



FORUM CIVIL
SECTION SENEGALAISE de
TRANSPARENCY INTERNATIONAL

**CENTRE DE RECHERCHE POUR LE
DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL (C.R.D.I.)**
Bureau pour l'Afrique de l'Ouest

GOVERNANCE ET CORRUPTION DANS LE SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL
Rapport Final

Coordination Scientifique de

Abdou Salam FALL (Sociologue)
Babacar GUEYE (Juriste)

Mai2005



FORUM CIVIL
SECTION SENEGALAISE de
TRANSPARENCY INTERNATIONAL

CENTRE DE RECHERCHE POUR LE
DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL (C.R.D.I.)
Bureau pour l'Afrique de l'Ouest

GOUVERNANCE ET CORRUPTION DANS LE SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL
Rapport Final

Coordination Scientifique de

Abdou Salam FALL (Sociologue)
Babacar GUEYE (Juriste)

L'équipe de recherche :

Volet sociologique
Abdou Salam FALL
Djiby DIAKHATE

Volet économique
Omar Saïp SY

Volet juridique
Abdoulaye DIEYE,
Sémou NDIAYE,
Yaya BODIAN,
Abdoulaye SAKHO

Mai 2005

SOMMAIRE

NOTE DES AUTEURS.....	7
SIGLE ET ABREVIATIONS	8
RESUME.....	9
INTRODUCTION.....	14
CHAPITRE I : METHODOLOGIE DE L'ETUDE PLURIDISCIPLINAIRE	15
PRESENTATION DES INSTRUMENTS DE COLLECTE	16
<i>La recherche documentaire.....</i>	<i>16</i>
<i>L'observation participante.....</i>	<i>17</i>
<i>L'observation directe</i>	<i>17</i>
<i>Les entretiens.....</i>	<i>18</i>
<i>Limites</i>	<i>21</i>
DEFINIR LA CORRUPTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE	22
CADRE D'ANALYSE	25
CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AU SENEGAL : ANALYSE JURIDIQUE.....	28
UN ENGAGEMENT POLITIQUE ENCORE INCERTAIN.....	29
DES STRATEGIES DANS L'ENSEMBLE PEU EFFICACES	30
<i>Une approche santé multisectorielle tangible.....</i>	<i>30</i>
<i>Une approche participative lacunaire</i>	<i>31</i>
<i>Une approche "Gestion des institutions de santé centrée sur les patients" déficiente</i>	<i>35</i>
<i>L'ineffectivité du contrôle</i>	<i>39</i>
<i>Le contrôle des services relevant du ministère de la Santé.....</i>	<i>39</i>
<i>Le contrôle exercé sur les acteurs privés de la santé.....</i>	<i>45</i>
CHAPITRE III : LA GOUVERNANCE DE LA SANTE : ANALYSE SOCIOLOGIQUE.....	48
LA REFORME HOSPITALIERE COMME CADRE CONTEXTUEL DES INSTITUTIONS SANITAIRES ...	48
PERCEPTIONS DE LA REFORME HOSPITALIERE.....	49
UNE GOUVERNANCE PATHOGENE !.....	50
<i>Les dysfonctionnements managériaux observés en milieux hospitaliers</i>	<i>51</i>
<i>Les dysfonctionnements du système organisationnel des centres de santé.....</i>	<i>59</i>
<i>Les dysfonctionnements managériaux au sein des postes de santé.....</i>	<i>66</i>
<i>Les dysfonctionnements managériaux au sein des structures privées de santé</i>	<i>68</i>
<i>« Le patron a toujours raison ».....</i>	<i>68</i>
<i>Les Dysfonctionnements dans les structures de santé d'entreprise</i>	<i>69</i>
<i>« Le bon marché coûte cher »</i>	<i>69</i>
<i>Le « yaxanal » (rationalité économique) du personnel de la mutuelle de santé.....</i>	<i>70</i>
<i>Le bor (prêt)</i>	<i>70</i>
<i>La substitution de personnes non ayant droit à la mutuelle</i>	<i>70</i>
<i>Présence d'anglophones dans la clinique</i>	<i>71</i>
CONCLUSION : LA CULTURE ORGANISATIONNELLE DANS LES STRUCTURES DE SANTE ABSOUT LES REGLES.....	73
CHAPITRE IV : LES PRATIQUES CORRUPTIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE.....	76

MILIEUX HOSPITALIERS	76
<i>Le racket</i>	76
<i>L'arnaque ou quand les « doli toor » se mettent à l'oeuvre</i>	78
<i>« wiiri wiiri » ou les raccourcis</i>	80
<i>« Ku am kuddu du lakk » (celui qui dispose d'une cuillère, ne doit pas se brûler les doigts)</i>	80
<i>Le « Colobane »</i>	80
<i>« Le xar matt »</i>	82
<i>« le njëgu guro » (le prix de la cola)</i>	83
<i>Détournement de biens alimentaires</i>	84
<i>Confiscation du matériel de l'hôpital</i>	84
<i>Délivrance de certificats médicaux sans consultation</i>	85
<i>Vols et détournements</i>	85
<i>sisó bu amul gres du dagg (</i>	86
<i>Sarax (l'aumône)</i>	86
<i>Fepp feppatu et raas raasaatu (racler les restes)</i>	86
CONCLUSION	87
LES PRATIQUES CORRUPTIVES DANS LES CENTRES DE SANTE	87
<i>L'usage des produits médicaux</i>	87
<i>L'auto motivation en salle d'accouchement</i>	88
<i>« Loxoy kajoor day wesalo » (les réciprocités organisent les rapports entre proches) ..</i>	89
<i>Le travail parallèle ou « xar matt »</i>	89
<i>Les abus de biens sociaux</i>	90
<i>Les cas sociaux</i>	91
<i>Les opérations de circoncision</i>	91
<i>Les pratiques du chef : les consultations privées et les tickets parallèles</i>	92
<i>Vente illégale des médicaments</i>	93
<i>Les certificats de visite médicale pour les vendeurs</i>	94
LES PRATIQUES CORRUPTIVES OBSERVEES A PARTIR DES POSTES DE SANTE	95
LES PRATIQUES CORRUPTIVES OBSERVEES A PARTIR DES STRUCTURES PRIVEES DE SANTE....	97
<i>" liggéyu ndey añu doom"(la grâce protectrice d'une mère en faveur de son enfant)</i> ..	97
CONCLUSION : LE POUVOIR SOCIAL MANIPULE	99
CHAPITRE V : LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS AU SENEGAL.....	102
ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	103
L'INITIATIVE DE BAMAKO.....	104
LA REGULATION DU SYSTEME PHARMACEUTIQUE	105
L'OFFRE DANS LE SECTEUR PRIVE	106
LES DYSFONCTIONNEMENTS DU CIRCUIT OFFICIEL	107
L'AMPLEUR DU MARCHÉ PARALLELE	107
LES ACTEURS DU MARCHÉ PARALLELE.....	107
<i>Les commerçants importateurs</i>	107
<i>Les fonctionnaires responsables des pharmacies des Formations Sanitaires Publiques</i>	109
<i>Les officines de pharmacies</i>	109
<i>Les dépôts pharmaceutiques</i>	109
<i>Le personnel des formations médicales et pharmaceutiques</i>	110
<i>Des associations caritatives ONG ou associations d'immigrés</i>	110
<i>Typologie des réseaux dans la distribution et la vente de médicaments</i>	111
<i>Les circuits qui prospèrent dans le désordre</i>	111

<i>Circuit ACP- Fournisseurs : les commandes de médicaments</i>	111
<i>schéma officiel : commande de médicaments - livraison de médicaments</i>	112
<i>Les circuits circonstanciels</i>	112
La substitution de personnes non ayant droit à la mutuelle	112
Le circuit qui crée le désordre pour prospérer.....	113
Les consultations privées et les tickets parallèles	113
Vente illégale des médicaments dans un centre de santé.....	113
Le circuit de commande de médicaments de spécialités.....	114
Le circuit des accidents de travail	114
Des délégués médicaux au centre de la corruption	115
Délégués médicaux -ICP	116
Des pharmaciens d'officine à l'œuvre	116
Le circuit entretenu par le pharmacien central à travers les commandes extra ordinaires	116
Le circuit annexe	118
Les circuits de survie.....	118
Le réseau de vente des bons des médicaments.....	118
La configuration du marché	119
Une offre souvent de mauvaise qualité... ..	120
...Aux conséquences sanitaires réelles	120
La formation des prix	121
CONCLUSION SUR LE MARCHE PARALLELE DES MEDICAMENTS	123
CHAPITRE VI : LES RESEAUX DE CORRUPTION : LA CORRUPTION N'EST PAS UN ACTE INDIVIDUEL.....	125
« TEG TEGGI »	125
LE TRIANGLE DU RACCOURCI	126
« FII ÑOO KO MOOM » OU L' APPROPRIATION DE L'ESPACE DE TRAVAIL.....	127
RESEAUX DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES	128
STRATEGIE DE SURVIE DES INTERNES : AMPLIFICATION DES PATHOLOGIES.....	129
ECHANGES PARALLELES DE SERVICES ENTRE DIRECTION ET SERVICE DE SOINS INFIRMIERS	130
L'ACCES AUX RESSOURCES PAR LES AFFINITES SYNDICALES	130
LE RESEAU DES CAS SOCIAUX.....	131
LE RESEAU DE DEVIANCE DES MALADES POUR LES CONSULTATIONS PRIVEES	131
LE RESEAU POUR LES MAURES.....	132
LE RESEAU ENTRETENU PAR LES CHEFS DES STRUCTURES DE SANTE ET LE COMITE DE SANTE	132
CONCLUSION : LES RESEAUX, RESSORS DE PRATIQUES CORRUPTIVES	132
CHAPITRE VII : LES MARCHES PUBLICS DANS LE SECTEUR DE LA SANTE.	134
.....	
LE CADRE JURIDIQUE DE LA PASSATION DES MARCHES.....	134
CARACTERISTIQUES GENERALES	134
REGLEMENTATION SPECIFIQUE AU SECTEUR DE LA SANTE	135
LA PRATIQUE DE LA PASSATION DES MARCHES PUBLICS DANS LE SECTEUR DE LA SANTE....	136
« La taupe ».....	136
Le "teg teggi" ou bon payé mais jamais livré.....	137
Le "dalal jamm"(Soyez la bienvenue)	137
Le "court-circuit"	138
L'abus de pouvoir.....	138

LA COMMISSION DES MARCHES : UNE NEBULEUSE	138
<i>Instrumentalisation des commissions d'attribution des marchés</i>	139
<i>Mise en place d'une « commission d'urgence »</i>	140
<i>Violation des règles de tenue de la commission de dépouillement</i>	141
<i>Confusion entre les différents modes de passation des marchés</i>	142
<i>La carence des organes de réception et de contrôle</i>	142
<i>Le problème des certificats médicaux de complaisance et le détournement des produits livrés</i>	143
<i>La Gestion des litiges nés à l'occasion de la passation des marchés</i>	143
CONCLUSION	144
CONCLUSIONS GENERALES ET RECOMMANDATIONS	145
BIBLIOGRAPHIE	148
ANNEXES : GRILLES D'ENTRETIEN	150

Note des auteurs

Ce rapport de recherche est le produit d'une étude réalisée par le Forum Civil avec l'appui financier du Centre Canadien de Recherche pour le Développement International (CRDI). Cependant il ne peut, de quelque façon que ce soit, engager la responsabilité des deux institutions citées. Il est de la responsabilité des seuls coordinateurs scientifiques. L'équipe de recherche est constituée d'universitaires sénégalais qui ont travaillé en qualité d'experts indépendants. Elle a réalisé l'étude dans des conditions de totale autonomie scientifique vis-à-vis des commanditaires.

C'est un document uniquement scientifique qui n'est pas un jugement sur le système de santé au Sénégal et ne peut en aucune manière participer de quelque dénonciation que ce soit. Il vise à documenter des pratiques d'acteurs en vue de contribuer à l'atteinte de service de qualité dans le système de soins de santé.

La nature de la recherche nous a conduit à protéger systématiquement l'anonymat de nos informateurs, celui des structures de santé qui nous ont accueilli durant huit mois d'enquête de terrain et celui de la vingtaine d'enquêteurs et superviseurs mis à contribution pour observer de l'intérieur des structures de santé dans les différentes régions de l'étude. Que tous nos collaborateurs trouvent dans cette note la reconnaissance de la dette immense que nous avons contractée à leur endroit mais que la présumée influence positive future de nos réflexions et analyses sur le système de santé suffira pour symboliser le paiement différé. La confiance de nos informateurs ainsi que celle du Forum Civil à notre endroit, quant à elle, n'a pas de prix. Nous tacherons dans la publication future de ce travail de tenter d'être au plus près de leurs attentes.

SIGLE ET ABREVIATIONS

ACP :	Agent Comptable Principal
ASC :	Agent de Santé Communautaire
BM :	Banque Mondiale
CEDEAO :	Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CES :	Certificat d’Etude Spécialisée
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNCA :	Commission Nationale des Contrats de l’Administration
COA :	Code des Obligations de l’Administration
COUD :	Centre des Œuvres Universitaires de Dakar
CPN :	Consultation Pré Natale
CRAES :	Conseil de la République pour les Affaires Economiques et Sociales
CRDI :	Centre de Recherche pour le Développement International
CROUS :	Centre Régional des Œuvres Universitaires de Saint-Louis
DPL :	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
ENDSS :	Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire
EPS :	Etablissement Public de Santé
FMI :	Fonds Monétaire International
IB :	Initiative de Bamako
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IPRES :	Institut de Prévoyance et de Retraite du Sénégal
LNCM :	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
ME :	Médicaments Essentiels
NTIC :	Nouvelles Technologies de l’Information et de la Communication
OHADA :	Organisation pour l’Harmonisation du Droit des Affaires
OMC :	Organisation Internationale du Commerce
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PAS :	Programmes d’Ajustements Structurels
PDDS :	Plans de Développement Sanitaire et Social des Districts et des régions
PDIS :	Programme de Développement Intégré de la Santé
PF :	Planification Familiale
PGHT :	Prix grossiste hors taxes
PMA :	Paquets Minimum d’Activités
PNA :	Pharmacie Nationale d’Approvisionnement
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRDS :	Plans Régionaux de Développement Sanitaire
RH :	Réforme Hospitalière
SAF :	Service Administratif et Financier
TEC :	Tarif Extérieur Commun
TVA :	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UEMOA :	Union Monétaire Ouest Africaine

Le projet initié par l'Unité de Recherche du Forum Civil (Section sénégalaise de Transparency International) vise à réaliser, dans la série des enquêtes d'intégrité, l'étude de l'état de la gouvernance et de la corruption au Sénégal, en mettant un accent particulier sur le domaine de la santé. L'objet de cette recherche est de documenter et de mesurer l'impact de la corruption dans les établissements de santé au Sénégal. C'est ainsi qu'une équipe pluridisciplinaire constituée d'universitaires (sociologues, juristes et économistes) a mené une étude de terrain dans six villes du Sénégal et couvrant six hôpitaux, dix centres de santé, cinq postes de santé, une structure de santé d'entreprise privée et une mutuelle de santé. Le quart de ces structures visitées sont privées tandis que les trois quarts sont publiques. Alors que les sociologues tentent de déterminer l'ampleur et les ressorts de la corruption dans le domaine de la santé au Sénégal, les économistes s'attachent à comprendre les liens entre le circuit parallèle de médicaments et les réseaux de corruption. Enfin, les juristes sont partagés entre l'étude de la législation sénégalaise en matière de passation des marchés sur le plan de la santé en la confrontant aux pratiques réelles sur le terrain et l'identification des programmes et/ou législations de bonne gouvernance et de lutte contre la corruption adoptés par l'Etat du Sénégal, ceci documentait leur pertinence au domaine de la santé.

Cette étude a permis d'identifier les pratiques des différents acteurs au sein des structures de santé (médicaux, paramédicaux, personnel administratif et personnel d'appui), les conflits d'intérêts, les luttes pour le contrôle des espaces de pouvoir, leurs interactions avec les patients, leurs accompagnants, mais aussi avec les privés impliqués dans l'approvisionnement des structures de santé. Elle révèle **une gouvernance pathogène des structures de santé**. En effet, le décor du système de management met en relief des distorsions profondes aussi bien au niveau de la hiérarchie que du système de contrôle : manque d'intelligibilité dans la distribution des rôles et des statuts, dans la répartition des tâches ou dans la délimitation des responsabilités ; toutes choses qui obéissent essentiellement aux logiques d'alliances et d'affinités. Ceci conduit à des dysfonctionnements managériaux comme l'exercice de l'autorité par des travailleurs ne présentant pas le profil requis, les cumuls de responsabilité, la non indexation de certains statuts aux fonctions effectivement exercées, la mauvaise articulation de l'organigramme. En conséquence, une situation marquée par la confusion qui s'installe sur le plan du management de la structure, confusion amplifiée, en particulier, par l'inefficience du système de contrôle. Dans un contexte traversé par la confrontation de pôles préoccupés par des intérêts différents et pas forcément conciliables, les cellules de contrôle se heurtent constamment à cet épineux obstacle que constitue l'inclination vers le parti pris ou l'exercice militant de ses missions. En effet, dans la situation où le contrôle s'exerce sur un service de même pôle, il n'a qu'une fonction nominale en cela qu'il prend la forme d'un rituel administratif auquel on défère plus par formalité que par conviction et équité.

Dans la situation inverse où le contrôle s'applique sur un service de pôle différent, il prend l'allure d'une inquisition ou, à la limite, d'une persécution. Voilà pourquoi un climat de méfiance et de défiance prévaut entre pôles différents, climat qui offre des milieux hospitaliers l'image d'un espace de tensions et de conflits opposant des groupes aux intérêts divergents. Comme on peut le percevoir, les dysfonctionnements sont de deux ordres. Ceux

qui traduisent un état de délitement organisationnel inhérent à une approche directive du mode de gouvernance qui se contente de poursuivre une rationalité ignorant le jeu des acteurs ; Et ceux suscités par des acteurs qui individuellement et en segments de réseau pour rendre invisibles certaines pratiques corruptives qui n'auraient pu échapper au système de contrôle.

Ineffectivité des contrôles et inadaptation de quelques textes réglementaires. Le dispositif législatif et réglementaire en matière de santé est assez bien fourni. Le dépouillement des textes de 1960 à 2003 révèle que certains d'entre eux sont dépassés (le statut du personnel notamment), d'autres apparaissent comme inadaptés à l'environnement actuel fait de complexité institutionnelle (code des marchés publics concernant les médicaments) et d'émergence de nouveaux corps de métiers. D'autres enfin restent inappliqués malgré leur bonne qualité (par exemple les textes relatifs au contrôle reflètent un maillage convenable). On peut évoquer la question des médicaments pour laquelle la procédure d'appel d'offre est inadaptée. Il n'y a pas de compétition puisqu'il n'y a d'autre soumissionnaire que la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) qui d'une part offre, les meilleurs prix (du fait de sa vocation de service public), et d'autre part, les officines privées de soutenir la concurrence puisqu'elles pratiquent des prix homologués. Il y a donc un recours quasi systématique à la Commission nationale de contrat de l'administration (CNCA) pour les autorisations de conclure les « gré à gré ». Un des objectifs du nouveau code est alors d'unifier le droit applicable aux marchés publics en évitant la prolifération de régimes particuliers qui était une pratique courante auparavant. S'agissant des autres produits (fournitures, équipements sanitaires, etc.) la législation apparaît comme adaptée.

Concernant les contrôles, on observe des défaillances (ineffectivité du contrôle) relatives notamment aux voies de recours (ceux adressés à la CNCA restent sans suite, de même que ceux adressés aux supérieurs hiérarchiques s'agissant de la procédure administrative). Les recours juridictionnels sont rares en raison de l'éloignement du Conseil d'Etat, ou de la méconnaissance des procédures voire de la méfiance vis-à-vis de l'efficacité des recours. De même l'arbitrage prévu par le code est un mécanisme très peu connu.

Le nouveau code des marchés a innové notamment en supprimant les commissions nationales et régionales de dépouillement considérées alors comme un haut lieu de corruption. Néanmoins, dans la pratique, on continue de faire fonctionner des commissions régionales de dépouillement ce qui constitue une illégalité manifeste. On peut aussi évoquer le problème de l'incohérence des textes entre le Code des Obligations de l'Administration (COA) et le code des marchés publics. Dans ce même registre, on peut noter l'inapplication des textes qui résulte de déficiences dans leur mise en œuvre, l'inexistence des décrets d'application (exemple la loi sur les mutuelles de santé), la persistance - dans certains domaines administratifs - d'un laxisme corroboré par les vacances des professeurs d'université au sein des établissements hospitaliers qui devraient se limiter à deux demi journées par semaine alors que, dans certains cas, elles couvrent des périodes beaucoup plus longues entrant du coup en compétition avec leurs prestations publiques attendues. De manière générale, cette non application des textes procède de l'effet des mécanismes sociaux d'interconnaissance, mais aussi de l'évitement d'éventuels conflits qui résulteraient des sanctions. Enfin, il faut relever la faible référence aux hiérarchies administratives.

Au total, la généralisation de pratiques déviantes conduit nombre d'acteurs dans les structures de santé à se considérer à l'abri de sanctions du fait qu'ils ont été à leur tour témoin de

pratiques tout aussi reprochables. Autrement dit chacun ayant un « dossier » sur l'autre, la corruption a tendance à se banaliser.

La corruption fortement légitimée par la société. Bien évidemment, par la médiation de représentations et de mécanismes socioculturels (pratiques de la négociation, du compromis ou de la concession), les conflits au sein des structures de santé, sans s'estomper, se résorbent dans ce qu'on pourrait appeler le culte du maquillage et de la dissimulation qui les rend imperceptibles de la part des personnes étrangères à la formation sanitaire. Les types de pratiques observées en milieu hospitalier montrent qu'un des ressorts de la corruption est bien sa légitimation par de nombreuses franges de la société ainsi que le prouve la sémiologie populaire. Il faut y ajouter la tolérance de la petite corruption par le jeu du façonnement de la culture organisationnelle au sein des structures de santé.

Cette petite corruption commence à se sédimenter dans le domaine de la santé. Lorsque chacun a quasiment un dossier compromettant sur l'autre, on s'autoneutralise. Mentionnons aussi le « maslaa » la tolérance de pratiques déviantes jugées bénignes. C'est la porte ouverte au laisser-faire même pour ceux qui ne prennent pas en permanence part au jeu. L'espace des cercles vertueux se restreint. La corruption se routinise pour reprendre le terme de Giddens (1987)¹ qui y entrevoit un mode de reproduction sociale fondé sur l'habileté des acteurs, la confiance au sein de groupes restreints et le positionnement des acteurs. Contrairement à la perception courante, la corruption n'est pas l'apanage du seul petit personnel dans les structures de santé. C'est une pratique qui traverse les catégories socio-professionnelles dans la santé. En revanche la grande corruption implique davantage ceux qui occupent des positions privilégiées dans les structures de santé. Les deals qui rendent possibles les pratiques corruptives illustrent bien l'usage du tact que nous empruntons à Goffman (1968)² qui recourt à une théâtralisation des rapports sociaux pour mentionner la dynamique d'interactions sociales. C'est au nom de cette habileté qu'ils bénéficient de la complicité de leurs agents dont certains écarts sont tolérés. En effet, les structures de santé n'échappent pas aux « bons payés et non livrés » aux commandes fictives, aux surfacturations, à l'installation de « taupe » par les fournisseurs au sein des commissions de passation de marché pour en maîtriser les règles internes et remettre en cause l'équité proclamée.

La corruption n'est pas un acte individuel. La corruption, avons-nous dit, est banalisée dans le secteur de la santé au Sénégal à cause en partie de formes diffuses et plurielles de légitimations sociales. Cette banalisation a été aussi rendue possible par le fait que ce secteur est d'une grande opacité pour les usagers ; et cette opacité repose sur le fait qu'à la fois le mode d'organisation et les règles déontologiques et éthiques ont toujours été un domaine réservé aux seuls professionnels de la santé. La corruption a été amplifiée dans le secteur de la santé par l'existence de réseaux souterrains de corruption qui sont rendus possibles par la non lisibilité des procédés et la complexité dans l'organisation du système de santé. Cette recherche met en relief de nombreux réseaux pour les dévoiler. Ce qui nous permet de dire qu'un individu agit rarement seul dans sa pratique corruptive : soit il bénéficie d'une complaisance tacite ou d'une tolérance de ses collègues, soit il profite d'un système déjà en place dans lequel il s'inscrit pleinement, soit, enfin, il n'est qu'un maillon d'une chaîne corruptive organisée.

¹ Giddens Anthony, 1987, La constitution de la société, PUF, 474 p.

² Goffman Erving, 1968, Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux, Les Editions de Minuit, 447 p.

Mais il nous apparaît nettement que les réseaux de corruption sont de type égocentrique, c'est-à-dire que le flux de connexions est orienté principalement vers le besoin d'un personnage central qui tire le mieux profit du circuit ainsi établi. Il est tout aussi remarquable de mentionner que toutes les composantes de la chaîne retirent de leur position de passeur des gains partiels qui sont inégaux d'un acteur à l'autre en fonction de leur statut professionnel dans la hiérarchie des structures de santé.

Les réseaux constituent les ressorts de la corruption. Ils s'établissent dans des espaces de pouvoir contrôlés par des acteurs individuels selon leur position leur permettant de mettre à contribution d'autres complices. Et plus généralement, ce sont les dysfonctionnements organisationnels qui leur fraient la voie et les institutionnalisent. C'est le cas du circuit parallèle de médicaments qui résulte pour une bonne part de l'incapacité de la Pharmacie nationale d'approvisionnement à assurer sa mission principale d'accessibilité financière et géographique des médicaments essentiels. Ainsi divers autres acteurs non agréés s'improvisent, sur un rayon de proximité serré, fournisseurs de médicaments : commerçants des marchés urbains et des marchés hebdomadaires ruraux, vendeurs ambulants, boutiquiers des quartiers, vendeurs de circonstance dans les gares routières et ferroviaires. En effet, grâce à la complicité et la corruption des fonctionnaires aux frontières terrestres (très perméables), maritimes et aériennes et sous couvert de fausses déclarations, des commerçants importent frauduleusement des médicaments d'Asie (Chine et Inde principalement), ou des pays comme le Nigéria.

De même lors des commandes périodiques, les fonctionnaires responsables des pharmacies des formations sanitaires publiques surestiment volontairement leurs lots de médicaments pour ensuite écouler l'excédent hors des circuits officiels. Paradoxalement les officines de pharmacie prennent part au jeu et alimentent le circuit parallèle, leur principal concurrent. C'est en particulier lorsqu'ils reçoivent des produits de promotion sous diverses formes et qu'ils ne résistent pas à la tentation d'écouler, contre argent frais, les unités gratuites sur le marché parallèle de médicaments. Les dépôts pharmaceutiques, censés ne détenir qu'une liste limitative de médicaments et bénéficiant de prix préférentiels, prospèrent néanmoins dans leur élan à approvisionner le circuit parallèle. A ces acteurs s'ajoutent les salariés bénéficiaires des prestations des IPM ainsi que le personnel des formations médicales et pharmaceutiques qui troquent les ordonnances de complaisance contre de l'argent de poche, détournent des médicaments ou revendent les échantillons médicaux. En favorisant les résistances et en augmentant les échecs thérapeutiques, le marché parallèle de médicaments décrédibilise la politique sanitaire nationale. Alors que le prix unique est en vigueur sur la marché officiel, on observe au sein du circuit parallèle, en particulier certains segments monopolistes, l'absence de transparence de l'information sur les prix et les coûts ainsi que l'existence de barrières à l'entrée réduisant les possibilités de formation d'un prix unique s'imposant aux offreurs et aux demandeurs.

La corruption : déviance contre rétribution. La diversité de formes de corruption observées au niveau des structures sanitaires nous amène à une pluralité de définitions du phénomène tel que relaté plus haut. Dans certains cas, c'est le fait de tirer profit de sa position ou de son pouvoir en abusant de ses prérogatives voire en s'accaparant de rôles et responsabilités démesurés au regard de son statut professionnel et ceci au détriment de l'intérêt collectif. Cette forme semble être la mieux partagée car elle concerne plus globalement une bonne part des acteurs de la structure, du plus qualifié au plus petit employé. Dans d'autres cas, elle peut aussi signifier la dissolution de l'intérêt public en faveur de celui de « cliques » auxquelles on est relié. C'est le cas quand le groupe est organisé selon un schéma réticulaire. La corruption

peut se définir aussi comme un comportement consistant à dévier de ses devoirs formels contre rétribution ou avantages induits, ou encore l'extorsion ou le détournement de manière souterraine des biens publics à des fins strictement personnelles. Quelle que soit la pluralité des définitions attribuées à la corruption, il ressort de notre recherche de terrain une constance des faits ou de comportements liés à la corruption. Ces derniers vont de détournements de biens collectifs à des fins privées à des transactions conduisant vers des déviations par rapport aux normes sociales et/ou individualistes. On observe dans les différents cas de corruption le passage camouflé du public au privé de manière abusive.

Agir pour accompagner les changements. Le mode de management des formations sanitaires ne peut continuer à faire l'impasse sur la vivacité des réseaux sociaux dans l'espace professionnel. Les continuités entre les espaces sociaux et ceux professionnels et entre les différents acteurs constituent un domaine d'investigation essentiel pour asseoir un modèle de management participatif et des synergies entre différents espaces de responsabilité dans les structures de santé. La maîtrise des traits stables de ces imbrications et les habiletés qu'elles exigent des parties prenantes des formations sanitaires montre à l'évidence que la formulation des modèles de management de la santé nécessite un effort de recherche appliquée d'équipes pluridisciplinaires.

Les structures de santé comme espace de citoyenneté. Pour cela, toutes les composantes de la société doivent être interpellées par le moyen d'études mettant en relief l'inadmissibilité des formes d'iniquité introduites ou amplifiées par la corruption. Les risques encourus par les professions sont susceptibles de servir d'alerte. Une action affirmative de valorisation des cercles vertueux peut avoir un effet multiplicateur bénéfique sur le système de santé. Les réseaux étant égocentriques, c'est sur le déficit d'exemple probant d'éthique qu'il faut agir pour limiter les fortes vulnérabilités face à la corruption.

La présente étude entre dans le cadre d'un programme de recherche sur « la corruption et la bonne gouvernance dans les systèmes de santé au Sénégal » initié par le Forum civil en partenariat avec le CRDI. Elle consiste à diligenter des enquêtes d'intégrité et à examiner l'état de la gouvernance et de la corruption au Sénégal, plus spécifiquement dans le domaine de la santé. Elle comporte deux grands volets : un volet juridique et un volet socio - économique.

L'objet de ce projet de recherche est de documenter et de mesurer l'impact de la corruption dans les établissements de santé au Sénégal. C'est ainsi qu'une équipe pluridisciplinaire constituée d'universitaires (sociologues, juristes et économistes) mène une étude de terrain dans six villes du Sénégal et couvrant six hôpitaux, dix centres de santé, cinq postes de santé, une structure de santé d'entreprise privée et une mutuelle de santé. Le quart de ces structures visitées sont privées tandis que les trois quarts sont publiques. Alors que les sociologues tentent de déterminer l'ampleur et les ressorts de la corruption dans le domaine de la santé au Sénégal, les économistes s'attachent à comprendre les liens entre le circuit parallèle de médicaments et les réseaux de corruption. Enfin, les juristes sont partagés entre l'étude de la législation sénégalaise en matière de passation des marchés sur le plan de la santé en la confronter aux pratiques réelles sur le terrain et l'identification des programmes et/ou législations de bonne gouvernance et de lutte contre la corruption adoptés par l'Etat du Sénégal et documentent leur pertinence du domaine de la santé. En dehors de la méthodologie appliquée, nous allons y restituer le système de management, le résumé et la perception de la réforme, la culture organisationnelle, les dysfonctionnements managériaux, les différentes pratiques corruptrices que nous avons observés ou qui nous ont été relatés, les ressorts et enfin les réseaux de la corruption.

Cette étude comprend sept chapitres. Dans le premier, la méthodologie de l'étude pluridisciplinaire est abordée. Les chapitres 2 et 3 abordent respectivement la problématique de la gouvernance dans le domaine de la santé sous les angles juridique et sociologique. Pour donner corps à ce double cadre juridico sociologique, le chapitre 4 décrit les pratiques corruptrices dans la santé. Comment s'organise la distribution des médicaments, quels en sont les acteurs et les circuits ? Le chapitre 5 y répond. Comment comprendre les pratiques corruptrices au travers des réseaux sociaux ? Le chapitre 6 tente d'apporter un éclairage. Le chapitre 7 quant à lui définit notamment le cadre juridique des passations de marches et de la réglementation en vigueur. L'étude se termine par une conclusion et des recommandations générales.

Cette étude a été menée à partir d'une approche systémique sur la base de l'hypothèse que les faits sociaux, en raison de leur complexité et de leur instabilité, ne peuvent être valablement analysés que grâce à une démarche qui intègre plusieurs sciences sociales. Il s'est agi, en dépit de cette exigence méthodologique, d'éviter d'émettre outre mesure l'objet étudié, de le fondre en confondant les disciplines. L'objectif poursuivi dans cette synthèse est plutôt d'atteindre le niveau auquel aspirait Roger Bastide quand il invitait à dépasser le simple assemblage de points de vue coexistants où on essaie de nouer un ensemble de discours différents ; il faut plutôt « construire un objet scientifique unique où les divers fils de la trame ne forment plus qu'une tunique sans couture »³. Dans l'exploration du champ d'investigation, il s'est essentiellement agi d'éviter les réductionnismes plus ou moins limitatifs par l'adoption de la démarche systémique qui promeut une approche pluri perspective. Compte tenu du caractère particulièrement sensible et délicat de la problématique, l'ensemble des équipes des volets sociologique, juridique et économique composées par plusieurs chercheurs a dû s'entourer d'un certain nombre de précautions ou d'astuces qui sont des postures de circonstance adoptées sans perdre de vue les questions fondamentales à explorer.

C'est ainsi qu'une première astuce a consisté à contourner les voies administratives, qui peuvent constituer un obstacle pour accéder à certaines informations, donc un biais pour la réussite de l'enquête. Cette situation s'explique plus par le fait qu'à la veille de l'étude, le Forum Civil, commanditaire de l'étude, a fait une déclaration de presse prenant une position claire sur l'ampleur de la corruption dans le système public. Se présenter sous le label de cette institution présentait donc à coup sûr un frein à la collecte de données. Nous nous sommes donc introduits dans les services par le canal de relations personnelles en nous présentant comme des étudiants travaillant dans le cadre d'un mémoire ou de tout autre document de recherche de nature académique. La deuxième attitude a consisté à "se glisser" dans le service exploré, à se fondre et à se confondre avec le personnel en vue d'être "intégré" et de ne pas faire l'objet d'une méfiance. L'instauration d'un climat de confiance est nécessaire pour arpenter les pistes (le plus souvent cachées) et identifier les supports, les acteurs et les enjeux des pratiques corruptrices. Une troisième posture a consisté à dissimuler le thème de la recherche dans la mesure où les enquêtés refuseraient toute collaboration s'ils sont effectivement informés que l'étude porte sur la corruption et la mal gouvernance. Pour éviter de tomber dans un tel travers dommageable à la bonne conduite de l'enquête, les enquêteurs ont dit à leurs interlocuteurs que l'étude porte sur l'organisation du travail dans les structures de santé. De même la présence de la Cour des comptes au même moment dans un des hôpitaux nous a pratiquement obligés à prendre plus de précautions.

Enfin, une fois installés dans la structure, la quatrième position a consisté à identifier les réseaux qui sous tendent les pratiques corruptrices observées ou relatées et à pister la petite corruption. L'immixtion dans la structure nous a permis de diversifier les services explorés, les acteurs interrogés et les périodes d'entretien et d'observation (matinée, après-midi, soirée) pour une plus grande fiabilité des données recueillies. Ainsi, la démarche méthodologique qui a combiné plusieurs outils (recherche documentaire, observation et entretiens) se structure autour de trois axes principaux : la présentation des instruments de collecte, l'analyse conceptuelle qui prend en charge la définition de la corruption et enfin l'élaboration du cadre théorique d'analyse.

³ Roger Bastide, 1965, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Nouvelle bibliothèque scientifique, p. 65.

Présentation des instruments de collecte

Dans le cadre de cette étude, plusieurs instruments sont utilisés en raison de la complexité de la problématique et de la démarche systémique qui est adoptée. Ces instruments vont de la recherche documentaire au focus group en passant par l'observation, les entretiens et les récits de vie. Il s'est également agi, dans cette rubrique, de présenter les limites et les obstacles rencontrés dans l'administration des instruments de collecte

La recherche documentaire

La documentation dont il s'agit ici renvoie à l'ensemble des textes officiels ou non produits par les acteurs principaux qui se mobilisent au sein des structures explorées. Les types de documents exploités sont essentiellement :

- Des communiqués de presse
- Des articles parus dans les quotidiens nationaux
- Des articles de revues spécialisées en médecine et pharmacie
- Des études épidémiologiques, médicales et pharmaceutiques de l'Université Cheikh Anta Diop
- Des mémoires et thèses de médecine et de pharmacie
- Des supports sonores de débats enregistrés sur le thème par les radios privées.

S'agissant de l'approche juridique, il s'est agi de réunir la législation sénégalaise dans le domaine spécifique de la santé et de l'action sociale ainsi que celle commune à d'autres secteurs de l'Etat, en particulier, les textes organisant les corps de contrôle de l'Etat et ceux relatifs à la passation des marchés publics. Cette recherche a été facilitée par l'existence d'un recueil de textes relatifs au secteur de la santé établi sous la direction de Charles Becker. Ce recueil présente un intérêt tant du point de vue de la période couverte (des années 50 aux années 2000) que de la qualité des textes. En effet on y retrouve des références à la constitution en passant par les lois relatives aux personnels de la santé (personnel médical que paramédical, les pharmaciens etc.), la loi portant réforme hospitalière ainsi que celles érigeant certains hôpitaux et la pharmacie nationale d'approvisionnement en établissements publics de santé, les textes organisant le ministère de la santé ainsi que la réglementation sur la fabrication et l'importation des médicaments. Ce recueil a été néanmoins complété par l'exploitation du journal officiel pour l'analyse des textes régissant les corps de contrôle de l'Etat tels que l'Inspection générale d'Etat, l'inspection des finances, le contrôle financier de la Présidence de la République. L'Internet a également mise à contribution. C'est ainsi que le site de la Cour des comptes offre non seulement la loi organisant cette juridiction mais d'autres textes, en particulier les textes sur les établissements publics, y compris ceux de la santé. Les entretiens avec certains des personnels de la santé ont permis de prendre connaissance de la législation en préparation. Il en est ainsi par exemple du projet de loi portant statut du personnel de la santé.

La recherche documentaire a donc visé l'exhaustivité tant du point de vue de la nature des textes (Constitution, lois organiques ou ordinaires, décrets, arrêtés ministériels) que de la période couverte (1960 à 2003). Certaines insuffisances pourraient être relevées en ce qui concerne par exemple la réglementation interne aux établissements de santé ainsi que la législation en préparation. Après la législation, la recherche documentaire s'est orientée vers la doctrine relative à la bonne gouvernance et la lutte contre la corruption ainsi que les documents et autres manifestes d'organisations socioprofessionnelles du secteur de la santé et de l'action.

La doctrine relative à la bonne gouvernance est relativement abondante en revanche la recherche de documents émanant des organisations socioprofessionnelles n'a pas été aussi abondante mais assez instructive pour mériter de retenir l'attention. Au total, la recherche documentaire aura permis de conclure que la législation offre un cadre de promotion de la gouvernance et de lutte contre la corruption avec certes beaucoup de lacunes.

L'exploitation du contenu de ces documents permet d'avoir une vue, fût-elle approximative, sur la composition du personnel, le budget alloué aux différents services, le matériel hospitalier disponible, le nombre de patients quotidiennement consultés etc. La recherche documentaire a été complétée par des enquêtes sur le terrain.

L'observation participante

L'étude de la corruption et de la gouvernance dans le domaine de la santé se heurte à de nombreux obstacles aussi bien dans sa conception que dans sa réalisation compte tenu de la complexité de la question et de toutes les formes de résistance qu'elle suscite. Elle suppose donc une exploration en profondeur de certaines pratiques formelles et informelles, une analyse souple de certaines attitudes, une connaissance et une compréhension des multiples relations et échanges entretenus par les différents acteurs, une identification rigoureuse des modes d'administration et de gestion ainsi qu'une détermination du contenu et de la forme des discours officiels ou non produits par les acteurs eux-mêmes. Pour en arriver à de tels résultats, le chercheur gagnerait à s'intégrer dans la structure sanitaire comme élément à part entière du personnel ; l'objectif poursuivi étant, en dernière analyse, de cerner les expressions sous-jacentes de la gouvernance ainsi que les réseaux complexes de corruptions qui peuvent, par ailleurs, avoir de nombreuses ramifications à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure. En occupant la position de stagiaire dans les structures investiguées, les chercheurs se sont bien installés dans le système pour en comprendre les différentes articulations et les nombreuses failles.

Dans les établissements de santé où prévaut quelque chose qui ressemble à un espace-famille, le chercheur s'est intégré dans le cadre des alliances en vigueur pour avoir une position privilégiée lui permettant d'accéder à certaines informations et rendre compte de certaines pratiques arpentant des sentiers sinueux. Par contre dans les autres structures où règne une certaine animosité entre groupes constitués il s'est plutôt agi pour le chercheur de faire preuve de subtilité pour s'intégrer dans les catégories socio-professionnelles constituées. En effet de telles structures se caractérisent par le repli de ses catégories constitutives sur elles-mêmes, laissant ainsi peu de place aux relations ou interactions entre travailleurs appartenant à des catégories différentes. Dans un tel contexte le chercheur se situe en dehors de ces clivages afin de se faire accepter par les groupes existants, condition nécessaire à l'accès à certaines informations.

L'observation directe

Elle permet d'appréhender la composition du personnel, les relations de hiérarchie, le dispositif réglementaire, la logistique médicale qui comprend le matériel et les médicaments disponibles dans la pharmacie de la structure, le fonctionnement du service payant, le mode de rémunération du personnel bénévole, le taux d'absentéisme et de retard, le nombre de patients consultés en moyenne par jour dans les différents secteurs spécialisés, les statistiques sanitaires, la composition et le fonctionnement de l'administration hospitalière, le mode d'approvisionnement de la structure en médicaments et en matériels, les postures adoptées par les personnes gravitant autour de la structure : chauffeurs, vendeurs, intermédiaires divers et non identifiés.

Dans le cadre de l'exploration du Marché parallèle des médicaments, l'observation a été menée au niveau de plusieurs sites :

- Les marchés à Dakar (Thilène et Thiaroye),
- Keur Serigne Bi,
- Le marché de Touba,
- Le marché central de Kaolack.

Cette phase a permis d'observer, entre autres, l'environnement, les attitudes et les conditions de transactions. Cette observation directe a été menée de façon informelle afin de restituer les conditions dans lesquelles s'effectuent les échanges. Elle a permis d'obtenir des données sur certaines catégories d'informations de l'étude du contexte et des problèmes : identification des vendeurs, transactions vendeur, acheteur, conditions de stockage. Cette phase aura permis enfin, d'identifier assez rapidement sur les marchés des informateurs clés parmi des vendeurs qui ont d'emblée manifesté une vive réticence à parler de leur métier. Il est donc indiqué que seule l'observation effectuée sur le terrain permet de compléter les données recueillies au terme de la recherche documentaire et des entretiens.

Voilà pourquoi au niveau de l'approche juridique, des enquêtes ont été diligentées à la suite de la recherche documentaire par les juristes eux-mêmes, l'objectif étant de connaître la pratique des acteurs de la santé. Certains établissements hospitaliers ont été visités et certains personnels interrogés sur la base d'un questionnaire. Ces enquêtes viennent compléter ainsi celles déjà effectuées par l'équipe d'anthropologues. Au total, ces enquêtes auront permis de toucher une variété d'acteurs allant des chefs d'établissements aux personnels subalternes en passant par les chefs de service. Ces enquêtes ont été instructives en ce qu'elles ont révélé davantage que la recherche documentaire les problèmes de gouvernance et la gravité de la corruption dans le secteur de la santé. La troisième étape a consisté à confronter les résultats de la recherche documentaire et ceux de la pratique des acteurs. L'objectif était de mesurer l'efficacité de la législation de manière à déterminer les raisons qui fondent dans certains cas ses insuffisances et de formuler des recommandations. Il a été ainsi établi que la législation actuelle offre, certes, un cadre de promotion de la bonne gouvernance et de lutte contre la corruption, mais du fait de l'ampleur de la corruption celle-ci doit nécessairement être améliorée.

Les entretiens

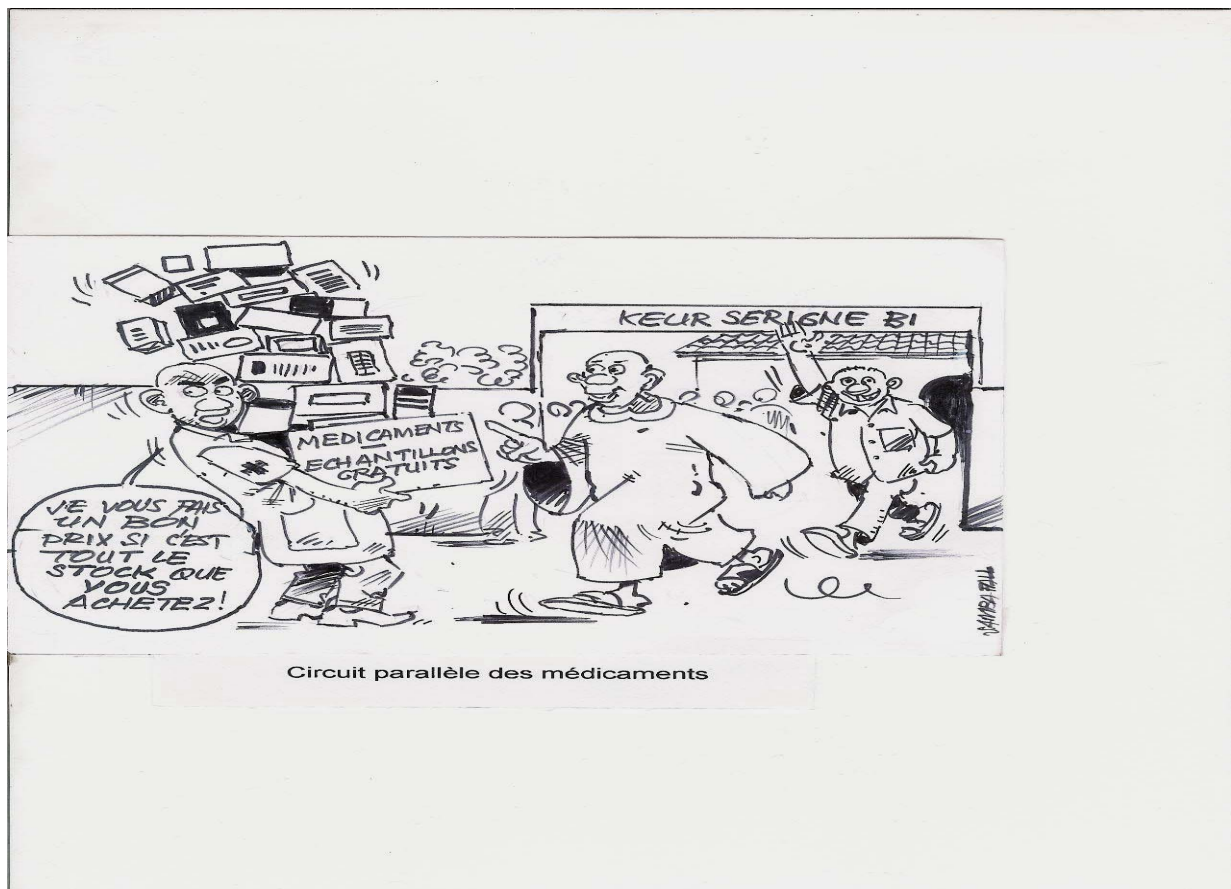
Pour appréhender la corruption et la gouvernance en profondeur et dans toutes leurs dimensions une combinaison des entretiens semi structurés et des entretiens non directifs ou libres est élaborée et mise en œuvre. Les entretiens semi structurés sont conduits à partir de questions ouvertes orientées vers l'exploration et la compréhension de certaines pratiques et comportements en rapport avec la gouvernance et la corruption. Les questions sont formulées de manière à permettre à l'interlocuteur de développer, sans restriction, sa perception ou sa conception des problèmes listés présentant un intérêt pour l'étude menée. Les entretiens non directifs ou libres sont établis sous forme thématique autorisant les digressions et les allusions de toutes sortes. Il revient alors au chercheur d'effectuer, *a posteriori*, un travail de repérage pour sélectionner et retenir les passages présentant un intérêt pour l'étude. Les entretiens permettent de recueillir des informations importantes auprès de personnes directement concernées et de témoins privilégiés (personnel de santé malades, accompagnants, personnes gravitant autour des structures de santé) en mettant en perspective les dimensions suivantes :

- l'organisation du travail dans la structure de santé : l'objectif poursuivi consiste, à ce niveau, à présenter les modes de direction ainsi que les paradigmes (la réglementation ainsi que les pratiques managériales) qui les organisent. Dans cette rubrique, sont également indiqués le mode de gestion des ressources (humaines, matérielles et financières), les mécanismes de contrôle et les procédures d'approvisionnement et de distribution des produits des structures sanitaires.

- les réseaux de corruption : la recherche s'oriente ici vers l'exploration des pistes apparentes ou occultes empruntées par les pratiques corruptives. Ces pistes sont des lieux (internes ou externes) de relations multiformes, d'échanges divers et d'interactions complexes qu'il s'agit de rechercher, de diagnostiquer et d'énoncer.

- la perception de la corruption par les différents acteurs : à partir du constat que la structure sanitaire est un espace où coexistent et interagissent des groupes et des individus poursuivant, dans certains cas, des intérêts différents, l'accent est mis ici sur la perception de la corruption et de la gouvernance par les différents acteurs : infirmiers, médecins, garçons de salle, bénévoles, clients, etc.

- les statistiques sanitaires : pour mesurer l'ampleur de la corruption, il est bien indiqué de s'intéresser aux statistiques sanitaires pour connaître l'évaluation officielle qui est faite des ressources financières et matérielles investies. La confrontation de ces données statistiques avec d'autres sources permet, le cas échéant, de vérifier leur fiabilité.



- les circuits parallèles de commercialisation de médicaments et de matériels médicaux : l'existence effective de tels circuits ainsi que leur configuration invitent à s'interroger, au moins, sur l'origine des produits qui y sont commercialisés et sur le mode d'approvisionnement des structures sanitaires.

Les entretiens ont été réalisés, dans le cadre de l'étude des circuits parallèles de commercialisation des médicaments, à Dakar, Kaolack et Touba à partir d'une liste de contrôle de domaines clés à traiter selon les interlocuteurs, et des questions ouvertes. Les informations restituées ont été obtenues, à partir d'entretiens individuels auprès d'informateurs ou de personnes réputées représentatives des acteurs du marché parallèle :

- Les responsables et employés de formations sanitaires publiques (médecins et infirmiers au niveau de l'hôpital et de deux centres de santé à Dakar et Kaolack) ;
- Des vendeurs au niveau des marchés à Dakar et à Kaolack ;
- Des rabatteurs au niveau de Keur Serigne Bi ;
- Des pharmaciens d'officine et des responsables du syndicat des pharmaciens
- Des gérants de dépôts à Touba ;
- Des clients rencontrés sur les marchés de Dakar et Kaolack, à Keur Serigne Bi et au niveau des dépôts non autorisés de Touba ;
- Des salariés des grossistes répartiteurs ;
- Des autorités publiques (Ministère de la Santé).

Ces différentes dimensions soulèvent des problèmes qu'il convient d'examiner avec rigueur et souplesse pour déterminer objectivement les mécanismes complexes et socialement bien enracinés qui sous-tendent les pratiques corruptives dans le domaine de la santé. Etant donné que la corruption est une pratique qui participe du fonctionnement de l'organisation elle-même, les questions ont tourné autour de la composition, des principes formels ou non et les circuits de communication des différents services explorés. Il a été également question de connaître la hiérarchie entre les corps de métier ainsi que toutes les passerelles qui les relient. Cela a permis d'identifier les pratiques des différents acteurs officiant à l'intérieur de la structure (médicaux, paramédicaux, personnel administratif et personnel d'appui), les conflits d'intérêts ainsi que les luttes pour le contrôle des espaces de pouvoir. L'enquête s'est intéressée en outre aux pratiques des acteurs n'officiant pas dans la structure : malades, accompagnants, visiteurs, personnes gravitant autour de la structure (vendeurs, chauffeurs, gérants de télécentre, de restaurant...) et à leur accès aux services (rendez-vous, analyses, hospitalisations etc.). L'attention de l'équipe a aussi porté sur la gestion des services (circuit des commandes en matériels médicaux et en fournitures diverses) et des statistiques sanitaires.

Les récits de vie sont par excellence une technique qui recherche la profondeur historique. L'individu trouve l'occasion de raconter son vécu sur une ou des situations déterminées. Cette technique veut donner à la banalité quotidienne une dimension sociologique, historique ou littéraire en mettant en évidence la valeur intrinsèque du document personnel. L'option est de le laisser se raconter avec la plus petite marge d'influence du chercheur. Cette technique a le mérite de renseigner sur la personne elle-même, sur son entourage, sur les influences reçues tout au long de sa vie.

Le focus group demeure un bon moyen de confronter les discours. C'est un cadre d'interactions qui permet de soumettre les points de vue des uns et des autres au contrôle des participants. Les candidats, moins à l'aise en groupe, pourront être par la suite interviewés de

façon individuelle. Cette démarche se révèle, dans bien des cas, très intéressante même si dans ce cas spécifique, ils n'ont pu être menés et ont été remplacés par les discussions de groupe. Les études de cas : combinent observations et sources documentaires focalisées sur un événement, un personnage, une affaire, etc. Ces études de cas permettent parfois un regard transversal.

Limites

Le contexte et la sensibilité du thème de recherche ont été les principaux freins à la bonne tenue de nos investigations. L'enquête s'est, par le fruit du hasard, déroulée en même temps qu'une mission de la cour des comptes. Dès lors l'amalgame a vite été fait entre ces inspecteurs et les chercheurs sur le terrain. De même elle a coïncidé avec une série de « sitting » et de grèves de la part du personnel médical. Par ailleurs, lors de la phase consacrée au travail de terrain, des contraintes importantes identifiées ont concerné le niveau et la qualité de l'information collectée en fonction des groupes d'interlocuteurs. Naturellement rassurés par la confidentialité des informations collectées, les salariés des grossistes répartiteurs, les employés des formations médicales et les pharmaciens d'officines ont pour la plupart fourni les informations demandées. Les gérants des dépôts non autorisés et les vendeurs sur les marchés se sont montrés largement plus loquaces que les vendeurs et rabatteurs de Keur Serigne Bi. En effet, les gérants de dépôts non autorisés interviewés étaient très sereins dans leurs discours. Une assurance se dégageait à travers leurs propos. Dans l'exercice de leurs activités, ils n'ont jamais eu de problèmes avec les forces de l'ordre et d'ailleurs, ils ne les voient jamais. Ils ne se sentent pas menacés. En revanche, les questions délicates pour eux concernaient les sources d'approvisionnement sur lesquelles ils sont la plupart restés très évasifs.



Par contre, les vendeurs et rabatteurs de Keur Serigne Bi ont déjà subi des descentes ponctuelles des forces de l'ordre qui se sont soldées par des saisies très importantes. Forts de ces expériences, ils sont tous devenus très méfiants et réticents face aux enquêtes. S'introduire dans le milieu pour recueillir des informations n'est pas chose aisée. Et dès le début de l'enquête, la personne désignée comme le leader a mis tous les gérants et vendeurs en garde et on a été confronté à un mur de silence. Pour avoir accès à l'information il a fallu que plusieurs

enquêteurs se présentent en acheteur/client potentiel pour obtenir certaines informations⁴. En dépit de cette précaution, dès que le thème des approvisionnements ou des fournisseurs était abordé, le ton changeait. Les interlocuteurs n'avaient plus envie de poursuivre la discussion. Les enquêteurs entendaient à chaque fois le même refrain : « je ne les connais pas, c'est des inconnus qui se présentent », « je ne sais d'où ils viennent »...

Enfin la dernière limite relative à la collecte des informations concernait l'absence d'interview avec les responsables de la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) et de la direction de la pharmacie et des laboratoires (DPL). Nous n'avons pas pu rencontrer les responsables de ces autorités en charge de la régulation et de l'approvisionnement du système pharmaceutique national. Plusieurs demandes de Rendez-vous ont été formulées sans résultats. Pour contourner de tels obstacles, le volet sociologique s'est proposé de prolonger son séjour sur le terrain et de diversifier les établissements de santé à investiguer.

C'est ainsi que l'étude de terrain qui a été effectuée de mars en octobre 2004 (8 mois) a concerné plusieurs établissements de santé : six hôpitaux, dix centres de santé, cinq postes de santé. Ces différents établissements de santé sont localisés dans plusieurs zones du pays et sont choisis en fonction de l'intérêt qu'ils ont constitué dans la conduite de l'étude. L'équipe est composée d'un coordonnateur, d'un chercheur junior, de trois superviseurs et de huit enquêteurs. Cette équipe a interrogé : 40 médicaux, 107 paramédicaux, 72 bénévoles, 81 éléments de l'administration, 5 I. C.P, 10 médecins chefs de centre de santé, 833 patients et 912 accompagnants, soit un total de 2020 acteurs. Aux instruments de collecte de données, nous avons combiné une approche théorique référant à la définition de la corruption et à la présentation du cadre d'analyse.

Définir la corruption dans le domaine de la santé

Si le problème de la gouvernance et celui de la corruption ont fait l'objet ces dernières années de recherches à partir d'une certaine approche économique et juridique, ils ont mobilisé peu de contribution aux plans historique et socio-anthropologique. C'est bien pourquoi les définitions qui ont été proposées à ces concepts sont, le plus souvent ou trop générales ou trop restrictives. Ainsi par exemple au sujet de la bonne gouvernance le rapport sur la bonne gouvernance en Afrique propose la définition suivante : « [C'est] l'exercice efficient et démocratique des pouvoirs de l'état dans l'intérêt général » cette définition est assortie de déterminants principaux de la bonne gouvernance que sont l'efficacité, la transparence, la responsabilité et le contrôle des pouvoirs publics ainsi que la participation citoyenne. Sous ce rapport on ne peut parler de gouvernance que dans la situation où les pouvoirs publics agissent conformément aux intérêts des populations qui exercent pleinement leur droit de participation et de contrôle. Seulement cette définition ne précise pas le mode de prise de décision et d'exercice du pouvoir de la part de l'autorité ainsi que les instruments par lesquels les populations exercent leur droit de contrôle. Elle ne se prononce pas non plus sur les domaines décentralisés délégués du pouvoir étatique et l'exerçant dans des cadres plus restreints comme les structures sanitaires. Le rapport se situe plutôt à un niveau plus général en se proposant d'examiner, entre autres questions, celles relatives à l'organisation et au fonctionnement des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire, à la représentation dans les services publics, à la transparence et à la responsabilité du gouvernement à l'indépendance des masses média, à l'influence sur les politiques, les programmes et la résolution des conflits, au développement des capacités institutionnelles.

⁴ Un enquêteur pour un seul vendeur

Dans la définition de la corruption avancée par le document sur la corruption en Afrique : manifestation et impact, une démarche similaire et adoptée. La corruption est référée à « l'abus d'une position publique en vue d'un intérêt privé ». Mais les auteurs ont considéré qu'une telle définition est limitative puisqu'elle n'intègre pas les formes de corruption qui « utilisent la contrainte comme levier principal » et celles qui sont profondément ancrées dans les pratiques sociales qu'elles finissent par être imperceptibles. Après l'analyse du concept, les auteurs ont présenté de façon générale son impact aux plans économique, politique, institutionnel et social. Mais cette étude n'a pas effectué de recherches empiriques dans un secteur d'activité donné pour mesurer l'opérationnalité des principes théoriques qu'elle indique.

Et c'est précisément à cette dimension empirique que s'attache l'investigation menée sur la corruption au Cameroun par Basile Ndjio. L'autre se propose d'examiner « concrètement » les pratiques corruptives, les circuits et les acteurs de la corruption au niveau de la police Camerounaise. Il note en particulier, en s'appuyant sur plusieurs vécus ou relataient par des témoins, qui-ci la dimension extorsion, intimidation ou chantage l'emporte largement sur la logique transactionnelle. Le policier camerounais, par des procédés de harcèlement bien assimilés, s'emploie constamment et mène systématiquement « à faire payer aux usagers de la route le droit de passage ». Il montre que la corruption est une pratique bien structurée avec des symboles et des codes ainsi que des circuits connus et reconnus des acteurs : somme à verser dans le cadre d'un contrôle d'usage, part réservée aux chefs etc. Seulement cette étude n'est pas sous-tendue par un cadre méthodologique qui précise le mode de recueil, de dépouillement et d'interprétation des données, pas plus qu'elle ne s'enracine dans un espace documentaire consistant qui permet d'indiquer, sur le plan théorique, la configuration de la corruption (signification, manifestation, implication). Dans une perspective comparative, l'article d'Olivier de Sardan (2002) analyse la corruption en mettant en parallèle deux fonctions distinctes : celle de la sage-femme et du douanier. De l'une et de l'autre, il s'est agi de chercher et de présenter les pratiques souterraines qui l'accompagnent et qui tendent à se sédimenter ou à se systématiser. Ces pratiques souterraines renvoient, en particulier, à la logique de « personnalisation » des échanges entre prestataires et bénéficiaires de services : « malheur à qui ne connaît ni douanier (pour qui fait du commerce) ni sage-femme (pour qui accouche) car seule la connaissance personnelle peut permettre de se tirer d'affaire avec eux ». A cette logique de personnalisation, se greffe celle d'intermédiation avec l'intervention de personnes relais, dans certains cas, contribuant à la félicitation des transactions occultes : « Peu à peu, on apprend les non dits et les codes informels, les filières et les raccourcis, on commence à avoir ses indic et à savoir les manipuler, on noue des relations privilégiées avec tel transitaire ou tel commerçant, on acquiert un savoir-faire dans les rapports avec les chefs ou avec les subordonnés, on devine quels sont les ascenseurs qu'il faut renvoyer, les services qu'il fait savoir rendre, les bénéfices auxquels on peut prétendre, on apprend à ruser et à transiger ». Dans le domaine de la santé l'auteur constate qu'à coté de la grande mobilité professionnelle des chefs de service qui sont régulièrement affectés d'une structure à une autre, il y a la permanence d'un certain personnel subalterne (petit personnel, bénévoles, vacataires...) qui maîtrise parfaitement les circuits de la corruption et qui travaille dans le sens de leur reproduction et même de leur perfectionnement.

L'intérêt de l'étude De Sardan (2002) réside surtout dans le fait qu'elle ouvre une perspective qui intègre la corruption dans le cadre plus complexe des pratiques sociales et des représentations culturelles et dans une certaine mesure lui confèrent un profil. Il faut donc concevoir la corruption comme une réalité non individuelle mais collective ; elle suppose la réalisation de transactions entre plusieurs individus en dehors des normes établies. De telles

transactions souterraines s'effectuent à travers des circuits et des supports propres à un cadre socioculturel que les acteurs concernés maîtrisent et manipulent pour leur propre compte. La diversité de formes de corruption observées au niveau des structures hospitalières nous amène à une pluralité de définitions du phénomène tel que relaté plus haut. Dans certains cas, c'est le fait de tirer profit de sa position ou de son pouvoir en abusant de ses prérogatives voire en s'accaparant de rôles et responsabilités démesurément à son statut professionnel et au détriment de l'intérêt collectif. Cette forme semble être la mieux partagée car elle concerne plus globalement tous les acteurs de la structure, du plus qualifié au plus petit employé. Dans d'autres cas, elle peut aussi signifier la dissolution de l'intérêt public en faveur de celui de cliques auxquelles on est relié. C'est le cas quand le groupe est organisé selon un schéma réticulaire. La corruption peut se définir aussi comme un comportement consistant à dévier de ses devoirs formels contre rétribution ou avantages induits, ou encore l'extorsion ou le détournement de manière souterraine des biens publics à des fins strictement individualistes.

Quelque soit la pluralité des définitions attribuées à la corruption, il ressort de notre recherche de terrain une constance des faits ou de comportement liés à la corruption. Ces derniers vont de détournements de biens collectifs à des fins privées à des transactions conduisant à des déviances par rapport à des normes sociales et/ou individualistes. On observe dans les différents cas de corruption le passage forcé du public au privé de manière abusive. La corruption renvoie à l'idée de rupture ou de cassure d'une trajectoire officielle régissant les relations entre plusieurs individus. Elle suppose donc la présence d'acteurs différents qui cherchent et trouvent des solutions à leurs préoccupations en dehors ou en marge de toute matrice normative établie et, en principe, connue. Dans la pratique observée au niveau de la structure hospitalière, la corruption s'effectue au cœur de la dialectique de l'offre et de la demande de services et /ou de soins. D'une part, il y a le prestataire qui propose une offre de soins ou de services publics en arpentant des pistes non officielles à des fins privées ou personnelles ; d'autre part, l'utilisateur qui en bénéficie et qui s'en satisfait en raison de la relative commodité (gain de temps et baisse des coûts) dans laquelle une telle transaction l'installe. Ce type de transaction est sinon rendu possible, du moins facilité par la dimension réduite de l'offre par rapport à la taille massive de la demande. Dès lors, s'installe dans l'hôpital un cadre « corruptogène » c'est-à-dire des conditions favorables à la manifestation, à la propagation voire à la légitimation de pratiques corruptives.

Selon Mintzberg (1983 :12), les failles inhérentes au fonctionnement des organisations sont corrélatives à leur dispositif administratif : « Pour comprendre comment les organisations se structurent, il faut d'abord savoir comment elles fonctionnent ». Voilà pourquoi dans le discours des acteurs de la structure, la « méchanceté » désigne l'attitude de celui en particulier le prestataire de services et/ou de soins –qui refuse de « coopérer » en s'abstenant d'aller à contre courant des règles établies. Par contre, la « courtoisie », l'« ouverture » ou la « magnanimité » renvoie au portrait de celui qui déroge à la règle en s'adonnant à des pratiques corruptives. Tout se passe donc comme s'il y'avait dans cette structure un profond hiatus entre légalité et légitimité. En effet, au nom d'une certaine légitimité sociale (les valeurs et les représentations invoquées réfèrent à la société globale), la légalité (il s'agit ici du corpus de règles codifiées) est indexée, suspectée donc traquée et ses adeptes marginalisés ou même persécutés. Sous ce rapport, le seuil de la corruption apparaît si élevé que les primes de motivation allouées aux travailleurs deviennent de plus en plus dérisoires. C'est ce qui explique la place de choix qui a été accordée au relèvement de telles primes dans les différentes plates formes revendicatives des principaux syndicats qui existent dans la structure. Il y a là quelque chose qui ressemble à un cercle vicieux qui se décline de la façon suivante : autant les travailleurs, en s'adonnant à des pratiques corruptives, contribuent à la

fragilisation de la comptabilité hospitalière, autant ils nouent leurs revendications autour de la hausse des primes. L'autorité de la structure, bien qu'étant consciente de l'état des faits, se garde de brandir un tel argument puisqu'elle est, elle-même, impliquée dans les pratiques observées de corruption.

Seulement, la corruption n'a pu atteindre des dimensions élevées au niveau de la structure qu'en raison de la déterminante et significative participation des usagers, participation qui se noue autour de ces mobiles principaux : le désarroi qui est suscité par la gravité de la pathologie, le besoin de passer par des voies détournées pour gagner du temps et minimiser les coûts relatifs à l'acte médical sollicité et /ou l'ignorance des rouages officiels du système. En somme, ces différentes pratiques - des travailleurs comme des usagers -concourent à donner à l'hôpital l'image d'un patient exsangue qui est donc constamment ou même systématiquement sous perfusion. L'élaboration et l'application des dispositions de la Réforme n'ont pas, en réalité, permis de transformer un tel décor et de poser les jalons d'une véritable réalisation de la mission des structures sanitaires.

Cadre d'analyse

Etudier la corruption et la gouvernance dans le domaine de la santé revient à chercher, trouver et énoncer les mécanismes sous-jacents qui président au fonctionnement des établissements de santé. Ces mécanismes renvoient, pour l'essentiel à l'ensemble des normes codifiées ou non, aux acteurs, aux valeurs, aux symboles ainsi qu'aux supports qui les véhiculent. Ainsi donc ces mécanismes se situent au cœur des relations entre les acteurs du système, relations que nous proposons ici de mettre en relief par le recours au modèle interactionniste. S'il l'on en croit A de Peretti (1981 :66), tout système organisé « se maintient dans sa complexification ou s'y développe grâce à des mécanismes de régulation ou de complémentarité qui résultent de l'équilibre des interactions et qui les développent ».

Si les multiples échanges entre différents acteurs constituent la condition de survie du système, il convient tout de même de signaler qu'ils peuvent s'exprimer sous le mode du conflit avec une intensité variable en fonction des intérêts en jeu, des circonstances et de l'appartenance socioprofessionnelle, ethnique et religieuse des acteurs eux-mêmes. Au niveau des structures de santé, des groupes différents s'édifient le plus souvent autour de la communauté d'intérêts poursuivis, et non prioritairement autour de la catégorie professionnelle. Mais en dépit de ce décor conflictuel qui semble être la caractéristique principale des établissements investigués, on n'assiste pas à des confrontations ouvertes en raison de la culture organisationnelle qui promeut des dispositions à la concession ou même à la compromission (maslaa). Il existe là quelque chose qui ressemble à ce que De Peretti (1981 : 181) appelle « un noyau logique qui vient structurer de l'intérieur par rapport à l'identité et à la différence, tous les rapports sociaux ».

Au demeurant, même s'il s'édifie une culture organisationnelle (fortement marquée par les valeurs propres à l'environnement social) qui maintient l'équilibre et la cohésion du système, elle reste soumise à de constantes mutations en raison de la pratique des acteurs et des changements sociaux de façon plus générale. Voilà pourquoi le schéma interactionniste installe le changement au centre des échanges entre les personnes et les groupes qui composent, décomposent et recomposent leurs actions et leurs stratégies en fonction des contextes et des intérêts présents. En conséquence, les concepts de contact, d'échange et de mouvement sont mis en exergue dans une telle perspective d'analyse. Le contact est le premier niveau de la rencontre entre des acteurs ou des groupes différents, l'échange la phase

des interactions qui peuvent revêtir plusieurs aspects (économique, culturel, linguistique, etc.) et le mouvement détermine toutes les transformations perceptibles au niveau des groupes en échanges, transformations qui sont le fait de ces interactions mêmes.

Ainsi donc, l'idée que les acteurs ainsi que les groupes subissent des modifications par le biais des interactions est bien avaisée par le postulat interactionniste. R. E. Park et E. W. Burges ont remarqué que « la notion d'interaction n'est pas simple mais très complexe. La notion n'implique pas seulement l'idée pure et simple de collision et de rebondissement, mais quelque chose de bien plus profond, à savoir la modifiabilité interne des agents de la collision »⁵. Dire que la « modifiabilité » des agents est provoquée par leur collision, revient à établir une relation conséquentielle entre les échanges des acteurs et leurs conduites propres. C'est ce qui permet que d'un établissement sanitaire à un autre, on n'assiste pas à la même culture organisationnelle même si les agents ont fréquenté les mêmes écoles et sont soumis à la même réglementation.

C'est bien pour cette raison que Erving Goffman (1973 : 263) a insisté sur cette idée que l'étude des interactions permet de rendre compte non seulement des postures adoptées par les acteurs, mais aussi de la structure et du fonctionnement des différentes institutions du système social y compris des cadres asilaires. En affirmant que « ce que l'individu est pour lui, il ne l'a pas inventé », il a voulu montrer que la conduite adoptée est fonction de l'orientation des échanges entretenus avec les autres, de ses intérêts propres et de ceux du groupe. C'est ce qui fait toute la complexité du « rôle » car il ne renvoie pas forcément et invariablement à la fonction officiellement exercée, il prend des expressions différentes, corrélées aux circonstances et aux acteurs en présence. On comprend alors aisément pourquoi devant certains usagers ignorant le fonctionnement du système, des collecteurs font payer des services ou soins déjà régularisés. On comprend aussi pourquoi, à l'intérieur d'une structure, il se produit ce qu'on a appelé « des glissements de tâche » qui conduisent à des situations où un garçon de salle fait office de major, un CES s'arroge les compétences d'un professeur, etc. Goffman affirme dans une telle perspective qu'un « social rôle » recouvre un ou plusieurs rôles (parts) et que l'acteur peut présenter chacun de ces rôles dans toute une série d'occasions à des publics du même type ou bien à un seul public constitué par les mêmes personnes » (1973 :24).

Le principe théorique selon lequel l'acteur social ne trouve sa réalité que dans les différents échanges qu'il effectue avec les autres se retrouve dans les postulats de l'anthropologie structuraliste. Pour Claude Lévi-Strauss, l'anthropologie doit s'inspirer du modèle linguistique en considérant le corps social comme un ensemble organisé dans lequel les relations entre les différents éléments constitutifs sont plus décisives que les éléments eux-mêmes, de la même manière que selon l'analyse linguistique « il n'y a de sens que dans l'opposition et la corrélation des termes si bien que c'est la logique d'une telle combinatoire qu'il faut d'abord mettre à jour afin d'en percer celle du système » (A. Faye, 1987 :17). Cl. Lévi Strauss établit une distinction entre le niveau des manifestations concrètes de l'existence sociale (pratiques culinaires, économiques, artistiques, médicales, etc.) et celui de la structure qui en est le modèle sous jacents et dont la découverte n'est rendue possible qu'au prix d'une investigation en profondeur ainsi que l'affirme Fortes, « la structure ne peut être appréhendée dans la réalité concrète (...). Quand on s'attache à définir une structure, on se place, pourrait-on dire, au niveau de la grammaire et de la syntaxe et non à celui de la langue parlée ». A s'en tenir à un tel propos, la structure fonctionne comme une grammaire ou un ensemble de règles

⁵ Cités par Kaufmann (1996 :428)

qui sous tendent toutes les combinaisons possibles pouvant être effectuées avec les termes disponibles dans une langue donnée. Ainsi, il n'y a pas de césure entre manifestations concrètes et structure, celle-ci apparaît à la fois comme le champ d'intelligibilité et la matrice normative des différentes pratiques du système social en tant que tel : « le principe fondamental est que la notion de structure ne se rapporte pas à la réalité empirique mais aux modèles construits d'après celle-ci » (Lévi Strauss, 1985 :331). Il y a donc, comme dans le cas du langage, connexion entre la structure et les différentes pratiques, ces dernières sont effectuées par des acteurs qui sont constamment en relation entre eux.

L'affirmation du rapport entre pratique et structure constitue le fil conducteur de notre analyse qui pose l'hypothèse que les pratiques corruptives observables dans les établissements de santé sont, au moins, rendues possibles ou même encouragées par les types de gouvernance en vigueur et la culture qu'ils secrètent, en tant qu'organisation, dans leur fonctionnement. Voilà ce qui justifie que notre démarche va de la présentation des dysfonctionnements managériaux aux réseaux (par lesquels la corruption se réalise) en passant par la typologie des pratiques corruptives et l'indication des circuits de commercialisation des médicaments

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AU SENEGAL : ANALYSE JURIDIQUE

Le débat actuel sur la gouvernance traduit un souci légitime, surtout de la part des partenaires au développement, d'asseoir et de promouvoir des règles de gestion publique qui soient à la fois équitables, efficaces et soucieuses d'une utilisation appropriée des ressources engagées. Elle n'en est pas moins une exigence propre des pays en développement.

La gouvernance, apparue à la faveur de l'échec des premiers programmes d'ajustements structurels (PAS), est définie par la Banque mondiale comme « la manière dont le pouvoir est exercé dans la gestion des ressources économiques et sociales d'un pays »⁶. Il s'agit là d'une lecture techno-gestionnaire qui met l'accent sur les critères d'efficacité et d'opérationnalité des modes de gestion économiques sans considérer les dimensions politiques et sociales. Elle impliquerait l'adoption de décisions économiques telles que l'assainissement du cadre macro économique et des finances publiques (simplification des formalités administratives, lutte contre la corruption, partage du coût de l'ajustement par l'ensemble des acteurs économiques), le renforcement des capacités financières et institutionnelles de l'État, enfin le cantonnement de l'État dans des tâches de souveraineté, de sécurité et de facilitation, laissant au secteur privé renforcé la charge de produire et de distribuer les richesses selon les lois du marché.

Cette approche de la Banque mondiale a été fortement critiquée, certains n'y voyant qu'une tentative de légitimation de ses politiques qui sont demeurées les mêmes. D'autres approches seront ainsi proposées replaçant la bonne gouvernance dans le cadre des relations entre l'État et la société. Dans cette perspective, « la gouvernance peut être considérée comme l'exercice des pouvoirs économique, politique et administratif pour gérer les affaires des pays à tous les niveaux »⁷. La bonne gouvernance qui postule une gestion efficace des affaires publiques implique la lutte contre la corruption. Celle-ci apparaît comme un phénomène difficile à cerner. Elle est tantôt visible mais le plus souvent, elle est invisible. Le législateur sénégalais, même s'il n'a pas adopté un texte spécifique traitant uniquement de la corruption, a tenté de la cerner à travers la définition et la répression de phénomènes voisins qui sont autant de manifestations d'une certaine mal gouvernance. La mal gouvernance et la corruption ont un impact négatif certain sur le développement d'un pays. L'environnement favorable aux affaires indispensable dans un contexte de désengagement de l'Etat, passe nécessairement par la mise en place de dispositifs crédibles, sincères et efficaces de lutte contre la corruption car la réputation d'Etat où règne la corruption suffit à repousser tout investisseur potentiel.

Dans le domaine de la santé, considérée comme une composante essentielle de la politique de développement social et économique du Sénégal, la mal gouvernance et la corruption sont à la base du renchérissement des coûts des fournitures et des prestations mais aussi de la

⁶World Bank « Governance and development », op. cit. p1. La gouvernance comporte 3 aspects:

- la nature du régime politique
- le processus d'exercice du pouvoir dans la gestion des ressources économiques et sociales
- la capacité d'un gouvernement à concevoir, formuler et mettre en oeuvre une politique économique.
-

⁷ PNUD, (1997), reconceptualising gouvernance, New york

détérioration de la qualité des prestations. Elles apparaissent sous différentes formes qui constituent autant de pratiques illégales. L'ancrage de la bonne gouvernance dans le domaine de la santé suppose une volonté politique matérialisée à travers un engagement politique, des stratégies déclinées en termes d'approches pour atteindre des objectifs précis et un système efficient de contrôle et d'évaluation des actions. Sur ces différents aspects, l'analyse juridique révèle que le système de santé sénégalais est peu satisfaisant.

Un engagement politique encore incertain

L'État sénégalais, en reconnaissant les instruments internationaux de protection des droits de l'homme, s'est approprié leurs prescriptions en matière de santé. Au nombre de ces instruments, peut-on citer le pacte international relatif aux droits économiques et sociaux, la charte de développement de la région africaine et la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaire. La constitution du 22 janvier 2001, en son article 14, dispose que l'Etat et les collectivités locales doivent veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille. L'Etat a également pris un certain nombre de textes pour améliorer la santé des populations et rendre effectif le droit à la santé des citoyens, parmi lesquels on peut citer la loi n°81-13 du 14 mars 1981 portant Code de l'eau, la loi n°2000-01 du 10 février 2001 portant code de l'environnement, la Déclaration de la politique de population. La Loi fondamentale ainsi que le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté⁸ mettent l'accent sur l'importance que revêtent les principes de la bonne gouvernance et de la transparence dans l'optique d'un développement économique et social véritable. Par ailleurs, le Sénégal fait partie des premiers Etats à avoir adhéré au Mécanisme Africain de la Revue par les Pairs (MAP) censé être un mécanisme d'évaluation des performances des politiques et pratiques conformes aux normes mondiales de bonne gouvernance politique, économique, et des entreprises, institué dans le cadre du NEPAD.

Dans ce même sillage, les autorités sénégalaises ont élaboré, avec l'appui du Programme des Nations unies pour le développement et la Banque Mondiale, un programme national de bonne gouvernance lancé le 30 avril 2004 et s'articulant autour de six composantes : amélioration de la qualité du service public ; gouvernance locale, gouvernance économique, gouvernance judiciaire, amélioration de la qualité du travail des parlementaires, développement des NTIC. Elles ont auparavant décidé de promouvoir des pratiques plus saines en matière de passation de marchés publics avec la réforme du code des marchés publics en 2000. Elles ont créé une unité anti-corruption... Autant d'actes posés qui peuvent faire croire à l'existence d'une volonté politique de lutter contre la corruption. Les lenteurs ou hésitations notées dans la ratification des conventions des Nations Unies et de l'union africaine sur la prévention et la lutte contre la corruption invitent à la prudence. Compte tenu de leur importance, l'existence d'une réelle volonté politique aurait justifié leur ratification rapide. En effet, ces deux conventions devraient permettre de lutter plus efficacement contre la corruption par le durcissement de la législation pénale applicable en la matière, une plus grande implication de la société civile, en particulier, les médias et les ONG dans la lutte contre la corruption mais surtout l'éducation des populations. L'intérêt de l'approche retenue par ces conventions réside dans le fait qu'elles inscrivent la lutte contre la corruption dans un cadre plus vaste de promotion de la bonne gouvernance. Il y a donc urgence si l'on sait que dans le secteur de la santé, la corruption risque de compromettre l'objectif de généralisation des soins de santé primaires, fondement de la politique nationale de santé.

⁸ Pour certains cependant l'ancrage du document stratégique de réduction de la pauvreté dans la bonne gouvernance est faible du moins insatisfaisant au regard des documents d'autres pays africains tel que le Burkina Faso

L'engagement politique fort doit se concrétiser par la définition d'un certain nombre de stratégies. Celles-ci sont perceptibles dans le fonctionnement du système de santé sénégalais, mais dans l'ensemble peu efficaces.

Des stratégies dans l'ensemble peu efficaces

La généralisation des soins de santé primaires, fondement de la politique nationale de santé doit être la ligne directrice autour de laquelle doit s'articuler l'ensemble des stratégies à définir. Parmi ces stratégies, l'approche santé multisectorielle, l'approche participative et l'approche "gestion centrée sur les clients" apparaissent comme fondamentales. A l'exception de l'approche multisectorielle, les autres demeurent peu efficaces.

Une approche santé multisectorielle tangible

L'objectif est de garantir la santé aux pauvres en leur offrant les soins de santé de base ou à leur garantissant leur accès. Ce qui signifie la création d'opportunités économiques mais également la mise sur pied de systèmes de santé et d'éducation viables fondés sur l'égalité et la justice. Ceci appelle à une collaboration entre le ministère de la santé et les autres secteurs de développement. Tel est par ailleurs l'objectif 13 de la politique nationale de santé. C'est dans cette perspective qu'il faut situer la création du Conseil national de la santé⁹, organisme plurisectoriel créé suite à une recommandation de l'OMS. Il est présidé par le Président de la république.

Organisme consultatif, ce conseil a pour mission d'impulser et d'orienter la politique de la santé. Aux termes de l'article premier du décret précité, le Conseil comprend :

- les membres du Gouvernement ;
- un député représentant l'Assemblée nationale ;
- un représentant du Conseil économique et social (Aujourd'hui le Conseil de la République pour les Affaires Economiques et Sociales –CRAES- certainement)
- le Directeur de l'hygiène et de la protection sanitaire ;
- le Directeur de la Recherche, de la planification et de la formation ;
- le Directeur de l'approvisionnement médico-pharmaceutique ;
- le Directeur du Service de santé des forces armées ;
- le Directeur de l'assainissement ;
- le Directeur de l'environnement ;
- le Doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie ;
- le Président de l'Ordre des médecins ;
- le Président de l'Ordre des pharmaciens ;
- le Président de l'Ordre des Chirugiens-dentistes.

Cette composition du conseil atteste de l'hypothèse d'une approche multisectorielle de la santé, celle -ci comme facteur de développement ne pouvant pas être l'apanage du seul ministère de la santé même s'il est chargé d'appliquer la politique sanitaire dégagée par le Gouvernement. Le conseil est chargé, entre autres missions, d'assister le Gouvernement dans la définition et l'orientation de la politique sanitaire et dans la recherche des voies et moyens pour sa mise en œuvre ; de formuler les solutions les plus appropriées en vue d'une meilleure coordination de l'action sanitaire ; de veiller à l'exécution des décisions retenues et d'impulser les activités susceptibles de favoriser le développement du secteur de la santé.

⁹ Décret n°83-436 bis du 21 avril 1983

En définitive le Ministre de la santé ne joue qu'un rôle de coordination dans la mise en oeuvre de la politique de santé du Sénégal. Il doit tenir compte ainsi de toutes les implications qu'une décision comporte en amont et de toutes les conséquences qu'elle a en aval. L'appropriation de l'approche santé multisectorielle serait également à la base de l'intégration de la politique de santé dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. La déclaration sur la politique nationale de santé du 8 juin 1989 ne s'y est pas trompée en mettant l'accent sur la nécessité de prendre en compte l'insuffisance de la production agricole, l'analphabétisme, les mauvaises habitudes alimentaires, le chômage et certains problèmes liés à la crise économique aux programmes d'ajustement structurels.

Une approche participative lacunaire

De l'avis de P.M. Defarges, c'est parce que "la gouvernance s'inscrit dans cette quête permanente de meilleurs systèmes de gestion des hommes et des ressources que la décision, au lieu d'être la propriété et le pouvoir de quelqu'un (individu ou groupe), doit résulter d'une négociation permanente entre les acteurs sociaux, constitués en partenaires d'un vaste jeu, le terrain de jeu) pouvant être une entreprise, un Etat, une organisation, un problème à résoudre"². Au Sénégal, beaucoup d'acteurs interviennent dans le secteur de la santé. Si le cadre de leur participation a été défini, dans la pratique celle-ci demeure encore déficiente.



Dans le domaine de la santé, l'approche participative doit être mise aussi bien dans l'élaboration et la réforme de la politique de santé que dans la participation des populations à l'effort de santé. Il est essentiel pour les autorités publiques d'élaborer avec les partenaires du développement des procédures de suivi et de mesure de la performance des systèmes de santé utilisant des indicateurs dynamiques et réactifs à travers une approche participative, avec pour objectif final d'améliorer et de soutenir la qualité des prestations de santé, l'efficacité et la satisfaction des usagers. Il est tout aussi essentiel de promouvoir la participation des

² Defarges (P.M.) : *la gouvernance*. Coll. Que sais-je, Paris, PUF, 2003, p.7.

populations à l'effort de santé par la définition des rôles complémentaires de l'État et des populations, la création d'un cadre institutionnel adéquat de concertation permanente des populations et des techniciens à tous les niveaux, l'implication de la population à la décision et à la gestion et la promotion du secteur associatif et privé. Les comités de santé constituent au Sénégal, le cadre de la participation des populations à l'effort de santé. Le décret n°92-118 du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts-types desdits comités définit cette participation comme un processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur santé comme ceux de la communauté depuis l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation des programmes. Elle concerne ainsi les activités préventives et curatives, la réalisation et l'équipement d'infrastructures, la participation financière, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des projets de programme de santé.

La participation financière¹⁰ des populations s'inscrit dans la recherche de mécanismes alternatifs et complémentaires de financement du secteur de la santé. La loi n°98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière dispose dans son exposé des motifs que les usagers participent aux dépenses d'hospitalisation et de consultation externe. La participation des populations concerne également la conception des plans de développement sanitaire. Les niveaux retenus sont le Département et la Région, les structures en charge de l'élaboration de ces plans étant le Comité départemental de développement et le Comité régional de développement. Pour appuyer cette politique de décentralisation et surtout pour en assurer la supervision, l'arrêté ministériel n°1614 en date du 4 mars 1996 a créé une cellule technique d'appui à la décentralisation et une cellule élargie d'élaboration des plans de développement sanitaire et social des districts et des régions (PDDS / PRDS).

La Cellule technique d'appui à la décentralisation a ainsi pour mission d'élaborer le canevas des plans de développement sanitaire du district (PDDS) ou des plans régionaux de développement sanitaire (PRDS), de superviser le processus d'élaboration de ces plans, de veiller à leur pertinence et à leur qualité. Elle coordonne l'intervention des bailleurs de fonds en évitant les duplications et la couverture de toutes les activités. La cellule élargie est constituée par les membres de la cellule technique d'appui à la décentralisation auxquels sont associées d'autres personnalités. Elle examine les documents élaborés par la cellule d'appui technique dans le cadre de l'élaboration des canevas des plans de développement sanitaire. Elle appuie également la Cellule technique en mettant à sa disposition toute la documentation et l'expertise nécessaire dans son action. L'arrêté ministériel précité assigne à la cellule technique d'appui à la décentralisation la mission de veiller à la participation des populations à l'élaboration et à l'exécution des plans de développement sanitaire des districts et des régions. Il investit la cellule élargie de suivi de l'élaboration de ces plans la mission de sensibiliser les autorités régionales sur la nécessité d'une participation en particulier des populations au processus d'élaboration et d'exécution de ces plans.

Dans la pratique, force est cependant de constater que cette participation est loin d'être effective. Il a été ainsi déploré l'implication insuffisante des associations d'usagers et des organisations socioprofessionnelles dans le processus de réforme à cause de leur faible représentation dans les conseils d'administration des structures hospitalières. Au-delà des populations, la participation à l'effort de santé a été élargie aux collectivités locales. La loi n°98-08 portant réforme hospitalière dans son préambule dispose ainsi que l'État et les Collectivités locales apportent aux hôpitaux les dotations qui leur permettent de remplir leur

¹⁰ Cette participation est aujourd'hui estimée à 11% du total du financement actuel du secteur de la santé

mission en particulier de traiter les urgences et de maintenir les tarifs à un niveau acceptable. Leur contribution¹¹ est devenue plus importante avec les compétences transférées dans le domaine de la santé. C'est le décret n°96-1135 du 27 décembre 96, en application des articles 31, 32 et 33 de la loi n°96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions aux communes et aux communautés rurales, qui vient préciser les nouvelles attributions de ces Collectivités locales dans le domaine de la santé.

La Région assure ainsi la gestion des hôpitaux régionaux et départementaux et centres de santé situés dans les zones rurales. Dans ce cadre, elle s'occupe de l'entretien et de la maintenance des infrastructures, des équipements et de la logistique de ces structures. En matière de prévention et d'hygiène, la Région a compétence pour élaborer et exécuter des plans d'action dans certains domaines tels que la lutte contre les endémies et la vaccination contre certaines maladies transmissibles ainsi que les mesures d'hygiène touchant les habitations, les voies publiques, l'eau, les plages, les installations industrielles, les denrées alimentaires, les restaurants et locaux assimilés. La Région a également compétence pour recruter un personnel d'appoint qu'elle met à la disposition des structures socio-sanitaires.

Les compétences de la Commune sont pratiquement l'exacte réplique de celles de la région mais elle s'appliquent à des structures distinctes. Elle assure ainsi la gestion des centres et postes de santé urbains, prend en charge l'équipement, l'entretien et la maintenance de ces structures, des équipements et la logistique de ces structures. Mais à la différence de la Région, la Commune a compétence pour construire des postes de santé conformément aux plans de développement sanitaire et social. La Commune est également compétente pour recruter un personnel d'appoint mis à la disposition de ces centres et postes de santé urbains.

La Communauté rurale assure elle la gestion des postes de santé ruraux, des cases et maternités rurales. Elle a également en charge la construction, l'équipement, l'entretien et la maintenance des infrastructures et la logistique des postes de santé, des cases et maternités rurales.

Pour garantir la réussite de ce transfert, la loi 96-07 du 22 mars 1996 précitée prévoit que les transferts de compétences doivent être accompagnés au moins du transfert concomitant aux régions, communes et communautés rurales des moyens et ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences.¹² Le même article prévoit également que dans les cas où l'insuffisance de ressources financières des Collectivités locales risque de compromettre la réalisation et l'exécution des missions de services publics, l'Etat peut intervenir par l'octroi de dotations spéciales aux Collectivités locales. Dans la pratique, le processus de transfert des compétences aux collectivités locales est handicapé par un certain nombre de facteurs : l'absence d'une définition claire des prérogatives des comités de gestion qui doivent assurer les compétences transférées¹³ des incompréhensions autour de la gestion des ressources humaines ainsi que les difficultés liées au transfert de ressources financières.

En effet, pour les Collectivités locales, non seulement l'autonomie financière n'est pas réelle mais les ressources financières dont elles disposent sont très insuffisantes pour satisfaire les besoins locaux. L'autonomie financière n'est pas réelle dans la mesure où les Collectivités

¹¹ Elle est aujourd'hui estimée à 6 % du financement du secteur de la santé

¹² Article 6 de cette loi

¹³ Le comité de gestion est présidé par le chef de l'exécutif local et comprend parmi ses membres un représentant du conseil, le président et le trésorier du comité de santé et le responsable de la structure socio sanitaire. Le comité de gestion délibère ainsi sur le projet de budget, les travaux de réparation, le fonctionnement, les activités sociales et les comptes.

locales ne disposent pas d'une "souveraineté normative dans le domaine de la gestion financière". Elles n'ont ni la capacité de créer ni de supprimer ou de modifier un impôt local. C'est pourquoi, on ne devrait même pas parler de fiscalité locale au Sénégal mais plutôt de fiscalité des collectivités locales gérée par l'Etat. La conséquence de cette indigence financière se fait ressentir dans la gestion des compétences transférées y compris dans le domaine de la santé. On doit relever, par ailleurs, que dans le cadre de l'exécution du PDIS, les Collectivités locales n'avaient aucun pouvoir dans la répartition des fonds de dotation décentralisés.

Au total, la participation des collectivités locales à l'effort de santé est entravée par les dysfonctionnements notés dans le transfert des compétences et le manque de ressources financières d'une manière générale. On doit également souligner le fait que les collectivités locales ont contribué dans une certaine mesure au développement des pratiques corruptrices dans le secteur de la santé dans le cadre du recrutement du personnel d'appoint des structures sanitaires qui s'est souvent effectué sur des bases clientélistes.

Mais la décentralisation n'est pas seulement territoriale, elle est également technique. C'est ainsi que les hôpitaux sont érigés en établissements publics. Ils sont censés devenir de véritables acteurs de la santé. La loi n°98-12 du 2 mars 1998 relative à la création et au fonctionnement des établissements publics de santé dispose ainsi qu'ils sont dispensés de tout contrôle a priori. Ils sont soumis à une tutelle technique du ministère de la santé et à une tutelle financière du ministère de l'économie et des finances. Cette décentralisation technique en cours de réalisation fait apparaître déjà un certain nombre de problèmes. On peut ainsi relever non seulement la lenteur dans l'élaboration des projets d'établissement mais également les difficultés de financement pour les projets déjà établis. C'est dire que l'efficacité recherchée demeure encore un objectif incertain.

En tout état de cause, les moyens de répondre à toutes les demandes en soins de santé devront nécessairement être recherchés en dehors de l'Etat et des Collectivités locales. Il appartient à l'Etat de reconnaître le rôle que peuvent jouer les Organisations non gouvernementales –ONG– et le secteur privé en créant un environnement juridique propice. Cependant il importe de bien maîtriser les implications de la privatisation du secteur en termes d'accès équitable aux services. La loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière prévoit les conditions de la participation des établissements privés à but lucratif ou non. L'article 34 de cette loi dispose qu'ils doivent répondre aux conditions de fonctionnement et d'organisation fixées par décret.

Les ONG sont régies par le décret n°89-775 du 30 juin 1989. Suivant les termes même de ce décret, il s'agit d'associations privées régulièrement déclarées ayant un but non lucratif, ayant pour objet d'apporter leur contribution au développement du Sénégal et agréées en cette qualité par l'Etat. Elles doivent s'interdire de mener toute activité de nature à introduire au sein de la population une certaine discrimination de nature ethnique, confessionnelle ou politique. Le même décret distingue entre les ONG étrangères ayant une antenne soit permanente ou semi-permanente sur le territoire national et les ONG nationales. C'est ainsi qu'au titre de la première catégorie a été ainsi reconnue d'utilité publique l'association étrangère dénommée Association des postes de santé privés du Sénégal.

Pour mener à bien leurs activités, les ONG peuvent bénéficier d'un certain nombre de privilèges tels que l'exonération de droits et taxes portant sur leurs véhicules, engins et objets divers à la condition toutefois d'avoir signé un accord cadre avec l'Etat lequel doit indiquer

avec précision la nature de ces avantages et les modalités d'en assurer le suivi. Ce régime de faveur peut être également aménagé dans les lettres d'exécution technique lorsqu'elles sont prévues par l'accord cadre. Ces lettres d'exécution technique, faut-il le rappeler, sont signées entre l'ONG et des départements ministériels ou autres organismes intéressés en vertu de leurs compétences ministérielles lorsque l'importance des programmes d'activités de l'ONG le justifie. La contribution des ONG est très appréciée en particulier par les populations démunies. Le développement de la pauvreté ne fait qu'accroître leur rôle dans le secteur de la santé.

L'offre de soins de santé de l'Etat est également complétée par le secteur privé à but lucratif. La loi n°98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière prévoit la possibilité de création d'établissements hospitaliers privés. Le décret n°77-745 du 20 septembre 1977 réglemente les cliniques privées alors que les cabinets médicaux ou dentaires sont régis par le décret n°81-234 du 13 mars 1981 qui fixe les critères de création de ces cabinets.

La participation des établissements privés de santé reste limitée par les prix pratiqués qui sont hors de portée de la majorité de la population. Il convient de remarquer que la médecine traditionnelle n'est pas encore réglementée bien qu'une bonne partie de la population s'y adonne.

Une approche "Gestion des institutions de santé centrée sur les patients" déficiente

Des soins de santé d'un haut niveau scientifique et technique et la satisfaction des clients doivent être les objectifs de toutes les institutions de santé. La gestion centrée sur le client signifie que le client doit être au centre de toutes les décisions. Devant le risque que les pauvres soient orientés vers des structures de moindre qualité, il y a une nécessité de déterminer des normes de qualité que devront respecter toutes les institutions de santé. Beaucoup d'insuffisances doivent cependant être relevées.

La loi du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière avait prescrit l'adoption d'une charte des droits et devoirs des malades. Tel est l'objet de l'arrêté ministériel n° 5776MSP/DES en date du 17 juillet 2001 portant charte des droits et devoirs des malades. En son article 1^{er}, il dispose que l'accès au service hospitalier est garanti au malade. La loi précitée du 2 mars 1998 en son article 8 al. 1 dispose que le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins. Ainsi, poursuit la loi, il est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit en urgence si l'état du malade le justifie. Les établissements publics ou privés sont également tenus de prendre en charge les malades qui leur sont référés. Dans la pratique la majorité des malades ignore cette charte des malades pour des raisons liées à l'analphabétisme, de sorte qu'ils ne bénéficient pas des prestations des services sociaux qui existent dans les structures hospitalières. De même la tarification est encore disproportionnée par rapport au pouvoir d'achat des populations. L'inaccessibilité aux structures hospitalières tend ainsi à s'aggraver avec le renchérissement de la facturation lié à son éclatement suite à la réforme hospitalière. Ce qui est en contradiction avec l'article 1^{er} de la dite charte qui affirme l'accès au service hospitalier est garanti au malade. Dans certaines structures sanitaires, on constate que la restauration des malades ne répond pas aux normes requises de qualité. Il arrive même que le personnel détourne les produits alimentaires destinées aux malades.

La loi portant réforme hospitalière en son article 18 prévoit l'établissement d'une carte sanitaire sur la base des besoins des populations celle-ci devant par ailleurs être actualisée tous les cinq ans. Le Sénégal dispose à l'heure actuelle de 768 postes de santé, 54 centres de santé et de 20 hôpitaux. Cette couverture en infrastructures est loin de répondre aux normes de l'OMS. C'est ainsi qu'un poste de santé couvre 11500 habitants alors que la norme OMS est

d'un poste de santé pour 10 000 habitants ; de même un centre de santé couvre au Sénégal 175 000 habitants alors que la norme OMS est d'un centre de santé pour 50 000 habitants ; s'agissant des hôpitaux alors qu'un hôpital au Sénégal couvre 545 800 habitants, la norme OMS est d'un hôpital pour 150 000 habitants. Les déficiences relevées à ce niveau même si elles s'expliquent par les moyens financiers limités du pays sont aggravées par la corruption dans l'attribution des marchés relatifs à la construction des structures sanitaires. Le résultat est que le renchérissement de leur coût s'oppose à leur multiplication. D'où la faiblesse du maillage à l'échelle nationale. L'inaccessibilité physique des structures sanitaire demeure ainsi l'un des problèmes les importants du secteur de la santé.

La gestion centrée sur les clients n'a de portée véritable que si les médicaments leur sont accessibles. En effet l'accessibilité physique des structures de santé par une politique de décentralisation doit être complétée par une accessibilité économique des soins par une politique appropriée en matière de médicaments. La politique publique du médicament essentiel appliquée au Sénégal constitue un élément essentiel dans la conception et la mise en œuvre des réformes sectorielles concernant la santé. Elle s'inscrit dans la politique nationale de santé dont l'objectif, faut-il le rappeler, est de développer des soins de santé primaires en vue d'accroître de manière durable la couverture en soins de santé de base des populations. Elle est, par ailleurs, inspirée par l'initiative de Bamako qui vise à augmenter l'efficacité, à assurer la continuité et à diminuer le coût des services. L'adoption de cette politique a été précédée par une analyse qui a permis de relever les problèmes qui malheureusement demeurent :

- les prix élevés des médicaments, y compris ceux de première nécessité, hors de portée des pauvres,
- une insuffisance notoire des approvisionnements de médicaments,
- une tendance des médecins à prescrire trop de médicaments chers et d'examen para cliniques coûteux.

Une Commission technique permanente chargée de la révision des listes des médicaments et produits essentiels a été créée par arrêté ministériel n°2583 en date du 5 avril 1994. Cette Commission procède à la révision des listes des médicaments chaque année au plus tard au mois d'avril ou tous les deux ans. La révision s'effectue conformément à l'arrêté ministériel n° 11782 du 29 octobre 1990 fixant la liste des médicaments et produits essentiels au niveau des cases, postes, centres de santé et des hôpitaux régionaux. La Commission doit ainsi veiller à ne pas introduire ou extraire un nombre élevé de molécules pour ne pas désorienter les prescripteurs. La révision doit également être précédée d'une évaluation sur le terrain et l'avis d'experts portant sur le coût, l'administration selon le niveau des soins, la nocivité et sur l'efficacité de la molécule thérapeutique. La liste révisée doit, par ailleurs, être largement diffusée à tous les niveaux du système de santé, auprès des bailleurs de fonds ainsi qu'auprès des ONG. Un projet de décret est en cours qui prévoit la substitution des médicaments.

Pour rendre les médicaments accessibles, l'Etat avait exonéré de tous droits et taxes à l'importation tous les produits pharmaceutiques¹⁴. Cette exonération est aujourd'hui remise en cause avec l'entrée en vigueur depuis le 20 avril 1998 du tarif extérieur commun (TEC) de l'UEMOA. Les produits pharmaceutiques étaient exonérés de droits et taxes douaniers à l'importation mais depuis le 1^{er} janvier 2000, les importateurs doivent payer un droit de 2,5 % composé du prélèvement UEMOA (1%), du prélèvement CEDEAO (0,5%) et de la redevance

¹⁴ L oi n°78-50 du 14 Août 1978

statistique (1%). La prise en charge de ce droit par l'État a été envisagée afin d'éviter sa répercussion sur les prix, mais le remboursement tarde à intervenir et les importateurs ont manifesté à plusieurs reprises leur mécontentement.

L'Etat a, par ailleurs et au profit des industries pharmaceutiques installées au Sénégal, supprimé ou réduit la TVA sur les intrants¹⁵. Ceci devrait logiquement encourager les entreprises à s'investir dans la recherche et à produire des médicaments à des prix abordables. Pour l'instant les résultats sont loin d'être atteints, la production locale ne couvrant que 10 % des besoins du Sénégal en médicaments. Le souci de rendre les médicaments accessibles, surtout aux pauvres, a conduit l'Etat du Sénégal à opter pour les médicaments génériques. Un programme de promotion des médicaments génériques a été ainsi entrepris. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement réalise ainsi son chiffre d'affaires à hauteur de 90% sur les médicaments génériques contre seulement 10% sur les spécialités pharmaceutiques.

La marge de manœuvre de l'Etat quant à l'importation des génériques est limitée du fait de l'Accord de l'OMC sur les droits de propriété intellectuelle (ADPIC) qui apporte un certain nombre de restrictions notamment quant à l'utilisation de licences obligatoires. Ceci rend davantage pertinent toute la priorité qui doit être donnée pour le développement de la production locale. La distribution des médicaments au détail se fait en principe au travers d'officines tenues obligatoirement par des pharmaciens. Mais le déséquilibre dans la répartition territoriale de ces officines et le souci d'assurer une plus grande disponibilité des médicaments pour les populations a conduit le gouvernement à accepter la création de dépôts privés de médicaments. C'est le décret n°92-1755 du 22 décembre 1992 abrogeant et remplaçant le décret n°61-218/MSPAS qui détermine les conditions de création et de gérance des dépôts de médicaments. Il s'agit des dépôts privés créés et gérés par des personnes physiques et des dépôts communautaires gérés par des comités de santé. Ces dépôts sont autorisés par arrêté du ministre de la santé. Les gérants de ces dépôts doivent suivre au préalable un stage de trois mois dans les officines de pharmacie (arrêté ministériel n°451 du 16 janvier 1996).

L'approvisionnement en médicaments est assuré par des importateurs répartiteurs, trois sociétés pour le secteur privé et une société pour le secteur public et parapublic. Les trois sociétés du secteur privé sont Laborex, Cophase et Sodipharm avec respectivement comme parts de marché 60%, 37% et 10%. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est le grossiste répartiteur du secteur public et parapublic. Elle a été érigée en établissement public de santé. Ses principaux clients sont les hôpitaux, les districts ainsi que les structures dépendant des autres ministères ou privées à but non lucratif telles que les ONG. La politique du médicament souffre cependant de l'existence d'un marché illicite qui propose des produits médicaux et para pharmaceutiques. Certains de ces produits viennent d'Asie via le Nigeria ou d'Europe via les Canaries par la contrebande. Il s'agit souvent de produits non familiers à la politique sanitaire nationale avec des schémas publicitaires non autorisés. Mais le marché parallèle est également alimenté de bons produits de bons laboratoires et de bonne date. L'origine de ces produits est diverse. Le détournement de dons internationaux est cité parmi les sources d'approvisionnement du marché parallèle. Ce qui est effarant dans cette histoire, c'est que les lieux où se pratique ce marché parallèle sont connus de tous y compris des autorités étatiques et aucune opération d'envergure n'est entreprise pour débarrasser pour de bon le pays de ces niches de trafic.

¹⁵ Loi n°85-05 du 3 janvier 1985 modifiant les taxes sur les chiffres d'affaires applicables aux articles de conditionnement des médicaments)

Les officines privées sont également accusées d'alimenter ce marché parallèle par le biais des délégués médicaux. Des professionnels du secteur pensent cependant que si cette voie n'est pas à exclure, elle est marginale dans l'alimentation du marché parallèle de médicaments estimé entre 4 et 6 milliards de Fcfa par an. Ces professionnels pensent plutôt que ce marché illicite est alimenté, à titre principal, par le biais d'importations qui empruntent le circuit normal des autres importations de produits mais non soumis au contrôle douanier parce que destinées à des villes religieuses mais qui une fois acheminées dans ces villes, sont aussitôt redirigées vers Dakar pour alimenter le circuit parallèle. Ce marché très florissant est très prisé par les populations démunies du fait du bas prix des médicaments. Il ne semble pas que des mesures énergiques aient été prises pour lutter contre ce marché illicite en dépit du risque qu'il présente pour les populations. Ici c'est le manque de volonté politique de l'Etat qui est souvent critiqué.

En dehors du circuit parallèle, c'est l'insuffisante exploitation des opportunités de la médecine traditionnelle qui est déplorée en ce qui concerne la politique du médicament. La gestion interne des stocks de médicaments est également décriée. En effet les bons de commandes sont souvent visés par les infirmiers et non les médecins de sorte qu'ils ne correspondent pas aux besoins réels des hôpitaux. La conséquence en est que ces médicaments sont immédiatement détournés dès leur arrivée. Dans certaines structures enquêtées le pharmacien joue également les fonctions de comptable matière chargé de l'approvisionnement. Les mécanismes de micro-finance méritent de retenir l'attention des autorités, les assurances commerciales étant inaccessibles aux pauvres. Depuis la fin de la gratuité des médicaments avec l'initiative de Bamako, la solution, la plus en vue, réside dans les mutuelles de santé. Elles étaient soumises au code des obligations civiles et commerciales jusqu'à maintenant. Une loi qui leur est spécifique vient d'être votée par l'assemblée nationale, mais elle n'est pas encore applicable faute d'adoption du décret d'application.

La gestion centrée sur les clients suppose bien évidemment un personnel qualifié et motivé pour assurer la qualité et l'accès aux soins de santé. A ce titre, la loi n°98-12 du 2 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements de santé en son article 1^{er} alinéa 3 assigne à ces établissements la mission de développement des ressources humaines par la formation initiale et la formation continue des personnels et auxiliaires de santé. Le décret n°98-701 du 26 Août 1998 relatif à l'organisation des établissements publics de santé hospitaliers, prévoit la création à leur sein de deux comités consultatifs : la commission médicale et le comité technique d'établissement. Avec le directeur de l'établissement hospitalier, la commission médicale en particulier détermine un plan de formation continue des personnels et émet un avis sur la politique d'intéressement des personnels. Le paragraphe 6 de l'exposé des motifs de la 98-12 précitée indique que c'est un personnel bénéficiant d'un véritable plan de carrière, motivé par une politique d'intéressement, placé en situation de responsabilité qui est au cœur de ce nouvel dispositif. On doit déplorer le biais introduit par la réforme hospitalière. L'autonomie induite par cette décentralisation a conduit à une précarisation des emplois et à une "défonctionnarisation" au moment où le déficit de personnel est un problème récurrent.

Dans la pratique, si plusieurs Directeurs enquêtés affirment que la commission médicale de leur établissement a bien défini un plan de formation continue du personnel, peu d'entre eux avouent la mise en œuvre effective de cette disposition réglementaire. Certains avouent qu'il n'existe pas à proprement parler de plan de formation sauf pour les aides-soignants. D'autres limitent cette formation assurée par l'ENDSS aux surveillants de service. Dans l'attente de la mise en œuvre effective de ce point de la réforme, le secteur de la santé souffre d'un déficit

criard de personnel mais surtout de personnel qualifié. Le déficit de personnel est aujourd'hui estimé à plus de trois mille agents. Ce déficit s'explique pour partie à une insuffisance de recrutement au niveau des différentes écoles de formation et pour partie à l'absence de motivation de ce personnel aussi bien sur le plan salarial que de celui de l'évolution de leur carrière. L'insuffisance de personnel qualifié avait conduit au recours à un personnel non qualifié recruté sur des bases clientélistes. Ce personnel est également mal réparti, la moitié des effectifs du ministère de la santé se trouvant à Dakar. La gestion des ressources humaines, en général, la gestion démocratique, en particulier, est très décriée. Le décret n°2003-466 du 24 juin 2003 a créé une Direction des ressources humaines pour remédier à ces dysfonctionnements.

Au-delà d'une gestion centrée sur les patients, la bonne gouvernance dans le secteur de la santé suppose également l'existence d'un système de contrôle efficient. Ce qui est loin d'être le cas dans le système de santé sénégalais.

L'ineffectivité du contrôle

Le contrôle constitue, à côté de la planification et de la mise en œuvre, le troisième pilier de toute politique de management axée sur la bonne gouvernance. Dans le domaine de la santé, le contrôle doit s'exercer aussi bien sur les services relevant du ministère de la santé que sur l'activité des établissements privés de santé. Dans la pratique, ce contrôle tout en étant juridiquement organisé est inefficace.

Le contrôle des services relevant du ministère de la Santé

Le contrôle des services relevant du ministère de la santé fait intervenir plusieurs corps de contrôle et concerne plusieurs acteurs de la santé. L'Inspection de la santé constitue le principal corps de contrôle du ministère de la santé. Aux termes de l'arrêté ministériel n°14 249 MSP /CAB du 18 novembre 1980 portant organisation et attribution de l'Inspection de la santé de la santé publique, elle a pour fonction de veiller à l'observation des lois, décrets, règlements et décisions ministérielles régissant l'organisation et le fonctionnement du ministère de la santé publique. En particulier, elle contrôle la gestion administrative, financière et technique de tous les services et établissements relevant de l'autorité du ministre de la santé, veille à l'unité de l'action administrative et médico-sanitaire avec les grandes orientations décidées par le gouvernement dans le domaine de la santé et tient informé le ministre de la santé de la marche générale du département de la santé¹⁶. Elle peut formuler des avis et recommandations sur le fonctionnement et l'organisation des différents services.

L'Inspection de la santé est saisie des projets de lois et règlements touchant à l'organisation et au fonctionnement des structures et des personnels de la santé. Dans ces cas, elle peut formuler tous avis, observations et propositions qu'elle juge utile tant du point de vue de la régularité que de l'opportunité¹⁷. Elle est tenue informée des instructions et mesures prises par certains organismes du département lorsqu'elles ont une incidence technique, financière administrative. Elle peut également procéder à des vérifications inopinées sur pièces ou sur place a priori ou a posteriori. Le contrôle de l'Inspection de la santé s'effectue nonobstant le contrôle exercé par les autres corps de contrôle de l'État. L'Inspection générale d'Etat créée par le décret n°64-157 du 28 février 1964 et réorganisé par le décret n°80-914 du 5 septembre 1980 exerce ainsi un contrôle sur les services publics de santé en ce qu'elle est chargée en vertu des décrets précités de :

¹⁶ Article 2 de l'arrêté ministériel n°14 249 MSP /CAB du 18 novembre 1980 portant organisation et attribution de l'Inspection de la santé publique

¹⁷ article 9 dudit arrêté

- contrôler, dans tous les services publics de l'Etat, l'observation des lois, ordonnances, décrets, règlements et instructions qui en régissent le fonctionnement administratif, financier et comptable ;
- d'apprécier la qualité de l'organisation et du fonctionnement de ces services, la manière dont sont gérés et leurs financiers ;
- de vérifier l'utilisation des crédits publics et la régularité des opérations des administrateurs, des ordonnateurs et de tous comptables publics de deniers et matières, des régisseurs et billeteurs ;
- de proposer toutes mesures utiles pour simplifier et améliorer la qualité de l'administration, abaisser ses coûts de fonctionnement et accroître son efficacité ;
- de donner son avis sur les projets de loi, ordonnances, décrets, instructions et de procéder aux études qui lui sont prescrites par le président de la République.

La mission de l'Inspection générale d'Etat a un champ d'application large car elle s'exerce sur l'ensemble des services publics quelque soit leur mode de gestion ou leur localisation géographique. Sont ainsi visés les établissements publics, les collectivités locales et leurs établissements publics, l'administration de l'armée, les services judiciaires, les sociétés nationales, les sociétés anonymes à participation publique majoritaire, les personnes morales bénéficiant du concours financier de la puissance publique. Le Contrôle Financier, autre service rattaché au Secrétariat général de la Présidence, est dirigé par un contrôleur financier qui au nom du Président de la République assure un contrôle permanent sur l'exécution des opérations financières de l'Etat, des Etablissements publics et des entreprises du secteur parapublic et suit la gestion des collectivités locales, de leurs établissements publics et, généralement de tous les établissements ayant bénéficié de l'aide financière de l'Etat. Tous les établissements de santé publics et ceux du privé qui bénéficient d'un concours financier de l'Etat sont en conséquence soumis à son contrôle.

L'on doit signaler également le contrôle exercé par l'Inspection générale des finances du Ministère de l'économie et des Finances ainsi que celui exercé par la Cour des Comptes. La Cour des comptes assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'exécution des lois de finances. Elle contrôle la régularité et la sincérité des recettes et des dépenses décrites dans les comptabilités publiques. Elle s'assure du bon emploi des crédits, fonds et valeurs gérés par les services de l'Etat et par les autres organismes publics. Les organismes publics visés sont l'Etat, les collectivités locales et leurs établissements publics. Elle effectue toute enquête complémentaire qui pourrait lui être demandée par le Parlement à l'occasion de l'examen ou du vote du projet de loi de règlement¹⁸. La Cour des comptes, par l'intermédiaire de la Commission de vérification des comptes et de contrôle des entreprises publiques, vérifie les comptes et contrôle la gestion des entreprises du secteur public qu'il s'agisse d'établissements publics à caractère industriel et commercial, d'établissements publics à caractère scientifique et technologique, d'établissements publics professionnels, d'établissements publics de santé, d'autres établissements publics dont la création pourrait être décidée ultérieurement, de sociétés nationales, de sociétés anonymes à participation publique majoritaire¹⁹.

La liaison entre le ministère de la santé et les autres institutions de contrôle de l'Etat, en particulier avec l'Inspection générale d'Etat est assurée par l'Inspection de la santé. Dans ce cadre, elle veille à l'application des directives du président de la république et du premier

¹⁸ Article 26 de la loi 99-70 portant création de la Cour des comptes

¹⁹ Ibid. article 27

ministre suite aux rapports de l'Inspection générale d'Etat et des autres corps de contrôle de l'Etat²⁰. Il ne lui est cependant pas reconnu de réels pouvoirs de sanction. Les inspecteurs de la santé ne peuvent ainsi ni suspendre, ni relever, ni empêcher, sauf pour prendre des mesures conservatoires. Ils doivent rendre un rapport après investigations au ministre de la santé qui seul décide. Sous la tutelle du ministre de la santé, certaines professions médicales sont organisées en ordres qui veillent au respect des lois et règlements régissant ces professions en exerçant en particulier des compétences disciplinaires à l'égard de leurs membres. Ces ordres concernent les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes.

La loi 66-69 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et à l'ordre des médecins détermine les conditions pour exercer la profession de médecin ainsi que les conditions d'exercice illégal de la profession et prévoit dans ce dernier cas un certain nombre de sanctions auxquelles s'exposent les coupables. Elle détermine également les conditions dans lesquelles les médecins des services publics hospitaliers peuvent exercer dans le privé à titre temporaire notamment dans les localités où il est noté un manque des médecins privés pour un spécialité donnée et cela en dehors de leurs heures de service et en dehors des locaux administratifs. Il est à noter que face aux abus qui ont été constatés la loi 77-110 du 26 septembre 1977 modifiant l'article 12 de la loi de 1966 a exclu de cette faveur les médecins des services publics de la région de Dakar et des chefs-lieux de région. A la suite de cette loi de 1977, le décret 78-176 du 2 mars 1978 est venu préciser l'interdiction faite aux médecins fonctionnaires d'exercer dans une entreprise, une collectivité ou une institution de droit privé.

Les médecins exercent sous le contrôle de l'ordre des médecins compétent pour leur infliger des sanctions disciplinaires en cas de violation des dispositions de la loi de 66 précitée mais également du code de déontologie. Le décret n°67-147 du 10 février 1967 portant code de déontologie médicale détermine les devoirs généraux des médecins, leurs devoirs envers les malades, leurs confrères et les membres des professions para-médicales. Les autres professionnels de la santé tels que les pharmaciens et les chirurgiens dentistes sont également organisés en ordres professionnels et à l'image des médecins ils doivent respecter leur code de déontologie respectif. La profession dentaire est régie par la loi n°81-70 du 10 décembre 1981 relative à l'exercice de la chirurgie dentaire et à l'ordre des chirurgiens dentistes. Un décret d'application sera pris le 26 février 1982 (décret n°82-111). Ce dernier fixe les modes de désignation des membres des organes de l'ordre des chirurgiens dentistes ainsi que les règles de fonctionnement de ces organes en particulier des chambres disciplinaires. La déontologie de la chirurgie dentaire est régie par le décret n°81-166 du 5 mars 1982 qui fixe les devoirs généraux des chirurgiens- dentistes, leurs devoirs envers leurs malades, ceux en matière de médecine sociale, le respect de la confraternité et ceux envers du corps médical. Dans le rapport de présentation de ce décret, il est indiqué que le code devait permettre de maintenir la profession à un haut niveau moral, d'endiguer l'anarchie qui avait quelque peu régné en la matière mais surtout de permettre un contrôle efficace de la profession.

L'ordre des pharmaciens a été créé par la loi n°73-62 du 19 décembre 1973. Aucun pharmacien ne peut exercer au Sénégal s'il n'est pas inscrit à l'ordre des médecins à l'exception des pharmaciens appartenant au cadre actif du service de la santé de l'armée sénégalaise et des pharmaciens militaires étrangers servant au titre de l'assistance militaire. L'article 12 de cette loi précise que le conseil de l'ordre est le gardien de la légalité et de la moralité professionnelles. Les pharmaciens sont ainsi exposés à des sanctions allant du blâme à l'interdiction définitive de l'exercice de la profession. Un décret d'application de cette loi a

²⁰ Article 13 de l'arrêté ministériel portant organisation et attribution de l'inspection de la santé publique

été adopté le 11 février 1974 (décret n° 74-139). Il rappelle en son article 1^{er} que l'ordre des pharmaciens est placé sous la tutelle du ministre de la santé et précise également la procédure disciplinaire applicable aux pharmaciens. La déontologie des pharmaciens est régie par le décret n°81-039 du 2 février 1981 complété par le décret n°96-395 du 15 mai 1996. Le code de déontologie pharmaceutique détermine les devoirs des pharmaciens envers leurs clients, leurs confrères et l'administration. Le contrôle exercé dans le secteur de la santé déborde les professionnels de ce secteur pour concerner les comités de santé qui constituent les cadres de participation des populations. Pour lutter contre les détournements de fonds dans le cadre des comités de santé, le décret n°92-118 les soumet à la tutelle du ministre de la santé qui peut prendre toute mesure conservatoire en cas de besoin. Il peut ainsi déposer une plainte contre un ou plusieurs dirigeants en cas de détournement de fonds. Le contrôle exercé sur les marchés publics dans le domaine de la santé mérite également de retenir ici l'attention du fait de la sensibilité de ce secteur. Mais l'on doit d'emblée préciser qu'il n'existe pas une réglementation spécifique, c'est le nouveau code sur les marchés publics qui s'applique²¹. Ce nouveau Code des marchés publics était réclamé depuis longtemps au nom d'une meilleure transparence dans la gestion des affaires publiques et s'avérait d'autant plus nécessaire que plusieurs rapports récents ayant épinglé le Sénégal, attestant ainsi de l'existence de corruption dans le pays²². Dans le domaine des marchés publics, plusieurs abus ont été ainsi relevés en ce qui concerne en particulier les pratiques de l'entente directe et les manœuvres visant à orienter le choix du cocontractant. Les pratiques de l'entente directe relevaient d'interprétations erronées de l'ancien décret régissant les marchés publics²³). Les marchés de gré à gré étaient conclus sans que l'une des conditions requises à cet effet ne soit remplie à savoir : l'existence d'un seul fournisseur, l'absence d'offre après deux appels d'offre ainsi que lorsque l'administration est obligée de choisir son cocontractant dans des domaines stratégiques comme la défense nationale. La Commission nationale des contrats de l'Administration a pu ainsi autoriser et en méconnaissance de ces conditions des contrats de gré à gré simplement motivés par l'urgence.

D'autres pratiques de corruption par le truchement de la commande directe ont été relevées. Ce procédé ne donne lieu à aucun contrat écrit et se traduit par une lettre autorisant de passer des commandes auprès d'un ou de plusieurs fournisseurs. L'on doit également signaler les abus dans le cadre des procédures dérogatoires telles que celle instituée par le décret n°97-632 du 18 juin 1997 et portant sur le PCRPE c'est à dire le projet de construction et de réhabilitation du patrimoine bâti de l'Etat. Ce décret autorise la procédure de l'entente directe jusqu'au montant de 100 millions pour les études et fournitures et jusqu'à 150 millions pour les travaux neufs. Il ressort du Rapport d'audit du PDIS que le marché des travaux architecturaux et techniques de l'hôpital de Ziguinchor estimé à 2 400 000 000 F CFA a été passé par entente directe avec ATEPA Technologies Sénégal suivant autorisation n° 458 PRS/SG/CNCA du 19 août 1999 accordée au Ministère de l'urbanisme. La partie supportée par fonds taiwanais s'élève à FCFA 320 989 965 (pour 321 millions autorisés par la CNCA). Cette somme a été virée dans le compte de ATEPA Technologies Sénégal en février 2000. Cet exemple illustre suffisamment l'ampleur des abus notés dans la passation des marchés. S'agissant des pratiques tendant à orienter le choix du cocontractant, elles étaient à la fois le fait des maîtres d'ouvrage ou maîtres d'œuvre et des entreprises. L'exclusion de soumissionnaires a pu se faire, par exemple, par la limitation de la publicité lors du lancement du marché, l'établissement de dossiers d'appels d'offre taillés sur mesure, la

²¹ Décret n°2002-550 du 30 mai 2002

²² le rapport 2001 du PNUD sur « la Bonne gouvernance et le développement humain », l'étude sur « La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest » de 2002 financée par l'Union européenne, la Direction du développement et de la coopération suisse entre autres.

²³ Décret n°82-690 du 7 septembre 1982

réduction abusive du temps de réponse entre autres. Les pouvoirs discrétionnaires reconnus aux commissions de dépouillement et de vérification des marchés ont favorisé la corruption du fait que les membres de ces commissions ont pu tisser des réseaux de complicité avec le secteur privé. De même certaines entreprises, de par des ententes, ont pu se partager des marchés.

Le nouveau code a voulu mettre un terme à ces dérives. Il apporte de ce point de vue un certain nombre d'innovations concernant l'allègement des procédures mais surtout la plus grande transparence dans la passation des marchés publics. Le champ d'application du code a été d'abord élargi puisqu'il s'applique désormais l'Etat, les collectivités locales et les établissements publics mais également les sociétés nationales et les sociétés anonymes à participation publique majoritaire. Certaines innovations renforcent plus la gestion financière que technique des marchés. Le code insiste ainsi sur la nécessité de l'existence de crédits budgétaires suffisants ainsi que l'exigence d'un agrément pour les entreprises du secteur du bâtiment et des travaux publics. Pour favoriser la concurrence, le code allonge les délais réglementaires de soumission ceux-ci passant de 20 jours à 30 jours pour la procédure normale et de 10 à 20 jours pour la procédure d'urgence. De même, il exige pour qu'un appel d'offre soit valide qu'il y ait au moins trois soumissionnaires. On retiendra que cette exigence est d'application même s'il s'agit d'un appel d'offre restreint. L'ouverture des plis qui se fait en séance publique s'effectue selon une procédure plus élaborée qu'elle ne l'était auparavant. S'agissant de l'entente directe si elle est maintenue, elle est néanmoins limitée à des cas bien précis. Pour limiter les risques de corruption, le code a supprimé la commission nationale et les commissions régionales de dépouillement, maintenu la commission nationale des contrats de l'administration et institué un contrôle interne a posteriori. L'Inspection de la santé est habilitée à exercer tous les contrôles de matériels pouvant assurer la bonne exécution des contrats, y compris la vérification des documents comptables des fournisseurs et de leurs installations techniques). Les marchés des services relevant du ministère de la santé sont soumis à un contrôle interne et a posteriori de ces services en vertu du code des marchés publics. Au sein du ministère de la santé et des hôpitaux érigés en établissements publics de santé, le contrôle interne est organisé par arrêté ministériel pour le département ministériel et par décision du directeur de l'établissement hospitalier pour les hôpitaux.²⁴ Ces marchés sont également soumis à un contrôle externe soit de la Commission nationale ou des Commissions régionales des contrats de l'Administration²⁵.

La Commission régionale des contrats de l'Administration a la charge de faire respecter dans la Région la réglementation des marchés et les instructions ou circulaires d'application intervenues à l'échelon national.²⁶ Elle est ainsi appelée à donner son avis sur tous les projets de marchés à exécuter dans la Région et concernant l'Etat, les Collectivités Locales et les Etablissements Publics lorsque ces derniers s'engagent pour un montant égal ou supérieur aux seuils fixés à l'article 192 du code des marchés c'est à dire 15 millions de francs mais inférieur à 50 millions de francs. Les cahiers de charge des marchés d'adjudication doivent également et préalablement à leur publication être soumis à l'avis de la Commission régionale des Contrats de l'Administration lorsque ces marchés sont de sa compétence. Les avis de cette Commission portent également sur la procédure de passation du marché, la méthode de choix du titulaire et la convenance des clauses et conditions d'ordre administratif, technique, financier inscrites dans le projet de marché. En cas d'avis favorable, la procédure de passation du marché peut se poursuivre. En cas d'avis défavorable, le Premier Ministre, s'il est saisi par

²⁴ Article 244 du code des marchés publics

²⁵ art.211 dudit code

²⁶ ibid. article 242

l'autorité contractante, statue au vu des observations de la Commission régionale et du rapport de l'autorité contractante²⁷.

La Commission nationale des contrats de l'Administration a pour missions générales le contrôle des procédures de passation des marchés publics assuré par ses commissions spécialisées, le conseil aux Administrations, autorités et personnes contractantes, la surveillance des commissions régionales des contrats de l'Administration²⁸. La mission de contrôle est dévolue à ses commissions spécialisées qui doivent veiller sous la supervision du Comité permanent prévu à l'article 218 du code²⁹ au respect de la réglementation en ce qui concerne les procédures applicables à la passation, l'approbation et l'exécution des marchés publics. La Commission dans ce cadre est également chargée de la diffusion de la liste des entreprises et fournisseurs agréés d'une part, celles des entreprises en état de faillite ou de liquidation des biens ou ayant failli aux clauses des marchés et ne peuvent plus y accéder d'autre part.

La Commission peut être saisie par les soumissionnaires qui s'estiment injustement pénalisés. Dans ce cas, elle adresse à l'autorité contractante concernée les observations ou recommandations que lui inspirent les requêtes des plaignants. Il convient également de souligner que le Premier Ministre peut à tout moment procéder à des audits portant sur la transparence et la régularité chez les autorités contractantes. Le contrôle est assorti d'un certain nombre de sanctions. L'article 179 du code stipule que sans préjudice des sanctions pénales et disciplinaires prévues par les lois et règlements, les agents et fonctionnaires des de l'Etat, des établissements publics, des collectivités locales, des sociétés nationales et des sociétés anonymes à participation publique majoritaire peuvent être tenus de réparer les dommages résultant de leurs actes. Ils sont, suivant l'article 180 du code passibles de sanctions prévues par la loi n°99-70 du 17 février 1999 portant création de la Cour des Comptes pour avoir enfreint la réglementation des marchés publics notamment par le fait de n'avoir pas assuré une publicité suffisante dans les conditions prévues par les lois et règlements ou par le fait d'avoir procuré ou tenter de procurer à un cocontractant un bénéfice anormal, à dire d'experts ou encore par le fait de n'avoir pas fait appel à la concurrence dans les conditions prévues par les lois et règlements.

De même les agents chargés du contrôle des marchés sont tenus d'adresser à l'autorité contractante des rapports périodiques sur le respect du planning d'exécution des travaux et sur les défaillances du titulaire du marché. Un manque de suivi réitéré de leur part peut entraîner leur remplacement et leur exclusion du suivi ou des contrôles des marchés publics³⁰. On soulignera enfin qu'au-delà du contrôle juridictionnel classique, le code a introduit conformément aux dispositions de l'OHADA, la procédure de l'arbitrage qui peut porter sur la passation, l'exécution et l'interprétation des marchés. C'est le tribunal régional qui est compétent pour connaître des litiges relatifs aux marchés mais les actes détachables de ces marchés et énumérés à l'article 140 du Code des obligations de l'Administration sont susceptibles de recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat. Malgré toutes ces garanties, il ressort des enquêtes que tout est mis en œuvre dans certaines structures pour ne pas respecter rigoureusement la procédure d'appel d'offres que ce soit pour les médicaments, pour les travaux et les prestations de service. Les raisons invoquées sont soit que l'appel

²⁷ article 241 du code des marchés publics.

²⁸ article 213 dudit code

²⁹ Ce Comité comprend : un président ; un secrétaire permanent ; trois représentants du ministère chargé des Finances au titre respectivement de la Direction du Budget, de la Direction du Trésor et de la Comptabilité publique et de l'Agent judiciaire de l'Etat ; un représentant du Contrôleur financier ; un représentant du Ministre chargé du Contrôle des prix. (article 119 du code des marchés publics)

³⁰ Article. 181 du code des marchés publics

d'offres n'est pas fructueux (un argument revenu plusieurs fois), soit que les entreprises, pour les produits de spécialité n'ont pas soumissionné avec quitus, attestation de l'IPRES et caution bancaire, soit que le paquet requis n'est pas satisfait. La voie est ainsi balisée pour les commandes directes avec tout ce qu'elles comportent pratiques corruptrices.

En tout état de cause, le code des marchés fait toujours l'objet de critiques en dépit des innovations positives incontestables qu'il apporte dans une optique de transparence. Ces critiques portent sur la cohérence du cadre juridique notamment l'harmonisation des dispositions du code avec celles du code des obligations de l'administration pour en supprimer les contradictions. Elles portent également sur l'absence d'effectivité du contrôle en amont et en aval des procédures de passation des marchés. D'autres observateurs sont toujours sceptiques quant à la capacité du code à juguler la corruption. Ces inquiétudes sont sans doute à l'origine de l'unité anti-corruption qui vient d'être créée par le Président de la république. Au regard toutefois de ses attributions, on peut douter de l'efficacité de son action. Au niveau du contrôle, en général, des structures sanitaires, les enquêtes menées ont permis de déceler un certain nombre de lacunes dans les procédures de contrôle de gestion et d'audit interne des établissements hospitaliers. Certains agents comptables refusent ainsi d'être contrôlés par les auditeurs internes alors que les contrôleurs de gestion n'ont pas la possibilité de vérifier si les produits commandés sont effectivement livrés. Le contrôle de l'Inspection de la santé est entravé par l'absence de moyens matériels et humains. Sur le plan humain, le manque de motivation des agents explique pour partie l'ineffectivité du contrôle. L'ineffectivité du contrôle peut être illustrée par les vacances privées exercées par les professeurs d'Université à titre permanent en violation de l'arrêté ministériel qui les organisent³¹. Un contrôle est également exercé sur les structures privées de santé.

Le contrôle exercé sur les acteurs privés de la santé

Le contrôle en question concerne à la fois les établissements privés à but lucratif et ceux à but non lucratif. L'ouverture d'une clinique privée est soumise à une autorisation préalable. Le décret n°77-745 du 20 septembre 1977 portant réglementation des cliniques privées prévoit que la violation de ses dispositions ou de toute autre obligation légale expose le contrevenant à un retrait de l'autorisation. Les cabinets médicaux ou dentaires sont régis par le décret n°81-234 du 13 mars 1981 fixant les critères de création des cabinets dentaires. Ces critères répondent à un souci de justice médicale suivant les termes mêmes de décret. Leur création demeure soumise à une autorisation préalable du ministre de la santé. L'article 3 dudit décret prévoit qu'au 1^{er} juillet de chaque année, le ministre de la santé fixe le nombre pour chaque agglomération de cabinets dentaires et médicaux autorisé par rapport aux chiffres officiels de la population en cours.

La loi n°98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière prévoit la possibilité de création d'établissements hospitaliers privés. Leur création, leur extension, leur conversion ainsi que leur regroupement sont soumis à une autorisation préalable du ministre de la santé³². Le contrôle exercé sur ces établissements ne se limite pas à leur création, ils sont également assujettis à des contrôles périodiques des activités de soins, des installations et des équipements. Ces établissements privés sont soumis ainsi à des procédures mais également à une tutelle technique du ministère de la santé. Ces établissements peuvent être admis à participer à l'exécution du service public s'ils répondent à certaines conditions d'organisation et de fonctionnement fixés par décret et qu'ils établissent un projet d'établissement

³¹ arrêté ministériel n°1432 MEN-MAS-CHU du 6 novembre 1981

³² Article 20 de cette loi

compatible avec les objectifs de la politique nationale de la santé. Dans ce cas et si l'autorisation du ministre de la santé est obtenue, ils peuvent bénéficier des moyens de l'État et des collectivités locales dans le cadre de conventions particulières élaborées à cet effet. Le budget ainsi que les décisions budgétaires modificatives concernant l'exécution du service public sont soumis à une autorisation préalable des ministres de l'Économie et des Finances et de la santé. La tutelle technique se double ainsi d'une tutelle financière. La Cour des comptes est également compétente pour contrôler de tels organismes. En effet, par la Commission de vérification des comptes et de contrôle des entreprises publiques, la Cour a la faculté d'exercer un contrôle de la gestion de tout organisme bénéficiant, sous quelque forme que ce soit, du concours financier ou de l'aide économique de l'Etat ou des organismes publics qui relèvent de la Cour, conformément aux dispositions des articles 47 à 51 de la loi 90.07 du 26 juin 1990 ainsi que du concours financier de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (art. de la loi 99-70 portant sur la Cour des comptes). L'article 38 de loi n°98-08 précitée prévoit des sanctions à l'encontre de toute personne qui sans autorisation ouvre ou gère un établissement privé ou installe dans un établissement concourant aux soins médicaux des équipements en infraction des dispositions de la présente loi. Une amende comprise entre cinq et cinquante millions est prévue. Une telle peine est également prévue pour toute personne qui passe outre la suspension totale ou partielle d'une autorisation. A noter qu'une telle peine est portée au double en cas de récidive. Le contrôle ne porte pas seulement sur les conditions de création de ces structures, il porte également sur leur fonctionnement. Pour assurer un niveau de santé d'un haut niveau scientifique et technique, le décret n°77-745 du 20 septembre 1977 portant réglementation des cliniques privées prescrit des règles concernant l'équipement minimal en matière de personnel qu'en termes d'équipement technique mais également la liste minimale de médicaments et du matériel médico- chirurgical que doivent détenir en permanence toutes les cliniques.

Exception faite du prix élevé des prestations, elles jouissent d'une bonne réputation quant à la qualité de leurs services même si celle-ci varie d'un établissement à l'autre. Il convient de souligner que les carences du contrôle effectué sur ces structures prète moins à conséquences car du fait de la concurrence ces structures s'autodisciplinent pour renforcer leur compétitivité. Les ONG sont sous la tutelle du ministre du développement social. Elles sont régies par le décret n°89-775 du 30 juin 1989. L'article 4 de ce décret dispose que toute ONG exerçant sur le territoire national doit être agréée. La demande d'agrément est déposée auprès du ministre du développement social qui en délivre récépissé. Mais la demande est instruite en s'assurant que les objectifs et les modalités d'intervention de l'ONG concernée sont conformes avec les objectifs de la politique de l'Etat dans les secteurs concernés. Toute ONG qui veut s'investir dans le domaine de la santé au Sénégal doit se conformer à la politique nationale de santé.

Les ONG sont soumises au contrôle du ministre du développement social et dans certains à celui du Ministre de l'Economie et des Finances. Le ministre du développement social ou ses représentants peuvent ainsi visiter leurs installations, infrastructures ou toute autre réalisation et faire rendre compte leur fonctionnement. Les ONG ayant conclu avec l'Etat un accord cadre en vertu duquel leurs matériels, engins, véhicules et objets divers sont exonérés de taxes ou bénéficient d'un régime de faveur sont soumises également au contrôle du ministère de l'Economie et des Finances. Elles sont tenues par ailleurs de présenter chaque année un rapport général faisant le point de leurs activités trois mois au plus après la clôture de leur exercice. Pour chaque programme ou projet, l'ONG est tenue de fournir un rapport en cinq exemplaires au ministre du développement social tous les six mois, à charge pour ce dernier de fournir un exemplaire à tout ministère qui assure la tutelle d'un secteur d'activité dans

lequel intervient un projet ou un programme. L'Etat peut également décider à tout moment de l'évaluation de l'impact d'un projet ou d'un programme. Des sanctions sont prévues notamment le retrait de l'agrément dans certains cas. Il est en ainsi lorsque des irrégularités sont constatées dans le fonctionnement de l'ONG ou dans la gestion des projets et programmes. C'est le cas également lorsque les activités de l'ONG ne correspondent plus aux objectifs et buts tels que définis dans ses statuts. La conséquence du retrait de l'agrément est qu'il met fin aux avantages octroyés par l'État.

Au total, l'analyse juridique associée aux enquêtes effectuées dans les structures de santé a révélé beaucoup de dysfonctionnements préjudiciables au système de santé sénégalais, ces dysfonctionnements ayant permis la généralisation de la corruption et de la mal gouvernance dans ce secteur.

Dans l'analyse que nous nous proposons de faire ici du management du système de santé, il s'est agi de repérer et de rendre compte de la politique managériale en milieu hospitalier, au niveau des centres de santé, des postes de santé publics et privés, d'une structure de santé d'entreprise et d'une mutuelle de santé. Pour se faire, nous mettrons en relief ses composantes principales que sont l'organisation, le fonctionnement et les différentes procédures conformément aux dispositions de la réforme

La Réforme hospitalière comme cadre contextuel des institutions sanitaires

La réforme hospitalière initiée par l'Etat Sénégalais depuis 1998 reste, dans l'esprit qui a présidé à son élaboration, arrimée sur certains grands principes relatifs à la décentralisation ainsi qu'en dispose cette séquence du document de la réforme! «La réforme tient compte de la récente loi sur la décentralisation qui donne aux collectivités locales de nouvelles prérogatives en matière de gestion des établissements de soins» (R.H p 8). La décentralisation, entreprise par les autorités Sénégalaises depuis les années 70, prolongée par la loi de 1996 qui transfère un certain nombre de compétences aux collectivités locales et renforcée, au moins dans les principes, par les dispositions de l'article 102 de la nouvelle constitution (adoptée le 07 janvier 2001) est gouvernée par la volonté de mieux impliquer les collectivités locales dans la conception, l'élaboration et l'exécution de certains programmes liés à l'éducation, la santé, la planification, l'aménagement du territoire, l'environnement, la culture, la jeunesse et le sport. L'objectif visé est d'associer les populations à la base à l'exploitation et à la gestion de leurs propres ressources; ce qui, à terme devrait contribuer au développement et à la généralisation de la transparence et de l'équité dans tous les segments du service public.

Il s'est agi donc, par l'articulation de la Réforme aux principes de la décentralisation, d'opérer des mutations positives et profondes sur le plan du management de la gestion et des prestations de services des structures sanitaires. Le document de la Réforme a, dans cette optique, mis en relief l'idée que les établissements de santé ont jusqu'ici fait l'objet d'un «mode de gestion qui a conduit, dans certains cas à des dérives qui ont eu pour conséquence le dysfonctionnement de l'hôpital» (R. H. p 10). Et c'est justement à ce dysfonctionnement de l'hôpital que la Réforme s'est donnée pour ambition de remédier. A en croire les principes qui la sous-tendent, il s'agit essentiellement d'améliorer la performance des hôpitaux au niveau de l'administration, de la gestion et de la qualité des soins.

Au niveau de l'administration, il est essentiellement stipulé le renforcement des pouvoirs et des missions de la Direction qui se situe, désormais au centre des instances de décision déterminant l'organisation et le fonctionnement de la structure: «Dans la nouvelle organisation administrative et financière des Etablissements Publics de Santé, la Direction constitue un élément essentiel du dispositif. Elle n'est plus qu'une simple courroie de transmission entre le Ministère de la Santé et les professionnels de la santé mais doit être capable de veiller au respect de la mission des hôpitaux. C'est pourquoi les directions des hôpitaux sont étoffées» (R. H. p 11- 12). Au niveau de la gestion, le document de la Réforme dispose que «Les prestations hospitalières sont considérées comme des «services» en terme économiques. Ils peuvent générer des ressources s'ils sont capables de répondre aux spécificités de la demande» (R. H. p 11). Une telle disposition établit une sorte d'assimilation de l'hôpital et de l'entreprise en cela que dans l'un comme dans l'autre cas, il s'agit de s'inscrire dans une logique d'amélioration du produit dans le but de disposer de parts de marché substantielles. Pour accéder à un tel dessein, le document de la Réforme a proposé des mécanismes (centralisation des recettes, mise en place d'organes de contrôle, transparence

dans les procédures de passation de marché entre autre) pour faire des finances des structures hospitalières une utilisation à bon escient. L'objectif visé est d'assainir la gestion en vue de disposer d'un capital suffisamment consistant pour faire face à une demande de soin de plus en plus forte et exigeante.

S'agissant de la qualité des soins, le document propose le recrutement d'un personnel administratif et soignant de qualité en vue de rendre plus performante l'offre de soins ainsi qu'en disposent les alinéas 1 à 4 de l'article 9 de la réforme hospitalière. On peut, en effet, lire à travers ces dispositions que : « le service hospitalier concourt à l'enseignement universitaire et post universitaire à la formation continue des praticiens, à la recherche médicale, odontostomatologie, pharmaceutique et psychologique, à la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la recherche au soin infirmiers et obstétricaux» (R. H. p. 31). En somme à ce niveau, l'accent est mis sur l'information et la formation du personnel par le biais des programmes de recyclage.

Perceptions de la réforme hospitalière

L'objectif principal de la réforme hospitalière est donc de conduire des changements organisationnels et managériaux afin d'assurer un accès équitable et de qualité aux services de soins. Cependant, au niveau de l'hôpital, l'application des dispositions réglementaires afférentes à cette Réforme s'est traduite dans l'ensemble par :

- la centralisation de l'administration hospitalière qui s'exprime par la prise en charge par la Direction et les services qui lui sont directement rattachés de tout ce qui réfère à la gestion à la comptabilité, au recrutement, à la communication, à la formation, à la politique managériale, à l'assistance sociale, aux soins infirmiers et à la maintenance.
- Le recrutement du personnel bénévole et son alignement, sur le plan statutaire, sur leurs collègues relevant de la fonction publique et titulaires des mêmes diplômes.
- La centralisation des recettes qui est une conséquence du nouveau profil de l'administration hospitalière avec l'édification des services du contrôle de gestion et de la comptabilité.

Ainsi donc la Réforme, dans ses principes comme dans son application, s'est traduite par une sorte de transfert d'une partie substantielle des prérogatives des médecins et chefs de service à l'administration. Dès lors, dans sa nouvelle configuration, l'hôpital se présente comme un espace dont le centre est occupé par l'administration tandis que les médicaux sont relégués au niveau de la périphérie. L'espace sanitaire est fortement médicalisé. La conséquence première est que les légitimités premières sont attachées au statut de sa profession au sein des structures. C'est ainsi que dans plusieurs services, c'est le plus ancien, le plus gradé dans le statut à qui échoit la direction des services. Autrement dit, dans les représentations encore réelles de ses acteurs, l'hôpital est d'abord et avant tout, un espace où se prodiguent des soins, où se soignent et se guérissent des pathologies. Sous ce rapport, les médecins continuent à être considérés comme «les maîtres des lieux», les seuls qui ont vraiment droit à y exercer leur profession.

Lorsque l'organisation se complexifie par la multiplicité des services, la cohabitation de plusieurs spécialités, l'attrait de l'offre de services, le recours aux fonctions managériales s'impose. Les managers s'installent dans les services en y exerçant leur fonction tout en observant l'inconfort des professionnels médicaux qui ainsi les perçoivent comme des inquisiteurs. Mépris, évitement, les professeurs s'arc-boutent à leurs spécialités, convoquent leurs compétences, leur haut de qualification et finissent par créer des micro organisations en raison de la légitimité que leur offre leur chaire et l'exclusivité de leurs compétences.

Différentes légitimités interagissent. Les règles professionnelles de l'organisation du travail concourent à privilégier l'accentuation des facteurs managériaux tandis que la multiplicité des spécialités médicales crée une multipolarité dans l'organisation des structures complexes de santé. Lorsque l'organisation se complexifie par la multiplicité des services, les cohabitations de plusieurs spécialités, l'attrait de l'offre de services, les recours aux fonctions managériales s'imposent. Les managers s'installent dans les services y officient et en même temps, réduisent considérablement l'espace d'exercice de l'autorité des professionnels médicaux qui, ainsi, les perçoivent comme des inquisiteurs.

Les managers n'ont pas de prise sur les micro organisations. Le pouvoir de guérir l'emporte sur l'art d'organiser en particulier lorsque ce pouvoir médical est doublé de la fonction d'universitaire: celle de former d'autres médecins, assistants, infirmiers qui fréquentent durant leur cycle universitaire les mêmes espaces sanitaires que leur maître. L'art d'organiser est confiné; il manque de créativité dans un environnement sanitaire souvent méconnu mais souvent tentés qu'ils sont par l'accaparement des ressources ainsi que celui du patrimoine. Les médecins leur laissent, malgré eux, le contrôle sur l'administration centrale tout en veillant scrupuleusement à organiser leurs services en des entités autonomes à la fois pour recruter les clients, s'approvisionner et définir les règles d'accéder à leur offre. L'autonomie rime dans certains cas avec une gestion personnalisée. Tout fonctionne comme si l'autonomie s'acquiert plus par le marquage de son territoire, territoire bâti sur les chairs médicales, les spécialités.

La réforme qui intervient dans ce contexte vise à restituer l'intérêt général menacé et installer des mécanismes de gestion et de transparence. Force est de reconnaître cependant qu'en optant pour une centralisation, la réforme n'arrive pas à partir des ressorts d'une organisation nébuleuse, riche par la cohabitation de plusieurs spécialité et la fréquentation d'un public divers constitué principalement des couches moyennes et pauvres. La réforme finit par devenir elle-même un problème de plus en accentuant les clivages et en amplifiant les logiques parallèles. Notre sentiment est que lorsque des organisations complexes deviennent des nébuleuses, il est plus indiqué de leur appliquer un mode d'organisation en réseaux, plus adapté à leur rationalité. En ne s'inscrivant pas dans une telle logique, la Réforme s'est, en définitive, traduite par une sorte d'élargissement à la limite exagéré de l'espace de pouvoir occupé par la Direction en particulier et par l'administration hospitalière en général. Ce qui induit inéluctablement des réactions d'hostilité de la part de certaines composantes de l'hôpital qui ont vu leurs prérogatives considérablement réduites et l'espace d'exercice de leur autorité rétréci.

Une gouvernance pathogène !

De façon générale, la gouvernance peut être conçue comme un mode de direction ou d'administration d'une organisation. Dans le cadre de la structure sanitaire, la gouvernance se décline diversement. Elle se manifeste à travers les types de rapport entre les différentes catégories, l'articulation des relations de hiérarchie entre les corps constitués ainsi que les canaux et les supports par lesquels les échanges se font entre les composantes de la structure. A ces dimensions de la gouvernance s'ajoutent la gestion financière et les tâches administratives, le type de rapport établi avec des groupes comme les syndicats, les amicales et toutes les autres associations évoluant au sein de la structure de santé ainsi que les mécanismes de résolution des conflits. Les différentes catégories des établissements sanitaires, comme dans toutes les autres formes d'organisation, ne poursuivent pas toujours les mêmes intérêts et n'utilisent pas les mêmes stratégies. Les stratégies adoptées sont orientées vers le contrôle des espaces de pouvoir à des fins d'accès et même d'accaparement

des ressources. Ce qui, inévitablement, conduit à des dysfonctionnements managériaux que nous nous proposons d'analyser dans les lignes qui suivent.

Les dysfonctionnements managériaux observés en milieux hospitaliers

Dans l'analyse que nous nous proposons de faire ici du management du système de santé, il s'est agi de repérer et de rendre compte de la politique managériale en milieu hospitalier, au niveau des centres de santé, des postes de santé publics et privés, d'une structure de santé d'entreprise et d'une mutuelle de santé. Pour ce faire, nous mettrons en relief ses composantes principales que sont l'organisation, le fonctionnement et les différentes procédures conformément aux dispositions de la réforme. En se situant dans une perspective simplement définitionnelle, on relève toute la complexité de ces composantes puisqu'elles relèvent toutes de ce qu'on pourrait appeler une « dynamique » c'est-à-dire ce qui renvoie à une constante recomposition. En effet, l'organisation détermine l'action inachevée, donc toujours perfectible, d'assembler des éléments disparates en vue de produire une harmonieuse configuration, le fonctionnement signifie le déploiement d'énergie et de stratégies c'est-à-dire de moyens pour atteindre un objectif qui se profile comme un idéal, la procédure enfin peut être mise en corrélation avec l'image d'un chemin à arpenter avec ses principes et ses normes.

Le décret d'application de la réforme impose aux établissements publics de santé de se doter d'une planification stratégique et opérationnelle appelée projet d'établissement, de budget alimenté par les recettes collectées auprès des usagers (d'où la centralisation des recettes au niveau de l'agence comptable), et enfin d'une cellule de contrôle de gestion qui est chargée de faire le point sur l'exécution de budget ainsi que sur la situation de la trésorerie et des ressources humaines. La planification stratégique s'inscrit dans le cadre de la gestion prospective. Elle consiste pour l'organisation à introduire l'avenir dans les décisions du présent en fixant des objectifs tout en indiquant les moyens organisationnels d'y parvenir.

La structure, dans son organisation comme dans son fonctionnement, repose sur une centralisation de l'administration et de la comptabilité. Dans ce schéma, la direction occupe une place centrale. Du point de vue du principe, la centralité de la direction se traduit par sa situation d'équidistance par rapport aux différents services existants. Il s'agit précisément, selon l'esprit de la réforme, d'une cellule qui joue un rôle fédérateur en cela qu'elle travaille constamment dans le sens de s'enquérir des besoins de tous les services (en personnel, en fournitures diverses et / ou en logistique) pour leur trouver des solutions dans la stricte observance des normes édictées.

Dans la pratique, on assiste plutôt à une sorte d'accaparement du pouvoir et de toutes les prérogatives qui lui sont attachées. Tout se passe comme si toutes les attributions qui étaient dévolues aux chefs de service se trouvent circonscrites dans la zone occupée par l'administration. Avant la réforme, chaque chef de service était entièrement comptable de l'organisation et du fonctionnement de son espace ; ce qui lui conférait une certaine autonomie. La réforme a mis en place un dispositif institutionnel par lequel l'administration a vu le cadre d'exercice de son autorité s'élargir considérablement au détriment de celui des chefs de service. Ces derniers, bien au fait des pratiques de l'administration, arpentent de leur côté des sentiers leur permettant de contourner les circuits officiels et d'accéder, par des raccourcis, aux ressources et au pouvoir. C'est ainsi que toutes les zones d'incertitude ou les interstices sont exploitées en vue de satisfaire ce besoin de contrôler, pour son propre compte, les ressources disponibles : amplification de pathologies, systématisation des consultations privées, orientation des patients vers des cliniques privées, etc.

En même temps, les paramédicaux et le personnel d'appui, grâce à la connaissance des rouages du système (ils ont été éléments de la structure comme bénévoles avant la réforme) et à la proximité avec les patients (ils les côtoient quotidiennement au moins pour prodiguer des soins) travaillent dans le sens de reproduire des pratiques corruptives (racket, colobane, vols etc.) le plus souvent avec la complicité ou la « tolérance » de l'administration. On est alors en présence d'une situation rendue complexe par la coexistence de différents pôles poursuivant des intérêts divergents. Un pôle est composé de travailleurs officiant dans un même service ou dans des services différents mais se mobilisant tous autour des mêmes préoccupations et dont les différentes interactions se donnent à lire comme des procédés de conquête de pouvoir et de ressources en dehors de toute légalité. Une telle situation est favorisée par le mode de recrutement pratiqué au niveau de la structure ; mode de recrutement qui promeut plus les réseaux d'alliance, de parenté, d'amitié, d'appartenance politique ou religieux que les dispositions réglementaires. Sous ce rapport, tout au moins, la parenté sociale s'affirme comme une réalité qui accorde une certaine légitimité et une consistance aux pôles. La parenté sociale ne renvoie pas prioritairement aux liens biologiques mais plutôt aux types donnés de comportements, aux attentes, aux croyances et à tous les systèmes de valeurs qui interviennent dans les relations entre plusieurs individus.

Les ressorts de la conduite du travailleur au sein de la structure ne peuvent être précisément cernés que si on situe la personne dans un réseau plus ou moins complexe d'actions de réactions et d'interactions qu'elle entretient avec des éléments avec qui elle partage le même pôle. Mitscherlich caractérise un tel phénomène par le concept d' « extrodétermination » qui traduit le fait que la personne est sous la tutelle du groupe qui lui confie un rôle à jouer, rôle qui finit par se muer en « stéréotype qui dicte la façon dont on a à se comporter » Et c'est justement là que réside le phénomène de « polarisation » qui traduit le fait que le pôle imprime une orientation donnée au comportement adopté par l'individu. La « polarisation » renvoie aussi à l'espace ou au territoire couvert par chaque pôle. Ainsi par exemple, pour caractériser l'administration, on la considère comme un organe qui fonctionne sur la base du binôme : pôle-territoire. Tandis que le pôle renvoie à l'ensemble des travailleurs dont l'alliance est rendue possible par la parenté sociale et la communauté des intérêts poursuivis, le territoire marque l'ensemble des services institutionnellement rattachés à l'administration et manifestement inféodés à elle. En raison de la position stratégique de ces services (formation, communication, comptabilité, gestion des ressources humaines, soins infirmiers, maintenance) l'administration couvre un territoire dont la taille, à la limite démesurée, lui permet de contrôler une part substantielle des ressources.

Par ailleurs, en rendant la formation très sélective et en en faisant particulièrement bénéficier les éléments qu'elle « polarise », l'administration les hisse à des postes de commande et conforte davantage son hégémonie au sein de la structure. De la même manière, en "instrumentalisant" l'organe officiel de communication, l'administration œuvre dans le sens d'inverser les rapports de pouvoir en sa faveur. Les rapports de pouvoir sont déterminés par la maîtrise de l'information et des relations à l'environnement, la connaissance des règles de fonctionnement, les liens de parenté, l'affinité, l'ancienneté, le charisme. En conséquence, le pouvoir relève de la capacité d'un acteur de se rendre capable de faire agir un autre acteur, de faire triompher sa propre volonté dans une relation sociale.

Le décor du système de management révèle des distorsions profondes aussi bien au niveau de la hiérarchie que du système de contrôle. Au niveau de la hiérarchie, il se produit un manque d'intelligibilité dans la distribution des rôles et des statuts, dans la répartition des tâches ou dans la délimitation des responsabilités ; toutes choses qui obéissent essentiellement aux

logiques d'alliances et d'affinités. Ceci conduit à des dysfonctionnements managériaux comme l'exercice de l'autorité par des travailleurs ne présentant pas le profil requis, les cumuls de responsabilité, la non indexation de certains statuts aux fonctions effectivement exercées, la mauvaise articulation de l'organigramme. En conséquence, une situation marquée par la confusion qui s'installe sur le plan du management de la structure, confusion amplifiée, en particulier, par l'inefficience du système de contrôle. Dans un contexte traversé par la confrontation de pôles préoccupés par des intérêts différents et pas forcément conciliables, les cellules de contrôle se heurtent constamment à cet épineux obstacle que constitue l'inclination vers le parti pris ou l'exercice militant de ses missions. En effet, dans la situation où le contrôle s'exerce sur un service de même pôle, il n'a qu'une fonction nominale en cela qu'il prend la forme d'un rituel administratif auquel on défère plus par formalité que par conviction et équité.

Dans la situation inverse où le contrôle s'applique sur un service de pôle différent, il prend l'allure d'une inquisition ou, à la limite, d'une persécution. Voilà pourquoi un climat de méfiance et de défiance prévaut entre pôles différents, climat qui offre aux milieux hospitaliers l'image d'un espace de tension et de conflits opposant des groupes aux intérêts divergents. Comme on peut le percevoir, les dysfonctionnements sont de deux ordres. Ceux qui traduisent un état de délitement organisationnel inhérent à une approche directive du mode de gouvernance qui se contente de poursuivre une rationalité ignorant le jeu des acteurs. Et aussi ces dysfonctionnements suscités par des acteurs individuellement et en segments de réseau pour rendre invisibles certaines pratiques « corruptives » qui n'auraient pu échapper au système de contrôle. Bien évidemment, par la médiation de représentations et de mécanismes socioculturels (pratiques de la négociation, du compromis ou de la concession), ces différentes animosités, sans s'estomper, se résorbent dans ce qu'on pourrait appeler le culte du maquillage et de la dissimulation qui les rend imperceptibles de la part des personnes étrangères à la structure. L'investigation anthropo-sociologique s'est fixée, entre autres objectifs, de chercher, de trouver et d'énoncer cet arrière plan, ce fond dissimulé en vertu du principe que la science ne se suffit pas de la surface, elle remonte toujours du perçu au conçu, du montré au caché, de l'apparence à la substance, de l'aveu au sens en vue de découvrir et de dire la véritable nature des faits.

Une telle démarche nous a conduit à saisir la particularité d'une structure hospitalière qui est dirigée d'une main de maître par un officier de l'armée. Par déformation professionnelle, il gère l'hôpital comme on gère une caserne avec tous les sous-entendus liés à la vie militaire. Il est fréquent de voir un agent administratif rendre directement compte au directeur en sautant son chef hiérarchique immédiat. Ceci permet au directeur d'être informé de tout ce qui se passe dans sa structure. Sur le plan officiel, il y a un organigramme bien établi ; chaque agent a une tâche bien définie, mais dans la pratique, il existe un seul "chef", c'est l'officier, tous les autres sont des sujets ou des "soldats" comme il aime appeler amicalement ses proches collaborateurs. Ses relations de travail avec ses agents ne sont pas toujours basées sur le grade ou le niveau de responsabilité. La secrétaire ou le garçon de salle jouissent des mêmes prérogatives que le chef de service, tout dépend du degré de complicité ou d'affinité qu'il entretient avec ses différents agents. Pour marquer son "territoire", il est toujours en tenue de combat avec grades et médailles en évidence, ce qui lui donne une forte impression, il est admiré et craint à la fois par la majorité des agents. De même, il a fait de sorte qu'à part la direction tous les autres services administratifs sont dépourvus de téléphone. Pour référer un malade le médecin est obligé d'appeler sur son portable ou d'aller voir le directeur pour lui demander à téléphoner. Il est vrai que le médecin chef a un téléphone mais il est sous

gescompte de 7000 F au maximum. Cette situation voulue par le directeur, lui permet d'être au courant de tous les faits et gestes qui se passent dans l'hôpital.

Sur le plan fonctionnel, il dirige la commission de passation des marchés, les recrutements du personnel passent par lui et même les affectations se font avec son avis. Au total il est certain que dans cette structure il y a une seule référence c'est le directeur, tous les autres sont soit ses sujets, soit ses collaborateurs. Cette rigueur militaire n'est qu'une façade et cache beaucoup d'imperfections et de dysfonctionnements quant à la gestion financière et administrative de l'hôpital. Certaines failles ont été décelées et répertoriées. L'auditeur interne qui est chargé de faire respecter toutes les procédures financières de tout acte financier délivré au niveau de la structure de santé, n'a pas le droit de contrôler l'ACP, car ce dernier soutient avec la complicité du directeur, que l'auditeur n'a pas les compétences requises pour le contrôler, son refus est catégorique. Son seul interlocuteur devient alors le directeur. L'ACP adopte cette attitude car il jouit de relations privilégiées avec le Directeur. De ce fait l'auditeur ne contrôle que les actes financiers déjà exécutés, il n'intervient jamais avant, il est même appelé archiviste car ne faisant que classer ces dits actes.

Une telle situation est favorisée par la nature des relations entre services à l'intérieur de l'hôpital qui, au lieu d'être horizontales, sont verticales. Il n'existe pas d'interconnexion entre services complémentaires comme le veut la législation. Chaque chef de service rend compte directement au directeur sans tenir en considération ses propres collègues. Le directeur est la seule référence dans cette structure. Cette centralisation déteint sur le système d'organisation du corps médical. En effet, le CME ne se réunit que très rarement, il n'y a pas de staff pour permettre aux médecins de débattre sur les problèmes de l'hôpital. Tous les problèmes sont réglés individuellement et au niveau de la direction. Un médecin dit que " l'essentiel c'est qu'il règle mon problème le reste ne m'effleure pas". Chaque service met en avant ses propres intérêts, l'intérêt général n'est pas pris en compte. Ces dysfonctionnements sont surtout pour la plupart tributaires d'un sentiment d'attentisme et de peur très fort de la part du personnel envers le directeur, tout le monde attend les directives du "chef" pour une quelconque décision même secondaire concernant l'hôpital. Ce qui fait qu'il a une cour sous ses ordres, tout le monde lui obéit. Le style de management et les dysfonctionnements qui en découlent font que les pratiques corruptrices ont trouvé un terrain favorable dans la structure. Un décor organisationnel similaire a été constaté dans un autre établissement hospitalier marqué par l'accaparement de l'autorité et des responsabilités par le directeur qui détient un pouvoir à la limite exagéré. Ainsi le CTE qui devrait constituer un organe autonome se trouve placé sous la tutelle du directeur ; ce qui fait qu'en dernière analyse la direction ne fait face qu'au CME au sein de l'hôpital. Or le CME lui-même dans sa composition comme dans son fonctionnement est resté en connivence avec la direction. Au fond il y a même une complicité entre la direction et le CME.

Dans le domaine des passations des marchés, le service administratif et financier est constamment enjambé par la direction qui passe dans beaucoup de cas ses commandes en dehors des circuits officiels. Par exemple dans le cas des marchés relevant du partenariat avec certains organismes, c'est le conseil régional en collaboration avec la direction qui se charge des transactions. Il en est ainsi du marché de la climatisation de la maternité et des blocs opératoires après les travaux de réfection entrepris grâce à la coopération chinoise a été confié au chargé de la maintenance d'une entreprise de la place qui est le neveu du directeur. Ce qui rend possible un tel type de pratique c'est le développement des logiques d'alliance autour de la parenté et de l'ethnie. A cela s'ajoute le culte de la personnalité qui fait du directeur celui qui exerce un contrôle total sur l'hôpital. Voilà pourquoi tous les autres membres du

personnel effectuent un acte d'allégeance au directeur pour accéder à certains privilèges et se voir décerner un territoire: recrutement, consultations privées, recommandations.....

En outre on assiste à une sorte d'institutionnalisation de l'intermédiation. C'est à ce titre qu'un agent est pratiquement mis au service exclusif de la direction pour jouer un rôle de médiation entre le directeur et les services. Les travailleurs des différents services renouvellent toujours leur fidélité au directeur en trouvant solution à toutes ses sollicitations : recommandation de patients, établissement de dossiers médicaux (certificat médical, visite contre visite, déclaration de naissance, de décès....). L'hôpital porte le nom d'un guide confrérique dont la famille est établie dans la région. La position de cette famille lui permet de bénéficier d'un certain nombre d'avantages au niveau de la structure ; et ces avantages se nouent essentiellement autour de la gratuité des soins pour les membres de la famille et les patients qui sont placés sous son autorité. De même certains recrutements sont effectués à partir de la recommandation faite par un des membres de cette famille. Au total le recrutement qui repose essentiellement sur la complaisance fonctionne à partir des logiques d'appartenance ethnique, politique et confessionnelle. C'est ce qui fait que l'on constate au niveau de l'hôpital un recrutement pléthorique qui concerne un personnel sans compétences.

Dans tous les services explorés de la structure, on observe, contrairement à ce qui se passe dans certains autres hôpitaux, une grande complicité entre les différents éléments du personnel quelque soit leur corps ou leur niveau de responsabilité. C'est ce qui justifie certainement le fait que les pratiques corruptives n'arpentent pas des sentiers trop sinueux et ne font pas l'objet de réprobation particulière de la part des travailleurs de l'hôpital. On peut même dire que dans leur représentation collective, ces travailleurs tendent à légitimer de telles pratiques. Dans une telle situation les structures de contrôle n'ont qu'une fonction nominale en raison des affinités profondes (reposant sur l'ethnie, la parenté, l'amitié ou la religion) liant les différents éléments du personnel. Ce qui entraîne une absence notoire de sanction devant toutes ces pratiques observées. L'absence de sanction est d'autant plus réelle que dans certains cas des travailleurs officient dans des services dont ils ne dépendent pas sur le plan administratif. C est le cas des infirmiers que l'on peut retrouver dans les différents services de l'hôpital alors qu'ils sont placés sous la tutelle du chef de service des soins infirmiers.

L'organigramme de l'hôpital tel qu'il est articulé fait ressortir d'une part une forte centralisation du pouvoir au niveau de la direction et d'autre part des cloisons entre les services. En effet des passerelles entre les services n'existent pas, tout passe par la direction. Ainsi par exemple, dans le cas où à la suite d'un accident de la circulation le patient est affecté au niveau de la partie supérieure du corps nécessitant le concours de plusieurs services, les actes médicaux sont morcelés, faits dans la discontinuité, puisque chaque service renvoie le patient à la direction après son intervention. Ce qui entraîne une augmentation des charges du malade, la lenteur dans les actes médicaux, la légitimation de la centralisation du pouvoir.

Par ailleurs des dysfonctionnements managériaux sont observés avec l'exercice de certaines activités par des services ou des travailleurs qui ne présentent pas le profil requis sur le plan administratif. C'est ce qui fait que le chef du service qualité hygiène qui est ingénieur en génie biologique et sanitaire fait office de directeur des ressources humaines et de chargé de la communication. L'application de la réforme se manifeste par l'octroi de certains avantages au chef de service, avantages appelés « prime de responsabilité ». Par contre les autres membres du personnel n'ont pas vu leur traitement salarial enregistrer une amélioration sensible. Ce qui

installe un malaise ou des frustrations chez ces derniers qu'ils n'expriment qu'en sourdine en raison du type de relations qui unit les acteurs de la structure.

Concernant le service de la pharmacie il fonctionne en brigades réparties dans deux locaux différents. La pharmacie s'approvisionne auprès de la PNA, mais dans des cas d'urgences et ou de pénuries d'autres structures et fournisseurs sont sollicités. En effet il arrive fréquemment que la pharmacie fasse recours à d'autres structures hospitalières et à des collecteurs privés pour se doter en médicaments et matériels médicaux. Dans le principe, une telle transaction se fait sous le mode du prêt. Un tel service dans son fonctionnement se caractérise par une sorte de juxtaposition des pharmacies. De façon systématique les travailleurs de la pharmacie s'approvisionnent, à titre personnel, en médicaments auprès de certains fournisseurs, médicaments qu'ils revendent aux patients sans aucun intérêt pour l'hôpital. De telles pratiques effectuées au niveau de la pharmacie sont rendues possibles ou facilitées par l'absence de contrôle inhérente au mode d'organisation et de fonctionnement du service, au type de recrutement et aux affinités liant le personnel à la direction.



Il existe à l'intérieur de l'hôpital d'autres circuits de commercialisation de médicaments. C'est le cas en particulier des sages femmes et du personnel subalterne qui s'adonnent à la revente de médicaments subtilisés à des patients. Les frais d'hospitalisation, selon le système établi par l'hôpital, couvrent les besoins en médicaments du malade. Cependant des travailleurs profitent de l'ignorance de certains patients et les amènent à acheter encore les médicaments déjà régularisés. Par ailleurs les travailleurs de l'hôpital qui ont droit à une remise de 60% sur tout médicament acheté ou tout acte médical posé font bénéficier de tels privilèges à des tiers sur la base des logiques d'amitié ou de parenté. Dans beaucoup de cas les médicaments sont délivrés et les actes médicaux sont posés sans la contre partie financière des bénéficiaires. Ce qui contribue à la fragilisation du budget de l'hôpital, phénomène accentué par la généralisation des consultations privées et le détournement des malades vers les structures privées. Par exemple si l'accès officiel à la gynécologie suppose une participation de 2000f de la part de l'usager, avec 5000f on est reçu directement par le gynécologue sans le détour du service de l'accueil et la lenteur du système des rendez-vous.

En dehors des heures d'embauche et pendant les week-ends il se produit au sein de l'hôpital une sorte de généralisation de consultations et de soins effectués à titre privé par les sages femmes et les médecins. La pratique de l'arnaque est surtout observée chez le personnel d'appui qui dans bien des cas extorque de l'argent à des patients au nom d'actes médicaux qu'il n'est pas habilité à faire. Il s'appuie le plus souvent sur l'ignorance des rouages du système dans laquelle se trouve la plupart des usagers. Les vigiles qui se trouvent à l'entrée principale et devant tous les services profitent de leur position pour soutirer de l'argent à des patients afin de les faire accéder aux soins en faisant jouer les relations de parenté ou d'amitié avec le personnel soignant. Un certain nombre de malversations sont constatées au niveau du service social dont le budget annuel est de dix millions. Le chef de ce service gère son espace dans une relative autonomie ; il détermine lui-même ses propres critères d'indigence pour faire accéder certains usagers aux avantages de son service. Etant donné le caractère subjectif de ces critères, il est fréquent de voir des malades non indigents être pris en charge au moins partiellement par le service social. Ces pratiques ne font l'objet d'aucune dénonciation puisque pour l'essentiel les travailleurs de la structure y trouvent leur compte avec la logique des recommandations et des alliances de toutes sortes. La particularité des pratiques observées au niveau de l'hôpital MH3 c'est à la fois leur systématisation et leur « caution » de la part du directeur qui est lui-même fortement impliqué. Tout se passe comme si en s'inféodant à la direction, les travailleurs reçoivent quelque chose qui ressemble à une autorisation de s'adonner à des pratiques corruptives.

Au total, on assiste à l'existence de deux logiques opposées qui installent l'utilisateur dans un relatif inconfort au moins sur le plan financier. La première logique relève de la volonté d'améliorer la comptabilité hospitalière qui est très souvent déficitaire, ce qui conduit au relèvement de la contribution des usagers. La seconde logique renvoie au besoin d'accéder ou même de s'accaparer des ressources existantes en passant par des voies non officielles. Il y a enfin, les glissements de tâches qui se traduisent par le fait que des travailleurs de l'administration changent de poste sans l'aval de l'autorité. Cette pratique est surtout observée chez les secrétaires qui, sur la base de leur propre préférence quittent le service dans lequel elles officiaient pour rejoindre un autre qu'elles jugent plus valorisant. Dans ce registre on peut ranger certains travailleurs de la pharmacie qui font office de collecteurs de façon ponctuelle dans des services médicaux avec la complicité des chefs.

Dans un autre hôpital on note un système managérial marqué par la centralisation du pouvoir autour du directeur. Ce dernier peut à l'occasion déléguer une fraction de ce pouvoir à tel ou tel autre élément de la structure en mettant en relief les rapports de parenté ou d'amitié : ce qui conduit à une situation où les relations de hiérarchie accusent des défaillances profondes ou simplement de nombreuses zones d'ombres. Sur le plan managérial donc, on assiste à des dysfonctionnements qui tiennent essentiellement à la volonté du directeur à mettre en avant les alliances de parenté et d'amitié et à reléguer au second plan les normes professionnelles. Un tel décor, ainsi que nous l'avons présenté dans les lignes précédentes, est de nature à favoriser la généralisation voire la légitimation des pratiques corruptives. Ces pratiques atteignent des proportions si élevées qu'elles entament considérablement les finances de la structure. Elles peuvent prendre plusieurs formes et arpenter des sentiers différents en fonction des supports utilisés et des acteurs impliqués.

On peut relever tout d'abord « le phénomène de privatisation de l'hôpital » qui se traduit par le fait que les locaux et le matériel de l'hôpital sont mis à la disposition de cliniques privées moyennant une contre partie financière pour le compte de l'intermédiaire (le plus souvent il

s'agit de médecin de l'hôpital officiant dans ces cliniques) et du directeur. En effet, il arrive quotidiennement que des médecins, au nom de cliniques privées, fassent des interventions chirurgicales ou posent des actes médicaux divers au niveau de la structure. Dans des opérations de ce genre, les flux financiers empruntent des chemins qui ne conduisent pas au relèvement de la comptabilité de l'hôpital. Bien au contraire, les charges afférentes à l'entretien des locaux et du matériel continuent d'être supportées intégralement par le budget de l'hôpital. Sous ce rapport, les différentes pratiques de ces cliniques sont de nature à augmenter les charges de fonctionnement et de maintenance de l'hôpital.

A cette pratique, on peut ajouter la mauvaise gestion des stages qui se font le plus souvent pendant la période des vacances. L'hôpital utilise une soixantaine de stagiaires dont les émoluments varient entre 20 000 et 60 000 f. Pour l'essentiel, les demandes de stages sont satisfaites en fonction des relations de parentés et des alliances sociales de toutes sortes entre le bénéficiaire et un ou plusieurs acteurs de l'hôpital. A ce niveau, les réseaux les plus visibles réfèrent à la sphère politique, confrérique et familiale. Cette importante proportion de stagiaires utilisés par l'hôpital par le biais d'alliance politique, confrérique et familiale contribue inévitablement à la fragilisation des finances de la structure.

Par ailleurs, on peut noter cette pratique courante effectuée par les médecins qui posent des actes médicaux pour leur propre compte en dehors des heures d'embauche. C'est eux même qui disent à ce propos « les soignants se soignent après les heures d'embauche ». Les médecins s'appuient sur le personnel subalterne pour recruter des clients de l'hôpital et les inscrire dans la liste des usagers qu'ils doivent consulter après et quelque fois même pendant les heures d'embauche. Il y a là au moins deux volets qui constituent de sérieux contre coup pour les finances de l'hôpital : le détournement des clients et l'utilisation à des fins personnelles des locaux et du matériel de l'hôpital. Les subventions allouées à la famille du parrain par l'hôpital à l'occasion de certaines cérémonies contribuent aux difficultés financières que connaît la structure. Pour certains responsables de l'hôpital ces accointances avec la famille du parrain ne sont pas faites de façon naïve et gratuite, elles relèvent d'une volonté de passer par la voie confrérique pour faire accéder à l'hôpital à certains privilèges. Dans tous les cas, on constate une forte présence de cette famille religieuse dans les différentes activités de l'hôpital, présence dont les contre coups financiers participent à la fragilisation des finances de la structure.

Enfin, l'effectuation de dépenses non inscrites dans les fichiers comptables par certains responsables de l'hôpital constitue un sérieux handicap au relèvement du niveau des finances de la structure. On peut mettre dans cette rubrique le cas des balayeurs travaillant pour le compte d'un service de nettoyage de la place, balayeurs qui ont vu leurs salaires augmenter de 30 000f avec le concours de l'hôpital. Autrement dit, au nom d'une volonté d'améliorer l'hygiène et la propreté de l'hôpital, le directeur et certains chefs de service ont pris la décision d'augmenter, en tirant sur les ressources de l'hôpital, les salaires de ces balayeurs qui pourtant ne font pas partie du personnel officiel de l'hôpital. Au total, l'hôpital régional fait face à des dysfonctionnements nombreux et profonds entretenus par les acteurs de la structure eux mêmes qui finissent par l'installer dans une situation financière de plus en plus déficitaire.

L'hôpital privé, contrairement à l'hôpital public est caractérisé par un système de management qui accorde plus de pouvoir aux travailleurs de l'administration qu'au directeur. Il a été noté dans cette structure un grand repli des catégories socio professionnelles sur elles-mêmes. C'est pourquoi les pratiques corruptives qui y ont été observées se réalisent essentiellement autour de ces catégories socio professionnelles. Le système de management

tel qu'il se présente conduit à des dysfonctionnements ayant des répercussions financières importantes. Ainsi on a assisté à un gonflement des salaires des travailleurs de la direction financière avec la complicité du directeur des ressources humaines et du directeur financier. C'est ce qui a fait que la mission d'audit qui y a été effectuée a constaté des malversations financières mettant en cause le directeur comptable. La mission d'audit a été commise suite à un déficit de 600 millions accusé par les finances de la structure. Il s'agit ici de détournements de deniers de l'hôpital qui ont installés la structure dans une situation financière particulièrement négative. Si on en est arrivé à une telle situation c'est que les services de contrôle, ainsi que nous l'avons présenté dans le précédent chapitre, ne font pas preuve de rigueur dans l'exercice de leur mission. L'absence de rigueur dans le contrôle constitue une vulnérabilité à considérer.

Ainsi donc, en dépit des dispositions réglementaires mises en place par la Réforme, on assiste à une persistance et à une récurrence des dysfonctionnements managériaux qui prennent des formes différentes en fonction de la spécificité des structures et du profil des acteurs et des groupes. Une telle situation tend à se généraliser et à s'étendre aux centres de santé.

Les dysfonctionnements du système organisationnel des centres de santé

A la différence de l'hôpital, les centres de santé sont dirigés par des médecins chefs. Ils sont les responsables des services. Les agents qui travaillent avec eux constituent ce qu'on appelle des médicaux et des paramédicaux c'est-à-dire des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages femmes, des infirmières d'Etat, des aides infirmiers, des techniciens de laboratoires, des assistantes sociales, des agents sanitaires et des agents sanitaires communautaires. On note aussi la présence de chauffeurs, de vigiles, de policiers, etc. Le personnel est recruté soit par l'Etat, soit par la Commune ou la commune d'Arrondissement, soit par le comité de santé. Les collaborateurs de ces leaders sont le major et les responsables des unités de soins pour ce qui touche le volet purement médical mais aussi les médecins chefs adjoints. Même si ces derniers jouent un rôle dans la structure, ils ne sont pas très visibles dans l'administration du centre car les responsables des services travaillent plus avec les majors qui leur sont plus proches et qui sont des infirmiers.

D'autres personnes interviennent dans la gestion de la structure à savoir le comité de santé. Dans un des centres appelé district, l'organigramme est plus important, ceci du fait qu'il polarise plusieurs postes de santé. Le médecin chef adjoint et les superviseurs des Soins de Santé Primaires, le Coordinateur constituent avec le Médecin Chef l'équipe cadre du district. Ils supervisent de ce fait les activités de la structure à laquelle ils sont rattachés mais aussi les activités des postes de santé qui se trouvent dans le secteur. Les services offerts sont multiples et variés et dépendent de la taille et de l'importance des centres de santé. Ils concernent en général la médecine c'est-à-dire l'hospitalisation, les consultations enfants et adultes, la vaccination, la radiologie, le laboratoire, le cabinet dentaire, la pharmacie, la maternité, le planning familial, la gynécologie. Des consultations relevant de spécialités sont proposées aux patients dans une des structures. Il s'agit de la cardiologie, de l'électrocardiogramme, de l'urologie et du centre diabétique. Ces prestations sont assurées par des médecins vacataires. Un service de tri permet de recevoir et d'orienter les patients mais aussi de gérer les urgences. Les centres fonctionnent 24H/ 24, le matin avec les consultations générales, l'après midi avec les permanences et le soir avec les gardes de nuit.

Ce sont les recettes générées par les structures mais aussi des budgets alloués par l'Etat et la Commune qui font vivre les centres. Les recettes proviennent de la vente des tickets, des médicaments et des consultations et elles sont dans les normes destinées à la prise en charge

des besoins du service. L'Etat ou la Mairie de la ville participent au financement par le biais de sommes allouées ou de matériels fournis. La subvention de l'Etat est destinée à l'achat de fournitures de bureau, de médicaments, de consommables, de carburant, à l'entretien des lieux et à celui des véhicules. La Mairie quant à elle demande d'exprimer les besoins ou livre du matériel dont les centres ont besoin. Ainsi, elle les dote en personnel, matériels, blouses, bureautique, carburant, produits d'entretien, etc. Des sommes d'argent n'étant pas attribuées, les gestionnaires ignorent le montant qu'il leur revient de droit. Par rapport aux équipements des centres en matériels, produits, etc. des fournisseurs sont sollicités. Les commandes se font avec l'aval du responsable de la structure.

Le comité de santé qui est un groupe de personnes élu par les populations de la localité concernée par sa structure du fait de son intervention constante dans le fonctionnement du centre finit par être comme intégré dans le schéma de l'établissement. L'autorité administrative convoque une assemblée et des personnes sont choisies pour un mandat de deux ans renouvelables. Un décret régit le fonctionnement de cette équipe. Le comité une fois sur place gère exclusivement les recettes. Mais le responsable a un droit de regard sur leur gestion surtout quand la somme à débloquer dépasse 50000F selon le gestionnaire d'un des centres. Il s'occupe des besoins ponctuels tels les réparations du matériel défectueux, le matériel à payer en urgence, les ordonnances à payer, etc. La restauration de l'équipe de garde, le salaire du personnel qu'ils ont recruté, les produits d'entretien sont à leur charge

Généralement au niveau des centres de santé, ce sont des médecins qui se chargent de l'administration des services. Ils sont appelés médecins chefs et ils sont les responsables de la structure concernée. Ils ont entre autres collaborateurs des majors avec qui ils traitent de plusieurs questions d'ordre général notamment celles relatives à la médecine. Ces derniers sont responsabilisés partiellement ou entièrement suivant la structure dans laquelle on se trouve. Dans un des centres par exemple, les rotations au niveau des unités de soins que les infirmiers font sont organisées par le chef du service lui-même qui détermine aussi les équipes de gardes mais en collaboration avec le major tandis que dans l'autre structure c'est le major lui-même qui élabore chaque mois la liste des gardes. Le fait pour le chef d'être à la tête du service ne lui donne pas systématiquement un droit de regard sur tout ce qui s'y passe en particulier pour les questions médicales. En effet, la présence d'autres médecins adjoints ou non contribue à la prise en charge effective des patients et à ce propos si par exemple en hospitalisation, un malade doit être évacué ou libéré, le médecin traitant a la latitude de prendre les décisions y afférant sans en référer au responsable du centre. Néanmoins, quand la maladie d'un patient dépasse la compétence d'un infirmier qui le reçoit à l'accueil, celui-ci l'oriente vers le médecin chef. Ceux qui sont aussi à la tête des différentes unités de soins rendent compte au chef du centre quand il le faut. Ils ont sous leur direction des agents qu'ils managent de manière différente suivant un style directif ou démocratique.

Dans une même structure, il y en a qui dirigent eux-mêmes le groupe qu'ils ont sous leur responsabilité tandis que d'autres délèguent entièrement leurs pouvoirs à leur personnel pour des raisons liées à des absences plus ou moins longues. Ainsi l'un d'entre eux qui supervise une unité de soins procède lui-même à la coordination, à la formation et à l'administration de son équipe, organise des séances de travail avec l'équipe de garde et des réunions de coordination mensuelles, bimensuelles avec le personnel qui compose les différentes entités de l'unité de soins. Un autre sous prétexte que nul n'est indispensable a responsabilisé ceux qui travaillent avec lui. Pour lui, tout le monde est à même de pouvoir effectuer les mêmes tâches que lui sans difficulté aucune et que la boîte doit pouvoir tourner en son absence. En réalité, cette situation l'arrange car elle l'autorise à s'absenter en toute quiétude pendant trois

jours voire deux semaines sans que cela ne porte préjudice à l'unité qu'il gère pour des raisons de séminaire ou autres.

Les interviewés dans leur globalité prétendent qu'il n'y a pas de difficultés dans le style de management. Le discours tenu par quelques uns ne reflète pas tout le temps la réalité. Si d'après les uns, il n'y a aucun problème par rapport au management et que certains vont jusqu'à dire que la hiérarchisation entre agents d'une même unité n'est pas perceptible du fait que le personnel travaille en équipe, ceci n'est pas toujours avéré car le comportement adopté par d'autres rend compte d'un malaise au sein des structures. En effet, il existe quelques défaillances enregistrées qui se répercutent au niveau du travail. Il s'agit entre autres du refus de recruter les vacataires qui exercent dans la structure et qui participent considérablement au relèvement des recettes de l'établissement. Il n'est pas possible de faire d'eux des permanents, sans la demande expressément établie du comité directeur. Mais, pour ne pas avoir à les prendre en charge sur le plan salarial leur donner tous les avantages qui leur reviennent, le comité refuse d'émettre le besoin de recruter du personnel, se contentant ainsi de prendre ces médecins comme vacataires. Cette situation crée des frustrations au point qu'il y en a qui refusent systématiquement de travailler et qui vont jusqu'à libérer les patients pendant au moins une semaine pour un problème de produits, ce qui à la longue finit par installer les usagers dans le désarroi tout en entamant les recettes de la structure.

Le favoritisme est dans certains cas de rigueur, en particulier lorsque le médecin envoie en cachette des agents en séminaires plus sur la base de considérations subjectives que de normes professionnelles. Il en est également ainsi des informations qui, pour des raisons subjectives, sont inégalement distribuées aux agents de la structure. Le schéma se présente comme suit : d'un côté le chef du service, le major, le secrétaire et des agents qui lui sont très proches, de l'autre tous ceux qui n'épousent pas sa façon de gérer parce qu'ayant des principes relatifs à une égalité de traitement pour tous. La communication de ce point de vue évolue à deux vitesses et à ce propos, c'est l'équipe qui est entrée dans les bonnes grâces de la hiérarchie qui dispose de l'information, qui va aux rencontres nationales et internationales quand l'occasion se présente. Cette constante remise à niveau pour une minorité et toujours pour les mêmes engendre des frustrations pour les autres au point qu'ils ne font aucun effort pour se surpasser même s'ils sont conscients que la médecine progresse et qu'il leur faut évoluer avec elle. Ces différents problèmes ont des retombées sur la gestion de la structure et favorisent à cet égard des dysfonctionnements.

La nature lacunaire du système de communication a été observée dans plusieurs centres de santé. Ainsi par exemple il a été remarqué dans un centre une sorte de perversion du système de communication qui se traduit par une confiscation de l'information par le Médecin Chef et l'équipe cadre. Le reste du personnel marginalisé pense qu'il y a manifestement un grand déficit communicationnel et que le Médecin Chef distant et peu communicatif agit en solitaire. Le personnel n'est pas suffisamment informé de ce qui se passe dans le centre ; un petit groupe dispose de la primauté de l'information sur les séminaires et rencontres, les décisions des autorités, les projets du centre et même les acquis, en matériel surtout.

« *Loo xam te ba ko* » (être avisé et laisser faire) : Certains manquements du personnel à leurs obligations sont rapportés à leur chef, il sait que certains agents ne respectent pas ses directives, mais il ne sévit pas, préférant adopter un profil bas face à des collaborateurs qui sont, sinon intouchables, du moins, protégés.

L'opacité dans la gestion demeure. En effet, c'est dans l'exécution des tâches que s'installe une vraie nébuleuse et c'est là que jouent les réseaux : d'une part entre le MCD, le major et le gestionnaire : le premier se décharge sur les deux autres à qui il donne exclusivement ses directives et qui lui rendent compte. C'est l'opacité : la preuve, nombre de membres du personnel, y compris l'adjoint du médecin chef, se demandaient qu'est ce qu'on construisait ici en voyant pousser le bâtiment du bloc opératoire en construction. Des gravures de bronze sont installées dans leur bureau sans qu'ils en aient fait la demande alors que leurs besoins en matériel de soins sont satisfaits tardivement et insuffisamment.

Certaines compétences sont en rade. Un agent du centre a des attributions en matière administrative et financière et ne les exerce pas sous prétexte « qu'on ne l'implique pas ». Il semble s'accommoder de cet isolement, se réserve ainsi, arguant que « ce n'est pas lui qui définit les tâches et qu'il se limite à ce qu'on veut bien lui confier » même s'il déplore que beaucoup de compétences soient mises en rade. Cette attitude de dépit donne au gestionnaire l'occasion de régner en seul exécutant des tâches même s'il se défend d'être un simple exécutant. Il est le seul interlocuteur des fournisseurs du centre avec qui il peut marchander à loisir.

Certains programmes nationaux de santé seraient-ils « détournés » à la base ? Ce qui les caractérise c'est la gratuité dans la prise en charge médicale. Ainsi, pour les enfants de zéro à cinq ans et les femmes enceintes atteints de paludisme, les soins et les médicaments qui leur sont délivrés ne sont pas payants. Concernant la tuberculose, la prise en charge des patients est intégrale et celle-ci couvre aussi bien les frais d'analyses faites au laboratoire que le traitement pendant plusieurs mois. Un des programmes de santé quant à lui est destiné aux jeunes enfants et les vaccins sont donnés sans contrepartie financière. Ces programmes dans leur ensemble sont logés dans les centres de santé et des responsables sont désignés pour en assurer la distribution. Mais, dans la pratique les choses se passent autrement. Dans le cas d'un des programmes nationaux c'est la gestion des produits qui pose problème tandis que pour certains programmes nationaux de santé une politique de non gratuité dans la prise en charge prévaut. Ces situations de ce point de vue vont à l'encontre des intérêts des patients. Pour ce qui est de certains autres programmes il existe dans une structures visitée une procédure pour disposer de ces médicaments : le praticien après avoir diagnostiqué le mal dont souffre le patient lui prescrit une ordonnance. Avant que ce dernier ait les médicaments, il faut la signature de deux personnes : celle de l'agent chargé de la gestion et celle du responsable de service qui sont les seules personnes habilitées à mener cette opération. Mais, en réalité, d'autres agents interviennent dans l'octroi de ces médicaments. Il s'agit du personnel qui assure les gardes du week end par exemple. Les remèdes sont utilisés et les pièces justificatives que sont les ordonnances non délivrées.

Une autre situation prévaut et concerne les produits non logés dans le bureau du gestionnaire d'un programme national mais à la pharmacie. Il arrive de ce fait que le vendeur quand il est confronté à une rupture de stock prélève des produits du programme qu'il vend. Il est supposé les restituer une fois qu'il dispose de ses médicaments. L'ensemble de tout cela a entraîné dans la gestion qui est faite de ce programme une importante perte de lots de médicaments qui ne peut être justifiée ni par le responsable du programme ni par son supérieur hiérarchique. Cette situation favorise dans ce cas une prise en charge très réduite des patients comparée au nombre extrêmement élevé d'enfants et de femmes enceintes qui souffrent de paludisme.

Concernant certains programmes nationaux, les faits sont autres. La gratuité dont il est question est quasi inexistante. Certes, il est tout à fait normal que le ticket soit payé avant

d'accéder au service demandé mais cela ne se limite pas là toujours car si ce n'est pas le patient qui est souvent obligé de déboursier encore pour disposer de ce qui lui revient gratuitement de droit, c'est le responsable de l'unité qui augmente considérablement le prix de l'acte sensé être gratuit. Au total, ce sont les gestionnaires de ces deux types de programmes qui détournent ces derniers de leur objectif initial dans le seul but de se remplir les poches. Ainsi, la distribution des médicaments est tributaire d'une contrepartie financière de 200F pour un ancien patient et 500F pour un nouveau malade. Quant aux analyses au niveau du laboratoire sensées être gratuites, le patient débourse 1000F. Cette somme constitue une prime pour le laborantin qui soit disant court des risques dans la manipulation des crachats. La vaccination elle, est pour le responsable qui l'assure, l'occasion de rançonner les accompagnantes des jeunes enfants. Les 700F demandés pour une prestation qui doit être normalement gratuite si le prix du ticket (50F) est défalqué, constitue une sérieuse difficulté pour ces personnes qui n'ont pas le choix.

Au total, on assiste à des programmes détournés de leurs objectifs à savoir la prise en charge entière et gratuite d'un maximum de personnes qui souffrent d'une de ces pathologies ou la vaccination en masse des enfants dans le cadre du programme élargi de vaccination. En lieu et place ce sont des responsables qui assurent la gestion de ces programmes nationaux qui en profitent lésant de ce fait les destinataires.

« *maa ko tey def ko ou sama tayeef la ma def ko* » (je le fais exprès). Dans n'importe quelle institution ou service, il ressort qu'il existe des personnes qui vont à l'encontre des règlements. La santé n'échappe pas à cette réalité. Des agents pour une raison ou une autre refusent systématiquement de se plier aux exigences des normes cautionnées par la structure. Cet état de fait est occasionné en général par des difficultés relationnelles. Hormis les problèmes interpersonnels, la conception que certains ont de la répartition de tâches à exécuter par le médical d'un côté et le paramédical de l'autre les pousse à poser des actes qu'ils légitiment même si ceux-ci vont à l'encontre de la règle générale. Même si pour une opération bien précise, le chef du service interdit formellement de la faire payer au patient en raison du milieu dans lequel se trouve la structure, il existe toujours certains qui font fi de ce règlement et posent des actes de corruption. L'argumentaire tout le temps servi pour justifier l'acte posé est qu'il y a des opérations médicales qui ressortent exclusivement de la compétence des médecins car relevant de la chirurgie. De ce fait les propos de cet agent (: « Comme ils ne veulent pas le faire et demandent aux infirmiers de le faire, donc moi je ne ferais pas gratuitement. ») rendent compte des conséquences qu'une situation conflictuelle entre supérieur hiérarchique et personnel paramédical peuvent engendrer et qui sont susceptibles de se répercuter sur la prise en charge gratuite des patients. Lorsque les relations entre les membres du personnel se structurent sous le mode de l'hostilité, l'organisation du travail ainsi que la prise en charge des patients se dégradent.

C'est le cas des centres où on note une gestion patrimoniale du personnel. Des agents diplômés d'Etat sont disponibles dans les centres de santé en cause mais ils sont laissés à la touche alors qu'on responsabilise des contractuels. Il en est ainsi de l'exemple d'un contractuel aide infirmier qui est nommé major alors que des infirmiers diplômés d'Etat plus expérimentés sont marginalisés. La logistique que l'Etat donne au district est mal gérée. « Comment se fait-il qu'un infirmier chef de poste ne dispose pas de moto alors qu'au centre de santé même les gardiens trimbalent avec des motos » remarque un infirmier chef de poste lésé. Le dispatching de la dotation de l'Etat poursuit notre interlocuteur n'est pas équitable. Il y a des faveurs qui sont accordées à tel ou tel poste selon les rapports que l'infirmier entretient avec le médecin chef. Les structures périphériques qui appartiennent au district (postes de

santé dans les quartiers et villages) ignorent comment l'argent du district est géré. Les marges bénéficiaires du district ne profitent pas aux postes de santé. L'argent est toujours centralisé entre le médecin chef et le président du comité de santé. Les infirmiers chef de poste reçoivent très souvent tardivement les informations. C'est souvent verbalement qu'ils sont informés des rencontres officielles.

Si les infirmiers chefs de poste évacuent des malades vers la structure de référence qu'est le centre de santé, ils sont réceptionnés par des agents de santé communautaires ou des aides infirmiers, un personnel moins gradé. L'une d'entre eux était balayeuse. Elle fait le tri maintenant parce qu'elle est fille d'un politicien très influent dans la ville et elle entretiendrait des relations sentimentales avec le médecin chef. Elle assure la garde comme les autres infirmiers à tour de rôle alors que la mairie l'avait recruté comme balayeuse à la disposition du centre de santé. Elle n'a fait aucune formation. Elle consulte quand elle est de garde. Les malades qui la connaissent, nous apprend t-on, dès qu'ils savent que c'est elle qui est de garde préfèrent rebrousser chemin pour aller dans les dispensaires des quartiers.

C'est ce qui explique la baisse terrible de la fréquentation du centre de santé ; De plus en plus, les postes de santé hospitalisent alors qu'en principe seuls les malades en observation devraient rester dans les postes pour trois jours seulement. *« Si nous suivons l'ordinogramme que nous avons reçu, en principe l'essentiel de nos malades seraient envoyés au centre de santé. Mais les malades ne veulent pas qu'on les y conduise. Ils disent que c'est les mêmes traitements qu'ils avaient reçus au poste qu'ils reçoivent là bas »*. Leur refus s'explique aussi par le fait qu'ils ont moins de chance d'être vus par un médecin. Seul un médecin consulte en plus du gynécologue. Ce dernier suit des cours de santé publique. Ce qui fait que tous les quinze jours il est absent. L'autre est souvent pris dans les séminaires, dans les tournées de supervision dans les villages du district. C'est ce qui fait que c'est souvent le médecin étudiant qui assure les consultations. Et il faut passer par le service tri qui fait le dispatching entre les infirmiers et le médecin.

Le manque de personnel qualifié est criard dans le centre de santé. Depuis le départ du chirurgien dentiste, il y a de cela trois ans, une aide infirmière formée sur le tas assure les consultations au niveau du cabinet dentaire. Malgré ses carences décriées, c'est elle qui assure tout. Les ruptures de médicaments sont fréquentes au niveau du centre de santé. Certes il y a des ruptures qui sont dues à des ruptures au niveau de la pharmacie régionale d'approvisionnement. Mais il y a aussi des ruptures plus fréquentes dues aux blocages entre le médecin chef et le comité de santé qui ne parlent pas toujours le même langage. Ces blocages sont fatidiques pour les postes de santé qui dépendent de la pharmacie centrale. Les ruptures de médicaments, avance un des infirmiers, sont aussi à la base de la baisse de la fréquentation des malades. La gestion personnalisée du chef du centre de santé fait que le personnel dénonce une immixtion trop accentuée des enfants du chef qui jouent sur les ordinateurs du centre. Ce qui est à la base des pannes répétées des machines. L'aîné du médecin chef aussi abuse des motos et du véhicule du centre. Des scènes de confrontations verbales avec les chauffeurs sont fréquentes. La gestion du centre reste un mystère pour le personnel du centre qui fait entrer l'argent dans les caisses fait remarquer un responsable syndicaliste agent du centre. Comme dans toute gestion saine poursuit t-il, il faut rendre compte. Le médecin chef est le garant des comptes mais il doit pouvoir informer les agents par l'intermédiaire de leurs représentants. Ici comme la plupart des districts, les médecins chef ne respectent pas les règles de la formation des comités de gestion où on doit impérativement retrouver le personnel et les partenaires sociaux. Le personnel de santé produit les recettes mais, regrette un infirmier, n'a

aucune information sur la gestion des recettes qui s'effectue entre le médecin chef et le président du comité de santé.

Un centre de santé crée par la municipalité et surtout destiné aux populations des villages traditionnels qui sont fortement politisés offre l'image d'une structure placée sous la tutelle d'une certaine classe politique. Leur emprise sur la gestion de la structure a été souvent à l'origine des problèmes entre le médecin chef et les populations. L'actuel médecin chef a un style réservé qui force le respect. Il garde à distances ses collaborateurs excepté le major qui dispose d'une grande autorité. L'infirmier major est au cœur des décisions qui se prennent dans la structure. Il est très influent et très respecté aussi bien par le médecin chef que par les populations qui préfèrent souvent passer par lui. Le personnel est constitué généralement des fonctionnaires municipaux recrutés sur la base de clientélisme politique. L'absentéisme est très fort. Des mesures ont été prises pour limiter le phénomène. Mais le livret des présences mis à l'entrée du centre n'est pas respecté. Certains signent quotidiennement d'autres le remplissent quand ils le veulent.

Le recrutement du personnel : le recrutement du personnel se fait à partir de la mairie. C'est ce qui fait la plupart des agents de santé doivent leurs postes à des proches parents politiciens. Il s'agit surtout des infirmières non diplômées sorties des écoles privées de santé et du personnel d'appoint (aides infirmiers, matrones). Même le recrutement du pharmacien diplômé obéit à une logique politique. Le stock du centre n'est pas si important. Le fonds de commerce ne dépasse guère un million. Deux gérants expérimentés ont toujours géré le dépôt de médicament. D'ailleurs c'est pourquoi le pharmacien ancien gérant d'officine en faillite recasé au centre trouve qu'il n'a rien à faire ici. Il supervise de temps à temps et passe son temps en dehors du centre. Il travaille la nuit dans une autre officine. D'ailleurs c'est pourquoi il ne se présente au centre qu'à partir de onze heures, s'il décide de venir. Le recrutement du président du comité santé est aussi partisan. Une autre partie du personnel est recrutée par le comité de santé. Ce sont surtout les proches du président du comité habitant dans le quartier traditionnel qui sont recrutés par le comité de santé à la place des stagiaires et bénévoles qui sont depuis longtemps dans le centre de santé et qui rendent beaucoup de services.

Les cas sociaux non justifiés : un bon dispositif est mis en place pour permettre aux malades qui ont besoin de services du centre de payer le ticket avant de se faire consulter. Les vendeurs de tickets sont installés à l'entrée de la structure. Ce dispositif permet de faire payer les non ressortissants du quartier traditionnel et les non habitués du centre. Cela n'empêche que les populations autochtones qui croient que la structure leur appartient, de passer outre. Ils trouvent toujours le prétexte pour ne pas payer le ticket. Ils se font consulter gratuitement par le major infirmier. La quasi-totalité des cas sociaux qui se présentent devant le laboratoire ou à la pharmacie sont issus du quartier traditionnel. Le problème à ce niveau c'est que le président du comité de santé passe outre les services de l'aide social pour signer des autorisations de gratuité. C'est la raison principale des conflits entre l'aide social et le président de comité. Ce dernier sollicite la signature de l'aide sociale pour ses protégés. Si la gérante du service social refuse, il signe sur la fiche d'analyse ou sur l'ordonnance pour accorder la gratuité directement. Il y a aussi une discrimination que le comité de santé a imposée au centre. Pour lui le cas social ne peut être qu'un ressortissant du quartier où réside le centre de santé. Les autres qui viennent se faire consulter et qui habitent loin ne peuvent en aucune manière être considérés comme des démunis.

L'ambulance utilisée à d'autres fins : Dans les centres de santé disposant d'une ambulance pour les évacuations, celle-ci est utilisée à d'autres fins (l'aide sociale pour ses visites à

domicile dans le cadre des suivis des cas sociaux ; l'ambulancier utilise ce prétexte pour faire ses courses. Il justifie toujours les dépenses excessives de carburant par le fait qu'il y'avait des visites à domicile). Cumul de fonction : certaines infirmières profitent des jours de repos après une garde de 24 heures pour assurer des gardes dans les structures de santé privées. Les gardes dans les cliniques ou à l'hôpital permettent de mieux joindre les deux bouts. Les gardes nocturnes assurés dans les structures privées ne perturbent certes pas le travail au centre. Mais les infirmières qui ont cette possibilité reviennent épuisées. Le médecin chef qui est aussi un cardiologue exerce dans d'autres structures et dispense des cours dans les écoles de formations sanitaires privées. Il donne ses cours à des heures où il devrait normalement être à la disposition du centre.

Dépôt de vente de médicaments de spécialités à la pharmacie du centre : nous avons pu trouver quelques médicaments de spécialité dans la pharmacie du centre de santé alors qu'il y a une officine en face ouverte 24H/24. si certains médicaments sont des produits d'urgence il n'en est pas pour le reste. Ces médicaments de spécialité sont obtenus grâce aux délégués médicaux. Certains de ces produits sont revendus par les dépositaires en détail avec une marge bénéficiaire. Le personnel communautaire est majoritaire dans le centre de santé ; mais ils ont un statut très précaire. Leurs salaires n'atteignent même pas le SMIG ; ils ne sont inscrits ni à l'IPRES ni à la caisse de sécurité sociale ; ils sont apeurés par le médecin chef qui ne cesse de brandir des menaces de licenciement. Même durant la grève de leur syndicat qu'ils ont observée, ils ont fait l'objet de menaces de ne pas percevoir leur maigre rémunération à la fin du mois.

Les dysfonctionnements managériaux au sein des postes de santé

Les postes de santé, en raison de leur grande proximité avec les populations et donc, des fortes pressions sociales qu'ils subissent, sont traversés par de sérieuses et nombreuses failles sur le plan managérial. Il en est ainsi de ce poste dirigé par un ICP assisté par une sage femme qui gère la maternité et assure en même temps les tours de garde car logeant à l'intérieur du poste. Pour parvenir à canaliser toutes les humeurs d'un personnel essentiellement composé de femmes, l'ICP innove en établissant une règle de conduite permettant de régler d'éventuels conflits entre membres du personnel. Une fois par semaine, il convoque une réunion de staff pour permettre à tous les agents du poste de s'exprimer librement par rapport à la bonne marche du poste. Ces réunions fréquentes ont fait que le climat de travail qui était certes très délétère est devenu très convivial par la magie de ce système de communication instauré par l'ICP au sein du poste.

Pour la gestion des médicaments l'infirmier chef de poste exprime les besoins du poste en médicaments qu'il soumet en retour au trésorier du comité de santé qui est chargé avec l'aval de son président, d'acheter les produits commandés au niveau du district. Après leurs achat les médicaments sont remis au pharmacien du poste par le l'ICP. Le produit de la vente des médicaments est versé quotidiennement par le pharmacien à l'infirmier qui à son tour le versera au trésorier du comité qui déposera le tout à la banque. L'argent des tickets de consultation est géré par un vendeur, membre du comité de santé, qui verse sa recette à la fin de chaque journée à l'ICP qui à son tour versera le tout au trésorier du comité de santé moyennant un quitus. L'ICP manage son poste dans un style bicéphale c'est-à-dire qu'il reçoit des directives de son employeur direct (district) et des directives venues directement du Guide religieux. Au total le poste est géré sur le plan strictement médical (soins...) par l'ICP et son staff, mais sur le plan financier, il est totalement administré par le comité de santé à travers son président et ses collaborateurs.

Sur le plan infrastructurel le poste est dans un état lamentable de promiscuité et de saleté dépassant l'entendement. Par exemple, la sage femme qui loge dans le poste est obligée pendant l'hivernage de passer la nuit dans les salles de consultation tellement son bâtiment est devenu un passoire pour eaux de pluies. Normalement, l'ICP et le trésorier détiennent le droit de signature pour faire sortir l'argent à la banque pour l'achat de produits divers pour le bon fonctionnement du poste. Mais il arrive souvent que l'ICP soit contourné par le Président du comité de santé avec la complicité avérée du trésorier pour avoir l'exclusivité de la signature auprès de la banque, de ce fait l'ICP n'a plus les moyens d'exercer un contrôle quelconque sur les finances du poste. Il est fréquent que certains membres du comité de santé créent des problèmes de toutes sortes à l'ICP et à son équipe (on les accuse souvent de vol ou de détournement de biens du poste ...) pour les pousser à se décharger des affaires de finances dans la structure, ce qui va laisser la porte ouverte au groupe du président du comité de santé pour une l'exclusivité des signatures au niveau de la banque. Par conséquent le contrôle de l'argent du poste échappe à l'ICP et est exclusivement géré par le comité de santé. Cette situation peut expliquer le fait qu'il y a beaucoup de détournements en raison de l'absence de contrôles conséquents. Certains membres de la famille du Guide religieux (fils, femmes, amis....) exigent systématiquement de l'ICP ou de la sage femme des consultations à domicile à n'importe quelle heure. Ce qui fait que le poste est déserté fréquemment par son personnel au détriment du patient "quelconque", au profit exclusif de la famille du Marabout.

Le personnel est essentiellement composé de femmes mises à la disposition du poste par la municipalité, cet état de fait déteint sur le bon fonctionnement de la structure. L'ICP n'a pas toujours les moyens d'exercer une quelconque sanction sur un personnel qu'il ne recrute pas et ne paie pas et de surcroît ce sont tous de fervents talibés du marabout. De ce fait, toutes les sanctions venant de l'ICP sont "cassées" par le marabout dès qu'il apprend la décision. Il arrive même que certains conflits sont réglés non pas au niveau du poste mais dans la cour même du marabout. Il n'existe pas une procédure de sanction en l'encontre du personnel sinon faire le "*maslaa*" ou se référer au Marabout. L'absence de stock fait que les ruptures de médicaments sont assez fréquentes. En effet l'achat de médicaments est fonction des recettes du poste et nous savons que pendant l'hivernage le poste est déserté par les populations pour cause de travaux champêtres. Il est fréquent de voir des patients référés au poste le plus proche par faute de médicaments de premières nécessités (alcool, mercure chrome etc.). Le poste de santé est desservi par sa position dans un quartier religieux. En effet, les marabouts ne sont intéressés ni de près ni de loin par la gestion et le fonctionnement de poste ils n'ont d'yeux que pour les soins que l'ICP ou la sage femme prodigue à leur famille ou à leur proche à domicile. Selon l'ICP la gestion du poste qui devrait être leur fierté ne les regarde nullement.

Au vu du caractère social de ce poste, beaucoup de dons y sont reçus de la part des ONG ou des talibés disséminés à travers le monde. Mais le problème par rapport à ces dons offerts en grandes pompes (cérémonies...), c'est que les médicaments ont leur date de péremption très proche (de 10 à 1 mois) de ce fait leur utilisation est presque impossible sur le moyen terme. Ces mêmes donateurs vont de "tente" en "tente" pour dire qu'ils ont donné de bons médicaments et que c'est l'ICP qui vend les médicaments pour dire ensuite qu'ils sont périmés. Tous ces dysfonctionnements contribuent à ouvrir des brèches pour l'implantation des pratiques corruptrices dans le poste. En somme, les postes de santé à l'instar des centres, rencontrent de sérieuses failles sur le plan organisationnel en raison de la généralisation de la gestion patrimoniale favorisée par l'absence de contrôle. A cela s'ajoute le fait qu'ils sont exposés à une constante immixtion des populations dans leur fonctionnement, immixtion qui prend très souvent les contours de pratiques déviantes effectuées pour renforcer une position de rentes.

Les dysfonctionnements managériaux au sein des structures privées de santé

Du point de vue du principe qui préside à la création et au fonctionnement des structures privées de santé, il y a peu de place à la manifestation de dysfonctionnements de type managérial. En effet, au nom de la rentabilité financière, des exigences de productivité et de compétitivité, le principe d'une gouvernance rigoureuse et rationnelle est clairement affirmé. Mais dans la pratique, on a observé des failles dans le système organisationnel, manifestant ainsi un décalage entre le principe et la réalité. C'est bien le cas de cette société privée qui occupe une place importante dans le tissu industriel du pays. Elle emploie une main d'œuvre significative surtout en période d'activités où des centaines de travailleurs saisonniers y sont employés. Pour les visites annuelles des travailleurs, l'entreprise a embauché des professionnels de la santé. L'importance du personnel de la boîte et de leur famille et les nombreuses maladies récurrentes dans la zone ont fini par convaincre de la nécessité de la mise sur pied d'un service médical avec un plateau technique relevé et diversifié. Il comprend des spécialistes et des généralistes. Le personnel médical et d'appui est jugé satisfaisant proportionnellement au nombre de travailleurs et de leurs familles. Les consultations se font le matin et le soir. Les familles sont consultées exclusivement par un infirmier qui peut référer à un médecin en cas de nécessité. Un service de garde est assuré la nuit et les week-end par des infirmiers. Les urgences sont prises en charge sur place ou évacuées si besoin est car la structure peut accueillir des cas qui nécessitent l'hospitalisation.

Un laboratoire bien équipé, géré par un laborantin diplômé supérieur, permet de faire l'essentiel des analyses dont l'équipe médicale a besoin. Les infrastructures sont bien entretenues. Le service médical dispose aussi d'une radiographie. Quand l'entreprise fonctionne en plein régime, les consultations quotidiennes au niveau du service médical tournent en moyenne à trois cents malades travailleurs et familles compris. En période d'intersaison les consultations dépassent rarement cent cinquante malades par jour. C'est donc trois à six mille malades (les consultations privées ne sont pas prises en compte) par mois qui fréquentent la structure privée selon la période. Le plateau technique relevé ainsi que les compétences de l'équipe médicale font que les populations du département préfèrent souvent fréquenter cette structure sanitaire. Cependant, avec les dérives, et la montée en puissance des consultations privées au profit des populations venues du pays frontalier, une nouvelle disposition est mise en place par la direction générale après les critiques des travailleurs ayant droit. L'accès de la structure sanitaire privée est rendu plus difficile pour les non membres de la mutuelle des travailleurs.

Le pharmacien de la boîte contrôle les ordonnances délivrées par les infirmiers de la boîte et les ordonnances provenant de prescripteurs n'appartenant pas à la boîte. Les médecins de la boîte refusent que leurs ordonnances soient visées préalablement par le pharmacien avant de passer à la mutuelle pour l'établissement d'un bon. Le recrutement d'un pharmacien professionnel était justifié pour le contrôle des ordonnances et pour lutter contre les fraudes sur les médicaments. Pour réduire la facture mensuelle de la mutuelle et éviter les déficits, la pharmacie dispose de quelques médicaments de l'initiative de Bamako donnés gratuitement aux malades. Si les malades doivent prendre des médicaments non disponibles au service médical, des bons sont établis à la mutuelle pour aller les prendre dans les officines privées (médicaments de spécialités) ou au dépôt du centre de santé (médicaments génériques).

« Le patron a toujours raison »

Le service médical est un département géré par le médecin chef membre de la direction générale. Le recrutement du personnel médical passe par lui. C'est ce qui fait qu'il dispose

d'une autorité incontestable. Les hiérarchies sont scrupuleusement respectées. Dans l'entreprise, l'adage qui dit que "le patron a toujours raison" est de rigueur. C'est le même état d'esprit qui règne au service médical. Le personnel respecte les heures de travail. À côté du service médical de la société, il existe le service de la mutuelle de santé qui délivre les bons de médicaments. L'atmosphère est tout autre. La rigueur n'est pas de mise. Le personnel dépendant de la mutuelle est mal payé. Les différents détournements enregistrés à la mutuelle ont fini par créer un climat moins serein.

Les Dysfonctionnements dans les structures de santé d'entreprise

Le dispositif mis en place pour la prise en charge médicale correcte des travailleurs et de leurs familles est menacé par des pratiques corruptrices qui ont fini par gangrener le système. Ce sont les pratiques corruptrices qui sont à la base des dysfonctionnements. Les consultations privées, les complicités entre les prescripteurs et certains travailleurs pour des ordonnances de complaisance, les surcharges des ordonnances pour les accidents de travail ont fini par rendre le dispositif de prise en charge médicale des travailleurs moins performant.

« Le bon marché coûte cher »

Les travailleurs se plaignent beaucoup du traitement médical qu'ils reçoivent au niveau du service médical de l'entreprise. Le cri du cœur d'un travailleur interrogé est assez évocateur : « ici on nous soigne non pour nous guérir mais pour nous faire revenir. Ils soignent que pour calmer les douleurs ». Le problème c'est que les travailleurs se font consulter par des médecins. Mais pour les membres de la famille, c'est l'infirmier recruté par la mutuelle qui assure les consultations. Seuls quelques rares cas sont référés aux médecins. L'infirmier soucieux des dépenses que pourrait générer son employeur par la prise en charge des soins et autres dépenses prescrit en priorité les médicaments génériques. Comme il arrive souvent que le traitement reste identique pour plusieurs personnes, les familles doutent du sérieux des traitements qu'on leur donne. « Mon enfant souffre, chaque fois il me donne le même traitement. Je n'ai même pas encore terminé les produits qu'il m'avait demandé auparavant de prendre ».

Cette insatisfaction quant à la prise en charge médicale de leur pathologie pousse la plupart des familles des travailleurs à aller se faire consulter ailleurs, c'est -à -dire généralement, dans les structures publiques. Ils considèrent que les infirmiers de la mutuelle minimisent leurs maladies et les traitent au rabais. Leur seul contact dans ce cas reste la prise en charge de leurs ordonnances et de leurs frais de consultation. Cette situation débouche sur des heurts entre les responsables de la mutuelle et les prescripteurs extérieurs. Ils accusent ces derniers de changer leurs ordonnances sans leur autorisation. L'autre conséquence de ces « traitements au rabais » est que les malades reviennent pour les mêmes maux, donc la mutuelle dépense plus pour une même pathologie et un même patient. Ce qui fait dire à un médecin : « le bon marché coûte cher ».

ÑOOM (la pratique des autres)

Les réseaux qui se sont constitués en milieu hospitalier privé pour rendre possibles les pratiques corruptives se nouent au tour de la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi les paramédicaux soutirent de l'argent aux usagers le plus souvent à l'occasion des soins qu'ils leur prodiguent. En effet, il est fréquent de voir des infirmiers demander de l'argent à des patients en leur faisant croire que les sommes qu'ils ont déjà versées au niveau de la comptabilité ne couvrent pas les frais relatifs aux soins. Quant aux médicaux ils utilisent des sentiers détournés pour accéder aux médicaments pour leur propre compte en se fondant sur le prétexte qu'ils sont destinés aux patients consultés et hospitalisés. De même, de connivence

avec les vigiles, ils encaissent des frais d'hospitalisations versés par des malades qui sont dans l'ignorance du système et dans le désarroi provoqué par la gravité de la pathologie. Le personnel administratif qui s'occupe des statistiques hospitalières, de la gestion et de la comptabilité s'acquitte de sa mission dans la plus grande opacité. Sa position particulière du fait de son ancrage dans le cercle religieux lui permet de se situer en dehors de toute contestation ouverte de la part des autres segments de l'hôpital. Au total, chaque catégorie en raison de sa spécificité et surtout de ses possibilités utilise les moyens disponibles pour accéder aux ressources. Une telle pratique est appelée *ñoom* par les travailleurs de la structure.

Le « yaxanal » (rationalité économique) du personnel de la mutuelle de santé

Par souci d'économie et donc de réduction la facture de la prise en charge des médicaments qu'elle supporte à 50%, la mutuelle se lance dans des opérations de commande de médicaments. Or elle n'a pas pour vocation de distribuer des médicaments. Elle ne peut dès lors pas disposer de commande de médicaments sauf à la limite pour les premiers soins. Le schéma normal c'est que l'entreprise assure les consultations et laisse les travailleurs prendre leurs médicaments dans les officines et les structures publiques qui ont le droit de vendre des médicaments. Pour contourner ce fait, les responsables de la pharmacie de la structure usent de plusieurs subterfuges pour passer des commandes au niveau des grossistes privées ou de la pharmacie régionale d'approvisionnement. Comme l'entreprise constitue un marché important avec ses nombreux prescripteurs, les délégués médicaux y sont très fréquents et c'est généralement par leur intermédiaire que la commande se fait. La mutuelle dispose ainsi de plusieurs médicaments de spécialité qu'elle n'arrive généralement pas à bien gérer. En effet il n'est pas rare de retrouver des médicaments périmés dans les ordonnances des travailleurs et de leurs familles et cela au su du personnel de la mutuelle qui semble se soucier plus d'écouler le stock que de voir les conséquences désastreuses que cela pourrait entraîner.

Le bor (prêt)

En diversifiant les espaces sanitaires investigués, nous avons été amenés à observer qu'entre un établissement public de santé et une structure privée de santé, il existe des relations à plusieurs niveaux. C'est sur la base de telles relations que très fréquemment celui-ci emprunte à celui-là des médicaments pour faire face à une situation de pénurie ou à des cas d'urgences. Ces transactions effectuées de façon informelle laissent la place à des malversations ou à des détournements de toutes sortes.

La substitution de personnes non ayant droit à la mutuelle

Les bons sont donnés seulement aux travailleurs de l'entreprise et à leurs familles directes (épouses et enfants de moins de quinze ans). Dans la pratique il est fréquent de voir que quand les membres de la famille non mutualiste (le cousin, la cousine, la mère, le père) tombent malades, ils bénéficient de la prise en charge. Au moment de la consultation, la personne demande à son prescripteur (qui est souvent différent des prescripteurs de la boîte) de mettre l'ordonnance sous le nom du travailleur de l'entreprise, de son épouse ou de l'un de ses enfants, selon l'âge de la personne malade. Ainsi le travailleur qui ne rembourse que les 40% du montant des médicaments peut aller prendre une prise en charge à la mutuelle pour soigner un membre de la famille élargie. C'est surtout la mutuelle qui se retrouve avec des charges énormes faute de contrôle et de rigueur.

Dans une autre structure privée, le médecin et tout le personnel qui sont tous des talibés n'obéissent qu'à l'imam, ses proches parents, ses amis et ses invités, ce qui fait que le patient "quelconque" peut attendre toute une journée sans être consulté. Un patient soutient "devant

les besoins de l'imam tout le monde s'incline". Les consultations deviennent gratuites selon le degré de proximité que le patient a avec l'imam, il suffit qu'il dise qu'il est envoyé par l'imam et toutes les portes lui sont ouvertes et une attention toute particulière lui est accordée. En période de *Ziarra* ou de *Gamou*, la clinique est transformée en maison de repos pour les invités de l'imam qui se sentent pas en forme. Une attention particulière leur est accordée par le personnel, car se sont de riches talibés de l'imam. Toutes les consultations pour les "*baadolo*"³³ sont suspendues jusqu'à la fin du *Ziarra* ou du *Gamou* et le départ des prestigieux invités.

Présence d'anglophones dans la clinique

Cette présence d'anglophones parmi le personnel de la clinique ne facilite pas la communication entre membres du personnel et même entre ces étrangers et les patients qui sont en majorité des analphabètes. La direction de la clinique est obligée de recruter des interprètes pour rétablir le dialogue dans la clinique. Ces mêmes étrangers (anglophones, arabes, français) qui sont soit infirmiers ou médecins ne présentent pas toujours des diplômes, et leurs compétences laissent à désirer, mais leur seule foi au marabout est suffisante pour assurer leur recrutement. L'infiltration de considérations sociales et religieuses est une réalité présente dans une structure privée particulière caractérisée par un organigramme qui se structure autour de plusieurs paliers.

Au sommet de la pyramide se trouve le conseil d'administration présidé par l'évêque ; ensuite vient le directeur général sous la tutelle directe de qui sont placés : le service religieux, le directeur comptable et financier, le directeur médical et le directeur administratif et des ressources humaines. Le service religieux est composé de frères directeurs, du président des mouvements des travailleurs catholiques de la santé, de deux religieuses et de six laïcs en activité à l'hôpital, du représentant du renouveau charismatique, de la représentante de la légion de Marie, du président des visiteurs volontaires et de l'aumônier. Il est chargé de l'accompagnement sur les plans psychologique, religieux et moral des malades et du personnel. La direction comptable et financière est chargée de la gestion hospitalière. La direction médicale couvre les services de médecine générale, de chirurgie, de la maternité, de la pédiatrie, de la pharmacie, de l'ophtalmologie, du bloc opératoire, du laboratoire, de la radiologie, de la kinésithérapie, de l'endoscopie et de la surveillance générale.

Dans l'hôpital se consulte un pourcentage assez élevé de patients (70%) de conditions sociales modestes à qui il est demandé une participation de 2 000f couvrant la consultation et le traitement. Parmi ces patients, il y a ceux à qui il est offert des traitements coûtant à l'hôpital 10 000f et même plus. Souvent, l'hôpital reçoit des malades pour lesquels les prix d'hospitalisations sont baissés de 20%. Dans les zones rurales de la région un système de mutuelle a été mis en place et ses membres bénéficient d'une remise de 50% pour leurs consultations et soins à l'hôpital. Le mouvement des travailleurs chrétiens de la santé organise annuellement des tombolas dans le but de produire des fonds afin d'aider les familles pauvres à payer l'hospitalisation de leurs enfants dans le service de pédiatrie. L'équipe pastorale mène diverses activités surtout pour des personnes âgées afin de les véhiculer jusqu'à l'hôpital, sinon les soigner et les assister à domicile sans rien exiger en échange. Depuis la fondation de l'hôpital des dons en médicaments sont régulièrement faits à la prison pour le compte des détenus. L'option pour le caractère social de l'hôpital rend son économie toujours plus faible et empêche de faire face aux frais d'amortissement et d'investissement pourtant nécessaires.

³³ Personne de classe inférieure, disposant de revenus très maigres

C'est souvent grâce à la coopération internationale et aux organismes caritatifs que cette lacune arrive à être comblée. Lorsque le recrutement des acteurs se fait sur la base d'affinités sociales (ethnie, religion, parenté, amitié), il se développe des liens de complicité entre les différents segments de la structure. En conséquence les conflits, même s'ils sont réels, ne se traduisent pas en terme de confrontation. L'hôpital offre plutôt l'image d'une concession qui fonctionne sous le registre de la tradition avec un chef de famille qui détient l'autorité et des membres qui sont placés sous sa tutelle. Aux membres de la famille il est interdit d'adopter des conduites de dénégations de l'autorité ou de défiance par rapport aux autres qui prennent alors la posture de frères, de sœurs, de neveux...etc. Autant dire que l'hôpital obéit à un mode de gestion patrimoniale avec un directeur qui est investi de tous les pouvoirs et qui s'arroge toutes les prérogatives. Au demeurant, il peut déléguer une fraction de son pouvoir à tel ou tel autre membre de la structure en mettant principalement en relief le type de relation qui les unit. Voilà pourquoi il est très fréquent au sein de l'hôpital de voir des membres du personnel prendre le profil de directeur et bénéficier de tous les avantages collatéraux.

De tels manquements dans l'exercice de la profession sont remarqués chez le personnel soignant recruté par une structure privée, pour l'essentiel, sur la base de considérations affectives et subjectives. C'est pourquoi on assiste à une sorte de récurrence des réclamations des patients qui estiment qu'ils ont fait l'objet d'une mauvaise prise en charge sur le plan médical (manifestations d'abcès suite à une injection, impuissance après intervention chirurgicale...). Dans certains cas des conflits entre usagers et autorités de l'hôpital se manifestent avec une grande ampleur surtout s'ils font l'objet d'un arbitrage juridique. Les activités parallèles sont encouragées par l'absence de contrôle et donc de sanctions à l'endroit des travailleurs qui dérogent à la règle. Si le système de collecte des recettes se caractérise par une certaine fiabilité, des voies détournées sont empruntées par des travailleurs pour accéder aux ressources. C'est ainsi que le phénomène de surfacturation apparaît comme une pratique pouvant atteindre, dans certains cas une ampleur élevée. Il a été noté que dans les travaux de réfection de la climatisation de l'hôpital la direction comptable a présenté des factures qui vont au-delà des sommes effectivement dépensées. De telles pratiques très répandues au niveau de la structure ont pour conséquences la fragilisation des finances et l'enrichissement de certains travailleurs au détriment d'autres. En effet, durant ces dernières années l'hôpital fait face à de sérieuses difficultés financières résultant du déficit de sa comptabilité.

A la pratique de la surfacturation s'ajoute le vol de matériel, de produit et de médicament auquel s'adonne surtout le personnel subalterne. Il légitime une telle pratique en se fondant sur le caractère insignifiant de leur rémunération. Les pratiques corruptives se font en suivant des réseaux constitués autour de la catégorie socioprofessionnelle. On peut repérer trois grandes catégories : les médicaux, le personnel subalterne et le personnel administratif. Le réseau des médecins intègre les agents d'accueils qui dès l'entrée demandent au patient de verser une caution variant entre 30 et 35 000f pour le mettre en relation avec un médecin qui se charge de son traitement. La somme indûment perçue est partagée entre le médecin et l'agent d'accueil, ce qui en aucun cas, ne dispense le patient du règlement de sa facture. Au niveau de la pharmacie, on assiste à une sorte de gestion manuelle qui se traduit par un mode d'approvisionnement fortement marqué par l'informel. En effet, les produits pharmaceutiques de l'hôpital proviennent de sources diverses : PNA, pharmacies de la place, dons, officines privées, grossistes agréés, donateurs.

Une telle situation accroît les zones d'incertitudes et corrélativement les possibilités de s'accaparer des produits à des fins personnelles. Le risque est d'autant plus grand que la pharmacie de l'hôpital pourvoit en médicaments d'autres structures sanitaires connexes du

pays. Par ailleurs, le système d'hospitalisation, tel qu'il fonctionne couvre les frais en médicaments des patients concernés. Toute ordonnance établie par un médecin de l'hôpital pour le compte d'un malade est prise en charge par la pharmacie. Dans ces conditions il est fréquent de voir des médecins solliciter la pharmacie pour des médicaments officiellement prescrits à des patients mais destinés dans la pratique à une utilisation personnelle. Il convient de signaler que cet établissement privé entretient des relations multiformes avec un hôpital public. En effet, le directeur dudit hôpital siège dans le conseil d'administration de l'hôpital en question. C'est au nom de ces relations que des prêts de médicaments se font entre les deux structures. En l'absence de contrôle strict régissant de telles transactions, un nombre important de malversations (vol, surestimation...) se produit et participe de l'affaiblissement des budgets de ces structures.

Face à la taille réduite du personnel médical, on assiste à un cumul de fonctions pour combler les déficits. Ainsi par exemple le pharmacien gère le laboratoire, le chirurgien fait en même temps office de major de bloc. L'infiltration de la religion dans l'espace sanitaire occasionne des perturbations dans l'exercice des fonctions et des compétences. C'est ainsi que le recouvrement des recettes est fait par le directeur des ressources humaines en lieu et place du directeur financier qui est prêtre et qui à ce titre est considéré mal indiqué pour effectuer une telle mission. Le mode de recrutement pratiqué dans cette structure laisse apparaître une logique qui met en relief l'appartenance ethnique et religieuse. En effet, on observe dans cet hôpital une forte présence d'éléments de la même ethnie et de la même religion. Sous ce rapport, la structure se présente comme un espace où les différents acteurs qui y évoluent entretiennent des relations de parenté. Cette immixtion de pratiques et de représentations sociales entraîne le développement d'activités parallèles, souterraines qui réfèrent à la corruption.

Au total, en visitant le management du système de santé, nous débouchons sur le constat que nous sommes en présence d'un espace où cohabitent expertise médicale et représentations sociales. Ces deux perspectives se sont si profondément sédimentées et si inextricablement interpénétrées qu'elles déterminent la culture organisationnelle, culture qui dès lors, se compose, se décompose et se recompose en permanence et en dehors de toutes franchises hospitalières. Bien évidemment, par la médiation de représentations et de mécanismes socioculturels (pratiques de la négociation, du compromis ou de la concession), ces conflits, sans s'estomper, se résorbent dans ce qu'on pourrait appeler le culte du maquillage et de la dissimulation qui les rend imperceptibles de la part des personnes étrangères à la structure. Les types de pratiques observées en milieu hospitalier montrent qu'un des ressorts de la corruption est bien sa légitimation par de nombreuses franges de la société ainsi que le prouve la sémiologie populaire. Il faut y ajouter la tolérance de la petite corruption par le jeu du façonnement de la culture organisationnelle au sein des structures de santé.

Conclusion : La culture organisationnelle dans les structures de santé about les règles

Alex Mucchilli (2002) dans un article au titre provocateur «Soigner l'hôpital» fait le constat selon lequel l'espace hospitalier se singularise par l'extrême hétérogénéité du personnel et l'indépendance des unités de production. C'est ce qui fait que «l'hôpital est le lieu de relations interpersonnelles et professionnelles distendues, fondées sur la méconnaissance mutuelle et le repli de chacun sur sa cellule de travail» (Mucchilli, 2002 :313-314). Dans un tel contexte, il apparaît difficile voire impossible de repérer ou d'instituer une cellule organisationnelle qui fédère les actions de ses différentes composantes par la mise en place de valeurs de représentations connues et reconnues de tous les segments du personnel Mucchilli note à ce propos que «Trois types de personnel (les médecins; les administratifs et techniciens; les

infirmiers et aides- soignants se côtoient avec chacun sa culture, sa déontologie et son attitude professionnelle propre [...] En conséquence, les membres de l'hôpital ont une très faible représentation de l'ensemble de l'organisation et sont relativement isolés dans leur tâche (Mucchilli, 2002 : 313).

Les investigations menées au sein des structures hospitalières ont permis de déceler l'existence de plusieurs pôles, chacun s'arc-boutant à ses intérêts propres et manifestant, corrélativement, une hostilité réelle vis- à -vis des autres. Si on en est arrivé à une telle situation, c'est que l'hôpital est profondément infiltré par des pratiques et des valeurs issues de l'environnement social qui lui-même se caractérise par une relative hétérogénéité. C'est bien ce qui implique le fait que les pôles se constituent non autour de considérations professionnelles mais plutôt de logiques d'alliance qui privilégient l'appartenance ethnique ou confessionnelle, la parenté ou l'amitié. Chaque pôle, à l'instar d'une famille, couvre un espace marqué par trois caractéristiques principales : le territoire, les acteurs et les interactions. Le territoire ne se limite pas forcément au contours d'un service compte tenu de nombreuses parcelles existantes, dans certains cas entre service différents. Le territoire occupé est difficilement assignable dans les limites d'un schéma géométrique précis, il emprunte des méandres ou des voies sinueuses en cela qu'il peut couvrir des services entiers ou des fractions de services, voire dans des situations extrêmes, des cadres se localisant à la périphérie de l'hôpital : restaurants télé centres, garages, taxis boutiques. Les acteurs quant à eux se distinguent par une certaine hétérogénéité sur le plan de l'activité professionnelle en raison de leur appartenance à des services et à des corps différents. Jean-François Boutinet (1996 :110) considère à ce propos qu'il se produit « de véritables modèles de relations qui distinguent les groupes. Ces modèles prennent leur ancrage dans l'expérience vécue autour des jeux stratégiques ; ils se fondent sur les caractéristiques des situations porteuses d'opportunités inégales dans l'accès au pouvoir ».

Mais à considérer le plan des représentations sociales, le pôle affiche une grande homogénéité du fait de la logique d'alliances construite autour de la famille, de l'ethnie et ou de l'amitié et sur la base de laquelle il s'édifie. Tous les éléments d'un pôle entretiennent des relations de complicité et de solidarité dont les conditions essentielles de possibilité reste cet arrière-plan socioculturel qui imprime une orientation donnée à leurs conduites respectives. Enfin, les interactions se situent à plusieurs niveaux dont les plus déterminants renvoient d'une part, aux relations entretenues entre les membres d'un pôle à l'intérieur de leur territoire et d'autre part, aux rapports existants entre pôles différents. Les relations entre membres d'un même pôle, comme on l'a vu, se cimentent autour de considérations fondamentalement affectives, considérations qui expliquent le triomphe des vertus de solidarité, de fraternité et de complicité. C'est un tel type de relation que Philippe Bernoux a appelé " les alliances entre acteurs", qui se justifie par le fait que : "les perspectives nécessairement différentes des uns et des autres les [amènent] à s'opposer aux uns et donc à s'allier aux autres" (1990 : 146).

Voilà donc pourquoi, dans le cadre d'un pôle, la hiérarchie officiellement établie est constamment bouleversée : la position de l'individu dans ce tissu de relations relève, en dernière analyse, des moyens qu'il est en mesure de mobiliser dans le sens de la conquête du pouvoir et des ressources. Autant dire qu'à ce niveau, la légitimité culturelle se substitue à la légalité institutionnelle, installant en conséquence une situation où un major, un garçon de salle ou tout autre élément du personnel subalterne se trouve investi de responsabilités qui ne sont pas indexées à son statut officiel. Entre pôles différents, les relations se font sous le mode de la tension et du conflit pour le contrôle des espaces de pouvoir et l'accaparement des ressources. L'enjeu consiste ici à élargir le territoire contrôlé et à s'emparer des postes les

plus stratégiques en vertu du principe selon lequel le pouvoir n'est jamais donné : il résulte de l'aptitude d'un ou de plusieurs acteurs à mobiliser des moyens appropriés pour situer à une position centrale dans un dispositif constitué. On dira ici que "qui dispose de cuillères, se prémunit de se brûler".

Une position est centrale lorsqu'elle renvoie à une compétence à la fois incontournable et irremplaçable dans le fonctionnement de la structure en tant que telle. C'est pourquoi les pôles travaillent dans le sens d'inscrire leurs éléments dans les programmes de formation ou de recyclage ainsi que dans les différents séminaires pour rendre toujours plus constituant leur profil technique. Ce qui entre dans le cadre des stratégies qu'ils mettent en œuvre pour conquérir des espèces de pouvoir. A cela, s'ajoute la capacité de "recruter" des usagers, de "pactiser" avec eux, de les installer dans des réseaux parallèles en vue d'accéder à des ressources en dehors des normes administratives établies. On comprend dès lors pourquoi les pôles sont fortement imprégnés des symboles, des discours et des représentations socioculturelles de l'environnement comme pour être "compétitifs" c'est à dire ici, être capable de répondre aux sollicitations informelles ou codées des usagers. Philippe Bernoux se situe dans cette perspective lorsqu'il considère que le contrôle du pouvoir "existe dans la mesure où l'un a réussi à se préserver une zone que l'autre ne maîtrise pas" (1990 : 152). Mais en même temps, les conflits pour réels et profonds qu'ils peuvent être, ne s'expriment pas de façon violente et ne sont même pas perceptibles de la part des usagers du fait de l'adhésion des membres des pôles constitués au sein de l'hôpital aux principes- profondément enracinés dans la culture du milieu- de dialogue, de concession et de compromis. De ce qui précède découle la conclusion que la culture organisationnelle promeut le développement des dysfonctionnements managériaux et corrélativement l'inflation des pratiques corruptives en se structurant autour de représentations et de valeurs sociales qui les tolèrent et même les légitiment. De telles pratiques finissent par se généraliser et par se banaliser installant, en conséquence, les attitudes vertueuses dans la périphérie voire dans la marginalité.

Les cercles vertueux peuvent être perçus à travers un ou des groupes organisés autour de valeurs communes de moralité, de fidélité à l'éthique et à la déontologie ou bien autour d'objectif précis réunissant des agents divers, se situant à des niveaux de responsabilités différents. En effet dans les comportements, la conception qu'ils ont de leur mission, les raisons qui les ont conduits à choisir le métier, leur souci de rigueur et de rentabilité, leur dévouement et leur disponibilité, les idées convergentes qu'ils développent dans des entretiens séparés, font qu'on peut classer trois ou quatre agents dans un cercle vertueux. Au total, les établissements de santé se présentent comme des espaces qui ont fait l'objet d'une infiltration profonde et généralisée de pratiques culturelles propres à l'environnement social, pratiques qui cohabitent avec les normes hospitalières officielles, le plus souvent sous le mode d'une apparente et courtoise coexistence pacifique.

Les dysfonctionnements managériaux ainsi repérés et présentés peuvent favoriser le développement de pratiques corruptives qui connaissent des proportions différentes en fonction de la spécificité des structures. Dans d'autres cas, les acteurs provoquent des zones d'incertitudes en vue d'accéder, par des raccourcis, aux ressources et espaces de pouvoir. Pour étudier mettre en relief les pratiques corruptives, il nous parut utile de les analyser selon les quatre types de structures visitées durant l'enquête : milieux hospitaliers, centres de santé, poste de santé et structures privées de santé.

Milieux hospitaliers

« Presque tout le monde se livre à la corruption et cela va du plus qualifié au subalterne » propos d'un professionnel de santé. Si la corruption existe dans tous les secteurs de l'Etat, du secteur privé et dans de nombreuses sphères de la société, celle observée en milieu sanitaire est généralement mal acceptée. Cette situation s'explique par le fait que la santé constitue un domaine sensible où l'attente envers le personnel est plutôt la compassion (*yërmànde*), la *délivrance* (*mucc*) et la générosité « *laabiir* ». Pourtant les résultats de notre étude empirique attestent que les faits ne se déroulent pas tout à fait comme cela, le système sanitaire sénégalais, en particulier les milieux hospitaliers demeurent le théâtre de pratiques « corruptives » de divers types. Dans la suite de ce qui va être présenté, nous passerons en revue les types de pratiques observées en milieu hospitalier.

Le racket

Plusieurs formes de pratiques « corruptives » ou illicites qui peuvent être regroupés sous le terme de racket tel qu'utilisé par nos interlocuteurs sont ressortis de nos observations. Par racket, nous entendons l'extorsion de fonds par intimidation, terreur ou chantage. Le racket est perceptible dès la porte où les vigiles procèdent à un dépouillage quasi systématique des patients comparable au « *loo làmbe* ³⁴ ». Seulement dans ce contexte, la pratique n'est pas un jeu, mais une activité plutôt lucrative, qui profite généralement de la détresse et de l'angoisse de parents accompagnants ou malades qui ont le tort de vouloir passer le portail après l'heure de visite. La besogne des vigiles est facilitée par le vacarme qui règne à la porte d'entrée : une grande agitation et à certains égards, elle ressemble à l'ambiance d'un marché. En plus des étalagistes qui occupent avec leurs marchandises et clients tout le long du mur des hôpitaux et une partie de la chaussée, c'est ce flot ininterrompu de personnes et de véhicules entrant et sortant de l'hôpital. A cela s'ajoutent le hurlement des sirènes des ambulances, les navettes incessantes des hommes et femmes en blouse blanche, les injures qui de temps à autres fusent et généralement dégénèrent en bagarres entre visiteurs et vigiles voire entre vigiles seuls. Quoi de plus propice que pareille ambiance pour glisser subrepticement un billet dans la main d'un vigile afin d'entrer avant l'heure ? Dés lors, ce genre de scène devient quasi quotidien et nous en avons surpris plus d'un. Les patients provenant de pays limitrophes se soumettent à ce racket en raison de leur besoin manifeste de pénétrer l'enceinte de l'hôpital dès qu'ils arrivent le plus souvent de la banlieue qui les accueille le temps de leur traitement au Sénégal.

Réussir à entrer dans l'hôpital ne signifie pas toujours la fin de la galère quand on n'est pas un habitué des lieux. Le visiteur est ensuite confronté au problème d'orientation malgré la présence d'un personnel recruté à cette fin. En effet il existe depuis peu un service

³⁴ Jeu qui consiste pour les enfants à se situer dans une rue très fréquentée, ils tendent un fil qui contraint tout passager à s'arrêter. Ainsi, ils exigent de la monnaie de la part du passager sans quoi ils ne le laissent pas passer. Tout passant doit donc mettre la main à la poche et c'est seulement après ce geste qu'il peut continuer son chemin.

« information – accueil - orientation » qui, comme son nom l'indique, s'occupe d'accueillir, d'informer et d'orienter tout visiteur ou usager de l'hôpital. Pourtant ces jeunes filles pour la plupart, déambulent plus qu'elles ne servent les usagers. Elles font des va et vient incessants dans tous les coins de la structure sanitaire. Il n'est pas rare de voir au sein de l'hôpital des personnes déboussolées, chercher la bonne adresse sans avoir devant elles des interlocuteurs pour les informer. Ces quelques pratiques de racket observées à l'entrée de l'hôpital ne sont pourtant que la face visible de l'iceberg. En effet, notre présence dans la structure et au niveau des différents services nous appris que des pratiques beaucoup plus structurées y étaient aussi de mise et ce à divers échelons. Le personnel paramédical (major, infirmier) par exemple, soutire de l'argent aux patients lorsqu'il se pose à ces derniers un problème de cabines ou de lits disponibles pour des besoins d'hospitalisation. Les majors ont en effet la main mise sur les lits d'hospitalisation, ils ont le privilège de faire l'inventaire des lits disponibles et c'est en ce moment qu'ils profitent pour réserver pour tel ou tel patient moyennant rémunération. Les usagers interrogés nous ont affirmé qu'ils leur arrivaient fréquemment de régler directement leurs frais d'hospitalisation auprès des majors sans recevoir de reçus. Ce fut le cas lors d'un de nos entretiens avec un major. Alors même qu'il décrivait son service comme étant celui qui a la meilleure gestion de l'hôpital, il se passa, par un des plus grands hasards, un événement qui remet en question toute sa théorie et surtout sa propre intégrité. Une situation qui ne faisait que conforter les dires des usagers que nous avons interrogés. En effet, un accompagnant de malade devant sortir choisit juste ce moment là pour entrer dans le bureau, il posa un billet de 10 000 F sur la table devant elle, et dit :

- Je viens payer.
- Combien de fois on vous a dit que l'on ne payait pas ici ?
- Mais Madame c'est ici que j'ai payé la dernière fois.
- Ce n'est pas vrai.
- Comment ce n'est pas vrai c'est à vous-mêmes que j'ai remis l'argent !
- Alors je vous ai remis un reçu.

Sur ce l'une des infirmières qui se trouvait aussi dans le bureau vint à son secours :

- Nous ne recevons pas d'argent ici.
- Ecoutez, je ne suis pas fou, c'est à vous que j'ai remis mon argent (s'adressant au major) lors de la dernière hospitalisation de mon père et je n'ai pas eu de reçu. Vous m'aviez juste dit que vous alliez régulariser après. Là ce fut l'hystérie, le major se mit à bégayer, à nier les propos du jeune homme. L'atmosphère fut électrisée d'un seul coup, on ne s'entendait plus. Il a fallu que l'une des infirmières intervienne encore pour la calmer.

Ces pratiques de racket quasi quotidiennes décriées par les usagers, se retrouvent à différents secteurs de la structure, même les morts ne sont pas épargnés. Au niveau de la morgue en effet, les croques morts jouent sur la détresse et souvent la surprise des accompagnants de malades décédés pour leur promettre une bonne conservation du corps de leurs parents moyennant une petite contrepartie financière. Il faut dire que qui connaît la morgue n'hésiterait pas à donner ce qu'il faut pour voir le corps de parent bien conservé. En effet, il arrive que la morgue accueille plus de pensionnaires qu'elle ne peut. Dans ces cas là, le personnel d'appui dont l'unique motif de recrutement est le courage, s'organise comme suit. Les corps déjà congelés sont descendus à même le sol pour céder la place à d'autres et ainsi de suite. L'un des croques morts (laveur de corps) qui sont des bénévoles logés au niveau de la morgue même, (ce sont des hommes et des femmes qui travaillent 24h / 24h) raconte : « Malgré nos efforts, il nous arrive des cas de début décomposition ».

C'est cette carte de début de décomposition ou le fait de devoir descendre le corps qui est mis en avant pour pouvoir extirper de l'argent aux familles, surtout les catholiques qui conservent plus longtemps leurs dépouilles mortelles. Ainsi donc, pour avoir un casier où la conservation est meilleure il faut en plus des 5000 F journaliers réglementaires y ajouter 2000 F ou 1000 F quotidiennement. Mais que ne ferait-on pas pour permettre à un être de passer, avec le maximum de dignité possible ses derniers moments sur terre ? Un catholique rencontré sur place raconte « ces personnes se sont enrichies sans scrupules sur le dos des chrétiens pendant le naufrage du bateau le joolaa, j'avais mon frère ici et j'ai du mettre la main à la poche pour qu'on lui assure une bonne conservation pendant quatre jours. Nous ne pouvons nous permettre de ne pas le faire car chez nous on expose les corps avant l'enterrement ».

Leur « atout » de personnel de la morgue pour se livrer à de tels actes est lié à son isolement ainsi que la peur qu'engendre leur lieu de travail. Ils en profitent dès lors pour accroître leurs gains au détriment des usagers. Les responsables, loin des corps qu'on lave ou qu'on congèle, s'approprient le marché des certificats de genre de mort de complaisance. Mais même pour cela, ce sont ses subalternes qui s'occupent du marché, discutent de la somme à payer, s'attribuent une partie et lui donnent son dû. En aucun moment, il ne rentre en contact avec ces clients. En somme, à divers échelons et à plusieurs niveaux où officient les travailleurs, le racket fonctionne comme une pratique courante, le plus souvent facilitée par l'ignorance et le désarroi dans lesquels se trouvent les usagers. Au racket il faut ajouter sous jumeau l'arnaque.

L'arnaque ou quand les « doli toor » se mettent à l'oeuvre

Le terme « *doli toor* » est utilisé par opposition au docteur, dont il est une déformation, pour définir une certaine catégorie de personnel, les subalternes, le paramédical et même les jeunes médecins. Il signifie « rajouter du tort » par opposition au docteur censé soulager et /ou guérir. Le « *doli toor* » est celui qui arnaque le patient en se faisant passer pour ce qu'il n'est pas ou tout simplement profite de son statut de personnel médical pour s'arroger des prérogatives qu'il n'a pas en vue d'arnaquer le patient. Pour ce qui est du personnel subalterne, certains d'entre eux, pour escroquer les patients non avertis, font usage d'un faux nom ou plus généralement se font passer pour des médecins (la blouse étant la même pour tout le monde) et encaissent des frais de consultation tout en se sachant incapable de poser un tel acte médical. Cette attitude est mainte fois repérée chez le personnel subalterne comme X garçon de salle de son état et dont un « patient » nous confie « nous habitons le même quartier et c'est lui qui soigne tous mes enfants, aujourd'hui je suis passée car je souffre de rhumatisme et il m'a donné ces médicaments, *doktoor bu baax* la (c'est un bon médecin) ». Ce personnel se limite à « consulter » et à « traiter » et se garde de prescrire car il se ferait repérer. Pourtant leurs agissements sont apparemment connus de tous comme le dénonce cette sage-femme : « *opitaal bi li fi am lépp kenn mënu koo wax*. (on saurait décrire tout ce qui se passe dans cet hôpital), le personnel, surtout subalterne, est corrompu. La réforme n'y a rien changé. C'est nous qui trimons mais c'est le personnel subalterne qui se fait de l'argent. Comment peux-tu expliquer qu'un garçon de salle ou un balayeur rentre avec 25000 à 50000 Fcfa à la fin de la journée assez souvent ? Les malades qui viennent d'arriver ne savent pas ce qui se passe. Ils les interceptent et se font passer pour des médecins. La personne qui les voit en blouse blanche ne fait pas la distinction et c'est ainsi qu'ils leur soutirent de l'argent en leur faisant payer des frais de consultation. »

Si les paramédicaux dénoncent ainsi le personnel subalterne, ils ne sont pas aussi exempts de ces pratiques. En effet, dans d'autres cas, c'est le personnel paramédical qui encaisse de l'argent pour des consultations spécialisées qu'il n'est pas qualifié à faire. En effet si les infirmiers et autres sages femmes peuvent consulter dans les postes et centres de santé, il n'en

est pas de même à l'hôpital. Mais à force de côtoyer et d'appuyer les spécialistes, ils captent quelques-unes de leurs techniques et aussi de leurs patients qu'ils traitent à leur compte. Eux aussi bénéficient de l'amalgame de la blouse du fait qu'ils sont vus à côté des médecins et suivent les malades au niveau des hospitalisations. Le malade traité par un personnel subalterne se satisfait d'une telle situation parce qu'il arrive généralement à diminuer, de façon relativement considérable, le temps d'attente et la somme d'argent qu'il devrait déboursier pour accéder au professeur.

Les jeunes médecins opèrent dans un tout autre registre, leur domaine de prédilection reste les interventions chirurgicales où ils ne peuvent pas être gênés par le personnel paramédical. Pour ce faire, ils prennent le soin d'officier après que les seniors soient partis. Il arrive régulièrement qu'ils abusent de ces interventions qu'ils programment en parallèle de celles officielles. Certains d'entre eux vont encore plus loin : dans le cas où le patient décède, ils continuent à faire croire à la famille que le malade est toujours vivant, encaisse les frais d'intervention, récupèrent les ordonnances achetées avant de revenir quelques minutes plus tard pour annoncer le décès du patient en question.

« *kuy xalam di ca jaayu* » (il va de soi que jouer au xalam³⁵ c'est aussi s'enorgueillir de son instrument de travail)

Cette pratique dénommée perruques ailleurs consiste à utiliser le matériel, les locaux et les produits publics à des fins privées. Au niveau de l'hôpital il est l'apanage de tous les acteurs, aussi bien le personnel administratif que celui de soins. Dans l'administration hospitalière, les ordinateurs servent non seulement à faire des travaux d'impression privés ou de cartes d'invitation mais depuis la connexion au net, certains employés téléchargent des CD entiers de musique qu'ils revendent à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure. Le matériel médical est utilisé à des fins personnelles (boîtes d'accouchements, matériel opératoire), les ambulanciers profitent d'une évacuation pour faire leurs courses, les pharmaciens n'achètent pas de médicaments, les manœuvres évoluant au restaurant ou à la buanderie se servent en denrées alimentaires et en produits d'entretien, les bâtiments publics sont érigés en cliniques privées par les seniors qui dépassent largement leurs deux après midi de consultation privée autorisée.

Les médecins d'entreprise ne sont pas en reste dans ce genre de pratique surtout à un niveau régional où ils deviennent de rudes concurrents pour leurs collègues officiant dans des structures publiques. Le plateau technique généralement relevé dans ces types de service médical fait que les populations les sollicitent beaucoup. Sous le prétexte de venir en aide à ces derniers non souscrits à la mutuelle de l'entreprise, une brèche a été ouverte pour pouvoir consulter en privé ceux qui ont les moyens de payer. Cette pratique est de loin la mieux partagée et la plus légitimée de toutes. Aucun des acteurs interrogés n'y voient d'inconvénients « *kuy xalam di ca jaayu nak* » (jouer au xalam c'est aussi s'enorgueillir de son instrument de travail) ou « *kuy togg di ñam* » (on a bien le droit de goûter à la sauce qu'on prépare) se plaisent - ils à dire.

³⁵ Instrument traditionnel musical proche de la guitare



« wiiri wiiri » ou les raccourcis

Elles constituent une pratique permettant de faire un raccourci ou un contournement du circuit régulier par le recours à un médiateur. Ainsi, dans cette logique, il est fréquent de voir des malades faire recours au personnel médical, paramédical ou subalterne pour accéder gratuitement ou plus rapidement aux services (consultations, interventions chirurgicales, analyses, hospitalisations, radiologie).

« Ku am kuddu du lakk » (celui qui dispose d'une cuillère, ne doit pas se brûler les doigts)

Sous cette rubrique, on peut classer les pratiques des professionnels de santé et des administratifs qui se rendent mutuellement et quotidiennement service, les pistons et les recommandations. Des cas de concussion entre personnel administratif et personnel paramédical (qui se manifestent par des échanges de services où les deux parties y trouvent leur compte) peuvent être cités. En fait, des traitements de faveurs sont faits au profit de certains dossiers administratifs en échanges de soins de qualité ou de gratuité. Mieux parce qu'on est copain avec tel ou tel autre chef de service, l'on peut voir sa demande de stage acceptée, son voyage d'étude financé ou tout simplement sa commande livrée en moins de temps qu'il ne faut. Les tickets d'essence sont distribués aux « amis » qui prodiguent soins et médicaments gratuitement.

Les chefs de services octroient les marchés à leurs proches ou amis. De même le mode de recrutement est régi par les réseaux d'alliance, de parenté et ou d'amitié, l'appartenance politique ou religieuse. Il n'y a aucun service où l'on ne rencontre un agent qui est apparenté ou affilié à un autre dans le même service ou dans un autre. L'expression populaire « ku am kuddu du lakk » est une croyance partagée par la plupart du personnel.

Le « Colobane »

Colobane est un grand quartier de Dakar qui serait fondé et habité au départ par des ressortissants d'un village du Saloum dénommé Colobane. Dans le cadre de l'exode rural, ils se sont rués vers la ville et se sont installés à Dakar (Colobane), y ont tissé de profondes relations de « parenté sociale ». En même temps, ils ont établi un solide pacte de fidélité avec

le terroir d'origine. Aujourd'hui, dans l'imaginaire collectif des sénégalais, Colobane réfère à un marché de recel où se pratique la vente de produits et d'articles à des prix modiques puisque provenant de vols, d'arnaques ou de spoliations. Dans le langage des professionnels de santé, « Colobane » est un terme englobant couramment utilisé pour désigner différentes pratiques illicites, revente d'échantillons médicaux, le recel, mais aussi les vols. La particularité du « colobane » réside non pas seulement dans la pratique mais surtout dans la manière de ruser ou de camoufler avec tact. C'est un terme utilisé pour caractériser toutes les pratiques corruptives en général, en particulier, lorsque la pratique en question est sanctionnée par une contrepartie financière. Il désigne donc tout mode d'accès aux ressources par un raccourci ou un chemin détourné.

En effet on a l'impression de se trouver dans une arène où le jeu consisterait à jouer au plus malin (*muusante*) et à mobiliser le maximum de ressources. Pourtant dans ce jeu de ruse, les plus qualifiés dans les professions médicales ne sont pas forcément les plus malins. En effet ils se font avoir à longueur de journée par le personnel subalterne ou paramédical. L'établissement de liens de parenté fictifs avec le malade aux fins de lui faire accéder gratuitement aux soins auprès des médecins alors que les frais de consultation sont déjà empochés est l'apanage du personnel subalterne. Il arrive aussi que des infirmiers viennent voir les médecins avec un malade et leur font croire que c'est un parent ou un indigent alors qu'ils ont déjà empoché l'argent de ce dernier. Cette pratique semble être tolérée car les médecins affirment qu'ils savent qu'ils sont trompés. Un médecin témoigne : « Quelqu'un ne peut pas avoir des parents qui tombent tout le temps malade. Dès fois c'est un frère, une autre fois un cousin, un oncle, une tante. Moi je ne m'en occupe pas quand je peux soigner le malade, je le soigne ».

Quant au service social, il est constamment sollicité par le personnel (à tout niveau) de l'hôpital pour faire bénéficier à certains patients une exonération partielle ou totale sans que ces derniers ne soient des nécessiteux. Lorsque le personnel subalterne s'adonne à une telle pratique, c'est plutôt pour soutirer de l'argent aux malades. « L'agent de l'hôpital vient nous voir pour dire de l'aider parce qu'il a un parent qui ne dépend que de lui or le mois est creux. « *Samay mbokk lañu te ñoom xamu ñu numu deme fii* » (ce sont des parents qui viennent de notre village et ils ne comprennent pas que nous aussi nous nous débrouillons seulement). Après vérifications on se rend compte qu'ils ne sont pas de réels cas sociaux. Il arrive souvent que le malade me révèle durant l'entretien qu'il n'a rien demandé et qu'on (le personnel médical) lui a demandé de venir solliciter une réduction. J'arrive parfois à faire payer au cas social le tarif normal après avoir découvert ces subterfuges. Le personnel médical qui peut être l'infirmier (re) ou le garçon de salle, demande un tarif réduit soit disant pour un protégé. C'est pour après empocher la différence ».

La revente des échantillons gratuits de médicaments – non destinés à la vente – n'est plus un secret en milieu sanitaire. En plus de cela, il arrive que les accompagnants dont le malade est décédé, donnent ou revendent des médicaments restants au personnel paramédical qui, à son tour, les met dans le circuit de la commercialisation pour leur propre compte. D'autres malades ou accompagnants cèdent leur restant de médicaments gratuitement pour aider ceux qui seraient dans le besoin, ces produits sont très vite écoulés par le personnel paramédical plus proche des hospitalisés.

« Le xar matt »



« Le xar matt » ou « bûcheronnage » est une pratique apparue il y a quelques décennies et qui consiste à prendre un autre travail en plus de celui officiel afin d'arrondir ses fins de mois. Il était plutôt fréquent chez les enseignants qui ainsi faisaient le tour des écoles privées en vue de donner des cours complémentaires ou des ménages dans le but d'offrir leurs services sous la forme de cours particuliers qui renforcent les enseignements reçus dans les écoles. La conjoncture a participé à la généralisation de cette pratique de « xar matt » et de son ouverture à d'autres professions comme les métiers de la santé. La prolifération de cliniques et autres structures médicales privées aidant, presque tous les corps de la santé sont touchés. Si la pratique en tant que telle ne gêne pas, c'est son usage abusif de la part des professionnels de santé qui est décrié. Ils délaissent les institutions publiques qu'ils sont pressés de quitter avant l'heure pour prendre leurs services privés ailleurs. Dans certains cas, ils se contentent d'un service minimum lorsqu'ils sont au travail dans l'hôpital public, le contrôle de leurs tâches étant plus stricte dans le privé. Dans d'autres situations, ils détournent les patients des hôpitaux vers ces cliniques et cabinets. Il en est ainsi des pratiques du personnel soignant de la maternité qui oriente des parturientes vers des laboratoires d'échographie privés moyennant une commission, de celles du personnel médical qui prescrit des analyses et incite le patient à le faire dans tel ou tel autre laboratoire privé d'analyses médicales, soit parce qu'il y trouve une commission ou parce qu'il y officie.

Dans l'entreprise, certains médecins orientent leurs malades consultés vers une officine de pharmacie de la place qui leur accorde des ristournes. Les complicités entre certains pharmaciens et prescripteurs font que même le traitement revient plus cher pour le malade. Un témoin nous a expliqué que chaque fois que son médecin lui prescrit un traitement cher il appelle d'abord le pharmacien et lui demande d'aller prendre le bon chez ce même

pharmacien. Au niveau de la mutuelle aussi les employés qui établissent les bons orientent les malades suivant les relations qu'ils ont avec les gérants d'officine. Ils essaient surtout de détourner les malades consultés vers telle ou telle officine moyennant des enveloppes reçues. La manne des spécialistes ou « *xar matt* ». La médecine générale est assez bien représentée au niveau de la structure mais ce sont les médecines spécialisées qui font défaut, ce qui explique la généralisation du *xar matt* dans ce secteur. Le *xar matt* est généralisé dans la structure, mais le cas le plus patent est observé au niveau du service de la kinésithérapie. C'est un service atypique car soignant les paralysies, les hémiplegies avec des traitements très longs et parfois très coûteux. Cet état de fait explique que certains membres du personnel de ce service font des rééducations aux domiciles de certains patients qui acceptent de payer le prix qui dépend du degré de gravité de la maladie. Sans détour le spécialiste soutient " je fais du "*xar matt*" chez mes patients pour arrondir mes fins de mois car je peux avoir en moyenne 20 000f/j, je suis le seul spécialiste de la région". Au niveau du service de l'ophtalmologie tous les samedis et dimanches les TSO font des consultations privées en l'absence du médecin chef. Parfois si le cas se complique le malade est référé dans un autre centre hospitalier ou ils ont des affinités (parents, amis, collègues ...) pour ne pas attirer les soupçons du médecin. Car ils disent que le militaire qui est le médecin "ne connaît pas le *colobane*".

« le *njègu guro* » (le prix de la cola)

Il réfère aux présents offerts par les usagers avant, durant ou après un service. Le cadeau peut être en nature ou en espèce. Donné avant ou durant le service, il est assorti d'une condition tacitement exprimée : la prise en charge rapide et efficace du patient de la part du soignant bénéficiaire du présent. Tout se passe comme s'il s'agissait d'une indication enjoignant le soignant à faire preuve d'un sursaut de dévouement et de sollicitude à l'endroit de l'utilisateur concerné. Donné après, il traduit la satisfaction et la reconnaissance des usagers relativement aux prestations du personnel. Cette pratique n'est pas perçue, aussi bien de la part de donneur que du receveur, comme de la corruption. Pourtant en poussant la réflexion, certains usagers reconnaissent qu'en plus de manifester une gratitude envers le personnel qui les a bien pris en charge, c'est une façon de protéger ses arrières car l'hôpital est un endroit qu'il est impossible de fuir et qu'il vaut mieux y avoir des entrées.

Le professionnel de santé comme ce spécialiste par contre y voit « des témoignages de reconnaissance. Certains passent à mon domicile pour me remercier ou me remettre des dons, d'autres viennent ici avec des produits du terroir (arachides, beurre etc.)». Pourtant ces diverses formes de témoignages de reconnaissance et autres cadeaux « intéressés » ne pourraient pas ne pas être considérés comme de la corruption dans la mesure où, elles engendrent le favoritisme et ont un impact sur la gestion publique. Mais dans ce type de corruption appelée « corruption échange social » et qui englobe le népotisme, le copinage, le clientélisme, les acteurs voulant bénéficier d'une certaine légitimité, y voient simplement le prolongement des pratiques traditionnelles d'échanges de dons et de faveurs. Les cas de népotisme font légion dans la structure ; un professionnel hautement qualifié affirme réserver une journée de travail pour sa famille élargie, népotisme doublée de tribalisme car ses consultations gratuites s'élargissent à tous les ressortissants de son terroir. Cette pratique, il la partage avec plusieurs de ces collègues dont un nous affirme se vouer corps et âme pour ses parents villageois qui sont démunis et déboussolés dans la capitale. Ainsi donc il trouve normal quand ces gens ont la chance de tomber sur lui, de leur faire un traitement de faveur. Ce traitement consiste à les faire passer avant tout le monde, à les consulter et les traiter gratuitement.

Au total les pratiques corruptrices se généralisent et se banalisent en raison des proportions particulièrement élevées qu'elles atteignent. A ce niveau de la structure hospitalière, nous sommes donc plus en présence de la petite corruption. Petite corruption ne veut pas dire « corruption sans importance » même si elle est systémique c'est à dire qu'elle est la règle et non l'exception. Cette petite corruption commence à se sédimenter dans le domaine de la santé. Lorsque chacun a quasiment un dossier compromettant sur l'autre, on s'auto neutralise. Mentionnons aussi le « maslaa » la tolérance de pratiques déviantes jugées bénignes. C'est la porte ouverte au laisser faire même pour ceux qui ne prennent pas en permanence part au jeu. L'espace des cercles vertueux se restreint. La corruption se routinise pour reprendre le terme de Giddens (1987) qui y entrevoit un mode de reproduction sociale fondé sur l'habileté des acteurs, la confiance au sein de groupes restreints et le positionnement des acteurs.

Contrairement à perception courante, elle n'est pas l'apanage du seul petit personnel dans les structures de santé. C'est une pratique qui traverse les catégories socio-professionnelles dans la santé. En revanche la grande corruption implique ceux qui occupent des positions privilégiées dans les structures de santé. Les deals qui rendent possibles les pratiques corruptives illustrent bien l'usage du tact que nous empruntons à Goffman (1968)³⁷ qui recourt à une théâtralisation des rapports sociaux pour mentionner la dynamique d'interactions sociales. C'est au nom de cette habileté qu'ils bénéficient de la complicité de leurs agents dont certains écarts sont tolérés. En effet, les structures de santé n'échappent pas aux « bons payés et non livrés » aux commandes fictives, aux surfacturations, à l'installation de « taupe » par les fournisseurs au sein des commissions de passation de marché pour en maîtriser les règles internes et remettre en cause l'équité proclamée.

Durant nos observations, on note souvent que la pratique de la petite corruption est un phénomène banalisé comme dans les cas qui suivent.

Détournement de biens alimentaires

Chaque fois que le fournisseur livre les denrées alimentaires pour la cuisine, une partie importante de ces denrées est prélevée par le chef de la cuisine et ses plus proches collaborateurs pour leur consommation familiale. C'est le fournisseur lui même qui est chargé de déposer ces denrées indûment prélevées (riz -savon- huile- condiments...) aux différents domiciles des principaux agents concernés par le deal. Ce qui explique le fait que les repas proposés aux malades internés sont très pauvres d'où la colère quasi quotidienne de ces derniers.

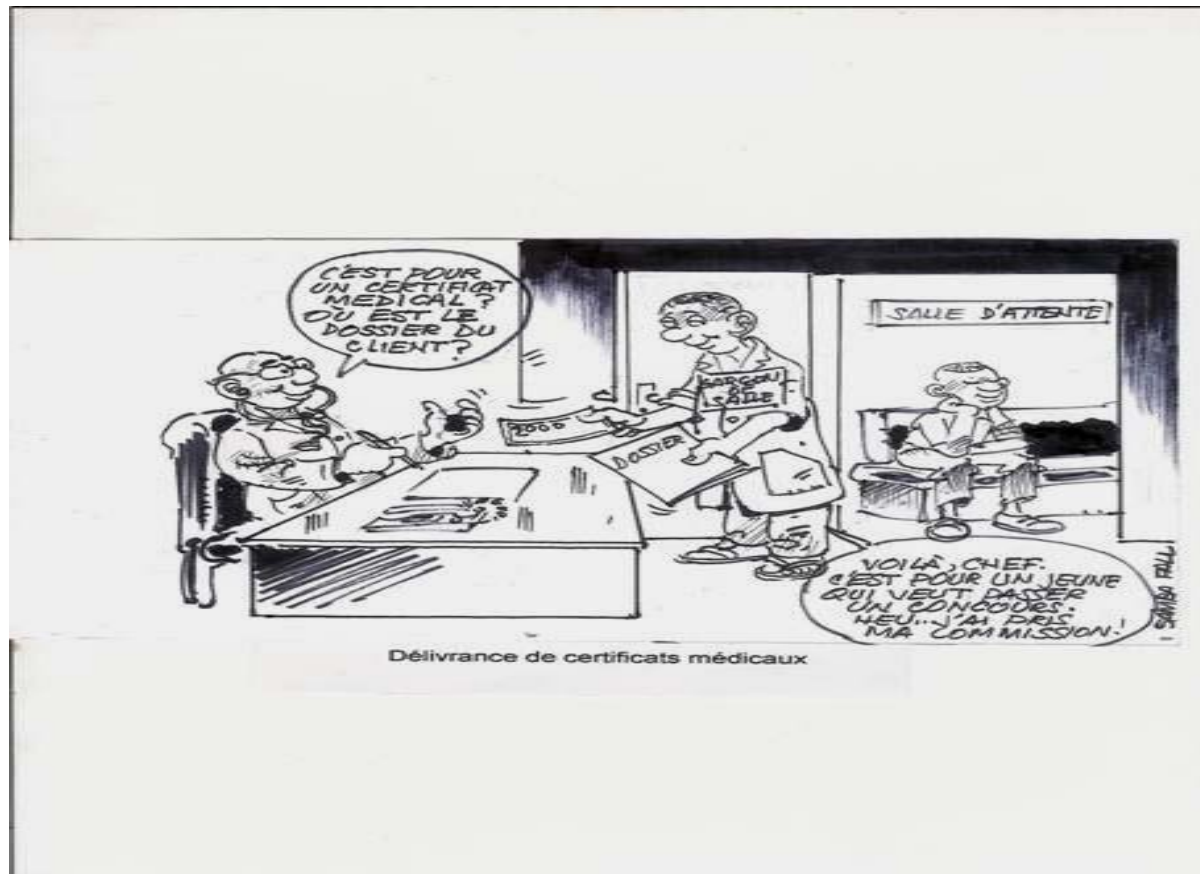
Confiscation du matériel de l'hôpital

Il est fréquent de trouver du matériel de l'hôpital dans la maison des responsables de la structure (climatiseurs, chaises, tables, baignoires...). Ils soutiennent que ce sont des matériels recyclés destinés à la vente, matériels qu'ils ont eux même achetés à bon prix. Cette argumentation est réfutée par certains qui disent que les ventes doivent se faire aux enchères et publiquement. Il arrive même que des produits non essentiel soient commandés et ensuite (chaises anglaises, baignoires, télévision...) sont livrés dans les maisons des principaux responsables de la structure. La majorité des commandes sont détournées par de tierces personnes (responsables) au détriment des finances de l'hôpital.

³⁶ Selon Anthony Giddens (1987 : 443), la routinisation c'est « le caractère habituel, tenu pour acquis, de la vaste majorité des activités qu'accomplissent les agents dans la vie sociale de tous les jours. Des styles coutumiers et des formes de conduite usuelles qui servent d'appui à un sentiment de sécurité ontologique qui, en retour, favorise ces styles et ces formes de conduite. »

³⁷ Goffman Erving, 1968, Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux, Les Editions de Minuit, 447 p.

Délivrance de certificats médicaux sans consultation



Pour l'obtention de permis de conduire ou pour faire un concours, les certificats médicaux ou de visite contre-visite sont exigés aux candidats. La délivrance de ces papiers ne peut être faite que par un médecin après consultation. Ce qui est fréquent c'est que le médecin délivre ces certificats sans même consulter l'intéressé. Ce sont des intermédiaires complices du médecin qui amènent le dossier des "clients" pour l'obtention du précieux papier. Le médecin se charge d'établir l'acte demandé moyennant 2000f par acte. Dans ce jeu l'intermédiaire reçoit 500f par certificat. Ce réseau ne peut fonctionner qu'avec la complicité de tout le personnel et surtout le vigile qui est chargé de négocier directement avec les intermédiaires ou les intéressés eux mêmes. Ce trafic prospère dans la mesure où les cliniques font ces mêmes certificats à 3500f au lieu de 2000f appliqués dans le service en question. "c'est pas cher, c'est rapide et ça rapporte beaucoup" d'après un infirmier complice. A côté de ces différents types de pratiques corruptrices observées dans les services médico-administratifs de la structure, il existe une autre forme de corruption plus fine et plus sournoise dans la commission de passation des marchés.

Vols et détournements

Ils traduisent l'action par laquelle des acteurs des structures sanitaires accèdent à des ressources en passant par des voies non officielles. Cette pratique est relativement courante ; elle va de la subtilisation de produits et de matériels, à la surfacturation en passant par

l'encaissement d'argent ou de chèques par des travailleurs qui ne sont pas habilités à le faire. L'arnaque : c'est une pratique qui consiste à profiter de l'ignorance et du désarroi des usagers pour leur soutirer de l'argent. Elle est surtout l'apanage du personnel subalterne qui, ici, profite essentiellement de sa position stratégique : la proximité avec les patients. Le plus souvent, l'arnaque s'effectue avant que le patient ne s'installe dans le circuit officiel de la structure.

sisó bu amul gres du dagg (des ciseaux non lubrifiés ne coupent point)



Cette pratique est surtout repérée chez les paramédicaux qui profitent de leur proximité avec les patients mais surtout de l'ignorance de ces derniers pour leur faire payer des frais déjà régularisés. Seulement à ce niveau les sommes soutirées aux patients ne sont pas élevées, elles oscillent entre 1000 et 2000 francs juste pour relever leurs émoluments qu'ils jugent trop modiques

Sarax (l'aumône)

C'est une pratique qui consiste à délivrer des certificats de visites et contre visites aux vigiles par les médecins. Les vigiles opèrent pour le compte d'usagers dont ils encaissent la contribution financière qui varie entre 1000 et 1500 francs. Les médecins accèdent à la demande des vigiles parce que justement ces derniers leur permettent de s'adonner à des malversations sans les dénoncer ni les inquiéter outre mesure . Cette pratique est appelée *sarax* puisque dans l'esprit des médicaux elle permet aux vigiles d'avoir des ressources additionnelles comme les autres acteurs de l'hôpital.

Fepp feppatu et raas raasaatu (racler les restes)

Il renvoie à toutes les consultations privées effectuées en dehors des heures d'embauche. A ce niveau les médicaux s'appuient sur les collecteurs et les vigiles pour recruter des patients. L'argent tiré de cette pratique est partagé entre les différents éléments du réseau proportionnellement à leur niveau d'implication. Cette pratique renvoie aussi au fait que les médicaux détournent certains patients vers les cliniques dans les quels ils officient. Espace famille : dans les deux structures visités les alliances sont nouées autour de liens familiaux,

ethniques et/ou religieux. Dans un tel contexte les échanges de services en dehors de toutes réglementations atteignent des proportions élevées. Ces échanges de services concernent aussi bien le recrutement, les soins, l'accès aux médicaments et même aux ressources. Il se produit dès lors une sorte de légitimation des pratiques corruptives au nom de valeurs socioculturelles.

Conclusion

Au niveau de l'hôpital où il y a une forte infiltration de considérations sociales, les recommandations atteignent des dimensions particulièrement élevées. Elles sont surtout l'apanage des travailleurs de la structure et des membres de la famille du parrain ainsi que des instances politiques ou administratives qui sollicitent pour l'essentiel des soins ou des recrutements de faveur. Ce qui conforte l'hôpital dans sa position d'espace famille où les alliances sociales constituent des enjeux.

Les pratiques corruptives dans les centres de santé

Les pratiques corruptrices sont le plus souvent le fait d'acteurs en relations avec le personnel de la santé et vont du personnel d'appoint en passant par le paramédical pour aboutir au personnel médical. Tantôt elles sont individuelles tantôt elles sont le fait de deux ou plusieurs personnes qui servent d'intermédiaires au supérieur hiérarchique ou agissent pour leur propre compte. Même s'il n'est pas aisé de recevoir des confidences, les pratiques relatées et observées nous font dire qu'elles sont cautionnées par la hiérarchie qui ferme les yeux sur ces actes. Les malades ou les accompagnants sont victimes parce que souvent ignorants les mécanismes ou contribuant à asseoir les conditions qui favorisent les actes de corruption. Ils en font souvent les frais. Ainsi, ils déboursent sans trop se poser des questions ou analyser la portée de leurs actes ou bien décrient le système sans obtenir satisfaction.

Elles sont diverses et variées et concernent plusieurs rubriques.

L'usage des produits médicaux

Dans toutes les structures visitées, il est coutume pour certains professionnels de la santé de procéder à une surfacturation des produits médicaux. Celle-ci concerne toujours les médicaments achetés par les malades sans qu'ils soient tous utilisés. Dès fois ce sont les produits qui font partie des frais d'hospitalisation qui sont monnayés par le personnel soit paramédical soit subalterne. Cette situation cause des désagréments aux patients qui la plupart du temps sont dans l'ignorance la plus totale. En effet, ces derniers ne sachant pas tout le temps les prestations comprises dans les frais médicaux qui leur sont demandés, ils déboursent sans difficulté aucune. Ceci leur porte souvent préjudice car il arrive que le soignant leur prescrive d'autres types de médicaments qu'ils sont dans l'incapacité de payer. La conception à ce propos que les usagers ont de ces pratiques c'est que ce qui se passe dans les structures sanitaires « kenn mënu koo wax » dans la mesure où faire payer à un malade des médicaments pour voir après le personnel se l'approprier pour la revente ou pour d'autres fins est inadmissible.

« Garab lu mu yàgg yàgg ci biir ndox du tax mu soppali ku jasik » (aussi longtemps que la plante restera dans l'eau, elle ne peut se transformer en crocodile)

Dans le milieu de la santé, le personnel subalterne est présent dans toutes les unités de soins. La durée dans ces lieux peut l'amener à acquérir certaines connaissances médicales qui peuvent relever d'un suivi régulier et fréquent des pratiques qui y ont cours. Le séjour

prolongé dans l'unité de soins pousse dès fois quelques uns à poser des actes médicaux. Malgré le fait qu'ils n'aient reçu aucune formation sur ce domaine, certains parviennent à imiter à la perfection et à pouvoir reproduire les procédés d'un supérieur hiérarchique. Ainsi, à la faveur d'une inattention de la part du personnel qualifié ou d'une absence aux heures de pause ou de descente, ces agents qui peuvent être soit des chauffeurs, soit balayeurs de laboratoire ou encore gardiens utilisent le matériel du service concerné à des fins personnelles. Ce matériel peut être des bulletins d'analyses dans le cas du laboratoire, le cachet de l'unité, etc. Comme dans toutes les structures sanitaires, le port de la blouse porte les malades à croire que tous sans distinction sont des soignants et que leurs problèmes de santé peuvent être résolus. Aussi, s'ils tombent par hasard sur ce personnel non qualifié ou le sollicitent par ouïe dire, ils se voient délivrés pour une analyse donnée un papier dûment signé avec annotations et cachet de l'unité. Ce service la plupart du temps est monnayé à 2000F. Cette possibilité pour ces prestataires de se substituer aux professionnels de la santé et de se livrer à des opérations médicales porte préjudice aux patients qui recourent à eux. En effet, les résultats qui leur sont délivrés et qui sont soit faussement positifs ou négatifs ne reflètent en rien les maux dont ils souffrent en raison de l'absence d'une analyse fiable et d'un diagnostic exact. Souvent, ils sont obligés de se tourner vers d'autres techniciens parce que leur état de santé ne s'améliore pas ou se détériore malgré les prescriptions qui leur ont été faites dans le cadre du traitement de leur pathologie.

L'auto motivation en salle d'accouchement

Elle consiste à percevoir l'argent d'un patient pour un acte qui est sensé être gratuit ou pour des opérations qui dans les normes sont couvertes par le ticket payé. C'est le cas d'actes allant du pansement ombilical ou ceux plus importants posés dans le cadre d'un accouchement. Si pour le premier geste, le problème ne se pose pas trop parce que les parturientes sont averties qu'elles peuvent amener le nourrisson chaque deux jours pour des soins, là où le bât blesse c'est que certaines ignorent dès fois que cet acte est payant et que c'est une règle à laquelle on ne peut déroger. Ainsi celles qui ne le savent pas sont redevables envers la responsable de garde. La garde est l'occasion pour certaines de se remplir les poches car hormis l'accouchement où un ticket est réclamé, tout pécule demandé et déboursé est utilisé à d'autres fins par les praticiennes comme se restaurer et payer le billet retour. Cette pratique de ce point de vue constitue une « auto motivation » et la somme récoltée permet « nga am paas booy ñibbi » (avoir de quoi se payer le billet de retour), de payer du lait caillé. Ainsi des femmes qui amènent des bébés aux soins vont jusqu'à se faire retirer leur billet de transport parce qu'elles étaient dans l'ignorance. Cet acte est tellement légitimé qu'en parler avec un quelqu'un qui n'est pas de la structure sanitaire équivaldrait à « gennee mboot yi » et qu'à ce propos il faudrait pour celui-ci « mu teg loolu ci suuf » c'est-à-dire qu'il ne faut même pas en discuter car cela signifiera dévoiler des choses soigneusement cachées, donc motus et bouche cousue.

L'accouchement quant à lui est le meilleur canal pour l'équipe de garde de rentrer au bout de 24 H les poches pleines. En effet, une facturation qui n'a rien à voir avec le ticket à payer dans les normes est légitimée et de ce point de vue aucun accompagnant ne peut y déroger. En effet, des sommes assez importantes qui vont de 6500 à 8500F sont demandées par l'équipe de garde à toute personne qui accompagne les parturientes ticket d'accouchement non compris. La somme est répartie comme suit : 4500 pour les médicaments, 500 pour verser le placenta, 2000 pour le test (spasfon + valium) en vue de déclencher le travail, 1500 pour le fil de suture. Cet argent demandé va en réalité dans les poches de l'équipe des soignantes qui se le partage une fois la garde achevée. Pour chaque parturiente, des produits sont demandés pour la perfusion. Mais, c'est un seul qui est utilisé. Ce n'est que l'aiguille qui est changée

une fois que la parturiente accouche. Cet acte est tellement légitimé que l'une des responsables affirme en réponse à des plaintes occasionnées par ces actes que : « cela fait des années que les frais d'hospitalisation ne sont plus régularisés à mon niveau ».

« Loxoy kajoor day wesalo » (les réciprocités organisent les rapports entre proches)

Comme tout acte médical, l'échographie a ses objectifs. Dans les normes, elle doit être faite obligatoirement par toute femme en état de grossesse au moins deux fois au cours des neuf mois de l'avis d'une professionnelle de la santé. La première est destinée à voir, confirmer ou infirmer la grossesse et éventuellement les anomalies qui peuvent survenir. La dernière permet de poser le diagnostic de l'accouchement à savoir la présentation du bébé et une rapide intervention au besoin. Compte tenu de l'importance de cette opération, il est courant de voir des femmes enceintes qui sont orientées vers d'autres structures privées en l'occurrence si le service ne dispose pas d'un appareil d'échographie. Dans ce cadre, ce sont les professionnelles qui les envoient auprès des techniciens de leur choix. Ces femmes peuvent être prises en charge pour un coût qui peut aller jusqu'à 15000F. Il est d'usage pour certaines professionnelles de la santé de demander et de recevoir des commissions sur chaque cas envoyé. Cette ristourne peut atteindre 5000F par patiente. Tant que les agents privés répondent aux attentes de celles-ci, la collaboration est effective et c'est le « *nekkal ma fi ma nekkal la fee* » (défense réciproque d'intérêt) qui est de rigueur. Mais il peut arriver que certaines structures privées refusent systématiquement de payer les commissions demandées. A ce moment, les futures mamans ne leur sont plus envoyées. Elles sont orientées vers d'autres services qui seront beaucoup plus enclins à jouer le jeu même s'ils se situent à des kilomètres de la structure qui réfère les patientes.

Ainsi, le facteur éloignement des lieux de consultation choisis n'entre pas en ligne de compte car les professionnelles préfèrent leurs prestations de services à celles du cabinet qui se trouve à moins de 500 mètres du centre de santé. De ce fait, la règle tacite qui prévaut et qui est valable pour tout le monde est que toute patiente qui prend sur elle l'initiative d'aller faire son échographie au niveau du cabinet prohibé verra ses résultats rejetés parce que ces professionnelles considèrent les techniciens qui y officient comme incompetents. Donc, toute échographie qui provient d'eux n'est pas admise et la patiente est dans l'obligation de refaire l'acte au niveau d'une autre structure qui est dans les bonnes grâces de ces agents de santé. La plupart du temps, celles qui ont fait fi de cet interdit ne l'entendent pas de cette oreille et cette situation occasionne des conflits entre d'un côté ces patientes et les professionnelles et de l'autre côté entre ces dernières et les responsables du cabinet qui ont délivré ces résultats contestés.

Les pratiques suivantes ont été observées :

Le travail parallèle ou « xar matt »

Si dans chaque division les agents s'efforcent de remplir leurs obligations, c'est entre 8h et 13h. Les après midi sont systématiquement occupés pour des affaires personnelles. Pour certaines opérations les agents se font payer directement par les patients et il arrive qu'on marchandise sur les frais à payer. Les infirmiers prescrivent des ordonnances et se procurent eux mêmes le médicament au niveau de la pharmacie du centre au bénéfice de leurs clients, font des pressions sur les ACS s'ils renvoient un patient qui se présente sans ticket. L'échographie ne se fait pas à l'intérieur du centre où l'appareil existe Les malades sont orientées vers la clinique privée d'un médecin du centre qui fait des tarifs de 7000 frs (ailleurs c'est 10000frs). Les infirmières qui lui envoient les patientes font valoir que c'est dans l'intérêt des malades parce que c'est moins cher.

Les abus de biens sociaux

A la pharmacie du centre il existe un cahier du personnel où ils peuvent faire des commandes de médicament pour leurs soins et ceux de leur famille ; certains en abusent alors que d'autres répugnent d'y recourir. Nous appelons cela « bu gaal yi teeree » (si les pirogues accostent) : il est une pratique dans le milieu des pêcheurs qui consiste à livrer du poisson sous forme de ration appelée « rënd » dans leur jargon : aux notables dès que la pirogue débarque et avant de vendre le produit. Au centre, quand la dotation de médicaments arrive et à la fin du mois dès que le matériel d'entretien est réceptionné, les premiers à se servir sont les membres du personnel : en effet il existe un cahier du personnel où certains noms sont très fréquents alors que d'autres se gardent de prendre ainsi des médicaments pour leur boîte à pharmacie personnelle. Ce qui fait que chaque infirmier, à partir de 13h se double d'un pharmacien ; il vous soigne et vous procure le médicament sur place ou sur rendez-vous. Le patient profane dira toujours « dafa lay fac may la garab » (il te soigne et t'offre des médicaments) en se doutant que c'est ce médicament offert qui attire le patient- client et qui vend la consultation tels ces cadeaux des vendeurs ambulants de produit de promotion dont la valeur est incluse dans le prix du produit proposé à la vente. Dès lors le médicament ne nourrit plus les pharmaciens mais aussi certains infirmiers et médecins qui plus est, s'approvisionnent gratuitement en produit qu'ils revendent sans en avoir l'air, à des malades qui payent leur ticket.

« bu gaal yi teeree » c'est aussi, à la fin de chaque mois , quand les produits d'entretien arrivent (savons, insecticides, lessives etc.), c'est l'occasion pour le major d'en distribuer à tour de bras à des agents qui en font la demande par écrit. Certains ne prennent pas, car ils savent que ces produits sont destinés logiquement aux locaux du centre. Il n'empêche que la part réservée aux absents est ventilée entre copains ou bien aux subalternes qui baissent l'échine devant le major. D'autres cas de corruption sont notés. A la morgue la mairie alloue 100.000 Fcfa/ mois au croque mort. Selon les délibérations municipales, cette somme est destinée aux frais de toilette, d'inhumation et de transport pour les cadavres inconnus ou les accidentées de la circulation dont les parents ne se manifestent pas. Au niveau de la commission de la santé de la municipalité c'est 200 000frs qui ont inscrits dans cette rubrique et versés mensuellement par le Trésor sans qu'on ne sache à qui profite le reliquat.

Un autre croque mort est recruté et payé mensuellement ; il ne s'est jamais présenté à la structure, c'est un cas patent d'employé fictif. Des marchés non prioritaires sont passés avec des tiers comme celui des tableaux d'ornement. Le fonds de dotation de la municipalité de 2003 estimé à 63.000.000 frs n'est toujours pas disponible ; de l'avis du gestionnaire. A la mairie, on fait valoir que ce fond est destiné au centre ainsi qu'aux autres postes de santé en fonction des besoins, que vu l'état de santé financière du centre, on donne la priorité aux postes. On nous a montré un stock de produits d'entretiens évalué à 2.000.000 frs que le centre n'est pas venu récupérer. Quand nous sommes retournés au centre, le major nous a révélé que ces produits n'étaient pas de qualité efficiente et la mairie a passé le marché avec un fournisseur en raison de sa collaboration politique et pour l'arranger. Le médecin affiche un silence méprisant mais il n'est pas exclu dans notre entendement qu'il s'agisse pour ce stock ; comme pour le reste de la dotation d'un « baaral » (laisser mijoter): dans certaines familles en milieu chaud, on réserve de l'eau sur une branche d'arbre qui ne soit pas accessible aux enfants. Au bout d'un certain temps, il aura atteint une dose de rafraîchissement et seuls les grands, et, en priorité, le chef de famille, y accèdent pour se désaltérer. Nous pensons que ce fond fait l'objet d'un « baaral », qu'on le fait oublier ici pour le redistribuer entre « responsables».

Une autre pratique banalisée : la vente des certificats de visite et contre visite, moyennant 2000 F.CFA. Il suffit de se présenter devant le secrétaire pour qu'elle vous dise « c'est 2000 fr ». Au bout d'une heure, on vous livre un certificat portant cachet et signature de 2 médecins qui ne vous auront même pas vus. Ce qui est plus paradoxal, c'est que les pathologies supposées visitées comme la neurologie et l'ophtalmologie, ne sont pas représentées dans le centre (voir annexe : exemplaire de certificat de visite). Le médecin que nous avons interpellé est paru confus et nous a fait remarquer qu'il s'agit là d'un « acte médico-légal qui n'engage pas la structure, mais le médecin signataire ». Il n'est pas exclu qu'à ce rythme des tuberculeux ou des aveugles ainsi que des sidéens bénéficient d'un acte certifiant leur aptitude. La promptitude de la secrétaire n'est pas gratuite.

Les cas sociaux

L'assistance sociale gère ce volet. Il s'agit de consentir à des indigents, des exonérations sur les consultations et les analyses ; des dons en médicaments ou des réductions. C'est dans la sélection et la présentation des cas sociaux que les membres du personnel glissent leurs propres clients et protégés. Ainsi certains patients payent les frais d'analyse ou d'hospitalisation et sont présentés, à leur insu, comme cas sociaux avec la complicité du major. A chaque fois qu'un cas leur est soumis, ils sautent sur l'occasion pour glisser d'autres cas « fictifs ». Ces cas sociaux deviennent alors des « ka sosiyo ».

Les opérations de circoncision

On observe généralement que chaque groupe de circoncis s'adresse à un infirmier précis ; c'est que les opérations sont faites à domicile moyennant 15.000 F. Ce sont les opérations post-circoncision qui sont effectuées dans le centre avec le matériel du centre alors que ce sont des actes privés. Les évacuations des malades vers les autres hôpitaux : une note est balancée à la maternité pour indiquer qu'à compter du 1^{er} juillet, les évacuations seraient gratuites. Curieusement la même note, sans cachet, signée par le gestionnaire n'est pas affichée ailleurs dans le centre et notamment aux pavillons d'hospitalisation.

Dans le passé, il fallait payer 15000 frs pour le carburant et le chauffeur ambulancier. Aujourd'hui, en dépit de cette note, devant l'imminence d'une évacuation, on observe que le gestionnaire qui doit livrer les bons de carburant s'éclipse et laisse le patient et ses accompagnants désespérés avec l'ambulance. Ce dernier fait semblant d'attendre et affiche une patience déconcertante pour...Inciter les accompagnants, pressés, à mettre la main à la poche. En ce qui concerne le comité de santé du district on observe dans ses bilans mensuels, dans la rubrique « dépenses » des termes comme « dépenses exceptionnelles » ou bien « autres dépenses » ces rubriques reviennent tous les mois et deviennent « habituelles » à nos yeux. Ces termes laconiques cachent des prêts consentis à tour de rôle, à des membres du comité, des membres du réseau ainsi qu'à d'autres tiers triés sur le volet. Cette caisse apparaît comme une mutuelle de crédit et même une « keesu mbootaay ». Il faut rappeler que le trésorier de l'ancien comité a été traduit en justice pour un manquant de 16.000.000 frs.

A la maternité d'un centre de santé, il existe deux sages femmes d'Etat, des matrones et des agents communautaires. Après les heures de service, on ne trouve aucun personnel assermenté dans les gardes sauf une sage femme nouvellement recrutée. Si elle n'est pas de garde, on retrouve que des aides infirmiers, des matrones et des agents communautaires pour assurer la garde de la nuit. Ce personnel non assermenté prescrit des ordonnances en mettant le cachet du service de garde. Il est fréquent de voir qu'elles prescrivent des ordonnances surchargées pour leur permettre de garder le reste. Elles prescrivent deux boîtes de syntocinon et de buscopan alors qu'une seule boîte de chacun suffit. Elles profitent des circonstances

stressantes de l'accouchement pour monter leur coup. Les accompagnateurs ne peuvent pas vérifier et ne savent même pas que le traitement c'est une seule boîte. Le malade non plus ne peut savoir si on l'a injecté deux bouteilles ou une. Même interpellées, les matrones diront toujours que le produit est injecté dans la perfusion.

« C'est ce qui fait, remarque une sage-femme, à chaque fois qu'une femme est prête d'accoucher, il y a toujours quelqu'un dans le service de garde qui vous déclare que j'ai tel ou tel médicament à vendre. Si je vérifie la date d'expiration tout est bon. Comme ce sont des produits qu'on a besoin d'urgence, on ne se pose pas beaucoup de questions sur la provenance douteuse des médicaments à la disposition des matrones. C'est au même prix que ces médicaments sont revendus dans les officines. L'âge avancé des matrones fait que je suis gênée de leur parler. Vous savez les matrones les plus expérimentées sont les plus dangereuses. Elles font des actes qu'elles ne doivent pas faire. Ce sont elles qui prennent le risque de faire avorter les jeunes filles. La maîtresse sage femme donne des rendez-vous le week-end, les heures creuses ou à la descente pour des consultations privées. C'est en consultation privée qu'elle fait les poses de norplant et de Dispositif Intra Utérin qu'elle est la seule à pouvoir faire. » Le médecin chef qui est en même temps le gynécologue fait pression sur les sages-femmes pour que durant les consultations pré-natales l'échographie soit systématiquement demandée. « Il est venu me dire de systématiser l'échographie renseigne la sage-femme ». En fait c'est le médecin chef qui assure l'échographie. Dans chaque échographie il y a un montant qui lui revient de droit. A cela s'ajoutent les malades à qui il demande de venir payer directement dans son bureau au lieu d'acheter des tickets à la caisse du centre.

Les pratiques du chef : les consultations privées et les tickets parallèles

Il est le spécialiste et le médecin chef. Personne ne peut le contrôler. Il gère une clientèle parallèle pour ses propres comptes. Il fait ses consultations privées et des opérations chirurgicales même jusqu'à une autre ville située à cent kilomètres. Durant ses déplacements, il utilise le matériel et le véhicule du centre. La corruption est orchestrée par le médecin chef lui-même qui est aussi le spécialiste. Pour les opérations chirurgicales, le ticket est à 25.000 francs. Le médecin chef a organisé un réseau parallèle de vente de tickets qu'il contrôle. Il a mis son cousin qu'il a pris auparavant au centre de santé pour l'entretien du bloc pour lui servir d'intermédiaire fiable. Chaque fois que le malade doit subir l'opération il lui demande d'aller voir son cousin pour l'achat de ticket. Le malade qui a acheté un ticket se croit alors être dans le circuit normal. Un cas a permis de déceler cette pratique dénoncée en vain. Ces tickets parallèles sont destinés aux malades locaux ; le gynécologue entretient une clientèle venant du pays voisin. Il accorde des consultations privées aux maures venant de l'autre rive du fleuve avec des tarifs extrêmement élevés. Ces maures viennent directement chez lui et n'achètent pas le ticket. Il traite directement avec ces mauritaniens. Un exemple nous permet d'avoir une idée de ces émoluments. Une maure s'est plainte devant un de nos interlocuteurs en ces termes : « *les services de votre médecin là, sont trop chers. Je lui ai payé cent mille francs* ».

Les week end, il fait aussi ses consultations privées dans une autre ville voisine où il n'a pas encore de gynécologue. Il fait des échographies et des consultations gynécologiques avec le matériel et le véhicule du centre de santé. La réputation des médecins sénégalais aidant, Il a même des clients richissimes dans la capitale du pays voisin où il se déplace fréquemment bien sûr avec le matériel du district.



Vente illégale des médicaments

Le médecin chef est au cœur de la vente illégale de médicaments provenant du pays voisin. Il utilise le dépositaire de la pharmacie du centre pour vendre en priorité ses médicaments. Un scandale a même éclaté lorsque le comité de santé s'est rendu compte que ses chiffres d'affaires baissaient terriblement. Après investigation, ils se sont rendus compte qu'il y a une vente parallèle de médicaments n'appartenant pas au comité de santé. Le scandale a été vite étouffé malgré le fait que le préfet était au courant. D'ailleurs le dépositaire s'était mêlé à une autre vente parallèle. Un pharmacien d'officine de la place sentant la concurrence rude avec l'installation d'une nouvelle officine près du centre de santé, mettait un lot de médicaments de spécialité à la disposition du dépositaire qui les écoule moyennant quelque chose. C'est le gérant de la pharmacie près du centre qui a découvert de telle pratique illégale. Des problèmes ont surgi entre ces deux pharmaciens. Le médecin chef saisi par la pharmacienne victime a dit qu'il n'était pas au courant. Mais comme il fait de pratiques similaires avec le dépositaire, il a seulement demandé au dépositaire d'arrêter et de faire attention. Les infirmiers prescripteurs du centre revendent aussi par l'intermédiaire du dépositaire les échantillons des médicaments qu'ils obtiennent des délégués médicaux.

Le problème de la vaccination. Avant de traverser la frontière pour aller dans le pays voisin, chaque personne doit se faire vacciner contre la fièvre jaune, le choléra, la méningite ; la personne paye mille francs pour la vaccination. Mais en fait c'est juste pour avoir le cachet indiquant que la personne a fait ses vaccinations. Le carnet est anti-daté car en principe la personne devait rester une semaine avant après la vaccination pour pouvoir traverser. L'argent récolté avec les vaccinations est partagé entre le service d'hygiène et le médecin chef.

Les certificats de visite médicale pour les vendeurs

Chaque vendeur de produits consommables qui s'installe dans les coins de la rue doit disposer d'un certificat de visite médicale qui s'élève à 3000f en plus de 500 F pour les analyses. Dans la pratique le certificat est cédé à 3500 F sans aucune visite ni analyse. Tous les Six mois le certificat médical est renouvelé au niveau du service d'hygiène avec la même procédure. Ces montants récoltés se retrouvent dans les poches des agents du service d'hygiène. Les médicaments du télé-thon : Le Télé-thon était l'initiative du ministère de la santé pour récolter de l'argent destiné à la lutte contre le paludisme. Des médicaments ont été achetés pour les céder gratuitement aux femmes enceintes et aux enfants malades du paludisme. Mais la gestion de ce stock est décriée. Le médecin chef l'a confié à un de ses protégés ; les connaissances du chef accèdent gratuitement aux médicaments tandis que les autres sont amenés à payer pour avoir accès aux antipaludéens qui sont censés être gratuits.

Le véhicule est souvent à la disposition de l'épouse du chef du district. Nous avons pu constater un jour que pour se rendre à un baptême avec ses amies dans un village situé à dix kilomètres, l'épouse du médecin chef a mobilisé le véhicule du centre qui était à sa disposition toute la journée. Le chauffeur du centre nous signale que même pour des événements se déroulant à Dakar, le médecin chef mobilise le véhicule et le chauffeur du centre à la disposition de madame. La surcharge des factures des réparations, c'est la stratégie utilisée pour voler de l'argent. Lorsque les véhicules tombent en panne ou lorsqu'il y a une réparation à faire dans le domaine électrique c'est l'occasion rêvée pour faire confectionner des factures qui font crever les yeux. L'on nous signale qu'une fois pour la réparation d'un véhicule appartenant à un projet logé dans le centre le chef a fait établir une facture de trois millions. Le chef du projet un partenaire du centre de santé sentant l'abus refuse jusqu'à présent de payer la facture. Un autre partenaire du district qui a financé un programme de lutte contre une maladie qui commence à sévir dans la zone nous a raconté comment il a failli être roulé par la complicité entre le médecin chef et l'entrepreneur chargé de quelques travaux de réfection. *« L'entrepreneur a fait un devis trop élevé à la limite de l'acceptabilité. Le devis est finalement accepté. En plein chantier le médecin chef m'appelle pour me dire que l'entrepreneur avait sous estimé le chantier et qu'il faut une rallonge. Il m'a fallu être intraitable pour déjouer leur plan et leur faire plier ».*

Le programme bilharziose non exécuté : un programme de sensibilisation sur la bilharziose a été confectionné avec une enveloppe de cinq cents mille francs. Le responsable de ce programme a constaté que le budget a été consommé alors qu'aucune activité n'a été exécutée. Au moment d'établir des rapports, regrette notre interlocuteur, le médecin chef se permettra de dire qu'ils ont sensibilisé tel nombre de personnes.

Le traitement de masse bilharziose où on demande des sommes forfaitaires : des campagnes de traitements de masse gratuits de la bilharziose sont organisées fréquemment dans la zone. Si dans la ville les agents d'hygiène le font gratuitement, dans les villages profitant de l'ignorance des populations rurales et du besoin du traitement dans ces villages où le taux de prévalence dépasse 80%, les agents d'hygiène se permettent de demander des sommes symboliques soit disant pour traiter la bilharziose. Mais les cent francs à l'échelle de plusieurs villages assurent une bonne rentrée financière aux dos des villageois. L'argent des produits du planning familial : L'argent des produits de planning familial est un mystère. On ne sait pas d'où cela atterrit d'autant que cela n'entre pas dans la caisse du comité de santé. La sage femme gère cela comme elle l'entend. D'ailleurs même il est envisagé au niveau national de changer les choses à ce niveau pour que les produits du planning entre le lot des médicaments gérés par le comité de santé.

« May budul yaaq » ou les recommandations tolérables : l'expression « May budul yaaq » est sortie des explications d'une infirmière qui affirme qu'un personnel médical ne peut pas rendre service à ses parents ou connaissances. « Une consultation gratuite, un point de suture, des pansements gratuits c'est tolérable. L'essentiel c'est de ne pas exagérer ».

Les pratiques corruptives observées à partir des postes de santé

Les quelques rares pratiques corruptrices sont nées des dysfonctionnements relatés plus haut. Il est fréquent de voir un soignant faire une consultation chez la famille d'un marabout et en revenir avec des cadeaux en nature ou en espèce (argent foulard encens billet "makka"). Cette situation fait que les soignants sont plus intéressés par les familles des marabouts que par le patient lambda qui fréquente le poste. Chaque membre du personnel fait tout pour entrer dans les bonnes grâces du Marabout, ce qui crée parfois des problèmes de jalousies ou de positionnement entre eux. Le travail au niveau du poste est au ralenti car les principaux responsables sont le plus souvent absents ou alors arrivent largement en retard à l'embauche. En période de "Ziarra" ou de Gamou³⁸, le poste enregistre une forte affluence de patients venus de partout à travers le monde. Les tickets de consultation passent de 200f à 1500f surtout pour les étrangers originaires des pays limitrophes et les résidents qui n'ont pas les moyens de payer ce tarif, sont orientés vers les abris provisoires mis pour la circonstance par les sapeurs pompiers.

Pour les consultations en gynécologie, elles peuvent aller jusqu'à 15000f et même des fois plus selon l'état dans lequel se trouve le patient. Ce sont surtout les "talibés" venus des pays anglophones qui acceptent ce prix, car pour eux avoir un enfant dans la ville où est "gardé" leur vénéré guide est un don du ciel. Ils paient cher pour accéder à un tel acte médical qu'il assimile à un privilège. Vue l'importance des dons en médicaments, il est fréquent de voir les marchands ambulants vendre des médicaments périmés (« ñokket » paracétamol nivaquine...) qui sont les résidus des dons de médicaments. Cette situation est accentuée surtout pendant les périodes de Gamou³⁹ ou de Ziarra⁴⁰ : le lieu par excellence de la corruption est le comité de santé qui est l'émanation des structures socio-économiques du quartier abritant le poste de santé. Il est très fréquent de voir un membre d'un comité de santé épinglé et traduit devant la justice pour faute de gestion. .

A de telles pratiques s'ajoutent les phénomènes courant de surfacturation et des dépenses fictives. En effet, à parcourir les registres de comptabilité et en particulier la rubrique intitulée « outils de gestion » (matériel de bureau, factures téléphoniques, rames de papier etc....) on se rend aisément compte qu'il existe un décalage substantiel entre les prix déclarés et la réalité observée sur le marché. Les entretiens que nous avons eus avec certains agents de la structure et des usagers nous ont permis de comprendre qu'une telle pratique est l'apanage du chef de poste, de connivence avec les fournisseurs qui acceptent d'établir des factures en amplifiant le prix des produits.

Il en est également ainsi de la commande des médicaments qui fait des postes de santé des filières intéressantes pour les délégués médicaux non pas pour faire la promotion de leurs produits pharmaceutiques mais plutôt pour ravitailler et vendre les mêmes produits aux ICP.

³⁸ Il renvoie en particulier à la cérémonie religieuse marquant la fin de l'année et le début du nouvel an chez les musulmans et en général toutes les pratiques commémoratives rappelant la disparition d'un saint.

³⁹

^C, est une grande visite qu'un ou plusieurs regroupement de disciples rendent à leur guide religieux.

C'est ainsi qu'un véritable marché parallèle de vente de médicaments est observable dans les postes de santé au détriment des dépôts de pharmacie qui y existent. Les délégués médicaux commencent à supplanter les districts sanitaires dans l'approvisionnement des postes de santé en médicaments certains chefs de poste n'hésitent pas à contourner les districts sanitaires et contracte des marchés juteux avec des délégués médicaux pour leur approvisionnement en médicaments car ceux-ci leur offrent des prix beaucoup moins chers. Mais malheureusement l'argent économisé dans l'achat de ces médicaments ne profite pas aux finances des postes de santé mais va plutôt dans la poche des chefs de poste. Une telle pratique tend à se généraliser dans les postes de santé. Dans cette rubrique, peut être rangée la pratique des dépenses fictives qui consistent à commander des produits déjà existants ou simplement non utilisés dans le fonctionnement du poste.

Subventions et Dons : Depuis quelques décennies, le secteur de la santé au Sénégal draine des milliards de francs suite aux dons et subventions accordés dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies telles que le VIH-SIDA, le paludisme etc. mais aussi pour financer la formation des relais au niveau de la base de la pyramide sanitaire. Cette manne financière injectée au niveau des postes de santé constitue un véritable pactole pour les districts sanitaires, les ICP et comités de santé. Par exemple nous avons eu un entretien avec un enseignant impliqué dans le secteur de la santé grâce au « réseau SIDA » qui nous a expliqué comment l'argent destiné à la formation est dépensé pour la prise en charge d'un nombre très limité de relais contrairement à ce qui a été recommandé. Autrement dit l'argent destiné à la formation des relais est sous employé. Le reste est partagé entre les ICP, les comités de santé à travers leurs présidents et trésoriers et les districts sanitaires. Ces trois entités forment d'ailleurs un puissant réseau bien structuré à la base de la pyramide sanitaire au Sénégal.

L'infirmier chef de poste (ICP) : C'est le personnage principal de la chaîne. Il joue le rôle d'intermédiaire entre les autres protagonistes. C'est l'homme de main du médecin chef de district qui se trouve être son chef hiérarchique et qui le couvre en cas de faute de gestion. L'ICP constitue le cordon ombilical entre le District et le comité de santé. Le comité de santé : En réalité le comité de santé se résume au président et parfois au trésorier. Le président du comité est généralement choisi parmi les personnes ressources. Il est souvent un notable voire un leader d'opinion tout puissant et qui a une emprise socio-économique certaine sur la population. L'existence de ce réseau obéit à une logique de contournement de la légalité et de la transparence. Personne en dehors de ces trois acteurs ne sait ce qui se passe dans les postes de santé notamment en ce qui concerne leur gestion financière. L'opacité est la constante. La captation des subventions et dons destinés à la formation des ASC entre autres semble être la nature et les besoins spécifiques à satisfaire sans oublier les recettes que génère la vente des tickets et des médicaments. L'argent est à la base de la constitution de ce réseau.

Organisation des postes de santé : Pour mieux appréhender les dysfonctionnements et les différentes pratiques corruptrices observés au niveau des postes de santé, il est utile de rappeler la structuration officielle. Les différents organigrammes observés dans les postes de santé laissent apparaître tout le caractère bicéphale de la gestion. Les postes de santé sont généralement co-gérés par les infirmiers chefs de poste (ICP) et les comités de santé.

Rôle technique : les ICP jouent d'abord un rôle technique. Ils sont chargés de la consultation et des examens des malades sans oublier leur prise en charge. Ils doivent impulser une bonne politique d'éducation pour la santé à travers la formation des agents de santé communautaire (ASC). Les ICP doivent aussi mener une bonne politique de prise en charge des maladies chroniques (tuberculose, VIH SIDA, lèpre, malnutrition, etc.) sans oublier le programme

élargi de vaccination (PEV) et le développement des stratégies avancées dans le cadre de la lutte contre ces mêmes maladies chroniques.

Rôle administratif: La gestion et la supervision des différentes activités curatives et préventives (PMI, accouchements etc.) incombent aux ICP. Tout le personnel médical ou sanitaire dépend directement de l'ICP. Les ICP sont généralement assistés dans leurs tâches quotidiennes par des sages femmes responsables des volets planning familial (P.F) et des consultations prénatales (CPN) mais aussi par des aide infirmiers ou aide infirmières dans la plupart des cas.

Cogestion : dans ce volet les ICP partagent les responsabilités avec les comités de santé. Tout d'abord ils sont chargés d'orienter les plans d'action vers la résolution des problèmes de santé. Ils doivent assurer le lien entre la formation sanitaire et la population. Les ICP doivent conseiller et appuyer les comités de santé dans la mobilisation sociale, d'organiser des IEC (Information – éducation – formation) dans les quartiers pour la sensibilisation des populations. Les ICP doivent suivre l'avancement des programmes et les réalisations déjà faites. Ils assistent les présidents de comités de santé dans le suivi du respect des statuts et règlements intérieurs. Cependant le rôle principal des ICP doit être un rôle de contre- pouvoir et de contrôle dans la gestion financière des postes de santé. En effet pour tout décaissement de fonds, il faut une triple signature : celle du président du comité de santé celle de son trésorier et celle de l'ICP. Généralement le ICP sont les ordonnateurs des dépenses. Ils expriment et établissent leurs besoins au comité de santé qui doit faire le reste. Pour terminer, les ICP doivent systématiquement veiller à la bonne utilisation des outils de gestion et de leur exploitation.

Au total, la corruption dans les postes de santé est un élément difficilement quantifiable en raison de la multiplicité, de la diversité et de la systématisation des pratiques. Cependant nous pouvons relever que l'immixtion des délégués médicaux dans la commande et la circulation des médicaments a créé un vaste trafic de corruption dans les postes de santé. C'est un phénomène nouveau mais qui commence à devenir une institution dans les postes de santé. Cependant la grande corruption dans les postes de santé demeure incontestablement l'existence d'un puissant réseau bien structuré qui tire les ficelles et actionne les leviers afin de mettre la main sur les différentes ressources qui vont dans les comités de santé.

Les pratiques corruptives observées à partir des structures privées de santé

Les pratiques corruptives observées ici comme ailleurs présentent des profils divers et suivent des canaux différents en fonction de la spécificité des contextes. C'est pourquoi dans certaines situations, comme c'est le cas d'une clinique investiguée, les pratiques corruptrices sont difficilement décelables. Tous les agents sont de fervents "talibés", ils croient que travailler à la clinique, c'est travailler pour le marabout. Le marabout en retour leur assure le paradis et le bien-être. Ils obéissent à un "ndiggël"⁴¹ qui dit qu' "aider son prochain c'est se préparer une place au paradis". Dans cet état d'esprit la vraie corruption ne peut prospérer.

" liggéyu ndey añu doom" (la grâce protectrice d'une mère en faveur de son enfant)

Néanmoins pendant les moments de Gamou ou de Ziarra, il est fréquent de voir des soignants s'adonner à des consultations à domicile surtout chez les étrangers (américains africains...) moyennant une rétribution substantielle reçue discrètement loin des regards du marabout. L'affluence est tellement importante et que la santé n'a pas de prix que ces pratiques sont

⁴¹ Ordre formel venant du guide religieux

banalisées et tolérées par la majorité de la population. Selon certains soignants « soulager une douleur et recevoir une récompense, c'est "liggéeyu ndey" ». La circulation des médicaments périmés est due au fait qu'ils sont subtilisés par certains membres du personnel (gardiens infirmiers) pour les mettre en vente profitant de la situation qui prévaut dans le quartier. Ces médicaments sont vendus à la criée, et tout le monde sait que ce sont des produits périmés mais qui ne coûtent pas chers, donc ils sont acceptés et tolérés. Un marchand ambulancier soutient à propos des médicaments périmés qu'il vend « ce qui tue le toubab ne nous tue pas mais nous soulage ». Ce commerce très florissant surtout pendant les périodes de Gamou ou de Ziarra se pratique aussi à travers le relèvement du niveau des consultations sociales au détriment des consultations dites normales. Les consultations sociales ne doivent concerner en principe que deux patients par jour moyennant une contribution de 2000f. Dans les faits, le directeur médical fait accéder à ce privilège à plusieurs usagers (qui ne sont pas forcément des nécessiteux) au détriment des consultations normales qui supposent une contribution de 6000f. Une telle pratique fait courir l'hôpital derrière un manque à gagner relativement substantiel.

Les consultations privées faites par les médecins pour leur compte personnel atteignent des proportions élevées. Ici, les médecins et les infirmiers se servent du matériel de l'hôpital pour poser des actes médicaux en dehors de la structure. Le matériel de l'hôpital n'est acheminé vers les cliniques où officient ces soignants qu'avec la complicité des vigiles. C'est pourquoi, l'hôpital fait fréquemment face à des cas de vol ou de détérioration de son matériel. Ces différentes pratiques ainsi que celles que nous avons déjà présentées installent la structure dans un profond déficit financier qui a avoisiné les 600 millions par an. Cet établissement privé de santé entretient des relations de partenariat avec un hôpital dont le directeur est en même temps membre du conseil d'administration. Cette position est donc de nature à favoriser des relations multiformes entre les deux structures. Il en est ainsi de l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments souvent fait par l'entremise de l'hôpital Privé au près de ses propres fournisseurs : PNA, donc provenant de sources diverses. En retour, l'hôpital met à la disposition de la pharmacie de la structure privée un stock de médicaments dont la valeur équivaut à la commande qu'il a faite. Ces transactions sont l'occasion de malversations de toutes sortes qui ont surtout pour non subtilisation de médicaments ou surfacturations.

De même ces deux structures partagent un projet commun relatif au dépistage et au traitement du sida. Seulement, selon le dispositif réglementaire qui organise le fonctionnement d'un tel projet, les médicaments sont stockés au niveau de l'hôpital régional, situation jugée injuste par les responsables de l'hôpital privé qui optent plutôt pour une répartition équitable de ces médicaments entre les pharmacies des deux structures. Autant dire que sur certaines questions ces deux hôpitaux peuvent poursuivre des intérêts divergents. Ainsi par exemple, pour la prise en charge de la couverture médicale des travailleurs officiant dans les différentes entreprises de la région, une véritable compétition s'installe entre les deux hôpitaux, chacun cherchant à avoir la plus grande part du marché. Dans cette rubrique on classe le cas d'une grande entreprise qui, en dépit du partenariat qu'elle a établi avec l'établissement privé de santé, continue de faire l'objet de convoitise de la part des responsables de la structure publique. En somme, en s'intéressant à la vérification des finances, on s'est effectivement rendu compte que l'hôpital et l'hôpital Privé sont des espaces où se développent des pratiques corruptives dont l'ampleur et la fréquence conduisent à des déficits substantiels. Les relations entre ces deux structures présentent des contours différents en fonction des préoccupations ou de l'objet des transactions qui les lient.

Conclusion : Le pouvoir social manipulé



Nous pouvons tenter une typologie de ces pratiques corruptrices en les regroupant selon leur nature, l'objet ou la démarche empruntée pour arriver au but principal : soutirer de l'argent aux patients, octroi de faveur avec contre-partie, détournement de pouvoir contre des avantages en retour. Les abus de pouvoir, le travail parallèle rémunéré, non déclaré en compétition favorable avec celui officiel, la ruse et les légitimations sociales sont les quatre grands types de corruption qui regroupent toutes les pratiques identifiées. Les abus de pouvoir : les abus de pouvoir prennent des formes différentes selon celui qui le pratique et son statut dans la structure de santé. Les abus dans les situations de détresse et d'empressement (accouchement, douleur, décès) des patients, le patrimonialisme qui consiste à détourner des ressources publiques à des fins privées, le racket consistant à obliger illégalement le versement d'argent contre un accès à des services ou faveurs, vol et détournement de biens publics, piston ou recommandations contre paiement du service, perruques dans des situations de contournement des règles habituelles.



Le travail parallèle : nous avons toutes les formes de travail parallèle généralement toléré mais qui ouvrent des brèches à des pratiques corruptrices qui provoquent un manque à gagner des structures de santé. Ce travail parallèle participe de la privatisation des services dans le public. Ce travail parallèle baptisé xar matt bûcheronnage renvoie à un surplus de travail, qui suffit par l'énonciation à compenser ce travail non déclaré par un labeur supplémentaire de l'acteur social présenté comme quelqu'un de contraint à recourir à sa force de travail pour se réaliser. Cette perception du tolérable ne mentionne pas le fait que ce supplément de travail entre en compétition avec les fonctions officielles de son auteur qui se trouve à adopter le service minimum dans le cadre de son travail officiel, à détourner les clients de son travail déclaré au profit de son lieu de bûcheronnage. Elle ignore la décrédibilisation des structures de santé ainsi que l'insécurité des espaces d'exercice du travail parallèle tels ces majors actifs dans la programmation parallèle des opérations chirurgicales pour permettre à des internes d'avoir la main et aux clients d'anticiper sur leur tour contre versement clandestin de ressources.

La ruse renvoie à l'usage de subterfuge sous la forme de surfacturation, double facturation, dépenses fictives, opacité dans la gestion, vol et détournement, arnaque et recel. On peut aussi relever dans le même registre le nivellement par le haut en vue de s'arroger des prérogatives et d'en abuser. Dans les différents cas, le décalage entre l'offre et la demande en soin de qualité crée un déficit de service favorable à la manipulation des usagers pressés, anxieux, intéressés à emprunter des raccourcis et privilèges. Les légitimations sociales des pratiques déviantes : toutes sortes de boutades utilisées couramment dans la société sont invoquées pour légitimer des pratiques corruptrices. Les légitimations permettent de faire apparaître plus digestes les avantages que l'on peut avoir dans le cadre du travail tout comme les nombreux profits que l'on peut avoir parallèlement aux rémunérations et motivations officielles : *Kuy*

xalam di ci jaayu, ku am kudu du lakk, njëgu guro, liggéeyu ndey añu doom, sisó bu amul gres du dagg, may bu dul yaaq. Ces catégories de pratiques corruptrices mettent en relief l'utilisation de l'espace de pouvoir du pouvoir technique, du pouvoir qu'offre la détention de l'information, du pouvoir de la persuasion pour le détourner de son objet.

CHAPITRE V : LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS AU SENEGAL

« De nos jours, la sécurité sociale doit faire face, à l'échelle mondiale, à un problème-clé : plus de la moitié de la population mondiale (travailleurs et personnes à leur charge) n'a aucun accès à une quelconque forme de protection sociale. Elle n'est couverte ni par un régime d'assurance sociale financé par des cotisations, ni par un système d'assistance sociale financé par l'impôt. En Afrique au Sud du Sahara, on estime que 5 à 10% de la population active est couverte par la sécurité sociale.⁴²» Cette citation préliminaire met en relief la précarité sociale dans laquelle évoluent l'immense majorité des actifs dans le monde en général et en Afrique en particulier. Pourtant depuis 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata, avait réaffirmé avec force que la santé est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier. La conférence soulignait à l'époque la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements et de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde. Depuis, grâce aux concours des partenaires au développement de nombreux pays pauvres ont pu développer l'offre de soins. Mais cette offre n'a eu qu'un impact très limité car le système de sécurité sociale en place, ne permettaient pas en même temps l'accessibilité financière des structures sanitaires.

En effet, avec les programmes d'ajustement structurel, l'initiative de Bamako, adoptée en 1987 par le 37ème Congrès de l'Organisation mondiale de la santé, a conduit à l'abandon de la gratuité et de la préférence historique pour le financement budgétaire de la santé. Elle a conduit au principe de recouvrement des coûts dans les pays pauvres et entraîné l'exclusion du système de soins des populations les plus défavorisées. Elle pose ainsi le problème de l'accès de tous aux services de base et aux services hospitaliers spécialisés. Par conséquent, les programmes de lutte contre la mortalité infantile, la tuberculose ou le paludisme ont toujours des difficultés pour atteindre les populations les plus démunies qui représentent la majorité de la population africaine. Ainsi, malgré les progrès enregistrés, la plupart des pays africains connaissent encore de nombreuses difficultés pour améliorer les indicateurs de résultats en matière de mortalité et morbidité.

Certes depuis quelques années, de nombreuses initiatives s'efforcent d'améliorer l'accessibilité financière et la fréquentation des services de santé. Elles tentent d'introduire des modes de financement qui doivent intégrer quatre composantes difficilement conciliables : la maîtrise des coûts, la qualité des soins, la participation communautaire et l'équité sociale. Mais, force est de constater que de nos jours, les inégalités flagrantes qui existent en matière d'accès aux soins, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays pauvres, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables. C'est pourquoi les chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union Africaine, associés aux organisations internationales, à la société civile et aux acteurs économiques lors du Sommet extraordinaire sur l'emploi et la réduction de la pauvreté en Afrique de septembre 2004 à Ouagadougou (Burkina Faso) ont reconnu l'importance de l'accès universel aux soins de santé et recommandé l'extension de la protection sociale aux groupes les plus vulnérables notamment dans l'économie informelle rurale et urbaine. C'est précisément dans ce contexte de

⁴² Wouters van GINNEKEN (dir.) 2000, Sécurité sociale pour la majorité exclue: études de cas dans les pays en développement, Genève, Bureau international du Travail, p.1

difficultés d'accès aux soins que nous situons la problématique du développement extensif du marché parallèle de médicaments au Sénégal. En effet, c'est dans un souci de protéger la santé des populations et de garantir de bonnes conditions de fabrication, de conservation de dispensation et d'utilisation que le législateur a confié le monopole exclusif du médicament aux pharmaciens⁴³.

Pourtant, en dépit des mesures réglementaires et législatives mis en place par les pouvoirs publics un marché parallèle s'est progressivement installé au Sénégal. Et le phénomène est beaucoup plus étendu qu'on ne le pense. Au Sénégal, Keur Serigne Bi, situé sur l'avenue Blaise Diagne à Dakar, les marchés permanents ou hebdomadaires de Dakar et de sa banlieue, le marché central de Kaolack ou encore Darou Mousty et le marché de Touba dans la région de Diourbel, constituent entre autres, selon les responsables des organisations de professionnels du secteur pharmaceutique les bastions du marché parallèle de médicaments. Le développement spectaculaire du marché parallèle des médicaments prend des proportions alarmantes au Sénégal. Cet état de fait constitue une grave menace sur la santé des populations et freine le développement des officines à travers le pays⁴⁴. En effet, le marché parallèle des médicaments est d'abord un problème de santé publique majeur car il constitue une menace pour le système de santé national. Son existence et son ampleur déterminent des enjeux de santé publique à savoir : favoriser les résistances, augmenter les échecs thérapeutiques, favoriser l'automédication et la toxicomanie, représenter un danger réel pour la santé des consommateurs, décrédibiliser la politique sanitaire.

Les médicaments en question proviennent de sources diverses et variées. D'où la nécessité de comprendre en amont les circuits d'approvisionnement, et en aval le circuit de distribution et leurs ramifications. Autrement dit cela suppose de connaître la configuration de l'offre et les principaux acteurs en présence. On peut difficilement appréhender le marché parallèle des médicaments au Sénégal sans aborder l'organisation du système de santé, la politique de médicaments préconisée et enfin le circuit officiel de distribution de médicaments car il s'avère qu'ils sont intimement liés. Ces raisons nous amèneront à examiner successivement: l'organisation du système de santé, la régulation du système pharmaceutique, le marché parallèle, la typologie des cercles identifiés dans la distribution des médicaments et la configuration du marché. Cette partie traitée sous l'angle économiste est renforcée par une démarche socio- anthropologique qui a permis d'identifier et de confectionner la typologie des cercles qui sont formés pour rendre les pratiques corruptrices souterraines plus fines.

Organisation du système de santé

Dans cette partie, nous allons voir d'abord l'accès aux soins de santé primaires avec l'adoption de l'initiative de Bamako ensuite la régulation du système pharmaceutique avant de nous intéresser aux offres de soins publiques et privées.

L'accès aux soins de santé primaires. Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils

⁴³ Dans son article L5-12 du code de la Santé publique

⁴⁴ Le constat émane de Mr Mamadou NDiadé et de Mme Annette Seck Ndiaye, respectivement ex-président de l'ordre et présidente du syndicat des pharmaciens privés du Sénégal.

sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

L'initiative de Bamako

Adoptée en 1987 par le 37ème Congrès de l'Organisation mondiale de la santé, l'initiative de Bamako a conduit à l'abandon de la gratuité et de la préférence historique pour le financement budgétaire de la santé. Elle a conduit au principe de recouvrement des coûts dans les pays pauvres et entraîné l'exclusion du système de soins des populations les plus défavorisées. Elle pose ainsi le problème de l'accès de tous aux services de base et aux services hospitaliers spécialisés. Depuis quelques années, de nombreuses initiatives s'efforcent d'améliorer l'accessibilité financière et la fréquentation des services de santé, elles tentent d'introduire des modes de financement qui doivent intégrer quatre composantes difficilement conciliables : la maîtrise des coûts, la qualité des soins, la participation communautaire et l'équité sociale.

La plupart des pays africains ont intégré dans leur politique nationale sanitaire, les objectifs de l'initiative de Bamako (IB) avec plus ou moins de succès. Ces objectifs concernent : le financement de paquets minimum d'activités (PMA) comprenant le programme élargi de vaccinations, une prise en charge des pathologies les plus courantes, un meilleur suivi de la maternité avec des consultations pré et post-natales ainsi qu'un suivi de l'accouchement, une décentralisation maximum de la responsabilisation du paquet minimum d'activités dans la hiérarchie des structures sanitaires jusqu'au niveau local où les interventions sont mieux ciblées, une minimalisation des coûts des médicaments à travers les politiques du médicament essentiel et générique, une cogestion communautaire avec une articulation de systèmes décentralisés de monitoring et de surveillance épidémiologique et un contrôle communautaire des médicaments et des recettes. Enfin, l'initiative prévoit un co-financement communautaire pour mobiliser une partie des ressources nécessaires à la pérennisation du système de santé.

Le système de santé au Sénégal qui s'est largement inspiré des soins de santé primaire et de l'initiative de Bamako et repose sur une offre mixte de soins publics et privés.

Le système public qui fournit l'essentiel des soins ambulatoires et hospitaliers. Il repose sur une organisation pyramidale à 3 niveaux : La base comprend 55 districts sanitaires englobant 57 centres de santé qui sont la référence de 788 Postes de santé polarisant 551 maternités rurales et 1384 cases de santé qui sont des structures communautaires. Le niveau intermédiaire est composé de 10 hôpitaux régionaux et 2 hôpitaux départementaux. Enfin le niveau national comprend 7 hôpitaux nationaux et CHU

Le secteur privé qui joue un rôle important dans l'offre de soins reste concentré dans la région de Dakar. Il comprend:

- 1 hôpital
- 24 cliniques
- 414 cabinets et services médicaux d'entreprises
- 4 grossistes
- 620 officines
- Des structures confessionnelles
- Des structures de l'armée: 1 hôpital et des services médicaux de garnison.

Il est important de noter, outre la médecine traditionnelle, l'existence d'autres institutions qui ont une contribution significative dans la politique de Santé: l'inspection médicale des écoles et le Service Médical des Universités (COUD et CROUS).

La régulation du système pharmaceutique

Les médicaments essentiels occupent une place centrale dans les soins de santé primaire car pour l'OMS, « *les médicaments doivent être partout et pour tous* ». Le Sénégal a adopté, en 1990, une politique des médicaments essentiels par arrêté ministériel fixant les conditions de mis à disposition des médicaments au niveau des cases de santé, postes de santé, centres de santé et hôpitaux régionaux. La notion de médicaments essentiels combine les priorités de l'approvisionnement avec les priorités de la santé publique. Elle vise principalement à fournir à la plus grande partie de la population des médicaments qui conviennent le mieux pour prévenir et traiter les affections les plus courantes. Ces médicaments figurent en principe sur une liste établie sur la base des besoins sanitaires identifiés au niveau du pays. Cette politique des médicaments essentiels, composante à part entière de l'initiative de Bamako, vise à renforcer les soins de santé primaire en vue d'accélérer l'instauration de la santé pour tous avec une stratégie dont les objectifs sont les suivants :

- minimiser les coûts des médicaments de première nécessité pour accroître leur accessibilité aux plus démunis ;
- renforcer le processus de gestion d'un système de santé et la disponibilité permanente de ces médicaments essentiels au niveau des formations sanitaires publiques, surtout celles de base ;
- favoriser la participation des comités de santé et un système de recouvrement du coût des médicaments essentiels pour renouveler les stocks de début mis en place par les pouvoirs publics.

Les pouvoirs publics ont pour objectif d'assurer une disponibilité, une accessibilité et une utilisation rationnelle des médicaments dans les secteurs publics et privés. La mise en œuvre de la politique pharmaceutique est assurée par plusieurs institutions publiques mais plusieurs organisations privées y participent :

La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL)
Le Laboratoire National de Contrôle des médicaments (LNCM)
La Pharmacie Nationale d'approvisionnement (PNA) et les PRA
L'ordre National des pharmaciens
Les grossistes répartiteurs
Les industries locales
Les officines
Les dépôts

Parmi les institutions en charge de la régulation du système pharmaceutique, nous retiendrons 3 qui semblent les plus significatives: la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL), la Pharmacie Nationale d'approvisionnement (PNA) et le Laboratoire National de Contrôle des médicaments (LNCM). La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires est l'autorité nationale chargée de la réglementation. Ses missions émanant du décret 2003-665 du 24 juin 2003 portant organisation du Ministère de la Santé de l'hygiène et de la Prévention sont :

- d'élaborer et de veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, aux médicaments, aux réactifs des laboratoires d'analyses médicales, aux substances vénéneuses, à l'alcool et aux dispositifs médicaux
- de réglementer l'exercice des professions pharmaceutiques et de contrôler les laboratoires d'analyses médicales

- de réglementer et d'assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle.

La Pharmacie Nationale d'approvisionnement (PNA) est chargée de l'approvisionnement en médicaments essentiels du secteur public. La PNA est devenue un Etablissement Public de Santé (EPS) par l'arrêté 99-851 du 27 août 1999, suite à la loi 98-012 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics de santé (EPS). Et le décret 98-702 du 26/08/98 portant organisation administrative et financière des EPS. Sa mission première est d'assurer aux populations les plus fragiles l'accessibilité financière et géographique des médicaments et produits essentiels de qualité. Avec un effectif d'une cinquantaine de personnes la PNA réalise un chiffre d'affaires de l'ordre de 7 milliards de francs CFA par an . Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments est chargé du contrôle technique des médicaments, en relation avec la DPL.

Par ailleurs, l'ordre national des pharmaciens intervient aussi dans la régulation du secteur car il est chargé de contrôler l'exercice de la profession à travers le code de déontologie et de donner des avis motivés sur des aspects concernant la politique pharmaceutique. Selon le Ministère de la Santé et de la Prévention Guimier et Candau évaluent le marché pharmaceutique à 58 milliards de FCFA. Les importations représentent 85 à 90% des médicaments dont plus des trois quarts en provenance de la France.

La production locale est assurée par trois firmes : Aventis Pharma, Pfizer Afrique de l'ouest pour l'essentiel avec Valdafrique et l'institut Pasteur pour les vaccins.

L'offre du secteur public.

La PNA avec ses dépôts régionaux (PRA) est chargée d'approvisionner les structures sanitaires publiques qui à leur tour vendent directement aux malades les médicaments qui sont inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels du Sénégal. Cette liste est élaborée par la Commission Nationale Permanente d'élaboration et de Révision de la Liste des Médicaments Essentiels. La PNA est approvisionnée en M.E. par appel d'offre international, ce qui lui permet d'avoir des prix bas. La marge de vente est fixée uniformément pour tous les médicaments dans le public et le privé. Le prix PNA est multiplié par 1.5. Le district a un dépôt qui est une centrale d'achat chargée d'approvisionner les dépôts des centres, postes et cases de santé. Les médicaments sont vendus aux malades consultés au sein des structures et sur présentation obligatoire de l'ordonnance. Cette stratégie de recouvrement des coûts de médicaments est une composante essentielle de l'initiative de Bamako et aurait largement contribué à son succès au Sénégal. Le secteur public de distribution a été confronté pendant longtemps à de nombreuses difficultés. Suite à la dévaluation du FCFA, la promotion des médicaments essentiels a largement contribué à sa réhabilitation.

L'offre dans le secteur privé

Le secteur privé sénégalais concerne plus de 70% en valeur du marché des approvisionnements. Trois grossistes approvisionnent 620 officines privées qui sont les fournisseurs d'une centaine de dépôts privés. La structure de prix en vigueur dans le secteur privé est la suivante: le prix grossiste hors taxes (PGHT) est le prix de base accepté dans l'AMM. S'y ajoutent la valeur CAF pour les importations, le transit interne et les marges des distributeurs. Ce qui donne à l'arrivée des 4 types de coefficients multiplicateurs du PGHT:

- 1.32 pour les médicaments sociaux
- 1.8586 pour les médicaments « normaux »
- 2.12 pour les médicaments à conditionnement hospitalier

Les dysfonctionnements du circuit officiel

La pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) souffre de plusieurs types de dysfonctionnements qui font qu'elle n'arrive pas à assurer sa mission principale d'accessibilité financière et géographique des médicaments essentiels:

- Il n'existe pas de PRA dans toutes les régions du Sénégal en dépit des améliorations de couverture en cours
- Les ruptures de stocks sont fréquentes
- Les prix d'achat sont majorés de 20% et la marge de 50% conseillée aux clients paraît excessive.

De la même façon, plusieurs dysfonctionnements peuvent être soulignées entre le LNCM et les autres principales institutions publiques en charge de la régulation du système.

- La collaboration semble difficile avec la PNA qui ne prend pas en compte les préoccupations du LNCM lors de l'élaboration du cahier des charges pour les appels d'offre;
- Il n'existe presque de collaboration avec la DPL, ni avec les industriels et les grossistes et les pharmaciens hospitaliers.

C - Le marché parallèle : ampleur, acteurs et configuration.

L'ampleur du marché parallèle

Tout le monde s'accorde sur le développement extensif du marché parallèle du médicament mais comme dans tous les pays africains, il n'existe pas de données précises concernant le volume. Au Bénin il représenterait 5 milliards de FCFA soit 40% du marché pharmaceutique. Au Sénégal, des sources autorisées estiment que le marché parallèle serait de l'ordre de plusieurs milliards selon certaines sources les dépôts pharmaceutiques réalisent 9 milliards de francs CFA de chiffre d'affaires par an. On retrouve des médicaments sur :

- Les commerçants des marchés urbains
- Les marchés hebdomadaires en milieu rural
- Les vendeurs ambulants
- Les gares routières et ferroviaires
- Les boutiques des quartiers...

En 1996, une opération conjointe menée par la police et la douane avait permis la saisie de médicaments à Keur Serigne Bi d'une valeur de 800 millions de FCFA.

Les acteurs du marché parallèle

Les acteurs en présence sur le marché parallèle sont nombreux et divers. Nous proposons une typologie suivante.

Les commerçants importateurs

Les commerçants importateurs constituent la source d'approvisionnement la plus importante du marché parallèle au Sénégal. Selon plusieurs sources, grâce à la complicité et la corruption des fonctionnaires aux frontières terrestres (très perméables), maritimes et aériennes, et sous couvert de fausses déclarations, les commerçants importent frauduleusement des médicaments d'Asie (Chine et Inde principalement) ou des pays de la CEDEAO (Nigeria). L'observatoire géopolitique des drogues cite le Nigeria comme principal fournisseur et plaque tournante du marché parallèle en Afrique de l'ouest.



A Touba tout comme à Dakar, l'enquête révèle que la première source d'approvisionnement serait selon les gérants, les pays frontaliers comme la Mauritanie, le Mali et la Gambie. Certes ils ajoutent s'approvisionner aussi auprès des structures de distribution agréées sur le territoire national, sans compter les détournements opérés dans les établissements publics des dons de médicaments. Les importations illicites sont favorisées d'une part par la perméabilité des frontières et d'autre part par la complicité et la corruption des agents de contrôle aux différentes portes d'entrée du pays, que ce soit maritime, aérienne ou terrestre. Touba qui est une zone à forte connotation migratoire connaît beaucoup ce phénomène car, beaucoup parmi les gérants sont approvisionnés par des émigrés.

A «Keur Serigne Bi», les vendeurs estiment qu'ils sont la cible de tracasseries policières trop fréquentes. En effet, la presse rapporte que les forces font souvent des descentes quelquefois très médiatisées pour opérer des saisies. Du coup, ils sont beaucoup plus méfiants et réticents à toute enquête. S'introduire pour recueillir des informations est quasi impossible car dès le début de l'enquête, la personne désignée comme le leader met tous les gérants et vendeurs en garde et on a été confronté à une véritable «omerta». Le marché fonctionne sous forme de lobby où pour avoir accès à l'information il a fallu se présenter comme un client potentiel. En effet l'organisation, structurée et dynamique, fonctionne sous l'autorité d'une personne désignée comme «président». Ceci est la source de toutes les réticences car aucune information ne peut être donnée par un vendeur sans l'aval de ce dernier.

Les vendeurs de Keur Serigne Bi dans leur majorité sont conscients de l'illégalité de leurs activités mais, nombre d'entre eux pensent que l'intervention de l'Etat à travers les tracasseries policières s'inscrit uniquement dans une volonté de favoriser et de protéger les pharmaciens. La vente illicite des médicaments est très lucrative selon les vendeurs qui n'ont pas besoin d'être pluriactifs car la vente de médicaments constitue souvent leur seul gagne

pain⁴⁵. Les revenus tirés de la vente des médicaments leur permettent de nourrir leurs familles et de subvenir correctement à leurs besoins. Selon eux, l'activité a même permis à des jeunes jadis délinquants, de se reconverter dans ce type de commerce et de sortir de la délinquance. Par conséquent ils se considèrent comme d'honnêtes citoyens qui gagnent décemment leur vie.

Les fonctionnaires responsables des pharmacies des Formations Sanitaires Publiques

Lors des commandes périodiques, les salariés responsables des pharmacies peuvent en profiter. Plusieurs observateurs s'accordent à considérer comme élevé le prix des médicaments IB. Tout le monde s'accorde à penser que c'est la vente des médicaments qui permet de renflouer les caisses.

Les officines de pharmacies

Les pharmaciens peuvent obtenir auprès de leurs fournisseurs que sont les grossistes répartiteurs des remises en fonction du mode et des délais de paiement.

- Ils peuvent revendre les produits périmés et les invendus.
- Ils récupèrent le montant de l'escompte en servant d'intermédiaire entre le grossiste répartiteur et le grossiste du marché parallèle.
- Disposant à l'occasion de produits de promotion des laboratoires, certains écoulent les unités gratuites sur le marché parallèle.

Les dépôts pharmaceutiques

Les dépôts pharmaceutiques non autorisés constituent avec les grands commerçants importateurs de Keur Serigne Bi les principales sources d'approvisionnement du marché parallèle de médicaments. Rappelons que c'est le décret n° 92-1755 du 22 décembre 1992 qui régit la création et la gérance des dépôts de médicaments. Son article 10 stipule *que " une autorisation d'une officine de pharmacie dans la localité rend de plein droit caduque toutes autorisations de gérance de dépôt de médicaments "*. Par ailleurs ce décret précise que: Les dépôts pharmaceutiques ne doivent détenir qu'une liste limitative de médicaments. Ils doivent être gérés par une personne titulaire au moins d'un brevet de fin d'études moyennes et ayant satisfait à un stage dans une officine ou une pharmacie publique. Par ailleurs les prix pratiqués dans ces dépôts doivent être les mêmes que ceux des officines privées. Malheureusement, ces dispositions législatives et réglementaires ne sont pas respectées dans les dépôts concernés par l'enquête à Touba. Les prix des dépôts de médicaments sont différents de ceux des officines privées; les gérants de ces dépôts sont souvent des illettrés. Les gérants intervenant dans le marché illicite des médicaments sont en majorité de la confrérie mouride. Ce sont généralement des personnes alphabétisées en arabe. La quasi-totalité des gérants affirment n'avoir aucune connaissance de l'illégalité de leur commerce et des textes juridiques qui régissent la vente des médicaments. Pour eux, le projet de création de dépôt de médicaments naît d'une initiative personnelle même si par la suite, ils bénéficient souvent des conseils et de l'appui des camarades talibés déjà installés. Les vendeurs dans cette zone se sont érigés en un réseau puissant et solidaire. Les conditions de conservations, d'étiquetage de dispensation ne sont pas souvent respectées.

⁴⁵ Les recettes quotidiennes des vendeurs varient de 25 000 FCFA à 40 000 F CFA

Il s'y ajoute que les médicaments détenus dans ces dépôts peuvent s'avérer quelquefois de qualité douteuse⁴⁶. La ville de Touba fournit l'illustration la plus achevée de la prolifération des dépôts non autorisés au Sénégal car on y trouve plus de dépôts pharmaceutiques que d'officines. Par ailleurs le marché «OCAS» est un des lieux de prédilection de la vente illicite de médicaments. Les gérants de dépôts non autorisés et les vendeurs illégaux qui se sont prêtés à nos questions ont fait preuve d'une grande sérénité dans leurs discours. Une grande assurance se dégageait de leurs propos. L'interview se déroulait dans une ambiance détendue. Ils sont nullement dérangés par les forces de l'ordre. Comme ils le soutiennent tous, ils n'ont pas de relation avec celles-ci et d'ailleurs ils ne les voient jamais. Ils ne se sentent pas menacés. Les personnes interrogées signalent qu'elles n'ont jamais été témoins d'opérations policières et de saisies.

Installés quelquefois à 300 mètres d'une officine, ils prétendent avoir l'assentiment et la bénédiction du Khalife pour s'adonner à des activités considérant la vente des médicaments comme un business normal. Et cela leur suffit, ils jugent qu'ils n'ont pas besoin d'un quelconque autre agrément pour mener à bien leurs activités. Ils considèrent qu'aucune autre autorité ne peut les empêcher de continuer. Seul le khalife serait en mesure d'en décider autrement. En ce sens, la majorité des gérants nous assure que si une décision émanant du khalife leur interdit d'exercer ce type de commerce, ils s'y plieront de manière absolue et cesseront toute activité. Excepté la prolifération de dépôts et la rareté de clients sur certaines périodes à Touba, les vendeurs ne rencontrent pas de difficulté majeure dans l'exercice de leur vente. Pendant la période pré hivernale (koroon), la rareté des clients occasionne une mévente. Des médicaments soumis à prescription médicale sont fournis librement. Il a été constaté au cours de l'enquête, grâce à l'observation, que les demandes de certains acheteurs étaient satisfaites sans ordonnance. Les vendeurs prescrivaient eux-mêmes les médicaments.

Le personnel des formations médicales et pharmaceutiques

Favorisés par le manque de contrôle des commandes des formations sanitaires à la PNA, certains commerçants du marché parallèle arrivent à corrompre certains responsables de structures sanitaires pour passer des commandes à la PNA via leurs intermédiaires. À cela viennent s'ajouter des vols et des détournements de médicaments et de ventes d'échantillons médicaux. Un pharmacien rencontré en milieu rural assure que les responsables du centre de santé de sa localité qui ont reçu des dons de spécialités disponibles dans son officine les revendent 25% moins cher mais ne déclarent dans les caisses que la moitié du prix de vente lorsqu'il y a contrôle. Car les dons sont gérés de façon informelle.

Des associations caritatives ONG ou associations d'immigrés

Il arrive que ces institutions commandent des médicaments à la PNA pour les revendre sur le marché parallèle. Elles disposent par ailleurs de dons de médicaments en provenance des pays riches qui sont revendus sur le marché parallèle. Ces dons lorsqu'ils sont ponctuels peuvent constituer une aide appréciable. En même temps, ils peuvent engendrer des conséquences non négligeables:

- Médicaments inadaptés, en quantités incompatibles avec les durées des traitements;
- Médicaments inutilisables en fonction des pathologies locales;

⁴⁶ Une étude récente de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), montre que 70% des antipaludéens circulant au Cameroun sont contrefaits. De la même façon, selon l'OMS en 1995, au Niger, une épidémie de méningite a fait 2 500 morts, les vaccins utilisés ne contenaient que de l'eau alors qu'ils étaient estampillés Mérioux et SmithKline Beecham, des labels censés inspirer la confiance. En fait, la contrefaçon pharmaceutique se développe à une allure vertigineuse car le secteur est investi par des réseaux mafieux. Il représente 10% de tous les médicaments vendus et 32 milliards de \$ de chiffre d'affaires annuel. Pour plus d'informations voir dossier Nouvel Observateur n°110.

- Risques de détournement par une frange privilégiée de la population ;
- Publicité indirecte pour des spécialités qui peuvent se révéler inadaptées ;
- Risques de démantèlement d'un processus local de mobilisation visant à asseoir un système d'approvisionnement stable ou une production régulière domestique ;
- Risques de perturbation de système de gestion, de distribution et de planification pharmaceutiques.

Selon Pharmaciens Sans Frontières, la plupart des dons de médicaments envoyés depuis les pays riches, non seulement ne correspondent pas aux pathologies locales mais en plus, ils sont détournés. On les retrouve en vente, dans la rue, à l'unité, sans contrôle et sans rapport avec les maladies qu'ils sont censés soigner. Selon cette organisation, ces médicaments de rue sont devenus, après le paludisme, le sida et la tuberculose, le quatrième fléau sanitaire de l'Afrique. Il est à ce niveau important de savoir comment tous ces acteurs opèrent en toute illégalité sans heurter outre mesure. En fait des réseaux sont créés pour rendre plus souples et moins apparentes les pratiques corruptrices notées dans la distribution des médicaments. L'on note que l'exiguïté du marché sénégalais et la concurrence rude entre les grossistes font que certains d'entre eux ne se gênent pas pour se livrer à des pratiques illégales. Certains grossistes livrent des commandes illégales de grande quantité à des commerçants venant des pays frontaliers. La logique commerciale prime sur l'éthique et le respect des normes. C'est ce qui fait que les mêmes produits vendus dans les officines sont obtenus dans les pays voisins moins chers parce qu'il n'y a pas de TVA. Si tous les réseaux identifiés profitent du système sanitaire et le paralyse, nous avons pu noter des différences dans leur organisation et leur démarche. C'est ce qui permet de dégager une typologie qui permet seulement de mieux identifier ces pratiques qui affectent de différentes manières le système sanitaire du pays.

Typologie des réseaux dans la distribution et la vente de médicaments

Nous avons pu identifier plusieurs réseaux dont leur rayonnement handicape péniblement les structures sanitaires. On peut les classer par cinq types :

Ce sont d'abord des circuits qui prospèrent dans le désordre induit par les dysfonctionnements des structures sanitaires. Ensuite nous avons des circuits créés pour contourner l'organisation contraignante de la structure ou en d'autres mots ceux qui créent le désordre pour s'épanouir, ils ont besoin de perturber le fonctionnement du système pour créer des brèches où ils peuvent faire prospérer leurs affaires. Il y a les circuits circonstanciels : ce sont des circuits mis en place spontanément pour faire une opération ponctuelle. On remarque aussi les circuits de survie créés par des personnes qui ont mis en place des réseaux pour pouvoir les besoins de la dépense quotidienne. Enfin, les circuits connexes dont les principaux acteurs ne sont pas du milieu de la santé et qui font des immixtions dans ce secteur pour le pervertir avec leurs pratiques corruptrices. Ce sont des réseaux parasites qui viennent sucer le secteur médical.

Les circuits qui prospèrent dans le désordre

La particularité de ces réseaux c'est qu'ils profitent des nombreux dysfonctionnements à plusieurs niveaux des structures sanitaires pour prospérer. Les dysfonctionnements justifient et ou facilitent les pratiques corruptrices.

Circuit ACP- Fournisseurs : les commandes de médicaments

Du fait que l'hôpital est un mauvais payeur, les grossistes vendeurs de médicaments exigent la remise des chèques après chaque livraison de commande. Lorsque les services de l'hôpital expriment leurs besoins en médicaments, le chef de la pharmacie centrale établit la commande d'urgence signée par le directeur de l'hôpital. Mais l'ACP (l'agent Comptable Principal) peut dire qu'il n'y a pas d'argent. Or les grossistes exigent un chèque à la livraison. Donc l'ACP

refuse d'engager le chèque en avançant qu'il n'y a pas d'argent dans les caisses. Dans ce cas de figure, les services de l'hôpital demandeurs ferment. L'hôpital est paralysé ; les malades qui doivent subir des opérations sont renvoyés jusqu'à nouvel ordre.

D'ailleurs dans de pareil blocage, des malades meurent à cause de ces dysfonctionnements. Pour débloquer la situation et éviter l'action des syndicalistes, l'astuce trouvée c'est le recours à un fournisseur. Un fournisseur riche, même s'il ne peut pas commander des médicaments de spécialités normalement, propose d'engager un chèque pour l'hôpital. Le fournisseur règle le problème de deux manières : soit le fournisseur peut aller négocier avec le grossiste pour acheter les médicaments de spécialités directement et les livrer à la pharmacie centrale. Avec la réduction que le grossiste va lui accorder, il gagne énormément ; soit l'hôpital qui ne dispose pas de liquidité établit une commande pour des produits que le fournisseur a le droit de vendre. A titre d'exemple concret : la pharmacie centrale fait une commande de seringues à un fournisseur. Ce dernier au lieu de livrer des seringues, livre des médicaments de spécialités pour un montant égal à celui des seringues. En cas de contrôle, l'on ne verra que des commandes de seringues et des bordereaux de livraisons de seringues. Non seulement le fournisseur aura engrangé de l'argent en passant illégalement la commande de médicaments de spécialités chez le grossiste (qui ferme les yeux, vu le montant de la commande) mais aussi lorsque l'hôpital aura besoin ultérieurement de commander des seringues, il aura le privilège exclusif de gagner le marché même si son produit coûte plus cher que chez ses concurrents. Au moment des paiements des fournisseurs, les gros portefeuilles qui ont débloqué certaines situations sont privilégiés moyennant des enveloppes distribuées à l'ACP. Dans ce cas de figure nous avons des dysfonctionnements qui favorisent l'entretien de réseaux de corruption. L'ACP qui profite des manques de liquidité financière de la structure pour favoriser le recours aux fournisseurs. Ces derniers servent d'intermédiaires crédibles entre la structure hospitalière et les grossistes qui ne font plus confiance à l'hôpital. Normalement c'est l'ACP qui passe la commande établie par les pharmaciens sur la demande des services de l'hôpital. Dans la pratique l'ACP a fait recours à un fournisseur comme intermédiaire pour avoir rapidement la livraison de médicaments par les grossistes :

schéma officiel : commande de médicaments - livraison de médicaments

ACP commande médicaments - grossiste - livraison de médicaments ;

schéma de déviance : commande de produits divers- livraison de médicaments, ACP commande de produits divers - Fournisseur commande médicaments - Grossiste - livraison de médicaments. La complicité entre l'ACP et les fournisseurs intermédiaires fait que malgré les manques de liquidité financière, l'hôpital arrive à avoir ses livraisons de médicaments dont il a besoin. Mais la facture salée du fait de l'immixtion de l'intermédiaire reste le revers de la médaille. En fait le dysfonctionnement est récurrent au fonctionnement de l'hôpital qui dépend en partie de la subvention allouée par l'État du Sénégal. Il faut que la structure fonctionne même s'il n'y a pas d'argent dans les caisses. C'est la recherche de solution de rechange pour contourner les retards de la disponibilité des subventions qui a fini par faciliter l'installation d'un réseau de distribution de médicaments par des voies illégales qui arrangent immédiatement l'hôpital mais qui grèvent le budget à cause des surfacturations. Ces solutions rapides sont le nid des surfacturations.

Les circuits circonstanciels

Nous les appelons des circuits circonstanciels parce qu'ils ne sont pas permanents.

La substitution de personnes non ayant droit à la mutuelle

Les bons sont donnés seulement aux travailleurs de l'entreprise et à leurs familles directes (épouses et enfants de moins de quinze ans). Dans la pratique il est fréquent de voir que quand les membres de la famille non mutualiste (le cousin, la cousine, la mère, le père) tombent malades, ils bénéficient de la prise en charge. Au moment de la consultation, la personne demande à son prescripteur (qui est souvent différent des prescripteurs de la société) de mettre l'ordonnance sous le nom du travailleur de l'entreprise, de son épouse ou de l'un de ses enfants, selon l'âge de la personne malade. Parfois le travailleur demande à un autre prescripteur avec qui il entretient de bons rapports de lui refaire la même ordonnance en son nom. Ainsi le travailleur qui ne rembourse que les 40% du montant des médicaments peut aller prendre une prise en charge à la mutuelle pour soigner un membre de la famille élargie. C'est surtout la mutuelle qui se retrouve avec des charges énormes faute de contrôle et de rigueur.

Le circuit qui crée le désordre pour prospérer

Nous avons identifié plusieurs situations où ce sont les acteurs eux-mêmes qui sont à l'origine du désordre pour mieux justifier leurs pratiques corruptrices. Il s'agit des situations où c'est le chef censé faire respecter les règles qui les bafoue pour pouvoir faire ses activités parallèles.

Les consultations privées et les tickets parallèles

Il est le spécialiste et le médecin chef. Personne ne peut le contrôler. Il gère une clientèle parallèle pour ses propres comptes. Il fait ses consultations privées et des opérations chirurgicales même jusqu'à une autre ville située à cents kilomètres. Durant ses déplacements, il utilise le matériel et le véhicule du centre. La grande corruption est orchestrée par le médecin chef lui-même qui est aussi le spécialiste. Pour les opérations chirurgicales, le ticket est à 25.000 francs. Le médecin chef a organisé un réseau parallèle de vente de ticket qu'il contrôle. Il a mis son cousin qu'il a pris auparavant au centre de santé pour l'entretien du bloc pour lui servir d'intermédiaire fiable. Chaque fois que le malade doit subir l'opération il lui demande d'aller voir son cousin pour l'achat de ticket. Le malade qui a acheté un ticket se croit alors être dans le circuit normal. Un cas a permis de déceler cette pratique dénoncée en vain.

Ces tickets parallèles sont destinés aux malades locaux ; le gynécologue entretient une clientèle venant du pays voisin. Il accorde des consultations privées aux maures venant de l'autre rive du fleuve avec des tarifs extrêmement élevés. Ces maures viennent directement chez lui et n'achètent pas le ticket. Il traite directement avec ces mauritaniens. Un exemple nous permet d'avoir une idée de ces émoluments. Une maure s'est plainte devant un de nos interlocuteurs en ces termes : « les services de votre médecin là, sont trop chers. Je lui ai payé cent mille francs ». Les week-end, il fait aussi ses consultations privées dans une autre ville voisine où il n'a pas encore de gynécologue. Il fait des échographies et des consultations gynécologiques avec le matériel et le véhicule du centre de santé. La réputation des médecins sénégalais aidant, Il a même des clients richissimes dans la capitale du pays voisin où il se déplace fréquemment bien sûr avec le matériel du district.

Vente illégale des médicaments dans un centre de santé

Le médecin chef est au cœur de la vente illégale de médicaments provenant du pays voisin. Il utilise le dépositaire de la pharmacie du centre pour vendre en priorité ses médicaments. Un scandale a même éclaté lorsque le comité de santé s'est rendu compte que ses chiffres d'affaires baissaient terriblement. Après investigation, ils se sont rendus compte qu'il y a une

vente parallèle de médicaments n'appartenant pas au comité de santé. Le scandale a été vite étouffé malgré le fait que le préfet était au courant. D'ailleurs le dépositaire s'était mêlé à une autre vente parallèle. Un pharmacien d'officine de la place s'entant la concurrence rude avec l'installation d'une nouvelle officine près du centre de santé, mettait un lot de médicaments de spécialités à la disposition du dépositaire qui les écoulait moyennant quelque chose. C'est le gérant de la pharmacie près du centre qui a découvert cette pratique illégale. Des problèmes ont surgi entre ces deux pharmaciens. Le médecin chef saisi par la pharmacienne victime a dit qu'il n'était pas au courant. Mais comme il fait de pratiques similaires avec le dépositaire, il a seulement demandé au dépositaire d'arrêter et de faire attention. Les infirmiers prescripteurs du centre revendent aussi par l'intermédiaire du dépositaire les échantillons des médicaments qu'ils obtiennent des délégués médicaux.

Le circuit de commande de médicaments de spécialités

La mutuelle ne peut en aucune manière passer une commande de médicaments de spécialité au niveau des grossistes distributeurs du pays. C'est au niveau des officines que les travailleurs doivent aller prendre ces médicaments de spécialité. Mais dans leur volonté de réduire la facture destinée à la prise en charge des malades, le pharmacien de la mutuelle a cherché à contourner la loi pour disposer de ces médicaments à des prix de session beaucoup moins chers que les prix au public. Le pharmacien sollicite un délégué médical qui est de passage pour la promotion de ses produits. Comme la mutuelle ne peut pas passer une commande directement aux grossistes, il demande au délégué de le faire à leur place. Le pharmacien émet un chèque au nom du délégué qui va retirer l'argent et passer la commande à son nom. Le délégué qui a des obligations de faire écouler ses produits n'hésite pas à jouer le jeu pour ne pas perdre un marché aussi lucratif. Les procédures normales sont respectées concernant le grossiste, le délégué réalise un gros coup et la mutuelle dispose des médicaments de spécialités à des prix plus accessibles. Cette pratique se fait au détriment de la loi et à la perte des gérants d'officine qui ont l'exclusivité de la vente des médicaments de spécialité. La mutuelle passe par de détours identiques pour commander des médicaments de spécialités les plus demandés.

Le circuit des accidents de travail

Un important réseau est mis en place à partir des accidents de travail. La nature du travail au niveau de l'entreprise expose les travailleurs aux accidents de travail. Chaque fois qu'un cas se présente, on surcharge l'ordonnance en multipliant le nombre de chaque produit. Ainsi pour une simple blessure, l'ordonnance dépasse facilement les cinquante mille francs. Le travailleur ne se plaint pas parce qu'il ne rembourse rien. La caisse de sécurité sociale prend en charge entièrement les accidents de travail. Le réseau est organisé entre le prescripteur et son staff qui assure les soins. On demande au malade ou à son accompagnant d'aller prendre les médicaments et de revenir. Une partie est utilisée pour les soins et le reste est gardé au niveau du service pour les soins ultérieurs. Le personnel d'appoint se charge d'écouler les médicaments retenus. Ils sont revendus ou échangés avec d'autres produits à l'officine.

D'ailleurs c'est le personnel d'appoint qui vient souvent à l'officine prendre les médicaments. Si l'accidenté ne peut pas se déplacer pour aller prendre ses médicaments, c'est l'occasion rêvée par les membres du réseau. Car ils peuvent aller récupérer les médicaments sans que le malade ne devine la quantité pour ne pas réveiller les suspicions. Le réseau profite de la campagne qui dure huit mois pour remplir leur stock en produits nécessaires pour faire des plâtres ou pour soigner des blessures dangereuses. Ce stock est revendu aux malades n'appartenant pas à l'entreprise qui se présentent pour des problèmes orthopédiques ou de

blessures. On voit qu'il n'y a pas de dysfonctionnement. Lorsqu'il y a un accident de travail constaté par le médecin, l'ordonnance est dûment établie. Le dispositif contraignant ne peut rien contre les mauvaises intentions du médecin qui surévalue les blessures pour justifier une ordonnance « salée ». Le chef de service médical censé mettre de l'ordre est plus préoccupé par son propre réseau de consultations des étrangers qui viennent de l'autre côté de la frontière.

Les pratiques corruptrices gangrènent l'entreprise et la mutuelle des travailleurs de l'entreprise et ont réduit considérablement le cercle vertueux. La haute hiérarchie est souvent à la base des pratiques identifiées. Ce qui encourage le reste du personnel dans leur espace de pouvoir occupé à se livrer à des pratiques illégales. Actuellement le cercle vertueux est incarné par de rares agents qui résistent encore à la facilité. Comme cet infirmier qui a refusé une commande de produits périmés. Mais le petit personnel qui assiste ou qui joue même un rôle dans certaines pratiques de leurs chefs. Sur les sept prescripteurs seuls deux ont des comportements irréprochables. On peut dire que la corruption a atteint dans l'entreprise 70% des prescripteurs. Ce taux atteint 90% du personnel d'appoint qui assistent les prescripteurs. On peut estimer aussi à plus de 10% les fraudes sur les ordonnances orchestrées par les travailleurs sur endettés. D'après le suivi que nous avons fait depuis un mois, 90 % des ordonnances des accidentés de travail sont surchargée au profit des prescripteurs et de leurs assistants.

Des délégués médicaux au centre de la corruption

Certains délégués sont à la base des pratiques corruptrices qui pervertissent le système de différentes manières. Les échantillons gratuits que les délégués ont à leur disposition en grande quantité pour faire la promotion de leurs produits sont parfois placés dans les pharmacies des structures de santé sous forme de dépôt de vente. Si le produit coûte 4000 F dans les officines le même produit peut être obtenu à la pharmacie de l'hôpital, du centre de santé ou du dispensaire à moindre coût (3000 ou 2500f). Ainsi le délégué et le dépositaire se partagent l'argent selon l'accord. Avec les produits de spécialité qui coûtent chers, le délégué médical crée une rentrée financière non négligeable avec la complicité du gérant de la pharmacie IB au détriment des pharmaciens d'officine. Ainsi donc si des produits de spécialités se retrouvent de plus en plus dans les structures de santé (centre, poste de santé) c'est souvent du aux réseaux de vente parallèle de médicaments installés par certains délégués. D'ailleurs dans un passé récent, on avait interdit la distribution d'échantillon gratuit pour combattre les ventes parallèles de médicaments.

Les délégués médicaux passent des marchés avec les dépositaires des pharmacies des structures sanitaires pour que leurs médicaments ne soient pas substitués par des produits équivalents disponibles sous forme d'IB. Le dépositaire dira aux malades que pour tels produits son équivalent en IB n'est plus disponible sur le marché. Cela va pousser le malade à aller acheter le médicament dans les officines. Les délégués médicaux passent aussi des marchés avec certains prescripteurs (médecins ou infirmiers) pour que leurs produits sortent plus fréquemment. Cet accord est assorti d'une enveloppe d'argent remise par le délégué aux prescripteurs. Les délégués ont des contraintes de vente. Leurs employeurs leur fixent des objectifs à atteindre dans la vente des produits. Si les grossistes ont aussi des médicaments en quantité qui sont proches de la date d'expiration, ils n'hésitent pas par l'entremise des délégués à demander aux grands prescripteurs de leur faire sortir ces produits le plus rapidement possible moyennant de fortes sommes d'argent. Les grossistes aussi peuvent demander au pharmacien gérant la pharmacie centrale de leur passer une commande pour les produits qui risquent dans quelques mois d'expirer que l'hôpital pourra utiliser avant cette

date. Cela permet d'éviter des pertes énormes moyennant toujours de l'argent. A une échelle plus réduite, le pharmacien gérant son officine peut demander moyennant une enveloppe d'argent, aux prescripteurs les plus proches de sa zone de prescrire un certain nombre de médicaments dont la date d'expiration est imminente. « dooma génnéel sa ma garap gui balaa muy yaxu sama loxo ». Qui plus est, il arrive que ce soit le prescripteur qui demande au pharmacien de lui donner la liste de ses médicaments menacés d'être expirés afin qu'il les fasse sortir rapidement. Dans ce « deal » le pharmacien tout comme le médecin y gagnent.

Délégués médicaux -ICP

Les postes de santé constituent des filières intéressantes pour les délégués médicaux non pas pour faire la promotion de leurs produits pharmaceutiques mais plutôt pour ravitailler et vendre les mêmes produits aux ICP. C'est ainsi qu'un véritable marché parallèle de vente de médicaments est observable dans les postes de santé au détriment des dépôts de pharmacie qui y existent. Les délégués médicaux commencent à supplanter les districts sanitaires dans l'approvisionnement des postes de santé en médicaments, certains ICP n'hésitent pas à contourner les districts sanitaires et contracter des marchés juteux avec des délégués médicaux pour leur approvisionnement en médicaments car ceux-ci leur offrent des prix beaucoup moins chers. Mais malheureusement l'argent économisé dans l'achat de ces médicaments ne profite pas aux finances des postes de santé mais va plutôt dans la poche des ICP. Une telle pratique tend à se généraliser dans les postes de santé.

Des pharmaciens d'officine à l'œuvre

Les officines de pharmacie sont de plus en plus menacées par les circuits parallèles de vente des médicaments. Après avoir dénoncé en vain la vente illicite des médicaments, certains pharmaciens et souvent les plus riches, ont commencé à franchir le rubicond et se mêlent maintenant dans la pagaille. Ils commencent à alimenter aussi le circuit parallèle. Ils procèdent ainsi : ils profitent des campagnes organisées par les grossistes, campagnes appelées UG (unité gratuite). Par exemple si la pharmacie d'officine fait une commande de 100 unités sur un même produit, il bénéficie de 20 unités gratuites. Certaines grandes pharmacies profitent de cette offre spéciale pour commander mille unités et obtenir 200 unités gratuites. Ces 200 produits obtenus gratuitement sont revendus aux prix d'achat sur le marché parallèle. Le pharmacien d'officine peut vendre à des prix concurrentiels certains produits sur le marché parallèle local (kër sériñ bi, au Port, à la gare) ou au dehors des frontières du pays (Mali, Mauritanie). C'est ainsi que des produits de même qualité peuvent se retrouver sur le marché parallèle avec des prix différents.

Le circuit entretenu par le pharmacien central à travers les commandes extra ordinaires

Chaque année, l'hôpital fait une commande globale à travers un appel d'offre aux laboratoires nationaux et /ou internationaux. En cas de rupture de la commande annuelle, la pharmacie centrale pour continuer à faire fonctionner les services, fait des commandes extra ordinaires de dépannage adressées cette fois-ci aux grossistes. Ces commandes de dépannage sont des commandes de gré à gré passées par le chef de la pharmacie centrale de l'hôpital. Il peut par téléphone, passer la commande là où il veut auprès des grossistes de la place. De ce fait il appelle un grossiste pour lui dire par exemple que j'ai une commande de tant de millions et ils négocient le marché. Avant la réforme les différents services pouvaient passer séparément des commandes extra ordinaires de dépannage. Ainsi la corruption parcellaire a disparu au profit de la corruption centralisée. Il arrive que le chef de la pharmacie centrale passe la commande de dépannage à un grossiste qui n'a pas tous les produits disponibles. Les produits non disponibles seront livrés plus tard alors que la commande pouvait être faite

chez un grossiste qui a tous les produits. Donc des commandes de dépannage sont du ressort exclusif du pharmacien central qui en profite pour passer un deal avec l'une des grossistes. Il est perceptible que les commandes d'urgences sont instaurées pour répondre à un besoin urgent. C'est la raison pour laquelle, les procédures ont été simplifiées. Si on donne l'opportunité au pharmacien chef de faire la commande directement c'était tout à fait normal d'autant que les urgences peuvent se présenter fréquemment.

Au niveau des structures hospitalières, il y a la pharmacie qui vend les médicaments IB (initiative de Bamako) et la pharmacie centrale. Tous les produits de spécialités disponibles au niveau de la pharmacie nationale d'approvisionnement peuvent être disponibles dans la pharmacie IB. Par contre d'autres médicaments de spécialité se retrouvent anormalement dans la pharmacie IB. Cela est possible grâce à la pharmacie centrale qui a la possibilité de faire des commandes de spécialités pour une prise en charge correcte des malades à la demande des médecins. Ce sont des médicaments mis à la disposition des malades hospitalisés gratuitement. La commande de spécialités doit faire l'objet d'une demande adressée à la direction de la pharmacie pour une autorisation à chaque fois que le besoin s'impose. Malheureusement la direction de la pharmacie n'est presque jamais saisie. Si on retrouve des produits de spécialité hors produit de la PNA à la pharmacie IB c'est parce que la pharmacie centrale effectue des échanges avec la pharmacie IB. Les services peuvent avoir besoin des produits IB. La pharmacie centrale qui les alimente en médicaments fait l'échange avec la pharmacie IB qui va vendre ses produits de spécialité qu'elle ne devrait pas avoir dans son stock. Avec ces échanges, la pharmacie centrale dispose des produits IB qu'elle doit mettre à la disposition des services. Une partie des médicaments IB et des spécialités sont mis à la disposition des majors et l'autre partie se retrouve sur les marchés parallèles (keur serigne bi, Touba, marché du port, gare ferroviaire).

Mais il n'y a pas que la pharmacie centrale qui alimente le marché parallèle. Les médicaments livrés aux majors pour les malades se retrouvent aussi souvent sur le marché parallèle. La pharmacie centrale livre des médicaments aux majors pour les consultations, la garde et les urgences. Malheureusement il n'y a aucun contrôle sur le suivi des médicaments. On ne demande pas de compte aux majors. Le major peut mettre une quantité de médicaments pour les besoins des consultations, les urgences et la garde et revendre l'autre partie sur le marché parallèle. Les aides infirmiers et les infirmiers qui assurent les gardes peuvent aussi ne pas utiliser tous les médicaments mis à leur disposition durant leur garde pour les revendre. L'on nous signale qu'il y a toujours les mêmes quantités demandées pour les gardes et il n'y a jamais eu de retour. Il n'y a ni fiche d'entrée ni fiche de sortie des médicaments pour les gardes et les urgences. En résumé, c'est le manque de contrôle et de suivi des médicaments qui fait que les médicaments disponibles dans la pharmacie centrale se retrouvent dans le marché parallèle du fait de plusieurs acteurs de la structure hospitalière.

Les Pharmaciens de l'hôpital	alimentent	les marchés parallèles	
Les Majors	alimentent	“	“
Les médecins	alimentent	“	“
Les infirmiers de garde	alimentent	“	“
Le service d'urgence	alimente	“	“

Durant leur parcours allant de la pharmacie centrale aux malades, les médicaments sont amputés. C'est l'une des raisons pour lesquelles il sera difficile de lutter contre les ventes illégales dans les marchés parallèles. Il y a beaucoup d'acteurs qui entretiennent ces marchés.

Le circuit annexe

Les commerçants de l'informel font de plus en plus immixtion dans le secteur médical. Jouant sur la concurrence rude entre les pharmaciens, ils proposent de faire des affaires avec certains qui se prêteraient à leur jeu. Parfois le pharmacien sert seulement d'écran aux commerçants qui veulent disposer de médicaments pour le marché parallèle. Le commerçant verse l'argent au pharmacien d'officine qui passe la commande. Ces commandes faites pour les commerçants vont augmenter les ristournes du pharmacien. Les grossistes donnent annuellement des ristournes aux pharmaciens calculées sur la base de 2.5 % de la commande annuelle. Le pharmacien, dans les commandes parallèles pour les commerçants, gagne avec les groupages. Il y a des réductions qui sont accordées chaque fois que le pharmacien commande une dizaine de chaque produit. C'est ce qui fait qu'en dehors du « deal » dont il est difficile de savoir le montant, le pharmacien gagne dans les groupages et les ristournes qui seront versées par le grossiste annuellement. Le commerçant arrive à avoir des médicaments de spécialités aux prix de cession du grossiste.

Certains commerçants ont mis en place devant certaines officines des relais qui leur permettent d'avoir des clients pour l'échange des bons en argent liquide. Le commerçant envoie quelqu'un devant les officines pour traquer les travailleurs des entreprises qui ont des bons de médicaments à revendre. Ils leur proposent de racheter les bons au $\frac{1}{3}$ ou au $\frac{1}{2}$ du prix normal. Ces échanges se font aux alentours des officines. C'est après qu'en toute discrétion que le commerçant ramène les bons au gérant de l'officine avec qui il fait des affaires.

Les circuits de survie

Ce sont des réseaux que les individus créent pour des besoins de survie et non d'enrichissement. Ce sont les contraintes financières liées aux difficultés de la vie de manœuvres, de personnels d'appoint ou d'ouvriers mal rémunérés qui sont à la base des stratégies de survie.

Le réseau de vente des bons des médicaments

Des bons de médicaments sont dûment délivrés après chaque prescription médicale. Le travailleur ou un membre de la famille inscrit dans le carnet prend ses médicaments à l'officine. Comme la plupart des travailleurs ouvriers sont sur -endettés, ils se retrouvent à la fin du mois avec des bulletins nul ou avec un salaire largement amputé. C'est ce qui les pousse à exploiter toute opportunité qui se présente en eux. Du fait que le travailleur ne rembourse que 50% du montant de l'ordonnance, les 50% étant pris en charge par la mutuelle, il cherche la complicité d'un prescripteur pour avoir une ordonnance de complaisance qui lui permet d'avoir une prise en charge.

Cette prise en charge est soit donnée directement au gérant de l'officine moyennant de l'argent inférieur au montant de l'ordonnance. Soit le travailleur le vend à un commerçant spécialisé dans de telle opération. C'est ce dernier qui va le présenter à un gérant de pharmacie d'officine avec qui il traite des magouilles pareilles. Il arrive même que le travailleur soit réellement malade. Il se fait consulter et renonce une partie des médicaments pour les revendre.



Voilà schématiquement les différents canaux par lesquels les travailleurs mal intentionnés passent pour disposer de l'argent à travers les médicaments. S'ils bénéficient le plus souvent de la complicité d'un prescripteur, certains travailleurs arrivent à faire croire aux médecins qu'ils souffrent de quelques maux pour avoir une ordonnance.

1)

Ordonnance de complaisance

Le travailleur la vend au commerçant

Le commerçant le revend à l'officine

2)

Ordonnance dûment établie

Le malade renonce aux médicaments et les vend

Le pharmacien les rachète à moindre prix

3)

Ordonnance de complaisance

Le travailleur vend directement le bon au gérant de pharmacie

La configuration du marché

Pour enfin aborder la configuration du marché parallèle des médicaments, nous traiterons la qualité de l'offre et ses conséquences sur la santé des populations avant de terminer par la formation des prix.

Une offre souvent de mauvaise qualité...

Du côté de l'offre, on y trouve des médicaments de toutes les familles pharmaceutiques (antibiotiques, anti-inflammatoires, anti-hypertenseurs, antidiabétiques, anticancéreux...) sous toutes leurs présentations (comprimés, collyre, injectables, suppositoires...): les spécialités, des conditionnements hospitaliers, des médicaments en vrac etc. des médicaments anglophones dont les écritures sont en français anglais, arabe, chinois, indiens. Les plus visibles sur les étals des marchés des boutiques ou des marchands ambulants sont:

Du paracétamol

Des antibiotiques: Bactrim, amoxyciline, tétracycline, Symafen, Idimol, Ciproheptadine, Terpene,

Cophinzol, Solotone, Sedaspir,

Des corticoïdes (produits pour dépigmentation de la peau)...

Des baumes contre le rhum

Les psychotropes comme le Valium, le Nozina ainsi que les médicaments onéreux comme les anticancéreux sont moins visibles et sont entreposés dans des locaux spécifiques.

Les différentes études réalisées montrent de façon unanime que la qualité intrinsèque des médicaments est médiocre car ils sont exposés sur les étals des marchés à la poussière, la grande chaleur et ou l'humidité. Certaines études montrent de façon irréfutable que la plupart de ces médicaments sont des produits de contrefaçon qui dans certains cas ne contiennent pas de principe actif ou dans d'autres n'en contiennent pas une quantité suffisante. Une enquête épidémiologique et un contrôle physico-chimique réalisés en 1997 (Sow et al. 1997) à Dakar donne une idée sur la qualité des médicaments. En effet, l'objectif de cette étude était d'apprécier l'importance de la vente de médicaments sur le marché parallèle de Dakar pour le traitement de l'écoulement urétral. Les médicaments recueillis auprès des vendeurs ont été contrôlés et analysés sur l'aspect l'identification et le dosage du principe actif.

Les résultats montrent que les médicaments étaient vendus « dans 88% des cas en vrac et 12% en blister. La date de péremption manquait dans 90% des cas. 53% des médicaments proposés avaient un aspect anormal. Tous les principes actifs ont été identifiés positifs à l'exception de l'ampicilline 250 mg pour lequel un seul échantillon sur 22 était positif; les autres rappellent la farine de blé sans aucune trace du principe actif ». Notons tout de même que par rapport aux précédentes investigations, tous les échantillons que nous avons vus ont des dates de péremption conformes. Il semble que les vendeurs ou la clientèle soient plus exigeants sur ce critère qui est devenu l'une des exigences de vendeurs vis-à-vis de leurs fournisseurs.

...Aux conséquences sanitaires réelles

Plusieurs conséquences sanitaires peuvent découler de l'existence du marché parallèle de médicaments. Nous en retiendrons trois principales.

La première concerne le développement de l'automédication et de la toxicomanie. Les études sont unanimes pour constater qu'il existe des risques accrus consécutifs à la différenciation de l'offre. En effet, au cours des années 1970, l'offre était limitée à des analgésiques ou des produits contre le rhume ou le paludisme. Depuis elle s'est considérablement diversifiée incluant des médicaments moins visibles tels psychotropes, cardiovasculaires, anticancéreux, anticoagulants ou antidiabétiques. Ces médicaments, utilisés en l'absence de diagnostic médical, posologie et indications précises sur la durée du traitement peuvent engendrer des dommages irréversibles. La seconde conséquence concerne les fausses indications thérapeutiques qui sont lourdes de conséquences sur la santé des populations. Les indications

thérapeutiques fournies par les vendeurs sont souvent erronées car elles proviennent de vendeurs analphabètes pour la plupart. Les études montrent que même lorsque les vendeurs sont lettrés ils sont dans l'incapacité de fournir des informations précises car ils ne disposent pas de notice ou lorsque la notice est disponible, elle l'est dans une langue inconnue... L'étude épidémiologique sur le traitement de l'urétrite mentionnée ci-dessus montre que la posologie et la durée du traitement n'étaient correctes que dans 6% des cas.

La troisième c'est qu'en favorisant les résistances et en augmentant les échecs thérapeutiques, le marché parallèle décrédibilise la politique sanitaire nationale. L'OMS considère le médicament comme un outil de promotion de la santé. Par conséquent, lorsque la qualité ou l'efficacité du médicament n'est pas garantie, la confiance des malades est entamée, ce qui risque de compromettre les programmes de santé. L'existence du marché parallèle et l'accessibilité de ses produits laissent penser à certaines franges de la population l'inutilité de la fréquentation des formations sanitaires. Cette idée reçue peut malheureusement concourir à la désaffection des centres et cases de santé en particulier par les couches les plus vulnérables de la population.

La formation des prix

La formation des prix obéit à la loi de l'offre et de la demande en fonction des segments de produits. La demande émane des couches populaires qui sont en situation d'asymétrie par rapport aux informations relatives aux prix en vigueur dans le système sanitaire public et le circuit privé de distribution. Du coup, ils partent de l'idée préconçue selon laquelle les prix pratiqués sur le marché parallèle sont forcément inférieurs à ceux des officines et des centres et cases de santé.

L'autre argument avancé concerne l'accessibilité financière et géographique (disponibilité, proximité, pas besoin d'ordonnance, achats fragmentés, achat à crédit...). Les vendeurs, en revanche, sont bien informés sur les prix en vigueur car ils se renseignent auprès des structures sanitaires ou des officines. En fonction des possibilités financières du client, de la pathologie, de la disponibilité du médicament et du niveau de l'offre, il peut vendre aux prix des officines, à des prix inférieurs ou supérieurs. Alors que le prix unique est en vigueur sur le marché officiel, nous retiendrons que sur le marché parallèle, en particulier certains segments monopolistes, l'absence de transparence de l'information sur les prix et les coûts ainsi que l'existence de barrières à l'entrée réduisent les possibilités de formation d'un prix unique s'imposant aux offreurs et demandeurs.



Les gérants des dépôts parviennent à fidéliser une clientèle grâce à des facilités de paiement souvent accordées aux consommateurs qui peuvent ainsi bénéficier de prix à crédit contrairement aux officines qui ne leur offrent pas ces facilités. La clientèle est diverse et variée et est souvent constituée de parents, d'inconnus, de personnes démunies ou en situation difficile ou recommandée par un ami, une connaissance... Les vendeurs dans leur majorité et les acheteurs, savent bien que ce type de commerce est illégal mais force est de constater que nombre d'entre eux pensent que l'intervention de l'Etat dans le secteur s'insère uniquement dans une volonté de favoriser et de protéger les pharmaciens. A Dakar comme à Touba, les personnels de santé constituent une partie de la clientèle du marché parallèle. Certains vendeurs notent aussi parmi leurs clients des pharmaciens qui viennent souvent acheter des médicaments.

Ils disent soutenir les populations qui vivent des conditions de plus en plus dures et qui ne parviennent pas à se soigner correctement du fait de la pauvreté. Ainsi, ils proposent de bons produits, les mêmes que ceux des pharmacies et à des prix plus abordables. Les produits sont à la portée de toutes couches sociales de la population. Certains pensent même que la vente de médicaments sur le marché parallèle est bénéfique pour la santé publique. Ce qui est confirmé par les acheteurs qui, nous ont signalé que dès qu'ils ont une ordonnance, c'est au marché qu'ils viennent acheter les médicaments. Naturellement les fêtes religieuses comme le Magal constituent des périodes de forte vente pour des villes comme Touba. Les pèlerins venant de tous les coins du pays et même de la sous-région en profitent pour trouver des médicaments et même pour constituer leurs stocks.

Au total, on peut dire qu'il existe une grande hétérogénéité au niveau de la clientèle du marché parallèle des médicaments. Au niveau de Touba, presque toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées ; de la ménagère analphabète au cadre. L'exemple de l'enseignante trouvée entrain de se procurer des médicaments pour sa grossesse illustre bien que l'approvisionnement sur le marché illicite n'est pas seulement le propre des consommateurs analphabètes et des plus démunis. De la même façon à Dakar, en dépit de la proximité géographique et de la bonne couverture sanitaire (la présence d'un grand nombre d'hôpitaux et de centres de santé et d'officine), la fréquentation du marché parallèle demeure tout aussi élevée, et la clientèle est constituée de toutes les couches sociales et de toutes les

catégories socioprofessionnelles, même si certains, parmi les acheteurs qui se disent tout satisfaits, nombreux sont ceux qui sont conscients des risques liés à l'achat des médicaments sur le marché illicite.

L'enquête menée montre que les motifs qui poussent le consommateur à s'approvisionner au marché parallèle peuvent être ramenés au manque de moyens financiers. En effet, les hôpitaux se limitent à l'établissement d'une ordonnance que doit acheter le malade sur fonds propre. La cherté des prix dans les officines officielles fait qu'ils sont obligés de s'approvisionner au marché parallèle malgré tous les risques. Certains consommateurs constatent un problème de disponibilité. Parfois ils ne trouvent pas les médicaments à la pharmacie, ils sont obligés de se rabattre au niveau du marché parallèle où ils seront servis. Ils soutiennent que ce n'est pas la peine d'aller à la pharmacie car les produits sont les mêmes que ceux du marché et souvent beaucoup plus chers. Ils sont souvent obligés de faire quelques centaines de mètres avant de se présenter à la pharmacie sans même l'assurance qu'ils pourront s'offrir le produit vu la cherté de celui-ci.

Les clients interrogés ne jugent pas indispensable la nécessité de consulter un pharmacien ou d'avoir une prescription car ils estiment qu'il n'existe pas de différence entre une pharmacie, un dépôt autorisé et un autre qui ne l'est pas. D'autant qu'à leur avis, au niveau des certaines officines, les personnes employées sont souvent sans formation spécifique. Ils font confiance aux gérants des dépôts avec qui ils entretiennent des relations depuis longtemps. Il est vrai que les gérants des dépôts de Touba interviewés sont installés depuis 15 à 21 ans. La proportion des personnes questionnées qui disent n'avoir recours au marché illicite des médicaments qu'après consultation au niveau des structures de santé où leur sont délivrées des ordonnances est plus importante à Dakar et Kaolack. Au niveau de Touba, la situation est alarmante. Beaucoup de personnes interrogées au niveau des dépôts indiquent qu'elles n'ont jamais mis les pieds dans une officine de pharmacie. Elles se contentent de suivre les prescriptions des vendeurs en qui elles ont confiance.

Conclusion sur le marché parallèle des médicaments

Les résultats de l'enquête nous permettent d'utiliser les grilles de lecture classiques de l'économie informelle pour caractériser le marché parallèle des médicaments dans les pays de l'Afrique Subsaharienne en général et au Sénégal en particulier. La première hypothèse consiste à considérer que, si les pays pauvres comme le Sénégal sont caractérisés par la persistance d'institutions traditionnelles c'est parce que les institutions modernes comme les systèmes de marché, le système démocratique et les formes modernes d'entreprises sont difficiles à mettre en oeuvre pour un ensemble de raisons de nature socioculturelles. Par conséquent, ces pays sont aussi caractérisés par des coûts de transaction élevés, des distorsions importantes et une défaillance du marché. Ainsi plusieurs analyses montrent que la persistance des institutions informelles dans ces pays résulte des coûts élevés d'utilisation des institutions modernes.⁴⁷ On peut alors légitimement penser que c'est principalement l'accessibilité financière des systèmes de soins qui est la cause du développement du marché parallèle de médicaments. Donc, le très faible pouvoir d'achat d'une grande partie de la population, combiné à l'insuffisance des services publics imposerait l'existence de services de substitution (guérisseurs, médicaments de rue...).

⁴⁷ Les institutions financières informelles sont, dans les pays en développement, des instruments plus efficaces pour résoudre les problèmes de coût d'information.

La seconde hypothèse de la persistance et du développement des institutions informelles réside dans la réaction à une réglementation rigide, régissant les institutions formelles. Par exemple, l'émergence et le développement des tontines en Afrique peut s'expliquer comme une réponse à l'éviction des systèmes financiers institutionnels, du fait de la répression financière⁴⁸ et du rationnement du crédit. De la même façon, on pourrait considérer que la non disponibilité des génériques dans le circuit pharmaceutique privé jusqu'au début des années 2000 a encouragé les populations à avoir recours au marché parallèle pour éviter le coût de l'acte et de la prescription dans les formations sanitaires publiques.

Enfin la dernière consiste à considérer l'existence du marché parallèle comme la résultante des dysfonctionnements observés dans la régulation du système pharmaceutique. Mais en tout état de cause, le marché parallèle est aujourd'hui une composante intrinsèque de l'offre du système des soins. Mais il a une spécificité qui découle des conséquences sanitaires qu'il engendre. Cette spécificité nécessite un traitement énergique pour le réduire au minimum car compte tenu des conditions économiques et sociales actuelles il n'est pas réaliste de penser que le phénomène peut être éradiqué à court et moyen terme. La stratégie doit combiner prévention et répression en se focalisant davantage sur les multiples facteurs qui favorisent et entretiennent ce marché. Renforcement des structures et des moyens de l'administration pharmaceutique avec notamment une augmentation du nombre de pharmaciens inspecteurs afin que chaque région puisse en disposer un au moins et leur donner des moyens nécessaires pour accomplir leur mission. Création d'un réseau national de surveillance des médicaments qui associe : DPM, PNA, Pharmaciens hospitaliers, Inspecteurs, industrie pharmaceutique, grossistes et qui sera chargé de suivre la traçabilité des médicaments officiellement importés et/ou instaurer un système d'inspection pharmaceutique capable d'assurer un contrôle rapide et efficace des importations de médicaments par leur informatisation et un contrôle systématique des dons de médicaments.

Organiser la répression dans le cadre d'une stratégie de lutte qui implique tous les acteurs (police, gendarmerie, douane, armée, service des eaux et forêts, professionnels de santé...) avec des opérations de saisies sur les marchés à la demande des autorités sanitaires qui doivent être plus fréquentes et plus dissuasives.

Décrédibiliser les médicaments de rue à travers des dispositifs d'éducation d'information et de sensibilisation des populations en insistant sur les possibilités offertes par les SSP et l'IB en associant tous les acteurs : consommateurs, médias, communicateurs traditionnelles....

Néanmoins, la stratégie de lutte préconisée contre le marché parallèle requiert au moins deux préalables :

Le premier est une forte volonté politique de prendre à bras le corps ce problème de santé publique⁴⁹ notamment en améliorant l'accessibilité au système de soins. Le second c'est une stratégie coordonnée à l'échelle sous régionale et régionale avec les autorités concernées des pays voisins frontaliers en particulier.

⁴⁸ Rappelons qu'une économie est dite financièrement réprimée à la Mc KINNON et SHAW lorsque les marchés financiers sont administrés aussi bien du côté des quantités que du côté des prix. Dans ce dernier cas, les taux d'intérêt nominaux sont fixés artificiellement au dessous de leur niveau d'équilibre par les autorités monétaires.

⁴⁹ Lors Table Ronde organisée par ReMeD en 1999, un des participants un des participants expliquait qu'il n'existait pas de ventes sauvages de médicaments au marché central d' ACCRA car la politique pharmaceutique du Ghana a été mise en œuvre avec une volonté politique très forte d'assurer à la population une véritable accessibilité aux médicaments.

La corruption, avons nous dit, est banalisée dans le secteur de la santé au Sénégal à cause en partie de formes diffuses et plurielles de légitimations sociales. Cette banalisation a été aussi rendue possible par le fait que ce secteur est d'une grande opacité pour les usagers ; et cette opacité repose sur le fait qu'à la fois le mode d'organisation et les règles à la fois déontologiques et éthiques ont toujours été un domaine réservé aux professionnels de la santé. Dans l'organisation des métiers de la santé le *feed-back* par rapport aux prestations des patients et du grand public n'existe quasiment pas. La crise économique et sociale qui s'est emparée des pays sous développés a décloisonné le secteur de la santé et l'a exposé à la pénétration de diverses logiques profanes. Il en a résulté des références hybrides qui se constellent en créant des flous dans les repères. Ainsi que le relève Anselm Strauss «les hôpitaux évoluent en institutions et ceci rapidement. Ce sont des lieux où de nombreux types de professionnels travaillent, et d'autres encore viennent rejoindre leurs rangs ». Il indique ainsi que l'hétérogénéité et la diversité des objectifs des personnels de santé et des profanes sont d'une complexité abyssale. La corruption a été amplifiée dans le secteur de la santé par l'existence de réseaux souterrains de corruption qui sont rendus possibles par la non lisibilité des procédés et la complexité dans l'organisation du système de santé.

L'analyse de ces réseaux dans les structures de santé et en dehors a été possible grâce à l'utilisation d'une grille d'observation qui prend en compte le dispositif institué par les différents membres pour contourner les règles établies, le besoin spécifique à satisfaire par le groupe qui pousse les acteurs à recourir à ce dispositif. Nous nous sommes aussi intéressées aux stratégies de camouflage, à voir dans le détail ce qu'il y avait à contourner : (dispositif, règlements, bureaucratie...), les différentes parties prenantes (rôle joué, statut, caractéristiques des différents acteurs) et les différents médiateurs. Les liens de transversalité et d'horizontalité établis entre les différents acteurs ont été aussi investigués de même que la durabilité des procédés utilisés et enfin l'impact de ses réseaux sur la vie institutionnelle. Ainsi donc, plusieurs réseaux impliquant divers acteurs de la structure et du dehors ont été captés et se présentent comme suit :

« **Teg teggi** »

C'est un terme emprunté au jeu de loterie qui, initialement, renvoyait à la logique du pile ou face. Transférée dans le milieu de la passation des marchés, l'image renvoie au fait de miser et d'emporter à tous les coups. Il arrive fréquemment que le directeur, le gestionnaire et parfois l'agent comptable particulier (ACP) fassent appel aux services d'un fournisseur complice qui, contre des bons de commande fictifs, remettra 90% de la valeur équivalente en argent. Une fois cette somme empochée par les commanditaires, le fournisseur leur remet un bon de livraison et reçoit à son tour un bon vert (bordereau de paiement) qu'il présente à l'agent comptable particulier pour un paiement immédiat. Cette transaction avec le fournisseur se prolongera plus tard en sa faveur par l'attribution de marché de gré à gré dans son domaine de compétence. Au total, il gagne 10% de la valeur du bon de commande et ses commanditaires le fidélisent par l'attribution de futurs marchés. En fait la complicité du trio de l'administration hospitalière permet d'avoir de la liquidité financière par l'entremise d'une commande fictive exécutée par un complice affairiste qui s'enrichit doublement de chaque opération. C'est l'équipement de la structure hospitalière qui perd souvent dans chaque

opération identique. Les budgets d'une partie des équipements de l'hôpital sont exécutés sans qu'aucune réalisation n'est visible sinon du papier en bonne et due forme.

Le triangle du raccourci

Nous avons nommé cette pratique, le triangle du raccourci, dans la mesure où elle implique trois acteurs différents et qui, au fond s'y retrouvent : les rentiers (qui concerne l'infirmier responsable du bloc, l'anesthésiste, l'instrumentiste), le cobaye (Les patients concernés par ces types de pratique sont ceux qui rencontrent les gens en blouse blanche au hasard et qui leur demandent des faveurs) et enfin l'opportuniste (les Certificat d'Etude Spécialisée en Médecine C.E.S qui veulent se faire la main sur les cobayes). Dans le cadre de la formation des C.E.S, il est établi qu'il doit y avoir un volet pratique relatif aux interventions chirurgicales. En effet, une classification est faite pour les étudiants concernant les actes chirurgicaux. Pour ceux qui sont en 1^{ère} année, ils ne touchent que la paupière et par rapport à cela, on leur montre comment faire, à quel niveau le faire, etc. Ceux de 2^{ème} année qui sont censés pouvoir manipuler le microscope opératoire interviennent au niveau du globe et en 3^{ème} année, ils commencent à opérer la cataracte. Mais, quand l'un d'entre eux manifeste le désir d'en savoir plus, il lui donne les instruments tout en lui montrant comment les manier quelque soit son niveau de qualification.

Auparavant, un C.E.S que nous avons rencontré nous avait fait comprendre qu'en tant qu'étudiants, ils assistent aux opérations mais n'interviennent pas directement lors de l'acte. A la limite, ils sont « des aides, des instrumentistes », ils passent le matériel au chirurgien. Alors, pour « se faire la main », ils orientent des patients vers les infirmiers du bloc qui ont un grand pouvoir au niveau du bloc. Lors des actes, ce sont ces infirmiers qui préparent le malade, l'installent, donnent les instruments. Le contrôle exclusif qu'ils ont sur le bloc qui constitue leur territoire fait que quand le courant ne passe pas entre eux et celui qui est programmé pour faire l'intervention, ils peuvent aller jusqu'à empêcher celui là d'opérer. Ils lui font comprendre que le malade n'est pas venu, qu'il n'y a pas tel instrument, que le malade a telle infection, etc. Quant au malade qui est venu avant l'intervenant, ils lui disent que le médecin n'est pas là et ce dernier s'en va. Quelques C.E.S rencontrés vont jusqu'à dire que quand ces infirmiers décident que tu n'opéreras pas, tu n'opéreras pas parce qu'ils ne te donneront pas l'occasion de le faire même si tu es programmé officiellement. Ainsi, ce sont eux qui proposent aux C.E.S un « deal ». Les pratiques ont lieu en dehors des programmations officielles faites par le staff (professeurs, assistants, internes). Elles mettent en relation les infirmiers du bloc, des C.E.S, des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale.

Ainsi, les principaux médiateurs sont les C.E.S qui dans le cadre d'une consultation considèrent que l'état du malade requiert une intervention chirurgicale. A ce propos, ils l'orientent vers les infirmiers du bloc qui demandent le double voire le triple de l'acte. Ainsi, les infirmiers empochent la totalité de l'argent tandis que les C.E.S tirent profit de la situation en posant des actes chirurgicaux en plus de s'assurer des rentrées financières consistantes. Les programmes parallèles peuvent être favorisés par le manque d'implants de l'avis d'étudiants en C.E.S rencontrés. De ce fait, quand l'infirmier rencontre un malade avec ses papiers, il lui pose des questions et lui fait comprendre qu'il peut le faire opérer ». Il est difficile de ce fait de savoir si ce patient a contourné la voie normale ou pas parce que quand l'intervenant vient, il trouve celui-ci déjà sur la table. Il arrive que le staff opère six malades au lieu des trois programmés. Comme il n'y a pas d'implants suffisants les interventions chirurgicales parallèles peuvent être plus nombreuses que celles officielles! Cela n'est cependant possible que quand l'infirmier responsable du bloc est impliqué. Ce dernier participe aussi à la couverture, en cas de complications, de celui qui a posé l'acte chirurgical. Cette situation en

définitive se répercute sur la baisse des recettes de l'hôpital et/ ou sur le service car ces actes ne génèrent pas de recettes pour ces structures.

« *fii ñoo ko moom* » ou l'appropriation de l'espace de travail

Si dans la plupart des services, les professeurs chefs de service s'approprient l'espace et s'organisent en réseaux structurés généralement autour de leurs secrétaires et de leur manœuvre, les adjoints procèdent autrement. Dans le cas que nous allons décrire, le professeur adjoint, contrairement à son chef ne dispose pas de clinique au sein du service mais ses activités parallèles n'en sont moins importantes. Son réseau s'articule autour de ses étudiants en spécialisation ou simplement en stage et d'un garçon de salle qui est son homme de confiance. Il occupe un petit bureau exigu situé dans le couloir des salles d'hospitalisation dont l'accès n'est pas simple pour les non habitués des lieux. Pourtant son bureau ne désemplit pas, ses recruteurs étudiants passent pour la plupart par leurs connaissances et autres malades qui se présentent à eux. Pour ce qui est des connaissances, ils donnent le numéro du professeur qui fixent des rendez-vous très tôt le matin (entre 7h30 et 9h) pour des consultations privées qui oscillent entre 16000F et 20000frs.

D'un autre côté son homme de confiance se déplace au niveau de la salle de consultation générale et repère les clients pressés et susceptibles de payer une consultation privée. Par la suite, il les fait monter au bureau du professeur adjoint où ils sont consultés entre 10000 et 20000. Cette variation des prix est due au fait qu'ils sont négociables comme nous l'affirme une personne qui sortait de son bureau accompagnés de ses trois enfants. L'argent est directement remis au médecin qui généralement n'ouvre pas de fiches clients pour ce type de patients : « la première fois que je suis arrivée ici raconte l'une des victimes, j'ai payé 10000frs, en suite il m'a demandé 16000 car il affirme être passé professeur titulaire de chaire entre temps, j'ai refusé de payer et comme mes enfants devaient se faire consulter en bas, il m'a demandé 5000F pour chacun d'entre eux. Ce qui m'a choqué c'est qu'après avoir payé, je me suis rendu compte qu'il ne se souvenait pas de moi et qu'il n'y avait aucune trace de mon dossier. En fait, il n'y en a jamais eu, cette fois ci j'ai exigé d'en avoir et je suis sûr qu'il se souviendra de moi pendant longtemps. »

A plusieurs reprises, nous l'avons vu aller lui-même dans la salle des soins, assisté d'un garçon de salle, afin de recruter parmi les malades venus en consultations. Il est réputé ne pas faire beaucoup de faveurs, en tous cas pas même à ses collègues hautement gradés, dont un nous a appris qu'après avoir consulté son épouse, il a grandement ouvert son tiroir rempli de billets de banque pour lui faire comprendre qu'il faut passer à la caisse comme tout le monde. Les pratiques des chefs ouvrent la voie à d'autres permissivités du personnel d'appoint. Ce garçon de salle et homme de confiance du médecin nous a avoué qu'il procède à des opérations de circoncision dans l'hôpital sous la couverture de son protecteur. Nous l'avons observé entrain de prodiguer des soins en l'absence des infirmiers occupés par leur sit-in. Sa dévotion au professeur adjoint lui vaut d'être protégé par ce dernier en cas de problème. Quant aux étudiants, en plus de rentrer dans les bonnes grâces de leurs formateurs, ils bénéficient de la délégation de certains soins, de la signature de certificat de visite et contre visite et de certificats médicaux. Les patients opérés à titre privé par le senior sont confiés à ces étudiants qui leur prodiguent des soins payants à domicile.

Pourtant tout cela semble être cautionné par le chef du service. Lui-même dispose d'un domaine réservé, avec ses propres collaborateurs, ils sont à son service plus qu'ils sont au service de la structure. Du reste c'est lui qui les a amenés dans le service, qui les payait avant la réforme et les a aidés pour leur embauche. Le nombre réduit de son réseau ne l'empêche

pas d'abattre un travail considérable au niveau de sa « clinique » comme lui-même le nomme. Il systématise les consultations privées qui ont lieu tout le long de la journée. Même le jour qu'il consacre aux étudiants est entrecoupé par les appels de son manœuvre qui l'interpelle dès que sa salle d'attente se remplit ou qu'un client important se présente. La densité du réseau est accentuée par « sa famille » qu'il dit consulter gratuitement une fois par semaine. Pour nous être mêlés à cette famille, nous nous sommes rendus compte qu'une consultation gratuite pouvait se transformer en consultation privée dès l'instant qu'il jugeait le malade disposant de ressources financières suffisantes pour payer les services attendus. Dans la plupart des cas, c'est en posant des questions sur les consultations antérieures, qu'il sort du lot ceux qui sont déjà allés en clinique privée et qui sont capables de supporter sa facture comme il nous l'a dit lui-même : « vous voulez que je vous soigne gratuitement alors que vous avez pu payer 20000frs en clinique à un de mes anciens élèves, moi je ne demande que 16.000frs alors payez les ou je vous mets en rapport avec ma secrétaire et vous lui paierez plus tard ».

Contrairement à son adjoint, il ne met à profit ses étudiants que lorsqu'il faut, par exemple, procéder à des analyses pour ses clients privés qui ne peuvent pas attendre. Dans ces cas là, un simple coup de fil à l'un d'eux suffit pour que le patient voit ses analyses faites en quelques minutes là où le patient « normal » attendra au moins un mois.

Réseaux des interventions chirurgicales

Dans le cadre des interventions chirurgicales, le besoin spécifique à satisfaire pour les internes et les CES (étudiants qui font leur spécialisation) c'est de « se faire la main ». Ces derniers assistent aux opérations que font les seniors mais n'interviennent pas directement lors de l'acte. Ici ce qui est contourné ce sont les programmations officielles faites par le staff (professeurs, assistants, internes). Les parties prenantes sont :

- Les CES ou internes qui se chargent de faire l'intervention chirurgicale. Selon eux, les conditions dans lesquelles ils travaillent et sont formés ne leur sont pas favorables. Il existe différentes entraves à leur formation liées à un « déficit de collaboration avec les seniors ». Cependant selon les dire d'un interne : « (ils) ne peuvent pas revendiquer parce qu'ils veulent avancer dans l'échelle sociale et ont peur que des conflits ouverts avec leurs formateurs ne les en empêchent ». Leur seul moyen pour améliorer leur condition est d'une part « la négociation » avec les seniors. Cela signifie de bien se faire voir par ces derniers et de tout faire pour se faire apprécier et s'assurer leur « protection ». L'autre voie est celle de la corruption. Selon un interne « la corruption est généralisée dans la structure et elle est même salubre, c'est à dire qu'elle aide certaines personnes à s'en sortir ».

- Les infirmiers du bloc : ceux-ci contrôlent complètement leur espace de travail. Ils sont les premiers à entrer au bloc et les derniers à en sortir.

- Les malades : ce sont des individus qui souffrent d'une affection légère (comme les kystes par exemple) mais puisqu'il y a des cas plus urgents qu'eux, leur programmation officielle les met dans une situation d'attente qui peut durer des mois. Ils n'hésitent donc pas à payer plus pour être traités rapidement.

Les médiateurs dans ces réseaux peuvent être des internes ou des CES d'autres services, des amis médecins extérieurs à la structure, des malades qui ont déjà bénéficié des services de ceux qui pratiquent cette activité. Quand le malade est mis en rapport avec « le chirurgien junior », celui-ci lui fixe les conditions et le montant à payer et l'oriente chez l'infirmier major du bloc. Ce dernier encaisse l'argent, fixe la date de l'intervention (aux heures où il est sûr que le bloc est libre de toutes activités). Le jour venu il prépare tout le matériel nécessaire

au déroulement de l'opération. Après l'intervention l'infirmier donne leur part aux chirurgiens et aux infirmiers présents. Cette pratique concerne les interventions pour lesquelles le malade n'a pas besoin d'être hospitalisé. Les soins post-opératoires étant fait à domicile par l'infirmier ou quelques fois même dans la salle de pansement de la structure. C'est cela qui assure la pérennité de la pratique car dans ces cas, les seniors ne sont pas mis au courant. Mais ils savent par les rumeurs que de telles pratiques existent mais n'ont aucune preuve matérielle et puisque le risque d'accident est rare : pour ces interventions ils « ferment les yeux ».

Stratégie de survie des internes : Amplification des pathologies

Même s'ils se disent mieux bien lotis que leurs camarades CES, les internes n'en sont pas moins, pour la plupart organisés en réseaux. Leurs pratiques qu'ils qualifient de « pour *génnci* » (s'en sortir) se comprennent dans la mesure où la majorité vit largement au-dessus de leurs bourses et autres allocations. Ils évoluent tous selon un standing hautement élevé (voiture, matériel électroménager bien fournis chez eux). Ils n'ont pas besoin de se faire passer pour de simples boursiers. Ils ont déjà le privilège d'être médecins et occupent certaines responsabilités dans les services. Ces responsabilités ne sont pas administratives mais sont surtout techniques. Non seulement ils procèdent à des renvois d'ascenseurs entre spécialistes, mais ils s'organisent pour procéder entre spécialités compatibles à des interventions chirurgicales à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure. Certains qu'on dit « gourmands » vont jusqu'à assumer seuls une intervention nécessitant la participation de plusieurs autres spécialistes juste dans le but de ne pas partager les ressources. Ainsi donc une seule personne assure les rôles de l'anesthésiste, du préparateur, de l'instrumentiste et toute autre personne prenant part à une intervention chirurgicale. L'innovation majeure de certains d'entre eux est qu'en période de vache maigre, ils trient parmi les patients de la consultation, ceux qui semblent avoir les moyens de supporter les frais d'une intervention chirurgicale ou les plus angoissés qui en sont à plus d'une consultation sans pour autant souffrir d'une grave pathologie. A ces candidats, ils font passer plusieurs examens afin de pouvoir amplifier la pathologie, la dramatiser afin d'installer le malade dans la tourmente en vue de le contraindre à « coopérer » ; ils le convainquent de l'imminence de l'opération. Le malade va ainsi donner une contrepartie financière substantielle, proportionnelle à la gravité déclarée de la maladie.

Pourtant cette pratique n'est pas appliquée à tout le monde comme nous l'explique l'un d'eux « Nous avons nos stratégies pour survivre mais nos pratiques ne peuvent pas s'appliquer à tout le monde. Il nous arrive de recevoir des malades qui ne souffrent pas de grand chose et qui tiennent à ce qu'on les garde en hospitalisation, il arrive même qu'ils nous fassent clairement comprendre qu'ils ont ce qu'il faut pour se soigner. Dans des cas pareils, selon qu'on soit fauché ou pas, on peut conforter le malade dans ses croyances ou pire lui faire croire que c'est encore plus grave qu'il ne croit. Alors nous l'ouvrons et le refermons sans aucun risque de le tuer et encaissons l'argent de l'intervention et du suivi ». Ces derniers souvent soulagés d'être pris en charge de façon aussi rapide n'hésitent pas à donner la somme demandée. C'est alors qu'en collaboration avec un ou deux de leurs camarades, ils « ouvrent le malade » de façon superficielle et pas dangereuse, et le gardent en observation quelques heures ou quelques jours souvent selon la pathologie et la somme encaissée.

La particularité de ces interventions c'est qu'elles sont souvent effectuées en parallèle de celles programmées par les seniors. D'autre part, ils ont le droit de pratiquer un certain type d'interventions et c'est dans ce registre qu'ils placent les amplifications. Tromper un malade en confiance sur la nature et la gravité de sa maladie n'est pas trop compliqué pour un

spécialise maîtrisant parfaitement sa discipline devant un profane. Pourtant ces étudiants ont pour la plupart lors de nos entretiens déploré l'attitude de leurs patrons et formateurs qu'ils accusent de faire du « kolobaan » à tout bout de champ. Ils ne se rendent même pas compte qu'ils sont entrain d'aller dans la même direction que leurs seniors et quand on attire l'attention sur ce fait ils répondent : « on sait déjà à ce niveau qui sera corrompu et qui ne le sera pas, pour l'instant nous procédons à des débrouilles d'étudiants dépourvus de moyens ». Leur acte n'est donc pas perçu comme de la « corruption » mais plutôt comme de la débrouille logique, presque obligatoire, bref, un passage logique dans le cadre de leur formation pratique de futurs responsables dans le domaine de la santé.

Echanges parallèles de services entre Direction et service de soins infirmiers

Avec la réforme qui pose le principe de la centralisation de l'administration et de la gestion, les chefs de service ont perdu une bonne partie de leur pouvoir. Il s'est installé dès lors une situation de conflit entre l'administration de façon générale et le personnel médical (professeurs et médecins). Dans ce contexte le personnel administratif a mis en place un réseau pour accéder aux soins pour leur propre compte ou pour celui de leurs proches. Ce réseau leur permet de contourner la résistance ou le refus du personnel médical en passant par le canal du chef du service des soins infirmiers. Le dit chef dépend de l'administration qui le pourvoit régulièrement et à titre personnel en bon de carburant. Le chef du service des soins infirmiers est également chargé de l'organisation et de l'évaluation des soins ainsi que de la formation et du recyclage du personnel soignant. Voilà pourquoi il est sollicité par l'administration pour bénéficier d'actes médicaux et il fait en même temps l'objet de convoitise de la part des chefs de service qui se trouvent obligés de passer par lui pour relever le profil de leurs agents par le biais des programmes de formation.

Par sa position stratégique il joue un rôle de médiateur entre l'administration et le personnel médical qui a souvent recours à lui pour la formation ou le recyclage de ses agents. Cette pratique est relativement systématisée depuis l'avènement de la réforme. On assiste donc à des situations où des patients recommandés à des éléments de la direction sont conduits par le chargé de la communication chez le chef du service des soins infirmiers, qui à son tour désigne un travailleur de son service qui les accompagne vers les structures médicales. Le chargé de la communication dépend, du point de vue des principes réglementaires, du directeur dont il est le conseiller en matière de communication interne. Il est, sous ce rapport, placé sous la tutelle de la direction qui en fait imprime une orientation donnée à ses activités. Les patients recommandés voient leurs noms inscrits sur la liste de ceux qui doivent être consultés à la suite des malades qui sont régulièrement passés par les collecteurs. Mais dans tous ces cas, il n'a été observé une quelconque contrepartie financière versée par les patients bénéficiaires à l'un ou l'autre élément du circuit. Les relations de voisinage, de parentés ou d'amitiés sont plutôt mises en relief.

L'accès aux ressources par les affinités syndicales

Il existe un réseau dont les parties prenantes sont des éléments du syndicat qui s'adonnent à l'établissement de bilan de santé à l'intérieur de l'hôpital et en dehors des heures de service. Le réseau est composé d'infirmiers officiant dans des services différents. Chaque élément du réseau recrute ses clients (en raison de 9000 f par bilan établi) les achemine vers les services où ils sont consultés tous les jours ouvrables avant 9 heures et après 17 heures. Ce sont ces infirmiers eux-mêmes qui font ces bilans à la place des professeurs ou des médecins. L'argent perçu est redistribué aux différents éléments du réseau proportionnellement à leur niveau d'implication. On a observé un infirmier syndiqué travaillant en même temps dans un

établissement scolaire privé recruter des clients et leur faire bénéficier de bilans de santé à 9000 f. L'infirmier dispose d'un bureau au niveau de l'établissement, bureau qu'il occupe trois jours dans la semaine à partir de onze heures. Il opère une petite enquête auprès des élèves sollicitant des soins pour avoir une idée relativement exacte des ressources financières dont ils peuvent disposer conformément à la situation socio- professionnelle de leurs parents. Les premiers éléments du bilan sont effectués au niveau de l'établissement scolaire : mise en place de la fiche individuelle, vérification du battement cardiaque et de la tension, mesure de la taille et du poids. Les candidats versent alors l'argent et reçoivent leurs fiches ainsi que le reçu qu'ils auront à présenter à un élément du réseau (celui qui est de garde à l'hôpital) qui est chargé d'effectuer le complément du bilan : prise de sang et radio notamment. Une telle pratique se réalise à une grande échelle compte tenu du nombre d'élèves et d'enseignants qui font l'objet d'un recrutement massif de la part du dit infirmier. Les sommes versées ne sont pas inscrites dans le fichier comptable de l'hôpital et les usagers concernés par cette pratique ne sont pas pris en compte par les statistiques de la structure sanitaire.

Le réseau des cas sociaux

L'assistant social gère ce volet : il s'agit de consentir à des indigents des exonérations sur les consultations et les analyses ; des dons en médicaments ou des réductions. C'est dans la sélection et la présentation des cas sociaux que les membres du personnel glissent leurs propres clients et protégés. Ainsi certains patients payent les frais d'analyse ou d'hospitalisation et sont présentés, à leur insu, comme cas sociaux avec la complicité du major. A chaque fois qu'un cas leur est soumis, ils sautent sur l'occasion pour glisser d'autres cas « fictifs ». Ces cas sociaux deviennent alors *des « kaa sosisyo »*. Le recours aux cas sociaux est plus abusif dans les structures hospitalières. Le système d'assistance des personnes démunies est complètement perverti au profit des connaissances et des parents. Le personnel de l'hôpital qui est au courant de l'existence de ce recours pour bénéficier de la gratuité présente leurs protégés comme étant des cas sociaux. Le service social qui aurait du mener des enquêtes sociales avant de déclarer que telle personne nécessite une aide ne dispose pas de moyens de transport. C'est pourquoi les assistants sociaux se contentent des minis entretiens avec les malades avant de donner leurs avis favorables.

Le directeur de la structure de santé s'appuie sur les assistants sociaux pour permettre à ces nombreux parents et connaissances qui le sollicitent de bénéficier de la gratuité ou de la réduction. Les médecins et le reste du personnel profitent de cette rubrique des cas sociaux. Si le personnel médical utilise ce créneau pour ne pas faire payer une connaissance ou un protégé, le petit personnel l'utilise pour arrondir les fins du mois. Il arrive que le garçon de salle ou la fille de salle intercepte un malade pour lui demander de lui donner son dossier afin qu'il ou elle puisse l'aider. Si l'opération chirurgicale coûte 40000 francs, il négocie avec l'assistant pour avoir une réduction à défaut d'une gratuité sous le prétexte qu'il s'agit d'un parent venu du village sans moyen. Avec cette réduction du service social le garçon ou la fille de salle demandera au malade de lui verser l'argent au complet et qu'il l'aidera avec ses connaissances pour raccourcir la date de l'opération. C'est ainsi qu'il peut gagner une somme importante de l'ordre de 10 à 30000 Frs.

Le réseau de déviance des malades pour les consultations privées

Nous avons pu identifier plusieurs sortes de réseaux pour dévier les malades soit pour leur propres comptes soit pour le compte d'une clinique. En dehors du fait que le professeur chef de service a des relais qui lui permettent de faire le tri dans la salle d'attente parmi les malades susceptibles de pouvoir payer une consultation privée, les autres médecins aussi et

assistants du professeur cherchent des clients pour eux-mêmes. Ils tissent des relations parmi le personnel d'appoint (infirmiers, aide, brancardiers, garçons et fille de salle) pour constituer des réseaux afin de mener des affaires sans réveiller les suspicions du chef. Si les conditions ne sont pas favorables pour l'exécution de quelques affaires louches sur place, le médecin ou l'assistant du professeur accompagne le malade dans une clinique où il exerce à ces heures de repos. Certaines cliniques aussi ont instauré des pratiques qui favorisent la corruption. Elles demandent aux médecins, aux gynécologues, etc. de leur orienter des malades pour leur différents examens à faire moyennant des ristournes. C'est ainsi que selon une gynécologue qui prépare son CES, « chaque fois que j'envoie un malade faire l'échographie, je lui donne l'adresse de mes collaborateurs. Je dis aux malades que l'échographie de tel endroit est plus précise. A chaque fin de mois, je passe prendre mes services».

Le réseau pour les maures

Un médecin chef a organisé un vaste et nébuleux réseau pour contrôler le flux de maures qui viennent pour des consultations de sa spécialité. Le reste du personnel médical qui ne comprend pas parle dans l'insouciance, « des maures du chef ». Mais en fait il fait seulement semblant que les Maures l' « envahissent ». Mais en fait c'est pour mieux cacher sa pratique. Les maures qui viennent de l'autre rive du fleuve viennent directement chez lui. Le temps de leur séjour ils restent chez lui. Ils font leurs consultations et examens avant de subir une opération. Ils n'achètent aucun ticket. Ils traitent directement avec le médecin. Ils sont généralement des gens très riches. Comme ils logent chez le médecin on les confond avec les amis du chef. Le comité de santé ne peut rien contre ces pratiques du chef hors contrôle. Seul son collaborateur peut déceler les manigances du chef spécialiste.

Un autre groupe est celui des maures noirs : ils viennent aussi dans d'un pays voisin. Ils sont moins riches. Ils passent par le cousin du chef employé comme balayeur dans le bloc. Il sert d'intermédiaire au chef qui a instauré une vente parallèle de tickets pour ses propres consultations. Le ticket qui s'élève à 25000 F est au même prix que le ticket du comité de santé. Les Maures et les clients innocents sont la cible des tickets parallèles. Les malades se croient dans le circuit normal.

Le réseau entretenu par les chefs des structures de santé et le comité de santé

Dans certains centres de santé le médecin chef collabore étroitement avec le président et le trésorier du comité de santé pour pouvoir mener des actions illégales sous le dos de la structure. Le reste du comité de santé ne pouvant rien contrôler, le trio arrive à faire des affaires insoupçonnables. Il en est de même de certaines relations entre les infirmiers et le président de son comité de santé.

Conclusion : les réseaux, ressorts de pratiques corruptives

Selon nos observations dans les structures de santé enquêtées, les réseaux en œuvre comme ressorts aux pratiques corruptives sont de type égocentré, organisés en fonction de la position centrale d'un détenteur de pouvoir médical (professeur, médecin chef, interne, major, etc.) ou d'un pouvoir administratif (directeur, gestionnaire). C'est en fait plusieurs segments de réseaux fonctionnant sans lien et en toute autonomie. Leur diversité suffit pour couvrir une densité grande, occupant du coup des constellations d'acteurs. Les liens sont quant à eux de type asymétrique que Vincent Lemieux (2000 :8) définit comme étant « un lien contrôlé de façon unilatérale par un des deux acteurs en relations ». En eux-mêmes, ces réseaux ne sont pas étendus dans leur singularité. C'est leur manque d'élasticité qui en donne la configuration d'un segment de réseau qu'un réseau complet avec ses complexités et connexions

multiformes. Ils s'apparentent du reste à des « cliques » organisées autour d'une personne centrale qui préserve ses intérêts via ses affidés, tel un rentier agissant sur le court terme.

A la différence des caractéristiques propres des réseaux faits d'ouverture et rythmés par les innovations qui en assurent le renouvellement, les cliques qui s'organisent dans les hôpitaux et centres de santé, dans le public comme dans le privé, usent de modes d'actions inachevés, clos sur eux-mêmes, bâtis sur le court circuit des règles sans anticiper cependant sur le modèle alternatif. Ils installent en revanche de l'inertie en créant divers territoires hors normes qui échappent à la règle le temps que le détenteur de pouvoir repousse loin de sa sphère le mode de contrôle et d'évaluation. Ils reposent sur l'archétype de modèle guerrier d'organisation plaçant le chef ou ses délégataires hors contrôle. Ils segmentent les zones de pouvoir car le bénéficiaire de la rente se contente de surveiller les seules sphères d'action en rapport avec ses intérêts, laissant le soin à d'autres d'exercer le pouvoir abusif sur d'autres espaces et interstices.

Les réseaux observés durant notre enquête peuvent se résumer dans trois catégories de camouflage. D'emblée, il faut relever les acteurs qui agissent selon les espaces interstitiels de pouvoir par leur position donnant accès au contrôle sur des supports de travail ou le contact direct avec des patients et leur programmation. Ceux qui cherchent à se faire la main subrepticement dans le cas du réseau d'intervention chirurgicale en est un bon exemple. En second lieu, s'imposent les pratiques de confinement des agissements dans des espaces hors contrôle et réservés à des types de professionnels comme c'est le cas d'étudiants en formation de spécialisation, d'interne, de major de service. Dans le cas de ce que nous avons appelé l'amplification des pathologies consistant à exagérer le diagnostic d'un état de santé pour se donner l'opportunité de poser un acte chirurgical contre rétribution, la manipulation jusqu'au cynisme l'ignorance des malades grâce au pouvoir d'expert. Un autre exemple est celui du marché fictif comme antichambre pour de futurs contrats comme dans le cas du teg teggi.

Enfin, et non des moindres, ce sont les subterfuges, la dissimulation, la voie des circuits souterrains, le recours à des prétextes de liens de proximité pour contourner des règles et préserver ses rentes de situation. Les exemples se chevauchent de références à des liens privilégiés d'appartenance à des groupes de pression (syndicat par exemple) qui couvrent des pratiques parallèles d'extorsion de ressources. On peut y ajouter les passes-droit au profit de l'entretien de liens symboliques de parenté, d'amitiés, d'alliance, etc. Au total, l'espace de santé est un espace de pouvoir. Il est traversé par les mêmes ressorts que les autres réseaux d'autres domaines de la vie sociale.

Dans le cadre de la présente étude, l'appréhension du cadre juridique des marchés publics est, certes, indispensable. La question à laquelle il convient de répondre est celle de savoir qu'elle est la réglementation des marchés publics conclus par les établissements publics de Santé ? La réponse à cette question devrait permettre d'apprécier la pratique suivie par les acheteurs publics dans le secteur de la Santé. Mais, dans la mesure où les règles de passation des marchés obéissent à des principes prévus par le droit commun de la commande publique, il convient de présenter, dans le cadre juridique, les règles générales avant de voir celles qui sont spécifiques au secteur de la Santé. Mais au-delà de cette réglementation il y a lieu de s'attacher à la pratique ; c'est-à-dire à l'application des textes dans le secteur de la santé, pour apprécier l'effectivité des garanties de transparence du processus des commandes publiques et de bonne utilisation des deniers publics.

Le cadre juridique de la passation des marchés

L'importance et la sensibilité dans l'économie de la commande publique justifient qu'elle s'appuie sur un corps de règles claires, compréhensibles et reconnues par tous. A défaut, le processus pourrait, à cause de sa complexité et des intérêts en jeu, se retrouver dans une opacité susceptible de faciliter des pratiques qui, de manière délibérée ou non, se trouvent en marge de la légalité. D'où l'intérêt d'un bon cadre juridique et institutionnel dont les bases se retrouvaient déjà dans le code de 1982, amélioré par celui de 2002. Malgré tout, il subsiste encore des insuffisances qui pourraient donner lieu à des possibilités de révision. Le droit actuel de la commande publique repose sur un support législatif et des textes à caractère réglementaire (décrets, circulaires, ...). C'est un cadre juridique modernisé par la dernière réforme de 2002 mais qui laisse encore peser des risques quant à la sécurisation du processus. Une rapide présentation des caractéristiques générales n'est pas superflue avant de voir que, dans le secteur de la santé, il n'existe pas de spécificités importantes.

Caractéristiques générales

Les Marchés Publics sont des contrats administratifs et, en tant que tels, ils sont soumis au Code des Obligations de l'Administration (COA) émanant de la loi n° 65-51 du 19 juillet 1965 (J.O.R.S 1965 p. 945). Ce Code renferme les dispositions générales applicables à tous les contrats : les autorisations préalables (des crédits budgétaires suffisants, autorisations administratives), les modes de conclusion des contrats administratifs avec l'affirmation du principe de l'adjudication (art 24) la possibilité du recours aux marchés sur appel d'offres (art 35), aux marchés de gré à gré (art 36) et aux marchés sur factures et mémoires (art 37). C'est par application de l'article 23 de ce Code des Obligations de l'Administration qui dispose « Les personnes administratives choisissent librement les modes de conclusion de leurs contrats sauf dans les cas où des dispositions législatives ou réglementaires imposent des procédures particulières », que le Sénégal a toujours organisé les marchés publics par la voie réglementaire.

Le dernier en date de ces textes à caractère réglementaire est le décret n° 2002-550 du 30 mai 2002 portant Code des Marchés Publics et qui a abrogé le décret n° 82-690 du 7 septembre 1982 (ancien Code des Marchés Publics). A ce décret n° 2002-550, il faut ajouter d'autres textes qui sont destinés à compléter utilement l'environnement juridique et institutionnel de la passation des marchés.

Il s'agit principalement :

du décret n° 83-856 du 10 août 1983 relatif à la qualification et la classification des entreprises, entrepreneurs et artisans de bâtiments et de travaux publics ;
du décret n° 83-880 du 17 août 1983 portant création d'une Commission Nationale de Qualification et de Classification des entreprises, entrepreneurs et artisans de bâtiments et de travaux publics ;
et des Arrêtés d'application (3 juillet 1986 et 15 mai 2002). Toutefois, dans une période récente, les autorités ont été amenées à prendre une réglementation dérogatoire au Code des Marchés Publics pour faciliter la mise en œuvre de projets ou de programmes particuliers.

C'est le cas notamment :

des décret n° 97-632 du 18 juin 1997 relatif au PCRPE ;
des Agences d'exécution (APIX, AATR, AGETIP...) à la nature juridique incertaine ;
et des Circulaires n° 05153 PM/SGG/SP du 23/09/02 du Premier Ministre destinées à favoriser l'accès des PME/PMI aux marchés publics.

Réglementation spécifique au secteur de la santé

Les marchés publics dans le secteur de la santé sont régis par la réglementation en vigueur. C'est en effet l'article 12 de la loi n° 98-12 du 2 mars 1998 (JORS n° 5794 du 4 avril 1998, p.217) relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé qui le prévoit en ces termes : « Les règles de passation des marchés conclus par les établissements publics de santé sont fixées conformément à la réglementation en vigueur ». Ces établissements publics « disposent d'un manuel de procédure élaboré conjointement par le ministère chargé des finances et le ministère chargé de la Santé » (art. 21 du décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de Santé, JORS du 12 septembre 1998, p.567. Il apparaît ainsi que le droit de la commande publique dans ce secteur ne présente pas de différences majeures. Les textes précité renvoient au droit commun. Au surplus, le nouveau Code des marchés publics ayant supprimés les dispositions dérogatoires, il constitue le seul ensemble de dispositions applicables aux établissements publics de santé. Dès lors, les organes de contrôle prévus par le Code sont également compétents pour vérifier la régularité du processus de la commande publique dans les établissements publics de Santé.

Mais le décret n° 98-702 précité prévoit, en plus de ces organes, l'intervention du contrôle financier qui « veiller au respect par l'établissement de la réglementation qui lui est applicable et en particulier celle relative aux marchés, à la réforme et aux ventes du matériel et des matières en stock » (art. 24, al.2 du décret n° 98-702). Le processus de passation des marchés publics comprend cependant des organes dont le rôle est important. Il en est ainsi des commissions chargées « de l'ouverture des plis, de la désignation éventuelle d'un comité technique d'étude et d'évaluation des offres et de l'adjudication provisoire ». L'article 208 du Code des marchés publics institue dans chaque établissement public une commission composée comme suit :

- trois représentants de l'autorité contractante dont le président et un représentant du service utilisateur ;
- un représentant du Ministre chargé des Finances ayant voix délibérative et un représentant du Contrôleur financier ayant voix consultative et dont mention de ses observations ou défaut d'observation doit être portée sur le procès-verbal des délibérations.

Pour les marchés de la compétence des commissions régionales des contrats de l'Administration, les plis sont ouverts par une commission des marchés comprenant :

- un représentant du gouverneur de région ;
- deux représentants de l'autorité contractante ;
- un représentant du Conseil régional ;
- un représentant du Ministre chargé des Finances.

Il faut remarquer que les membres de commissions régionales sont désignés par arrêté du gouverneur (art.235 du Code des marchés publics). Le contrôle exercé est renforcé par l'intervention de commissaires aux comptes nommés par le Conseil d'Administration, pour une durée couvrant trois exercices, conformément « aux règles prévues par le Code des obligations civiles et commerciales, et aux textes pris pour son application ». Il faut remarquer que l'entrée en vigueur de l'Acte Uniforme sur les sociétés commerciales, depuis 1998, ayant pour conséquence l'abrogation du droit interne, il convient, à ce sujet, de se référer à cet Acte uniforme pour déterminer la mission des commissaires aux comptes.

La pratique de la passation des marchés publics dans le secteur de la santé

Les pratiques de passation de marché ont fait l'objet d'une double observation, d'une part, par les soins de l'enquête sociologique, et, d'autre part, selon le regard juridique. La commission de passation des marchés est composée par les représentants : du conseil régional, de la gouvernance, de l'hôpital, des finances... il existe aussi une commission restreinte dirigée par le directeur de l'hôpital pour évacuer les affaires urgentes dans la structure. Un séjour plus ou moins long auprès de ces différents acteurs nous a permis d'avoir une idée précise des pratiques corruptrices qui peuvent en découler.

Plusieurs cas de pratiques corruptrices ont été répertoriés dont voici certains :

« La taupe »



C'est un animal solitaire et paresseux qui vit la nuit et au crochet de ses semblables. Appliquée à la commission des marchés, la "taupe" est un agent influent dans la commission ; il peut en outre rassembler et donner des renseignements concernant les marchés de l'hôpital à un fournisseur de son choix. L'information en question est relative au prix le moins disant par rapport à l'offre proposée. Le fournisseur muni de cette information est sûr et certain de gagner le marché et donnera en retour une enveloppe substantielle à la "taupe" qui lui a vendu la mèche. Mais il arrive que parfois plusieurs fournisseurs aient les mêmes "taupes" pour un même marché. Dans ce cas, les fournisseurs présentent tous les mêmes offres de prix, donc l'attribution devient impossible. Devant cette situation c'est le directeur par son pouvoir discrétionnaire qui se chargera de régler le différend en octroyant le marché au fournisseur le plus « généreux ». Au total chaque entrepreneur cherche à avoir la "taupe" la plus influente possible (directeur, Agent Comptable Particulier, gouverneur) et sont disposés à y mettre le prix l'essentiel pour eux c'est d'avoir le marché, la manière importe peu.

Le "teg teggi" ou bon payé mais jamais livré

Le "teg teggi" est un terme emprunté au langage de la loterie pour dire qu'on mise tout de suite et on est sûr de toujours gagner. Au niveau de la commission, le phénomène se traduit par le fait que certains responsables (ACP, Service Administratif et Financier (SAF)...) proposent à un fournisseur complice de leur fournir de l'argent liquide contre un bon de commande de produits qui ne sera jamais livré. La somme des produits commandés sera équivalente à la somme liquide donnée par le fournisseur. Ce dernier encaissera 10% de la somme qu'il a amené et les responsables se partageront les 90% restant. En fin de compte, le fournisseur qui a son bon de commandes, plus un bordereau de paiement dans sa poche, se fera payer intégralement au niveau de l'ACP.

A ce rythme, le fournisseur gagne deux fois dans ce jeu de "teg teggi", après avoir empoché ses 10% il va récupérer intégralement la somme liquide déjà avancée. Ce réseau est entretenu par le plus haut responsable de la structure et ses plus fidèles collaborateurs.

Le "dalal jàmm"(Soyez la bienvenue)

C'est un terme wolof utilisé pour accueillir un étranger ou un ami dans la famille ou dans le voisinage en lui souhaitant la bienvenue. Ramené au milieu de la santé, quand un directeur est nouvellement affecté, le processus du "dalal jàmm" est mis en branle dès les premiers jours de sa prise de fonction. Avant que le directeur ne prenne ses marques, son bureau et son logement sont entièrement réfectionnés et meublés par les responsables les plus influents de l'hôpital (ACP, SAF) afin d'entrer dans ses bonnes grâces. Il est clair que le fait de meubler une maison n'est pas prévu dans le budget. Pour arriver à leur fin les initiateurs du projet utilisent le procédé du " teg teggi " décrit plus haut et repris pour maquiller ces magouilles. Un fournisseur complice amène de l'argent équivalent au montant du prix des meubles en question et cet argent est pris par les responsables qui sont dans le coup et qui achètent les meubles chez un menuisier. Le fournisseur complice rentrera dans ces fonds en présentant un vrai bon de produits commandés mais jamais livrés comme dans le "teg teggi". L'intérêt du "dalal jàmm" c'est que le directeur est assis dans un terrain très favorable pour être corrompu, car sachant que ces libéralités dont il fait l'objet ne sont prévues dans aucun texte, donc les responsables (ACP, SAF...) et le fournisseur sont sûrs que le directeur ne "crachera" pas sur ce cadeau, il sera alors à coup sûr dans la « poche ». Ces différents responsables attendent d'être confortés dans leur position d'antan et le fournisseur complice aura la priorité des marchés à venir.

Le "court-circuit"

C'est un terme technique utilisé par les professionnels de l'électricité. Il y a court circuit lorsqu'il y a rupture de la fourniture du courant électrique dans un réseau causée par une panne volontaire ou non pouvant entraîner même un incendie. Il est fréquent qu'un fournisseur soit attributaire d'un marché légalement et soit dessaisi d'une partie du marché au profit d'un autre fournisseur qui accepte de graisser contrairement au premier. Ce procédé ne peut exister qu'avec la complicité de certains responsables de l'hôpital qui créent un "court-circuit", c'est à dire ils soutiennent que le premier fournisseur n'est pas en mesure d'honorer à temps ses engagements donc il doit céder une partie de son marché à un autre fournisseur. En créant ce "court-circuit", le deuxième fournisseur entre en jeu et accepte de graisser ses "bienfaiteurs". Le problème dans ce procédé c'est que le fournisseur attributaire légal du marché n'est au courant de ce deal qu'à la fin de l'exercice en cours quand il constatera que ses livraisons sont en deçà du montant du marché initialement fixé par la commission. Cette différence ne peut exister que parce que certains responsables de la structure ont créé un "court-circuit" permettant à un autre fournisseur plus généreux d'entrer dans le circuit pour fournir le courant en acceptant de récompenser ses complices.

L'abus de pouvoir

Parfois les décisions de la commission de passation des marchés sont "cassées" par l'autorité supérieure de la région pour son intérêt personnel. C'est le cas de deux soumissionnaires pour un marché donné au sein de l'hôpital. Le premier soumissionnaire qui est intègre et honnête propose l'offre la moins disante et gagne en même temps le marché selon l'article 87 du code des marchés publics. La deuxième concurrente qui est la copine de la petite amie de l'autorité supérieure fait une pression sur ce dernier pour qu'il utilise ses prérogatives pour "casser" la décision de la commission des marchés. Pour arriver à ses fins, l'autorité disqualifie la décision de la commission et convoque une autre commission composée de ses plus proches collaborateurs. La première attribution est suspendue par la nouvelle commission au profit de la deuxième soumissionnaire (amie de l'autorité) car cette dernière a proposé l'offre la mieux disante selon les délibérations de la nouvelle commission. Ce procédé est contraire à l'article 87 du code des marchés publics. La nouvelle attributaire de ce marché n'est personne d'autre que la femme du directeur d'un grand centre hospitalier et de surcroît la copine de la petite amie de l'autorité supérieure de la région. Ces cas d'abus de pouvoir font légion dans la commission de passation des marchés, les autorités usent et abusent de leurs pouvoirs à des fins personnelles dans le but de renforcer leur relation personnelle ou leur richesse.

La commission des marchés : une nébuleuse

Les établissements publics de santé, comme tout établissement public, disposent d'une commission des marchés. Cette commission est composée de :

- 1 représentant du gouverneur de région ;
- 2 représentants de l'autorité contractante ;
- 1 représentant du Conseil régional ;
- 1 représentant du Ministre chargé des Finances.

Elle est compétente pour l'ouverture des plis et l'adjudication provisoire. Elle ne peut délibérer que si tous les membres ou suppléants sont présents (art.210 Code des marchés), sauf circonstances particulières et après décision unanime des membres présents.

Par ailleurs, les délibérations sont à huis clos et les débats sont revêtus du secret absolu.

La présence du Directeur de l'établissement dans la commission d'attribution, certes possible sur le plan juridique, est de nature à lui attribuer la décision ; elle apparaît décisive en raison des pouvoirs qu'il exerce dans le fonctionnement de l'hôpital. Le directeur décide souvent de tout, du recrutement comme de l'avancement des agents. Il désigne également les représentants de l'établissement appelés à siéger dans la commission.

Instrumentalisation des commissions d'attribution des marchés

Avant d'évaluer en vue d'attribuer le marché, il faut réceptionner et ouvrir les plis contenant les offres des soumissionnaires. Les conditions de réception et d'ouverture des plis sont bien détaillées dans le code actuel (art 82-83). Tout y est prévu pour respecter les principes d'une concurrence loyale :

- les plis sont enregistrés dans leur ordre d'arrivée sur un registre spécial, déposés dans un lieu précis et doivent rester cachetés jusqu'au moment de leur ouverture ;
- la réception se fait sous la responsabilité d'une personne désignée par l'autorité contractante ;
- l'ouverture se fait en séance publique par la commission des marchés aux dates et heures précisées dans le dossier d'appel d'offres ; à la fin de la séance, il est dressé un procès-verbal signé par tous les membres présents ;
- et, à partir du moment où le procès-verbal de l'ouverture des plis est dressé et signé, les opérations d'évaluation peuvent commencer. *Mais il est fréquent que ce processus ne soit suivi que simplement pour respecter les formes.*

L'instrumentalisation des commissions d'attributions peut en effet prendre plusieurs formes. Il y a une pratique, très usitée du reste, qui consiste à obtenir des informations sur le prix auprès des membres de la commission moyennant une rémunération. Cette pratique est assimilable au délit d'initié.

De nombreux exemples peuvent être cités pour illustrer les formes de contournement de la réglementation.

Corruption des membres de la commission d'attribution

Un fournisseur révèle ainsi qu'il est mis au courant par une personne, qui siège dans la commission, sur les prix les moins disant avant chaque dépouillement. L'information ainsi communiquée, moyennant un paiement en espèce (150 000) ou en nature (ravitaillement), permet au fournisseur de se préparer en conséquence. Il est arrivé dans un marché que tous les fournisseurs ont eu leur informateur ; donc avaient les mêmes renseignements sur les prix à proposer. Les fournisseurs ayant proposé les mêmes prix, il a été clair que cela ne pouvait arriver qu'avec la complicité des membres de la commission⁵⁰. (Source : Rapport d'enquête dans le secteur de la santé).

Les fournisseurs sont d'avis qu'il est hasardeux de faire des offres sans au préalable obtenir des informations, notamment sur les prix. C'est en effet une pratique courante dans la passation des marchés publics. Il ressort des enquêtes qu'il « arrive qu'un fournisseur, après avoir gagné un marché, fasse des cadeaux » aux membres des commissions. Il est en effet généralement admis que le fait de ne pas « remercier » ces membres après l'attribution d'un marché condamne à perdre toute chance ultérieure. La complicité est souvent très grande

⁵⁰ Voir également sur cette question les développements précédents sur « La taupe ».

entre les fournisseurs et les agents chargés de la passation des marchés. Cette complicité atteint parfois les organes de contrôle comme la Commission Nationale des Contrats de l'Administration (CNCA) dont la bienveillance à l'égard des demandes d'autorisation de conclure des marchés de gré à gré est de nature à faire peser des soupçons sur l'efficacité du contrôle exercé par cet organe sur la régularité du processus. Au demeurant, on peut remarquer que le rapport d'audit du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) reste réservé sur la sincérité des autorisations quasi systématiques de la CNCA. Ce qui fait que, dans beaucoup de cas, des marchés ont pu être conclus par entente directe alors qu'ils auraient pu donner lieu à des appels d'offres. C'est le cas du marché attribué à une entreprise dénommée IKAS pour la fourniture de matériel de bureau pour un montant de 25.000.000.

Certains fournisseurs n'existent que de nom, mais parviennent tout de même à gagner des marchés ; c'est eux qui ont souvent plus de chances ! Dans le rapport d'audit du PDIS, il apparaît qu'en ce qui concerne le fournisseur Mouminatou, son « nom n'est pas inscrit au niveau du répertoire national des entreprises, ni au greffe. Cependant, le numéro de registre de commerce correspond à celui de Moustapha Thiam Diaw, inscrit sous le numéro 82 A 2413 et dont l'objet est l'« achats et ventes de marchandises diverses ». Aucune inscription modificative ou complémentaire n'a été portée au registre du commerce. Les liens entre le nom Mouminatou et le titulaire du numéro du registre du commerce ne sont pas établis au vu des informations en notre possession. Si des liens n'existaient pas, cela pourrait signifier que Mouminatou a exercé sous une fausse inscription⁵¹ ».

Présentation de deux offres de prix différentes

Il s'agit ici de la passation du marché cité dans le cas précédent ; c'est donc le prolongement de celui-ci. En effet, le dépouillement reporté à une nouvelle date, les fournisseurs reviennent cette fois avec deux offres financières différentes présentées en deux plis séparés, en violation de la réglementation. Ce qui devait aboutir à un nouveau renvoi du dépouillement. Mis au courant, le gouverneur dissout la commission en demandant au directeur de l'établissement hospitalier de constituer une nouvelle commission d'attribution. La nouvelle commission créée sera présidée par le directeur lui-même et le marché finalement attribué au fournisseur qui a su proposer aux membres les plus influents un ravitaillement complet pour chaque mois. (Source : Rapport d'enquête précité).

Ces exemples de dysfonctionnements des commissions d'attribution des marchés sont typiques de l'instrumentalisation des structures intervenant dans le processus de passation des marchés. L'appel d'offres, dans ces cas, aurait dû être repris.

Mise en place d'une « commission d'urgence ».

Il existe dans certains établissements de santé, « une commission restreinte » dirigée par le directeur et compétente pour les « affaires urgentes » de l'hôpital. La mise en place d'une commission restreinte est une violation des dispositions régissant les marchés publics. Comme il a été souligné, il ne peut y avoir une commission chargée « d'évacuer les affaires urgentes ». La notion d'affaires urgentes est, certes, prévue par le Code des marchés. Mais elle s'applique plutôt à la procédure de l'appel d'offres. Cette procédure exige en effet la publication de l'avis d'appel d'offres au moins trente jours avant la date fixée pour la réception des offres. Il ne peut en être autrement qu'en cas d'urgence.

⁵¹ Rapport d'audit réalisé par le Cabinet FIDECA sur le PDIS, p.15.

Aux termes de l'article 50 du Code des marchés, « Sont notamment considérés comme cas d'urgence :

- les avis déclarés infructueux ;
- la défaillance de l'attributaire ;
- les cas de force majeure. »

Au demeurant, les cas d'urgence ainsi prévus constituent des dérogations aux principes posés. C'est en ce sens qu'il est prévu la possibilité de conclure des marchés de gré à gré, encore appelés marchés par entente directe. Les enquêtes de terrains font apparaître une violation flagrante des dispositions du Code, non seulement par la mise en place d'une commission chargée des cas d'urgence, mais également au niveau des règles de tenue des délibérations de la commission.

Violation des règles de tenue de la commission de dépouillement.

Il résulte en effet de l'article 210 précité que la commission ne délibère en principe que si tous les membres sont présents sauf circonstances particulières; or, dans la pratique, la séance démarre si « le quorum est atteint ». La question est de savoir comment est défini un tel quorum, aucune disposition du Code des marchés n'y faisant référence. Cette possibilité de procéder au dépouillement lorsque « le quorum est atteint » permet d'écarter, éventuellement les membres de la commission qui pourraient être gênants. L'article 210 du Code des marchés précise pourtant que « Sauf circonstances particulières et après décision unanime des membres présents, les commissions des marchés ne peuvent délibérer que si tous les membres ou suppléants sont présents. Les membres des commissions d'évaluation ne peuvent se faire représenter ».

Il convient également de souligner que dans certaines régions comme Kaolack il y a survivance de la commission régionale de dépouillement. Cette pratique très surprenante semble, malgré tout, tolérée par les organes de contrôle aussi bien au niveau local que national. En effet, pour l'attribution d'un marché relatif à la fourniture de matériels de quincaillerie et au Nettoyement du Centre Hospitalier régional El Hadji Ibrahima NIASS de Kaolack au titre de la gestion 2003, c'est la commission régionale de dépouillement qui s'est réunie en procédure d'urgence (voir procès-verbal de dépouillement daté du vendredi 03 janvier 2003) en vue d'étudier les prix. L'exposé des motifs du Décret n° 2002-550 du 30 mai 2002 précise qu'il est envisagé « la suppression de la Commission nationale et des commissions régionales de dépouillement par souci de souplesse et de rapidité dans le traitement des offres. A la place, il a été institué une commission des marchés dans chaque département ministériel, établissement public, collectivité locale, société nationale et société anonyme à participation publique majoritaire ». Cette suppression est réalisée par l'article 208 du Code des marchés aux termes duquel « Au niveau de chaque département ministériel, collectivité locale et établissement public est mise en place une commission des marchés chargée de l'ouverture des plis ». Ces dispositions confirment bien que la commission, instituée après l'entrée en vigueur du Code des marchés publics, est illégale. Ce qui est curieux, c'est l'absence de réaction des organes de contrôle alors qu'ils ont été saisis par un fournisseur évincé du processus et qui se considère ainsi lésé.

Dans une première correspondance adressée au Président de la CNCA et datée du 24 mars 2003, il conteste la régularité de l'attribution provisoire du marché à l'entreprise « la bonne affaire ». Certes, il ne s'appuie pas sur l'argument de l'illégalité de la commission qui a

procédé au dépouillement, mais la saisine de la CNCA qui en résulte aurait suffi à cet organe de contrôle de censurer une violation aussi flagrante de la réglementation, d'autant plus que le procès-verbal de dépouillement est annexé à sa lettre. La CNCA n'ayant pas répondu à sa lettre, une seconde correspondance lui sera adressée dont l'objet est ainsi libellé : « Contestation renouvelée de la prise de décision arbitraire de confier le marché de nettoyage du Centre Hospitalier El Hadji Ibrahima Niassé à la Bonne Affaire ». La question est donc de savoir pourquoi une telle commission continue-t-elle d'exister illégalement au vu et au su des autorités administratives ? Est-ce parce que cette commission sert encore les intérêts de personnes qui bénéficient de la bienveillance de certaines autorités, dont le gouverneur ou le directeur de l'hôpital. Le rapport d'enquête note ainsi que « cette situation ne peut être possible que parce qu'il existe un réseau composé des membres de la commission ».

Confusion entre les différents modes de passation des marchés.

En outre, il résulte des cas étudiés que des confusions sont souvent faites entre les différents modes de passation des marchés ; ce qui est source de violation des textes. En effet, les cas d'urgence ne sont prévus par le Code des marchés que dans la procédure de l'appel d'offres. Mais il semble que les acheteurs publics n'hésitent pas à y recourir quelle que soit la procédure mise en œuvre. Il en est de même pour ce qui concerne les critères d'attribution des marchés. Si, en effet, il est concevable que, dans l'appel d'offres, l'attribution puisse se faire au profit du concurrent le mieux disant, il en est autrement pour l'adjudication. Celle-ci se définit comme le mode de passation de marchés publics portant sur des acquisitions de fournitures courantes pour lesquelles le prix demeure le seul critère pour départager les candidats ; l'évaluation des soumissions n'étant pas nécessaire. L'intervention des organes de contrôle aurait permis de lutter contre de telles violations commises à ce stade du processus s'il n'y avait pas également de carences dans leur fonctionnement.

La carence des organes de réception et de contrôle.

Il est souvent institué des cellules de contrôle et de gestion à la place des commissions de contrôle interne prévues par la réglementation (art. 211 du Code). Il en résulte ainsi une violation des dispositions précitées. La cellule interne instituée dans certains établissements ne joue pas correctement son rôle notamment du fait de ses compétences limitées. Certes le Code ne prévoit la création des commissions de réception des marchés que de façon implicite ; ce qui est une lacune de taille. Le problème est cependant entier en ce qui concerne sa composition. Cette lacune est préjudiciable en raison du rôle déterminant dévolu à la réception des produits et services, des prestations fournies par le cocontractant dans l'exécution du marché. Il n'est donc pas surprenant de voir des commissions de réception se résumer à une seule personne ou deux ; et c'est généralement le chef magasinier qui procède à la réception. Il est également fréquent de rencontrer des certificats attestant de la livraison des produits alors qu'aucun produit n'a été réceptionné. En effet, il apparaît dans les enquêtes de terrain que lorsque de telles commissions sont mises en place, elles n'ont pas une composition leur procurant les garanties nécessaires pour émettre un avis et attester de la bonne exécution du marché par le cocontractant de l'administration. Ainsi a-t-on pu noter que, dans un hôpital, la cellule de contrôle de gestion n'est pas représentée dans la commission de réception.

Cette absence de contrôle de l'exécution des marchés facilite les manœuvres sur la procédure. Les surfacturations sont ainsi très fréquentes et atteignent parfois des montants qui doublent

celui du marché⁵². Il faut noter que le manuel de procédure, prévu par le décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de Santé, n'est souvent pas disponible dans tous les établissements de santé. Il existerait un manuel de procédures pour tous les établissements du pays, mais dans ce cas il sera difficilement opérationnel. Ce dysfonctionnement contribue largement à la mise en place de réseaux qui peuvent intervenir même jusque dans le détournement des médicaments et autres produits livrés.

Le problème des certificats médicaux de complaisance et le détournement des produits livrés

La question des certificats médicaux de complaisance n'est aujourd'hui un secret pour personne. On s'accorde en effet pour reconnaître que dans la plupart des établissements de santé, la délivrance des certificats médicaux n'est pas contrôlée. Elle constitue donc un des domaines où se développe la corruption à travers des réseaux d'intermédiation mis en place entre le médecin et les demandeurs. Il n'est dès lors pas surprenant de voir des certificats délivrés sans la présence de l'intéressé. Les fonds ainsi recueillis n'iront certainement pas dans les caisses de l'établissement alors pourtant que lesdits certificats ont été établis avec les moyens fournis et payés par ce dernier. Cette situation est en rapport avec les dysfonctionnements constatés au niveau de la réception des marchés.

Il est certain que le marché dont la réception n'a pas été faite par des personnes habilitées aura toutes les chances d'être détourné de sa destination ; d'où les constats faits par les enquêteurs relativement aux commandes qui servent en réalité les besoins de certains agents.

La Gestion des litiges nés à l'occasion de la passation des marchés.

Le problème majeur de la gestion des conflits liés aux marchés publics réside dans la nature administrative des recours. En effet, tout le processus de passation des marchés est interne à l'administration. Les autorités responsables, les autorités de recours et les organes de contrôle ont partie liée avec l'administration. L'article 188 alinéa 2 donne en effet aux autorités contractantes et aux cocontractants la faculté d'inclure « la conciliation sous forme de médiation de l'autorité supérieure de la personne responsable du marché ». Ce recours administratif est, dans la pratique, perçu comme obligatoire et constitue donc la règle en matière de gestion du contentieux de la passation des marchés.

Dans ces conditions, les intervenants au processus peuvent avoir des « scrupules » à entrer en conflit ouvert avec leurs supérieurs hiérarchiques ou avec ceux qui attribuent et contrôlent les marchés. Il est presque certain que les recours ainsi organisés n'ont aucune chance d'aboutir (dou moudji fénne ; dit-on). L'administration est en effet, dans ces litiges, juge et partie. C'est le cas pour le marché dans lequel le gouverneur au courant des irrégularités commises dans la passation, s'en remet simplement au directeur à qui il est demandé de mettre en place une nouvelle commission. Les fournisseurs évincés auront tenté plusieurs sans suite.

Les causes de cette situation sont à trouver dans le choix consistant à confier à l'administration, et à elle seule, la gestion de la totalité du processus de passation des marchés. C'est logique au regard de notre organisation administrative centralisée et hiérarchisée. Mais devant les exigences actuelles de bonne gouvernance, les acteurs économiques et sociaux ont besoin de sécurité quand ils utilisent les moyens juridiques pour

⁵² Voir à titre d'exemple, le rapport du PDIS.

faire respecter les règles de la transparence et de l'équité. Par ailleurs, le substrat culturel sénégalais n'est pas favorable à l'application pleine et entière de dispositions contractuelles et législatives contraignantes. En lieu et place, les acteurs préfèrent l'arrangement ou le « maslaa » qui permettent d'éviter les conflits ouverts et préserve les possibilités futures de contracter.

Conclusion

L'analyse diagnostique du système de passation des marchés publics dans le secteur de la santé a ainsi permis d'arriver à des résultats intéressants. Elle a d'abord permis de mettre en exergue les insuffisances qui subsistent dans le cadre juridique et institutionnel régissant les marchés publics, malgré le récent toilettage des textes. Ainsi a-t-il été possible de constater l'absence d'une réglementation relative aux commissions de réception. Elle a ensuite permis de mettre en exergue les faiblesses qui doivent être corrigées, compte tenu des pratiques observées et des différentes phases de la commande publique. Enfin, l'objectif de transparence et de lutte contre la corruption qui sous tend la réglementation des marchés publics, et dont le renforcement a été le souci du nouveau code des marchés publics, n'est pas réalisé. Les pratiques suivies s'écartent souvent des textes d'une gravité telle qu'elles confirment certainement que les marchés publics dans le secteur de la santé demeurent bien un haut lieu de corruption.

CONCLUSIONS GENERALES ET RECOMMANDATIONS

Ainsi donc au terme de nos investigations, nous aboutissons à la conclusion que les pratiques corruptrices, suivant des proportions et des modes d'expression différents, sont présentes dans toutes les structures sanitaires investiguées. Elles sont facilitées par les systèmes de gouvernance en vigueur mais aussi par les valeurs sociales qui favorisent le compromis, la concession, la tolérance sans seuil dans certains domaines, et en particulier dans celui de la santé (la santé n'a pas de prix dit-on communément). Elles s'effectuent à travers des réseaux très complexes et arpentent des circuits, dans bien des cas, si sinueux que seule une recherche en profondeur qui prend les postures d'une enquête policière, peut permettre d'appréhender. Ainsi que nous l'avons déjà affirmé, la corruption n'est pas un acte individuel, elle est l'œuvre de plusieurs acteurs qui nous nouent leurs pratiques autour de la communauté des intérêts poursuivis.

C'est justement à ces différents niveaux qu'il convient d'agir pour sinon éradiquer de telles pratiques du moins les atténuer :

Une bonne éducation à la citoyenneté qui peut passer par un module d'éducation civique inscrit dans le programme de formation des différentes catégories professionnelles avant leur insertion dans les structures sanitaires. Un tel module devra être particulièrement valorisé pour imprégner les agents de service de santé de valeur propice à l'attachement à la vertu et à l'équité dans l'exercice de leur mission.

La mise en place d'une cellule autonome chargé du recrutement du personnel officiant dans les structures de santé. Bien entendu cette cellule évalue les besoins en personnel des structures de santé et effectue les recrutements sur la base d'un examen rigoureux des dossiers de candidatures. Une telle procédure permet d'éviter les recrutements abusifs qui favorisent la constitution de pôles au sein des structures, pôles qui induisent des dysfonctionnements managériaux et corrélativement des pratiques corruptrices. Un exercice plus souple de l'autorité qui se traduit par une diminution du pouvoir et des prérogatives de la direction des hôpitaux. La forte centralisation du pouvoir génère le développement de groupe d'intérêt et de stratégies non institutionnelles en vue de contourner les normes pour accéder par des raccourcis aux espaces de pouvoir ou pour s'accaparer des ressources. La mise en place d'une structure plus souple et plus simple permettrait de fédérer les activités des différentes spécialités existantes qui dès lors retrouvent une relative autonomie nécessaire à la réalisation plus conséquente et plus responsable de leurs missions respectives. Le relèvement au plan quantitatif et qualitatif de l'offre en soins sanitaires ainsi que sa décentralisation pour éviter d'exposer les usagers à un désarroi supplémentaire pouvant les conduire à arpenter des pistes non officielles pour accéder aux services.

La négociation de référentiels sous forme de protocole de travail explicite qui organise le fonctionnement type de l'espace des services médicaux. Il s'agit à la fois d'impliquer les acteurs de l'espace médical à l'élaboration de principes fonctionnant comme un corpus normatif qui sous tend l'exercice des compétences et des responsabilités et de rendre lisibles les normes et leur mode d'application. Ce qui permet d'éviter la forte centralisation du pouvoir au niveau du territoire de la direction en particulier et de celui de l'administration en général,

La proposition de contenus de formation développant des aptitudes qui préparent les futurs professionnels à adopter des conduites suffisamment critiques et respectueuses des exigences déontologiques pour faire face aux dysfonctionnements organisationnels ainsi qu'à la culture qui les sous tend. S'il est vrai que les pratiques corruptives ainsi que toutes les failles managériales sont tolérées ou, à la limite, encouragées par la culture organisationnelle, il apparaît bien indiqué de doter les professionnels de la santé de ressources éthiques consistantes en vue d'élargir les cercles vertueux et de résister à l'épreuve de la routine.

L'option pour le travail en réseaux de la part des professionnels de la santé de manière à appliquer les règles de subsidiarité. Il s'agit d'en arriver à un mode d'organisation du service qui fait des tâches relatives à la gestion administrative, logistique, etc. des fonctions d'appui au service des fonctions médicales. Une telle disposition permet de restituer au corps médical toute sa prépondérance dans le dispositif des établissements de santé ; ce qui peut les amener à se situer en dehors des pratiques corruptives qui sont, dans bien des cas, des stratégies de survie. Pour le personnel de la santé, les efforts de l'État pour résorber le déficit doivent être renforcés. Mais il est urgent de faire correspondre les recrutements avec les besoins réels exprimés par les structures. Il y a également urgence à adopter le statut de ce personnel pour rendre ce secteur plus attractif et mettre fin à l'amateurisme avec de véritables plans de carrière pour ce personnel.

Quant aux médicaments, les efforts doivent porter sur le développement d'une industrie pharmaceutique nationale et l'implication réelle de l'État pour supprimer le marché parallèle des médicaments par un meilleur contrôle aux frontières et par une action sincère et vigoureuse d'éradication des niches de trafic.

Un contrôle à tous les niveaux est prévu, mais il est ineffectif. La responsabilité incombe aussi bien aux responsables des structures sanitaires qu'à l'État. Des efforts devront être faits pour le rendre effectif. Une représentation conséquente des populations et de la société civile aiderait à renforcer ce contrôle. Quant aux populations et la société civile d'une manière générale, sa représentation au niveau des organes dirigeants des structures sanitaires devrait être renforcée pour permettre un contrôle citoyen de ces structures. La charte des malades est certes partout affichée conformément à la loi mais cela n'est pas suffisant ; elle doit être vulgarisée pour faire connaître aux malades leurs droits et devoirs en particulier pour leur faire connaître l'assistance dont ils peuvent bénéficier. L'édition en langue nationale de cette charte pourrait faciliter son appropriation par ces populations. L'éclatement de la facturation doit également être revu à cause de son impact sur les coûts des soins. La protection sociale doit être renforcée et à cette fin le décret d'application de la loi sur les mutuelles doit être pris.

Quant à la réglementation des marchés publics, certains ont déploré son inadéquation dans certains cas et son contournement constant en dépit de l'adoption du nouveau code des marchés publics. Son inadéquation résulte de ce que pour les médicaments, du fait de la configuration du marché local, les fournisseurs ne répondent pas aux appels d'offre de sorte qu'il est systématiquement fait appel à la commission nationale des marchés publics pour autoriser le recours à l'entente directe. Cette situation ne justifie pour autant pas une réforme de la législation pour éviter tout abus en la matière. Le contournement de la réglementation implique le renforcement du contrôle à tous les niveaux mais surtout au niveau de la commission nationale des contrats de l'Administration où de nombreuses violations ont été relevées. Il est urgent également de mettre en harmonie le code des marchés publics avec le code des obligations de l'Administration.

Comme dans beaucoup de domaines au Sénégal le dispositif normatif est impressionnant, le cadre juridique presque parfait pour instaurer la bonne gouvernance dans le domaine de la santé. Mais le problème se situe au niveau de la mise en œuvre effective des dispositions légales et réglementaires. Le renforcement de la lutte contre la corruption passe par la manifestation sans équivoque d'une volonté politique en la matière et non par des déclarations spectaculaires ou la création d'organes ou de structures destinées uniquement à faire croire qu'il existe une volonté politique de lutte contre la corruption. La véritable manifestation aujourd'hui de l'existence de cette volonté politique passe par la ratification des conventions des Nations Unies et de l'Union africaine sur la prévention et la lutte contre la corruption.

BIBLIOGRAPHIE

Banégas, R., 1997, Bouffer de l'argent : politique du ventre, démocratie et clientélisme au Bénin, Communication au colloque « la politique clientélaire : processus, énonciation et dénonciations », Lille : CRAPS, Université de Lille II.

Bayard J.F, 1996, (éd) L'Etat en Afrique : la politique du ventre, Karthala.

Blundo G. , Olivier De Sardan J.P., 2003, La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest : approche socio anthropologique comparative : Bénin, Niger et Sénégal, Rapport final, EHESS, IUED, IRD.

Campbell B., 1997, « Débats actuels sur la conceptualisation de l'Etat par les organismes de financement multilatéraux et l'USAID », in : « Les avatars de l'Etat en Afrique », Paris, Karthala.

Cartier-Bresson J., 2000, La Banque Mondiale, la corruption et la gouvernance, Revue du Tiers_Monde n°161.

Castells M., 2001, La société en réseaux. L'ère de l'information, Paris, Editions Fayard, 671 p.

Dommel D., 2003, Face à la corruption. Peut-on l'accepter, peut-on la prévenir, peut-on la combattre, Paris, Karthala, 287 p.

Fall A. S., 2002, Gestion et organisation des centres de santé en Afrique de l'Ouest, Cahier du GERIS : série RECHERCHES, n°21, Université du Québec en Outaouais.

Faye. A , 1987, La structure et l'événement dans la pensée sauvage de Claude Lévi Strauss, mémoire de maîtrise, U.C.A.D.

Fassin D., 1986, Économies « parallèles », État et société. La vente illicite des médicaments au Sénégal, Politique africaine, 23, p.123 – 130.

Guèye B., 2002, Les transformations de l'Etat en Afrique: l'exemple du Sénégal, in: Revue internationale de droit africain EDJA, n°5', pp ; 7-48.

Jaffré Y., Olivier De Sardan J. P., 2003, La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, APAD-Karthala, 462 p.

Lemieux V., 2000, A quoi servent les réseaux sociaux, Presses de l'Université Laval, 109 p.

Mbembe A., 2000, Esquisse d'une démocratie à l'africaine, in : Le Monde diplomatique, octobre, pp.20-21.

Médard J.F, 2003, Petite corruption et personnel sanitaire au Cameroun. Vers une comparaison entre secteur public et secteur privé confessionnel, EHESS, Marseille.

Mwaffisi M.J., [s.d] « Corruption in the health sector », papers in the 9th International anti-Corruption Conference», papers in the 9th International anti-Corruption Conference

Ndjio N., 2003, Corruption au Cameroun : la chèvre broute là où elle est attachée », conférence internationale sur les pratiques quotidiennes de la corruption, Marseille, 13-18 Mai 2003

Ndoye, M., 2001, Traitement judiciaire de la corruption », Mémoire de maîtrise de droit privé, option judiciaire, Dakar : Université Cheikh Anta Diop.

OMS, 2000, « Rapport sur la santé dans le monde 2000 » Genève.

Olivier De Sardan J.P., 2001, La sage femme et le douanier. Cultures professionnelles et locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest, Autrepart, 20 : 61, 73

Ouattara F., 2001, Conscience professionnelle, clientélisme et corruption : pratiques et justifications des personnels de santé du centre médical d'Orodara (Burkina Faso), communication lors de l'atelier « les professionnels de la santé », Dakar 27 Février au 02 Mars 2001.

Koné M., 2003, Contexte et « gombo » dans les formations sanitaires, in : Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Karthala, APAD, pp.237-260.

Ofori-Atta A.L. [s.d] “The cost of corruption in health institutions”, papers in the 9th International anti-Corruption Conference», papers in the 9th International anti-Corruption Conference.

Kaufmann P, 1996, Interaction- Sciences humaines in Encyclopédia universalis Corpus 12 – Paris, pp. 427-429

Lévi Strauss, 1974, Anthropologie structurale, Paris, Plon

- L'homme nu, Paris, Plon, 1984

Peretti. A . De, 19881, Du changement à l'inertie. Dialectique de la personne et des systèmes sociaux. Paris, Dunod

ANNEXES : GRILLES D'ENTRETIEN

1) Grille d'entretien : volet sociologique

Cette grille est établie à partir de l'identification des mécanismes de fonctionnement du système sanitaire, des acteurs et des supports qui le sous tendent

a) Personnel de santé

- Depuis quand travaillez-vous dans ce secteur ?
- Comment percevez-vous les populations ?
- Existe-t-il un fossé entre la formation et l'exercice du métier ?
- Savez-vous comment les populations vous perçoivent ?
- Vous arrive-t-il de demander, d'exiger ou de recevoir des cadeaux de la part des patients ?
- Trouvez-vous l'accès aux soins équitables dans le pays, dans votre structure ?
- Qu'est-ce que la corruption pour vous ? Décrivez en des pratiques applicables à votre lieu de travail.
- Quelles sont les raisons du choix de votre métier ? le regrettez-vous ?
- Comment jugez vous la corruption dans le secteur de l'éducation ?
- Est-elle réversible ?
- Quels moyens de lutte préconisez-vous ?
- Connaissez-vous les législations en cours ? comment les jugez-vous ?

b) Usagers

- âge, sexe...
- quel type d'établissement de santé fréquentez vous ?
- quelle en est votre perception ?
- comment jugez-vous les établissements publics et privés d'enseignement ?
- qu'est-ce que la corruption pour vous ?
- est-elle présente dans le système de santé ?
- à quel niveau ? quelles proportions
- vous est-il déjà arrivé ? Expliquez
- pensez-vous qu'elle est combattue ?
- si oui, par qui ?
- existe-t-il dans votre quartier, ville, des organes de lutte ?
- si oui, qui sont-ils, de quels moyens disposent-ils ?
- si non, pourquoi ?
- avez-vous des suggestions ? si oui, lesquelles ?

c) marché parallèle de médicaments

- âge, sexe, religion, confrérie
- niveau d'études (français, arabe, alphabétisation)
- mode d'approvisionnement prescription, conseil ou simple vente ?
- où vous approvisionnez-vous ? remonter la filière
- quels sont vos rapports avec les populations ou le personnel de santé, les pharmaciens ?

- qui sont vos clients ?
- comment percevez-vous les populations, votre métier, vos collègues ?
- (aborder le problème des médicaments périmés, contrefaits...)
- avez-vous déjà été appréhendé par les forces de sécurité ?
- quels sont vos rapports avec eux ?
- savez-vous si votre commerce est autorisé ou pas ?
- connaissez-vous les textes juridiques en rapport avec votre activité ?
- qu'est-ce que la corruption pour vous ?
- comment la jugez-vous dans le pays ?
- vous est-il déjà arrivé de corrompre dans votre métier ? qui ? donnez des détails

d) Acteurs impliqués dans la passation des marchés

- âge, sexe, statut...
- comment jugez-vous la pratique des marchés publics ?
- l'attribution est-elle juste et impartiale ?
- comment jugez-vous les démarches administratives ? simples ? compliquées ?
- comment se passent les procédures ?
- comment les jugez-vous ?
- sont-elles connues du grand public ?
- exigent-elle un système d'appel d'offre ?
- l'information est-elle adéquate ? arrive-t-elle à temps ? est-elle ouverte à tout le monde ?
- y-a-t-il des contrôles ?
- comment les jugez-vous ?
- pensez-vous que la corruption existe dans ce secteur ?
- A quel niveau ? par quel mécanisme, à quelles proportions ?
- Avez-vous déjà été victime de corruption ? expliquez.
- Connaissez-vous des organes de lutte ?
- Suggestions pour la combattre.

e) Acteurs intervenant dans la lutte contre la corruption

- âge, sexe, profession...
- nom de l'organe, coordonnées...
- que pensez-vous du système judiciaire du pays ?
- est-il indépendant ?
- est-ce que la constitution mentionne la lutte contre la corruption ?
- quelles sont les lois ?
- sont-elles appliquées au domaine de la santé ?
- qu'en est-il de l'application effective de ces lois ?
- combien de cas de corruption dans le système de l'éducation ont été poursuivis ?
- de quelles armes disposent les organes de lutte en général ? le vôtre ?
- avez-vous les mains libres ?
- êtes-vous sujets à des menaces ? donnez les cas
- quels sont les freins à une bonne lutte contre la corruption ?

2) Grille d'entretien : volet juridique

1. A part la participation des populations, existe-t-il d'autres mécanismes alternatifs de financement ?
2. le décret 98-701 du 17/01/92 fixe les obligations particulières auxquelles sont soumises les comités de santé ? Quelles difficultés sont rencontrées dans la mise en œuvre de ce texte ?
3. Le décret n°98-701 du 26/08/1998 prévoit la création de comités consultatifs : le comité technique d'établissement et la commission médicale. Ce texte est-t-il respecté ?
4. LA commission médicale a-t-elle défini un plan de formation continue du personnel ?
5. Quelle application faites-vous du libre choix du patient de son praticien au regard des réalités de votre structure ?
6. Comment s'effectue l'approvisionnement en médicament de votre structure ?
 - Quelles garanties que les circuits officiels ne sont pas parasités ?
 - Comment s'effectue la gestion interne des stocks ?
7. La Charte du malade est-elle affichée conformément à la loi n°98-08 ?
8. Avez-vous mis en œuvre une politique d'évaluation de vos activités conformément aux dispositions de l'art.17 de la loi n°98-08 ?
9. Y a-t-il établissement d'une carte sanitaire sur la base des besoins des populations conformément à l'art.18 de l'arrêté n° 5776 du 17/07/2001 ?
10. Les effectifs sont-ils suffisants dans votre établissement ? Avez-vous une politique pour motiver votre personnel ?
11. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la planification des besoins ?
12. Etes-vous souvent confrontés à des problèmes d'urgence au niveau des approvisionnements ? Comment ces problèmes sont-ils réglés ?
13. Existe-t-il une commission des marchés et comment est-elle composée ?
14. Existe-t-il un manuel de procédure des opérations d'approvisionnement ?
15. Comment s'effectue la réception des commandes ?
16. Quels sont les modes utilisés pour la passation des marchés ?
17. Est-il fréquent qu'un fournisseur propose un service en vue de l'obtention d'un marché ?
18. Quelles imperfections relevez-vous dans la réglementation des marchés publics ?
19. Arrive-t-il que l'attribution des marchés soit contestée ? Par quelle voie ?
20. Existe-t-il un service spécialisé dans la passation des marchés ?