

# GRATUITÉ DES SOINS DE SANTÉ ET RACKETS DES USAGERS PAR LES SOIGNANTS EN MILIEU HOSPITALIER AU BURKINA FASO : UNE ANALYSE DES STRATÉGIES, DES PRATIQUES ET DES REPRÉSENTATIONS DES ACTEURS

**Maurice SARIGDA**

Université Joseph KI-Zerbo, Burkina-Faso

[maursarigda@yahoo.fr](mailto:maursarigda@yahoo.fr)

&

**Augustin PALE**

Université Joseph KI-Zerbo, Burkina-Faso

[paleu200@yahoo.fr](mailto:paleu200@yahoo.fr)

**Résumé :** Au Burkina Faso, le taux de mortalité infanto-juvénile demeure élevé. Cette situation est attribuable à la non utilisation optimum des services de santé par les populations à faibles revenus. Des politiques de gratuité notamment l'exemption totale de paiement des soins au profit des enfants de moins de 5 ans est mise en œuvre comme une panacée depuis avril 2016. Sa logique d'action est de promouvoir le recours précoce aux centres de santé par les bénéficiaires en supprimant la barrière financière. Cette politique de gratuité dans sa mise en œuvre met-elle fin aux rackets des usagers dans les formations sanitaires lors des soins dispensés aux bénéficiaires ? Partant du postulat que les soignants sont des acteurs rationnels, cette recherche part de l'hypothèse que la gratuité des soins ne met pas fin aux rackets en milieu de soins. Afin de vérifier l'effectivité de cette gratuité totale, une recherche sur les consultations curatives a été menée dans trois structures de soins de premier niveau implantée dans trois (3) milieux sociaux différents de la direction régionale de la santé du Centre (Ouagadougou). La posture épistémologique adoptée au cours de la recherche est la théorie de l'acteur et le système. Elle a été soumise aux données empiriques collectées lors des observations directes non participantes, des entretiens individuels et du journal de terrain. Au total 137 consultations réalisées par des soignants dont 42,8% par des infirmiers et 42,9% par des agents itinérants de santé ont été observée. De plus 33 entretiens individuels avec les usagers ont réalisés. Les principaux résultats montrent que les soignants ont mis au point trois stratégies de rackets des usagers. Il s'agit du recours aux dépôts de médicaments essentiels génériques en complicité avec le gérant pour l'écoulement des médicaments privés ; de la vente directe des médicaments aux usagers lors des soins et de l'intégration des médicaments personnels aux kits laissés par les gérants des médicaments au cours des permanences et gardes. De plus, la conformité de certaines stratégies développées par les soignants aux représentations ethnoculturelles de soins de santé des usagers facilite leur légitimation.

**Mots clés:** gratuité ; soins, stratégies ; rackets ; représentations

**Abstract :** In Burkina Faso, the infant and child mortality rate remains high. This situation is attributable to the lack of optimal use of health services by low-income populations. Free health care policies, particularly the total exemption from payment for care for children under 5 years of age, have been implemented as a panacea since April 2016. Its logic of action is to promote the early use of health centers by beneficiaries by removing the financial barrier. Does this policy of free health care put an end to the racketeering of users in health facilities during the care provided to beneficiaries? Based on the assumption that health care providers are rational actors, this research starts from the hypothesis that free health care does not put an end to racketeering in health care settings. In order to verify the effectiveness of this total gratuity, a research on curative consultations was carried out in three (3) first level health care structures located in three (3) different social environments of the regional health department of the Centre (Ouagadougou). The epistemological posture adopted during the research is the actor-system theory. It was subjected to empirical data collected during direct non-participant observations, individual interviews and field diaries. A total of 137 consultations carried out by health care providers, 42.8% of which were nurses and 42.9% by itinerant health workers, were observed. In addition, 33 individual interviews with users were conducted. The main results show that the caregivers have developed three strategies for the recruitment of users. These are: the use of essential generic drug depots in complicity with the manager to dispose of private drugs; the direct sale of drugs to users during treatment; and the integration of personal drugs into the kits left by the drug managers during on-call duty. In addition, the conformity of certain strategies developed by the caregivers to the ethnocultural representations of health care of the users facilitates their legitimization.

**Keywords:** free care; care, strategies; rackets; representations

## Introduction

L'accès des populations aux services de santé demeure l'un des défis majeurs des politiques sanitaires conçues et mises en œuvre dans les pays africains. La politique des soins de santé primaire adoptée en 1978 à Alma Ata (Kazakhstan) à laquelle ont souscrit plusieurs pays africains s'inscrivait dans cette optique. Son opérationnalisation à travers l'Initiative de Bamako (IB) qui avait pour objectif d'accroître l'utilisation des services de santé en rendant les soins géographiquement, financièrement et socialement accessibles avec la pleine participation des communautés locales est considérée comme la première grande stratégie en matière de santé post coloniale en Afrique de l'Ouest (Valéry Ridde 2011, p201).

En dépit de quelques progrès accomplis suite à son adoption et à sa mise en œuvre, certains indicateurs socio-sanitaires ont connu de faibles évolutions (Ridde et al. 2014, pp717-718). Des critiques sont formulées à l'encontre de l'IB dont le principe de

paiement à l'acte constitue une barrière à l'utilisation des services de santé (E. Robert et al., 2015, p3).

Ces arguments sont renforcés par des études sur les obstacles à l'utilisation des services de santé qui présentent la barrière économique comme étant la plus déterminante. En effet, en plus de restreindre l'accès aux soins, elle engendre également des répercussions sociales néfastes (O. Samb et al., 2013, p36). Cette thèse est confortée par les résultats des comptes nationaux de santé de nombreux pays en développement qui placent les ménages comme étant les entités qui supportent la plus grande part des dépenses de santé. Cette situation fait peser sur les populations, le fardeau des paiements directs lors des épisodes de maladie. Ces dépenses de santé qualifiées de coûts catastrophiques par l'Organisation mondiale de la santé (A. Moukéné et D. Avocksouma, 2016, p30) peuvent provoquer une hausse de l'endettement des ménages, des ventes forcées d'actifs et les conduire à interrompre la scolarité de leurs enfants dont la résultante est l'augmentation durable de la pauvreté (S. Pamies-Sumner, 2012; O. Samb et al., 2013, p36). Des partenaires multilatéraux, bilatéraux et des organisations de la société civile vont alors réclamer l'adoption de politiques sociales supprimant les paiements directs des soins en faveur de certaines catégories sociales dites vulnérables (V. Ridde et al., 2010, p8).

C'est dans cette dynamique que le Burkina Faso s'est engagé dans un processus progressif d'allègement des charges financières d'accès aux soins de santé en subventionnant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et des accouchements (SONU) à hauteur de 80% à partir de 2006 (O. Samb et al., 2013, p36). Cette stratégie d'exemption partielle est remplacée par une politique de gratuité totale matérialisée par l'adoption d'un décret en conseils des ministres le 02 mars 2016<sup>1</sup> au profit des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer (prévention et prise en charge des cancers gynécologiques). Le principe de progressivité de sa mise en œuvre débute le 02 avril 2016 dans trois (3) régions du pays avant de s'étendre sur tout le territoire national au mois de juin de la même année.

---

<sup>1</sup> Décret 2016-311-PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID portant gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (5) et les femmes.

La logique d'action de la gratuité des soins est de réduire la mortalité infanto-juvénile en suscitant le recours précoce aux soins par la suppression de la barrière financière. Or des études sur la mise en œuvre de la gratuité totale des soins en Afrique rapportent la persistance des paiements illicites (A. Diarra, 2012; E. Robert et al., 2015,p35).

Parmi les éléments explicatifs, figure l'absence ou l'insuffisance de mesures d'accompagnements à ces politiques de gratuité en ressources humaines, en primes salariales (V. Ridde et al., 2012, p282) et en formations ( N. Atchessi, V. Ridde et S. Haddad 2013, p607).

Pourtant, les racketts des usagers des services de santé par les soignants ont des répercussions sanitaires et sociales dommageables. Sur le plan sanitaire, l'exigence de paiements illicites peut engendrer des situations conflictuelles entre les soignants et les soignés (A. Diarra, 2012, p88). Il en résulte alors une mauvaise qualité des soins pouvant conduire au non recours aux services de santé par les populations. Dans ces cas, les racketts peuvent hypothéquer l'objectif poursuivi par la politique sociale d'exemption de paiement des soins. Sur le plan social, les répercussions sociales attribuables au facteur économique en plus de la restriction d'accès aux soins mobilisées pour défendre l'adoption des politiques supprimant la barrière financière ne seront pas également jugulées.

Au Burkina Faso, bien que des études sur la mise en œuvre des politiques de gratuité aient été menées (O. De Sardan et V. Ridde 2012; L. Belaid et al. 2017), peu se sont intéressées aux racketts des usagers par les soignants en général et particulièrement aux stratégies des acteurs. De plus, l'approche méthodologique de ces études privilégie les entretiens. Or, pour paraphraser O. De Sardan, « sans connaissance ni compréhension en profondeur de comment et pourquoi les racketts en milieu de soin dans un contexte de gratuité fonctionnent, toute campagne de lutte contre ces pratiques est vouée à l'échec ». Dans cet article, les racketts sont définis comme faisant partie des pratiques corruptrices en milieu de soins selon le Réseau national de Lutte anti-corruption (REN-LAC) (REN-LAC 2018, p12) et consistent en la vente des médicaments aux usagers par les soignants. Les expressions comme ventes illégales (Olivier de Sardan, et Ridde, 2012, p23) et ventes illicites de médicaments (Olivier de

Sardan, et Ridde, 2012, p27) font partie des rackets. Qu'en est-il alors de ces pratiques au Burkina Faso ?

Porter un regard scientifique sur les rackets dans un contexte de gratuité des soins revient à questionner l'effectivité de leur gratuité totale au Burkina Faso. Il s'agit spécifiquement d'identifier les pratiques et les stratégies des soignants en matière de rackets des usagers de même que les représentations/réactions des usagers face à ces pratiques.

C'est dans cette dynamique, que cette recherche a été menée dans trois Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de la direction régionale du Centre (Ouagadougou) où des soins curatifs (consultations curatives) sont dispensés aux usagers des dispensaires. Décrire et analyser les rackets comme un phénomène social dans un contexte de gratuité des soins est l'objectif du présent article.

## **1. Méthodologie**

Cette recherche a été effectuée dans les CSPS de Bang-poore, Sakoula et de Yamba qui relèvent tous de la direction régionale de la santé du Centre (Burkina Faso). Le CSPS de Bang-poore est situé en milieu urbain, celui de Sakoula en zone péri-urbaine et le CSPS de Yamba en milieu rural. Dans le cadre de la politique de gratuité des soins de santé, des outils normatifs de gestion sont mis à la disposition des centres de santé. Le système de gestion de la gratuité s'intègre au dispositif préexistant en matière de gestion des activités curatives. En ce sens, il ne modifie pas le schéma organisationnel de livraison des services de consultation et de médicaments. En effet tout malade qui arrive est reçu en consultation curative. A la fin de la consultation, s'il est bénéficiaire de la gratuité des soins, des ordonnanciers à deux souches sont utilisés. Les informations concernant l'identité du patient sont renseignées et le soignant prescrit l'ensemble des médicaments et consommables médicaux dont il a besoin. Les deux souches sont remises au patient qui se rend au Dépôt de Médicaments Essentiels et Génériques (DMEG). Il ramène les produits prescrits pour les soins. Un exemplaire de l'ordonnance est gardé par le gérant du DMEG et l'autre est remis au patient. Le principe du tiers-payant de la gratuité consiste au remboursement des dépenses

effectuées par les CSPS (actes, médicaments et consommables) à partir de la compilation mensuelle des exemplaires archivés au DMEG. Ce système est similaire pour celui qui ne bénéficie pas de la gratuité. La différence concerne son ordonnance qui est unique et le paiement du coût des actes et des médicaments qu'il doit supporter. Ce système ainsi décrit permet de mettre en exergue une caractéristique : seul le DMEG est l'espace où doivent officiellement se faire les échanges monétaires.

Partant de ce dispositif normatif, il s'est agi dans cette recherche de pénétrer les arcanes des logiques des soignants pour cerner les stratégies déployées afin de mettre en œuvre les rackets. Cette posture a imposé donc l'adoption d'une démarche qualitative réalisée à l'aide d'une observation directe non participante in situ (V. Ridde et O. De Sardan, 2012, p98) qui a permis de collecter les données afin d'appréhender les pratiques de rackets des usagers et les stratégies déployées par les soignants. Outre l'observation, des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés dans le but de confronter les informations sur les rackets observées aux discours en la matière produits par les usagers. Tous les entretiens individuels ont fait l'objet d'enregistrement audio et de prise de notes complémentaires (O. De Sardan, 2003; J-C. Combessie, 2007, pp26-27). Un guide d'entretien individuel a été utilisé pour la collecte des données auprès des usagers en garantissant la possibilité de relier les discours et le sens qui en découle à l'identité sociale de l'enquêté. Un journal de terrain a permis de retracer par écrit certaines situations sociales au cours des consultations curatives qui ne peuvent pas être captées par la grille d'observation notamment les paiements informels et toutes les informations y relatives. L'enquête s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale à l'université Joseph KI-ZERBO (Ouagadougou) sur l'exemption de paiement des soins et l'amélioration de la qualité technique et relationnelle des soins curatifs au Burkina Faso. La collecte des données a été conditionnée à des préalables d'éthique. En effet, le protocole de recherche a de ce fait reçu un avis favorable du comité d'éthique du ministère de la santé. De plus, le libre consentement de participation à l'enquête qui consistait à apposer sa signature ou son empreinte digitale sur la fiche conçue à cet effet a été recueilli auprès des enquêtés. L'enquête a duré six (6) mois soit un séjour de deux (2) mois par site. Au total, 137 consultations

ont été directement observées et le tableau 1 présente la répartition des observations par CSPS.

**Tableau 6 :** Répartition du nombre d'observations des consultations curatives par CSPS

Nom du CSPS	Effectif
Yamba	33
Sakoula	45
Bang-poore	59
<b>Total</b>	<b>137</b>

La différence du nombre d'observation s'explique par la variation du niveau de fréquentation de chaque CSPS. Le CSPS de Bang-poore situé en milieu urbain est plus fréquenté que celui de Sakoula qui est situé en milieu semi-urbain et ce dernier est également plus fréquenté que celui de Yamba en milieu rural.

Pour les entretiens individuels, 33 ont réalisés auprès des usagers au cours de l'enquête. Le tableau 2 donne leur répartition par CSPS.

**Tableau 7 :** Répartition des entretiens individuels par CSPS

Nom du CSPS	Nombre d'entretiens individuels réalisés
Yamba	06
Yamba	11
Urbain	16
<b>Total</b>	<b>33</b>

La technique de saturation explique cette variation dans la mesure où l'enquête a commencé en milieu urbain.

Les données qualitatives issues des entretiens individuels ont été d'abord intégralement transcrites ( O. De Sardan, 2003, p8). Pour l'analyse de ce corpus, l'option thématique (P. Paillé, 2012, p231) a été privilégiée.

## 2. Approche théorique

La posture épistémologique adoptée dans cet article est la théorie de l'acteur stratégique de M. Crozier et E. Friedberg (1977). Pour ces auteurs, l'acteur est un élément central dans cette théorie dans la mesure où il est présenté comme un être rationnel et calculateur qui use de tous les moyens pour parvenir à ses fins. Pour tirer profit, il se sert des règles formelles édictées par l'organisation dont le but est de réglementer et de contrôler les actions des membres. La double lecture de la théorie matérialisée par l'acteur et le système/institution permet, dans le cadre de cette recherche, de rendre compte du comportement des soignants, acteurs rationnels qui ont des objectifs, des motivations individuels contradictoires à ceux que devraient avoir ceux du système de santé. En effet, les intérêts financiers qu'ils recherchent sont en opposition avec le principe de la gratuité des soins qui suppose que le bénéficiaire ne paye pas pour les soins. Contourner cette disposition normative instituée, suppose la mise en place de stratégies par les soignants. L'adaptabilité rend compte de la double réaction du système et des bénéficiaires. Pour y parvenir, les soignants doivent être ce que M. Crozier et E. Friedberg (1977) qualifient d'acteurs doués d'une capacité d'adaptation et d'invention en fonction des contextes et des réactions de leurs interlocuteurs.

## 3. Résultats

Les caractéristiques des prestataires de soins ayant conduit les consultations curatives sont présentées dans Le tableau 3.

**Tableau 8** : Caractéristiques socioprofessionnelles des soignants selon le CSPA

Caractère	Yamba		Sakoula		Bang-poore		Ensemble	
	n*	%	n	%	n	%	n	%
<b>Qualification professionnelle</b>								
Infirmier diplômé d'état	1	33,3	2	40,0	0	0,0	3	21,4
Infirmier breveté	0	0	1	20,0	2	33,3	3	21,4
Agent itinérant de santé	1	33,3	2	40,0	3	50,0	6	42,9
Accoucheuse auxiliaire	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	7,1

Caractère	Yamba		Sakoula		Bang-poore		Ensemble	
	n*	%	n	%	n	%	n	%
Fille de salle	0	0	0	0,0	1	16,7	1	7,1
<b>Catégorie professionnelle</b>								
Infirmier	1	33,3	3	60,0	2	33,3	6	42,9
Non infirmier	2	66,7	2	40,0	4	66,7	8	57,1

\*n=effectif

Selon le tableau 3, les agents itinérants de santé sont plus représentés (42,9%) suivi des infirmiers diplômés d'état et des infirmiers brevetés avec 21,4% chacun. Cependant, des disparités existent entre les milieux de recherche. Se rapportant à la catégorie professionnelle, 57,1% des soignants ayant assuré les consultations n'étaient pas des infirmiers. En dehors du CSPS de Yamba où un seul agent s'occupe des consultations curatives, dans les autres CSPS, le principe organisationnel du travail repose sur une logique collaborative matérialisée par des équipes de soins composées d'un infirmier et d'un agent itinérant de santé dans la mesure du possible.

La typologie des pratiques et stratégies de rackets des usagers par les soignants peuvent être regroupées en trois catégories. Il s'agit de l'intégration des médicaments personnels des soignants à ceux du DMEG, de leur vente directe aux usagers et de leur intégration aux kits de médicaments du DMEG lors des permanences et gardes.

### **3.1. Intégration des médicaments personnels des soignants au des DMEG**

Il s'agit du recours aux DMEG avec la complicité du gérant pour l'écoulement des médicaments acquis individuellement à travers les réseaux personnels des soignants. Cette stratégie se fonde sur le principe du courtage où le gérant assure l'intermédiation entre les soignants et les soignés moyennant une rémunération (O. De Sardan, 1996, p102). Dans cette stratégie, les soignants prescrivent en plus des médicaments et consommables médicaux appartenant à la structure, ceux qu'ils entreposent à titre privé. Tous les produits servis à l'utilisateur provenant du DMEG, celui-ci ne peut savoir qu'une partie du montant payé est reversé aux soignants. Les

montées et descentes de permanences et de gardes sont ponctuées par le dépôt des médicaments personnels au DMEG et un bilan est réalisé à chaque descente. En général, deux bilans sont faits car les équipes de soignants sont en binômes. Un premier bilan est fait par les membres de l'équipe avant que le chef d'équipe ne fasse le deuxième bilan avec le gérant du DMEG. Les expressions comme « je vais faire le point avec le gérant » ou « je n'ai pas encore fais le point avec le gérant » couramment prononcées par les soignants aux descentes des permanences et des gardes confortent ces pratiques. Cette pratique a été observée dans les tous CSPS. Ces informations sont également confirmées par les usagers lors des entretiens individuels comme en témoignent les propos ci-dessous :

*« Je suis venue en consultation et quand je suis allée au DMEG, on m'a dit que je dois payer 1000 F CFA. J'ai payé sans chercher à savoir la raison mais je sais que normalement quand un médicament est au dépôt du CSPS, il doit être gratuit car mon enfant a moins de 5 ans » (mère d'un enfant de 2,5 ans, âgée de 33 ans, niveau primaire, CSPS de Sakoula).*

*« Cette semaine, ça fait deux fois que je viens au CSPS avec mon enfant. A chaque fois, je dois payer un montant complémentaire or mon enfant est concerné par la gratuité. Cet argent revient certainement aux personnels du CSPS puisque normalement les médicaments sont gratuits » (mère d'enfant de 3,1 ans, âgée de 23 ans, non instruite, CSPS de Yamba.)*

### **3.2. Paiements directs exigés à l'usager**

Cette pratique consiste à présenter à l'usager un médicament qui, généralement n'est pas disponible au DMEG. Dans ce cas, une négociation s'engage entre le soignant et l'usager et l'issue est généralement favorable au soignant au regard de sa position sociale dominante. Il s'agit en effet, d'une forme transactionnelle des rackets où le montant à payer par l'usager en dehors du coût de certains produits (notamment contre la fièvre qui est fixe par milieu) est fonction du consensus obtenu. Cette pratique a été observée principalement au CSPS de Bang-poore et Sakoula.

Cette stratégie a été également confirmée par les usagers lors des entretiens. Les propos d'un des leurs résidant en milieu urbain sont illustratifs.

*« Je suis venue en consultation car l'enfant avait le corps très chaud. Lorsque que je suis allée au DMEG, le médicament contre le corps chaud n'était pas disponible. L'agent de santé m'a dit qu'il en a et que ça coûte 1200 F CFA. J'ai payé et il l'a*

*administré à l'enfant»* (mère d'un enfant de 12 mois, âgée de 25 ans, niveau secondaire, CSPS de Bang-porre).

Des déclarations similaires ont été également recueillies en milieu semi-urbain et résumées dans les propos suivants :

*«Mon enfant avait le corps très chaud et il vomissait. L'infirmier a dit qu'on va poser une perfusion et m'a remis l'ordonnance. Quand je suis allée à la pharmacie, il manquait certains médicaments. Au retour il m'a dit que les médicaments manquants étaient disponibles à son niveau. J'ai payé 2500 F CFA et il m'a montré les médicaments complémentaires »* (mère d'un enfant de 2 ans, âgée de 29 ans, niveau secondaire, CSPS de Sakoula).

### **3.3. Intégration des médicaments personnels des soignants aux kits des DMEG**

Cette dernière catégorie de racket s'apparente à la première mais consiste en une intégration des médicaments personnels des soignants aux kits provenant des DMEG. En effet, en milieu semi-urbain et rural, un seul gérant s'occupe de la gestion des médicaments et consommables médicaux. Ne pouvant être permanemment présent au CSPS, un kit constitué de médicaments essentiels est remis aux soignants qui sont de permanence ou de garde. Les soignants dans ce cas consultent et livrent en même temps les médicaments aux usagers. Ils en profitent pour écouler aussi leurs produits personnels. Ici également, il y a moins de soupçons de la part des usagers, pour qui, les produits vendus appartiennent à la structure de santé. Cette pratique a été observée au CSPS de Sakoula et de Yamba. Toutefois, c'est à Yamba qu'elle est prégnante car la gérante du DMEG peut être présente pendant que les soignants continuent de vendre les médicaments contenus dans les kits.

### **3.4. Représentations des usagers face aux stratégies de rackets des soignants**

Elles oscillent entre légitimation et accusation de la pratique. Pour ceux qui légitiment les rackets, acheter par exemple des médicaments au CSPS est perçu comme étant normal. Cette légitimation se fonde sur des arguments culturalistes. En effet, le rapprochement avec la médecine traditionnelle est récurrent en référence à la

contrepartie le plus souvent symbolique qui est offerte au guérisseur traditionnel lors des soins. Pour ces usagers, même dans un contexte de gratuité, les médicaments ne sauraient être totalement gratuits.

*« Si on revient à nos traditions notamment au niveau de la médecine traditionnelle, il n'existe pas de soins gratuits. Le plus souvent, il est remis au guérisseur soit de l'argent ou un objet ou un poulet mais à titre symbolique. Donc ce n'est pas avec la médecine moderne que les soins vont être totalement gratuits »* (mère d'un enfant de 3 ans, âgée de 27 ans, non instruite, CSPS de Yamba).

En plus de cette logique les usagers pensent que les paiements offrent des avantages sociaux en améliorant les relations avec les soignants favorisant ainsi une plus grande qualité des soins. En outre plus, ces paiements véhiculent des valeurs de considération et de reconnaissance dues à celui qui guérit pour le service rendu. Enfin pour ces usagers, les paiements participent à l'amélioration de l'observance du traitement par le malade. S'appuyant sur les réticences constatées lors des campagnes de traitement gratuits contre certaines maladies, une mère d'enfant illustre son argumentation en stipulant que :

*« Si vous voyez que les gens refusent d'avaler les médicaments qu'on distribue contre les vers intestinaux et les éléphantiasis, c'est parce qu'ils sont gratuits. Si non, si ces médicaments étaient payants, personne ne prendra son argent acheter un médicament puis refuser de l'avaler. C'est la même chose pour la gratuité des soins. Les femmes qui ne donnent pas correctement les médicaments aux enfants le font parce qu'elles ne les ont pas achetés »* (mère d'un enfant de 3 ans, âgée de 31 ans, niveau primaire, CSPS de Bang-poore).

Toutefois, contrairement à ces usagers légitimant les paiements illicites, eux les désapprouvent et accusent les soignants de mettre l'argent au-dessus de la vie humaine. Ils mettent en avant la logique morale du soignants dont l'obligation sociale et professionnelle est incompatible avec le rackettage des soignés. Pour cette catégorie d'usagers, les rackets portent atteinte à la dignité des usagers qui sont parfois obligés de recourir à leur capital social pour des prêts afin d'honorer les montants exigés.

*« Mon enfant avait le corps très chaud. Ils ont administré un médicament à mon enfant et m'ont dit de payer 1200 F CFA. Je n'avais pas d'argent sur moi. J'ai appelé mon mari qui m'a dit d'aller voir son ami boutiquier pour emprunter de l'argent. Heureusement il y avait un stagiaire que je connaissais qui était avec les infirmiers et qui les a rassurés. Ils m'ont alors autorisée à aller chercher l'argent auprès du boutiquier »* (mère d'un enfant de 12 mois, âgée de 25 ans, niveau secondaire, CSPS de Bang-poore).

Cette lecture sociale des rackets par les usagers est observée principalement lors des paiements directs exigés/négociés par les soignants. Mais malgré cette désapprobation, les usagers accèdent aux transactions monétaires en payant les montants exigés.

#### **4. Discussions**

Elle est bâtie autour des limites ou faiblesses des politiques de gratuité généralement conçues et mises en œuvre en Afrique. Il s'agit du contexte politique qui fonde les décisions sur la gratuité, de l'impréparation technique et financière. A cela s'ajoute certaines représentations sociales des usagers sur les paiements des soins favorisant les rackets en milieu hospitalier malgré leur gratuité.

Au plan politique, la gratuité des soins dans la plupart des cas est présentée comme un « cadeau » présidentiel à des fins électoralistes. Ce fut le cas par exemple au Mali, au Niger (Olivier de Sardan, et Ridde, 2012, p19) et au Tchad ( Moukénénet, et Avocksouma, 2016, p15). La présente politique de gratuité au Burkina a été dans une certaine mesure prise dans les mêmes conditions car dans de nombreux programmes politiques, la gratuité des soins a été mise en avant comme une mesure sociale forte dans le domaine d'accès aux soins de santé lors des élections présidentielles de 2015. Pourtant, ces décisions politiques qui ne sont pas toujours savamment muries ont des implications sur le plan technique et financier.

Sur le plan technique, les autorités sanitaires « court-circuitées » par des annonces présidentielles soudaines doivent concevoir à la hâte le dispositif opérationnel pour la mise en œuvre (Olivier de Sardan, et Ridde, 2012, p19). Ce fut également le cas au Burkina où après l'annonce, les techniciens devaient élaborer les principaux documents de la mise en œuvre de la gratuité. Ils ont été disponibles plusieurs mois après le début de la gratuité au Burkina Faso. Des constats similaires avaient été également rapportés dans la mise en œuvre de la gratuité au Mali et au Niger (Olivier de Sardan, et Ridde, 2012, p19). Un autre volet important du dispositif d'opérationnalisation de la gratuité des soins non pris en compte est l'implication des acteurs notamment les soignants. Or dans la plupart des cas, bien qu'ils apprécient

positivement la gratuité des soins ils ne se l'approprient pas suffisamment car se sentant exclus (Touré, 2012, p58). En effet, dans la présente gratuité des soins au Burkina, contrairement à la subvention des SONU où plusieurs ateliers d'informations avaient été réalisés dès les débuts (Olivier de Sardan, et Ridde, 2012, p20), seuls quelques débriefings ont été organisés à l'endroit de certains agents de santé bien après le début de la mise en œuvre de la gratuité.

Sur le plan financier, la gratuité est souvent annoncée ou décrétée sans une évaluation préalable du budget ni un plan pérenne de mobilisation des ressources financières. Ce fut le cas au Tchad où l'annonce a été faite sans qu'aucun budget estimatif n'ait été élaboré et où le ministère de la santé devait se mobiliser pour son estimation (Moukénénet, et Avocksouma, 2016, p84). Au Burkina Faso également, les coûts estimatifs n'ont été évalués qu'après l'adoption du décret instituant la gratuité. En outre, sur un besoin de financement estimé à 23 296 794 000 FCFA, un montant de 16 283 849 000 FCFA a été accordé par la Loi de finance rectificative gestion de 2016. Il se dégageait ainsi un gap de 7 821 794 000 FCFA (Ministère de la santé 2016) illustrant l'impréparation financière d'une politique pourtant présentée comme une décision nationale et revendiquée comme souveraine.

Toutes ces limites ne permettent pas au système de santé d'assurer une meilleure mise en œuvre de la gratuité. Elles constituent selon M. Crozier et E. Friedberg, (1977) des zones d'incertitude que concède tout système à partir desquelles les soignants profitent pour tirer le maximum de profit. L'un des effets de toutes ces limites ou impréparations est le non remboursement des dépenses réalisées par les structures de santé conduisant à des ruptures permanentes des médicaments. Au Niger (Diarra 2012, p87), au Mali (Touré, 2012, p55) des ruptures fréquentes en médicaments et consommables dans les centres de santé ont été également rapportés durant la mise en œuvre de la gratuité des soins. Dans ces cas, les médicaments personnels des soignants dont certains proviennent de la gratuité sont alors proposés aux usagers moyennant certains montants. Moukénénet et Avocksouma (2016, p10) rapportaient des pratiques identiques au Tchad où le non remboursement des dépenses effectuées par le tiers-payant amène le prestataire à recourir toujours à d'autres stratégies pour combler le manque à gagner : dessous de table, vente des kits, surfacturation des non bénéficiaires

pour comble le manque à gagner. Toutefois, dans notre étude les informations collectées ne mettent pas en exergue une surfacturation des non bénéficiaires mais une possibilité de vente de certains composants des kits gratuits dans la mesure où une prescription systématisée des gants d'examen sur toutes les ordonnances était faite même s'ils n'étaient pas utilisés par les soignants. Par contre une pratique similaire à nos résultats est relative à la mise en place par les soignants d'un système payant, parallèlement à l'exemption officielle qui avait été signalée au Niger par Samb citant A. Diarra (O. Samb et al., 2013, p40). Il en est de même de l'étude réalisée au Ghana qui a mis en évidence la modification de l'application de la politique d'exemption par les soignants qui n'offraient que partiellement la subvention (Agyepong et Nagai 2011, p230). En effet, cette pratique consiste à demander au bénéficiaire un montant complémentaire aux médicaments servis par les DMEG de la formation sanitaire et qui sont censés être gratuits.

En plus de l'adaptation vis-à-vis du système, les soignants mettent aussi en œuvre des pratiques adaptées aux réactions des usagers. Selon Y. Jaffré et O. De Sardan (2003, p150), les réactions des usagers face à ces paiements illicites sont qualifiées d'allers-retours permanents entre légitimation et accusation. Pour ceux qui légitiment les paiements dans un contexte de gratuité, la vente illicite des médicaments devient facile pour les soignants grâce à ces prédispositions socialement construites. Les résultats obtenus corroborent ceux de L. Touré (2012, p50) qui mentionnait cette prédisposition favorable des usagers pour les paiements informels malgré la gratuité des soins en s'appuyant sur une représentation ethnoculturelle (L. Belaid et al., 2017) où payer garantit l'accès à des soins de santé de qualité. Dans certaines situations sociales (permanences et gardes) au CSPS de Sakoula et de Yamba, les soignants mettent en avant leur posture altruiste. En effet, en acceptant de prendre des kits afin de rendre les médicaments accessibles aux usagers, les soignants présentent la situation aux usagers de sorte à ce qu'ils admettent la positivité des actions pour lesquelles ils n'ont aucune obligation. Or en réalité, ils en récoltent un double intérêt constitué de reconnaissances symboliques de facilitation d'accès aux médicaments et de retombées financières par la vente de médicaments personnels.

Par contre, pour ceux qui dénoncent ces paiements illicites en mettant en avant le rôle social de l'agent de santé, ces paiements involontaires soulignent le déséquilibre de pouvoir en défaveur des soignés. Ces rapports sociaux entre les soignants et les soignés en faveur des premiers s'inscrivent dans la lignée de la théorie de M. Crozier et E. Friedberg (1977, p. 65) pour qui le pouvoir est :

*« Un rapport de force dont l'un peut retirer plus que l'autre, mais où l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre. Il faut donc étudier le cadre spatial, temporel et social pour mesurer les atouts de chacun, ou les contraintes qui pèsent sur eux ».*

Le statut de soignant confère aux agents de santé cet atout et cette reconnaissance sociale est utilisée pour obliger les usagers à payer des médicaments qui sont normalement gratuits (Diarra 2012, p88). Ces paiements imposés aux usagers sans toujours tenir compte de leur capital social et économique est la base de nombreuses situations conflictuelles entre les usagers et les soignants. De plus ils inhibent un des effets positifs de la gratuité rapportée par O. Samb et al. Selon ces auteurs la gratuité des soins permet la restauration de la dignité des femmes en leur évitant de recourir aux prêts en cas de survenue de maladie. Ces prêts qui devaient être remboursés étaient également sources d'angoisse et de honte car elles étaient obligées d'exposer la situation de pauvreté dans laquelle elles vivaient (O. M. Samb et al., 2013, p38).

Toutes ces pratiques montrent que les paiements illicites ou rackets se poursuivent malgré la politique d'exemption des paiements directs au point de prestation des soins de santé.

## **Conclusion**

Cette recherche effectuée dans trois CSPS de la région du Centre (Ouagadougou) visait à vérifier l'effectivité des soins de santé sur le terrain. L'hypothèse de recherche stipulait que l'exemption totale de paiement direct des soins ne met pas fin aux rackets des usagers par le soignant en milieu de soins. La posture méthodologique adoptée a consisté en une enquête par observation non participante des consultations curative et des entretiens individuels auprès des usagers. L'approche épistémologique est celle de l'acteur et le système. La description et l'analyse des pratiques et stratégies des acteurs montrent que les rackets des usagers par les

soignants demeurent une réalité malgré la gratuité. Les soignants ont en effet mis en place des stratégies qui révèlent qu'ils sont des acteurs rationnels capables de transformer les limites du système en leur faveur. En dépit d'une timide résistance de quelques usagers face aux rackets, les soignants bénéficient de plus de pouvoir socialement et professionnellement construits grâce à la maîtrise des zones d'incertitude inhérentes à tout système. Pourtant ces rackets des usagers par les soignants peuvent constituer une barrière pour l'accès aux soins à certaines catégories sociales notamment les plus pauvres. En plus ils détériorent la relation entre les soignants et les soignés affectant négativement la qualité des soins. S'ils se poursuivent, l'objectif de réduction de la mortalité infanto-juvénile poursuivi par la politique de gratuité totale des soins peut être également hypothéqué. Il faut alors penser à des mesures d'accompagnement comme la mise en œuvre d'un mécanisme de suivi, de renforcement de contrôle des prestations du personnel de santé, d'encouragement des soignants (primes) ainsi qu'à des enquêtes /sondages d'opinions réguliers auprès des usagers des centres de soins.

### Références bibliographiques

- Agyepong, Irene Akua et Richard A. Nagai. 2011. « "We Charge Them; Otherwise We Cannot Run the Hospital" Front Line Workers, Clients and Health Financing Policy Implementation Gaps in Ghana ». *Health Policy* 99 (3): 226-33. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.09.018>. Consulté le 20/03/2020 à 09h01.
- Atchessi, N., V. Ridde et S. Haddad. 2013. « Combining User Fees Exemption with Training and Supervision Helps to Maintain the Quality of Drug Prescriptions in Burkina Faso ». *Health Policy and Planning* 28 (6): 606-15. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs100>. Consulté le 18/04/2019 à 18h03.
- Belaid Loubna, Patrick Cloos, et Valéry Ridde. 2017. « Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins de santé au

- Burkina Faso ». *Canadian Journal of Public Health* 108 (1): e56-61.  
<https://doi.org/10.17269/CJPH.108.5628>. Consulté le 08/04/2020 à 19h48.
- Combessie Jean-Claude. 2007. *La méthode en sociologie*. 5. éd. Repères Sociologie 194.  
Paris: La Découverte.
- Diarra Aïssa. 2012. « Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger: Évaluation dans les districts sanitaires ». *Afrique contemporaine* 243 (3): 77. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0077>. Consulté le 16/05/2018 à 7h48.
- Ministère de la santé. 2016. « Les mesures de gratuité des soins chez la femme et l'enfant de moins de cinq ans au Burkina Faso ». Ouagadougou.
- Moukéné Azoukalné, et Djona Atchénémou Avocksouma. 2016. *La gratuité des soins de santé au Tchad: évaluation et perspectives*. Paris: L'Harmattan.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre. 1996. « L'économie morale de la corruption en Afrique ». *Politique Africaine* 63 (janvier): 97-116.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre. 2003. « L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants ». *Etudes et Travaux* n° 13. Niamey: LASDEL.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, et Valéry Ridde. 2012. « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: Les contradictions des politiques publiques ». *Afrique contemporaine* 243 (3): 11. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0011>. Consulté le 07/11/2019 à 10h09
- Paillé Pierre et Alex Mucchielli. 2012. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>. Consulté le 01/11/2020 à 10h03.
- Pamies-Sumner Stéphanie. 2012. « Au-delà de la gratuité, la micro-assurance de santé. Une évaluation expérimentale de son impact au Cambodge ». *Afrique contemporaine* 243 (3): 108. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0108>. Consulté le 30/03/2019 à 10h46.

- REN-LAC. 2018. « Etude sur les présomptions de corruption et pratiques assimilées dans le système et les services de santé au Burkina Faso ». <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Etude+sur+les+pr%C3%A9somption+de+corruption+et+pratiques+assimil%C3%A9es+dans+le+syst%C3%A8me+de+sant%C3%A9+au+burkina+Faso%2Fseptembre+2018.pdf#>. Consulté le 10/05/2021 à 10h46.
- Ridde Valéry., Robert Emilie., Et Meessen Bruno. 2010. « Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé », 46. <https://research.itg.be/en/publications/les-pressions-exerc%C3%A9es-par-labolition-du-paiement-des-soins-sur-l>. Consulté le 08/04/2020 à 12h10.
- Ridde Valéry. 2011. « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso ». *Cahiers d'études africaines*, n° 201 (mars): 115-43. <https://doi.org/10.4000/etudesafricaines.16603>. Consulté le 07/11/2019 à 10h02.
- Ridde Valéry, Loubna Belaid, Oumar Malla Samb, et Adama Faye. 2014. « Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012 ». *Santé Publique* 26 (5): 715. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0715>. Consulté le 07/11/2019 à 9h26.
- Ridde Valéry, et Jean-Pierre Olivier de Sardan. 2012. « Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l'Ouest ». *Afrique contemporaine* 243 (3): 98. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0098>. Consulté le 15/10/2020 à 17h43.
- Ridde Valery, Ludovic Queuille, et Yamba Kafando. 2012. *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO.
- Robert Emilie, Oumar Samb, Bruno Marchal, et Valéry Ridde. 2015. « Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : Une revue réaliste », novembre.
- Samb O.M., Loubna Belaid et Ridde Valéry. 2013. « Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? » *Humanitaire*.

*Enjeux, pratiques, débats*, n° 35 (juin): 34-43.

<http://journals.openedition.org/humanitaire/2256>. Consulté le 21/04/2020 à 9h06.

Touré Laurence. 2012. « La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali ». *Afrique contemporaine* 243 (3): 49.  
<https://doi.org/10.3917/afco.243.0049>. Consulté le 08/05/2020 à 13h33.