur la gouvernance et la bonne gestion des affaires publiques en général ont été importés dans le champ de la santé surtout dans les pays africains depuis le milieu des années 80. Ainsi la bonne gouvernance, à travers ses éléments comme : équité, responsabilité, transparence, consultation et participation à la planification et à la prise de décisions, gestion efficace et efficiente des affaires publiques, est un discours qui a progressivement pris forme dans le secteur de la santé. Ce discours s'est avéré d'autant plus légitime que les ressources financières publiques allouées au secteur de la santé sont réduites et la part de la mobilisation directe de plus en plus importante. Dans une large mesure, cette mobilisation directe est étroitement liée au plateau des services offerts, à la qualité des prestations offertes et leurs influences sur la fréquentation. Diverses pratiques parallèles ont été identifiées dans les interactions entre les usagers et les prestataires des services de soins et ont fait l'objet de réflexions (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Nombre d'entre elles engendrent des espaces de dysfonctionnements des formations sanitaires et participent à la production de discours dénonciateurs de la part des usagers. Parfois ces discours de dénonciation engendrent eux-mêmes des comportements d'évitement de certaines formations sanitaires et influencent négativement leurs recettes. Le contexte est donc celui d'une dynamique engagée par les gestionnaires de l'hôpital afin de lui éviter des pertes de recettes. Le présent travail se base sur un processus d'actions initiées par les dirigeants d'un hôpital départemental (niveau intermédiaire dans la pyramide sanitaire au Bénin) afin d'assurer un meilleur niveau de satisfaction des usagers.

Les réflexions sur l'offre des services publics de santé et la qualité des prestations en Afrique nous renvoient à la panoplie d'interactions complexes et difficiles entre les usagers et les soignants dans les

formations sanitaires. La description de ces interactions par des anthropologues ont révélé les infortunes souvent vécues par les usagers des établissements publics de santé. L'accès aux services publics de soins est largement influencé par la qualité des interactions avec les agents de santé comme l'a souligné Souley (2003) dans ses analyses sur l'environnement inhospitalier des espaces de soins. De l'analyse des rapports de force il apparaît la figure toute puissante de l'agent de santé qui impose et en impose aux usagers qui sont contraints par le diktat de l'infortune pathologique et qui subissent. Ces constats ont été bien documentés par des réflexions synthétisées par Olivier de Sardan (2003) quand il tente d'expliquer pourquoi le malade anonyme est si « mal traité » dans son analyse de la culture professionnelle de la santé. La question des interactions entre les usagers et les prestataires des services de soins a dès lors été au cœur de nombreuses réflexions sur le quotidien des espaces de soins en Afrique. Cette division bipolaire des espaces de soins, qui met d'un côté les usagers et de l'autre les prestataires, cache mal la grande hétérogénéité noté dans chaque pôle.

La perspective adoptée dans ce texte s'inscrit dans les interactions entre les acteurs de ce qui peut être considéré comme le pôle des prestataires dans un hôpital. Ce pôle regroupe en effet les cliniciens de toute catégorie et le personnel de gestion et d'appui engagé dans des prestations non cliniques. Le jeu des pouvoirs entre les administratifs et les soignants dans un hôpital se trouve ici investi d'une capacité à influencer la qualité des prestations. Les analyses faites se basent sur un corpus produit à partir d'une approche qualitative au centre hospitalier départemental (CHD) de Parakou. Cet hôpital est le théâtre de pratiques parallèles qui consistent en une sorte d'usage privatif des positions publiques. Au nombre des pratiques dénoncées par les usagers se trouvent la vente illicite des médicaments, le rançonnement des malades et le détournement des malades. Le personnel non clinique est investi d'un travail gestionnaire de redressement de l'hôpital. En effet, il y l'idée de plus en plus répandue que la gestion des hôpitaux par les cliniciens porte les germes des principaux dysfonctionnements dénoncés. Le directeur de l'hôpital se trouve ainsi à la tête d'un dispositif de gestion devant amener les cliniciens qui sont au contact des malades à adopter une posture qui valorise les intérêts de l'hôpital. Il s'agit donc pour les uns d'œuvrer à « moraliser » les espaces d'interaction entre les usagers de l'hôpital et les cliniciens et pour les

autres à respecter les normes de fonctionnement définies. L'un de nos postulats de départ est que l'importance des normes officielles et non officielles ainsi que l'étendue des marges de négociation dont disposent les acteurs est moins liée à la nature des règles produites qu'à leur mise en œuvre ou à l'usage qui en est fait. La question au fondement de cet texte est donc de savoir jusqu'à quel niveau l'administratif peut-il exiger du clinicien, contre son gré, le respect des normes officielles favorables aux intérêts de l'établissement dans lequel les deux catégories d'acteurs travaillent ? Lequel entre le pouvoir de signer et celui de soigner est en dernière analyse puis important et quels types de négociation cette situation peut-elle impliquer ?

Les enjeux de la bonne gouvernance au CHD et les défis de la recherche sur les jeux de pouvoir.

Le centre hospitalier départemental de Parakou qui sert de cadre empirique aux analyses effectuées ici est un hôpital de second recours dont le bassin formel de recrutement est composé des départements du Borgou et de l'Alibori. Il est le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire nationale et encadré par les niveaux périphériques et le niveau central. Chaque département du Bénin dispose donc d'un centre hospitalier. De façon générale les CHD ont été consacrés par le décret n°90-347 du 14 novembre 1990 portant statut des centres hospitaliers départementaux et formations sanitaires assimilées. Ce décret rentre dans le cadre général des diverses dispositions administratives qui font suite à la conférence nationale béninoise de février 1989. Conformément aux recommandations de cette conférence, les anciennes structures du régime marxiste devaient être soumises à des réformes. Ainsi avant de devenir CHD, ces centres étaient appelés Centres Hospitaliers Provinciaux (CHP).

Créé en 1959 en tant que poste d'assistance médicale de la circonscription de Parakou ou ambulance du service territorial¹³⁵ et devenu centre hospitalier provincial(CHP) Borgou en 1985, le CHD était d'abord hôpital de Parakou, principale ville du Nord Bénin. Il est tout comme les autres CHD, doté de personnalité morale et d'une semi-autonome financière : en partie financés par le budget national et en partie par les recettes qu'ils réalisent à travers les différentes prestations qu'ils offrent. Il dispose de services médico-techniques, de service des affaires financières et de

¹³⁵ cf. ; Sant2-Info, Bulletin d'information édité par le Ministère de la santé Publique du Bénin, Numéro 21, 2000 p 14.

service des affaires administratives et économiques. Depuis le milieu des années 2000 il est en pleine mutation et en passe de devenir intégralement un centre hospitalo-universitaire avec la création de l'école de médecine de l'Université de Parakou. Il a une capacité théorique prévue pour atteindre 360 lits. Le CHD-B est composé de six services médico-cliniques que sont : la chirurgie, la médecine interne, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie et la stomatologie. Il comprend aussi quatre services médico-techniques que sont : l'imagerie médicale, le laboratoire, la pharmacie et le service social. Le capital humain déployé dans la prise en charge directe des malades est d'environ 17 médecins, 21 infirmiers diplômés d'Etat, une quarantaine d'infirmiers de santé, 11 sages-femmes et 42 aides-soignants. Le personnel administratif déployé dans cet hôpital est essentiellement en appui à la direction pour les questions financières, pharmaceutiques et les questions de recouvrement. Les agents d'entretien et les commis de recouvrement constituent le plus grand nombre de personnels payés sur les fonds de l'hôpital. Le personnel administratif se trouve dans une position d'appréciation des effets de la gouvernance au quotidien de l'hôpital. En effet, dans les discussions sur la gouvernance il a été souligné que la gouvernance a une influence importante sur la santé. En effet elle impacte de façon importante la qualité des prestations. Au nombre donc des solutions identifiées pour un meilleur fonctionnement des structures de santé figure en bonne place : la lutte contre les pratiques illégales. Il s'agit tendanciellement de pratiques développées essentiellement dans les interactions entre les usagers et les soignants. Le diagnostic spécifique à certains pays africains mentionne les frais parallèles que les usagers déboursent dans leur quête de soins. La bonne gouvernance a pour ce faire comme principale tâche de combattre ces pratiques illégales. Le sens premier qui lui a été donné est celui du PNUD (1997) la considère comme l'exercice des pouvoirs économique, politique et administratif pour gérer les affaires des pays à tous les niveaux. La bonne gouvernance est, parmi d'autres choses, participative, transparente et responsable et a trois piliers : économique, politique et administratif. Les spécificités propres au secteur de la santé renvoient aux questions de participation responsable dans la formulation et le déploiement des politiques pour un système de santé équitables. Dans le cas de la gestion des hôpitaux les échanges sur la bonne gouvernance ont conduit à la mise en place d'une administration professionnalisée dans la gestion des

hôpitaux. Les observations faites dans le CHD nous mettent cependant au cœur d'une dynamique mettant en jeu les intérêts d'une multitude d'acteurs que la redéfinition des règles favorise ou menace (Bezes, 2007). Les analyses faites ici se basent sur des données produites lors de nombreux entretiens avec cette multitude d'acteurs de statut et de profil socioprofessionnel variés. L'unité d'observation a été essentiellement le cadre défini par les enjeux de l'hôpital. Des observations de diverses situations mettant en contact les administratifs/gestionnaires et soignants ont permis de mobiliser l'ensemble du corpus qui sert de base empirique aux analyses faites ici. La recherche a été de nature qualitative et l'attention accordée à la population constituée de l'ensemble des prestataires. Ainsi, en tenant compte des catégories issues de la cartographie des acteurs identifiés dans le lot des prestataires, la recherche a touché 6 médecins, 15 infirmiers, 5 sages-femmes et 11 aides-soignants du côté des soignants. Le nombre de personnels administratifs contactés dans le cadre de cette recherche s'élève à 7. Les quelques usagers rencontrés ont été abordés comme observateurs du phénomène analysé. Ils sont au nombre de 9. En faisant attention au seuil de saturation, l'enquête qui a pris fin en octobre 2013, a permis de mobiliser un total de 51 personnes. Il convient de retenir que 12 enquêtés ont fait l'objet d'entretiens itératifs perlés sur plusieurs semaines certaines.

Le CHD, un contexte marqué par les accusations réciproques de prédation du système

Les soignants et les agents de l'administration du CHD se trouvent dans un espace d'accusation réciproque. Les uns estimant que les autres profitent indument des ressources de l'hôpital. Ce qui nous semble assez symptomatique des relations entre soignants administratifs du CHD, transparaît dans le registre des perceptions et des discours que les uns tiennent sur les autres pour justifier leurs propres actes. Les différentes accusations portent sur les opportunités qu'offrent les positions des uns et des autres dans l'établissement. Ainsi, de façon récurrente, le personnel soignant fait remarquer que les agents de l'administration ont des opportunités de mobilisation de ressources complémentaires que leur position leur offre dans la gestion des recettes des efforts des prestations de soins offerts par les soignants. Certains services sont cités par les soignants comme de véritables sources de revenus parallèles pour ceux qui y

travaillent. Il s'agit principalement du service des affaires administratives et économiques qui est reconnu comme « le siège de toutes les magouilles et combines » selon nombre d'agents de santé. Cette idée vient de ce que ce service s'occupe des passations de marchés (fourniture de bureau, approvisionnement en médicaments, consommables médicaux et vivres, etc.). La règle de passation de marché connue de tout le monde repose sur la suspicion « des 10% »¹³⁶ en passe de devenir 15% dans certains milieux. Il en résulte un sentiment quasi généralisé que ceux qui ont la responsabilité des achats dans un établissement sont dans des positions de rente. Pour les agents de santé qui ne sont donc pas impliqués dans ce processus de passation des marchés, cette pratique engendre des frustrations. Celles-ci paraissent d'autant plus manifestes que les principaux achats faits sont utilisés par les cliniciens. Mieux, les fonds utilisés dans ces transactions proviennent des recettes dont ils sont les principaux acteurs. Ils estiment donc être les producteurs de services dont les recettes sont utilisées dans des circuits frauduleux.

Les médecins en particulier ont parfois la dent dure contre les responsables administratifs qui gèrent le centre alors que ceux-ci ne sont pas aussi « diplômés que les médecins ». En fait, c'est moins la gestion que les médecins contestent que le fait qu'ils n'ont pas les mêmes droits dans la gestion des ressources de l'hôpital que leurs collègues qui sont en périphérie. En effet, dans les centres périphériques, les médecins sont à la fois cliniciens et gestionnaires des ressources de leurs centres. En se comparant donc à leurs collègues exerçant en périphérie les médecins indiquent qu'au CHD, leur rôle est seulement celui de la production des ressources. A la périphérie en effet le médecin, chef de centre est ordonnateur du budget et il est autonome dans la gestion de « sa structure ». Dans ce cas, la hiérarchie de compétence est en même temps la hiérarchie administrative. Le médecin y est responsable de la dimension clinique et a le pouvoir de la décision administrative. Tout le personnel qui travaille avec lui, soignant comme administratif, est sous son autorité. Au CHD par contre, ils ont l'impression de « renflouer la caisse sans savoir comment ça se passe dans la gestion » comme le souligne un médecin. Visiblement les plus affectés par cette situation sont ceux qui avaient été médecins chefs dans les formations périphériques. Ici leurs décisions

¹³⁶ Selon cette règle 10% de la valeur du marché reviennent à ceux qui ont eu un rôle décisif dans la passation du marché.

peuvent être limitées par les décisions financières et administratives (Freidson, 1984) car les administratifs n'ont pas toujours la même priorité que les cliniciens.

Certains d'entre eux soulignent en effet, que le fonctionnement qu'ils déplorent par rapport au mode de passation des marchés par exemple, est celui d'acheter des consommables médicaux non fiables. Ils accusent ainsi la direction d'acheter certains consommables médicaux comme les tubulaires et la bicarbonate du Nigeria¹³⁷ et de revendre aux usagers à des tarifs officiels comme si c'était des produits originaux. Les soignants considèrent le personnel administratif comme une catégorie de privilégiés qui en plus use de sa position pour neutraliser les labeurs et les sacrifices du corps médical. Un agent de santé souligne que l'administration ne connaît pas l'urgence et explique son propos par le fait que les responsables chargés d'acheter les consommables médicaux préfèrent les commander par des circuits lents et animés par leurs réseaux de connaissance. Ils estiment que les administratifs ne se soucient guère des désagréments que leurs comportements engendrent sur les conditions de travail des soignants. Les ruptures régulières de stock de médicaments ainsi que la cherté des médicaments sont, du point de vue des agents de santé, imputées à ces pratiques des administratifs qui veulent faire beaucoup de bénéfices personnels en utilisant les réseaux de commande qui les arrangent. De même, ils imputent la mise à l'écart des agents de santé (corps médical) dans le processus de commande, à cette « cupidité » des agents de l'administration qui veulent maintenir une certaine opacité dans leurs pratiques. Pour eux, toutes ces pratiques entretenues par l'administration constituent des facteurs qui bloquent parfois le système et engendrent pour une large part, les dysfonctionnements dénoncés par les usagers. La fuite des usagers vers les centres confessionnels et la prolifération des cabinets privés de soins au détriment du CHD trouvent aussi leur explication dans ces pratiques. Le corps médical et paramédical estime que les mauvaises pratiques de l'administration ont une influence négative sur eux. Dans un hôpital en effet ceux qui sont en vue, ce sont les soignants. Et si beaucoup de malades meurent faute de médicaments, les

¹³⁷ Les produits achetés au Nigeria sont reconnus dans les représentations populaires comme de moindre qualité par rapport aux autres et ce dans tous les domaines. Ils sont d'ailleurs appelés "kpayo" opposé de l'original.

usagers ne critiquent que les soignants ; leur incompétence est retenue comme cause des contre-performances du système.

De façon générale, les soignants soulignent que les administratifs, de par les opportunités qu'ils ont, profitent beaucoup plus du système qu'ils ne le servent. Et certains mentionnent leur regret de voir que ceux qui profitent le plus frauduleusement du système ne sont pas doigtés, dénoncés comme cela devrait l'être. En témoignent ces propos d'un infirmier en poste dans le centre depuis une dizaine d'années :

« Regarde, le cadre de vie du directeur a changé brutalement. On tient les cornes et les autres traient le lait. Comment il réalise tout ce qu'il a ? La chèvre broute là où elle est attachée. Un médecin spécialiste ne dort pas, souffre sans primes sauf les heures supplémentaires qui arrivent une fois l'an. Si tu entends mauvaise gestion il faut voir comment l'employeur agit. Ils mangent avec les pieds et les mains et vous, vous ne pouvez rien prendre. On crie rançonnement ! » (AE, infirmier en médecine interne, Octobre, 2013)

Il est enfin reproché aux membres de l'administration d'effectuer des dépenses non urgentes. La direction de l'hôpital a, du point de vue des agents de santé, un ordre de priorité des dépenses différent de celui des cliniciens. On rencontre ainsi des remarques du genre : « au lieu de prendre les dispositions pour assurer un meilleur approvisionnement en médicament, on préfère acheter des pneus, parce que là les commissions et les 10% sont assurés » (Un médecin, chef de service). La question des priorités se remarque aussi dans les discours sur la nature des médicaments non nécessaires achetés sans l'avis technique des spécialistes.

Ce tableau qui présente les perceptions que les soignants ont des administratifs constitue une sorte de réservoir, dans lequel, se trouve l'essentiel des éléments constitutifs de l'armature argumentaire des soignants par rapport à leurs propres pratiques. Le registre de justification semble puiser la légitimité des pratiques des soignants dans la combinaison frustration-réaction. Cette combinaison mentionne, du point de vue des acteurs qui se justifient, qu'en observant les pratiques des administratifs, le personnel soignant s'autorise des pratiques parallèles. Dans cette perspective les administratifs sont, selon les soignants, disqualifiés pour tenter tout contrôle de ce qu'ils font.

La nature des perceptions décrites plus haut mentionne une sorte de climat de tension latente entre soignants et administratifs où les premiers ne sont pas prêts à accepter les velléités de « réglementation » des seconds. Cette atmosphère diffuse est importante pour comprendre les perceptions des administratifs et par delà, l'issue probable des tentatives administratives de « redressement de la situation ». Le discours récurrent des administratifs par rapport à leurs relations quotidiennes avec les soignants est : « Si tu n'es pas un agent de santé dans la maison, ils n'ont pas de considération pour toi ». L'attitude représentative de cette catégorie d'acteurs est la méfiance vis-à-vis des soignants. De façon unanime, ils reconnaissent que les agents de santé développent des pratiques parallèles qui ne sont pas de nature à permettre de bonnes recettes mais personne n'est prêt à jouer un rôle dans le contrôle des services médicaux. Il arrive d'ailleurs que bien qu'étant membres de l'administration hospitalière, ils soient victimes de ces pratiques parallèles. Un agent en poste à la division comptabilité a mentionné avoir acheté de la compresse pour se faire soigner un soir. Ce matériel qu'un agent de santé lui a vendu a été mis à la disposition de la chirurgie d'urgence par l'administration et tous les deux protagonistes non seulement se connaissent mais aussi savaient que ce consommable médical ne devait pas être vendu. Comment peut s'expliquer le fait que cet agent de l'administration ait été acteur d'une pratique qu'il devait en principe « combattre ». ? Pour toute réponse, un autre agent de l'administration nous fait remarquer que même le directeur du CHD n'échappe pas à ces pratiques parallèles ; il en est lui-même victime¹³⁸. On peut remarquer que d'une façon générale le personnel non soignant de l'hôpital et en particulier le personnel administratif a intégré une sorte de crainte dans ses rapports avec le personnel soignant. Cette attitude explique le fait qu'il leur arrive d'être témoins ou même victimes impuissantes dans le centre. Nombre d'entre eux détiennent des preuves contre des agents de santé sur les pratiques de rançonnement et de vente illicite de médicaments mais ils n'en parlent que loin des mises en cause et ne sont pas prêts à la faire dans une situation de face à face avec ces derniers.

Bien d'autres idées sont véhiculées dans l'ensemble des perceptions que le personnel administratif a du personnel soignant qu'il considère comme constitué de gens qui ne travaillent pas beaucoup pour le CHD. Les

¹³⁸ Lors d'un entretien avec le Directeur il a confirmé cette affirmation.

administratifs estiment que les agents de santé consacrent plus de temps à leur clientèle privée au détriment des usagers du CHD qu'ils détournent de surcroît. Ils pensent que ce sont les intérêts personnels qui gouvernent toutes les prises de position des agents de santé qui s'y prennent à « qui mieux, mieux », l'essentiel étant de s'en « mettre pleines les poches ». Du point de vue des administratifs, ce comportement des soignants explique le fait que le CHD n'arrive jamais à réaliser ses prévisions de recettes. Leur position à l'intérieur de la structure leur permet d'effectuer des typologies des services et des acteurs en fonction du niveau des pratiques parallèles observées. Ainsi nous offrent-ils la classification suivante des services techniques selon le degré de pratiques parallèle (rançonnement des malades, vente illicite de médicaments) : chirurgie, maternité, pédiatrie, médecine interne et laboratoire. Cette classification correspond à celle faite en triangulant les plaintes des usagers à nos observations personnelles et aux informations obtenues lors des entretiens centrés sur les pratiques parallèles et les différentes irrégularités notées dans le vécu quotidien des agents de santé.

Une observation centrale dans la pertinence de notre hypothèse sur les conflits de pouvoirs est que cette facilité à décrire les pratiques des agents de santé par les administratifs contraste avec le silence qui les caractérise dans les situations de face à face avec les mises en cause. Une illustration de cette idée est la réaction des agents des services de recouvrement quand ils sont informés des cas de malades à qui les agents de santé ont fait payer dans les services. Ces agents sont les seuls habilités à encaisser tous les frais des différentes prestations de tous les services du CHD. Cette position leur permet donc d'enregistrer toutes les plaintes de rançonnement des malades et ils le font. Ils ont ainsi des opportunités qui pouvaient être exploitées pour confondre les agents de santé qui s'adonnent à ces pratiques. Mais ils n'entreprennent aucune démarche dans ce sens. Pour justifier ce comportement ils ont fait remarquer que leurs chefs ne les protègent pas quand ils vont voir les agents qui ont rançonné ; et cela leur engendre des problèmes personnels. Ils font payer donc l'utilisateur pour une seconde fois et le plaignent même d'avoir « jeté son argent par la fenêtre ». Cette situation traduit un évitement de l'affrontement de l'autre. Pour être plus précis il s'agit visiblement d'une crainte des représailles de la part des agents de santé qui gouvernent le comportement des administratifs. Rapportant un cas vécu, un administratif fait remarquer

qu'un agent de santé à qui il a reproché un certain écart de comportement lui a rappelé « moi, j'ai le bistouri. Tu comprendras le jour où tu seras sur ma table ». Le centre hospitalier départemental du Borgou est donc un espace de non dénonciation des pratiques déviantes. Cette règle tacite qui régit les rapports entre les soignants et les soignés, victimes désignées des pratiques parallèles, n'épargne pas les relations entre les agents soignants et les administratifs. Si dans le premier type de rapport (soignants-soignés) la crainte peut s'expliquer par le fait que l'attitude du soignant peut influencer dans un sens comme dans l'autre l'issue de la maladie, et qu'il faut plutôt chercher sa sympathie, dans le second type de rapports (soignants – administrés), la situation est plus complexe et ne peut être expliquée par une causalité unique et simpliste. Cette situation mérite pour être mieux comprise qu'on interroge l'environnement plus global dans lequel se déroulent ces interactions.

Les perceptions intra-groupes

Au niveau des administratifs il n'est pas aisé de trouver des sous-groupes constitués. Il existe cependant quelques critiques internes sur les postes dits juteux. Ainsi, certains tentent de se démarquer de l'ensemble en montrant que même si certaines positions administratives procurent des revenus supplémentaires, tous les agents de l'administration n'en jouissent pas. Ces positions ont le mérite de nous renseigner sur la reconnaissance par certains administratifs des critiques que les soignants leur adressent. Elles montrent aussi que l'administration n'est pas un tout unifié dont les membres bénéficient d'avantages supplémentaires. L'idée que les postes les plus « juteux » sont ceux liés à la passation des marchés d'offre de matériaux divers est mieux précisée par ceux qui se disent près de la marmite sans en jouir véritablement. Il se dégage dans cette catégorie d'acteurs, une certaine frustration due au fait que tous les administratifs sont mis dans le même panier par les autres acteurs du centre. Cette configuration permet en dernière analyse, de savoir de façon précise qui fait quoi à l'intérieur du groupe étiqueté par les autres comme celui des profiteurs du système. Une idée centrale apparaît de cette analyse : toutes les positions administratives qui permettent à leurs occupants d'être en contact avec des usagers et autres partenaires de l'hôpital peuvent être des positions de rente. Les opportunités ne sont pas certes les mêmes, mais elles existent toujours d'une manière ou d'une autre. Il en résulte le sentiment que ceux qui passent les marchés sont les plus indexés du

système. Dans certains cas, le dispositif mis en place de façon formelle, et qui allonge la chaîne des prestataires que l'utilisateur doit rencontrer par exemple pour avoir les médicaments, est révélateur de cette idée que dès qu'il y a contact avec les usagers le risque de pratiques parallèles est quasi évident.

Du côté des soignants les clivages sont plus manifestes et conduisent à des dynamismes divers. Ainsi se rend-t-on compte de ce que les paramédicaux et les médicaux ne constituent pas un groupe homogène de par les stratégies qu'ils développent et même des perceptions qu'ils ont les uns des autres. Les paramédicaux accusent les médecins de retards réguliers au service, de détournement de malades, d'absences répétées pour des causes diverses et d'abus de pouvoir sur leurs subalternes. Ces derniers estiment que les médecins ne sont pas des responsables qui donnent de bon exemple de ce que devrait être un agent de santé dévoué et correct. Par rapport aux accusations de détournement des malades, les subalternes disent que ce sont plutôt leurs patrons, les médecins qui en sont champions au profit de leurs cliniques privées. Les cliniques les plus célèbres appartiennent en effet aux médecins qui apparaissent ainsi comme les principaux acteurs du détournement en clientèle privée des usagers du public. Certains paramédicaux justifient la facilité de détournement par des circonstances structurelles dues au fait que les médecins ont parfois des matériaux à domicile que le centre n'a pas. Etant donné que les médecins sont ceux qui prescrivent les analyses il leur est facile d'envoyer les usagers du centre dans leurs cabinets privés et de les y maintenir pour le reste de leur épisode pathologique.

A la différence des administratifs, les paramédicaux reconnaissent que leurs patrons travaillent beaucoup pour le centre. Cependant, ils déplorent comme les premiers, une certaine façon d'exercer le pouvoir sur eux. Les manifestations de la supériorité des médecins sur les subalternes (aides-soignants, agents d'entretien, infirmiers de santé) passent par les reproches qui leur sont faits devant les usagers. Cette mise en scène des rapports hiérarchiques devant les usagers les ridiculise et fait qu'ils n'ont plus souvent assez de considération devant eux. Les infirmiers en particulier déplorent ce comportement car ils estiment qu'ils sont plus en contact avec les malades que les médecins et qu'ils ont besoin d'être respectés. Si les médecins sont reconnus par leurs collaborateurs comme les principaux détourneurs de malades, ils considèrent quant à eux, que les pratiques de

rançonnement et de vente illicite de médicaments sont le fait des agents subalternes. Ils justifient cela par le fait que ces derniers cherchent à arrondir leurs fins de mois par ce qu'ils considèrent comme de petits compléments de salaires. Tout en soulignant que les pratiques parallèles développées par leurs collaborateurs sont dues au fait qu'ils sont en général mal payés, ils mentionnent quand même que certains des agents subalternes sont de « véritables escrocs habillés en blouse ». Ils condamnent ceux qui demandent des cadeaux aux usagers sans attendre que ces derniers leur en donnent de leur propre chef. Les quelques médecins qui acceptent d'en parler reconnaissent qu'ils ont des cabinets privés. Toutefois, ils justifient cela par le fait que, dans la ville de Parakou, l'espace privé d'offre de soins est occupé par des infirmiers non qualifiés qui font « assez de casse qu'on enregistre et qu'on gère au CHD ». Ils font remarquer que d'un point de vue clinique, les cas de référence désespérés sur le CHD viennent des cabinets de soins privés tenus par des paramédicaux incompetents ou non qualifiés. Et ils expliquent donc que leur choix d'ouvrir un cabinet dans le privé relève de la volonté de limiter les bévues des paramédicaux par la mise en place d'une offre privée plus compétente. La logique ici est que seule la concurrence privé-privé pourrait limiter la fréquentation des cabinets appartenant aux paramédicaux.

Les jeux et enjeux de pouvoirs au sein de l'hôpital.

Les observations faites ici se sont focalisées sur les activités dans la sphère définie par l'hôpital. Au-delà des rôles le questionnement a intégré les valeurs et les conduites des agents qui s'y déploient dans une sorte de sociologie de la médecine (d'Houtaud, 1998) dont l'objet est restreint ici aux personnels de santé dans leurs interactions aux personnels administratifs. Toutes les descriptions montrent que le CHD est un espace dynamique où l'enjeu principal, pour les acteurs, est de pouvoir agir comme ils l'entendent ou de faire agir les autres dans le sens de leur volonté, ou de ce qu'ils croient être normal pour leur environnement. Des logiques bureaucratiques ont émergé en terme de mise en place d'une nouvelle normalité dans la gestion de l'hôpital. Il y a une sorte d'importation de règles empruntées au modèle qui prône la structuration de rapports hiérarchiques et la mise en place de règles rationnelles légales (Bézes, 2007) mais mise en place sur un corps d'acteurs de profil professionnel assez hétéroclite. Les espaces de légitimité ne sont donc pas

identiques et la mentalité du clinicien se trouve mise à mal. Le milieu connaît une importation de règles bureaucratiques qui gênent les cliniciens dans la mesure où ils sont contraints de s'en remettre aux administratifs pour nombre de dispositions en rapport avec leur travail. L'organisation se trouve en proie à des contradictions et conflits divers dont le plus expressif est celui qui oppose les soignants et les administratifs. Ceci est dû au fait que malgré les divergences internes aux différents sous groupes l'unanimité se fait assez rapidement quand il s'agit de défendre ce qui peut être assimilé à un intérêt de groupe. L'appréciation du travail administratif passe par la bonne gestion des ressources de l'hôpital. Ces ressources sont aussi bien humaines que matérielles. Cela suppose qu'on fasse en sorte que tous les agents en poste dans le centre agissent suivant la norme définie pour le « bon fonctionnement ». Cela suppose aussi qu'on fasse en sorte que le matériel de travail soit toujours disponible en quantité et en qualité. Cela suppose enfin que l'hôpital puisse faire des recettes pouvant lui permettre de fonctionner normalement, comme tous les hôpitaux de son rang, sans attendre un apport extérieur massif. Pour atteindre ces objectifs, les administratifs doivent alors lutter contre toutes les pratiques qui entraînent des fuites de recettes. L'interlocuteur désigné est le technicien : médical et/ou paramédical.

Le médecin se trouve dans un environnement professionnel décrit par Friedson (1984: 179) quand il indique que le travail du médecin l'isole au point où il finit par voir et par juger le reste du monde en fonction de sa propre expérience sans tenir compte de ce que lui disent les autorités. Le rapport à l'autorité administrative se trouve ici caractérisé par un conflit de logiques ou de rationalité. La rationalité clinique se trouve en bute à une rationalité gestionnaire mue par le souci de rentabilité économique. Dans ce conflit le praticien est présenté comme acteur de la fuite des recettes de l'hôpital et le gestionnaire comme un acteur devant œuvrer pour la mobilisation de ces recettes. Le travail du dernier passe par une moralisation des pratiques du premier. Ce qui crée évidemment des tensions vu que les administratifs sont souvent accusés de mauvaise gestion aussi. Un trait caractéristique de la profession médicale mis en exergue par Friedson (ibid) est que les médecins n'aiment ni surveiller, ni être surveillés. Il affirme son autonomie sous la double base de la singularité de son travail et de la responsabilité. Certes la revendication de l'autonomie décrite par Friedson est clinique, mais cette analyse semble

être valable dans les analyses sur la contestation de l'emprise administrative.

Le personnel de l'administration et plus particulièrement les responsables de ce secteur sont considérés comme garants du bon fonctionnement du centre. La direction de l'hôpital en tant qu'elle est chargée d'assurer l'exécution des décisions prises par le conseil d'administration, est ordonnatrice du budget et a autorité sur tous les agents qui y sont employés. Elle est chargée entre autres de coordonner les activités du centre, d'assurer le recouvrement des recettes, le paiement des dépenses. Ces différentes attributions mettent la direction, qui délègue souvent une partie de ses pouvoirs à d'autres responsables administratifs, au centre de la mise en œuvre de toutes les décisions innovantes ou non, ayant pour but d'assurer un fonctionnement « normal » de l'hôpital. Etant donné que dans cet univers beaucoup de pratiques parallèles sont observées, la direction se trouvera donc aux prises avec certains agents, techniques en particulier, quand il s'agira de lutter contre lesdites pratiques. L'administration a du mal à mettre en œuvre les réformes internes concernant un meilleur contrôle des pratiques (non légales) des cliniciens et même à sanctionner des mis en causes, reconnus coupables de certaines pratiques parallèles. Chantage et craintes de représailles sont, entre autres facteurs, ceux qui peuvent expliquer l'immobilisme. Comme un agent du service de la comptabilité nous le fait remarquer :

« Si tu veux vivre en paix ici il faut tout faire pour ne pas avoir de problèmes avec les agents de santé (...) Il y a des consommables médicaux qu'on met à leur disposition (compresse, coton, etc.) mais ils utilisent toujours cela pour prendre de l'argent. Moi-même ils m'ont vendu de compresse. Même le directeur en a été victime (...) Si tu as des problèmes avec eux ils disent « tu ne me connais pas non ! Le jour où tu seras là-bas en haut (bloc opératoire) c'est ce jour que tu vas me connaître ? Je ne te souhaite pas ça mais si tu viens là tu vas me connaître » (Propos d'un agent du service de recouvrement, mai 2013)

Les agents de santé menacent ouvertement les agents dits « zélés » de l'administration qui « fouinent pendant que les autres travaillent ». La tendance à ramener les décisions à la dimension de la volonté individuelle de l'acteur est très forte. Dans ce contexte, les actions ne sont pas imputées

aux positions institutionnelles mais aux acteurs individuels. Ainsi, si un responsable administratif s'investit entièrement et résolument à sanctionner un agent de santé, reconnu coupable de pratiques illégales, le sujet de la sanction ne voit pas l'acteur institutionnel à la base de la sanction mais l'acteur individuel. Il en ressort que ce dernier devient adversaire dans les relations sociales. Les positions institutionnelles ne sont pas distinguées des sujets individuels qui les occupent et bien évidemment des actes posés dans la sphère du travail sont transposés dans la sphère privée et influencent les relations sociales. Cette situation explique nous semble-t-il, le fait que les agents administratifs craignent de chapeauter toute action qui peut être considérée comme sanction ou même d'y être mêlés. La situation particulière de ce champ d'étude est que les acteurs susceptibles d'être sanctionnés sont les soignants, qui du jour au lendemain peuvent se trouver en position de fournir un service dans un environnement global où les usagers négocient toujours des soins particuliers et un meilleur suivi pour leurs malades.

Le poids du contexte général sur cette observation est prépondérant. En effet nous sommes dans un environnement où il est, semble-t-il, extrêmement risqué d'engager un bras de fer avec ses collaborateurs immédiats quand on ne s'assure pas un soutien ferme au sommet de la hiérarchie administrative. Et les difficultés liées à la mobilisation des ressources humaines qualifiées rendent problématiques ces actions. Pour récupérer une expression devenue un peu populaire, « il faut avoir les bras longs » pour inquiéter les autres sans être inquiété. Bref, pour que la direction du CHD bouscule un clinicien mis en cause, il faut impérativement le soutien de la hiérarchie. En d'autres termes, aucune action contre un mis en cause qui a le « bras long » ne peut être efficace si la décision ne se prend qu'au niveau local. Bien que les débats se déroulent à l'intérieur de l'hôpital la hiérarchie pertinente dans le fonctionnement de l'organisation n'est pas dans ce cas celle opérée par les dimensions techniques et qui a été analysée par Balazs et Rosenberg-Reiner (2005). La dimension la plus déterminante ici est plutôt politique et administrative. Comme dans nombre de cas déjà analysés au Bénin (Imorou, 2012) l'offre de soins est mise à l'épreuve d'intérêts différents opposant les acteurs occupant des positions différentes.

La problématique de la nécessité de signer une proposition de sanction contre un agent se trouve dans ce jeu d'incertitude sur l'usage qui en sera

fait. Une option qui est faite par ceux qui n'ont donc que le pouvoir de signer est de « négocier » la collaboration pour « bien gérer » l'institution hospitalière qu'est le CHD. Il semble donc qu'il est instauré un compromis tacite où on note une sorte de sélection des décisions à prendre pour être en accord avec les autres. La difficulté des responsables administratifs réside dans le rapport avec les agents de santé envoyés par l'Etat. On remarque que les sanctions qui sont mises en exécution ne concernent que les agents recrutés sur place par la direction. Il faut préciser que même dans ce cas les réseaux qui ont influencé le recrutement de l'agent mis en cause sont importants dans la détermination de la sanction.

Conclusion

La décentralisation de la prise de décision identifiée comme une stratégie privilégiée, proposée pour atteindre une plus grande efficacité et une plus grande équité dans le domaine de la santé semble poser ici des problèmes d'un autre ordre. En mettant en lumière la crainte des agents de l'administration qui sont supposés s'occuper de la gestion du centre, on se demande si une action efficace peut provenir de ces responsables locaux. Certes, cette stratégie permet une « participation et une consultation larges, améliore le contrôle local des ressources budgétaires et permet d'ajuster les programmes de santé sur les normes locales et les pratiques traditionnelles en matière de santé ». Dans l'environnement que nous venons de décrire, un responsable ne peut pas faire fi des éventuelles représailles et agir convenablement. Les normes pratiques localement produites (Olivier de Sardan, 2001) conjuguées à l'environnement général d'impunité ne facilitent pas la tâche de ceux qui doivent gérer. Le pouvoir de signer qui est celui des administratifs, parce que son efficacité dépend des facteurs qui échappent au niveau local, semble fléchir face au pouvoir de soigner des cliniciens. Dans un univers où les responsabilités institutionnelles engendrent des conséquences individuelles, l'action normative est faible et la négociation est forte. Ceci explique le fait que les responsables administratifs refusent de poser des actes qui peuvent leur valoir des règlements de compte au cas où eux-mêmes ou un des leurs sera malade. La possibilité de faire recours à d'autres structures de santé pour éviter les représailles constitue une éventualité envisageable certes ; mais nous pensons qu'une telle attitude de la part d'un responsable d'une structure hospitalière serait la mise en scène des malaises qui minent sa structure et donc de son incapacité à diriger. D'où l'option faite de diriger en laissant faire certaines choses et agir dans le cas où l'action est favorable et inévitable.

Références

- Balazs, G., & Rosenberg-Reiner, S., 2005, « La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières », Note de recherche : sur le choix d'un indicateur. In *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, 115-118.
- Banque mondiale, 1994, "Pour une meilleure santé en Afrique, les leçons de l'expérience"
- Bezes, Ph., 2007, « Construire des bureaucraties wébériennes à l'ère du New Public Management ? » In *Critique Internationale*, n°35, avril-juin.
- Freidson, E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- d'Houtaud, A. 1998, *Sociologie de la santé. Langage et savoirs, environnement et éthique*. Paris, Harmattan.
- Imorou, A-B., 2012, « La santé entre les logiques réformatrices et les dynamiques frontalières et marchandes à Malanville », in *Revue Dezan*, numéro spécial de relance, 26-39
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignant et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala
- Olivier de Sardan, J-P., (2001), « La sage femme et le douanier. Cultures professionnelles et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'ouest » In *Autrepart*, n°20, pp. 61-73 ;
- Olivier de Sardan J-P., 2003, « Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? Culture bureaucratique commune, culture professionnelle de la santé », in Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignant et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp 265-294
- PNUD, 1999, rapport sur le Développement Humain.
- Santé-Info, 2000, Bulletin d'information du Ministère de la Santé Publique du Bénin, n°21 ;
- Souley, A., 2003, « Un environnement inhospitalier », in Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignant et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp 105-155

Cinq remarques

1. Le texte est très intéressant car il aborde le problème de la gouvernance dans un hôpital régional du Nord Bénin et, plus particulièrement, celui de l'impunité dans la gestion des ressources humaines. L'approche est originale en ce qu'elle aborde la question sous l'angle des clivages opposant les prestataires entre eux. Elle tranche d'avec la problématique classique du face-à-face entre soignants et soignés.

2. Le texte est publiable sous réserve de prendre en compte les problèmes de forme : beaucoup de coquilles, des problèmes de ponctuation, quelques passages obscurs à expliciter. La police utilisée ne tient pas compte des consignes données aux auteurs (à vérifier).

3. Concernant la bibliographie, quelques textes non cités dans le texte y ont néanmoins été recensés.

4. Concernant le titre, on voit bien un pouvoir qui tente de se faire respecter, y compris par le menace du bistouri. A l'inverse, le pouvoir de signer n'en est pas un. C'est un pouvoir flasque, virtuel (que vaut un pouvoir dont on ne s'en sert pas ?). Il demande à être qualifié dans le texte.

5. L'auteur parvient au résultat paradoxal selon lequel les administratifs [le terme « administrateurs » nous paraît plus approprié], bien qu'investis du pouvoir de sanction (celui de signer), restent paralysés et incapables d'agir devant les fautes quotidiennement commises par les soignants. Pour l'auteur, la principale cause de cette inertie est la peur que leur inspirent les soignants. Conscients de leur faiblesse dans le rapport de force qui les oppose à ces derniers, les administrateurs sont réduits à la négociation. Le chantage exercé par ces derniers serait donc la cause de l'impunité.

Cependant, l'auteur met le doigt sur un facteur essentiel qu'il ne développe pas assez : c'est le système de « chapeautage », de protection en haut lieu, de « parapluie » que chaque agent est à même de déployer pour éviter d'être sanctionné. Ce facteur est probablement plus important que la menace directe proférée par les soignants. L'auteur gagnerait à resserrer sa conclusion autour des travaux relatifs aux mécanismes des réformes hospitalières et des réformes en général : lorsqu'elles sont introduites par le haut, elles sont toujours confrontées aux normes pratiques des agents et sont neutralisées par elles. D'où la nécessité de leur ancrage local.