

Effets de la corruption et pratiques assimilées sur la qualité du service public de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Effects of corruption and related practices on the quality of public health services in the city of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Adama KIEMDE^{1*} et Augustin PALE²

¹Université Thomas SANKARA / Centre Universitaire de Tenkodogo

²Université Joseph KI-ZERBO

*Correspondance : email: kiemdevilla@gmail.com, Tel: +22670948993

Résumé

La santé est considérée aujourd’hui comme un bien faisant l’objet de marchandage. Nonobstant cet état de fait, une controverse existe sur les méthodes et les techniques de sa vente. Une des formes la plus critiquée est la corruption et autres pratiques assimilées des actes de soins dans les services publics de santé. L’objectif de cette recherche est de faire un état des lieux du phénomène et de ses conséquences, sur la qualité du service public de santé et des relations soignants – soignés dans les structures sanitaires publiques dans la ville de Bobo-Dioulasso. La démarche de recherche est fondée sur les principes des devis mixtes simultanés avec triangulation. Elle a consisté à réaliser une enquête par questionnaire et des entretiens individuels semi-directifs auprès des soignants, des soignés, des autorités sanitaires et des responsables des organisations professionnelles des travailleurs de la santé. Des résultats, il ressort que 24,4% des bénéficiaires de soins au moment de l’enquête ont affirmé avoir été victimes d’actes de corruption et 76,8% des agents de santé interrogés perçoivent cette réalité qui du reste, impacte entre autres : les recettes des structures sanitaires et le niveau de satisfaction des soignés sur les soins médicaux qui leur sont offerts. En outre, la corruption et autres pratiques assimilées induisent des conflits dans les relations de soins en raison d’un traitement supposé inéquitable entre les malades.

Mots clés : Burkina Faso ; centre de santé ; corruption ; conflit soignant – soigné ; qualité de soins

Abstract

Health is considered today as a commodity subject to bargaining. Notwithstanding this state of affairs, controversy exists over the methods and techniques of its sale. One of the most criticized forms is corruption and other similar care practices in public health services. The objective of this research is to take stock of the phenomenon and its consequences on the quality of the public health service and relationships between caregivers and those treated in public health structures in the city of Bobo-Dioulasso. The research approach is based on the principles of simultaneous mixed designs with triangulation. It consisted of carrying out a questionnaire survey and semi-structured individual interviews with caregivers, those receiving care, health authorities and heads of professional organizations of health workers. The results show that 24.4% of care recipients at the time of the survey claimed to have been victims of acts of corruption and 76.8% of health workers questioned perceive this reality which, moreover, impacts among other things: the revenues of health structures and the level of satisfaction of patients with the medical care offered to them. In addition, corruption and other similar practices induce conflicts in healthcare relationships due to supposedly unfair treatment

between patients.

Keywords: Burkina Faso ; health centers; corruption; conflicting care relationships; quality of care

1. Introduction

La corruption n'est pas propre à l'Afrique dixit Fassin et Olivier De Sardan (2013). Cependant, elle bénéficie dans ce continent d'un terrain fertile à son développement. Les pouvoirs publics éprouvent des difficultés à définir clairement le phénomène. Cette complexité à le caractériser se justifie par le fait qu'il faut lui donner un contenu à la fois économique, juridique et sociale. Sur la dimension sociale, elle est diversement appréciée lorsqu'on passe d'une société à une autre (Yamb et Bayemi, 2021). Pour le Réseau national de lutte anti-corruption (REN-LAC), structure de la société civile de défense et de promotion de l'intégrité et la bonne gouvernance au Burkina Faso, il existe un amalgame de certaines pratiques contemporaines de corruption qui tirent leur fondement des traditions ancestrales (REN-LAC, 2015). Il s'agit notamment des présents socialement admis que les sujets apportent pour honorer l'autorité dans la société traditionnelle. On constate un transfert d'attitudes et de comportements similaires de la part des utilisateurs des services publics sur les agents qui incarnent l'autorité de l'Etat. Dans l'un ou l'autre cas, ces présents sont faits en guise de reconnaissance ou pour espérer officieusement être dans ses bonnes grâces. Dans la Loi n°004-2015/CNT portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso, les législateurs sont visiblement confrontés aux mêmes difficultés à définir la corruption et finissent par un sous-entendu à son article 31, alinéa 2 et 3 en disant qu'il est puni :

- Quiconque promet, offre ou accorde à un agent public, directement ou indirectement un avantage indu, soit pour lui-même ou pour une autre personne ou entité, afin qu'il accomplisse ou s'abstienne d'accomplir un acte dans l'exercice de ses fonctions ;
- Tout agent public qui sollicite ou accepte, directement ou indirectement, un avantage indu, soit pour lui-même ou pour une autre personne ou entité, afin d'accomplir ou de s'abstenir d'accomplir un acte relevant de ses fonctions.

Si pour la Banque Mondiale citée par Yamb et Bayemi (2021, p.68) elle est « un abus de la charge publique pour un profit privé », au Burkina Faso, le REN-LAC (2015, p.60) va dans le même sens pour dire qu'il s'agit d'« un abus de fonctions publiques à des fins personnelles ». Mais, la définition populaire en *mooré* qui nous paraît être complète, dit, « *niin-sâale yam raabo* », que l'on peut traduire approximativement par l'achat de conscience d'un agent quel que soit le domaine d'activité. Une fois que cela se réalise, il ne peut plus agir dans le respect des règles morale et éthique.

Au Burkina Faso, jadis les personnes malades se soignaient sur la base de remèdes naturels ou par des pratiques magico-religieuses (Fainzan, 1986 ; Nadembèga, 2010). Le pouvoir de guérir les malades était une action de pure charité et acquittée comme un sacerdoce. Le guérisseur traditionnel se considérait accomplir une mission de l'être suprême en sauvant des âmes en souffrance. Agir vénalemennt ou à la recherche d'un profit privé ne faisait pas partie de sa logique car l'argent comme moyen de paiement était rarement observé. La santé était un bien pratiquement offert gratuitement vu le caractère symbolique de certains paiements qui étaient réclamés aux bénéficiaires. En effet, les paiements en nature étaient plus la règle dans les échanges entre les « médecins » traditionnels et leurs clients. S'il arrivait que la somme aussi modique soit-elle qui était réclamée par le soignant se révélait être hors de portée pour le malade, il était exempté simplement.

A cette époque, être soignant n'était pas aussi une profession mais une activité secondaire purement bénévole. Par conséquent, le bien-être et la satisfaction des besoins de ces personnes disposées à faire le bon samaritain ne dépendaient aucunement des fruits qui pouvaient être tirés des soins. Tout cela garantissait l'accès aux soins de santé à tous ceux qui étaient dans le besoin quel que soit leur statut socioéconomique. Quoi de plus normal puisque le pouvoir de guérir était aussi offert gracieusement ou hérité (Nadembèga, 2010). Depuis la rencontre avec l'Occident, les visions ont suffisamment évolué. Le transfert aux burkinabè de compétences thérapeutiques issues de la culture occidentale s'est

accompagné d'un changement de paradigme sur les pratiques dans les relations de soins. Ce changement est « caractérisé par l'afflux de nouveaux comportements contraires à la morale, à l'éthique et à l'esprit civique » (REN-LAC, 2015, p.3). Le service, du soignant qui est devenu un bien, fait l'objet d'un marchandage entre lui et les demandeurs de soins et, n'est plus à l'abri des actes de cupidité.

En outre, la lutte contre la maladie relève maintenant des missions régaliennes de l'Etat qui a jugé nécessaire de professionnaliser le métier de soignant et d'installer des centres spécialement dédiés à la pratique médicale. Au niveau de nombreuses formations sanitaires de base, de forts soupçons de corruption pèsent déjà sur les comités de gestion notamment des irrégularités dans la gestion des ressources financières constituées par les frais de consultation et de vente de médicaments (Sombié et al., 2015). La marchandisation des soins est devenue une réalité dans les relations soignants – soignés et l'argent en est le principal régulateur de l'accès aux soins. Ce mécanisme d'échange a mis à rude épreuve l'éthique et la morale aussi bien chez les professionnels de santé que chez les utilisateurs des services de santé.

Bobo-Dioulasso, notre zone d'étude est la deuxième ville du Burkina Faso, pays situé en Afrique occidentale. Elle est le chef-lieu de la province du Houet et de la Région des Hauts-Bassins. Située sur la route nationale n°1, elle relie par voie terrestre les pays limitrophes que sont la Côte d'Ivoire, le Mali et le Ghana. Selon le 5^e et dernier recensement général de la population et de l'habitation de 2019 de l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), elle compte 904 920 habitants soit, 16,9% de la population urbaine nationale (INSD, 2022). L'organisation du système national de santé a offert à la ville un centre hospitalier universitaire (CHU) et deux districts sanitaires que sont Dô et Dafra doté chacun d'un hôpital de district. L'offre de soins dans les centres de santé publics, est constituée de soins primaires et tertiaires. Les soins primaires sont dispensés au niveau des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et des centres médicaux (Ministère de la santé, 2022). Les soins tertiaires sont possibles au niveau du centre hospitalier universitaire.

Depuis quelques années on assiste dans les centres de santé du pays à l'émergence et au développement de l'un des effets pervers de la marchandisation des soins en l'occurrence la corruption et autres pratiques assimilées autour des actes de soins. Cela est observé à chaque étape qui peut être « une occasion de prélèvements indus ou de sollicitations, auxquels le malade doit se plier pour pouvoir continuer son parcours » (Olivier De Sardan et al., 2007, p.226). Et comme l'ont souligné Fassin et Olivier De Sardan (2013, p.332) « sans connaissance ni compréhension en profondeur de comment et pourquoi la corruption fonctionne, toute campagne de lutte contre la corruption est vouée à l'échec ». Si la plupart de ces études sur la question permettent d'avoir une idée sur les ramifications et la complexité du phénomène, très peu se sont intéressées à ses effets sur la qualité du service public de santé. Partant du cas des centres de santé publics installés dans la ville de Bobo-Dioulasso, qu'en est-il de la réalité de ces pratiques et de leurs implications sur la qualité du service public de santé ? L'objectif général poursuivi dans cette étude est de faire un état des lieux du phénomène de la corruption et des pratiques assimilées et de leurs conséquences sur la qualité du service public de santé. Il est soutenu par deux objectifs spécifiques dont l'un est de mesurer la prévalence de la corruption et des pratiques assimilées dans les centres de santé et l'autre, d'apprécier les effets de la corruption et des pratiques assimilées sur la qualité du service public de santé. Le postulat général est que la corruption et des pratiques assimilées sont des réalités qui influencent le bon fonctionnement des services publics de santé. De façon spécifique nous retenons, d'une part que la prévalence de la corruption et des pratiques assimilées varie suivant les niveaux de l'organisation des soins de santé et d'autre part, que la corruption et pratiques assimilées diminuent la confiance qu'ont les soignés des soignants engendrant parfois des conflits dans la relation de soins. Pour apporter des éléments de réponses, nous nous sommes appuyés sur les théories de l'interactionnisme symbolique avec Goffman (1968), la rationalité des acteurs dans la sociologie compréhensive de Weber que développent Montoussé et Renouard (1977) et, l'acteur et le système de Crozier et Friedberg (1977). La suite du travail se décline d'abord sur la méthodologie de l'étude, ensuite les résultats et, enfin, une discussion.

2. Matériaux et Méthodes

Cette partie comprend la description des méthodes d'investigation, de l'échantillonnage, de l'éthique de la recherche et du traitement des données.

2.1. Méthodes d'investigation

Il s'agit de la méthode mixte basée sur les principes du devis mixte simultané avec triangulation (Briand et Larivière, 2014). La combinaison des méthodes qualitative et quantitative permettrait d'une part « de faire la recherche avec plusieurs points de vue afin de fournir une compréhension par de multiples perspectives. D'autre part, (...) de maximiser les types et la quantité d'informations disponibles pour répondre de façon plus efficace et efficiente à des questions de recherche » (Bujold et Pluye, 2018, p.72). L'analyse a consisté à mesurer par la méthode quantitative l'ampleur de la corruption et les pratiques assimilées suivant le niveau d'offre de soins dans la ville du niveau CSPS, hôpital de district et le CHU. L'approche qualitative qui a consisté à des entretiens semi-directifs a permis aux soignants, personnes malades et leurs accompagnants de se prononcer sur les conséquences de ces pratiques sur la qualité des soins.

Ces approches ont été simultanément utilisées pendant les phases de conception des outils de collecte et de l'analyse des données. Ainsi, les questionnaires adressés aux soignants et soignés sont constitués des questions semi-ouvertes pour permettre la justification de réponse au besoin de certaines questions fermées. En outre, des guides d'entretiens ont été conçus à l'endroit des personnes ressources pour recueillir leurs perceptions sur la corruption et les pratiques assimilées dans les centres de santé publics. Les données quantitatives et qualitatives ont été collectées au même moment. Le traitement simultané des données a permis d'obtenir d'abord des indicateurs quantifiés sur le phénomène. Ensuite, il a permis de comprendre les raisons profondes en se référant aux justifications et explications qui sont apportées par les enquêtés à l'occasion des entretiens.

Des soignants et soignés ont été contactés au niveau des CSPS (Bolomakoté, Sarfalao et Secteur 24), les hôpitaux de district de Dafra et de Dô, les départements de gynécologie obstétricale et médecine de la reproduction (DGOMR) et de chirurgie du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHU-SS). La phase empirique s'est déroulée du 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS dans le cadre de l'élaboration du master de recherche en Sociologie et complétée du 15 mai 2020 au 04 mars 2021 au niveau des CSPS et des hôpitaux de district (HD), cette fois-ci pour la rédaction de notre thèse de Doctorat unique en Sociologie.

2.2. Echantillonnage

En adéquation avec la méthode mixte, l'échantillonnage a été fait par méthode.

2.2.1. Méthode quantitative

L'échantillonnage a été aléatoire à degré 3 en ce qui concerne les centres de santé sites de l'étude. Au 1^{er} degré un tirage aléatoire simple est tombé sur le district sanitaire de Dafra. Au 2^{ème} degré trois CSPS urbains de ce district parmi les six qu'il compte ont été tirés. Cette liste a été complétée à quatre par l'hôpital dudit district parce qu'il est le centre de référence des CSPS. Quant au 3^{ème} degré, il concerne les enquêtés. La configuration de la relation de soins montre deux principaux acteurs en interactions que sont les soignants et les soignés. Nous avons constitué un échantillon aléatoire stratifié non-proportionnel dont l'un a regroupé les soignants (strate 1) et l'autre les soignés (strate 2) :

- Pour la strate 1, un échantillonnage accidentel a été réalisé et a consisté à interroger les agents de santé dans chaque service : médecin, paramédical et personnel de soutien. Le total des effectifs du personnel soignant de tous les sites est de 418 agents. Avec une proportion P égale 50% et en appliquant la table d'estimation d'un échantillon avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de +/-5% (Dépelteau 2003, p.233) à l'effectif total, l'échantillon représentatif est de 196 individus.
- Pour la strate 2, l'échantillonnage est accidentel et a consisté à enquêter les soignés (personnes malades et accompagnants). Dans cette strate, il n'a pas été possible de projeter un échantillon représentatif parce que la taille de la population mère n'est pas connue. En

effet, quotidiennement il y a une variation du nombre des personnes soignées dans les services (consultation en ambulatoire, décès, transferts, évacuations, exéats, etc.).

2.2.2. Méthode qualitative

L'échantillonnage est de type raisonné et par jugement consistant à nous adresser aux acteurs qui étaient en mesure de fournir des informations pertinentes sur le phénomène de corruption et pratiques assimilées. C'est ainsi que ces entretiens ont été faits avec des agents de santé responsables administratifs de service et d'unité de soins, des organisations professionnelles de santé dont des syndicats et des ordres professionnels¹. La saturation thématique de l'information a été déterminante dans la taille des informateurs. En effet, nous avons observé une décroissance de nouvelles informations sur les différents thèmes abordés à partir de la vingtième interview dans la catégorie des responsables de service de santé. Ce qui nous a poussé à trianguler à la catégorie des responsables des organisations syndicales et des Ordres professionnels des travailleurs de la santé, pour recueillir leurs expériences, afin d'enrichir les précédentes informations comme le souligne Olivier De Sardan (2008).

2.3. Outils et techniques de collecte de données

Les outils utilisés sur le terrain comprennent un guide d'entretien pour l'enquête qualitative et deux questionnaires comportant à la fois des questions fermées et semi-fermées pour l'enquête quantitative dont l'un pour les soignants et l'autre pour les soignés. Outre les questions se rapportant aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, les autres ont porté sur les expériences des soignants et des soignés sur les pratiques de corruption et assimilées (vente de médicaments et autres produits, de rackets) dans les services de santé ainsi que les raisons pouvant justifier ces pratiques.

Les thèmes abordés lors des entretiens ont porté sur les perceptions des interviewés sur la qualité des relations soignants – soignés. Précisément, il s'est agi d'évoquer avec eux les raisons de la dégradation de nos jours de la qualité des relations soignants – soignés, la responsabilité des soignants et des soignés dans l'émergence des conflits soignants – soignés, le paradoxe entre l'institution de mesures sociales (subvention, gratuité, exemptions, etc.) qui sont sensées faciliter l'accès aux soins et la persistance des conflits soignants – soignés et enfin, le lien entre motivations financières des agents et la qualité de soins.

Les techniques utilisées sont l'enquête par questionnaire et les entretiens individuels semi-directifs.

2.4. Ethique de la recherche

L'enquête terrain a été rendue possible par l'obtention des autorisations de collecte des données accordées par le Directeur régional de la santé des Hauts-Bassins et le Directeur général du CHU-SS. La participation de tous les enquêtés à la collecte des informations a été volontaire. Il en est de même pour les entretiens enregistrés qui l'ont été avec leur accord. Aucune rémunération n'a été proposée ni exigée. Ils ont été informés des mesures prises pour préserver l'anonymat et la confidentialité de leurs données personnelles et ont donné leur accord verbal. A ce titre, pour illustrer les verbatim, nous avons utilisé les abréviations "Sgt" pour ceux venant des soignants et "Sgn" pour les soignés suivi du numéro d'ordre porté sur la fiche d'enquête

2.5. Traitement des données

Les données quantitatives préalablement recueillies sur le terrain sur support papier ont été saisies sur un masque conçu avec le logiciel Sphinx Plus² (V5) et dépouillées automatiquement. L'usage de cet outil a permis de présenter les résultats et de les analyser sous forme de tableaux et de figures pour appuyer les informations issues des données qualitatives. Le traitement de texte a été fait avec Microsoft 365 Word pour ce qui concerne les données qualitatives. En effet, les entretiens enregistrés

¹ - Syndicat national des travailleurs de la santé humaine et animale

- Syndicat des médecins du Burkina Faso

- Ordre national des médecins du Burkina Faso

- Ordre national des infirmiers et infirmières du Burkina Faso

ont été transcrits et leurs contenus analysés par sous thème. Les verbatim qui sont employés dans le texte sont issus des entretiens sur le terrain.

3. Résultats

Après avoir présenté quelques caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, suivent les perceptions des soignés et des soignants sur le phénomène de la corruption et pratiques assimilées dans les centres de santé

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

3.1.1. Récapitulatif des enquêtés selon la méthode quantitative

Dans un souci de concision, nous avons présenté juste une vue synoptique des caractéristiques essentielles des enquêtés. Les statistiques du tableau 1 laissent voir que les paramédicaux sont les plus nombreux parmi les soignants enquêtés, soit 90%. Cela se justifie par le fait que cette catégorie de personnel constitue le plus gros effectif dans les structures sanitaires et présent à tous les échelons de l'offre des soins. Le personnel médical quant à lui est faiblement présent dans les hôpitaux de district et absent au niveau des CSPS au moment de notre passage. Le personnel de soutien aux activités de soins est aussi effectif très réduit à tous les niveaux. Tous étant en contact avec les malades et leurs accompagnants, ils peuvent être impliqués de près ou de loin ou bien avoir connaissance de cas de corruption et pratiques assimilées et leurs expériences contribuent à l'atteinte de l'objectif de cette étude.

Tableau 1 : Répartition des enquêtés de la strate 1 par profession

Profession	Nombre de citation	Fréquence
Paramédicale	179	90,4%
Médicale	10	5,1%
Personnel de soutien	9	4,5%
Total	198	100%

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Le tableau 2 qui suit nous montre la répartition des enquêtés de la strate 2. Ils sont au total 131 personnes soignées qui ont été enquêtées. Les 38 sont des personnes malades et 93 sont des accompagnants. Habituellement le concept de soigné renvoie à la personne malade qui reçoit les soins. Cette conception est réductrice pour cerner les réalités et les implications de la corruption dans les pratiques de soins. Personnes malades et accompagnantes ont des intérêts communs pour lesquels ils développent individuellement ou en concertation des stratégies de préservation ou de défense si bien que ces deux voix méritent d'être entendues. Leurs expériences sont importantes pour comprendre surtout les motivations des corrupteurs. Du reste, le tableau 6 est illustratif de leur implication.

Tableau 2 : Répartition des enquêtées de la strate 2

Statut social	Nombre	Fréquence
Malade	38	29%
Accompagnant	93	71%
Total	131	100%

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Sur le tableau 3 la majorité des enquêtés sont des hommes et les accompagnants sont les plus nombreux. Cette situation s'explique par le fait que les accompagnants sont plus disposés à échanger que les malades dans ces circonstances spécifiques de la maladie étant donné que la participation est

volontaire. Quant au nombre élevé des hommes par rapport aux femmes, cela s'explique par le contexte social car dès lors qu'un homme se trouve parmi l'entourage accompagnant le malade, la parole lui revient le plus souvent. Rarement, une femme accepte s'exprimer quand elle est en compagnie d'un homme. Les modalités homme ou femme sont aussi importantes à prendre en compte pour avoir une idée des expériences particulières ainsi que les cibles privilégiées des agents corrompus.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés de la strate 2

Statut social	Malade	Accompagnant	Total
Civilité			
Homme	8	69	77
Femme	30	24	54
Total	38	93	131

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

3.1.2. Récapitulatif des enquêtés selon la méthode qualitative

S'agissant de l'approche qualitative, 32 entretiens ont été réalisés dont 27 auprès de responsables de service et d'unités de soins. Le tableau 4 récapitule tout cela.

Tableau 4 : Récapitulatif des entretiens

Informateurs	Entretiens réalisés
Personnel soignant responsable de service et d'unité de soins	27
Responsables des organisations professionnelles	5
Total	32

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021.

En ce qui concerne particulièrement les responsables des organisations professionnelles, ils appartiennent au syndicat national des travailleurs de la santé humaine et animale (SYNTSHA), du syndicat des médecins du Burkina (SYMEB) et des Ordres professionnels dont l'Ordre national des médecins du Burkina (ONMB) et l'Ordre national des infirmiers/infirmières du Burkina (ONIB). Leur rôle dans le fond étant de défendre l'intérêt de la profession et des pairs, ils sont impliqués dans les instances de résolution de crises notamment celles en rapport avec la corruption et pratiques assimilées. De ce fait, ils sont poussés à observer au quotidien les pratiques des membres de leurs organisations.

3.1.3. Perceptions des soignés sur la corruption et pratiques assimilées

Ces pratiques sont diverses et multiformes. Elles concernent la concussion, les rackets, les vols de médicaments, les ventes illicites de médicaments, les détournements de malades des services publics pour les cliniques. Elles ont pour dénominateur commun le fait d'être des actes qui sont prohibés dans les interactions soignants - soignés. Elles engendrent une crise de confiance et le sentiment d'injustice chez les personnes malades et leur entourage dans les centres de santé comme l'illustrent les propos de ce sexagénaire illettré rencontré au niveau de l'hôpital de district de Dafra qui souligne,

ce sont nos enfants qui nous volent. Les agents de santé que l'Etat recrute pour travailler à son compte sont des burkinabè, donc nos enfants. Comment comprendre que ces derniers montent des plans pour détourner les produits de la gratuité qui nous sont destinés ? Celui-là qui a décrété la gratuité des soins ne peut pas être sur le terrain pour la mettre en œuvre. Comme le proverbe populaire le dit, ce qui détruit la graine ne vient pas de l'extérieur, mais de l'intérieur. (Entretien du 07/07/2020 à l'hôpital de district de Dafra).

Le tableau 5 résume les réponses à la question de savoir si le malade ou l'accompagnant a effectivement eu à donner de l'argent pour avoir des soins ou acheté de médicaments avec un agent de santé durant leur séjour ?

Tableau 5 : Expériences des soignés sur la corruption et pratiques assimilées selon le centre de santé

Centre de santé	CSPS	CMA/HD	CHU-SS	Total
Corruption et pratiques assimilées				
Non réponse	11,5%	3,8%	0,0%	3,1%
Oui	26,9%	30,8%	21,5%	24,4%
Non	61,5%	65,4%	78,5%	72,5%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Le tableau 6 montre que les faits de corruption et autres pratiques prohibées sont présents dans tous les centres de santé. L'ampleur du phénomène est très significative vu les limites que cela pourrait présenter pour l'accès aux soins. Ce qui nous est donné de voir montre qu'elles sont légèrement plus en hausse au niveau des hôpitaux de district avec 30,8% comparativement aux autres centres de santé soit 26,9% en CSPS et 21,5% au CHU-SS. A ce propos, ce monsieur, chef d'entreprise, ayant accompagné son épouse qui a subi une césarienne à l'hôpital de district de Dafra raconte,

pendant mon séjour ici, j'ai eu des malaises et j'ai voulu savoir si ce n'était pas le palu. Alors l'agent de santé qui m'a consulté m'a pris 2 000 francs [CFA²] pour faire le test rapide du palu et 1 000 francs [CFA] pour sa consultation. Je lui ai remis 5 000 francs [CFA] et j'attendais de prendre ma monnaie quand celui-ci me dit, tu me laisses en même temps la monnaie non ! J'ai finalement cédé et je suis parti. [Il poursuit],

C'est vrai que je n'ai pas payé pour l'intervention de madame. Cependant, après l'acte, j'ai été contraint de partager au moins 15 000 francs [CFA] aux soignants ayant fait l'intervention qui me réclamaient par ci par là. Pour justifier cela, on m'a dit que si je devrais faire cette intervention en clinique, la césarienne fait environ 400 000 francs [CFA]. A mon avis, si tu n'as pas de moyens financiers, il ne faut pas t'attendre à avoir de bons soins. (Entretien du 18/06/2020 à l'hôpital du district de Dafra).

Un deuxième témoignage d'un autre accompagnant, gendarme de profession, rencontré dans un CSPS :

durant l'hospitalisation d'un collègue en traumatologie à Sourô SANOU, une nuit, un infirmier nous a fait une prescription. Nous avons fait le tour des pharmacies sans pouvoir trouver le produit en question. Au retour, après lui avoir rendu-compte, il nous dit qu'il était persuadé que nous n'allions pas trouver le produit en pharmacie. Il nous dit maintenant qu'il l'a, et que si nous en voulons il va nous le céder. Ce que nous avions fait puisque nous n'avions pas une autre alternative. Le lendemain nous nous sommes rendus en tenue pour rendre visite au collègue. Depuis ce jour et jusqu'à ce que le collège soit libéré, nos chemins ne se sont plus croisés (rire). (Entretien du 15/09/2020 au CSPS de Bolomakoté).

Terminons par cette autre expérience qui a été vécue au niveau du CHU :

j'ai accompagné ma tante au CHU-SS. On lui a prescrit trois boîtes d'un médicament dont l'unité coûte 7 500 francs [CFA] dans les pharmacies privées. Quand je m'apprêtais à aller les chercher à l'officine, un agent m'a appelé et m'a proposé de me les céder à 5 000 francs [CFA]. Je me suis posé la question de savoir si réellement la prescription répondait aux besoins de soins ou bien c'est juste pour faire sortir ses produits ? Plusieurs questions me tournaient dans la tête sur la rationalité de cette prescription. Mais, j'ai pris ses produits pour éviter les problèmes quoi. (Entretien du 17/06/2020 à l'hôpital de district de Dafra).

² 1€ = 655,9 FCFA

Tableau 6 : Expériences sur la corruption et pratiques assimilées vécues selon le statut du soigné

Statut social	Malade	Accompagnant	Total
Corruption et pratiques assimilées			
Non réponse	0,0%	4,3%	3,1%
Oui	26,3%	23,7%	24,4%
Non	73,7%	72,0%	72,5%
Total	100%	100%	100%

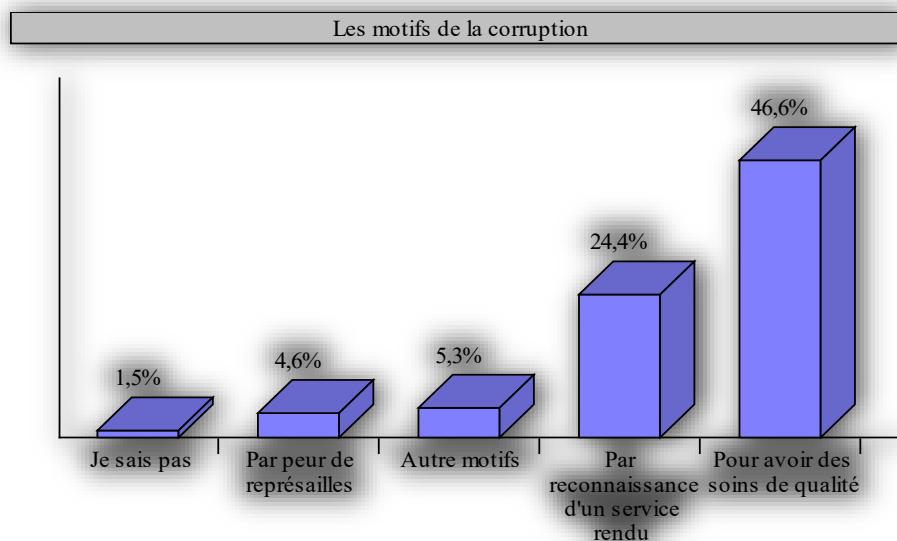
Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

A la lecture des indicateurs du tableau 6, les expériences réelles de corruption et pratiques prohibées, les malades comme les accompagnants ont été sensiblement victimes au même titre en témoignent le taux respectivement 26,3% et 23,7%. Sur ce, un homme d'une quarantaine d'années accompagnant sa femme référée du CSPS de Soumoussou, un village situé à 50 kilomètres environ de Bobo-Dioulasso rencontré à l'hôpital de district de Dafra exprime sa déception :

la souffrance de la population, ce n'est pas la faute du Président. Ce sont les agents de santé. Ma femme est venue pour une opération parce qu'elle n'arrive pas à accoucher. L'opération s'est bien passée et après, l'agent de santé qui était de garde est venu avec une ordonnance. A la pharmacie interne, nous avons eu tous les médicaments. Après il est revenu avec une autre ordonnance et nous dire que ce produit n'est pas disponible à la pharmacie alors qu'il est très important pour ma femme. Il ajoute qu'il l'a avec lui, mais ça coûte 12 000 francs [CFA]. J'étais obligé de l'acheter avec lui puisque c'est lui qui doit suivre ma femme toute la nuit. Je sais qu'il ne dit pas la vérité, mais pour ce montant, je ne peux pas mettre la vie de ma femme en danger. Est-ce que ça, c'est la faute du Président ? Non ! Ce sont plutôt les agents qui sont contre la gratuité des soins. Donc, avec ces pratiques je ne peux qu'être insatisfait, pas des soins qu'elle a reçus, mais du comportement des agents de santé. (Entretien du 18/06/2020 à l'hôpital de district de Dafra).

Pour cet accompagnant, Sgn 55 ayant 41 ans, citadin, hospitalisé au CHU-SS, raconte, un agent est venu proposer un médicament qui a été prescrit à mon voisin à 25 000 francs [CFA] sous le prétexte qu'il ne peut pas le trouver en pharmacie. Il a refusé de l'acheter avec lui et est allé payer le même produit à 8 000 francs [CFA] à la pharmacie. Comment pouvez-vous comprendre cela ? (Entretien du 31/03/2018 au département de chirurgie du CHU-SS).

Mais pourquoi les soignés ont-ils été amenés à corrompre d'une manière ou d'une autre les agents de santé ? Les raisons qui ont été avancées figurent dans le graphique 1.



Graphique 1 : Les motifs de corruptions évoqués par les soignés

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Si certains évoquent l'ignorance, d'autres ont des explications rationnelles avec deux principales raisons qui justifient les faits de corruption. Il y a ceux qui les pratiquent pour avoir des soins de qualité notamment pour les avoir rapidement soit 46,6% des soignés enquêtés. D'autres, soit 24,4% l'ont fait en guise de remerciement à un service rendu. Autrement dit, un service qu'ils estiment avoir été bien fait et même que le soignant s'est surpassé comme ce nouveau père interrogé à la maternité de l'HD : la sage-femme est sortie m'annoncer la bonne nouvelle à savoir que l'accouchement s'est bien passé mais qu'elle a besoin de couches qui coûtent 2 500 francs [CFA]. J'ai donné 5 000 francs [CFA] et en lui disant de garder le reste soit les 2 500 francs [CFA] parce que je suis content. Je ne considère pas ça comme un acte de corruption. (Entretien du 18/06/2020 à l'hôpital de district de Dafra).

A côté de ces raisons, il y a également des soignés soit 4,6% des enquêtés qui tombent dans les pratiques corruptives par peur de représailles de la part des soignants. S'il est vrai que dans les réponses des soignés que les pratiques prohibées sont légion dans la relation de soins, l'expérience des soignants sur le phénomène nous permet de confronter ces faits qui ont été évoqués par les soignés. Par conséquent, il importe de présenter leurs expériences sur le phénomène.

3.1.4. Perceptions des soignants sur la corruption et pratiques assimilées

Parmi les arguments souvent développés dans les causes des conflits soignants – soignés, il est fait cas des corruptions, des ventes illicites de médicaments et des racketts des soignés par les soignants. Que pensez-vous de ces affirmations dans les réalités de votre service ? Une question visiblement gênante et embarrassante qu'il fallait répondre.

Tableau 7 : Niveau de corruption et pratiques assimilées dans la relation de soins selon les soignants enquêtés

Centre de santé	CSPS	CMA/HD	CHU-SS	Total
Corruption et pratiques assimilées				
Non réponse	0,0%	1,8%	0,0%	0,5%
Je ne suis pas d'accord	10,5%	14,5%	7,0%	10,1%
Je ne sais pas	17,5%	0,0%	17,4%	12,6%
Je suis tout à fait d'accord	35,1%	23,6%	29,1%	29,3%
Je suis un peu d'accord	36,8%	60,0%	46,5%	47,5%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Han ! Long silence, baisse du regard, voix inaudible, rire, c'est un piège, c'est difficile de répondre à cette question, si vous permettez je peux revenir après sur cette question ?

Ces expressions et ces attitudes qui ont été remarquables lors des entretiens et particulièrement sur cette question sont illustratives des tortures et des troubles de conscience qu'elle a créés chez les répondants. Certains étaient très embarrassés par l'attitude convenable face à cette question. Faut-il mentir ou dire la vérité ? Ainsi dit, les réponses du tableau 7 ci-dessus ont été obtenues de gré auprès de certains enquêtés et presque à l'arracher auprès d'autres dans la mesure où ces derniers par mesure de prudence ont demandé la possibilité de donner leur réponse à la fin de l'entretien.

A l'analyse des réponses qui ont été données, on se rend compte que le phénomène de la corruption et les pratiques assimilées sont couramment vécus voire pratiqués à ciel ouvert dans ces centres de santé. En effet, seulement 10,1% des enquêtés « ne sont pas d'accord » que ces pratiques existent dans leur service, 12,6% tentent de dissimiler ces pratiques en bottant en touche en choisissant de répondre par « je ne sais pas ». A ce type de réponse, il faut douter de la sincérité des répondants. Ceux qui sont « tout à fait d'accord » que ces pratiques existent sont 29,3% et ceux qui sont un peu d'accord sont 47,5%. L'addition des soignants qui sont « tout à fait d'accord » et ceux qui sont « un peu d'accord » donne une prévalence de la corruption au sein des centres de santé que l'on peut estimer à 76,8% sans oublier que parmi ceux qui ont choisi de répondre par « je ne pas savoir » ce qui se passe dans leur service ne sont pas tous de bonne foi. En effet, il est difficile de croire à un professionnel qui, après avoir passé des années à travailler dans un service soit incapable de se prononcer clairement sur la présence ou non de la corruption et pratiques assimilées dans ce service. Ainsi, répondre par « je ne sais pas » semble plus à une stratégie de dissimulation voire une complicité des agents corrompus.

Pour d'autres comme cette accoucheuse, vendeuse en parallèle de layettes pour les nouveau-nés et de couches aux femmes nouvellement accouchées, elle leur fait du bien en leur rapprochant de ce dont elles ont besoin immédiatement pour se protéger ainsi que leurs nouveau-nés. Selon ces explications, les couches modernes leur offrent un confort et un bien-être sanitaire parce que leur port permet d'éviter les infections post-partum³. Sgt 195 avec 5 ans d'ancienneté dans le service se défend en ces termes :

je vais chercher la layette chez les vendeurs de friperie que je lave correctement pour les revendre en cherchant juste un petit bénéfice. Pour éviter les crises de jalouse entre nous, j'ai conseillé les autres de se procurer également. Comme cela, si tu fais un accouchement, tu proposes à la femme pour voir si elle est intéressée ? Où est le racket dans ça ? (Entretien du 30/12/2020 au CSPS du secteur 24).

³ Les infections bactériennes qui surviennent après l'accouchement dont la plupart sont liées à l'absence d'hygiène.

3.1.5. Corruption, pratiques assimilées et conflits soignants - soignés

Les implications de ces pratiques sont la détérioration de la qualité des soins qui sont offerts aux patients non-clients. Le témoignage suivant en dit long :

les accouchées se plaignent que les agents leur imposent d'acheter les couches et autres biens. Ils les obligent à payer cinq couches parfois à raison de 1000 francs [CFA] l'unité. Pour moi, cela ne doit pas être obligatoire, on propose et si elle est intéressée, elle va payer. Mais on ne doit pas aller jusqu'à conditionner sa prise en charge par l'achat des produits secondaires. Malheureusement, ce n'est pas le cas, parce qu'une enseignante que j'ai suivie personnellement l'évolution de sa grossesse, j'ai eu à préparer avec elle les conditions de son accouchement pendant sa CPN⁴. De ce fait, elle est venue avec tout le nécessaire le jour de l'accouchement y comprises ses couches.

Les agents qui étaient programmés en salle d'accouchement ce jour ont refusé de faire la réparation des déchirures qu'elle a eues lors de son accouchement tout simplement parce qu'elle avait des couches dans ses bagages. Elle a été abandonnée à l'équipe qui devait monter alors qu'elle devait avoir aussitôt les soins nécessaires. Donc, il y a des conflits parce que certains rejettent les couches apportées du domicile. Pire, à cause de ça, la parturiente peut manquer de soins.

Il y a également qu'on oblige les femmes césarisées à porter les couches alors que c'est contre-indiqué. Cela traduit que l'on n'est plus soucieux de la santé des patientes simplement parce qu'on veut s'enrichir. Le port des couches cache les saignements probables qui permettent de suivre la femme après l'intervention pour prévenir les complications. (Entretien du 23/02/2021 à l'hôpital de district de Dô).

Il n'y a pas que dans les maternités où les pratiques de corruptions et de rackets se font. Dans un dispensaire d'un CSPS, Sgt 145, infirmier très expérimenté raconte qu'un agent de santé qui est intelligent ne doit pas avoir un conflit ouvert avec un malade ou un accompagnant :

sa sanction, c'est son stylo qui lui permet de faire une prescription irrationnelle mais très coûteuse, car au lieu de lui prescrire des médicaments génériques, il lui prescrit des spécialités.

J'ai trouvé un jour un collègue en conflit avec un accompagnant parce qu'il refuse de lui payer l'argent d'un produit qui est déconseillé d'ailleurs à savoir le novalgin qu'il a injecté à son malade. Le collègue pour intimider le monsieur, lui dit qu'il va le convoquer chez le major. Je l'ai tiré de côté pour lui dire qu'il est bête. Si ce n'est pas du suicide, comment quelqu'un qui est en faute peut-il penser à convoquer sa victime au commissariat ?

Il faut toujours sanctionner positivement, c'est-à-dire au lieu de lui prescrire les génériques qui coûtent moins cher, tu mets des spécialités. Par exemple amoxicilline qui coûte 1 000 francs [CFA] peut soigner son problème. Mais non, tu lui prescris amox+acide clavilanique au prix de 7 000 francs [CFA] ou bien le clacin à 8 000 francs [CFA]. (Entretien du 15/09/2020 au CSPS de Bolomakoté).

Dans la même logique que l'infirmier précédent, cette accoucheuse brevetée, Sgt 187 déclare :

je suis le sexe faible, c'est vrai, mais si un accompagnant ou une malade me provoque, je sais comment me venger. Je le réfère au CHU avec comme motif de référence, souffrance fœtale. C'est moi qui écoute les bruits cardiaques, donc, j'ai toujours un moyen pour me défendre. (Entretien du 31/10/2020 au CSPS de Sarfalao).

Concluons sur le phénomène avec les commentaires de deux responsables de service,

effectivement, ces questions nous parviennent malheureusement de la part des soignés qui paient dans le circuit noir des prestations sans laisser de traces. Certaines viennent jusqu'à nous pour poser leurs problèmes et d'autres, non. Ceux qui reviennent à nous sont des soignés qui réclament des reçus lors des transactions à qui les agents indélicats leur disent de partir avec leurs malades ailleurs. Ceux-ci rapportent qu'on leur dit que s'ils veulent un reçu, on va leur remettre leur argent et ils vont se débrouiller. (Entretien du 18/02/2021 à l'hôpital de district de Dô).

Quand je vois un clinicien en blouse qui se retrouve au labo avec des échantillons, pour moi, ce n'est pas normal parce que ça sent des rackets à quelque part puisque c'est la tâche de la fille ou du garçon de salle. La preuve est que dans les services cliniques, les soignés se plaignent qu'on a pris leur argent pour des examens. On met une organisation en place pour les soins, des soignants contournent cette organisation pour s'enrichir illicitement. Il y a un problème de vocation à quelque part. Tu es recruté

⁴ CPN : consultation prénatale. Elle est faite régulièrement suivant un calendrier chez la femme gestante. Elle se termine dans les normes par un sur entretien les conditions optimales pour l'accouchement.

pour effectuer un métier qui se décline en un certain nombre de tâches à exécuter ; si tu fais autre chose que ce qui est de ton rôle, il y a un problème à clarifier et tu dois une lettre d'explication en principe. Dans une unité de soins, les infirmiers ont décidé de ne plus faire de prélèvements de sang chez les malades parce que tout simplement nous avons interdit qu'ils ne se rendent eux-mêmes au labo avec des échantillons. C'est un exemple de l'absence de vocation parce que l'on ne doit pas s'enrichir illicite et au détriment du malade. Les agents mettent en place un réseau et ils s'enrichissent sur le dos de la structure et ils détériorent en plus son image. La situation des rackets est telle que si l'on était dans une structure privée, la solution ne peut qu'être radicale à savoir procéder à des licenciements avec paiement des droits sociaux et renouveler le contrat social et individuel parce que l'on atteint un niveau de déchéance morale qu'il faille passer par là. (Entretien du 22/02/2021 à l'hôpital de district de Dô).

S'il en est ainsi de l'état des lieux du phénomène de la corruption et pratiques assimilées et de ses implications sur la qualité des soins, quels rapports nos résultats ont-ils avec les autres précédentes études effectuées au Burkina Faso ou ailleurs ?

4. Discussion

Elle porte sur deux principaux éléments à savoir les manifestations et les causes de la corruption et pratiques assimilées d'une part et leurs conséquences sur la qualité des soins d'autre part.

4.1. Manifestations et causes de la corruption et pratiques assimilées dans les centres de santé

Nos résultats montrent que de manière constante et dans tous les centres de santé, il existe une prédateur sur les ressources des soignés. Ces pratiques sont parfois à l'origine de conflits dans les relations soignants – soignés. Le phénomène de la corruption et les pratiques assimilées est une réalité dans les services de santé qui est perçue des soignants enquêtés avec une prévalence de 76,8%. Sur l'ensemble des centres de santé, 24,4% des soignés ont affirmé avoir été effectivement victimes durant leur séjour. Les acteurs du milieu qui sont rationnels ont tendance à imiter les mauvaises actions à tous les niveaux, pourvues que celles-ci satisfassent leurs intérêts (Crozier et Friedberg, 1977 ; Montoussé et Renouard, 1997). Ainsi, les cas réels de corruption et pratiques assimilées dans notre étude par niveau se présentent comme suit : 30,8% dans les hôpitaux de district, 26,9% au niveau des CSPS et 21,5% au niveau du CHU-SS.

Les réalités sur ces pratiques qui sont entièrement prohibées que nous avons découvertes sont presque au même niveau de prévalence que celui rapporté par le REN-LAC (2018). En effet, il révèle que sur le territoire national burkinabè, 26,7% des malades et des accompagnants interrogés ont donné de l'argent pour avoir des soins ou ont eu connaissance de personnes ayant été victimes de telles pratiques. A ces formes de corruption associées aux prestataires de soins de santé ci-dessus citées, le PNUD (2011, p.22) ajoute l'absentéisme par le fait de « ne pas se présenter pour un travail donné et d'exiger un salaire ».

D'autres travaux antérieurs ont montré que la corruption et ces pratiques assimilées ont été enchaînées socialement dans les centres de santé en ce sens qu'elles ont été intégrées à leur mode de fonctionnement (Sombié et al., 2015). L'analyse de la question dans les pays du Sud par les devanciers de deux décennies plus tôt (Dujardin, 2003 ; Jaffré et Olivier De Sardan, 2003) sont édifiantes là-dessus. On peut affirmer que ces pratiques ont la peau dure. Elles touchent aussi bien les intérêts individuels que ceux des structures sanitaires. Pour ces dernières, il s'agit des détournements, des surfacturations et la vente illicite de médicaments destinés à être offerts gratuitement à des couches vulnérables (Sombié et al., 2015) diminuant ainsi leurs ressources financières en plus d'entacher leur notoriété. Le système de santé lui-même étant à plusieurs niveaux victime de la grande corruption (REN-LAC, 2018). Nous avons également constaté des faits similaires qui menacent les intérêts du malade à savoir la concussion, les rackets, les ventes illicites de médicaments et le commerce d'articles divers. Au niveau des hôpitaux camerounais, Yamb et Bayemi (2021) ont dénombré huit formes de corruption dans la relation de soins (consultation, médicament, certificat médical, chirurgie, accouchement, hospitalisation, urgence et détournement). Tous ces actes constituent pour les usagers des motifs de méfiance vis-à-vis du système peuvent se passer à toutes les étapes comme au Bénin et au Niger : « tri, présentation d'un carnet de santé, paiement d'un forfait, attente dans un service,

consultation, examens éventuels de laboratoire, hospitalisation éventuelle, achat de médicaments génériques au dépôt pharmaceutique, etc. » (Olivier De Sardan et al. 2007, p.226).

Sur ces faits, d'abord, Crozier et Friedberg (1977, p.11) nous rappellent que « l'acteur n'existe pas au-dehors du système qui définit la liberté qui est sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui peut le porter et donner vie, qui seul peut le changer ». Il se trouve en pratique qu'il y a une différence entre les objectifs de l'organisation et ceux des individus. D'où par exemple la corruption et pratiques assimilées qui relèvent des stratégies des acteurs pour atteindre leurs fins au détriment de celles des centres de santé. Le système à défaut de pouvoir combattre cet enrichissement illicite, s'en accommode. Dans ce sens, la Loi n°57-2017/AN portant statut de la fonction publique hospitalière est une bénédiction à la corruption dans la relation soignant - soigné car son article 42, brouille davantage ses pistes. Il autorise exceptionnellement le fonctionnaire dans sa relation de soins à recevoir toute forme de motivations conformément à « l'hospitalité conventionnelle et des cadeaux mineurs d'une valeur inférieure à un seuil fixé par décret pris en Conseil des ministres ». L'amalgame des pratiques contemporaines et ancestrales dont le REN-LAC (2015) faisait allusion est d'une évidence dans cette Loi. Le flou conceptuel qui y est installé profite aux acteurs rationnels et malveillants.

Ensuite, dans l'interactionnisme symbolique, Goffman souligne que les cadres et les institutions totales comme l'hôpital jouent un rôle dans la transformation des individus. Ceux-ci s'adaptent aux normes formelles et informelles des institutions comme il le prouve dans *Asile* où il a fait une monographie des interactions sociales des malades mentaux dans cet hôpital psychiatrique (Goffman, 1968). Cette réalité est aussi valable dans n'importe quelle autre institution car toutes les pratiques en vigueur ne peuvent pas être écrites mais vont s'imposer en définitive et influencer le processus de délivrance des services.

C'est pourquoi les pratiques de corruptions et assimilées considérées comme déviantes du point de vue des règles formelles de fonctionnement en ces débuts finissent par être "normalisées" et ne dérangent que très peu d'agents et bon nombre d'utilisateurs. A ce sujet, Dujardin (2003) rapporte les réactions des personnels de santé sur le *feed-back* des résultats de leur étude, que les dénégations de ces pratiques étaient peu fréquentes et en plus ils justifiaient leur attitude en ces termes :

C'est normal de vendre des médicaments (...) aux patients, mais il ne faut pas exagérer. C'est normal si je reçois des cadeaux et si je fais payer ceux qui veulent passer avant ou qui sont recommandés, c'est normal si je vois aussi les autres. C'est normal que je vende des pagnes ou des brassières pour les bébés, je rends service aux jeunes mères, mais je ne dois pas demander un prix élevé (Dujardin, 2003, p.141-142).

Les corrupteurs (soignés) agiraient en grande majorité comme le montre le graphique 1 ci-dessus dans le sens d'avoir des soins de qualité. Dans un contexte où les ressources médicotechniques sont insuffisantes, chacun doit se donner cette chance et cela est sans état d'âme pour son prochain pourvu que l'on arrive à sauver le sien. Ces comportements entrent dans le cadre des logiques interactionnistes où les actions d'un individu et le sens qu'il leurs donne dépendent d'une multitude d'analyses de l'environnement. Sur les principales raisons qui sont avancées par les soignés pour s'adonner à la corruption des soignants dans notre étude, ce sont, l'accès rapide aux soins pour 46,6% et en guise de remerciement pour 24,4% des enquêtés. Sans remettre en cause les fondements des raisons avancées, il convient de souligner que c'est aussi une stratégie pour bénéficier d'une attention particulière telle que vue par Yamb et Bayemi (2021) au niveau des services de maternité au Cameroun.

4.2. Conséquences de la corruption et pratiques assimilées sur la qualité des soins

Comme la matérialité du soin (Tantchou, 2017) elles entraînent des tensions soignants – soignés parce que le mythe du soignant désintéressé, altruiste et humaniste est tombé. L'idée de matérialité postule que « soigner est aussi un art de faire avec l'espace qu'une pragmatique de l'espace » (Tantchou, 2017, p.72). Dans ce sens, elle a démontré que « l'inadéquation de la structure de l'espace aux activités de soins (...) et l'absence d'équipements et de consommables de première nécessité, expliquent en partie le comportement jugé négatif des soignants ». La corruption passive est en quelle que sorte une

stratégie de caporalisation du soignant développée par les soignés afin qu'il soit à leurs services au détriment d'autres malades. Le revers de cette pratique est qu'elle se transforme en une règle tacite et certains agents de santé font tout pour créer ce besoin. D'où les multiples plaintes qui sont à l'origine de conflits parce que les soignés soupçonnent également les soignants de poser des actes malsains à dessein. Ces situations de conflits ne sont jamais propices pour la sécurité du patient.

Le premier motif qui justifie la corruption des soignants est l'accès rapide aux soins selon 46,6% des soignés enquêtés. Parce qu'au fond, c'est quand ils constatent que le traitement ne va pas dans le bon sens que la corruption comme solution apparaît dans leur esprit. C'est ainsi que les dons et autres cadeaux en guise de remerciement tels qu'ils affirment visent à préserver de bonnes relations en ayant un interlocuteur privilégié dans l'équipe et une personne disponible sur qui s'appuyer en cas de besoins. Une fois pris au piège de la corruption il est difficile au soignant de garantir l'accès à des soins de santé de qualité à tous et sans distinction aucune comme le recommande le service public de santé (article 2 de l'Arrêté n°2007-240/MS/CAB). Dans le cas d'espèce de notre étude, ceux qui collaborent dans la corruption sont vus comme étant les « bons malades » dans une logique de recherche de clientèle. Ceux-ci bénéficient d'un meilleur traitement que ceux qui ne se sont pas intéressés ou qui ont résisté. Ces derniers ou ont été probablement obligés de recevoir des soins de qualité mitigée. Les témoignages confirment que des parturientes par exemple n'ont pas bénéficié de soins adéquats tout simplement parce qu'elles ont refusé de payer des produits que leur proposait le soignant. En outre, pour leur propre intérêt, des pratiques contre indiquées ont été imposées à des césarisées comme le port de couches qui empêcherait de surveiller d'éventuellement saignements anormaux. D'autres malades ont reçu des prescriptions irrationnelles pour avoir refusé de payer des médicaments que leur proposait l'agent de santé, ont avoué certains soignants enquêtés.

Dans tous les cas on retient que les actions posées par le soignant tout comme le soigné sont rationnelles par rapport à une fin dans la mesure où chacun se fixe un but tout en se donnant les moyens de sa réussite (Montoussé et Renouard, 1997). C'est pourquoi par exemple afin de se protéger ou de se donner une « bonne conscience » les agents indélicats préfèrent passer par la vente illicite de produits sous le prétexte de venir en aide à leurs victimes. Des doutes existent sur la qualité de ces produits à cause de la mauvaise conservation et de la contrefaçon médicamenteuse car étant hors du circuit officiel et réglementaire de distribution (Dujardin, 2003).

5. Conclusion

Les représentations socioculturelles de la maladie déstabilisantes associées aux contextes sociaux difficiles des centres de santé de la ville Bobo-Dioulasso embarquent soignants et soignés dans un mouvement de gré ou de force dans la corruption et autres pratiques assimilées. Notre étude a révélé une forte prévalence du phénomène et des cas avérés dont le taux est variable selon les niveaux (CSPS, HD et CHU). Ces attitudes et ces comportements anthropiques venant d'acteurs formatés par une culture professionnelle en violation flagrante de leur serment, créent la psychose chez les utilisateurs de services de santé par leurs agissements aux antipodes de la morale et de l'éthique. La position très asymétrique et déséquilibrée en faveur des soignants, façonnée par le contexte a été exploitée maladroitement par certains pour faire main basse sur le peu de ressources dont disposent les soignés en monnayant indûment des actes médicaux, en délivrant parfois des médicaments d'origine douteuse aux soignés et en leur imposant un commerce d'articles divers qui sont pourtant proscrits par la réglementation. Cela implique dans ces centres un accès inéquitable des malades aux soins de santé et une aggravation de la situation socio-sanitaire des soignés dont certains sont frappés par une pauvreté financière qui les exclut déjà du bénéfice des soins adéquats.

Malheureusement, toute forme de résistance ou tentative de résistance de la part des personnes malades ou de leur entourage à ces propositions indécentes, fait courir au malade un risque car il pourrait ne pas recevoir des soins adéquats. La multiplication des cas de corruption et pratiques assimilées a fini par semer le doute chez les soignés victimes, sur la bonne volonté de ces agents de santé de fournir des prestations de soins de santé conformes aux normes de qualité dans les centres de santé publics.

Remerciements

Ils vont à l'endroit de la direction régionale de la santé des Hauts-Bassins, de la direction générale du Centre hospitalier universitaire Sanou Souro de Bobo-Dioulasso ainsi qu'aux médecins-chef des districts sanitaires de Dô et de Dafra.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- AN. (2017). Loi n°57-2017/AN portant statut de la fonction publique hospitalière, Ouagadougou.
- Briand, C. et Lariviere, N. (2014). « Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique », in CORBIERE (C) et LARIVIERE (N) (dir), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociale et de la santé*, Presses de l'Université de Québec, pp. 625-648.
- Bujold, M. et Pluye, P. (2018). « Les défis de l'apprentissage des méthodes mixtes en sciences de la santé : le voyage de Candide à la recherche du meilleur des deux mondes » in BUJOLD Mathieu et coll. *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*, ACFAS, p.65-85
- CNT. (2015). Loi n°004-2015/CNT portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso, Ouagadougou.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil.
- Depelteau, F. (2003). *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, Québec, De Boeck, Presses universitaires de Laval.
- Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients*, Paris, Karthala.
- Fainzan, S. (1986). *L'intérieur des choses, maladies, divination et reproduction sociale chez les Bissa du Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.
- Fassin, D. et Olivier De Sardan, J.-P. (2013). « Logiques de la corruption » in FASSIN Didier et LEZE Samuel, *La question morale*, Paris, PUF, pp.330-341
- Goffman, E. (1968). *Asiles – études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Editions de Minuit.
- INSD. (2022). *5ème recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso*
- Jaffre, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière*, Paris, L'Harmattan.
- MINISTÈRE DE LA SANTE. (2022). *Annuaire statistique 2021*, Ouagadougou.
- MINISTÈRE DE LA SANTE. (2007). Arrêté n°2007-240/MS/CAB portant Charte de l'utilisateur des services de santé, Ouagadougou.
- Montousse, M. et Renouard, G. (1997). *100 fiches pour comprendre la sociologie*, Paris, Bréal.
- Nadembega, P. (2010). *La médecine des traditions africaines : concepts, recettes, plantes illustrées et un aperçu sur le cas des ethnies canadiennes*, s.l.
- Olivier De Sardan, J.-P., Bako-Arifari N. Et Moumouni, A. (2007). « La corruption dans

- le domaine de la santé » in GIORGIO Blundo et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (co-dir), *Etat et corruption en Afrique*, Paris, Kartala, pp.225-247
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif*, Louvain-La-Neuve, Bruylant-Academia s.a.
- PNUD. (2011). *Lutte contre la corruption dans le secteur de la santé : méthodes, outils et bonnes pratiques*, New York.
- Ren-Lac. (2015). *Rapport étude sur les valeurs morales, éthiques et civiques dans le cadre de la lutte contre la corruption au Burkina Faso*, Ouagadougou, collection REN-LAC.
- Ren-Lac. (2018). *Etude sur les présomptions de corruption et pratiques assimilées dans le système et les services de santé au Burkina Faso*, Ouagadougou, les éditions FGZ.
- Sombie, I., Amendah, D. et Soubeiga, K. A. (2015). « Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso », Editions S.F.S.P., dans *Santé Publique* 2015/4 (vol. 27), pp. 557-564, DOI 10.3917/spub.154.0557.
- Tantchou, J. (2017). « En Afrique, la matérialité du soin au cœur des tensions soignants-soignés ? », Editions John Libbey Eurotext, dans *Sciences sociales et santé* 2017/4 (vol.35), pp.69-95, DOI 10.1684/sss.2017.0405
- Yamb, B. et Bayemi, O. V. (2021). « La corruption dans les hôpitaux publics au Cameroun », in NKAKLEU Raphaël, PLANE Jean-Michel, BIBOUM Altane Désiré, ONOMO Michel Bertrand Cyrille (coord.), *Théories et management des organisations*, EMS éditions, pp.68-93

@ 2025 KIEMDE, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.