

LASDEL

**Laboratoire d'études et recherches sur
les dynamiques sociales et le développement local**

BP 12901, Niamey, Niger – tél. (227) 72 37 80

BP 1383, Parakou, Bénin – tél. (229) 61 16 58

La corruption dans la santé au Bénin et au Niger

JP. OLIVIER DE SARDAN, N. BAKO ARIFARI & A. MOUMOUNI

Etudes et Travaux n° 40

Décembre 05

Cette étude a été financée par la Commission de l'Union européenne et la DDC (suisse)

Avertissement

*Ce texte constitue un chapitre de l'ouvrage à paraître en 2006 sur « **La corruption au quotidien** » (sous la direction de G. Blundo et JP. Olivier de Sardan) aux Editions Karthala et Zed Books (pour la version anglaise)*

Table des matières

Introduction	4
Le contexte sanitaire	5
La rétribution indue d'un service et la commission pour service illicite	6
Petits cadeaux et favoritisme généralisé	7
Sur-tarification	9
La vente de médicaments et de produits	10
L'accaparement du temps et des locaux à titre privé	11
Siphonner le service public au profit du privé	12
La vente de certificats de complaisance	13
Les prises en charges abusives	14
La protection du secteur informel illégal	15
Les positions statutaires et la corruption	15
Conclusion	17

Introduction

Alors que les images abstraites attachées aux professions de santé (médecins, infirmiers ou infirmières, sage-femmes) sont partout positives, et évoquent assez généralement le dévouement, la compassion, l'altruisme, par contre la réputation concrète des personnels de santé en Afrique est particulièrement mauvaise et parfois exécrationnelle. Leur corruption et leur vénalité sont très largement dénoncées par les populations, en même temps que leur mépris des usagers et la faible qualité de leurs prestations, même si, bien sûr, chacun connaît d'heureuses exceptions. « *Ils ne nous regardent même pas* » et « *Ils ne pensent qu'à l'argent* » sont les deux phrases qui sont revenues le plus régulièrement à propos des soignants dans les entretiens menés avec les malades et leurs accompagnants.

Divers travaux récents témoignent de cette situation, qui longtemps a été masquée au niveau public ou académique, mais qui est désormais de plus en plus débattue au grand jour. Dans un ouvrage récent consacré aux relations soignants-soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (parmi lesquelles Dakar et Niamey, qui sont aussi des sites de notre étude sur la corruption), nous avons, à l'issue d'une enquête intensive et comparative à divers égards parallèle à celle qui fait l'objet du présent ouvrage, inventorié de façon détaillée l'ensemble des comportements « inappropriés » des personnels de santé ¹. Au Burkina Faso, un rapport du RENLAC montre que les infirmier(e)s et sages-femmes sont perçus comme une des professions les plus touchées par la corruption ². Douaniers et sages-femmes sont les deux corporations les plus impopulaires en Afrique de l'Ouest ³. D'autres textes, sur l'Afrique du Sud, ou le Nigéria, vont dans le même sens ⁴.

Dans ce chapitre, nous décrivons au plus près certaines pratiques illicites des personnels de santé au Niger et au Bénin ⁵, mais nous renvoyons, pour tout ce qui concerne plus généralement l'enclassement de la corruption au sein des rapports difficiles, et souvent franchement mauvais, entre soignants et soignés, au livre évoqué ci-dessus ⁶. On y voit en effet que les nombreux dysfonctionnements des services de santé renvoient tant à des éléments relationnels (cf. le mépris fréquent des agents de santé envers les malades anonymes) que professionnels (cf. les dérives déontologiques et le non respect des normes médicales) et structurels (comme la non gestion ou l'anti gestion des ressources humaines, ou l'inefficacité des mécanismes participatifs).

Comme dans les autres domaines, la corruption dans la santé se fonde d'un côté sur des compétences techniques spécifiques (savoirs et pratiques thérapeutiques) et de l'autre côté sur une organisation bureaucratique du travail particulière (fonctionnement des services de soin). Par exemple, la compétence de la sage-femme lui permet de maîtriser la délivrance ou non d'ocytociques, destinés à accélérer le travail dans certaines indications précises. En fait,

¹ Cf. Jaffré & Olivier de Sardan, 2003

² cf. le rapport annuel du RENLAC pour le Burkina

³ Cf. Olivier de Sardan, 2001

⁴ Cf. Jewkes, R., Naeemah, A. & Zodumo, M., 1998 ; Smith, D.J., 2003

⁵ Pour le Niger, outre les enquêtes spécifiques menées par A. Moumouni dans le cadre de ce programme, nous ferons surtout référence aux travaux de Hahonou sur les urgences (Hahonou, 2002) et de Moumouni et Souley sur l'hôpital national et la maternité centrale (Moumouni & Souley, 2004) ; cf. également Moussa (2001) et Souley (2001).

⁶ Cf., en particulier pour une mise en perspective historique, le chapitre 8 (« Pourquoi le malade anonyme est-il si mal traité ? »), in Jaffré & Olivier de Sardan, 2003

beaucoup de sages-femmes prescrivent à l'excès des perfusions d'ocytociques, car c'est le moyen principal pour elles d' « arrondir les fins de mois », dans la mesure où elles stockent ce produit à titre personnel afin de le vendre aux parturientes, lesquelles n'ont pas la capacité d'apprécier le bien-fondé ou non de la prescription. De même l'organisation d'un hôpital amène tout malade venant consulter à suivre un parcours long et complexe (certains parlent d'un « parcours du combattant ») où chaque étape peut être une occasion de prélèvements indus ou de « sollicitations », auxquelles le malade doit se plier pour pouvoir continuer son parcours : tri, présentation (ou achat obligatoire) d'un carnet de santé, paiement d'un forfait, attente dans un service, consultation, examens éventuels de laboratoire, hospitalisation éventuelle, achats de médicaments génériques au dépôt pharmaceutique, etc...

Le contexte sanitaire

La particularité du cadre structurel de la santé tient à cinq caractéristiques principales.

1. Tout d'abord les empiètements entre domaines de compétence des différents personnels de santé sont quasi permanents, et la législation comme les règles déontologiques officielles ne sont guère respectées. Par exemple la prescription, qui est en principe un acte médical, est régulièrement pratiquée par les infirmiers, non qualifiés pour cela : aujourd'hui encore, il y a pénurie de médecins en milieu rural au Bénin et au Niger ⁷, et ce sont donc les infirmiers qui effectuent la très grande majorité des consultations dans les centres de premier recours. Par exemple, ce sont des élèves sages-femmes stagiaires, voire des « secouristes » ou des filles de salle qui font les accouchements « normaux » dans les maternités urbaines périphériques (la sage-femme n'étant appelée ou réveillée qu'en cas de « problème »). Par exemple, les « pharmacies par terre » et les colporteurs vendent au grand jour partout, dans les villages et dans les quartiers, au Niger comme au Bénin, des médicaments de contrebande ou détournés dans les circuits officiels qu'ils ont achetés au vu et au su de tout le monde chez les grossistes des marchés urbains importants. Par exemple, les pharmacies officielles emploient comme vendeurs des personnels sans qualifications.

2. D'autre part, l'attitude des personnels de santé alterne entre la sur-personnalisation et la déshumanisation. L'usager qui connaît un agent de santé dans une structure de soins, ou qui est « recommandé », sera bien accueilli et bien traité. Par contre la masse des usagers anonymes sera victime de diverses formes de mépris, les règles de bienséance et de pudeur en vigueur dans la société environnante ne seront pas respectées avec eux, les consultations se feront de façon expéditive, mécanique, inattentive, sans dialogue et sans explications.

3. De plus, le travail d'équipe est très peu développé, chacun règne à sa façon et comme il veut sur son petit secteur de travail, il n'y a pas de débat au sein des services sur l'organisation des tâches, sur l'amélioration de la qualité des soins ou sur les relations avec les malades (les « staffs », autrement dit les réunions de l'équipe médicale pour analyser les cas des malades hospitalisés, sont rarissimes). Quant à d'éventuelles sanctions, elles sont impossibles à faire appliquer (pour cause d'intervention immédiate de collègues et « protecteurs » du « sanctionnable », sans même parler des syndicats).

4. Une grande majorité des usagers méconnaît les règles de fonctionnement des services de santé, n'a pas suffisamment de « culture médicale moderne », et se trouve confrontée à un univers inconnu, inquiétant, et même hostile, sans disposer de repères, et en situation d'infériorité psychologique et culturelle profonde.

⁷ A ce jour, le Niger ne compte aucun médecin exerçant en milieu villageois, et les hôpitaux de district à l'intérieur du pays (au niveau des sous-préfectures) n'arrivent pas à recruter des médecins sans l'appui de projets extérieurs...

5. La prolifération actuelle de structures privées (cabinets médicaux, cliniques) fournissant des salaires nettement plus intéressants que le secteur public accroît la démotivation des agents de santé de l'Etat et leur recherche de revenus illicites ou de cumuls informels.

Dans un tel contexte, les pratiques corruptrices sont variées.

La rétribution indue d'un service et la commission pour service illicite

Souvent, la corruption dans la santé suit les deux « formes élémentaires » (cf. ci-dessus, p. xx) les plus classiques, souvent imbriquées, celle de la rétribution indue d'un service normal et celle de la commission pour service illicite. La faveur achetée auprès d'un agent peut l'être soit aux dépens de la caisse du centre de santé, soit aux dépens des autres usagers, soit aux dépens des règles et procédures normales.

Les malades qui disposent de prise en charge sont hospitalisés en principe sur des lits de 2^{ème} catégorie dans les hôpitaux publics. Mais ils ont la possibilité d'être hospitalisés en 1^{ère} catégorie avec un léger surcoût parallèle, généralement versé à l'aide-soignant (enquête Bénin).

« Mon médecin consultant est actuellement le seul spécialiste en activité dans le service. Ses autres collègues se sont installés dans le privé. D'où il est débordé par l'afflux massif de malades. Mais pour mettre de l'ordre dans ses consultations, il a institué un carnet de rendez-vous tenu par un infirmier. Ce dernier en a fait un moyen de profits, puisqu'il peut rapprocher votre rendez-vous en le permutant avec celui d'un anonyme mais c'est toujours à condition de lui faire un geste. Puisque l'enjeu est de trouver un rendez-vous en moins de deux semaines pour éviter de payer encore les frais de consultations (note : le forfait payé lors d'une consultation couvre tous les actes pendant deux semaines) » (Kaylou, chauffeur, Niamey).

On peut ainsi, dans certains services hospitaliers de radiologie ou d'analyse, ne pas payer le prix de la prestation à la caisse, mais en négocier le coût, qui bien sûr sera moindre, directement avec l'infirmier, au profit de celui-ci (enquête Bénin).

« L'informatisation du service de la perception a fait diminuer d'à peu près 60 % les trafics car maintenant les gens commencent à comprendre et nous demandent même des reçus ; mais cela n'empêche pas l'interventionnisme, car si tu connais le major tu vas directement chez lui pour lui demander le service sans passer par nous. Parfois certains patients paient directement les prestations dans les services de soins qui font main basse sur la somme » (un percepteur de l'hôpital national de Niamey).

- « Même ceux qui ont les moyens bénéficient des services sans rien payer.

- Comment procèdent-ils?

- Ils usent des relations avec les agents d'exécution ; en fait le jeu est faussé à tous les niveaux, chacun a sa tactique pour contourner les recouvrements des coûts en passant entre autres par les coups de téléphone » (un médecin de l'hôpital national de Niamey).

Même (ou surtout) le bloc chirurgical, les urgences ⁸ ou la réanimation peuvent être des sites d'« achats de faveur ».

Un étudiant en médecine au CNHU a extorqué 50.000 FCFA à un malade pour le faire programmer pour une opération chirurgicale. Malheureusement pour lui, il s'agissait d'un parent d'un professeur de médecine, et il a dû rembourser ...

On peut, en payant, court-circuiter le service des urgences au Centre national hospitalier et universitaire (CNHU) de Cotonou et accéder directement au service de réanimation, où l'on peut bénéficier de soins intensifs (souvent pour des cas qui ne le nécessitent pas). Ces deux services sont donc des sites importants de corruption, puisqu'il faut corrompre pour échapper aux urgences, et aussi corrompre pour se faire accepter en réanimation (enquête Bénin).

⁸ En ce qui concerne les « trafics » au service des urgences de l'Hôpital national de Niamey, cf. Hahonou, 2002

Autrement dit, plus le malade est vulnérable, plus il est susceptible d'être pris en otage et racketté (ce qui est également le cas pour les parturientes).

Petits cadeaux et favoritisme généralisé

Les agents de santé opposent volontiers les formes de corruption ci-dessus, largement stigmatisées et difficilement défendables publiquement, au cadeau ou à la gratification, qui sont pour eux totalement légitimes. Il n'y aurait corruption, selon eux, que si le soignant reçoit « quelque chose » en amont de l'acte thérapeutique et pour une faveur induite. En revanche, quand cette gratification intervient en aval, et pour un service normal rendu, ils parlent de « cadeau », lequel est considéré par eux comme non condamnable.

Un infirmier à propos des accompagnants : « C'est dans leur mentalité de donner pour qu'on soit plus attentionné vis-à-vis de leurs malades. C'est dans le but de nous corrompre, mais nous on prend l'argent comme si c'est une reconnaissance » (Cotonou).

En fait, du point de vue des usagers, les diverses formes de gratification, souvent « sollicitées » plus ou moins directement, relèvent bien souvent la corruption. Il est vrai qu'elles sont enchâssées dans des formes de sociabilités locales, ce qui permet de mieux masquer leur caractère illégal, comme c'est le cas avec le « quémandage »⁹ (*ngwaarey*, en zarma, c'est-à-dire le fait de solliciter ou de réclamer un « cadeau »), qui passe par des attitudes variées selon le contexte d'action. On parlera par exemple de « prix de la cola » (*goro nooru*, en zarma).

« Quand mon mari a appris mon accouchement, il s'est précipité aussitôt à la maternité pour voir le nouveau-né. Dès l'entrée du pavillon, deux filles de salles l'accostent et lui présentent leurs félicitations (*barka*) et profitent pour demander le prix de la cola (*goro*)¹⁰. À moi, elles ont exigé le prix du savon (*saafun nooru*) » (une accouchée, Niamey).

Les relations à plaisanterie (*baaso taray* en zarma)¹¹ entre groupes ethniques peuvent également servir de véhicule à ces demandes de « cadeaux ».

« En voyant mes scarifications faciales (de type « *mawri* »), l'infirmier consultant, un peul m'a dit en rigolant que je ne partirai pas sans lui laisser de quoi acheter un paquet de sucre pour la rupture du Ramadan ce soir. Nous nous sommes marrés tous les deux, mais, en partant, je lui ai laissé un billet de mille francs, en disant « prends mon pauvre esclave, c'est pour toi ! » (un consultant, Niamey)

Mais beaucoup d'usagers estiment que les personnels exercent sur eux une pression morale, en jouant sur le danger. Cette pression est indissociable du régime de faveur accordé aux « protégés ».

« Le pouvoir de l'argent et le favoritisme ont complètement modifié le visage des structures de santé qu'on ne reconnaît plus. Pour toute chose, il faut donner de l'argent ou connaître quelqu'un pour avoir satisfaction. Je le dis, parce que nous en sommes victimes. Voilà quatre jours que mon fils traîne un pansement qui devrait être en principe renouvelé tous les deux jours mais il n'en est rien parce que nous n'avons pas de quoi donner aux infirmiers qui s'attendent à une gratification. À côté, je remarque la manière dont ils s'occupent convenablement de notre voisin de chambre. Son fils est commerçant et leur donne souvent de petites gratifications. C'est pourquoi ils s'occupent bien de son père. Comment voulez-vous que ces infirmiers s'occupent de nous autres pauvres ? Même pour payer les frais d'hospitalisation, j'ai dû faire appel à un neveu

⁹ Appelé *ηwaaray* en zarma. C'est souvent considéré par la société comme un acte dégradant, réservé aux basses castes. Les Zarma ont un proverbe qui dit : *ηwaaray ga du haawi no mo, sanku ηwaaray ka jaη*, quémander pour recevoir quelque chose c'est la honte, à plus forte raison quémander et ne rien recevoir.

¹⁰ L'usage veut que celui qui vous fait part d'une heureuse nouvelle reçoive de vous un cadeau, appelé ici « cola », *goro*.

¹¹ Ces relations existent entre plusieurs groupes ethniques vivant dans l'espace nigérien.

car les récoltes ont été mauvaises cette année. Le comportement des infirmiers est vraiment injuste » (Seydou, Niamey).

Dans les hôpitaux (particulièrement au CNHU de Cotonou), il y a un déficit artificiel et permanent de lits d'hospitalisation. Les agents disent ne jamais connaître le nombre de lits disponibles. Dans les faits, les aides-soignants et les agents de contrôle appelés « les cols verts » connaissent les lits disponibles mais ils se les « réservent ». Les malades n'y ont accès le plus souvent qu'après un versement de bakchich. Lorsqu'on a un lit, il faut également pouvoir le conserver, en « intéressant » de temps à autre ces agents. En effet, l'obtention d'un lit d'hôpital ne garantit pas nécessairement son maintien. Il n'est pas rare au CNHU de déplacer des malades de leurs lits pour des motifs fallacieux et, avant leur retour, le lit est attribué à un autre malade. Pour éviter cela, les malades ou leurs accompagnants sont obligés de se montrer toujours « gentils » avec les aides-soignants (partager régulièrement leurs repas avec eux, leur donner des cadeaux de temps à autre). C'est ce type d'échanges de services qui non seulement assure le maintien dans le lit mais aussi la propreté du lit (changement régulier des draps) et du malade lui-même (toilette de malade), et la régularité des soins.

« À la PMI, les consultations débutent généralement à 9 heures, mais je m'arrange toujours à être sur place dès 6 heures pour occuper les premières places sur le banc de la salle d'attente. Mais j'ai toujours remarqué que des femmes venues bien après moi passent en premières parce qu'elles ont un réseau de connaissances au sein de la structure. Ce n'est pas tant le système de faveurs qui me choque mais la façon de procéder » (Mariama, Niamey).

En revanche Mme *Younsa*, ménagère à *Boukoki I*, dont la femme du cousin est infirmière à la PMI, a le personnel à disposition quand elle vient en consultation. Elle bénéficie de tous les égards dus à sa position de protégée. Toutes les prestations lui sont fournies gratuitement, y compris les médicaments. Elle en fait même profiter des femmes de son voisinage pour lesquelles elle intervient régulièrement (enquête Niger).

Ou « connaître quelqu'un » ou « donner de l'argent » : tels semblent être les deux seules formules qui permettent d'être un tant soit peu pris en charge dans une structure de santé. La formule du « cadeau », de la gratification ou du « pourboire » est omniprésente dans les centres de santé, tout autant que la formule de la « recommandation », de la faveur ou du « piston ». Elles communiquent d'ailleurs entre elles dans les deux sens. Dans un sens, le « cadeau » permet petit à petit de créer en quelque sorte de la relation personnalisée (et de sortir ainsi de l'anonymat). Dans l'autre sens, quelqu'un de « pistonné » gratifiera l'agent de santé qui s'est mobilisé à son service soit par un « cadeau », soit par une autre faveur, une autre fois, dans un autre domaine... Cette convergence entre cadeaux et faveurs culmine avec le système du « marrainage » dans les maternités.

Ce système consiste, dans les services de maternité de grands centres hospitaliers, notamment le CNHU au Bénin, à la « captation » de parturientes auxquelles les sages-femmes proposent un service personnalisé. La sage-femme donne son adresse privée à sa « cliente » pour qu'en cas de besoin elle puisse la contacter à tout moment. Il s'établit ainsi une relation de « marraine » à « protégée ». Les parturientes ainsi « marrainées » auront plus de facilités dans la maternité parce qu'elles seront confiées à des collègues comme étant des « protégées ». L'essentiel pour la parturiente est de dire le nom de sa « marraine », on sait alors qu'elle est dans le circuit de la prise en charge parallèle. Il y a une véritable pression sur les parturientes pour qu'elles aient une marraine. Sinon, elles seront confrontées à des injures, des négligences, des ordonnances multiples, et diverses formes d'humiliation.

Une parturiente déclare: « Il vaut mieux donner à manger à une seule personne qui te protège que de nourrir toute la CUGO (maternité centrale de Cotonou) ».

Dans les services de santé, des « tactiques » de gestion de la corruption se développent ainsi parmi les usagers, où la « personnalisation » joue un grand rôle. Etre « marrainé » (ou, ailleurs, « parrainé »), c'est avoir une relation privilégiée avec un agent de santé, qui permet

d'être ainsi « protégé » de la rapacité de ses collègues, mais qui implique aussi le recours à des formes de gratifications envers la marraine ou le parrain

Lorsqu'une protégée est « rançonnée » malgré tout par une collègue, cela débouche sur des excuses ou, sinon, entraîne un conflit. Il y a en effet comme une violation des limites du périmètre de protection que la sage-femme a érigé autour de ses clientes. *Cette exigence de respect de normes morales pratiques dans un espace qui est lui-même en rupture avec la règle normale est très caractéristique des relations entre corrompus et corrupteurs, et à l'intérieur des réseaux de corruption.* Le couronnement de la relation de « marrainage » est la présence de la « marraine », le jour de l'accouchement. On voit donc des sages-femmes qui ne sont pas de service venir assurer le suivi et l'accouchement de leurs « clientes », qui les informent dès les premiers signes de travail. La marraine a un intérêt réel à être présente, sauf cas de force majeure qui l'obligerait à confier sa cliente à une collègue sûre. En effet, chaque accouchement est suivi par la prescription d'une ordonnance médicale, dont l'essentiel des produits sont disponibles chez la sage-femme marraine. Ainsi, le système de « marrainage » favorise la vente parallèle des médicaments. En plus, l'accouchée et son mari (très souvent présenté à la « marraine » dès le début) se sentent un devoir de reconnaissance qui se traduit par une visite de remerciement au domicile de la sage-femme pour amener des cadeaux. En général, ce devoir de remerciement est respecté, puisque la femme peut un jour de se retrouver à nouveau enceinte, et il est très mal vu qu'une parturiente change de marraine, sauf si celle-ci a été affectée ailleurs.

Lorsque la sage-femme constate que les « remerciements » tardent, c'est en des termes anodins, relevant de la sociabilité ordinaire, que le « rappel à l'ordre » se fait. Si le bébé est une fille, la sage-femme dira : « Quand est-ce ma chérie (ou : ma co-épouse) viendra me saluer ? », et si c'est un garçon : « Je n'ai plus vu mon mari ... » (elle adopte ainsi la position de la grand-mère dans les relations à plaisanterie). (enquête Bénin).

La sollicitation d'une gratification (relevant plus ou moins de la corruption) s'enchaîne dans les formes quotidiennes de la sociabilité.

En fin de compte, au recouvrement des coûts mis en place par l'initiative de Bamako, qui devrait en principe assurer des prestations de qualité à tous les usagers sans discrimination, s'ajoute en fait un « sur-coût » en gratification privée, plus ou moins attendue ou sollicitée, dont le versement permet seul de bénéficier de l'attention des personnels, sur-coût dont sont éventuellement dispensées les « personnes recommandées » (lesquelles sont d'ailleurs parfois dispensées également du coût « normal » destiné à la structure de santé).

Sur-tarification

La sur-tarification est souvent la forme spécifique que prend, dans l'univers de la santé, le « tribut » ou « péage ». Ce sur-coût peut certes parfois affecter la forme « douce » de la gratification, le « cadeau », plus ou moins à la discrétion du donateur, plus ou moins volontaire. Mais il tourne aussi à la sur-tarification exigée. En effet, les usagers doivent bien souvent, en plus des frais de consultation, payer un supplément officieux tarifé d'office, exigé, présenté comme s'il s'agissait d'un paiement officiel, avant de recevoir les soins.

« La première fois, quand j'ai amené mon enfant à la consultation matinale, l'infirmière m'a exigé 500 FCFA que j'ai payés sans hésiter puisque c'est le tarif normal. L'après-midi, quand j'étais revenue pour une injection, elle n'était pas de garde, c'est une autre qui me reçoit. Celle-ci me réclame 500 FCFA pour l'acte, je lui fais savoir que j'ai déjà payé la consultation, elle me dit qu'elle s'en moque et de m'en aller si j'oppose un désaccord. Vu l'état de mon enfant, j'étais obligée de verser la somme. Cette infirmière est reconnue par toutes les femmes pour son racket. » (Hawa, ménagère, Niamey).

De nombreux services gratuits sont ainsi de fait facturés, au bénéfice de la poche des soignants, comme les vaccinations, les consultations de planning familial, ou les consultations pré-natales...

Pour des consultations foraines de promotion de la contraception, financées pourtant par un projet franco-tunisien, certaines équipes exigent des paysannes des « frais d'essence » (cf. Moussa, 2003)

La vente de médicaments et de produits

Certes, le recouvrement des coûts a permis, par la vente au sein des formations sanitaires de médicaments génériques, de rendre disponible un certain nombre de molécules à des prix relativement faibles, ce qui a incontestablement diminué la vente à titre privé de médicaments par les personnels (médicaments qui provenaient de dons, d'échantillons médicaux ou de l'« évaporation » des dotations publiques). Cependant cette pratique est loin d'avoir disparu.

D'une part, les fréquentes ruptures de stock autorisent ces ventes à titre de « dépannage ». D'autre part, les prescriptions de « spécialités » continuent (favorisées soit par le fait que diverses molécules ne sont pas disponibles en génériques, soit par les « rumeurs » entretenues par certains personnels et les délégués médicaux sur une « mauvaise qualité » des génériques), sous la forme de la « double ordonnance » (deux ordonnances complémentaires sont délivrées : une en produits génériques pour la pharmacie de la formation sanitaire, une en produits de spécialités pour le secteur privé). Le soignant, en ce cas, propose au malade ou à ses accompagnants de les « aider » en leur vendant lui-même les produits de spécialité, plutôt qu'ils ne soient obligés d'aller en ville (frais de transport et temps perdu) pour l'acheter dans une pharmacie. Mais il faut noter que, de plus en plus, les personnels de santé, pour ce commerce, se fournissent chez les grossistes en médicaments de contrebande, installés dans les marchés des capitales, ces mêmes grossistes qui alimentent les colporteurs et autres « pharmacies par terre »¹². Le prescripteur peut aussi « conseiller » au patient une pharmacie voisine avec laquelle il a un « accord ».

Le retard fréquent dans le lancement des commandes de médicaments, la bureaucratisation de la procédure de commande (avis obligatoire du médecin coordonnateur de zone sanitaire et du médecin chef, centralisation de la commande sans tenir compte des urgences différentielles des besoins d'une formation sanitaire à une autre), le monopole de l'approvisionnement en médicaments essentiels à la Centrale d'achats des médicaments essentiels (CAME) et la mauvaise gestion de cette institution, favorisent des situations de ruptures de stock de médicament fréquentes. Des commandes de médicaments peuvent rester de trois à six mois sans être honorées par la CAME. Alors, les agents de santé s'approvisionnent en privé sur « fonds personnels » pour revendre les médicaments (enquête Bénin).

Parfois, les agents de santé vendent les produits pharmaceutiques de spécialité au détail, pour éviter aux patients d'acheter des boîtes entières dont ils n'ont pas besoin (enquête Bénin).

D'autre part, le recouvrement des coûts n'a évidemment pas entraîné la fin des dotations en médicaments, en particulier dans les services hospitaliers (forfaits hospitaliers couvrant la fourniture de médicaments, urgences, etc.). Le détournement de ces médicaments est fréquent, et ils sont le plus souvent revendus aux malades par les personnels.

Par exemple, en médecine B, le nombre de lits est de 63. En tout et pour tout, le « major » ne reçoit que 60 comprimés toutes spécialités confondues. Sur ce lot, les agents font des ponctions. Ce phénomène est généralisé chez les personnels de l'hôpital (enquête Niamey)

¹² Pour une analyse du mode de fonctionnement des pharmacies par terre à Bamako, cf. Jaffré, 1999 ; à Niamey, cf. Chillio, 2003

Il semble que c'est une coutume bien établie contre laquelle la responsable de la pharmacie tente de s'opposer mais en vain : « Nulle part, les textes ne mentionnent de leur donner des produits. Mais puisque c'est le système qui est ainsi, nous ne pouvons rien » (R, pharmacie de l'hôpital, Niamey).

Un médecin se plaint en ces termes « Nous, on est les parents pauvres du CNHU. Même les aides-soignants, les surveillants gèrent des choses, et c'est à nous de formuler tout le temps des demandes de ceci ou de cela (médicaments et consommables médicaux). Même si ce n'est pas fini, on te dit que c'est fini. Les surveillants détournent les médicaments et c'est aux infirmiers qu'ils donnent cela [pour vendre] ». Dans certains hôpitaux, le détournement était devenu si systématique que la direction de l'hôpital a fini par supprimer les dotations de médicaments aux malades hospitalisés, comme à Parakou (enquête Bénin).

Une autre forme de revente privée de médicaments au sein des formations sanitaires est la récupération des médicaments achetés par les malades et non utilisés. Cette pratique est très fréquente dans les maternités et les services de chirurgie, où les malades sont isolés de leurs accompagnants.

Les produits contenus dans les « kits d'accouchements » que doivent acheter les femmes ne sont, si tout va bien, jamais complètement utilisés en temps normal. Le reste est détourné, et revendu ultérieurement. Depuis que l'on a institué au CNHU le principe de la présentation des flacons et boîtes vides de médicaments aux usagers par les agents de santé après utilisation, il s'est développé une nouvelle stratégie de contournement : les agents de santé stockent des boîtes et flacons vides de médicaments, qu'ils montrent pour administrer la preuve de l'utilisation des médicaments (enquête Bénin).

Dans le service de chirurgie de l'hôpital départemental de Parakou, le détournement de médicament est presque systématique. Il existe des listes standard de médicaments et de consommables médicaux à acheter selon chaque type d'intervention. La totalité n'étant presque jamais utilisée, le reliquat n'est pas restitué aux malades ou à leurs accompagnants. Il est stocké par les infirmiers, notamment les instrumentistes. Ces médicaments alimentent ensuite les circuits de vente illicite des médicaments, à l'intérieur des institutions sanitaires publiques, ou dans des circuits extérieurs, comme les cabinets de soins privés ou les soins à domicile (enquête Bénin).

La prescription systématique d'ocytociques (destinés à accélérer les contractions) par les sages-femmes, pour accélérer le travail des parturientes, bien au-delà des indications normales, se fait aussi dans cette logique « commerciale » : ce sont en effet elles-mêmes qui prescrivent, puis vendent ce produit (avec bénéfice, et parfois en utilisant le « reste » d'une autre parturiente), puis le placent en perfusion ¹³. On frôle alors l'escroquerie, qui sera clairement atteinte dans d'autres cas.

Les personnels de santé estiment que, chez les Peuls (venant de brousse), les « piqûres » sont un critère d'appréciation de la qualité des soins, comme la cherté des médicaments. Par conséquent, on leur administre non seulement des « injections » inutiles (parfois de la simple eau distillée) mais aussi à des tarifs trois à quatre fois supérieurs aux tarifs officiels (enquête Bénin).

Le mépris vis-à-vis du « broussard », souvent alimenté par des stéréotypes racistes, se prolonge ainsi parfois en opportunité supplémentaire de racket.

L'accaparement du temps et des locaux à titre privé

Les locaux sont manifestement réservés aux personnels, et les malades apparaissent bien souvent comme des « gêneurs » dans cet univers où ils sont étrangers.

Le temps, lui aussi, n'appartient pas aux malades, mais semble être une propriété privée des personnels, dont ils usent comme bon leur semble. Ainsi une partie du temps de travail est consacrée à d'autres activités hors du travail : on arrive en retard, on part en avance,

¹³ On a pu estimer que les sages-femmes, par ces ventes très souvent abusives, pouvaient doubler leur salaire : cf. Olivier de Sardan, 2001; Souley, 2001

on s'absente régulièrement, pour un baptême, un mariage, des condoléances à présenter, ou d'autres activités sociales, toujours considérées comme prioritaires par rapport au travail. Sur les lieux du travail même, une partie importante du temps n'est pas consacrée aux soins mais aux relations sociales, y compris avec des amis et relations qui passent au centre de santé pour tout autre chose que des soins.

Les autres ressources disponibles dans un service sont de la même façon vite « privatisées » : l'usage personnel du téléphone, l'ambulance qui sert à faire les courses du chef de service, le frigidaire où on stocke les yaourts à vendre aux malades qui attendent ...

Siphonner le service public au profit du privé

Le dénuement en matériel dont les agents de santé se plaignent constamment, et qui est réel, est, pour une part, le fait des « prélèvements privés » dont les dotations font l'objet. Dans bon nombre de cas, les personnels de santé font main basse sur les ressources des services dont ils ont la charge, non seulement en médicaments, mais aussi en petit (ou moins petit) matériel, et, bien sûr, en temps et en patients.

Le vent de la privatisation a soufflé sur la santé avec l'émergence d'un secteur privé en pleine croissance. La plupart des structures de santé privées qui se sont multipliées sont tenues par des personnels qui naviguent entre les deux secteurs. Nombre d'entre elles se sont édifiées au détriment du secteur public, qui a fourni bien malgré lui une partie du matériel, où on capte des clients, et auquel on dérobe son temps.

La forme la plus classique est l'usage du temps payé par le service public pour travailler dans le privé. C'est pendant les horaires de service que de nombreux personnels exercent en fait dans des cabinets privés. Cette pratique renvoie évidemment à l'absentéisme partiel si répandu dans les administrations, y compris la santé: on arrive très en retard, on part en avance, on quitte le service pour une heure ou deux pour d'innombrables occasions sociales (baptême, mariage, décès). Ici, cet absentéisme n'est plus social, il devient économique... et rentable.

C'est ainsi que M, infirmier d'Etat et certains de ses collègues travaillent à mi-temps dans la clinique de leur ancien médecin responsable au détriment souvent du service public : « C'est quelqu'un qui nous estime sur le plan de la compétence et quand il a ouvert sa clinique il a fait appel à nous pour assurer des gardes en fonction de nos disponibilités. Franchement, je passe plus de temps là-bas que dans mon service hospitalier. Il m'arrive de quitter un peu plus tôt l'hôpital pour me rendre là-bas afin de maximiser le nombre d'heures pour arrondir mes fins de mois » (enquête Niger).

La captation de clientèle, détournée du public vers le privé, est une pratique classique, y compris dans les pays du Nord. Mais il s'y greffe souvent au Niger ou au Bénin un usage illicite des services hospitaliers.

Au CNHU de Cotonou, on peut trouver des lits réservés par des professeurs à des malades qu'ils suivent dans leurs cliniques privées, alors mêmes que les malades du public n'ont pas de lits (enquête Bénin).

H, infirmier accuse : les médecins travaillant à l'hôpital qui ont des cliniques privées sont des escrocs. Quand un malade vient les consulter, ils le dirigent vers leur clinique sous le prétexte que c'est là qu'ils ont toute la tranquillité d'esprit pour l'examiner. Mais le pire, c'est qu'ils lui font faire des examens payants tout en effectuant gratuitement les analyses au laboratoire de l'hôpital national de Niamey. Ils font ainsi subir un manque à gagner à l'hôpital. C'est une pratique assez courante dans le milieu des médecins ; ils ne sont pas du tout sérieux... (enquête Niger).

A Malanville, des professionnels de la santé profitent de leur position dans le secteur public pour utiliser à des fins privées ses infrastructures sanitaires, par exemple en facturant en privé l'usage des équipements publics (analyses médicales, radiographies, etc.), ou donnant des

ordonnances officielles du centre de santé public dans des cabinets de soins privés, afin que les clients puissent s'approvisionner en médicaments génériques moins chers auprès du centre public (enquête Bénin).

Souvent, les malades ayant subi des opérations chirurgicales reçoivent des rendez-vous dans les cliniques privées des médecins pour l'enlèvement des points de suture. Entre-temps, les infirmiers négocient avec les malades les pansements à domicile contre paiement. Un médecin qui confirme la pratique du détournement des malades affirme que : « pour diminuer les transhumances vers les cabinets privés, il faudrait multiplier nos salaires par cinq » (enquête Bénin).

Enfin, le vol de matériel ou de médicament est extrêmement répandu.

Tout le monde sait ici qu'une bonne partie du matériel technique de la clinique du docteur X provient de l'hôpital national de Niamey qu'il a détourné. En plus c'est un don fait à l'hôpital dans le cadre de la coopération internationale ; il coûte excessivement cher. C'est avec ça qu'il fait fonctionner sa clinique (enquête Niger).

« Une fois c'est un don de médicaments qui a disparu entre l'aéroport et l'hôpital national de Niamey. Nul doute que ces produits ont atterri dans une clinique de la place » (H., infirmier, Niamey).

Au centre national antituberculeux, le personnel nous a informé d'un cas de vol important de médicaments par un agent, en complicité avec le gardien. Il semble que la marchandise volée devait être rachetée par un réseau international qui opère depuis le Nigéria, pays dans lequel la prise en charge de la tuberculose n'est pas gratuite comme au Niger (enquête Niger).

On trouvera avec l'exemple ci-dessous une combinaison de plusieurs de ces pratiques

La pénurie est parfois systématiquement et méthodiquement organisée. C'est le cas par exemple avec les pannes presque hebdomadaires des appareils du service de radiologie au CNHU. Nombre de techniciens subalternes, qui bénéficient de petits cadeaux que leur font les usagers de ce service, dénoncent la pratique de mise en panne artificielle des installations par ceux qu'ils appellent leurs « patrons ». Ces pannes entraînent un renvoi de la clientèle publique vers des centres privés de radiologie, où ces mêmes « patrons » sont employés comme experts ou sur les prestations desquels ils perçoivent des pourcentages. Un seul sous-service de radiologie est préservé de ces pannes, celui des urgences, que les agents appellent « *hot line* », parce que les usagers se pressent à ce niveau et que les paiements parallèles de tarifs officieux y sont les plus importants et les plus fréquents. De fait, le « *hot line* » est perçu comme un poste « juteux » dans cet hôpital, c'est-à-dire un poste à forte rente de corruption (enquête Bénin).

La vente de certificats de complaisance

Elle semble assez répandue, pour des situations variées.

Un cas particulier est celui des prisonniers hospitalisés. Certains séjournent à l'hôpital sans motif médical avéré grâce à la complicité du médecin responsable du service, et d'agents de l'institution pénitentiaire. L'enjeu est non seulement de faire éviter au bénéficiaire les dures conditions de détention mais aussi de créer médicalement les conditions de sa relaxe (en les déclarant porteurs d'une maladie grave¹⁴, par exemple).

Pour l'obtention d'un faux certificat médical, une chaîne de complicités peut aussi être mise en place en vue de l'établissement de faux bulletins d'analyse du laboratoire de l'hôpital, à l'insu du médecin qui signera le certificat au vu de ceux-ci.

B. L. est intermédiaire sans activités précises. Il travaille à la demande et pour des prestations diverses pour lesquelles il est payé à la tâche. Ce matin, nous l'avons surpris devant l'entrée de l'hôpital où il attendait patiemment un manœuvre qui devrait lui livrer un certificat médical destiné à un de ses clients. Il avoue avoir remis 3.000 FCFA à son complice, alors qu'officiellement le montant devrait être de 13.800 FCFA dont 11.800 pour les examens et 2.000

¹⁴ Tuberculose, sida, etc.

FCFA pour la signature, le tout payable au service facturation. Avec une partie de la somme perçue, le manœuvre va à son tour corrompre toute la chaîne des laborantins.

Les prises en charges abusives

Celles-ci, qui font supporter à l'Etat des charges indues, par divers mécanismes, peuvent relever du registre de la « faveur », comme se négocier commercialement.

Faire profiter des parents qui n'y ont pas droit des avantages de la sécurité sociale est ainsi fréquent, et il semble difficile parfois de refuser :

Un cadre de l'État, professeur d'université, témoigne : « Que de fonctionnaires ont été approchés par leur famille pour qu'ils prennent des prises en charge pour un membre malade de la famille. Je partage avec vous l'expérience que j'ai eue. J'ai une nièce qui devait être opérée, la famille a fait une pression pour que je puisse lui trouver un certificat de prise en charge. Mais il s'était trouvé que le médecin dans les mains desquelles elle est tombée était un ancien camarade de classe, qui était étonné que ma fille ne soit pas allée à l'école. J'étais tout confus, tout honteux parce que obligé par la famille de faire une chose que ma conscience n'admettait pas. Mais qu'est-ce qu'on aurait pu faire dans ce cas précis, puisque de toute façon, ce n'est pas notre argent, c'est l'argent de l'État comme quelqu'un l'a dit. La procédure est anormale, mais la famille se dit : « comme l'argent ne sort pas de sa poche, ce service là, il peut le rendre ». Mais la famille ne comprendrait pas qu'il n'ait pas accepté de rendre ce service, et on allait trouver qu'il est insensible au sort de sa propre nièce » (enquête, Niger)

Mais les prises en charge abusives donnent aussi lieu fréquemment à des rétributions occultes, légitimées aux yeux des intéressés par l'injustice du système de sécurité sociale, qui garantit l'accès aux soins gratuits aux privilégiés (bénéficiaires de salaires) et en exclut les pauvres (non salariés) :

« C'est le système qui crée cette mauvaise foi de ceux qui n'ont pas droit à la prise en charge » (un médecin)..

Au CNHU, ce sont les agents administratifs, appelés les « cols verts »¹⁵ et les agents de recouvrement qui jouent un rôle central dans cette procédure illégale. Les usagers sollicitent leurs services, afin d'échapper au paiement de leurs frais d'hospitalisation, et les agents y consentent contre rétribution. Il faut une action en réseau entre « cols verts », « agents de recouvrement » et « agents de la caisse du service ». Le système consiste ici le plus souvent à enregistrer l'utilisateur avec une fausse adresse, pour que les agents de recouvrement puissent justifier de l'impossibilité de le retrouver. Comme l'hôpital n'a aucun moyen de le rechercher, les frais dus sont classés au compte des pertes et profits (enquête Bénin).

Une autre variante du trafic de prises en charge concerne la négociation du statut d'indigent pour accéder à des soins gratuits. En effet, il existe, dans chaque hôpital, des fonds d'assistance aux usagers indigents. Mais l'accès au statut d'indigent n'est pas automatique. Ce sont les assistants sociaux des hôpitaux qui sont les seuls compétents pour analyser les cas et, s'ils les classent comme indigents, pour engager la procédure de prise en charge gratuite par l'hôpital. D'où des tractations souvent assez longues, et émaillées de « faveurs », autour de la décision de classement dans la catégorie d'« indigents ». Il est fréquent que des parents d'agents de santé soient classés comme indigents.

Enfin, les évacuations sanitaires sont une source importante de corruption, qui s'échelonne sur plusieurs étapes. D'abord, la négociation de la décision d'évacuation : elle n'est pas toujours motivée par le tableau clinique du patient. Il faut de toute façon assurer un suivi régulier du dossier (ce qui implique diverses rétributions) pour assurer son accélération ou sa bonne fin. En général, l'utilisateur a recours à un intermédiaire : un parent ou une connaissance bien placés, ou quelqu'un qui connaît le circuit que doit suivre le dossier (et

¹⁵ « Col vert » : agent chargé de la fixation et du contrôle des coûts des actes médicaux au CNHU de Cotonou. Cette appellation vient de la couleur verte du col de leur tenue de travail.

bénéficiera en retour de « cadeaux »). L'acceptation du dossier dépend du conseil des médecins, qui statue sur le cas. C'est là un site de corruption, avec pour enjeu une décision favorable. Après l'étape médicale, le dossier entre dans le circuit du Ministère des Finances, où le patient ou ses accompagnants ont besoin à nouveau de recourir aux services d'intermédiaires pour obtenir la décision qui financera à l'évacuation. La prise en charge d'une évacuation sanitaire à l'extérieur du pays, et sa rapidité, sont donc fonction des aptitudes à « encourager » les membres du staff médical et les divers « portiers » qui jalonnent le circuit financier public.

La protection du secteur informel illégal

Une autre forme de corruption concerne les cabinets de soins privés non autorisés, mais qui pullulent tous les pays, alors même que des textes réglementaires interdisent leur existence.

Les autorités sanitaires chargées de faire respecter cette législation sont en fait celles qui assurent la protection de ces cabinets contre rétribution à Malanville ou Parakou. Parfois les contrôleurs présumés sont propriétaires eux-mêmes de tels cabinets illégaux, et se trouvent dans l'impossibilité d'interdire aux autres ce qu'ils pratiquent par ailleurs (enquête Bénin).

Non seulement les colporteurs de médicaments ou tenanciers de « pharmacies par terre » sillonnent partout les rues des villes comme les campagnes (jusqu'aux plus petits hameaux) en vendant des produits issus bien souvent de contrebande ou de détournements, sans être jamais inquiétés, mais de plus les grossistes qui les fournissent ont pignon sur rue dans les principaux marchés, et semblent intouchables.

Ainsi, à Niamey, la tentative d'un nouveau ministre de la santé de fermer les échoppes des grossistes du Grand Marché et de confisquer leurs médicaments s'est terminée rapidement et piteusement par la restitution des stocks et la réouverture des boutiques, du fait des interventions immédiates de commerçants (financiers des partis au pouvoir) auprès des plus hautes autorités du pays.

Les positions statutaires et la corruption

Les opportunités de corruption, les formes de la corruption, et les propensions à la corruption varient selon les statuts dans l'institution médicale. Par exemple, les médecins sont nettement moins portés (sauf certaines exceptions) aux petits trafics et à la vente de médicaments que les personnels subalternes, et c'est plutôt autour du syphonage vers le privé qu'ils opèrent. Par ailleurs, rarissimes sont parmi eux ceux qui tentent de réformer les pratiques des personnels infirmiers et auxiliaires : ils se déchargent sur le major.

Le major

Il est au coeur du système. Il s'agit de l'infirmier-chef, responsable dans les services de l'organisation des soins infirmiers et de la gestion du personnel auxiliaire, du matériel et de la pharmacie du service. C'est une position stratégique, haut-lieu des pratiques illicites, souvent organisées en réseau. Bien rares sont les majors qui échappent à la tentation de se servir de leur position.

« C'est connu de tous ici que le major H fait des affaires dans le service. Moyennant de l'argent, il attribue des chambres de la catégorie A à des malades qu'il fait passer pour ses parents quand le médecin l'interpelle. Il a reproduit frauduleusement le double des clefs de la catégorie A. Une autre fois c'étaient des vivres données par le programme alimentaire mondial qu'il tentait de soutirer du magasin pour les vendre. La fois d'après c'est un manœuvre de l'école de santé que j'ai surpris avec lui dans la pharmacie. C'était pour l'aider à sortir des paquets d'amoxicilline. En tant que médecin, j'ai demandé son départ mais personne ne m'a écouté, de sorte qu'il me nargue. » (B, médecin, Niamey)

Par ailleurs, les pratiques illicites des autres personnels placés sous la responsabilité d'un major (infirmiers et infirmières, garçons et filles de salles, etc.) ne peuvent se faire sans qu'il les connaissent, et donc bénéficient au minimum de sa complaisance.

L'infirmier en brousse

La pratique médicale en milieu rural est quasiment le monopole des infirmiers. Ils concentrent alors sur eux-mêmes toutes les spécialités : consultations générales et de pédiatrie, petite chirurgie, gynécologie, soins dentaires, soins infirmiers, éducation pour la santé, etc. Leurs conditions de travail sont difficiles, mais ils bénéficient de la générosité des populations qu'ils soignent : cadeaux nombreux en nature ou en espèces. Dans un dispensaire rural, ce sont les soins curatifs qui « rapportent » (gratifications des patients) : aussi l'infirmier qui s'en charge est en général le major, et ses collègues sont relégués à des tâches secondaires sans retombées financières (pansements, consultations prénatales, vaccinations, éducation pour la santé). D'où divers conflits.

On accuse parfois les infirmiers ruraux de racketter les malades évacués (en faisant payer l'usage du véhicule, l'essence, etc.).

Cependant, les relations d'inter-connaissance qui unissent, dans un village, les habitants aux personnels de santé (malgré la tendance de ceux-ci, parfois, à vivre « à part », en ayant des rapports privilégiés avec les autres fonctionnaires locaux) limitent les marges de manœuvre de ces derniers par rapport à leurs collègues des grandes villes, et jouent en faveur de relations plus humaines avec les malades (sauf pour les « étrangers » au village, comme par exemple les Peuls de brousse ou les Bellas, souvent méprisés).

Les bénévoles

On constate la présence de nombreux « bénévoles », officiellement non payés, relevant de diverses catégories : « secouristes » formés par la Croix Rouge à qui l'on sous-traite certains actes (pansements, piqûres...), filles de salle en l'attente d'une embauche, etc. De plus, sous l'effet des mesures restrictives relatives au recrutement dans la fonction publique, beaucoup de jeunes, sortis des écoles d'infirmiers, se sont retrouvés au chômage, et se rabattent alors sur le public, où ils sont utilisés comme « stagiaires ». Ils n'ont pas de rémunération, mais se font payer autrement.

« Eux, ils sont engagés et moi je ne le suis pas, je suis venue de mon plein gré ici pour travailler et je savais avant de venir ici qu'on n'allait pas me donner quelque chose, j'ai accepté. Je fais le bénévolat en attendant le concours d'intégration » (bénévole, médecine B, hôpital de Niamey).

« Quand j'ai terminé mes études, j'étais sans emploi. Je me suis adressée aux cliniques privées mais en vain. C'est alors que j'ai postulé pour être stagiaire à l'hôpital. Je n'ai pas droit aux salaires ni aux ristournes, mais j'arrive à tenir le coup grâce aux malades, Dieu merci. » (Amina, Niamey)

Les techniciens et administratifs

Les services de radiologie et les laboratoires d'analyse sont de haut-lieux de la corruption, on en a déjà vu divers exemples ci-dessus, en particulier en faisant payer de la main à la main une somme inférieure à celle que l'usager devrait payer à la caisse de la formation sanitaire.

C'est le cas au service de radiologie du CNHU. L'agent de contrôle qui vient d'y être affecté, tout novice, se sent impuissant, et a peur de dénoncer ce qui se passe, surtout au laboratoire de biochimie, qui paraît le poste le plus « juteux » de ce service : « C'est un circuit qui donne, parce que sans paiement à la caisse, les examens se font en sourdine sans enregistrement...

Lorsque les patients ne passent pas par la caisse, je les oriente vers elle. Mais les techniciens ne sont pas d'accord avec moi. Ce qui crée des conflits entre nous. Ils veulent m'associer à leur réseau. Mais là je ne peux plus rien dénoncer. Des fois, c'est des médecins qui envoient des patients recommandés, là je laisse passer, mais j'inscris tout. C'est alors que mes patrons m'ont dit de ne plus tout écrire. J'ai abandonné. Chacun fait les analyses qu'il veut à ses connaissances ou moyennant des sommes » (enquête Bénin).

Les agents administratifs font de même, et sont sollicités par les malades pour éviter de payer tout ou partie des sommes dues.

« Pour l'hospitalisation, il y a des gens pour qui nous intervenons pour qu'ils intègrent les salles sans payer l'acompte. Mais ceci ne peut se faire qu'en complicité avec le "col vert". Puis c'est l'agent de recouvrement qui viendra chez toi. Tu peux échapper à ce dernier si le col vert t'aide à donner une fausse adresse ou si tu arrives à t'entendre avec l'agent de recouvrement ou de facturation » (un agent de caisse, Cotonou).

La corruption touche même la morgue.

« Les parents viennent visiter de temps en temps leur mort et quand ils constatent que l'entretien n'est pas bien fait, ils nous donnent de l'argent pour qu'on s'en occupe bien.... Si tu as ton parent à la morgue et que tu veux le visiter, il faut donner quelque chose pour que nous t'ouvrons le caveau et aussi pour qu'il soit bien pris en charge. », rapporte un agent travaillant à la morgue du CNHU (Cotonou).

Les directeurs d'hôpital

De manière générale, on constate une corrélation entre le mouvement des directeurs d'hôpital et les instabilités au sommet de l'appareil d'Etat. Autrement dit, chaque directeur est plus ou moins identifié au régime qui l'a nommé. La valse des nominations a largement favorisé le développement de la corruption.

C'est un phénomène assez récurrent dans le fonctionnement actuel de l'hôpital national de Niamey, qui constitue une de ses faiblesses en termes de fonctionnement. En dix ans, il a été constaté le passage de huit directeurs à la tête de l'institution dont des médecins-colonels. Sous la pression du syndicat, l'Etat a récemment privilégié la nomination de cadres civils: « Un hôpital civil doit être dirigé par des civils et non des militaires » (un syndicaliste, Niamey).

Certains directeurs sont directement accusés de corruption par les personnels.

Le passage du colonel Y. fait l'objet d'une condamnation unanime de la part des groupes hostiles à sa faction. Ceux-ci lui reprochent d'avoir touché des commissions de la part d'entreprises du bâtiment. « Quand il est venu, la première chose qu'il a faite est la réfection des bâtiments, l'aménagement d'un parking, d'un jardin, au lieu de solutionner les problèmes de matériels et de médicaments auxquels l'hôpital est confronté. Nous l'avons surnommé « le maçon » à cause des travaux de construction qu'il a engagés un peu partout dans l'enceinte de l'hôpital. Tout ceci est fait dans un objectif d'obtenir des commissions ou de faire de la surfacturation. Par exemple, quand il a été nommé directeur, il a demandé à ce qu'on rénove sa maison privée. Il a chiffré le coût de l'opération à trois millions, que l'hôpital a payé. Comme si cela n'a pas suffi, il se permet de supprimer par ci par là nos avantages dans un souci, selon lui, de rigueur budgétaire. Mais tout le monde sait ici que lui et le gestionnaire font de gros détournements » (un agent de l'hôpital, Niamey).

A cause de la multiplication de telles pratiques, on dit que chaque directeur a son mur à l'hôpital: « Tel mur a été construit pendant l'exercice d'un tel, tel autre avec le directeur X » (syndicaliste, Niamey).

Conclusion

La « privatisation informelle interne », dans le domaine de la santé, aboutit à ce que les agents de santé eux-même développent entre eux un langage parfois crûment commercial. On ne peut impunément passer des journées à vendre des passe-droits ou des médicaments, à

recevoir des gratifications plus ou moins sollicitées, sans intérioriser ces micro-stratégies de « *business* ».

Ainsi, dans la journée, ou à la « descente du service », il est fréquent d'entendre les agents de santé faire le bilan de leur journée de travail en fonction de leurs recettes parallèles : « *aujourd'hui, ma main n'a pas rencontré la main de l'argent* » (*un ko kpe alo aa*), pour insinuer l'idée que la journée n'a pas été fructueuse en ressources parallèles (enquête Bénin).

Le fait que certains agents se promènent dans la journée de service en service à la recherche d'opportunités de corruption ou de vente de médicaments est justifié par l'expression « *sur place ne donne pas à manger* » (*ten do kpo me dunuan*) (enquête Bénin).

Un agent du CNHU dit « Si tu viens en consultation avec une Mercedes, on s'empresse autour de toi. Tout le monde veut te soigner » (enquête Bénin).

« Au CNHU, c'est le « business » et cela dépend du service et aussi du « dynamisme » (un agent de santé, Cotonou).

Un « col vert » du CNHU rapporte cette boutade pour montrer en quoi la corruption est une compétence avant tout : « Par exemple un usager vous dit : je n'ai que 50.000 FCFA. Or, c'est 200.000 FCFA qu'il doit payer. C'est à moi alors de savoir comment faire pour l'arranger et lui prendre seulement 50.000 FCFA. On peut prendre l'argent chez les usagers et ne pas payer à la caisse et s'arranger pour qu'ils sortent parce qu'on a la possibilité de donner les fiches de sortie à qui on veut contre des sommes qu'on peut exiger. Tout dépend de notre bonne foi. On est exposé à la corruption. Tout est question de calcul pour ne pas se faire attraper. À cœur vaillant rien d'impossible » (enquête Bénin).

On ne s'étonnera donc pas de voir que, du côté des usagers, des expressions particulièrement « dures » soient employées : les agents de santé sont « cupides », ils pratiquent le « racket », ils ne « pensent qu'à l'argent ». Alors qu'on attendrait plutôt compassion et soulagement de leur part, c'est au contraire une image mercantile et cynique qui domine, confirmée hélas par l'expérience journalière (et les multiples grèves sans service minimum), même s'il existe heureusement des exceptions remarquables, et admirables.

Ce n'est pas seulement le contraste entre l'image « idéale » du soignant et son image « réelle » qui explique la violence des propos employés par les usagers « déçus » des services de santé, mais aussi le fait que le malade est en quelque sorte pris en otage. Certes, comme on l'a vu, c'est dans tous les secteurs, et pas seulement dans la santé, que la corruption implique une sorte de « prise en otage » du citoyen par le fonctionnaire, étant entendu que le plus souvent c'est le temps du citoyen qui est pris en otage. Mais, dans la santé, il ne s'agit pas seulement du temps du malade (même s'il s'agit *aussi* de son temps), mais également et surtout de souffrance et de mort.

A cet égard, la santé et la justice sont les deux domaines où cette prise en otage de l'utilisateur, inhérente à la plupart des phénomènes de corruption quotidienne, est vécue par les victimes de la façon la plus dramatique, puisque les enjeux sont dans un cas la liberté, dans l'autre la vie.

La corruption dans le secteur de la santé fonctionne sur l'exploitation de la vulnérabilité et de la fragilité physique du malade d'une part, et d'autre part sur l'exploitation de l'angoisse et de l'inquiétude des accompagnants. Ces situations donnent lieu, dans les formations sanitaires, à des pratiques corruptives (racket, ponction, rançonnement, clientélisme et régimes de privilèges). Souvent, dans la détresse, les personnes accompagnant des malades n'hésitent pas à donner les sommes exigées, dans l'espoir de sauver la vie de leurs patients. L'agent de santé ne doit pas être contrarié. Ses désirs sont des ordres, ses avis et schémas thérapeutiques sont comme des décrets. Cela crée une attitude de docilité consentante chez les usagers, qui renforce davantage la position de pouvoir de l'agent de santé. Toute contestation est un risque qu'on prend, et un défi lancé à l'agent de santé, qui

peut réagir par un abandon ou une négligence du malade. Dans ce rapport de forces très déséquilibré, l'attitude la plus souvent affichée par les usagers est la résignation.

« Quand on parle souvent de la corruption dans le domaine de la santé, ça me fait souvent frémir. Vous avez un enfant, vous jouissez d'une bonne éthique et vous n'êtes pas un corrompu ou un corrupteur. Mais voilà, vous avez un enfant de 15 ans malade souffrant de maux qui font mourir très vite. L'infirmière est en train de traîner les pas. Si vous lui donner 10.000 FCFA, rapidement elle va lui placer le sérum pour que votre enfant retrouve son souffle. Si vous traînez, le souffle va partir. Mais voilà que vous jouissez d'une très bonne éthique. Qu'est-ce que vous allez faire dans ce cas ? Peut-être vous allez vouloir dénoncer l'infirmière, c'est trop tard [votre enfant va mourir] ! Que faire ? » (un membre de la cellule de moralisation de la vie publique, Cotonou).

Ouvrages cités

- Bonnet, D. & Jaffré, Y. (eds), 2003 Les maladies de passage : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest, Paris: Karthala
- Chillio, L. , 2003 « Médicaments et prévention en milieu populaire songhay-zarma (Niger) », in Bonnet & Jaffré (eds)
- Hahonou, E., 2002 « Les urgences à l'hôpital de Niamey », Niamey: Etudes et Travaux du LASDEL, 5
- Jaffré, Y., 1999 « Pharmacies des villes , pharmacies “par terre” », Bulletin de l'APAD, 17 : 63-70
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds), 2003 Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris: Karthala
- Jewkes, R., Naeemah, A. & Zodumo, M., 1998 « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services », Social Science and Medicine, 47 (11): 1781-1795
- Moumouni, A. & Souley, A., 2004 « La Maternité Issaka Gazoby et l'Hopital National de Niamey », Etudes et Travaux du LASDEL (Niamey), 19
- Moussa, H., 2003 « Niamey: le complexe sanitaire de Boukoki », in Jaffré & Olivier de Sardan (eds)
- Olivier de Sardan, J.P., 2001 « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », Autrepart, 20: 61-73
- Souley, A., 2001 « Interactions entre personnels de santé et usagers à Niamey », Niamey: Etudes et Travaux du LASDEL, 2