Revue des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations

ISSN
(E) 2958-2814
(P) 3006-306X

Numéro 8, Octobre 2024

Université Alassane Ouattara
UFR Communication Milieu et Société

revue.akiri-uao.org

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Site web: https://revue.akiri-uao.org/

E-mail : revueakiri@gmail.com

Editeur

UFR Communication, Milieu et Société

Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

INDEXATIONS INTERNATIONALES

Pour toutes informations sur l'indexation internationale de la revue ***AKIRI***, consultez les bases de données ci-dessous :

https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946

https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri

http://sjifactor.com/passport.php?id=23334

https://orcid.org/0009-0002-6794-1377

https://www.ajol.info/index.php/akiri

https://ipindexing.com/journal-details/AKIRI-(Revue-des-sciences-humaines-et-sociales,-lettres,-langues-et-civilisations)/2360

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

REVUE ELECTRONIQUE

AKIRI

Revue Scientifique des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations
E-ISSN 2958-2814 (Online ou en Ligne)
I-ISSN 3006-306X (Print ou imprimé)

Equipe Editoriale

Coordinateur Général : BRINDOUMI Kouamé Atta Jacob
Directeur de publication : MAMADOU Bamba
Rédacteur en chef : KONE Kiyali
Chargéde diffusion et de marketing : KONE Kpassigué Gilbert
Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen

Comité Scientifique

SEKOU Bamba, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
OUATTARA Tiona, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST,
ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly
SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro
BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I
N’GUESSAN Mahomed Boubacar, Professeur titulaire, Université Félix HouphouëtBoigny
BA Idrissa, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
KAMARA Adama, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
M’BRA Kouakou Désiré, Maître conférences, Université Alassane Ouattara

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Comité de Lecture

BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches,
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
ALABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
DEDE Jean Charles, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara
BAMBA Abdoulaye, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
BAKAYOKO Mamadou, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou
GOMA-THETHET Roval, Maître-Assistant, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
GBOCHO Roselyne, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara
SEKA Jean-Baptiste, Maître-Assistant, Université Lorognon Guédé,
SANOGO Tiantio, Maître-Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle
ETTIEN N'doua Etienne, Maître-Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny
DJIGBE Sidjé Edwige Françoise, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara
YAO Elisabeth, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara

Comité de rédaction

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville
KONÉ Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara
KONÉ Kiyali, Maître-Assistant, Histoire, Université Péléforo Gon Coulibaly
BAKAYOKO Mamadou, Maître de Conférences, Philosophie, Université Alassane Ouattara
OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara
MAMADOU Bamba, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara
TOPPE Eckra Lath, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Alassane Ouattara,
ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Félix Houphouët-Boigny,
KONAN Koffi Syntor, Maître de Conférences, Espagnol, Université Alassane Ouattara
SIDIBÉ Moussa, Maître-Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara
ASSUÉ Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Géographie, Université Alassane Ouattara
KAZON Diescieu Aubin Sylvère, Maître de Conférences, Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny
MEITÉ Ben Soualiouo, Maître de Conférences, Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny
BALDÉ Yoro Mamadou, Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
MAWA Miraille-Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Contacts

Site web: **https://revue.akiri-uao.org/**
E-mail : revueakiri@gmail.com
Tél. : + 225 0748045267 / 0708399420/ 0707371291

Indexations internationales :

Auré HAL : https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946

Mir@bel : https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri

Sjifactor: http://sjifactor.com/passport.php?id=23334

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-6794-1377

AJOL: https://www.ajol.info/index.php/akiri

IPIndexing: https://ipindexing.com/journal-details/AKIRI-(Revue-des-sciences-humaines-et-sociales,-lettres,-langues-et-civilisations)/2360

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

PRESENTATION DE LA REVUE AKIRI

Dans un environnement marqué par la croissance, sans cesse, des productions scientifiques, la diffusion et la promotion des acquis de la recherche deviennent un impératif pour les acteurs du monde scientifique. Perçues comme un patrimoine, un héritage à léguer aux générations futures, les productions scientifiques doivent briser les barrières et les frontières afin d'être facilement accessibles à tous.

Ainsi, s'inscrivant dans la dynamique du temps et de l'espace, la revue « ***AKIRI*** » se présente comme un outil de promotion et de diffusion des résultats des recherches des enseignants-chercheurs et chercheurs des universités et de centres de recherches de Côte d'Ivoire et d'ailleurs. Ce faisant, elle permettra aux enseignants-chercheurs et chercheurs de s'ouvrir davantage sur le monde extérieur à travers la diffusion de leurs productions intellectuelles et scientifiques.

AKIRI est une revue à parution trimestrielle de l'Unité de Formation et de Recherches (UFR) : Communication, Milieu et Société (CMS) de l'Université Alassane Ouattara. Elle publie les articles dans le domaine des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations. Sans toutefois être fermée, cette revue privilégie les contributions originales et pertinentes. Les textes doivent tenir compte de l'évolution des disciplines couvertes et respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent en outre être originaux et n'avoir pas fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

PROTOCOLE DE REDACTION DE LA REVUE AKIRI

La revue ***AKIRI*** n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

Structure générale de l'article :
Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

Présentation de l'article :

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. -2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («…. »), mais sans italique.

N.B. : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de …

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2nde éd.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :
  Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.

- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.
  Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIX*^{e} *siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.

- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.
  Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

NB : Les articles sont la propriété de la revue.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

SOMMAIRE

LANGUES, LETTRES ET CIVILISATIONS

Études hispaniques

1. **Les enjeux sociaux et économiques de l'émigration des populations mexicaines aux États-Unis (1994-2024)**
Alexandre MOUSSAVOU…… **1-20**

Études germaniques

2. **La question des rencontres interculturelles dans la littérature afro-allemande dans *Die Dinge, die ich denke während ich höflich lächle*… (2011) de Sharon Dodua Otoo et *Deutsch sein und Schwarz dazu* (2016) de Theodor Michael Wonja**
Eckra Lath TOPPE & Kobenan Kouman Benoit KOFFI…… **21-32**

Anglais

3. **Textbook Evaluation in Côte d'Ivoire: The Case of *English For All* 3è *Students' Book***
Siéllé SORO …….. **33-47**

4. **Questioning Interdisciplinarity between Anglophone Literature and Psychology at Université Joseph KI-ZERBO (UJKZ)**
Wôkoudo Marcel MASSIMBO & Alexis Beli NEBIE …….. **48-63**

5. **L'analyse des besoins dans la Formulation des Objectifs d'un Cours d'Anglais de Spécialité : une étude cas**
KOUASSI Kouassi Théodore …… **64-79**

6. **Social Depravation: Case of Prostitution in Amma Darko's *The Housemaid***
N'Dri Denis N'GORAN, Bi Youan Mathurin TRA & Evrard AMOI…… **80-88**

7. **A Call for a New Order: The Rise of a New Breed of Women the Quest for Power in Mawugbe's *In the Chest of a Woman***
Ayélé Fafavi d'ALMEIDA ……..... **89-102**

Lettres Modernes

8. **L'étude de la pratique de l'excision dans la littérature guinéenne et son impact éducatif**
Abdoul Karim CAMARA……..……..... **103-113**

9. **Étude comparée du syntagme épithétique de trois langues gur : le kabiyè, le moba et le gulmancema**
Assolissim HALOUBIYOU & Djahéma GAWA ……... **114-125**

10. **L'évocation dans la poésie d'Akagah Djonginyo : Les cas de « Repères I » et « Repères II »**
Catherine NSE NZE épouse MBENG…… **126-139**

11. **Difficultés de l'apprentissage de la production écrite : Cas des apprenants du niveau B1, B2 et C1, C2 au département de français à la faculté de pédagogie de Waddan**
Balla BERETE…… **140-149**

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

12. Enjeu et défi de l'apprentissage de la littérature française dans les universités tchadiennes
Sylvain REOUTAREMS…… **150-162**

13. La violence poétique chez Lautréamont dans *Les Chants de Maldoror*
Lassana NASSOKO…… **163-171**

COMMNUNICATION, SCIENCE DU LANGAGE, ARTS ET PATRIMOINE

Sciences du langage et de la communication

14. Le retard de langage chez l'enfant : le rôle des écrans de smartphones et de la télévision
Yannick Lionel Mahougbé MONGBO …….. **172-182**

15. Morphosyntaxe des adpositions du marka
DAO Nébremy…… **183-203**

16. Hibernation des référentiels de VAE des alphabétiseurs : vers l'abandon d'un catalyseur de promotion des langues maternelles tchadiennes ?
Dionnodji TCHAÏNÉ……..... **204-220**

Arts et Action Culturelle

17. Les représentations sociales de l'insécurité dans les Écoles du district d'Abidjan
Ignace Yéby NCHO……..…….. **221-234**

18. Regard prémonitoire l'artiste Alpha Blondy sur la crise postélectorale en Côte d'Ivoire
Hermann Guy Roméo ABE …… **235-245**

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Archéologie

19. L'archéologie de la vallée à l'ère des SIG : Résultats des premières reconnaissances aériennes du site Belli Thiowi 1 (Sénégal, Afrique de l'ouest)
Amadou THIAM, Ibrahima Oumar SY, Fodé DIAKHO, Djiby TINE, Mbemba Fabou DOUMBOUYA, Harona SOGUE & Cheikh DIEYE…… **246-263**

20. Connivences entre archéologie et patrimoine culturel immatériel en Afrique : quelques réalités du terrain en contexte burkinabè
Noaga BIRBA……..... **264-281**

Histoire

21. Histoire quantitative de l'appui budgétaire de l'UE au Burkina Faso (2000-2020)
Inoussa DIANDA, Boukaré OUEDRAOGO & Guetawendé Nathanael YAMEOGO …… **282-299**

22. Le Crédit de la Côte d'Ivoire (CCI) dans le secteur immobilier à l'époque coloniale (1955-1960)
Sontia Victor Désiré COULIBALY, Kassy Stanislas Herman EHOUMAN & Konan Samuel N'GUESSAN…….. **300-311**

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

23. Les mercenaires dans la crise militaro-politique en Côte d'Ivoire (2002-2011)
Nahoua Karim SILUE…… **312-330**

24. Le foncier urbain au Burkina Faso : une arnaque du peuple contre le peuple
Inoussa YELBI…… **331-347**

25. Peuplement Agni alangoua et Denkyira dans le Bas-Bandama : des origines au XIXe siècle
Kouadjané Basile BRIMIAN …….. **348-364**

26. La vie sociopolitique de Kadioha en pays sénoufo de Côte d'Ivoire : des origines à 1898
OUATTARA Yacouba…… **365-377**

27. Le mariage atonvle en pays baoule (Centre de la Côte d'Ivoire) de l'exode à nos jours
KOUAME Amani & KOFFI Ignace ……... **378-386**

28. Stratégies et caractéristiques du mariage chez les Degha, des origines au XXe siècle
Kouakou Kra ATTA…… **387-396**

29. La IIIe république du Togo : de la présidentialisation à l'ouverture démocratique (1980-1991)
Yao Edem ASSEGBE…… **397-414**

30. Le peuplement du pays sénoufo : exemple de Dikodougou, la cité des Koufolo dans le Nord de la Côte d'Ivoire (1710-1896)
YEO Nonhondon, M'BRAH Kouakou Désiré &
OUATTARA Fonni N'Golo Youssouf……... **415-427**

Géographie

31. Le Train Express Régional (TER) dans le système de mobilité dakarois : quelle intégration ?
Malick NDIAYE & Antoine CRILLON…….. **428-441**

32. Pression humaine et changement climatique, véritable tandem pour la dynamique des terres : le cas du bassin versant de Yao dans le département de Fitri au Tchad
Model DJEMON & Abiezer Kadmiel DJANGRANG…… **442-459**

33. Dégradation par l'érosion hydrique des quartiers Maman Mboualé et Ngamakosso (arrondissements 6 Talangaï), Jacques Opangault et Mont Boukiero (arrondissement) 9 Djiri au nord de Brazzaville (Congo)
René NGATSE & Léonard SITOU…… **460-476**

34. La société gabonaise d'entreposage des produits pétroliers (sgepp), un maillon défaillant de la chaîne logistique des produits raffinés blancs ?
Epiphane MOUVONDO…… **477-495**

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

35. La gestion décentralisée des forets classées dans les alentours de Bamako, au Mali
Diakaridia SIDIBE **496-511**

36. Effets de l'aménagement et de l'urbanisme spontanés sur l'organisation du quartier Ngamakosso à Brazzaville
Robert NGOMEKA **512-526**

37. Dynamique socioeconomique des périphéries de la ville de Lomé : le cas d'Agoe-Nyive
Eyanah ATCHOLE..... **527-540**

Philosophie

38. La philosophie négro-africaine et renaissance de l'Afrique selon Cheik Anta Diop : rupture ou continuité ?
OLAME HOUMINA Patrice..... **541-554**

39. La COP 28 : et quand un ''pyromane'' dirigeait les pompiers…
Dimngar ALNDINGANGAR & Salomon KELGUE **555-574**

40. Action et ontologie chez hans jonas : le faire, l'être et le devenir
Ousmane NGOM & Guène FAYE **575-589**

Anthropologie et sociologie

41. Facteurs explicatifs de la persistance de la féminisation du VIH et le sida
Aboubacar DABILOUGOU, Blahima KONATE & Roger ZERBO..... **590-606**

42. Rites agraires et gestion des risques agricoles : Les pratiques en milieu rural au sud-Benin
Comlan Julien HADONOU & Salihou Henri SOHOUGAN..... **607-625**

43. Auto-hébergement des élèves du post-primaire et du secondaire dans la commune de Koudougou (Burkina Faso)
Rasmané ZALLÉ, Aboubakar Sidiki SEGDA & Ibrahima TRAORÉ **626-642**

44. L'économie de guerre : cas de Fréderic Bitsangou, dans le pool au Congo Brazzaville
Rock OKIEMBA..... **643-653**

45. Déterminants de la faible adoption des énergies solaires par les populations rurales de Gregbeu
Koffi KONAN, Mamadou SANOGO, Alexis KOFFI & Kouassi Jean Charles GUESSEND..... **654-675**

46. Les politiques publiques d'aide à l'emploi des jeunes à la croisée des logiques d'acteurs
Kamenan A-Michael EHOUMAN..... **676-693**

47. Régulation de contrôle et désaffection syndicale des conducteurs de motos-taxis à Ngaoundéré
Catherine NGONO **694-712**

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

48. Contexte de crise sécuritaire et violences faites aux enfants au Burkina Faso
Siaka GNESSI…… **713-725**

49. Dynamiques et reconstruction sociale d'une qualité différentielle de l'« Attiéké de Grand-Lahou » à Lahou 2
Bissè Blanche Danielle N'guessan ADOH…….. **726-743**

50. Pouvoirs publics et question de la vente des médicaments dans les formations sanitaires
Martin NOMO…… **744-767**

51. Socio-histoire des tentatives de réformes de l'enseignement supérieur et la recherche scientifique au Gabon : entre attentisme des acteurs et déficit de volonté politique
Georges MOUSSAVOU…… **768-787**

52. Stratégie de gestion du personnel de l'entreprise MMCI en période de crise postélectorale de 2010-2011 à Abidjan (Côte d'Ivoire)
Dja Flore KOUASSI-LAGO, Serge N'guessan KOUASSI,
Bintou TIOTE & Lacina COULIBLY……..... **788-798**

Psychologie

53. Processus psychodynamiques de l'addiction aux drogues chez les élèves du post-primaire au Burkina Faso
Koudregma Clément RAMDE & Aboubacar BARRY…… **799-814**

54. Influence de la charge de travail sur l'engagement du personnel du centre régional des œuvres universitaires de l'université Abdou Moumouni de Niamey
Abdourahamane BASSIROU…….. **815-829**

55. Représentation de la maladie, vécu et estime de soi des personnes atteintes d'albinisme au Togo
Kossi Blewussi KOUNOU, Giovanni Louis Kokou de SOUZA &
Koussaké KOMABTE…… **830-842**

56. Apport de la psychologie cognitive dans la Co-construction des savoirs pour un enseignement-apprentissage efficace
Micheline KIENOU & Paul Marie BAYAMA…… **843-854**

Science de l'éducation

57. Qualité du système éducatif et transition de l'école-collège à l'IDEN du 1er Arrondissement de N'Djamena / Tchad
Nathaniel FOCKSIA DOCKSOU & Abraham DAGUE……..... **855-877**

58. Postures technopédagogiques d'enseignants du secondaire ivoirien face au numérique
Mohamed Tidiane OUATTARA & Soungari YÉO…… **878-896**

59. Pratiques de médiation en milieu scolaire : des conflits aux accords de paix
Bréhima Salah TRAORE, Moctar SIDIBE &
Cheick Oumar TRAORE…… **897-910**

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

REVUE AKIRI
Revue des Sciences Humaines et Sociales, Lettres, Langues et Civilisations

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Pouvoirs publics et question de la vente des médicaments dans les formations sanitaires

Martin NOMO
Doctorant en Sociologie,
Université de Douala-Cameroun,
Email : nomomart@yahoo.fr

Résumé

Le présent article est une analyse des mécanismes de lutte contre la vente parallèle ou illicite des médicaments dans le circuit du malade par les agents en service dans les formations sanitaires publiques au Cameroun. La triangulation des données issues d'une recherche documentaire, des entretiens individuels et du questionnaire, montrent à suffisance les comportements, les logiques et les stratégies que différents acteurs mettent en œuvre à travers leurs interactions pour maintenir ou pour éradiquer la pratique de vente parallèle des médicaments dans le circuit du malade. La présente contribution essaye d'apporter des éléments de réponse au questionnement suivant : comment les hôpitaux sont–ils devenus des espaces de ventes illicites des médicaments ? L'étude essaye de démontrer que l'incomplétude irrémédiable des régulations de contrôle ouvre la voie aux régulations autonomes développées par les acteurs eux-mêmes. Le cadre de référence porte sur la théorie des régulations sociales adossée sur l'approche stratégique. Puis l'individualisme méthodologique (R. Boudon, 1979) qui permet de lire la rationalité corruptive de l'acteur des formations sanitaires motivé par la recherche des intérêts matériels au détriment de la santé des malades. La méthodologie s'appuie sur le questionnaire, l'étude de deux cas (Maternité de l'Hôpital Central de Yaoundé et le Centre des Urgences de Yaoundé) et l'entretien semi-directif individuel. L'enquête par questionnaire nous a permis d'expliquer les rapports entre la vente illicite des médicaments dans les formations sanitaires publiques et la baisse du niveau de vie du personnel soignant. L'étude de cas en revanche, nous a permis à aller en profondeur dans la compréhension des enjeux sous-jacents la vente des médicaments dans les formations sanitaires ou non. Ces méthodes renvoient à la fois à une analyse qualitative et quantitative des données de terrain.

Mots clés : vente parallèle des médicaments en milieu hospitalier, sécurité sanitaire, hôpitaux publics, prise en soins.

Public authorities and the issue of the sale of drugs in health facilities

Summary

This article is an analysis of the mechanisms of the fight against the sale of drugs in the circuit of the patient by the public authorities in Cameroon. The triangulation of data from documentary research, individual interviews and the questionnaire, sufficiently show the behaviors, logics and strategies that different actors implement through their interactions to maintain or to eradicate the practice of selling drugs in the patient circuit. This contribution attempts to provide some answers to the following question: how are hospitals spaces of control regulations implemented by public authorities and autonomous rules produced by health facilities. The study attempts to demonstrate that the irremediable incompleteness of control regulations opens the way to autonomous regulations

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

developed by the actors themselves. The reference framework concerns the theory of social regulations based on the strategic approach. Then methodological individualism (R. Boudon, 1979) which allows us to read the corrupting rationality of the actor in health facilities motivated by the pursuit of material interests to the detriment of the health of patients. The methodology is based on the questionnaire, the study of two cases (Maternity of the Yaoundé Central Hospital and the Yaoundé Emergency Center) and the individual semi-structured interview. The questionnaire passed to the medical corps, the nursing corps, the patients and the nurses enabled us to observe the production of the autonomous rules, which result from the arrangements between the actors present. The case study, on the other hand, gave us the opportunity to go in depth in understanding the issues underlying the sale of drugs in health facilities or not. The semi-directive interview with actors who master the question in hospitals, gives a glimpse of their motivations. These methods refer to both qualitative and quantitative analysis of field data.

Keywords: public policies-sale of medicines in hospitals-health safety-Central Hospital of Yaoundé-Emergency Center of Yaoundé.

Introduction

La vente illicite des médicaments en milieu hospitalier est une réalité dans le système sanitaire camerounais. Le malade est ainsi confronté à cette pratique à laquelle se livrent les corps médical et infirmier. Cette petite corruption rampante dans les services, agit sur la qualité des soins et les conditions de travail des soignants. Or, le ministère de la santé publique a mis sur pied des comités de lutte contre la corruption dans chaque structure sanitaire, dans le but de dénoncer en vue d'enrayer ce phénomène. Toutefois, sur le terrain, malgré l'existence des espaces de collaboration entre les comités de lutte contre la corruption et les différents acteurs tels que les corps médical, paramédical, administratif, gardes malades et malades ; la lutte contre ce phénomène trouve des résistances dans les hôpitaux du Cameroun. Cependant, nos observations au Centre des Urgences de Yaoundé (CURY) ont montré des solidarités autour de la lutte contre ce phénomène. Ces hôpitaux réputés de référence font souvent objet de faits scandaleux liés à la corruption, à la vente illicite des médicaments, etc.

1. Méthodologique

Premièrement cet article s'appuie sur une approche documentaire dont la revue de la littérature s'intéresse à la problématique de la lutte contre la vente illicite des médicaments dans les formations sanitaires qui a des effets sur la prise en soins des malades. Une insistance est faite sur les documents traitant des facteurs explicatifs de ce phénomène, des politiques publiques dans les formations sanitaires, des stratégies et des ressources que les acteurs mettent en place pour contourner les règles ou pour les mettre en pratique dans les hôpitaux. Deuxièmement, l'analyse repose sur les enquêtes menées sur le terrain auprès du personnel soignant, administratif, des membres de la cellule de lutte contre la corruption, des malades, des garde-

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

malades. Les entretiens semi-directifs ont permis de mettre en exergue les comportements, les logiques, les stratégies et les motivations des multiples acteurs intervenant dans le circuit du malade. Le questionnaire permet de déceler l'ampleur du phénomène et les catégories qui sont les plus enclines à pratiquer la vente illicite des médicaments dans le circuit du malade. Sur le plan théorique l'analyse s'appuie respectivement sur l'analyse stratégique de Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977) Cette théorie permet d'appréhender les différentes stratégies que ces deux formations sanitaires mettent en œuvre soit pour enrayer cette corruption, soit pour contourner les règles, puis l'individualisme méthodologique (R. Boudon, 1979) qui permet de lire la rationalité corruptive de l'acteur de la maternité de l'HCY motivé par la recherche des intérêts matériels au détriment de la santé des malades.

2. Résultats

2.1. Les pratiques corruptives des acteurs de la maternité de l'Hôpital Central de Yaoundé

Le choix de la maternité de l'HCY, comme site d'observation est fait pour deux raisons : premièrement, c'est l'une des formations hospitalières la plus ancienne de Yaoundé et, deuxièmement elle est montrée du doigt par les populations comme la formation sanitaire où la vente illicite des médicaments est le plus développée. Faire les enquêtes à la maternité de l'HCY n'a pas été facile. Bien que le ministre d'alors nous ait signé l'autorisation à faire cette recherche à la maternité de cette structure sanitaire, il nous a fallu deux mois de négociation par personnes interposées pour que le directeur de l'HCY nous autorise à poser des questions au personnel soignant, aux malades et aux gardes malades. Rendus dans le site pour y trouver un facilitateur, la major de la maternité nous accueille et accepte de nous guider dans les divers services de cette unité. Nous reviendrons quelques jours plus tard sur le terrain pour commencer les enquêtes ; malheureusement, elle a changé d'avis et refuse de nous aider à avoir des informations sur le phénomène de la vente illicite des médicaments dans son service. Nous essayerons de nous rapprocher des infirmiers individuellement, ces tentatives se soldent par des échecs. Ils refusent catégoriquement de se prêter au jeu. Après de maintes négociations vaines avec le corps infirmier et les aides-soignants, nous frappons à la porte d'une gynécologue-obstétricienne. Elle nous guide vers le coordonnateur adjoint de l'unité de gynécologie-obstétrique. Ce qui est sitôt fait, celui-ci nous accueille gentiment dans son bureau.

Nous commençons un échange avec lui sur la vente illicite du médicament dans la maternité de l'HCY. Il soutient que « la vente des médicaments par le personnel soignant existe dans notre unité, mais on ne peut pas dire que c'est la corruption. C'est une aide apportée aux malades

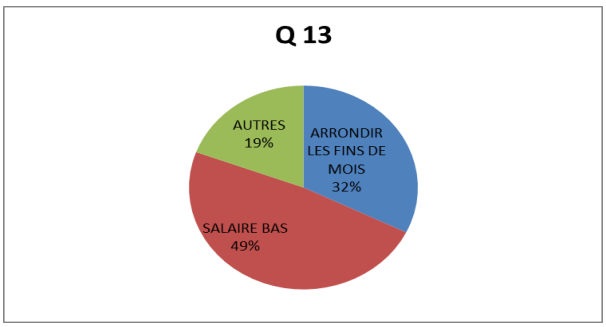
ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

pour faire face à l'indisponibilité et à l'inaccessibilité des médicaments. Je compte mettre en place des boîtes à médicaments pour rendre disponibles des molécules » (.) Pour l'avancée de notre recherche, il met à notre disposition des jeunes médecins et les étudiants de 5ème année de médecine en stage. Une rencontre est organisée avec les médecins et ces étudiants en médecine. Il supervisera la séance de l'enquête par questionnaire.

2.1. Facteurs explicatifs de la vente illicite des médicaments en milieu hospitalier

Les investigations menées à la maternité de l'HCY, ont permis de déceler les différents acteurs de cette pratique illégale. Elle est l'apanage de tous les corps de cette formation hospitalière. Cependant, ce phénomène est une conséquence de tout un ensemble de facteurs socioéconomiques. Les travaux de Bayemi (2008 : 34) indiquent que depuis la fin des années 1980, sous la pression de la crise, des plans d'ajustement structurels et la dévaluation, le système public de santé au Cameroun en général est confronté à une grave crise hospitalière qui a conduit à de profondes réformes. L'analyse des causes a conduit à la mise en relief d'une multitude de facteurs expliquant la décadence du système hospitalier par une politique sanitaire inadaptée qui, à travers la baisse de plus de 50% des salaires des personnels médical et paramédical et les mauvaises conditions de travail, a privilégié la faible productivité du travail. En 1994, un médecin qui était payé 180.000 FCFA, n'est plus payé que 90.000 FCFA. Les crédits des emprunts en cours n'ont pas été aménagés pour autant, ni les impôts diminués. Au Ministère de la Santé Publique, on a simplement aménagé les horaires pour que le personnel soignant puisse cumuler leur profession avec une autre activité.

Figure 1 : Facteurs explicatifs de la vente illicite des médicaments à la maternité de l'HCY



Source : enquête de terrain - Maternité de l'HCY

Au regard de ces données de terrain, 49% des réponses indiquent que les bas salaires sont le premier facteur explicatif de la vente illicite des médicaments dans le circuit du malade à la Maternité de l'HCY. Les bas salaires ne pouvant pas couvrir tout le mois en cours, la vente illicite des médicaments devient une ressource supplémentaire qui permet aux soignants d'arrondir leurs fins de mois. La variable « autres » renvoie à la mauvaise répartition des

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

quotes-parts et à l'absence de distribution de ces quotes-parts au personnel soignant. De nombreux travaux en particulier ceux de Bayemi V. (2008) analysent la baisse des salaires de plus de 50% des fonctionnaires camerounais comme un facteur déterminant de ce phénomène dans les formations sanitaires. On observe une corrélation entre la baisse des salaires et la vente illicite des médicaments dans les établissements hospitaliers. Les propos de ce médecin de l'hôpital Central viennent étayer ces statistiques:

> Si on veut essayer de voir les causes. Vous savez qu'à l'époque on se soignait dans les centres de santé primaires, les soins étaient gratuits. La réorientation a changé la donne, il fallait que la population participe aux soins en apportant quelque chose et c'est à cela que nous sommes. Lorsque les soins étaient gratuits, on ne pouvait rien vendre, parce qu'on avait tout. Quand le malade arrivait à l'hôpital, il recevait tous ses soins. Mais, dans la réorientation des soins de santé primaires en 1993, il fallait que l'Etat disponibilise le médicament, qu'on fasse un recouvrement de coût auprès des bénéficiaires…Cette réorientation coïncide avec les baisses de salaires des fonctionnaires…Les médicaments sont devenus une source de recettes pour le personnel qui leur permettait d'arrondir les fins de mois (médecin, HCY).

La baisse des salaires n'est pas le seul facteur explicatif de la vente parallèle des médicaments par les soignants. Elle est en corrélation avec la fin de la gratuité de la prise en soin des malades dans les hôpitaux avec la réorientation des soins de santé primaires en 1993. L'initiative de Bamako (1987) jette les bases d'une nouvelle politique d'accès aux soins de santé basée sur le recouvrement direct des coûts des soins par les malades, signant ainsi la fin de la gratuité des soins (Moubé, Moubé, 2015 : 42). Dans la mouvance de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987 en matière de paiement de soins des usagers, les hôpitaux camerounais ont renforcé la tarification de leurs activités. L'Etat va désormais apporter sa contribution au financement des hôpitaux et cela se justifie par le fait que la mission de service public dévolue aux hôpitaux impose que ceux-ci conduisent certaines actions qui ne peuvent être financées par les patients uniquement. En effet, les subventions permettent comme le souligne Balique (1999) de compenser le bas niveau des tarifs par rapport aux coûts de production. C'est ainsi qu'une césarienne dont le coût unitaire de production, toutes charges comprises, s'élevant à 150 000 FCFA pour une qualité donnée pourra être facturée à 10 000 FCFA, à condition qu'une subvention de 140 000 FCFA soit accordée à l'établissement qui l'aura produite. Les propos d'un médecin le montrent en ces termes :

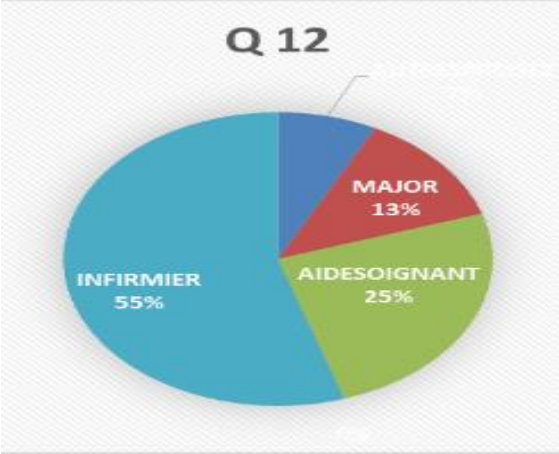
> La césarienne est pratiquée sur les femmes à un coût de 40 mille francs CFA alors que son prix réel est de 155 mille francs CFA. L'Etat supporte 115 mille francs CFA de chaque césarienne faite sur une femme. Dans les centres de santé, le prix des kits de l'accouchement s'élève à 6000 FCFA, ils sont vendus à 40 000 FCFA. L'Etat supporte 20 mille francs CFA pour chaque kit acheté. La prise en charge du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans est

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

gratuite. Les malades PVVIH/sida sont prise en charge de façon gratuite (médecin, HCY).

Le paiement des soins par les malades demeure l'un des facteurs explicatifs de l'amplification du phénomène de la vente parallèle des médicaments dans les hôpitaux par les soignants. Lorsqu'on parle de soignants, il s'agit des médecins qui sont les prescripteurs, les infirmiers (è) s, les majors et les aides soignant(e)s.

Figure 2 : les corps qui pratiquent la vente illicite des médicaments à l'HCY



Source (terrain) : maternité de l'HCY

Les infirmiers sont la catégorie la plus encline à pratiquer la vente illicite du médicament, comme l'indique la figure(Q12), 55% d'entre eux se livrent à cette pratique corruptive. 25% des aides-soignants et 13% des majors la pratiquent. Dès lors que les majors sont du corps infirmier, on en déduit que 68% des infirmiers pratiquent cette corruption rampante dans cette formation sanitaire. Le corps médical n'apparait pas comme pratiquant la vente des médicaments pour la simple raison que seuls les médecins ont acceptés de se livrer au jeu de l'enquête.

Toutefois, les données des entretiens montrent que les médecins pratiquent également la vente irrégulière des médicaments dans le circuit du malade. Les propos ci-après illustrent ce fait : « quand vous parler de vente illicite ça peut exister. Quand il n'y a pas par exemple un produit d'anesthésie qui n'existe pas et si un anesthésiste a son stock de médicaments là ; pour sauver la vie… c'est des choses comme ça que tu peux suivre, mais ce n'est pas la vente illicite des médicaments » (Gynécologue obstétricien, Maternité de l'HCY). Les médicaments qui ne sont pas disponibles dans le circuit normal, le personnel soignant peut l'introduire à son propre compte. Les raisons évoquées par le corps médical pour maintenir ce phénomène sont multiples. 39% des médecins pensent que vendre des médicaments en milieu hospitalier aide le malade en cas de rupture des stocks dans la pharmacie de l'hôpital. Ils évoquent aussi la distance qui sépare la pharmacie de l'hôpital de la Maternité comme l'une des causes du phénomène de cette

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

corruption, comme le relèvent les propos suivants : « dans un contexte de bonne gouvernance on doit pouvoir excentrer les pharmacies. L'hôpital doit pouvoir être en mesure de créer une pharmacie pour chaque service situé à distance par rapport à la pharmacie centrale » (médecin, maternité de l'HCY). Cette distance peut avoir une incidence sur la prise en urgence du malade. Pour résoudre ces questions d'indisponibilité géographique des médicaments dans des situations d'urgence, les soignants de la Maternité choisissent de vendre des médicaments aux malades malgré que la vente leur soit interdite par la loi. Les propos des médecins montrent à suffisance la banalisation de cette corruption rampante à la maternité de l'HCY.

2.2. Banalisation de la vente illicite du médicament dans le circuit du malade

La banalisation de la vente illicite du médicament entraine une reproduction élargie de la pratique dans la maternité de l'HCY. Cette banalisation se construit autour de *« la mauvaise accessibilité* (des médicaments, c'est nous qui le soulignons) *est une résultante des dysfonctionnements observés dans la législation du système pharmaceutique* » (O. Vallée, 2006). La banalisation de cette corruption s'explique par les faibles capacités de gestion des stocks de médicaments qui se traduisent par leur inaccessibilité et leur indisponibilité lorsque les patients en ont besoin. L'inaccessibilité s'explique par le fait que la pharmacie centrale qui dessert toutes les unités de l'HCY est éloignée de la Maternité. De ce fait, les soignants organisent la vente des médicaments au sein du service, qui leur permettent de répondre promptement aux urgences vitales qui se présentent à eux. Pour eux cette vente des médicaments ne peut en aucun cas être considérée comme parallèle ou illicite car ces médicaments aident le malade en cas d'urgence vitale. Les propos ci-après le relatent clairement :

> Quand vous parler de vente illicite de médicaments, ça peut exister que s'il y a par exemple un produit d'anesthésie qui n'existe pas. Et s'il y a un produit d'anesthésie qui n'existe pas, et si nous avons un anesthésiste qui a un stock de ce médicament-là, pour sauver la vie...Parfois c'est des choses comme ça que tu peux suivre, mais ce n'est pas la fraude (Chef de service, maternité HCY).

Il peut se poser un problème non pas d'indisponibilité mais de spécialité, de molécule. Le médecin qui préfère telle molécule à telle autre, organise alors une vente parallèle autour de cette molécule. Il poursuit :

> ça peut arriver que quand je suis au bloc opératoire et je manque un fil et l'infirmier peut avoir son fil. Je dis bon madame je veux ça et la famille donne de l'argent. Ce sont des choses imprévisibles. Souvent en cas d'accident pendant l'opération, chirurgicale, il peut arriver un accident qui nécessite l'utilisation des produits qui ne sont pas dans le kit alors je fais appelle à ceux du service qui en ont. Mais pour dire que je vends les médicaments illicitement, ça n'existe pas (Chef de service, maternité de l'HCY).

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

On voit ici que les responsables ouvrent des failles, des brèches à la vente illicite du médicament en milieu hospitalier. Aucun reçu n'est délivré au malade et ce dernier ne maitrise pas le coût réel des médicaments vendus sous les manteaux qui peuvent être plus chers que ceux homologués et vendus en pharmacie, comme le montre cet extrait :

> disons que la boîte coûte 5000 FCFA et elle contient 3 ou 4 ampoules. Il va utiliser 1 ampoule et il mettra le reste de côté. Le prochain malade va aussi acheter le produit à 5000 FCFA. Pour la même boîte. Si on prend le cas du syntho qu'on utilise beaucoup à la Maternité. Une boîte de syntho a trois ampoules. Les malades vont acheter dans la même boîte, chaque malade dépensant 5000 FCFA et la petite boîte de syntho lui revient à 15.000 FCFA. Donc c'est ça qu'on appelle la vente illicite. C'est une vente qui sort du circuit (un médecin, Maternité l'HCY).

Les pharmacies peuvent être excentrées pour résoudre le problème de l'éloignement évoqué par les soignants. Il ressort des entretiens avec les médecins que la vente des médicaments qu'ils organisent dans la Maternité de l'HCY est pour eux une manière d'« *aider* » les malades en urgences vitales. Une aide renvoie à l'assistance, au secours, à la protection à une personne en difficulté sans contrepartie. Pourtant, les données du terrain montrent plutôt une arnaque que subissent les patients, dans la mesure où les prix tarifaires des médicaments homologués ne sont pas affichés. Le malade n'a aucune connaissance des prix des médicaments qui lui sont vendus. Le risque étant élevé que le médicament vendu par le soignant soit plus cher qu'en pharmacie. La fragilité du malade est ainsi exploitée.

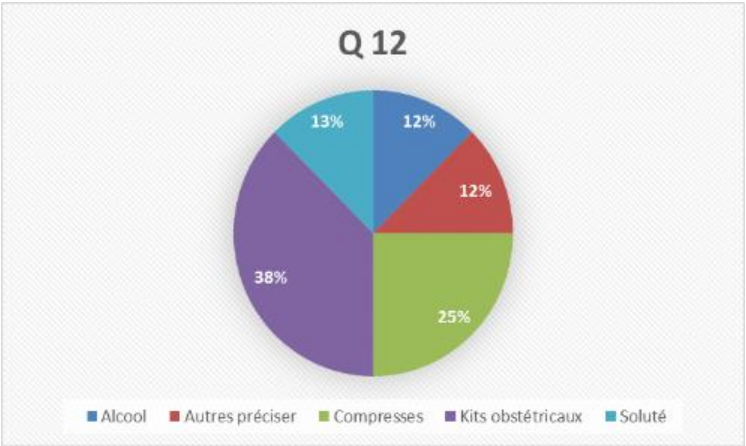
3. De la vente illicite des médicaments comme corruption

La pratique de la vente illicite des médicaments en milieu hospitalier peut être qualifiée de petite corruption, car elle résulte des relations entre les usagers et les services publics tels que les formations sanitaires ou les hôpitaux et induit de petites sommes. D'une « manière générale, la petite corruption se réfère aux sommes impliquées et assez modestes et prend généralement un caractère d'extorsion plus que de collusion » (Zagainova, 2012, p. 68). Les propos ci-après illustrent ce fait : « si on prend le cas du syntho qu'on utilise beaucoup à la maternité. Une boîte de synto a trois ampoules. Les malades vont acheter dans la même boîte et chaque malade dépensant 5000Fcfa pour une ampoule. Et la petite boîte de synto lui revient à 15 000Fcfa » (Entretien avec un médecin de l'HCY). C'est la preuve d'un rapport au travail des soignants guidés par sa dimension instrumentale et matérielle. Cette dimension matérielle et instrumentale les amène à la confiscation de l'information au détriment du malade ou de son entourage. Le malade n'a pas la connaissance des tarifs des médicaments, bien que le MINSANTE exige que les prix des médicaments soient affichés à la connaissance des usagers dans les hôpitaux. Au-delà des questions tarifaires, se pose le problème des

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

médicaments de la rue que certains soignants achètent pour revendre aux malades à l'intérieur des structures sanitaires. Les médicaments de la rue dont la provenance et les conditions de conservation sont douteuses peuvent entrainer les problèmes de santé publique. Un médecin de l'HCY avance que : « parallèlement, il y a des ventes des médicaments aux bords des routes ; un médecin pouvait aller acheter et mener à l'hôpital » (médecin, HCY). Cependant, la rue n'est pas le seul espace de ravitaillement. Les données de terrain indiquent que 30% des médicaments vendus illicitement par les soignants sont les échantillons que les délégués médicaux donnent aux soignants gratuitement pour promouvoir les médicaments. 35% proviennent des pharmacies et 26% de la rue. Selon ces données, les pharmacies sont les grandes pourvoyeuses de médicaments mis en vente par les soignants en milieu hospitalier. Contrairement aux réponses données par les soignants du CURY qui pensent que 50% des médicaments vendus par le personnel soignant viennent des stocks personnels, ceux de la maternité de l'HCY, n'ont pas privilégié cette source de ravitaillement. Ils pensent que dans la rue, les délégués médicaux et les pharmacies sont ceux qui ravitaillent les pharmacies personnelles en médicaments.

Figure 3 : les médicaments les plus vendus dans cette maternité



Source : enquête Maternité de l'HCY

Les kits obstétricaux (38%) sont les médicaments les plus vendus dans cette formation sanitaire, suivis des compresses (25%), de l'alcool (13%) et des solutés (12%). Les kits obstétricaux sont un ensemble d'outils contenus dans un boitier utilisés pour les césariennes. Ces kits chirurgicaux coûtent 40000FCFA. Les kits obstétricaux sont les médicaments les plus vendus par les soignants d'après les enquêtes. Pourtant, un chef de service de la maternité de l'HCY soutient que les kits obstétricaux ne sont pas vendus par le personnel soignant aux malades. Il déclare : « …mais pour la vente des gants, des solutés, ça n'existe pas… en cas d'accident pendant l'opération chirurgicale, il peut arriver un accident qui nécessite l'utilisation des produits qui ne sont pas dans le kit, alors je fais appelle à ceux du service qui en ont. Mais pour

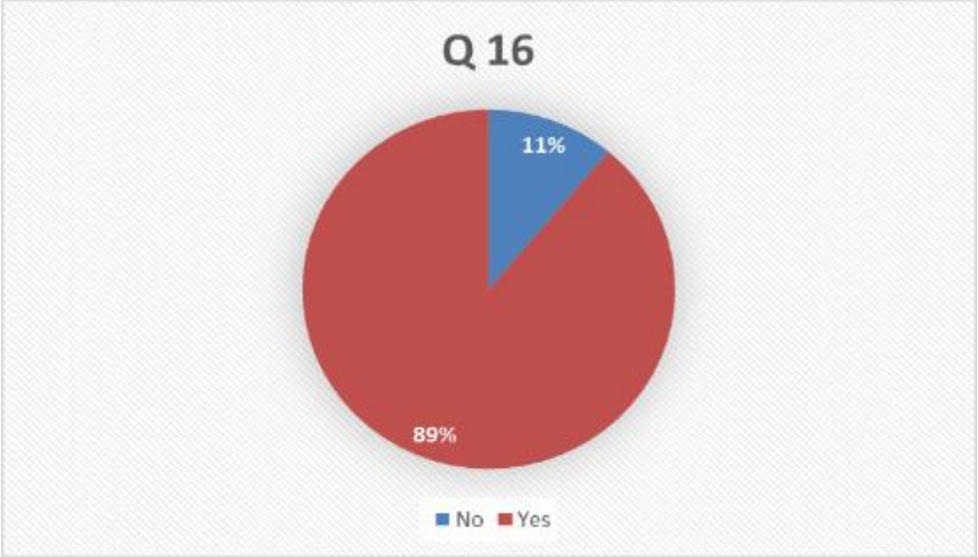
ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

dire que voici un kit et je vends, ça n'existe pas » (médecin chef, maternité de l'HCY). Pourtant, les kits obstétricaux et les compresses sont les produits qui sont cités par les malades et les garde-malades comme les produits les plus vendus par les soignants. Ce taux élevé des ventes des kits obstétricaux peut être corrélé avec une certaine opinion publique qui soutient que les césariennes sont orientées par les praticiens pour vendre les kits obstétricaux et arnaquer les patientes.

3.1. Des interactions corruptives entre malades et soignants

Cette forme de corruption perdure dans les hôpitaux du Cameroun parce que les malades et leur entourage l'entretiennent. Les données de terrain montrent à suffisance l'implication des patients dans le marchandage des médicaments à la maternité de l'HCY. La corruption est un acte qui profite aux participants à la transaction. C'est la question des enjeux, des bénéfices que les deux parties peuvent retirer de la transaction. Ce phénomène peut être qualifié de déviance profitable. Dans la plupart des cas, les parties prenantes tirent des avantages de cette transaction. Pourtant on ne peut pas négliger la corruption induite par la peur des conséquences que pourrait avoir le refus de se laisser corrompre (R Luchinni, 1995).

Figure : interactions corruptives



Source : terrain Maternité HCY

89% des personnes interrogées ont reconnu avoir déjà acheté des médicaments des mains du personnel soignant à la maternité de l'HCY. Seulement 11% n'ont pas été victimes de cette corruption. Ces statistiques montrent le nombre élevé des patients qui achètent des médicaments des mains des soignants. Ces chiffres montrent que la vente illicite du médicament est fortement légitimée par une franche de la société. Il y a une certaine tolérance de cette pratique illicite

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

jugée « bénéfique » pour les malades qui se trouvent dans des situations difficiles d'accès aux médicaments. Des réseaux de vente illicite sont ainsi mis en œuvre avec pour prétexte d'aider les malades. Pourtant 77% de ces personnes interrogées reconnaissent que c'est une pratique illégale. Et 70% d'elles pensent que les ventes parallèles de médicaments peuvent causer des décès et 30% ont répondu que ces ventes illicites entachent la qualité des soins donnés aux malades. 100% des personnes interrogées trouvent que la vente illicite du médicament est une activité néfaste pour le malade. Les produits vendus dont on ignore la provenance, les conditions de conservation et les dates de péremption peuvent être dangereux pour la santé du malade. Pourquoi le malade continue-t-il à se livrer à cette pratique ?

Les mécanismes de contrainte mis en œuvre par le corps soignant peuvent expliquer en partie la participation du malade à cette pratique corruptive. La corruption au vu des données est adossée à un réseau de vente des médicaments de type égocentrique, c'est-à-dire que le flux de connexions est orienté principalement vers le besoin d'un personnage central qui tire le mieux profit du circuit ainsi établi. Toutes les composantes de la chaîne retirent de leur position de passeur des gains partiels qui sont inégaux d'un acteur à l'autre en fonction de leur statut professionnel dans la hiérarchie des structures de santé (Rapport, Sénégal, 2004). Ce réseau organisé peut bloquer l'approvisionnement de la pharmacie centrale de l'hôpital en médicaments essentiels dans le but de mettre à la disposition du malade les médicaments des pharmacies privées. Les malades qui ne se livrent pas à cette pratique se voient abandonner ou sont maltraités par les soignants. Le comportement d'une personne intègre qui ne se laisse pas corrompre peut-être source de danger pour le système corrompu (R Luchinni, 1995) et pour le patient également.

En conséquence, la vente illicite des médicaments en milieu hospitalier amène les prescripteurs à orienter leurs diagnostics afin d'écouler leurs stocks de médicaments. Cet extrait ci-après le montre bien « au vu de tout ceci, l'éthique connait de gros problèmes. Ce qu'on a observé sur le terrain est que lorsque les gens se lancent dans la vente illicite des médicaments, le diagnostic qu'ils font au malade leur permet d'écouler leurs médicaments. Tu vois que sur le plan éthique ça porte un coup. » Il souligne plus loin et dira que « l'éthique n'a plus de place en contexte de pauvreté, de marchandage de services, de vente illicite de médicaments. Vous ne pouvez plus trouver une place à l'éthique (Médecin, maternité HCY).

3.2. De l'action publique à la responsabilisation sociale

L'action publique peut se définir, de façon très large, comme la façon dont des groupes sociaux construisent des problèmes comme problèmes publics, définissent des solutions, poussent les

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

autorités publiques à agir, et/ou s'engagent dans la mise en œuvre des solutions (Thoenig, 1998). Une telle définition ne présage pas de la centralité de l'État dans ces processus de construction et de traitement des problèmes, mais englobe des processus mobilisant une large gamme d'acteurs, étatiques ou non étatiques, fréquemment à plusieurs échelles. Par ailleurs, la notion de responsabilisation sociale se conçoit souvent en corrélation avec celle de gouvernance démocratique et de développement social et humain. Elle fait référence à la responsabilité des acteurs gouvernementaux à l'égard des citoyens (PNUD, 2010). Une responsabilité qui découle du contrat social qui lie les citoyens et les acteurs publics qui constituent des représentants qu'ils ont délégués aux affaires publiques (Moubé, Moubé, 2015).

C'est dans cette optique que le MINSANTE a mis en place des stratégies de lutte contre la vente illicite des médicaments dans les formations sanitaires. A cet effet, il a mis en place des comités locaux de lutte contre la corruption dans chaque établissement sanitaire public. A la demande du ministre de la santé publique, chaque formation sanitaire publique a obligation pour la lutte contre la vente illicite des médicaments de définir le circuit du malade et le diffuser ; - d'instituer le port systématique des blouses et du badge par l'ensemble du personnel ; - d'afficher les informations sur les voies de recours ;- d'afficher des médicaments ; - de mettre à disposition un téléphone pour l'enregistrement des dénonciations ;- d'installer des boîtes à plaintes discrètes et visibles dans tous les services de l'hôpital ; - d'instituer les fiches de collecte des informations ; - de désigner un responsable en charge de l'exploitation des dénonciations reçues par téléphone ;- -d'instituer un registre pour des dénonciations ;- d'élaborer des procédures de contrôle interne ;- de désigner et d'installer les responsables du contrôle interne ;- d'investiguer systématiquement suite aux dénonciations ; - sanctionner les agents véreux.

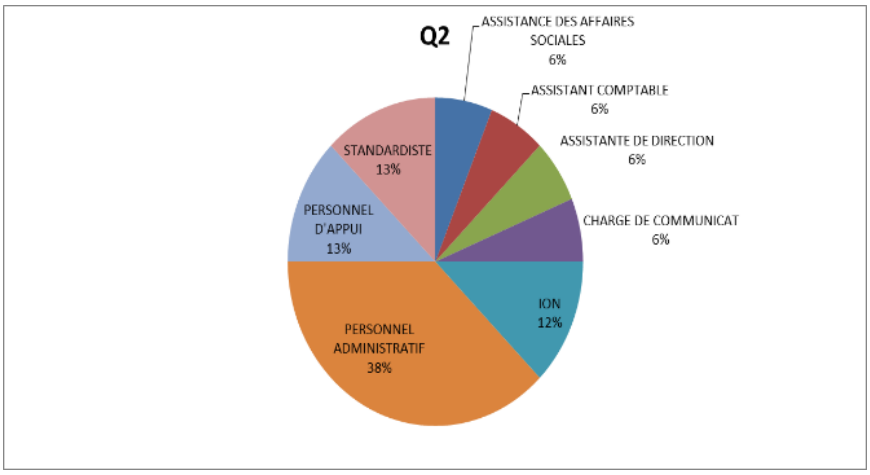
Les dynamiques de lisibilité mises en œuvre par le MINSANTE sont inexistantes dans cet établissement sanitaire. On note une absence des affiches de sensibilisation, des boîtes à plaintes, d'un numéro vert ouvert pour les usagers. La cellule de lutte contre la vente des médicaments par les soignants n'est pas fonctionnelle. A ce propos un médecin de la maternité de l'HCY pense que : « Cette lutte n'est pas la nôtre. Elle concerne spécifiquement la cellule anti-corruption ». Pourtant, ces espaces sont des espaces interactionnels, d'intermédiation et de médiation qui ont un effet positif sur le public. Telle est l'expérience que nous avons faite au Centre des Urgences de Yaoundé.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

4. Le Centre des Urgences de Yaoundé, un espace des stratégies de lutte contre la corruption hospitalière

La première démarche que nous avons effectuée, était de faire une demande auprès du ministre de la santé publique, afin d'obtenir une autorisation à faire une enquête de terrain au CURY. Son autorisation nous amène à rencontrer le directeur du CURY. Il nous délivre sans difficulté une autorisation d'effectuer notre enquête dans son hôpital. Il mettra à notre disposition un facilitateur. Le 24 septembre 2018, nous organisons une séance de travail dans les locaux de son établissement avec le facilitateur pour mettre en œuvre une stratégie de travail efficace. Le surveillant général de l'hôpital, qui est également le superviseur des services des soins infirmiers, nous offre son appui. Il mobilise à cet effet, tous les majors des services avec leurs équipes. Le questionnaire est distribué aux 10 services soignants que compte cette formation sanitaire : - le service des urgences gynécologiques, - le service de la petite chirurgie ; - le service hospitalisation ; - le service réanimation ; - le service traumatologie ; - le service triage ; - le service bloc opératoire ; - le service des APS ; - le service de la pharmacie. A cette liste s'ajoutent : - le corps administratif ; - le service du recouvrement ; - le service buanderie ; - le service des affaires sociales ; - le service des standardistes ; - le service des brancardiers. Un représentant du service de recouvrement nous permet de mener nos enquêtes auprès des garde-malades.

Figure : collectif de lutte contre la vente illicite des médicaments



Source : terrain CURY

Les différents collectifs ci-dessus cités ont accepté de se prêter au jeu de l'enquête. Ce collectif s'appuie sur des croyances et des valeurs partagées par ses membres, déroule des pratiques communes et rend visible leur résultat (la limitation concrète ou l'absence de la vente illicite du médicament dans le circuit du malade). Par ailleurs, il forme un capital social de

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

regroupement créant des passerelles entre les différents pôles en collectif, (personnel soignant, personnel administratif, gardes malades, société civile) et tissent des liens de solidarité entre eux dans le but d'éradiquer la corruption dans le milieu de travail.

4.1. Les stratégies inclusives de contrôle dans la formation sanitaire

Le système de contrôle mise en œuvre dans cette structure hospitalière est un instrument de lutte contre la vente illicite des médicaments qui n'est pas une exclusivité du comité de lutte contre la corruption, mais qui va être utilisé de façon inclusive par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre la vente illicite des médicaments. Les propos du surveillant général du CURY le relatent clairement : « Tous les lundis on est au bureau du DG, le bureau des affaires générales. On est là comme des espions. Si on constate une mauvaise pratique, on lui fait part, on fait une enquête pour être sûr. On rend public nos observations et ça permet au personnel de comprendre qu'il y a des antennes ». Ce système de contrôle se lit au travers des descentes du service de la pharmacie dans les services utilisateurs des produits pour contrôler l'effectivité des soins aux malades. Il surveille la gestion des stocks de médicaments mis à la disposition des services soignants. Le circuit du médicament à l'intérieur de l'hôpital n'échappe pas à la connaissance du pharmacien. Les propos du pharmacien illustrent la réalité des contrôles dans cette structure hospitalière lorsqu'il dit : « On a eu deux cas, où on a trois infirmiers qui se sont attelés à ce type de pratique et ils ne sont plus ici ». La pharmacie fait des descentes dans les services qui déchargent des quantités de produits pour en contrôler l'utilisation effective. Les stocks sont contrôlés de façon mensuelle pour éviter que la vente des médicaments se fasse en dehors de l'hôpital. Ces propos le montrent clairement : « Quand on donne les médicaments, après certains peuvent en profiter pour les vendre ailleurs. Notre apport c'est le suivi ». L'hôpital a créé un système informatisé de contrôle et de suivi des stocks distribués dans les différents services ainsi que des ordonnances faites aux malades.

Ce système informatisé résout ainsi le problème de suivi, de contrôle et de traçabilité des produits. A côté de ce système informatisé, la pharmacie a également mis en place des fiches numérotées manuelles dans des registres. La méthode des fiches épouse cette logique du suivi et de la lisibilité de l'utilisation effective des médicaments par le personnel soignant. « Voilà l'apport de la pharmacie pour lutter contre la vente illicite des médicaments. Prendre des sous aux gens ils ont peur. Le DG est ferme là-dessus. Ici à la pharmacie, il y a eu de petits vols, ils ne sont plus ici. Quand on met la main dessus, ça ne passe pas inaperçu, car on suit. C'est le DG qui m'implique et qui montre l'exemple », déclare-t-il. Selon le responsable de la pharmacie, « c'est la politique de la direction, c'est la tête, tout vient de la tête. Ailleurs le DG

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

ne met pas le poing sur la table. Ici, il montre l'exemple. Ici le respect de la hiérarchie est de rigueur. C'est la politique de la direction. Les punitions sont effectives et ça a de la portée. Il y a de la sensibilisation avant de sanctionner. On met toujours de l'humanisme devant ». Au CURY lorsqu'un cas de vente illicite est détecté, on donne au préalable les demandes d'explication au corrupteur. S'il est récidiviste, il est licencié. La sanction et le motif sont affichés à la connaissance de tout le personnel de l'hôpital.

Les ressources que l'hôpital mobilise pour la lutte contre la vente illicite du médicament reposent sur la rigueur de la direction, des chefs de service en qui le directeur fait confiance. Le responsable de la pharmacie pense que la question de la durabilité de la vision mise en œuvre à l'hôpital, est attachée à la personne du directeur de l'hôpital. C'est le leader qui inculque à ses employés le sens de l'éthique et de la morale. Elle dit à cet effet : « ça dépendra de la mentalité du DG. Parfois, c'est les combats du médicament. Je suis pharmacienne, il me pousse à travailler. Ailleurs, le pharmacien ne peut pas travailler et comment la vente sera enrayée. Tout le monde va essayer de faire…et ça va ouvrir la corruption. C'est la tête qui impulse ». « Dès qu'on attrape quelqu'un avec un médicament, il part ». Si le corrupteur est fonctionnaire on le renvoie au ministère.

Les propos du surveillant général (infirmier) indiquent que la bonne gouvernance passe par l'inter-collaboration qui garantit la meilleure prise en soin des patients. La lutte contre la vente illicite des médicaments en milieu hospitalier passe également par « les motivations intrinsèques et des motivations extrinsèques » (Surveillant général, CURY). Les travailleurs doivent être valorisés et fiers de leur travail. Et il faut qu'ils aient des ressources. Il ne faut pas seulement dire qu'ils travaillent bien, il faut aussi que les ressources suivent(Idem). Les motivations extrinsèques se lisent à travers les salaires, la rémunération, les gratifications. Les soignants ont des bas salaires qui sont en partie la cause de cette corruption hospitalière. Au CURY, le salaire du personnel est régulier, et les quotes-parts redistribuées à tout le personnel. Par ailleurs, le personnel de cette formation sanitaire bénéficie des jours de récupération et un système de roulement des équipes est mis en place par le directeur de l'hôpital. Une mutuelle maladie est mise en place qui prend en charge les dépenses de santé du personnel à 80% et les 20% autres sont couvertes par les employés. Cette mutuelle maladie prend en charge les géniteurs du soignant et sa famille nucléaire.

Le directeur de l'hôpital a fait une demande auprès du gouvernement pour que ceux de ses employés qui ne sont pas contractualisés le soient. Ses propos recueillis montrent sa croyance en l'existence de la norme de réciprocité, lorsqu'il déclare : « J'ai fait une demande pour la

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

contractualisation de certains employés de (…), le dossier est au niveau de la présidence et en bonne voie. Avec cette contractualisation ils sauront qu'ils ont un travail stable, donc c'est mon combat qu'ils aient des matricules » (directeur du CURY). Par ailleurs, il a formulé une demande auprès du ministre du travail de primer ses employés malgré que cette procédure soit complexe. Cette démarche a pour visée, « motiver ces gens-là c'est rien. Je dis M. le ministre fait ça c'est l'émulation. C'est pour les motiver » (directeur du CURY). Les sanctions positives s'expriment aussi par l'organisation des fêtes instituées toutes les fins d'année pour les soignants et le personnel administratif. Il le souligne dans son discours : « pour la fête de fin de l'année, il y aura l'élection du meilleur personnel et du mauvais personnel et on va mettre leur photo à voir au public, de grands posters » (Idem.). Quant à Gabriel, il soutient clairement que « si le principe managérial n'est pas acquis par le manager, on ne peut qu'assister à cette vente illicite… Au CURY, les personnels ont leurs salaires et il y a la notion de contribution/rétribution. Une supervision armée. Le management contribue à faire reculer la vente illicite du médicament. Le personnel est motivé ». Comme l'indique Lallement (2006) la norme de réciprocité ne garantit pas seulement un ordre social stable. Elle participe de ce que Gouldner (1992) nomme « mécanisme initiateur » Autrement dit, selon Lallement (2006) « cette norme aide à engager des interactions sociales et donc à mettre en branle une vie de groupe ». Cette dynamique de groupes ayant pour seul objectif le bien être du malade rapproche ces différents pôles professionnels qui créé un esprit de famille au sein des différents acteurs qui s'homogénéisent.

4.2. De la corruption aux sanctions punitives

Les données de terrain montrent que 43% des personnes qui se livrent à cette pratique à l'hôpital reçoivent des blâmes. Cependant, le taux des renvois des déviants est élevé à 50%. Les fonctionnaires recrutés qui se livrent à cette corruption, sont renvoyés au MINSANTE qui peut les redéployer. Les employés recrutés par cette formation sanitaire sont simplement renvoyés de l'hôpital lorsqu'ils enfreignent les normes de la structure. Les sanctions punitives font partie des stratégies mises en œuvre pour éradiquer cette pratique illicite. Ces sanctions peuvent avoir des effets de dissuasion sur les autres employés. Les sanctions sont affichées et publicisées pour que quiconque n'en ignore. C'est ce que nous dira Corine : « lorsqu'un cas de vente illicite est détecté, la sanction et le motif sont affichés à la connaissance de tout le personnel. » Ces propos de Corine viennent corroborer l'effet dissuasif que peut avoir la publicisation des sanctions sur les comportements corruptifs des soignants.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

5. La sensibilisation des malades et des garde-malades

La sensibilisation est également faite au niveau des malades. Elle est verbale et visuelle. Les factures des malades sont déposées à l'accueil, mises à la disposition des gardes malades. « *On ne peut pas déposer une facture de 2F et on vient encore vous demander 3 F* ». La sensibilisation est journalière dans les salles d'hospitalisation. Un espace aménagé et équipé d'un écran de télévision accueille les garde-malades. Les messages de sensibilisation sont diffusés à longueur de journée. Tous les matins, à travers un micro, un agent du CURY appelle les garde-malades à la vigilance et à la dénonciation afin de faire participer les malades et gardes malades à la lutte contre les différents types de corruptions présentes dans les milieux hospitaliers. Le malade admis dans la formation sanitaire est souvent hospitalisé, il est dans un état de dépendance physique. L'intensité de la dépendance physique ou psychologique du malade est l'élément déclenchant une réelle collaboration entre l'entourage du malade et les autres corps professionnels.

La communication de proximité responsabilise ainsi le garde-malade et l'amène à participer à la lutte contre ce phénomène. Le garde-malade se voit confier la responsabilité de dénoncer les soignants véreux. Il a la possibilité de voir le dossier du malade qui lui est remis afin de s'en quérir du contenu. Les coordonnées des employés de l'hôpital sont mises à la disposition des usagers. A toutes les entrées des bureaux, sont affichés leurs photos, leurs noms et prénoms, leurs numéros de téléphone et leurs fonctions. Ces outils mis à la disposition des usagers participent de la sensibilisation de ces derniers. L'usager peut ainsi utiliser ces outils mis à sa disposition pour dénoncer les déviances. Par ailleurs, ces outils participent de la visibilité et de la lisibilité de la sensibilisation. Les propos du brancardier le montrent clairement : « un stagiaire avait été pris en flagrant délit et il a été expulsé de l'hôpital au bout de 48 heures…C'est totalement proscrit chez nous, ça ne passe pas. Vous êtes dehors sans aucune autre forme de procédure, vous êtes dehors ». Il décrit le cas d'un patient qui avait dénoncé un personnel soignant. Après confrontation, le corrupteur avouait sa faute. « Lorsqu'on attrape quelqu'un en flagrant délit, on met sur cette personne toutes les sanctions…On a attrapé une vieille infirmière. On l'a mise à la porte sans préavis. Les autres ont pris peur » (Idem). Les premiers évaluateurs de l'hôpital, c'est la population et les malades. Les garde-malades à 80% savent qu'il leur est interdit d'acheter les médicaments en dehors de la pharmacie de l'hôpital, 20% seulement ne le savent pas. La sensibilisation joue un rôle à la fois de formation, d'information et de responsabilisation des usagers et des malades.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

L'efficacité de la sanction en matière de la délinquance passe par deux canaux principaux: la neutralisation et la dissuasion (Bébin, 2009). La sanction a un effet préventif certain. Plus la probabilité d'être renvoyé augmente, plus la corruption diminue. Les soignants qui se livrent aux pratiques de ventes illicites des médicaments sont sanctionnés. Lorsqu'ils sont dénoncés, le directeur est mis au courant et les enquêtes sont faites dans le but d'établir la vérité et les responsabilités. Les résultats et les sanctions sont rendus publics. Bien que la lutte contre la vente illicite soit effective dans cet hôpital on y rencontre des résistances. On observe ces résistances dans le service de la pharmacie. Le service de la pharmacie a eu trois infirmières qui volaient des médicaments pour les revendre. Elles ont été renvoyées. A cet effet Corine dira : « même ici à la pharmacie, il y a eu des petits vols, ils ne sont plus ici. Quand on met la main dessus, ça ne passe pas inaperçu, car on suit » (Corine, pharmacie, HCY).

5.1. Le rôle du comité de lutte contre la corruption au CURY

Les propos compilés des informateurs du CURY indiquent que les rencontres entre les membres du comité anti-corruption et l'hôpital sont rares. Le temps matériel pour les réunions avec les membres de la cellule anti-corruption est difficilement mobilisable. « On court toujours. Et aussi on n'a pas encore eu de sérieux problèmes. Les administrés nous obéissent encore. C'est des rencontres rares ». La lutte contre la corruption n'est pas financée par le gouvernement c'est l'hôpital qui finance les activités de la cellule anti-corruption. Dès lors, le directeur de l'hôpital a mis en œuvre des mécanismes de lutte contre la corruption. Une politique collaborative qui rassemble toutes les administrations dans un but commun d'encadrer la corruption. Cette politique repose sur la participation et la responsabilisation de toutes les parties en présence. La stratégie mise en œuvre fonctionne car « le top manager est libéral. Il n'est pas l'homme à cacher, il est valorisé si son unité marche » (Employé du CURY).

L'hôpital se charge de sanctionner tous ceux des employés qui se livrent à la pratique de la corruption. 75% des répondants indiquent que le CURY est la structure qui sanctionne le personnel qui se livre à cette pratique corruptive. 11 % pense que c'est la CONAC (Commission Nationale Anti-corruption) qui se charge de sanctionner les contrevenants. 4% d'entre eux pense au contraire que c'est le comité local de lutte contre la corruption. 2% indique que c'est le MINSANTE (Ministère de la Santé Publique). Selon les observations faites sur le terrain, le CURY est la seule instance dans le cas des ventes illicites des médicaments à sanctionner ceux qui se livrent à cette pratique. Au vue de ces statistiques on constate que 46% de personnes interrogées trouvent la lutte contre la vente illicite des médicaments efficace dans cette formation sanitaire. Cependant, 14% seulement d'entre eux ne la trouve pas efficace. Les

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

ressources et les stratégies que nous avons exposées ci-dessus (le niveau d'instruction des répondants, système de contrôle, collaboration inclusive, produisent un effet positif : la vente illicite des médicaments dans cette structure est quasiment inexistante, les sanctions punitives sont appliquées, etc. La conviction des employés que cette pratique puisse être éradiquée est forte. 86% d'entre eux pensent que la vente illicite du médicament peut être enrayée en milieu hospitalier. Cette attitude trouve son explication dans le travail de collaboration inclusive qui se fait à l'hôpital et qui donne des résultats positifs. Tous les collectifs : médicaux, paramédicaux, le corps administratif, les malades et les gardes malades sont impliqués dans la lutte contre la vente illicite des médicaments.

5.2. Les obstacles institutionnels dans les formations sanitaires

Le CURY rencontre des obstacles dans la lutte contre la vente illicite du médicament. Ces obstacles sont d'ordre externe et ne peuvent pas avoir de solutions sur le plan interne. Les propos regroupés des informateurs indiquent que la rupture des stocks des médicaments est l'un de ces obstacles majeurs ouvrant des brèches aux dérives dans les structures sanitaires. Les difficultés du ministère des finances à financer l'achat des médicaments au moment opportun, les retards du trésor public à mettre des fonds à la disposition des formations sanitaires, le manque de subvention de l'Etat peuvent entrainer à des dérives, à ce phénomène tant décrié. Les informateurs soulignent que les recettes de l'hôpital qui sont sécurisées au Trésor public ne leur sont pas souvent reversées en temps opportun pour le payement des quotes-parts, des motivations ou pour s'approvisionner en médicaments. Ces négligences ou lourdeurs institutionnelles participent de la durabilité de ce phénomène dans les hôpitaux. Ces propos le montrent clairement : « Quand vous allez au finance, il n'y a pas l'argent et quand il y a rupture les vices peuvent se glisser, manque de subventions de l'Etat et les retards à libérer par le trésor. Vous exprimez vos besoins et le trésor vous dit non. Face à la rupture, on attend » (SAF général du CURY).

6. Le charisme du leader comme ressource symbolique

Pour mieux comprendre la lutte contre la vente illicite du médicament dans la formation sanitaire, il est nécessaire de nous intéresser au concept de leadership que nous empruntons au management. Le leadership est le fait d'influencer, de motiver, d'organiser et de coordonner le travail des autres. Pour Barbara Kellerman (2004) exercer un leadership suppose avant tout d'avoir une vision claire de ce que l'on veut devenir dans un horizon suffisamment long, puis de faire partager et désirer cette vision. Les dirigeants leaders transmettent une vision et ont un charisme qui leur permet de motiver avec intensité les employés. La vision que le leader

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

transmet à tous les employés réside dans la lutte contre la corruption à l'instar de la vente illicite des médicaments dans un contexte de gouvernance hospitalière. Elle se traduit également par la meilleure prise en soin et la qualité des soins aux malades. La qualité de prise en soin des malades est ainsi mise en corrélation avec la lutte contre la vente illicite du médicament par les soignants. La vision est construite dans son parcours professionnel, à travers des expériences cumulées dans le domaine de la lutte contre la vente illicite du médicament en milieu hospitalier. Les déclarations du directeur de l'hôpital l'indiquent clairement :

> J'ai été président du comité de lutte contre la corruption à l'hôpital Laquintinie de Douala, l'hôpital emploie 800 personnes, la corruption c'est à ciel ouvert, grandeur nature, Je sors de l'Ecole je n'avais pas de voiture je marche à pieds, j'avais une petite chambre donc j'étais fragile. Je n'ai pas succombé, les gens se moquaient de moi. Je suis donc appelé à combattre, ça failli prendre ma tête. Douala m'a menacé, les gens me disaient tu veux qu'on te tue ici ? Je suis resté ferme. Les choses ont changé après assainissement… Je suis dans le créneau, j'ai l'expérience, donc pour dire qu'en fait j'étais déjà moulé (DG, hôpital A).

Lorsqu'on le nomme directeur du CURY, le ministre d'alors lui laisse la latitude de former son équipe. Il fait des propositions au ministre qui va lui affecter un personnel. Cette liberté que lui offre le ministre de choisir ses collaborateurs devient pour lui son cheval de bataille comme le relèvent les propos suivants :

> Voilà le premier point positif, il me dit de choisir les gens avec qui je veux travailler parce que s'il m'envoyait les gens comme ça mes ainés et tous ceux qui avaient déjà roulé la bosse partout là, j'aurais eu de la peine à m'imposer. Comme c'est nouveau tu peux prendre qui tu veux. Je me mets à appeler les gens avec je voulais travailler, tel est à Ngaoundéré, tel est à Yaoundé, j'appelle, est-ce que tu veux venir travailler avec moi à Yaoundé. Je voulais le gens jeunes pas trop encombrés qui avaient toute leur carrière devant eux, qu'on peut formater le cerveau. Pas les gens qui avaient déjà parcourus tous les hôpitaux et qui avaient un caractère difficile, que je ne pouvais pas gérer. Voilà le point positif, j'avais besoin de créer des gens nouveaux vous êtes des anciens je ne peux pas vous créer parce que c'est différent. Qu'on fasse différemment que les autres…

La population du CURY est très jeune. La tranche d'âge des 26 à 35 ans représente 61%, plus de la moitié des employés. La tranche de 36 à 40 ans s'élève à un taux de 22%. Ces chiffres montrent à suffisance que le personnel est jeune. Cette caractéristique permet de faire une corrélation entre la vision de cet hôpital, l'effet jeunesse et la réussite de la lutte contre la vente illicite du médicament dans cet hôpital. Depuis très longtemps, la jeunesse a toujours été considérée comme un vecteur de changement social. Différentes écoles sociologiques telles que l'Ecole de Chicago étudient les jeunes au plus près, en situation, sur le terrain, en développant des postures d'observation. De ces travaux va naître l'idée que les jeunes sont à l'origine du changement social. Les chercheurs se focalisent sur les relations internes aux générations et sur

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

les rapports entre les générations. Ils situent donc la jeunesse dans un rapport de génération. Le choix du leader de cet hôpital de travailler avec les jeunes, va dans cette logique de rapport de génération. Le jeune est donc perçu comme un acteur réceptif à la vision du leader. Les propos ci-après le relatent clairement :

> Je voulais les gens jeunes, pas trop encombrés qui avaient toute leur carrière devant eux, qu'on peut formater le cerveau. Pas les gens qui avaient déjà parcouru tous les hôpitaux et qui avaient un caractère difficile, que je ne pouvais pas gérer. Voilà le point positif. J'avais besoin de créer des gens nouveaux, vous êtes des anciens, je ne peux pas vous créer… (Directeur du CURY).

Le jeune est appréhendé comme un acteur resocialisable contrairement à l'adulte. Ils ont la capacité d'acquérir des savoirs et des savoir-faire par la resocialisation dans des sous-mondes ou des sous-systèmes. Pour Berger P et Luckmann T (1982) la socialisation secondaire se fait non pas par des adultes vers les enfants, mais entre pairs. Les jeunes se socialisent entre eux en expérimentant les limites posées par la socialisation primaire. La socialisation secondaire ou le « formatage de cerveau » (directeur du CURY) des jeunes de l'hôpital comme le note le leader de cette formation sanitaire; est une acquisition des savoirs spécifiques, des comportements spécifiques, des logiques spécifiques, une vision spécifique en rapport avec la vision de la formation sanitaire, que le jeune devra incorporer, enraciner en lui, pour se sentir membre du groupe et se faire accepter comme tel.

Le leadership suppose avant tout d'avoir une vision claire de ce que l'on veut devenir dans un horizon suffisamment long, puis de faire partager et désirer cette vision (Barbara Kellerman (2004)). Les dirigeants leaders transmettent une vision et ont un charisme qui leur permet de motiver avec intensité les employés. La vision que le leader transmet à tous les employés réside dans la meilleure prise en soin et la qualité des soins administrée aux malades.

La vision est construite dans son parcours professionnel, à travers des expériences cumulées dans le domaine de la lutte contre la vente illicite du médicament en milieu hospitalier. Il est nommé président de lutte contre la corruption dans deux hôpitaux de Douala (hôpital d'arrondissement de Deido et l'hôpital Laquintinie) où tous les types de corruption existent. Malgré les contraintes du milieu social, il réussit à assainir ces deux hôpitaux de ces pratiques illicites. Une approche managériale néo-charismatique met en avant les compétences de communication du leader, sa capacité à communiquer une vision de l'avenir à ses employés et à les motiver pour les conduire à se dépasser.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Cette transmission d'une vision permet de donner un sens aux actions des employés et de l'organisation, elle autorise la construction d'une identité collective. Les compétences requises du leader ne sont donc plus centrées sur les dimensions opérationnelles et techniques, mais relèvent de plus en plus de la capacité à construire et à maintenir une idéologie au sein d'un groupe d'individus. L'entretien mené auprès du directeur de cette structure hospitalière, montre à suffisance les compétences de communication du leader. Au regard des données de terrain, l'aspect communicationnel est fondamental dans la transmission de sa vision. De ce fait la communication est essentielle dans la lutte contre la vente illicite du médicament en milieu hospitalier. « La communication est un critère fondamental à la performance et à l'efficacité du leadership » Schnurr (2008).

7. Discussion

La lutte contre la vente illicite des médicaments dans le circuit du malade tient à l'impulsion du leader qui met en œuvre une vision fondée sur la réelle volonté de lutter contre la corruption. Cette réelle volonté est adossée sur l'éthique comme stratégie de mise en œuvre de la qualité de prise en soin du malade et de la qualité des conditions de travail du soignant. Ces deux paramètres corrélés sont au fondement de la réussite de la lutte contre la vente parallèle des médicaments dans le circuit du malade. Cependant, l'absence de lutte contre la vente illicite des médicaments en milieu hospitalier permet une augmentation des recettes personnelles, mais porte un coup sur les recettes collectives de l'hôpital. Cet état de fait entraine des effets pervers sur le volume des quotes-parts et donc leur distribution. Puisque nous sommes en contexte où les écarts sont normalisés, la distribution des quotes-parts devient aléatoire et absente dans la plupart de temps. On se retrouve dans une sorte de cercle vicieux où l'absence de lutte contre la petite corruption entraine la normalisation de l'écart, qui elle-même porte un coup sur les rendements globaux de l'hôpital. La baisse des recettes de l'hôpital va entrainer la baisse des quotes-parts et le mal être des soignants, qui ont des effets sur la prise en soin des malades. Le malade est donc pris en otage : le diagnostic est orienté, l'indisponibilité des médicaments peut être provoquée, l'accessibilité des médicaments devient un prétexte. Le tout est de faire écouler sa marchandise, ici l'éthique n'a plus sa place.

Conclusion

Les stratégies et les ressources mises en place par les deux hôpitaux sont différentes. Les comportements de résistance entrainent une banalisation de la vente illicite des médicaments qui ferme la voie à la mise en œuvre de la bonne gouvernance. Les données du site de la maternité de l'HCY, montrent que le corps infirmier est celui qui a une forte propension à se

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

livrer à la pratique de la vente illicite du médicament dans le circuit du malade. Les pharmacies et les médicaments distribués par les délégués médicaux sont leurs premières sources de ravitaillement. Cependant, la rue constitue également un espace de ravitaillement. Les médicaments de la rue, dont on ignore la traçabilité sont dangereux pour la santé du malade. Toutefois, les facteurs socioéconomiques expliquent la pratique de cette activité à la maternité de l'HCY. Les comportements de résistance ici présents entrainent une banalisation de la vente illicite des médicaments qui ferme la voie à la mise en œuvre de la bonne gouvernance.

En revanche, au CURY, la lutte contre la vente illicite des médicaments dans le circuit du malade est le produit d'une agrégation d'actions individuelles qui sont motivées par un ensemble de valeurs, de normes et de croyances que les acteurs sociaux ont expérimentées au cours de leur vie professionnelle. On constate que cette lutte contre la vente parallèle des médicaments est le résultat des décisions prises par les individus de faire de cet hôpital un établissement où la qualité de prise en soin du malade est assurée et où les conditions de vie des travailleurs sont meilleures. La gouvernance est collectivement conçue et mise en place par tous les collectifs concernés par la lutte contre cette pratique illicite. L'espace de la lutte contre la corruption devient un espace public de sensibilisation, de communication qui met en lien tous les collectifs professionnels et non professionnels. C'est également un espace de satisfaction des besoins matériels et immatériels. Les phénomènes étudiés sont appréhendés comme des produits inscrits dans des interactions. Les acteurs se meuvent dans le jeu des échanges interpersonnels quotidiens au travers duquel se construisent en permanence cette microsociété ou cette sous-culture, ses règles et son devenir.

Références bibliographiques

BAYEMI Victor, 2008, « *Corruption et crise des hôpitaux publics à Douala: le schéma d'une organisation tripolaire »,* Governing Health Systems in Africa.

BERGER Peter et LUCKMANN Thomas, 1982, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 350 p.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, 1977, *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil, 445 p.

BOUDON Raymond, 1979, *La logique du social*, Paris, PUF, 279 p.

KELLERMAN Barbara, 2004, *Bad leadership*: *What It Is, How It Happens, Why It Matters.* Harvard Business School Publishing, Boston, 282 p.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

LALLEMENT Michel, 2003, « Capital social et théories sociologiques », in *Le capital social*, Actes du colloque organisé par le GRIS, 6 février, Université de Rouen, pp. 5-16.

LUCCHINNI Ricardo, 1995, « Entre relativisme et universalisme. Réflexions sociologiques sur la corruption », in *Déviance et Société*, n°19- 3, pp. 219-236.

MOUBE MOUBE, 2015, « Des principes de responsabilité et de solidarité pour un accès financier équitable aux soins de santé : Le cas des travailleurs de l'informel urbain du Cameroun en situation de vulnérabilité », Thèse de doctorat, Faculté des Arts et des Sciences humaines, Université de Montréal.

VALLEE Olivier, 2006, « La construction de l'objet corruption en Afrique », *Afrique contemporaine* 2006/4, n° 220, p. 137-162.

THOENIG Jean-Claude et Burlen Katherine, 1998, « Les secrétaires généraux des villes », in *Politique et management public*. *La gouvernance urbaine*, vol. 16, n° 1, pp. 141-172.

ZAGAINOVA Anastassiya, 2012, « la corruption institutionnalisée : un nouveau concept issu de l'analyse du monde émergent », Thèse de doctorat, Ecole doctorale de sciences économiques, Université de Grenoble.