

ANALYSE SOCIOLOGIQUE DES LOGIQUES DE CORRUPTION ET DE LEUR INCIDENCE SYSTEMIQUE SUR LA GOUVERNANCE DES SERVICES DE SANTE EN COTE D'IVOIRE

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences (CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

jacobagobe@yahoo.fr

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

EBEN-EZER César Léonce Koffi

Maître de Conférences (CAMES)

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

ebenezercesar@yahoo.fr

ADJOUMANI Kobenan

Maître-Assistant (CAMES)

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

adjkobenan@yahoo.fr

Résumé

Cette étude explore les dynamiques structurelles de la corruption au sein des services de santé ivoiriens, en mobilisant une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs avec des agents de santé, des patients et des experts en gouvernance publique. L'analyse révèle une institutionnalisation de pratiques illicites découlant de logiques clientélistes et d'une fragmentation normative favorisant la capture des ressources. Les résultats soulignent l'impact délétère de ces mécanismes sur l'accessibilité et la qualité des soins, accentuant les inégalités socio-sanitaires. La discussion met en tension les dimensions culturelles et systémiques de la corruption, interrogeant les stratégies de contournement et de légitimation des acteurs. En conclusion, l'étude invite à repenser les dispositifs de régulation en

intégrant les dynamiques sociales sous-jacentes, afin d'instaurer une gouvernance plus efficiente et équitable des services de santé.

Mots clés : *corruption, services de santé, inégalités de soins, gouvernance*

Abstract

This study explores the structural dynamics of corruption within the Ivorian health services, using a qualitative approach based on semi-directive interviews with health workers, patients and experts in public governance. The analysis reveals the institutionalisation of illicit practices stemming from clientelist logics and normative fragmentation favouring the capture of resources. The results highlight the deleterious impact of these mechanisms on the accessibility and quality of care, accentuating social and health inequalities. The discussion draws attention to the cultural and systemic dimensions of corruption, raising questions about the strategies used by actors to circumvent and legitimise it. In conclusion, the study calls for a rethink of the regulatory mechanisms by integrating the underlying social dynamics, in order to establish more efficient and equitable governance of health services.

Key words: *corruption, health services, health inequalities, governance*

Introduction

L'immersion dans le milieu d'étude a permis de renforcer les constats empiriques suivants : Tout d'abord, la présence omniprésente de la corruption : en Côte d'Ivoire, la corruption se révèle être un phénomène endémique, affectant une multitude de secteurs, dont la santé. Les recherches menées sur le terrain mettent en évidence des pratiques corruptives récurrentes, telles que le détournement de fonds publics, le paiement de pots-de-vin pour accéder à des soins, la falsification de médicaments, ainsi que les irrégularités dans la gestion des infrastructures sanitaires.

Ensuite, l'impact de la corruption sur l'accès aux soins : cette corruption génère des inégalités marquées, en particulier pour les populations les plus vulnérables. Les patients se voient contraints de verser des frais non officiels pour des services

censés être gratuits ou subventionnés, augmentant ainsi le fardeau financier des ménages déjà en situation de précarité.

Troisièmement, l'érosion de la qualité des soins : la corruption, en induisant une allocation inefficace des ressources, compromet gravement la qualité des soins. Les fonds publics alloués à la construction d'infrastructures ou à l'achat de médicaments sont fréquemment détournés ou mal utilisés, nuisant ainsi à l'efficacité du système de santé.

Enfin, le phénomène du "syndrome de la culture de l'impunité" : la tolérance sociale généralisée envers la corruption contribue à la persistance de pratiques non éthiques. Les acteurs du système de santé, qu'ils soient professionnels ou gestionnaires, se sentent peu incités à modifier leurs comportements, en raison de l'absence de responsabilité et de sanctions effectives. Cette culture de l'impunité, associée à une faible responsabilisation des autorités publiques, exacerbe la situation.

Le paradoxe qui émerge de ces constats réside dans le fait que, bien que la santé publique soit un pilier essentiel pour le développement humain et économique, la corruption compromet profondément son efficacité, aggravant les inégalités sociales et géographiques dans l'accès aux soins. En dépit des engagements des autorités à améliorer le système de santé, les pratiques corruptives persistent, rendant ainsi difficile l'atteinte des objectifs sanitaires de développement, en particulier pour les populations les plus défavorisées. L'aspiration à une meilleure gouvernance sanitaire semble ainsi constamment freinée par des logiques d'intérêt personnel et des réseaux clientélistes qui prennent le pas sur les impératifs de santé publique.

La question de recherche qui oriente cette étude est : quel est l'impact de la corruption sur les services de santé en Côte d'Ivoire, notamment en ce qui concerne l'accès, la qualité et l'efficacité des soins, et comment ces dynamiques influencent-

elles les inégalités sociales et territoriales dans la prise en charge sanitaire ? L'hypothèse de recherche qui en découle est la suivante : la corruption dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire, en détournant les ressources publiques et en influençant les pratiques de gestion et de soins, aggrave les inégalités d'accès aux soins, réduisant ainsi l'efficacité des services de santé et la qualité des prestations, en particulier pour les populations vulnérables et marginalisées. L'objectif de l'étude est : analyser les mécanismes de la corruption dans le secteur de la santé ivoirien, en identifiant les pratiques corruptrices à différents niveaux du système (administratif, médical, logistique, etc.). Spécifiquement, il s'agit de (i) évaluer les impacts de cette corruption sur l'accessibilité, la qualité, et l'efficacité des soins fournis à la population ;(ii) examiner les effets de la corruption sur la justice sociale en matière de santé, en particulier les disparités d'accès entre les zones urbaines et rurales.

Cette étude vise à fournir une analyse sociologique approfondie des implications de la corruption dans la gestion des services de santé, en mettant en lumière les conséquences sociales et économiques de cette corruption pour les populations ivoiriennes et en proposant des stratégies pour une gouvernance sanitaire plus éthique et inclusive.

Les recherches menées par Sardan, Arifari et Moumouni (2007) ainsi que par Houenso (2019) révèlent un contraste saisissant entre l'image idéalisée des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, infirmières, sage-femmes) et leur perception réelle sur le terrain. En théorie, ces métiers sont associés à des valeurs telles que le dévouement, la compassion et l'altruisme. Toutefois, dans de nombreux pays africains, la réputation des soignants est souvent négative, voire extrêmement critique. Les populations dénoncent fréquemment leur vénalité, leur manque d'égards envers les patients ainsi que la qualité insuffisante des soins prodigués. Malgré l'existence de

professionnels intègres, des témoignages auprès des patients et de leurs proches mettent en évidence des plaintes récurrentes telles que : « Ils ne nous regardent même pas » ou « Ils ne pensent qu'à l'argent », illustrant ainsi un profond malaise dans la relation entre les professionnels de la santé et les patients, marqués par un manque de considération.

Le centre de santé publique, censé être accessible à toute personne ayant besoin de soins, constitue dans certains contextes le seul recours pour la population (Geeraert & Rivollier, 2014). Or, le secteur de la santé est devenu l'un des foyers majeurs de corruption (Rapport UE, 2017). Ce phénomène touche aussi bien les pays développés que ceux en développement, avec des conséquences préoccupantes sur l'accès et la qualité des soins (TI, 2006 ; Rispel et al., 2015). La corruption dans ce domaine repose sur des pratiques illégales, où des agents de santé exigeants ou acceptent des pots-de-vin en échange d'un accès privilégié aux services médicaux (Scott, 1972).

Les institutions, qui sont censées établir des règles et encadrer les comportements afin de limiter les coûts de transaction (North, 1990), se révèlent parfois inefficaces, ouvrant ainsi la porte à des pratiques corruptives. Face à ces dysfonctionnements, certains auteurs, comme Leff (1964) et Lui (1985), avancent l'idée que la corruption pourrait, paradoxalement, jouer un rôle positif en palliant les dysfonctionnements institutionnels. Selon cette perspective, elle agirait comme un mécanisme facilitant les échanges économiques en compensant la rigidité des règles administratives. En ce sens, certaines études suggèrent qu'en améliorant l'efficacité, la corruption pourrait avoir un impact favorable sur l'activité économique, en particulier les obstacles bureaucratiques et en favorisant l'investissement (Lavallée et al., 2008).

Les travaux de Mtiraoui (2017) mettent en évidence les premières recherches ayant exploré le lien entre la corruption et

le développement économique, notamment à travers les études de Klitgaard (1988) et Rose-Ackerman (1989). Cette interaction entre la sphère économique et la corruption a également été relevée par plusieurs économistes, certains affirmant que la corruption pourrait, paradoxalement, favoriser l'activité économique en améliorant son efficacité (Leff, 1964 ; Huntington, 1968 ; *Lui ; 1985 et Beck et Maher ; 1986*). Dans cette perspective, la création de Transparency International ainsi que les analyses de Mauro (1995) constituent l'une des premières tentatives de mesure empirique de ce phénomène. Ces travaux soulignent les effets néfastes de la corruption sur l'investissement et la croissance économique, mettant en lumière l'importance du rôle de l'État dans le développement des pays. Toutefois, l'impact de la corruption varie en fonction des spécificités des pays. D'un côté, les fonds détournés par la corruption représentent une perte pour l'État, notamment les ressources allouées aux dépenses publiques. De l'autre, ces mêmes fonds peuvent être réinvestis dans l'accumulation de capital, ce qui nuance l'impact économique de la corruption. Cette approche contraste avec celle de Blackburn et al. (2010), qui considère que la corruption a un effet négatif sur l'accumulation du capital humain.

1. Ancrage théorique & méthodologique

L'analyse de la corruption dans les services de santé à Abidjan mobilisa deux cadres théoriques complémentaires. D'une part, l'approche fonctionnaliste permet d'éclairer la corruption comme un mode de régulation implicite du système de santé, garantissant une certaine stabilité malgré les dysfonctionnements institutionnels. D'autre part, la théorie du capital social révéla comment les réseaux interpersonnels structuraient l'accès aux soins et facilitaient la reproduction des pratiques corruptives. Le lien entre ces perspectives résida dans

leur capacité à saisir la corruption non pas comme une simple déviance, mais comme un phénomène structurellement intégré aux logiques d'action des acteurs. Cependant, ces cadres théoriques trouvèrent leurs limites dans leur difficulté à rendre compte des résistances internes au système et des processus de subjectivation des agents confrontés à ces pratiques.

L'étude adopta une approche qualitative rigoureuse, justifiée par la nécessité d'accéder aux rationalités sous-jacentes aux pratiques corruptives. Abidjan fut choisi comme site d'étude en raison de son statut de pôle sanitaire national où se concentrèrent les dynamiques d'accès différencié aux soins. La temporalité d'un mois se justifia par la volonté de capter la diversité des interactions sur une période permettant une immersion suffisante sans générer une saturation des données. Les entretiens semi-directifs furent menés auprès des personnels soignants, des patients et des intermédiaires informels, sélectionnés selon un échantillonnage raisonné prenant en compte la diversité des statuts et des trajectoires. Les critères d'inclusion reposèrent sur l'expérience directe des pratiques corruptives, tandis que les personnes n'ayant aucun lien avec le système de santé furent exclues afin de garantir la pertinence empirique des récits collectés.

Les données furent recueillies à travers des entretiens semi-directifs, des observations non participantes et l'analyse de documents institutionnels, puis dépouillées par codage thématique à l'aide du logiciel NVivo. La méthode d'analyse s'appuya sur une approche inductive, permettant de faire émerger les logiques d'actions des acteurs à partir des discours recueillis. Toutefois, la méthodologie présenta certaines limites, notamment le biais de désirabilité sociale qui influença les réponses des enquêtés et la difficulté d'accès à certains acteurs-clés du système. Sur le plan épistémologique, la relation d'enquête fut marquée par une tension entre la nécessité d'obtenir des informations précises et la méfiance des

répondants face à un sujet politiquement sensible, nécessitant une posture réflexive constante pour minimiser les biais d'interprétation.

2. Résultats

2.1. Identification des formes de corruption dans les services de santé

L'étude met en lumière les diverses formes de pratiques corruptives au sein du secteur de la santé, révélant un ensemble complexe de mécanismes qui minent l'intégrité et l'efficacité des systèmes sanitaires. La corruption dans ce secteur peut se manifester sous plusieurs formes, allant des pots-de-vin demandés par des agents de santé pour accélérer ou garantir l'accès aux soins, au détournement de fonds publics destinés à la gestion des infrastructures sanitaires par ailleurs, des pratiques telles que la surfacturation de services médicaux. La vente illégale de médicaments, et l'utilisation frauduleuse des ressources publiques accentuent non seulement les inégalités d'accès aux soins, mais compromettent également la qualité des services offerts. Ces phénomènes, profondément ancrés dans les réseaux de pouvoir et de clientélisme, exacerbent les tensions sociales et contribuent à la dégradation des conditions de santé publique.

En outre, ils alimentent un cercle vicieux d'impunité, où les pratiques illégales se perpétuent, notamment la confiance des populations dans les institutions sanitaires. Ce climat de corruption engendre une disparité croissante dans l'accès aux soins, privant les individus les plus vulnérables des services auxquels ils devraient normalement avoir droit. La redistribution des ressources compromet gravement la capacité des systèmes de santé à fonctionner de manière équitable et à répondre aux besoins fondamentaux des citoyens, tout en renforçant les inégalités.

Ce propos illustre : « *Tout est l'argent partout. A l'hôpital, on donne souvent un peu d'argent aux agents pour qu'ils soient beaucoup motivés envers notre patient ou soit, les titres de l'accompagnateur du malade les influencent. Quand, ils savent que tu es un pauvre et il n'y a personne derrière toi comme un bosse qui t'a accompagné, les soignants te regardent comme un mouton. Ils sont lents à te soigner* »

Cette situation, décrivant des inégalités et des discriminations dans l'accès aux soins en fonction du statut social et des capacités économiques, peut être analysée sociologiquement sous plusieurs angles en mobilisant les concepts et théories de sociologues tels que Pierre Bourdieu, Max Weber, Émile Durkheim et d'autres.

✓ *Les inégalités sociales et le capital symbolique (Pierre Bourdieu)*

Bourdieu(1979) explique que les interactions sociales sont influencées par le capital économique, social et symbolique des individus. Dans le contexte hospitalier, les soignants privilégient les patients qui possèdent un capital social (relations influentes) ou économique (capacité de verser des pots-de-vin). Les pauvres, ne disposant pas de ces capitaux, sont marginalisés et traités avec moins d'attention. Ce phénomène illustre une reproduction des inégalités sociales dans l'espace hospitalier. Les soignants, conscients des positions sociales des patients, adaptent leur comportement en fonction des ressources perçues, renforçant les hiérarchies sociales existantes.

✓ *La rationalisation et les valeurs marchandes (Max Weber)*

Weber(1971) analyse la bureaucratisation et la montée des logiques marchandes dans les institutions. La pratique des pots-de-vin reflète une marchandisation implicite des soins. Bien que

l'hôpital soit censé fonctionner selon une logique d'intérêt général et de neutralité, des dynamiques informelles liées à l'argent et au statut influencent les priorités des soignants. Cette situation traduit une tension entre la vocation éthique de l'hôpital (soigner tous les patients équitablement) et les logiques individualistes ou économiques qui émergent dans un contexte de ressources limitées et d'inégalités sociales.

✓ *Le dysfonctionnement institutionnel et la frustration des agents (Michel Crozier)*

Crozier(1963) s'intéresse aux comportements des individus dans des organisations rigides et souvent défailtantes. Les soignants dans les hôpitaux peuvent être confrontés à des conditions de travail difficiles (sous-effectif, faible rémunération, manque de matériel). Les pots-de-vin ou le favoritisme envers des patients influents deviennent alors des moyens de compenser ces frustrations ou d'obtenir des ressources supplémentaires. Cette situation révèle une forme de "stratégie de contournement" dans un système dysfonctionnel. Les soignants utilisent leur pouvoir discrétionnaire pour se protéger ou maximiser leurs avantages, au détriment des patients les plus vulnérables.

✓ *Les représentations sociales et la stigmatisation (Erving Goffman)*

Goffman(1973) explore la manière dont les interactions sociales sont influencées par les stigmates et les perceptions des statuts. Les patients pauvres, perçus comme moins importants ou moins capables de rétribution, sont souvent traités avec moins de considération. Leur statut social devient un stigmate qui influence la qualité des soins qu'ils reçoivent. Ces interactions traduisent une hiérarchisation implicite des patients fondée sur des critères sociaux, renforçant un sentiment d'injustice et d'exclusion chez les individus marginalisés.

✓ *Les inégalités dans l'accès aux soins (Thomas Piketty et les théoriciens de la justice sociale)*

Les inégalités économiques influencent directement la qualité des services publics auxquels les individus peuvent accéder. Dans ce contexte, l'argent agit comme un filtre discriminant dans l'accès à des soins rapides et de qualité. Les accompagnateurs influents jouent un rôle similaire en facilitant un traitement préférentiel pour leurs proches. Cette réalité met en lumière une fragmentation du système de santé où l'égalité d'accès, qui devrait être un principe fondamental, est mise à mal par des pratiques informelles et des disparités économiques.

✓ *Les normes sociales et le conformisme (Émile Durkheim)*

Durkheim(1895) s'intéresse à la manière dont les normes influencent les comportements individuels dans une société. Dans un environnement hospitalier où les pots-de-vin et le favoritisme sont normalisés, les soignants peuvent adopter ces pratiques pour se conformer à la culture dominante. Ces comportements ne sont pas nécessairement le résultat d'une malveillance individuelle, mais d'un cadre normatif où ces pratiques deviennent des stratégies de survie ou d'adaptation.

➤ *Conclusion sociologique*

La situation décrite reflète plusieurs dynamiques sociologiques complexes :

Inégalités structurelles : Les pratiques discriminatoires observées à l'hôpital sont le prolongement des inégalités sociales, économiques et symboliques dans la société.

Logiques informelles : Le recours aux pots-de-vin ou au favoritisme découle souvent d'un système institutionnel

fragilisé, où les agents adaptent leurs comportements pour maximiser leurs gains.

Stigmatisation des vulnérables : Les patients pauvres ou sans relations influentes sont stigmatisés, ce qui limite leur accès à des soins équitables.

Normes institutionnelles : La normalisation de ces pratiques pose un problème éthique, car elle détourne les hôpitaux de leur mission première d'égalité et de justice dans l'accès aux soins.

Cette analyse invite à une réflexion sur la nécessité de réformes structurelles et culturelles dans le système de santé pour lutter contre les pratiques discriminatoires et garantir un accès équitable à tous les patients, indépendamment de leur statut social ou économique.

2.2. Analyse des conséquences sur la qualité des soins

L'étude a mis en évidence l'impact délétère de la corruption sur la qualité des services de santé, en révélant comment elle détourne des ressources essentielles destinées à garantir l'efficacité des systèmes sanitaires. La mauvaise gestion et le détournement de fonds publics, au profit d'intérêts personnels ou de réseaux informels, engendre une pénurie systématique de médicaments, de matériel médical et de personnel qualifié dans les hôpitaux.

Ce manque de ressources fondamentales compromet non seulement la prise en charge des patients, mais exacerbe également les conditions de travail des professionnels de santé, entraîne ainsi la capacité des établissements à offrir des soins adéquats. La corruption, en fragmentant les flux de ressources, crée une discontinuité dans les services de santé et alimentaire un cercle vicieux de dégradation, où l'accès aux soins de qualité

devient de plus en plus inégal et inaccessible pour les populations les plus vulnérables.

Cette dérégulation des systèmes de santé privée non seulement les individus de traitements adaptés, mais renforce également les disparités socio-économiques, en amplifiant les inégalités existantes dans l'accès aux soins. L'érosion de la confiance des citoyens dans les institutions sanitaires contribue à l'aggravation de la fracture sociale, alimentant un climat de méfiance et de frustration qui sape la cohésion sociale et compromet la légitimité du système de santé. Ce phénomène de délitement institutionnel engendre un cercle vicieux où l'absence de réformes efficaces, couplée à la persistance de pratiques corruptives, rend encore plus difficile l'amélioration des conditions de santé publique.

En conséquence, la légitimité des autorités sanitaires est mise en mise en œuvre. La question, et la capacité des gouvernements à mettre en œuvre des politiques de santé publique équitables et efficaces sont gravement compromises, exacerbant ainsi les inégalités et améliorant la marginalisation des populations les plus précaires.

Cette déclaration illustre : *« Dans certains centres de santé ruraux ivoiriens, les infirmiers nous vendent pratiquement tout. On achète les seringues ou des pansements avant d'être soignés. L'hôpital existe comme des simples bâtiments ou des murs mais tout s'achète. Les agents ne vont pas nous dire que le ministère de la santé n'envoie rien comme médicament pour les populations. Mais, on est né dans ça, on peut faire comment ? Seul dieu est notre remède sinon, si, on compte sur les hôpitaux, on était déjà tous mort dans pays-là »*

Cette situation, où les populations des zones rurales ivoiriennes se retrouvent contraintes d'acheter les fournitures médicales essentielles dans les centres de santé, reflète des

dynamiques sociologiques complexes liées aux inégalités structurelles, à la défaillance institutionnelle et aux stratégies de survie dans des contextes de précarité. Voici une analyse sociologique mobilisant différentes théories et concepts.

- ***Les inégalités structurelles et l'injustice sociale (Pierre Bourdieu)***

Bourdieu (Op cit) analyse comment les inégalités économiques et sociales se reproduisent à travers les institutions. Les centres de santé ruraux, sous-équipés et sous-financés, reflètent les inégalités territoriales dans l'accès aux services publics essentiels. Les populations rurales, souvent économiquement vulnérables, subissent un double fardeau : celui de la précarité économique et de l'inaccessibilité des services de santé gratuits. Ces inégalités renforcent la domination symbolique et matérielle des zones urbaines sur les zones rurales. L'absence de médicaments ou de fournitures médicales dans les centres de santé illustre une marginalisation systémique des populations rurales, condamnées à « s'adapter » ou à recourir à des solutions informelles.

- ***La bureaucratisation et ses limites (Max Weber)***

Weber (Op cit) analyse la bureaucratisation et ses dysfonctionnements dans les institutions. Les centres de santé ruraux sont censés être des prolongements bureaucratiques de l'État, mais leur incapacité à fournir des médicaments et du matériel médical signale un échec de la rationalité bureaucratique. Cette déconnexion entre le ministère de la Santé et les réalités locales entraîne une improvisation par les agents de santé pour maintenir une forme de service. Les soignants, en vendant des seringues ou des pansements, adoptent des stratégies de contournement qui contredisent les principes de neutralité et de service public. Cela montre un effondrement

partiel de la bureaucratie et l'émergence d'une économie informelle dans les structures publiques.

- ***La résilience sociale et les stratégies de survie (Michel de Certeau)***

Michel de Certeau(1980) explore comment les individus, face à des contraintes systémiques, développent des "pratiques ordinaires" pour s'en sortir. Les populations rurales, contraintes d'acheter des fournitures médicales ou de chercher des alternatives comme la foi religieuse (« Seul Dieu est notre remède »), illustrent une résilience face à l'abandon institutionnel. Cette adaptation devient une manière de survivre dans un contexte où les institutions ne répondent pas à leurs besoins. Plutôt que de contester directement le système, ces populations adoptent une posture d'acceptation (« On est né dans ça »), renforçant ainsi la normalisation des inégalités.

- ***La marchandisation des services publics (David Harvey)***

Harvey(2010) analyse comment les logiques de marché s'intègrent dans les sphères publiques, notamment dans les services sociaux. Le fait que les soignants vendent des produits médicaux transforme un service public supposé être gratuit en un espace marchand. Cette marchandisation est souvent la conséquence de la sous-finance structurelle des hôpitaux ruraux. Cette dynamique reflète une privatisation implicite des soins dans un contexte d'État faible, où les citoyens pauvres doivent assumer des coûts qui devraient être pris en charge par le système public.

- ***La désaffection envers l'État (Alain Touraine)***

Touraine(2007) explore comment les dysfonctionnements institutionnels affaiblissent le lien entre les citoyens et l'État. L'incapacité des centres de santé ruraux à répondre aux besoins

fondamentaux des populations mine la confiance dans l'État et ses institutions. L'idée que « seul Dieu est notre remède » traduit un désespoir collectif et un transfert de confiance de l'État vers des entités spirituelles ou communautaires. Cette désaffection alimente une fracture sociale, où les populations marginalisées se sentent abandonnées, contribuant à une déconnexion entre les élites politiques et les citoyens ordinaires.

- ***Les normes sociales et la résignation collective (Émile Durkheim)***

Durkheim (Op cit) s'intéresse à la manière dont les normes sociales influencent les comportements individuels et collectifs. L'acceptation implicite de ces pratiques par les populations (« On peut faire comment ? ») reflète une résignation face à des normes sociales qui tolèrent l'absence de services publics efficaces. Cette résignation empêche souvent l'émergence de mobilisations collectives pour revendiquer des droits. Cette situation est interprétée comme une anomie (désintégration des normes sociales communes), où les individus, face à un État absent, se replient sur des solutions individuelles ou spirituelles.

- ***La solidarité mécanique et le rôle de la communauté (Durkheim)***

Durkheim distingue la solidarité mécanique (basée sur des liens communautaires forts) de la solidarité organique (liée à la division du travail). Dans les zones rurales, la solidarité mécanique pousse les individus à s'entraider face aux défis systémiques, par exemple en partageant des ressources médicales ou en recourant à des réseaux locaux pour obtenir des soins. Cette relance communautaire, bien qu'efficace à court terme, ne remplace pas un système de santé fonctionnel et met en lumière l'absence de solidarité organique entre les institutions urbaines et rurales.

➤ *Conclusion sociologique*

Cette situation illustre :

Un échec institutionnel : Les centres de santé ruraux, censés représenter l'État, ne remplissent pas leur fonction, poussant les agents et les citoyens à adopter des stratégies de survie ;

La marchandisation des soins : L'absence de gratuité dans les services publics traduit une privatisation implicite et inégalitaire ;

La résignation collective : Le discours des populations montre une acceptation normalisée de ces injustices, souvent perçues comme inévitables ;

Une fracture sociale : Les inégalités entre zones urbaines et rurales sont exacerbées, alimentant une marginalisation des populations rurales ;

Un repli spirituel : La foi en Dieu devient un substitut émotionnel et psychologique face à l'incapacité des institutions à répondre aux besoins fondamentaux.

Pour remédier à ces problèmes, des politiques de renforcement des infrastructures sanitaires, une meilleure allocation des ressources et une responsabilisation des acteurs publics sont nécessaires afin de rétablir la confiance des populations rurales envers les services publics.

2.3. Impact de la corruption sur l'accès équitable aux soins

Les résultats de cette étude ont permis d'évaluer comment la corruption amplifie les inégalités dans l'accès aux soins. Les populations les plus pauvres sont généralement les plus

touchées, car elles n'ont pas les moyens de payer les pots-de- vin ou les frais informels exigés pour obtenir des soins médicaux. Cette situation crée un fossé croissant entre ceux qui peuvent se permettre de payer pour des services de santé et ceux qui en sont exclus, renforçant ainsi les disparités sociales et économiques.

Ce propos exemplifie : *« On nous a dit à la télévision que l'accouchement est gratuit. Mais, dans la réalité, c'est faux. Avant d'accoucher, les docteurs donnent une liste de médicament à payer surtout en cas de césarienne. Alors que la césarienne, est une urgence. Et, l'hôpital devrait offrir tous les médicaments sur place. Mais, souvent, pendant la nuit, où les pharmacies de garde se trouvent souvent très éloignées, on court dans tous les sens pour acheter les médicaments. Pendant, ce temps, la femme qui doit donner vie à un enfant souffre dans la salle d'accouchement. Tout ça n'encourage pas à aller accoucher à l'hôpital ».*

Cette situation met en lumière les contradictions entre les politiques publiques annoncées et la réalité vécue par les usagers des services de santé. Elle reflète des dynamiques sociologiques complexes, notamment sur le plan des inégalités sociales, des dysfonctionnements institutionnels, et de la confiance dans l'État. Voici une interprétation sociologique basée sur différents concepts et théories.

- *Les inégalités sociales et l'écart entre le discours et la pratique (Pierre Bourdieu)*

Bourdieu (Op cit) met en évidence les écarts entre les discours officiels et les pratiques réelles, souvent influencés par des inégalités structurelles. L'annonce de la gratuité de l'accouchement est une mesure symbolique qui vise à renforcer l'image de l'État comme garant de l'accès aux soins. Cependant, dans les faits, les populations économiquement vulnérables se

retrouvent dans une situation de dépendance économique face aux exigences informelles (achat de médicaments). Cette situation reflète un "capital symbolique" déconnecté de la réalité. Les populations pauvres, les plus concernées par la gratuité, subissent une double peine : elles ne peuvent pas accéder aux soins promis tout en étant confrontées à des coûts imprévus, renforçant leur sentiment d'exclusion.

- *La bureaucratie défaillante et la rationalité limitée (Max Weber)*

Weber (Op cit) analyse la bureaucratisation comme une tentative d'organiser les services publics de manière rationnelle, mais qui peut échouer en cas de mauvaise gestion. L'absence de médicaments sur place dans des cas d'urgence comme la césarienne reflète une défaillance bureaucratique dans la chaîne d'approvisionnement des hôpitaux. Ce manque pousse les patients à compenser par eux-mêmes, souvent dans des conditions précaires (pharmacies éloignées, heures tardives). Ce dysfonctionnement montre les limites de la rationalité bureaucratique lorsque les ressources et les moyens ne sont pas alignés avec les objectifs annoncés. Cela crée une dissonance entre les attentes des usagers et les capacités des institutions.

- *L'urgence médicale et les inégalités d'accès (Michel Foucault)*

Foucault (1975 ; 1976) s'intéresse au pouvoir des institutions médicales et à leur rôle dans la gestion des corps. La césarienne, en tant qu'urgence médicale, exige une prise en charge rapide et complète. L'obligation pour les proches de courir acheter des médicaments à l'extérieur illustre une forme d'abandon institutionnel dans la gestion des corps des femmes en situation de vulnérabilité. Cette situation traduit un échec des institutions médicales à assurer leur rôle biopolitique de protection des citoyens. Elle révèle également une forme d'inégalité

structurelle où certaines vies (les femmes pauvres) sont jugées moins prioritaires dans le système de santé.

- *La marchandisation implicite des soins (David Harvey)*

Harvey (Op cit) analyse comment les services publics deviennent de plus en plus soumis à des logiques de marché. Bien que l'accouchement soit officiellement gratuit, le système hospitalier fonctionne dans une logique implicite de marchandisation où les patients doivent acheter eux-mêmes les médicaments nécessaires. Cela transforme un service public en une prestation à la charge des usagers. Cette marchandisation informelle reflète une contradiction entre les objectifs déclarés de gratuité et la réalité économique des hôpitaux, souvent sous-financés. Cela crée une fracture entre l'État et ses citoyens, particulièrement les plus démunis.

- *La résignation sociale et le manque de recours (Émile Durkheim)*

Durkheim (Op cit) analyse la manière dont les individus se résignent face à des situations qu'ils perçoivent comme inéluctables. Les femmes et leurs familles, confrontées à ces difficultés répétées, finissent par accepter la situation comme normale (« Tout ça n'encourage pas à aller accoucher à l'hôpital »). Ce sentiment d'impuissance renforce le recours à des solutions alternatives, comme les accouchements à domicile ou les cliniques privées pour ceux qui en ont les moyens. Cette résignation traduit une forme d'anomie, où les normes et attentes vis-à-vis des institutions s'effondrent. Cela peut affaiblir la confiance collective dans le système de santé public.

○ *La place des femmes et les inégalités de genre (Sylvia Walby)*

Walby(1997) explore comment les institutions reproduisent des inégalités de genre. La situation décrite met en évidence la vulnérabilité des femmes dans le système de santé. Elles subissent une double marginalisation : d'une part en tant que patientes, d'autre part en tant que femmes confrontées à des conditions médicales spécifiques (accouchement, césarienne) mal prises en charge. Le fait que la souffrance des femmes soit normalisée et que les institutions n'assurent pas pleinement leur rôle peut être vu comme une forme d'inégalité de genre structurelle, où les besoins spécifiques des femmes ne sont pas priorités.

○ *La foi et le repli spirituel (Clifford Geertz)*

Geertz(1983) s'intéresse aux significations culturelles et au rôle de la religion dans la vie des individus. La mention implicite de la foi (« Dieu est notre remède ») comme solution de dernier recours montre comment, dans des contextes de défaillance institutionnelle, les populations se tournent vers des explications et des soutiens spirituels pour faire face à des situations qu'elles ne peuvent contrôler. Ce repli spirituel traduit une désillusion vis-à-vis des institutions et une forme de résilience culturelle face à l'imprévisibilité de la vie dans des contextes précaires.

➤ *Conclusion sociologique*

Cette situation révèle des tensions importantes entre les promesses de gratuité des soins et la réalité vécue dans les centres hospitaliers :

Inégalités structurelles : Les femmes les plus vulnérables, vivant en milieu rural ou en situation de précarité, sont les plus

touchées par cette inaccessibilité des soins ;

Dysfonctionnements institutionnels : Les hôpitaux, confrontés à un sous-financement chronique, ne peuvent pas répondre efficacement aux besoins des patientes, surtout en cas d'urgence ;

Résignation collective : La perception que la situation est inévitable renforce la désaffection envers les hôpitaux publics ;

Conséquences sociales : À long terme, cette situation risque de pousser les populations vers des alternatives moins sûres (accouchements à domicile) ou plus coûteuses (cliniques privées), aggravant les inégalités dans l'accès aux soins ;

Pour pallier ces problèmes, il serait nécessaire de renforcer la chaîne d'approvisionnement des hôpitaux, de mieux financer le secteur de la santé, et de sensibiliser les soignants aux enjeux d'éthique et d'équité. Cela permettrait de rétablir la confiance des populations dans le système de santé public.

2.4. Étude de l'impact sur la confiance des populations dans le système de santé

Les résultats de cette étude ont révélé de manière probante comment la corruption érode la confiance des citoyens dans le système de santé publique. Lorsqu'ils sont confrontés à des demandes informelles, telles que des pots-de-vin, ou à une qualité de service médiocre, les patients voient leur confiance dans les institutions publiques se fragiliser. Cette détérioration de la légitimité du système public pousse de plus en plus de citoyens à se tourner vers des alternatives, comme la médecine traditionnelle ou privée, souvent perçues comme plus accessibles ou plus efficaces de désaffection pour les services de

santé publics renforce les inégalités sociales, car l'accès à ces alternatives demeure inégale, amplifiant ainsi les fractures existantes entre les différents couches sociales.

Ce propos illustre : *« Ma famille et moi, préférons nous tourner vers les cliniques privées ou des tradipraticiens, malgré les coûts plus élevés, car, dans les hôpitaux publics, c'est du n'importe quoi ; mauvais accueil, humeurs des agents de santé sur les patients, tout se paye. Où est l'apport de l'Etat pour diminuer la souffrance des malades. Et, tout ça, pour bien nous escroquer à l'hôpital sans remord, on appelle maintenant, les malades des clients. Tu paies, on te soigne. Tu ne paies pas, tu meurs. »*

Cette déclaration met en lumière une désillusion profonde vis-à-vis des hôpitaux publics, illustrant des dynamiques sociologiques complexes liées à la marchandisation de la santé, à la perte de confiance dans l'État, et à la recherche de solutions alternatives. Voici une interprétation sociologique détaillée.

✓ *La marchandisation de la santé (David Harvey)*

Harvey (Op cit) analyse comment les logiques de marché s'intègrent progressivement dans des domaines qui devraient relever du service public. L'idée que « les malades sont des clients » traduit une marchandisation implicite de la santé. Dans les hôpitaux publics, les soins, censés être accessibles à tous, sont conditionnés par la capacité de paiement des patients. Ce processus transforme un droit fondamental en un privilège pour ceux qui peuvent se le permettre. Cela reflète une privatisation progressive des services publics, même dans les structures supposées gratuites, exacerbant les inégalités sociales et territoriales.

✓ ***La perte de confiance dans l'État (Alain Touraine)***

Touraine (Op cit) explore comment les défaillances des institutions peuvent affaiblir le lien entre les citoyens et l'État. L'absence de prise en charge effective des patients dans les hôpitaux publics, associée au sentiment d'être « escroqué », illustre une perte de légitimité des institutions publiques. Les citoyens ne perçoivent plus l'État comme un acteur protecteur, mais comme défaillant, voire complice d'un système injuste. Cette situation renforce une fracture sociale et alimente une méfiance généralisée envers les politiques publiques de santé. Les individus se tournent alors vers des solutions privées ou informelles, même si celles-ci sont coûteuses.

✓ ***Les inégalités structurelles et l'exclusion des plus pauvres (Pierre Bourdieu)***

Bourdieu (Op cit) met en évidence comment les institutions reproduisent les inégalités sociales. L'accès aux soins dans les hôpitaux publics devient conditionné par des ressources économiques, excluant ainsi les plus pauvres. Ceux qui ne peuvent pas payer sont laissés pour compte, comme le montre la phrase « tu ne paies pas, tu meurs ». Cela illustre une inégalité d'accès systémique, où les populations défavorisées sont marginalisées et contraintes de chercher des alternatives (cliniques privées, tradipraticiens), malgré leurs coûts élevés.

✓ ***La déshumanisation des soins (Erving Goffman)***

Goffman (Op cit) analyse comment les institutions peuvent produire une déshumanisation des interactions entre leurs membres. Les mauvais accueils, les humeurs des agents de santé et le traitement des patients comme des clients montrent une rupture dans la dimension relationnelle et empathique des soins. Ces comportements traduisent un épuisement professionnel chez les soignants, mais aussi une organisation défaillante qui ne

valorise pas la relation patient-soignant. Cela alimente le sentiment d'aliénation et de mépris chez les patients.

✓ *La recherche de solutions alternatives et la résilience sociale (Michel de Certeau)*

De Certeau (Op cit) explore comment les individus développent des pratiques pour s'adapter aux contraintes systémiques. Le recours aux cliniques privées ou aux tradipraticiens, malgré leurs coûts, est une stratégie de contournement face à l'échec des hôpitaux publics à offrir des soins accessibles et de qualité. Cette adaptation montre une résilience sociale, où les individus, faute de pouvoir compter sur l'État, se tournent vers des solutions qu'ils jugent plus fiables, même si elles augmentent leur vulnérabilité économique.

✓ *La bureaucratie inefficace et la corruption (Max Weber)*

Weber (Op cit) critique la bureaucratie lorsqu'elle devient rigide et inefficace, voire corrompue. Le sentiment que les hôpitaux publics « escroquent » les patients reflète une perte de confiance dans les processus bureaucratiques censés garantir l'équité et la transparence. Les agents de santé, parfois mal rémunérés, peuvent être tentés d'adopter des pratiques informelles pour compenser, contribuant à cette perception d'injustice. Cela montre une bureaucratie dysfonctionnelle, incapable de garantir une organisation rationnelle et équitable des services de santé.

✓ *La normalisation de l'injustice et l'anomie sociale (Émile Durkheim)*

Durkheim (Op cit) s'intéresse à la manière dont les normes sociales se désintègrent dans des contextes d'injustice prolongée. La perception que « tout se paye » et que l'État n'a aucun apport pour soulager les malades traduit une anomie, où

les citoyens ne reconnaissent plus les normes et les valeurs censées guider le fonctionnement des institutions. Cette désintégration des normes alimente un sentiment de désespoir collectif, où les individus se sentent abandonnés par l'État et obligés de se débrouiller seuls.

✓ ***Les inégalités face au risque et le rôle de l'économie informelle (Amartya Sen)***

Sen(2000) s'intéresse aux capacités des individus à faire face aux risques et aux privations. L'obligation de payer pour accéder aux soins dans les hôpitaux publics met en évidence une vulnérabilité accrue des populations pauvres, qui ont moins de ressources pour faire face aux urgences médicales. Cette situation crée une inégalité face au risque, où les plus pauvres sont non seulement plus exposés aux maladies, mais également moins capables de se soigner.

➤ ***Conclusion sociologique***

Cette analyse met en évidence plusieurs problématiques :

La marchandisation des soins : Les hôpitaux publics, faute de ressources adéquates, adoptent une logique marchande qui exclut les plus démunis.

La perte de légitimité de l'État : L'échec des politiques publiques de santé à garantir un accès équitable aux soins mine la confiance des citoyens.

Le recours à des alternatives coûteuses : Les cliniques privées et les tradipraticiens deviennent des refuges, malgré leurs coûts, pour des populations en quête de fiabilité et de dignité.

La déshumanisation des soins : L'absence d'empathie et les comportements des agents de santé aggravent la méfiance envers

les hôpitaux publics.

L'injustice structurelle : Les plus pauvres paient le prix fort d'un système qui devrait au contraire les protéger.

➤ ***Pour résoudre ces problèmes, il est impératif de :***

- Réformer le système de santé pour garantir une gratuité effective des soins essentiels ;
- Renforcer la formation et la motivation des agents de santé pour améliorer l'accueil et la qualité des soins ;
- Améliorer la gestion des ressources dans les hôpitaux publics pour éviter la dépendance aux paiements informels ;
- Restaurer la confiance des citoyens en adoptant des politiques plus inclusives et transparentes.

2.5. Analyse des mécanismes institutionnels favorisant la corruption

Dans cette analyse, nous avons mis en évidence les failles institutionnelles qui permettent et nourrissent la corruption dans le secteur de la santé. L'absence de mécanismes de contrôle rigoureux, combinés à une faible rémunération des professionnels de santé, crée un environnement propice aux pratiques corruptives. Par ailleurs, une gouvernance déficiente, marquée par un manque de transparence et d'imputabilité, joue un rôle clé dans la propagation de ces comportements déviants. Ces éléments s'entremêlent pour renforcer un système où la corruption devient non seulement un moyen de survie pour les acteurs concernés, mais aussi un frein majeur à l'amélioration de l'accès aux soins. Ainsi, la corruption dépasse le simple fait de nuire à l'intégrité des services de santé : elle engendre également des dynamiques de dépendance et de précarité. Dans ce contexte, les professionnels de santé, souvent sous-payés, ont recours à

des pratiques illégales pour réparer les défaillances institutionnelles. Ce cercle vicieux aggrave la dégradation des services publics de santé et accentue les inégalités dans l'accès aux soins.

Ce propos illustre : « *Il y a quelques années, un audit réalisé dans une région avait révélé que le directeur de l'hôpital détournait les médicaments et appareils médicaux pour l'équipement de sa propre clinique* »

Cette situation met en lumière des enjeux liés à la corruption, aux inégalités structurelles, et au dysfonctionnement des institutions publiques, tout en reflétant une crise de légitimité de l'État dans le secteur de la santé. Voici une analyse et une interprétation sociologique détaillées :

- *La corruption comme symptôme des dysfonctionnements structurels (Max Weber)*

Weber (Op cit) analyse la bureaucratie comme un système rationnel censé garantir l'efficacité et l'équité, mais qui peut être détourné par des intérêts personnels. Le détournement de médicaments et d'appareils médicaux par le directeur d'un hôpital pour équiper sa propre clinique illustre une rupture entre les objectifs de l'institution publique et les pratiques individuelles. Ce type de comportement traduit une bureaucratie affaiblie où les mécanismes de contrôle interne sont inefficaces. La privatisation informelle des ressources publiques alimente les inégalités d'accès aux soins.

- *L'accaparement des ressources publiques et les inégalités (Pierre Bourdieu)*

Selon Bourdieu (Op cit), les pratiques des élites peuvent reproduire les inégalités sociales en monopolisant les ressources. Le détournement des médicaments et des équipements, censés

être destinés aux patients les plus vulnérables, au profit d'une clinique privée accessible uniquement à ceux qui ont les moyens, reflète une logique de domination économique et sociale. Cela perpétue une inégalité structurelle où les pauvres sont privés des services publics de base, tandis que les élites renforcent leur pouvoir économique par l'exploitation des ressources communes.

- ***La privatisation informelle des services publics (David Harvey)***

Harvey(Op cit) s'intéresse à la manière dont les services publics deviennent des espaces de marchandisation et de privatisation. La transformation des ressources publiques en biens privés, via leur détournement, reflète une privatisation informelle de la santé. Les services de santé publics sont ainsi vidés de leur substance pour enrichir des acteurs privés. Ce processus alimente la marchandisation de la santé, où les soins deviennent un privilège réservé à ceux qui peuvent payer, aggravant la fracture sociale.

- ***La crise de légitimité et la défiance envers l'État (Alain Touraine)***

Touraine(Op cit) met en lumière la perte de confiance dans l'État lorsque celui-ci n'assume pas ses responsabilités envers les citoyens. Le détournement des ressources hospitalières, révélé par un audit, accentue la méfiance des populations envers les institutions publiques. Elles perçoivent l'État comme incapable de protéger leurs droits, notamment l'accès à des soins de qualité. Cette crise de légitimité renforce l'idée que les services publics ne sont pas fiables, ce qui pousse les citoyens à chercher des alternatives coûteuses, comme les cliniques privées ou les tradipraticiens.

- ***La corruption et l'anomie sociale (Émile Durkheim)***

Durkheim(Op cit) analyse comment l'absence de règles ou leur non-application peut mener à une désintégration sociale. Le détournement des ressources médicales reflète une anomie institutionnelle où les normes qui régissent les services publics sont ignorées par ceux qui détiennent le pouvoir. Cette situation crée un sentiment d'injustice et d'impuissance chez les citoyens, qui finissent par percevoir la corruption comme un phénomène normalisé, contribuant à une résignation collective.

- ***Les inégalités d'accès et la santé comme bien marchand (Amartya Sen)***

Amartya Sen insiste sur l'importance des capacités des individus à accéder aux services essentiels pour leur bien-être. Le détournement des ressources prive les populations les plus vulnérables de médicaments et d'appareils médicaux, limitant leur capacité à accéder à des soins de qualité. Cela amplifie les inégalités d'accès aux soins, où les ressources destinées aux plus pauvres sont redirigées vers des cliniques privées profitant uniquement aux élites.

- ***Le rôle des audits et la transparence institutionnelle (Michel Crozier)***

Crozier(Op cit) analyse comment les institutions peuvent se rigidifier et devenir opaques, facilitant les abus de pouvoir. La réalisation d'un audit révèle une tentative d'instaurer plus de transparence dans le système. Cependant, le fait que ces pratiques aient pu se dérouler sur une période prolongée indique un manque de surveillance systématique. Cette rigidité bureaucratique et l'opacité dans la gestion des ressources créent un terrain favorable à la corruption et sapent la capacité des institutions à répondre aux besoins des citoyens.

- ***La marchandisation des responsabilités publiques (Hannah Arendt)***

Arendt explore comment les responsabilités collectives peuvent être externalisées ou détournées dans des contextes de déclin moral. En détournant les ressources publiques pour sa propre clinique, le directeur transforme une responsabilité publique (soins pour tous) en un projet privé, centré sur le profit. Cela reflète une forme d'érosion des valeurs morales dans la gestion des institutions publiques, où les agents chargés de servir le public privilégient leurs intérêts personnels.

➤ ***Conclusion sociologique***

Le détournement des ressources médicales au profit d'une clinique privée révèle plusieurs enjeux :

Dysfonctionnement institutionnel : Les mécanismes de contrôle et de transparence dans les hôpitaux publics sont insuffisants pour prévenir la corruption.

Exacerbation des inégalités : Ce type de pratiques prive les populations vulnérables de services essentiels, aggravant leur marginalisation.

Crise de confiance : Les citoyens perdent foi en l'État et ses institutions, ce qui alimente la méfiance et pousse à rechercher des solutions alternatives.

Normalisation de la corruption : L'absence de sanctions ou de réformes concrètes après de tels audits peut renforcer l'idée que ces pratiques sont inévitables ou tolérées.

➤ **Pour lutter contre ce phénomène, il est crucial de :**

- Renforcer les mécanismes de contrôle et de transparence dans la gestion des ressources publiques.
- Mettre en place des sanctions exemplaires pour dissuader de tels comportements.
- Sensibiliser les gestionnaires publics aux enjeux éthiques de leurs responsabilités.
- Restaurer la confiance des citoyens par des politiques de santé inclusives et efficaces.

2.6. Proposition de solutions pour lutter contre la corruption dans les services de santé

L'étude a permis d'élaborer des stratégies visant à réduire la corruption et à améliorer la transparence dans le secteur de la santé. Ces solutions reposent sur plusieurs leviers complémentaires, notamment l'amélioration de la gouvernance institutionnelle, qui implique une révision des structures de gestion et une promotion de la transparence à tous les niveaux de décision. La mise en place de mécanismes sûrs de dénonciation, associés à la création de canaux et anonymes pour signaler les pratiques corruptives, constitue également un axe stratégique essentiel.

Par ailleurs, la responsabilité accumulée des acteurs du système de santé, à travers des mesures de contrôle interne et externe, vise à établir un cadre de responsabilité clair, impliquant ainsi les opportunités de pratiques illégales. Cette approche renforce non seulement la transparence, mais Aussi la crédibilité des institutions sanitaires, contribuant ainsi à restaurer la confiance des citoyens dans le système de santé publique.

En précisant les rôles, les attentes et les mécanismes de contrôle, cette responsabilité devient un outil clé pour limiter la

corruption et garantir une prise en charge plus équitable et plus accessible pour toutes les populations.

Ce propos éclaire : *« La mise en place d'un système numérique de suivi des fonds publics alloués aux hôpitaux à Abidjan a permis de réduire les détournements et d'améliorer la disponibilité des médicaments essentiels ».*

Cette situation met en lumière des dynamiques sociologiques autour de la modernisation des institutions, de la transparence dans la gestion publique, et de la lutte contre les inégalités dans l'accès aux services de santé. L'analyse s'appuie sur les travaux, de Yao Roch Gnabeli et Pierre Bourdieu pour examiner l'impact de la mise en place d'un système numérique de suivi des fonds publics dans les hôpitaux d'Abidjan.

✓ *La gouvernance numérique et la transparence des institutions publiques*

L'intégration des outils numériques dans la gestion des institutions publiques permet de réduire les pratiques informelles et d'instaurer une culture de transparence. Dans le cadre des hôpitaux d'Abidjan, le système numérique a imposé une traçabilité des fonds publics, limitant les détournements. Les responsables sont tenus de rendre des comptes, ce qui réduit les zones d'opacité dans la gestion. Cette réforme incarne une transformation institutionnelle qui favorise la responsabilité et la redevabilité. Elle traduit une volonté politique d'assainir les pratiques et de rediriger les ressources vers les objectifs initiaux, comme l'approvisionnement en médicaments essentiels.

✓ *La justice sociale et l'accès équitable aux soins de santé*

Le propos illustre sur l'importance de la réappropriation des ressources publiques pour lutter contre les inégalités sociales et économiques. La disponibilité accrue des médicaments grâce au

contrôle numérique garantit que les populations, particulièrement les plus vulnérables, puissent accéder aux soins essentiels. En empêchant les détournements, cette réforme réduit une forme de "violence structurelle", où les citoyens pauvres étaient souvent exclus des bénéfices des services publics. Elle favorise une justice sociale en rééquilibrant l'accès aux ressources médicales.

✓ *La modernisation comme levier de confiance entre l'État et les citoyens*

Ce propos met en avant le rôle des réformes numériques dans la restauration de la confiance entre les citoyens et les institutions. En améliorant la gestion des fonds publics, le système numérique a renforcé la perception d'un État engagé dans la satisfaction des besoins sociaux.

Cette transparence contribue à restaurer la légitimité des institutions publiques auprès des populations, souvent méfiantes à l'égard de l'État en raison des précédents de mauvaise gestion.

✓ *L'efficacité des politiques publiques et la limitation des pratiques informelles*

On souligne que, la modernisation technologique n'est pas seulement un outil technique, mais aussi un moyen de transformation sociale. La numérisation limite les opportunités de corruption en réduisant l'intervention humaine et les pratiques informelles dans la gestion des fonds. Ce dispositif réduit la dépendance aux relations clientélistes et favorise une bureaucratie rationnelle, renforçant ainsi l'efficacité des politiques publiques.

✓ *Les défis et les limites de la réforme numérique*

Il faudrait reconnaître que ces réformes, bien que nécessaires, ne sont pas des solutions miracles. Bien que les détournements soient réduits, la réforme numérique ne corrige pas les inégalités

structurelles comme le manque d'infrastructures médicales dans les zones rurales. La réussite de cette initiative dépend de son intégration dans un programme global de développement sanitaire, comprenant des investissements en formation, infrastructures, et sensibilisation des populations.

✓ ***La modernisation institutionnelle et la lutte contre la corruption (Yao Roch Gnabeli)***

Gnabeli(2014) souligne l'importance des réformes structurelles pour lutter contre les dysfonctionnements systémiques et renforcer l'efficacité des services publics. La mise en place d'un système numérique de suivi des fonds publics illustre une réforme institutionnelle visant à renforcer la transparence et à réduire les détournements. En limitant l'opacité dans la gestion des fonds, cette initiative contribue à rétablir la confiance des citoyens dans les hôpitaux publics. La transparence numérique devient un levier pour améliorer la gouvernance et réduire les pratiques de corruption.

✓ ***La réappropriation des biens publics par les citoyens***

Le propos analyse les mécanismes par lesquels les réformes institutionnelles permettent de rétablir une gestion équitable des ressources publiques. Le suivi numérique des fonds publics alloués aux hôpitaux est une forme de réappropriation des biens publics par l'État, qui garantit que ces fonds soient utilisés à des fins sociales, comme l'approvisionnement en médicaments essentiels. Cette réforme symbolise une restauration du rôle de l'État dans la redistribution des ressources et la satisfaction des besoins des populations, particulièrement les plus vulnérables.

Les réformes institutionnelles jouent un rôle clé dans la régulation et la gestion équitable des ressources publiques, en instaurant des mécanismes de transparence et de contrôle qui limitent les risques de détournement ou de mauvaise allocation des fonds. Elles permettent à l'État de réaffirmer son autorité et

sa responsabilité en matière de redistribution des richesses, en veillant à ce que celles-ci bénéficient effectivement aux populations, notamment les plus vulnérables.

Dans le domaine de la santé, la mise en place d'un suivi numérique des fonds publics attribués aux hôpitaux constitue un levier essentiel pour garantir une gestion efficace et équitable. En assurant la traçabilité des dépenses et en précisant les opportunités de corruption, ce dispositif favorise une meilleure utilisation des ressources publiques, en conformité avec les objectifs sociaux de l'État. Par exemple, l'achat de médicaments essentiels et l'amélioration des infrastructures hospitalières deviennent des priorités clairement identifiées et suivies, ce qui se traduit par un accès plus équitable aux soins de santé.

Cette réforme s'inscrit dans une dynamique plus large de restauration du rôle de l'État en tant qu'acteur central de la redistribution des ressources. En reprenant le contrôle sur la gestion des biens publics, l'État renforce la confiance des citoyens dans les institutions et légitime son action en faveur de l'intérêt général. En particulier, les populations les plus démunies, souvent les premières affectées par une mauvaise gestion des fonds publics, bénéficient directement de ces changements qui assurent un meilleur accès aux services essentiels.

Ainsi, à travers la modernisation des mécanismes de gestion publique, notamment par la numérisation du suivi des fonds, l'État réaffirme son engagement en faveur de l'équité et de la justice sociale. Ces réformes institutionnelles ne se limitent pas à une simple technique, mais traduisent une volonté politique de garantir une allocation plus juste et plus efficace des ressources publiques au profit de l'ensemble de la société.

✓ ***La réduction des inégalités dans l'accès aux soins***
(Pierre Bourdieu)

Bourdieu (Op cit) met en évidence comment les réformes institutionnelles peuvent influencer les structures sociales en réduisant les inégalités d'accès aux services. L'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels grâce au contrôle numérique des fonds publics permet de répondre aux besoins des populations qui dépendent principalement des hôpitaux publics. En réduisant les détournements de fonds, cette réforme corrige une forme de violence symbolique où les plus pauvres étaient exclus d'un accès équitable aux soins. Cela contribue à réduire les inégalités sociales et économiques.

➤ ***Conclusion sociologique***

La mise en place d'un système numérique de suivi des fonds publics représente une avancée significative dans la lutte contre la corruption et l'amélioration des services publics. Sur le plan sociologique :

Modernisation des institutions : Elle illustre comment l'intégration de la technologie peut rationaliser la gestion publique et réduire les pratiques informelles.

Réduction des inégalités : En garantissant la disponibilité des médicaments, cette réforme améliore l'accès aux soins pour les populations vulnérables.

Renforcement de la confiance : La transparence renforce la légitimité de l'État, notamment auprès des citoyens souvent désillusionnés par les dysfonctionnements publics.

Limites persistantes : Toutefois, les inégalités structurelles et territoriales exigent des mesures complémentaires pour étendre

les bénéfices de cette réforme au-delà des hôpitaux urbains.

Ce cas montre que des politiques bien conçues, combinées à des outils de transparence, peuvent transformer les pratiques institutionnelles et améliorer les conditions de vie des populations.

3. Discussion

Les résultats de cette étude mettent en lumière une corruption systémique dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire, qui se manifeste sous diverses formes, de la pratique informelle des pots-de-vin à une gestion défaillante des ressources publiques. Ces pots-de-vin, souvent exigés pour accélérer l'accès aux soins ou obtenir un traitement de qualité, témoignent d'une logique transactionnelle qui se substitue à l'accès égalitaire aux services. Parallèlement, une gestion inefficace des fonds publics et un manque de transparence dans l'allocation des ressources contribuent à une détérioration générale des infrastructures sanitaires, aggravant les inégalités d'accès aux soins entre différentes couches sociales. Cette situation favorise non seulement l'inefficacité des services de santé, mais elle renforce également une dynamique de méfiance croissante à l'égard des institutions publiques, érodant ainsi la confiance des usagers. Ces pratiques, loin d'être isolées, sont profondément enracinées dans les structures administratives et les comportements des acteurs à différents niveaux du système de santé.

Cette corruption endémique impacte particulièrement les populations vulnérables, qui se retrouvent marginalisées par des pratiques discriminatoires et l'inefficacité des services publics. En l'absence de mécanismes de contrôle rigoureux et d'une gouvernance locale solide, les populations rurales et périurbaines sont les plus durement touchées, subissant une

double peine : d'une part, l'éloignement géographique des structures de santé et, d'autre part, la faible qualité des soins, alimentée par des pratiques de corruption systématiques. Le personnel soignant, également victime de ce système, se trouve dans une position difficile, contraint de naviguer entre des attentes professionnelles et des pressions liées à l'instabilité des conditions de travail. Ces conditions contribuent à une dégradation de la qualité des soins, ainsi qu'à un épuisement physique et moral des soignants. Dans ce contexte, la lutte contre la corruption doit impérativement inclure des réformes structurelles visant à renforcer la gouvernance locale, à améliorer la transparence dans la gestion des ressources et à promouvoir une responsabilisation accrue des acteurs de la santé, afin de restaurer la confiance des citoyens et garantir un accès équitable à des soins de qualité.

En nous basant sur les résultats précédemment exposés, nous avons choisi une approche discursive plus concise, sans entrer dans les détails complets des données présentes dans la matrice analytique des résultats. Cette approche épistémologique vise à favoriser une perspective plus globale tout en évitant des répétitions qui pourraient complexifier l'analyse. Ainsi, notre attention se dirige principalement vers un aspect central : **« Analyse des mécanismes institutionnels favorisant la corruption ».**

Les mécanismes institutionnels favorisant la corruption en milieu sanitaire ivoirien sont enracinés dans plusieurs dimensions structurelles et organisationnelles du système de santé. L'absence de transparence dans la gestion des ressources publiques constitue un facteur majeur de cette corruption. Les procédures d'allocation des fonds destinés aux infrastructures, aux équipements et au personnel sont souvent opaques, laissant place à des pratiques de détournement et de favoritisme. Par ailleurs, la centralisation excessive du pouvoir décisionnel dans les ministères de la santé et l'absence de mécanismes de contrôle

locaux renforcent la vulnérabilité du système aux pratiques corruptives. L'inefficacité des audits internes et des inspections rend également difficile l'identification et la sanction des comportements frauduleux. De plus, l'absence de politiques de gestion axées sur la transparence et la responsabilité au sein des établissements de santé aggrave cette situation en permettant la perpétuation des pratiques de corruption à tous les niveaux.

En outre, les déficits de gouvernance locale et de responsabilisation des agents publics contribuent à maintenir un environnement propice à la corruption. La faible formation des acteurs institutionnels aux principes de bonne gestion et de déontologie dans le secteur de la santé, combinée à une rémunération souvent insuffisante des agents, crée des incitations à recourir à des pratiques corruptives pour compléter leurs revenus. Le manque de coordination entre les différentes entités administratives et la politique de santé publique contribue également à cette situation, car les ressources sont mal réparties et les priorités mal définies. En conséquence, la corruption devient un mécanisme quasi-institutionnalisé, perçu parfois comme une nécessité pour le bon fonctionnement du système sanitaire. Cette complexité institutionnelle, associée à une faible volonté politique de mettre en place des réformes substantielles, exacerbe les conditions dans lesquelles les pratiques corruptives prospèrent, tout en minant la confiance du public dans le système de santé.

Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux de Lavallée, Razafindrakoto et Roubaud (2010), qui traitent la corruption comme l'usage abusif d'une fonction publique à des fins personnelles. D'un point de vue microéconomique, ce phénomène implique trois acteurs principaux : le « principal », l'« agent » et le « corrupteur ». La corruption résultant de l'interaction entre deux types de contrats : un contrat de délégation entre le principal et l'agent, et un contrat de corruption entre l'agent et le corrupteur (Jacquemet, 2006). Le

contrat de délégation constitue le point de départ du processus corruptif. Il repose sur la délégation, par le principal (représenté par l'État ou l'administration), d'une mission spécifique à l'agent. Pour que cette délégation mène à des pratiques de corruption, plusieurs conditions doivent être réunies. Tout d'abord, la tâche confiée à l'agent doit avoir un impact sur les ressources économiques des entreprises ou des citoyens, les incitant ainsi à chercher à influencer son action afin d'obtenir des privilèges, d'accélérer certaines procédures administratives ou encore de contourner la réglementation. Ensuite, l'imprécision des règles encadrant la mission de l'agent favorise l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire, qui peut découler de l'absence de cadre réglementaire strict, de l'accès à des informations confidentielles, ou encore d'un système juridique flou permettant des décisions différenciées. Enfin, l'inefficacité des mécanismes d'incitation et de contrôle mis en place par le principal peut accentuer les risques de corruption. Par exemple, si les dispositifs de rémunération ou de surveillance ne suffisent pas à aligner les intérêts de l'agent avec ceux du principal, il devient plus tentant pour l'agent de tirer profit de son pouvoir discrétionnaire en échange d'un avantage illégal, renforçant ainsi le risque de corruption au sein de l'institution. Cette situation favorise le développement de pratiques corruptives, d'autant plus si les contrôles sont inefficaces ou si les sanctions ne sont ni dissuasives ni appliquées de manière rigoureuse, ces pratiques illégales, fragilisant ainsi la confiance des citoyens envers les institutions et compromettant le bon fonctionnement de l'administration publique.

Quant au contrat de corruption, il représente un accord illicite entre l'agent et le corrupteur, visant à détourner l'exercice du pouvoir confié à l'agent en échange d'un avantage financier. Le partage des bénéfices issus de cette entente dépend du rapport de force entre les parties. Selon la perspective de Becker (1968), une relation de corruption se met en place dès lors que les gains

attendus d'un comportement illégal dépassent ceux d'une conduite intégrée. Pour l'agent, cette évaluation prend en compte sa rémunération, son degré d'aversion au risque, le montant du pot-de-vin perçu, ainsi que la probabilité d'être détecté et puni. De son côté, le corrupteur prend sa décision en fonction des avantages qu'il espère tirer de l'accord, du coût du pot-de-vin et des dépenses associées à la mise en place de cette relation, qu'il s'agisse de coûts matériels, financiers ou moraux. Ces coûts peuvent inclure les risques juridiques encouragés, les efforts nécessaires pour établir le contact avec l'agent corrompu, ainsi que l'impact éthique et psychologique lié à l'acte de corruption, pouvant dissuader certains acteurs ou, au contraire, être rapproché comme un moindre mal face aux bénéfices escomptés.

Le principal dispose de leviers de contrôle et de sanction pour tenter de limiter ces dérives, mais leur efficacité repose davantage sur leur application réelle que sur leur simple existence légale. De nombreuses recherches indiquent ainsi que ce n'est pas tant la présence de dispositifs répressifs qui dissuadent la corruption, mais bien leur mise en œuvre efficace et leur crédibilité aux yeux des acteurs concernés. Une réglementation stricte sans application rigoureuse perd de son efficacité, tandis qu'un système de contrôle perçu comme fiable et impartial constitue un vrai levier de dissuasion contre la corruption, en instaurant un climat de responsabilité et en renforçant la confiance.

Conclusion

Cette étude met en lumière l'impact profond de la corruption sur l'efficacité et l'équité des services de santé en Côte d'Ivoire. Les résultats montrent que la corruption, sous diverses formes telles que le détournement de fonds, les pots-de-vin ou les pratiques clientélistes, déstabilise un système de santé déjà

fragile, amplifiant les inégalités d'accès aux soins et la mauvaise qualité des services. Cette situation aggrave non seulement la souffrance des populations vulnérables, mais contribue également à l'effritement de la confiance des citoyens envers les institutions publiques. L'analyse démontre que la corruption n'est pas seulement un problème moral, mais une contrainte structurelle qui freine le développement d'un système de santé plus juste et plus efficace.

Les effets délétères de la corruption ne se limitent pas à la détérioration des infrastructures ou des conditions de travail du personnel de santé, mais se manifestent également dans des comportements et attitudes qui impactent la prise en charge des patients. La hiérarchisation des soins, où les plus pauvres se retrouvent souvent exclus ou maltraités, engendre une inégalité systémique dans l'accès aux traitements. La pratique de "payer pour être soigné" devient une norme, excluant ceux qui ne disposent pas des moyens nécessaires, et amplifiant ainsi les disparités socio-économiques dans le secteur de la santé. De plus, cette culture de l'impunité contribue à renforcer un cercle vicieux où la responsabilisation des acteurs publics et privés reste faible, et où les réformes sont souvent rendues inopérantes par les intérêts personnels.

Pour surmonter ces obstacles, il est impératif de mettre en place des réformes structurelles visant à renforcer la transparence et la responsabilité dans la gestion des ressources publiques en santé. La mise en place de mécanismes de contrôle rigoureux, tels que la numérisation des dossiers et des transactions, ainsi qu'une meilleure formation du personnel à l'éthique professionnelle, pourrait constituer des leviers pour réduire la corruption. Parallèlement, une sensibilisation accrue de la population aux enjeux de la corruption et à ses impacts, accompagnée de sanctions dissuasives, serait essentielle pour transformer la culture actuelle et ouvrir la voie à une gestion plus éthique et plus équitable des services de santé en Côte d'Ivoire.

L'étude de la corruption dans les services de santé en Côte d'Ivoire présente une portée socio-utilitaire capitale en ce qu'elle permet de mettre en évidence les dynamiques structurelles qui compromettent l'accès équitable aux soins et aggravent les inégalités sociales. En examinant les logiques sous-jacentes des pratiques corruptives, cette analyse sociologique contribue à une meilleure compréhension des mécanismes de détournement des ressources, du favoritisme institutionnel et des stratégies d'adaptation des usagers face à un système de santé défaillant. Ce faisant, elle offre des clés pour la mise en œuvre de politiques publiques plus transparentes et adaptées aux réalités locales, visant une gouvernance efficiente et une justice sociale dans l'allocation des soins.

D'un point de vue géopolitique, cette étude éclaire la manière dont la corruption dans le secteur de la santé s'inscrit dans des rapports de force plus vastes, impliquant des acteurs nationaux et internationaux. Elle révèle comment les logiques clientélistes et les pratiques illicites interfèrent avec les programmes de financement des bailleurs de fonds internationaux, réduisant l'impact des investissements en matière de santé publique et renforçant la dépendance du pays aux aides extérieures. Par ailleurs, l'analyse permet de situer la Côte d'Ivoire dans un espace comparatif avec d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, où des schémas similaires de prédation institutionnelle viennent fragiliser les politiques sanitaires et affecter la stabilité sociale et politique.

Enfin, cette étude revêt une dimension stratégique en contribuant aux réflexions sur la réforme de la gouvernance sanitaire dans un contexte de mondialisation où la santé devient un enjeu de souveraineté nationale. En exposant les effets systémiques de la corruption, elle interroge les conditions de construction d'un État plus résilient, capable d'assurer l'effectivité des droits sociaux et de renforcer son autonomie face aux influences exogènes. Cette approche sociologique

ouvre ainsi la voie à une refonte des paradigmes de gestion publique, appelant à une redéfinition des relations entre l'État, les professionnels de la santé et les citoyens, dans une perspective de consolidation institutionnelle et d'optimisation des politiques de santé.

Bibliographie

Acclassato Houenso Denis, Saliga Fidel(2019), *Comportement de corruption et accès aux prestations de soins de santé au benin*, Revue Économie, Gestion et Société

Bourdieu Pierre(1979), *La Distinction : Critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit, Paris

Crozier Michel(1963), *Le Phénomène bureaucratique*, Éditions du Seuil, Paris

Goffman Erving(1973), *La Mise en scène de la vie quotidienne*, Les Éditions de Minuit, Paris, (traduction française)

Goffman Erving(1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, Paris

Durkheim Émile(1895), *Les Règles de la méthode sociologique*, Félix Alcan, Paris

Thomas Piketty(2015), *L'économie des inégalités*, Éditions La Découverte, Paris

De certeau Michel(1980), *L'Invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Éditions Gallimard, Paris

De sardan Olivier & al.(2007), *Moumouni chapitre extrait du livre Etat et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*, dirigé par Blundo & Olivier de Sardan, Paris, Karthala, 374 p.

FALL Abdou Salam & GUEYE Babacar, 2005, *Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal*,

Rapport Final, Forum civil section sénégalaise de transparency international centre de recherche pour le développement international (C.R.D.I.) Bureau pour l'Afrique de l'Ouest.

Foucault Michel(1975), *Surveiller et punir : Naissance de la prison*, Gallimard, Paris

Foucault Michel(1976), *Histoire de la sexualité*, Tome 1 : La volonté de savoir, Gallimard

Geertz Clifford(1983), *Bali : Interprétation d'une culture*, Gallimard, Paris

Gnabeli Roch Yao(2014), *Les mutuelles de développement en Côte d'Ivoire : Idéologie de l'origine et modernisation villageoise*, Éditions L'Harmattan, Paris

Harvey David(2010), *Les Limites du capital*, Éditions Amsterdam, Paris

Lavallee Emmanuelle, Razafindrakoto Mireille, Roubaud François(2010), *Ce qui engendre la corruption : une analyse microéconomique sur données africaines*, *Revue d'économie du développement*, <https://shs.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2010-3-page-5?lang=fr>

Mtiraoui Abderraouf(2017), *Contrôle de la corruption, Capital humain et Développement économique : Application aux secteurs de l'éducation et de la Santé dans les régions MENA et OCDE. Economies et finances*. Université de Sousse (Tunisie). Faculté des sciences économiques et de gestion, Français. <https://hal.science/tel-02493938/document>

Sen Amartya(2000), *Repenser l'inégalité*, Éditions du Seuil, Paris

Touraine Alain(2007), *Penser autrement*, Éditions Fayard, Paris

Walby Sylvia(1997), *Gender Transformations*, Routledge, Londres et New York

Weber Max(1971), *Économie et société* (Wirtschaft und Gesellschaft), Plon (pour la traduction française), Paris, (édition française, publication originale en allemand en 1922)