



Réseau national de lutte  
anti-corruption

**ETUDE SUR LES PRESOMPTIONS DE  
CORRUPTION ET PRATIQUES  
ASSIMILEES DANS LE SYSTEME ET LES  
SERVICES DE SANTE AU BURKINA FASO**

Avec le soutien financier du :



**PNUD à travers le Projet de  
Renforcement de la Gouvernance  
Politique (PRGP)**

# **ETUDE SUR LES PRESOMPTIONS DE CORRUPTION ET PRATIQUES ASSIMILEES DANS LE SYSTEME ET LES SERVICES DE SANTE AU BURKINA FASO**

**Avec l'appui financier du :**  
PNUD à travers le Projet de Renforcement de la  
Gouvernance Politique (PRGP)



# SOMMAIRE

<b>RESUME SYNTHETIQUE</b> .....	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>3</b>
<b>II. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES CORRUPTRICES AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTE</b> .....	<b>11</b>
<b>III. ANALYSE DES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS ET DES FACTEURS FAVORISANTS LES PRATIQUES DE CORRUPTION</b> .....	<b>59</b>
<b>IV. RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>72</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>77</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>78</b>

## LISTE DES ACRONYMES

AGEMAB	: Agence de gestion de l'équipement et de la maintenance biomédicale
AOO	: Appel d'Offre Ouvert
ASCE-LC	: Autorité supérieure de contrôle d'Etat et de lutte contre la corruption
BID	: Banque islamique de développement
CAMEG	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CD4	: Cluster de différenciation 4 (Lymphocytes T CD4+)
CERS	: Comité d'éthique pour la recherche en santé
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier-universitaire
CHU-SS	: Centre hospitalier universitaire Sanou Souro
CHU-YO	: Centre hospitalier-universitaire Yalgado Ouédraogo
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CRAC	: Comité régional anticorruption
CRAL	: Commission de règlement amiable des litiges
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
DDC	: Demande De Cotation
DGPML	: Direction Générale de la Pharmacie, du médicament et des laboratoires
DRD	: Dépôt répartiteur de district
ECD	: Equipe cadre du district
EPS	: Etablissement public de santé
GG	: Gré à Gré
ICP	: Infirmier chef de poste
LNSP	: Laboratoire national de santé publique
MCD	: Médecin-chef du district

- MEG** : Médicaments essentiels génériques
- PEP** : Préparateur d'Etat en Pharmacie
- PCR** : Polymerase Chin Reaction
- PSE** : Plan spécial d'équipement
- PSUT** : Programme socioéconomique d'urgence de la Transition
- RAME** : Réseau d'accès aux médicaments essentiels génériques
- RDV** : Rendez-vous
- REN-LAC** : Réseau national de lutte anti-corruption
- SOGEMAB** : Société de gestion de l'équipement et de la maintenance biomédicale
- SRPJ** : Service régional de la police judiciaire
- SUS/CUS** : Surveillant d'unités de soins/Chef d'unités de soins

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : échantillon des personnes enquêtées .....	11
Tableau II : Les marchés passés par la SOGEMAB selon le mode de passation.....	52

## RESUME SYNTHETIQUE

Ces dernières années, la corruption a atteint des proportions inquiétantes dans le secteur de la santé et revêt plusieurs formes. C'est pourquoi le REN-LAC dont la mission essentielle est d'œuvrer pour la garantie de la bonne moralité et la transparence dans la gestion de la chose publique a décidé d'étudier les présomptions de corruption dans les services de santé.

Une enquête transversale a été effectuée. Les données ont été collectées par les techniques suivantes : 1) analyse des documents d'organisation et de la législation sanitaires ; 2) entretiens semi-dirigés ; 3) entretiens de sortie et 4) observation des interactions soignants/soignés dans les services de santé burkinabé. Deux cas majeurs de présomption de corruption ont fait l'objet d'investigation particulière.

Dans le cadre de cette étude, 172 malades et accompagnants ont été enquêtés par la technique d'entretien de sortie au cours de laquelle, 46 enquêtés ont été victimes ou témoins de pratiques corruptrices et assimilées, soit 26,7% de malades et accompagnants enquêtés. En outre, 221 cibles ont été enquêtées pour le volet qualitatif de sortie. Les rackets, la concussion, la vente directe de produits par les agents de santé, les surfacturations des médicaments, l'utilisation des réactifs et du matériel du service public à des fins privées, le détournement de malades des services publics de santé vers le secteur sanitaire privé, le détournement des médicaments subventionnés au profit des pharmacies privées ou la vente de ces médicaments par les prestataires de soins dans les services de santé, le favoritisme dans la passation des marchés, la réception des produits incomplets ou défectueux de la commande publique ont été les principales formes de pratiques corruptrices et assimilées, rapportées par les enquêtés.

Les mesures prises par l'administration sanitaire contre les auteurs de pratiques corruptrices et assimilées ont été essentiellement la traduction devant le conseil de discipline, les mises en garde, les mises à pied (au plus 15 jours ) et des mutations.

Des facteurs de différents ordres favorisent ou entretiennent la corruption. Il s'agit des facteurs liés à la gouvernance, des facteurs spécifiques au secteur de la santé et à son personnel et enfin des facteurs liés aux usagers des services de santé. L'impunité des crimes économiques et la politisation à outrance de l'administration burkinabé sont perçues par les enquêtés comme la meilleure invite du Gouvernement à la pratique de la corruption dans le pays et particulièrement dans le secteur de la santé. Nombre de travailleurs de la santé sont enclins à la corruption en raison de leurs conditions médiocres de travail et de leur niveau de traitement salarial sans commune mesure avec leur charge de travail et leurs conditions de travail.

En dépit de nombreuses difficultés rencontrées dans la réalisation de cette étude et des limites inhérentes à des enquêtes d'opinion sur des sujets sensibles comme ceux de la corruption, ce travail offre à tous les acteurs concernés, des informations précieuses à même d'alimenter des programmes volontaristes de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.

# I. INTRODUCTION GENERALE

## 1.1 Contexte et justification

La corruption permet d'user d'un pouvoir délégué pour s'enrichir personnellement. Elle revêt plusieurs formes. On peut citer entre autres : les détournements de biens publics, l'usage abusif des biens publics, les rackets, etc. Les sondages du REN-LAC ont montré que le phénomène de la corruption reste préoccupant au Burkina quand bien même des progrès ont été enregistrés ces dernières années dans la lutte anti-corruption. Selon le rapport 2015 du REN-LAC, 87,4% des enquêtés estiment que la corruption est fréquente ou très fréquente. Le Burkina Faso a aussi obtenu 42/100 dans la notation de Transparency International en 2016 correspondant à la 72<sup>ème</sup> place sur 176 pays. Cette note, inférieure à la moyenne, indique l'ampleur de la tâche dans notre pays.

Ainsi, la corruption touche tous les secteurs de la société à des degrés divers. Les services les plus corrompus étant les douanes, les marchés publics, la police municipale (rapport 2016 du REN-LAC). Mais de plus en plus, l'on assiste à des dénonciations de cas de corruption dans les secteurs sociaux de base comme l'éducation et la santé. Malgré la mise en place de la politique nationale de gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, le REN-LAC enregistre des plaintes dans le secteur de la santé au quotidien (rackets des patients, ventes de médicaments à des pharmacies privées, détournement des malades du public vers le privé, absentéisme chronique du personnel de santé, etc.). C'est dans ce contexte que le REN-LAC a décidé de réaliser cette étude sur les présomptions de corruption dans les services de santé.

## 1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif général était d'étudier les présomptions de corruption dans le secteur de la santé.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Analyser les dispositifs organisationnels, juridiques et institutionnels du système de santé
- Identifier et documenter les pratiques de corruption (flux des malades, système de commande et de gestion des médicaments, des consommables, du matériel, etc.)
- Identifier les facteurs favorisant la corruption dans le système de santé.

## 1.3. Populations et méthodes d'étude

### 1.3.1 Population, période et échantillonnage

Les données de la présente étude ont été collectées durant tout le mois d'Octobre 2017. La population cible enquêtée était composée d'utilisateurs des services publics de santé (centres de santé, laboratoires d'analyse), des partenaires sociaux (Syndicat notamment le SYNTSHA) , associations de lutte contre la corruption dont le REN-LAC et les comités régionaux anticorruption (CRAC), le Réseau d'accès aux médicaments essentiels génériques (RAME), d'agents de santé (prestataires, chefs de services, pharmaciens, techniciens de laboratoire, biologistes, surveillants d'unités de soins et responsables des structures de santé), d'agents de soutien (gérants de dépôt des CSPS), d'agents administratifs et de finance (directeurs des hôpitaux, gestionnaires des hôpitaux, comptables) et enfin des autorités régionales et centrales du Ministère de la santé et leurs agents (directeurs régionaux de santé), d'agents de la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG), de la Direction Générale de la Pharmacie, du médicament et des

laboratoires (DGPML), de l'inspection technique des services de santé).

### 1.3.2 Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au Burkina, pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest.

L'architecture du système de santé correspond à une pyramide à trois niveaux :

- Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :
  - le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) qui est la structure sanitaire de base du système de santé : il comprend dans une même enceinte un dispensaire et une maternité. Un paquet minimum d'activités a été défini pour le CSPS : la consultation curative, la consultation prénatale, celle des nourrissons sains, la planification familiale, les accouchements eutociques (qui s'effectuent dans les conditions normales) et la participation communautaire. La prise en charge des maladies chroniques et la réhabilitation nutritionnelle deviennent également effectives dans les CSPS. Les patients dont les problèmes de santé ne peuvent être résolus au CSPS sont transférés au centre médical.
  - le deuxième échelon de soins du district est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district : il est le premier échelon de référence et de recours des CSPS. Il comprend des services d'hospitalisation et des services de soins ambulatoires. Le paquet minimum

d'activités du CM est le suivant : la consultation curative de référence et l'hospitalisation, les accouchements dystociques (difficiles), les activités de laboratoire et d'évaluation des services des CSPS. Il lui a été adjoint la prise en charge des urgences médico-chirurgicales (césarienne, cure de hernies, de grossesse extra-utérine, appendicectomie), d'où le changement d'appellation de Centre Médical en Centre médical avec Antenne chirurgicale (CMA).

- Le Centre Hospitalier Régional (CHR) est le deuxième niveau de soins. D'une capacité d'hospitalisation de 140 lits environ, il sert de référence et de recours aux CM., CMA et CSPS. Sa fonction est donc essentiellement curative.
- Le troisième niveau est constitué par le Centre hospitalier universitaire (CHU). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois niveaux : un niveau central qui est organisé autour du cabinet du ministre, du secrétariat Général, des autres directions, services et programmes nationaux. Ce niveau définit les orientations stratégiques en matière de politique nationale. Un niveau intermédiaire qui comprend les Directions Régionales de la Santé (DRS). Elles jouent un rôle d'appui et de coordination des différentes interventions et sont chargées de la mise en place de la politique nationale de santé à l'échelon régional. Il convient de noter que les directions provinciales de la santé (DPS) feront leur apparition dans le nouvel organigramme du ministère de la santé. Un niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système. Le personnel de santé des CSPS et des CM est essentiellement constitué d'infirmiers et de sages-femmes.

Le secteur privé connaît un essor marqué ces dernières années surtout dans les grandes villes.

Pour cette étude, nous avons collecté les données à tous les niveaux du système de santé du Burkina :

- Le niveau central représenté par les décideurs du ministère, les CHU
- Le niveau intermédiaire représenté par le CHR
- Le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires (CMA et CSPS)

Les régions et villes suivantes ont été choisies comme sites d'enquête :

- la région du Centre (Ouagadougou dont le CHU-YO, le CHU de Bogodogo, le CMA Paul VI, le CSPS de Dassasgho, le CM urbain),
- la région des Hauts-Bassins (Bobo Dioulasso dont le CHU-SS, le District de Do, le District de Dafra, le CSPS de Lafiabougou, le CSPS de Dogona et le CSPS du Secteur 24),
- la région du Nord (Ouahigouya dont le CHU Régional et le CMA de Titao),
- la région du Centre-Est (CHR de Tenkodogo, CM Urbain et CMA de Zabré)
- la région de la Boucle du Mouhoun (CHR de Dédougou, CMA de Nouna, CSPS de Dara et CSPS Communal de Nouna)
- la région du Sud-Ouest (CHR de Gaoua, CM Urbain de Gaoua, CSPS de Legmoïn et CMA de Batié)

Nous avons conduit une étude de type transversal avec un devis mixte en utilisant les méthodes quantitatives et qualitatives.

### 1.3.3 Technique de collecte des données

Nous avons collecté les données par entretien semi-dirigé, par des entretiens de sortie et par l'observation des interactions soignants/soignés dans les services de santé. L'analyse documentaire s'est intéressée aux différents documents de la législation en santé au Burkina. Les documents étudiés étaient principalement le code de santé publique (1994), le code de déontologie des médecins (1997), la loi 04 2015 CNT, le plan national de développement sanitaire 2011-2020 [1-4].

Pour le volet investigation, deux cas majeurs de présomption de corruption ont été choisis par l'équipe de consultants et confiés à un journaliste pour qu'il approfondisse les recherches. Au vu de l'ampleur des détournements de médicaments de la gratuité, nous avons choisi d'investiguer sur un scandale qui a été découvert dans la ville de Bobo Dioulasso. L'autre cas qui a fait l'objet d'une investigation est le processus de passation des marchés dans le milieu des équipements biomédicaux.

### 1.3.4 Mode de sélection des cibles à enquêter

Pour les entretiens individuels avec les usagers dans les services de santé, les agents de collecte de données ont été aidés par les agents de santé dans le recensement des cibles à enquêter. Les répondants étaient des malades ou les principaux accompagnants de malades.

En ce qui concerne la sélection des prestataires et des responsables de structures de santé, les chefs de services et les surveillants d'unité de soins (SUS) ainsi que les militants syndicaux ont été les cibles prioritaires.

Des entretiens complémentaires ont aussi été réalisés pour approfondir certaines questions.

### 1.3.5 Traitement et analyse des données

Tous les entretiens ont été enregistrés sur support numérique avec le consentement des participants. Après transcription en français et saisie sous Microsoft Word, une analyse de contenu thématique, suivant une approche manuelle a été réalisée après une séance de formation des agents chargés de la question. Des notes ont été prises également par les agents enquêteurs lors des différents entretiens. Ces notes ont été traitées manuellement. La triangulation des données a été utilisée afin de répondre aux questions de recherche en utilisant les données quantitatives, les données qualitatives et les documents officiels du Ministère de la santé.

### 1.3.6 Formation des enquêteurs

Pour assurer une collecte des données de qualité, nous avons formé tous les enquêteurs sur les outils de collecte. Toutes les questions ont été traduites en Mooré et en Dioula afin d'assurer une compréhension meilleure et uniforme.

## 1.4 Considérations éthiques

Nous avons veillé à la confidentialité (par l'anonymat des interviews). Le consentement éclairé pour la collecte et l'utilisation des renseignements a été aussi garanti. Une fiche d'information et de consentement a été élaborée et utilisée avant chaque interview. Nous avons attribué des codes uniques aux différents répondants afin de respecter l'anonymat. Le protocole de l'étude, une fois finalisé a été soumis à l'examen du Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (CERS) et son approbation a été obtenue (délibération N°2017-9-145 du 12 Septembre 2017).

## 1.5 Limites et difficultés de l'étude

Nous avons connu d'énormes difficultés pour la collecte des données. Cela est dû au fait que le sujet est très sensible et le phénomène est très complexe. Certaines cibles ont préféré repousser les différentes dates de rendez-vous d'entretien de sorte à décourager les agents de collecte de données vu que le délai imparti était court. Certains hôpitaux comme le CHU-YO et le CMA Paul VI nous ont opposé une fin de non-recevoir au motif que le Ministère de la santé n'a pas autorisé l'enquête par écrit. Toutefois, le CHU-YO a été enquêté après obtention de la lettre du Ministère de la santé. Par contre, même avec l'autorisation du Ministère de la santé, la tutelle administrative du CMA Paul VI a refusé que l'enquête soit effectuée dans le centre.

## II. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES CORRUPTICES AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTE

### 2.1 Cibles enquêtées

Nous avons réalisé 172 entretiens de sortie avec des malades ou leurs accompagnants. Nous avons également réalisé 221 entretiens individuels approfondis (Tableau I).

**Tableau I : Caractéristiques des personnes enquêtées par entretiens semi-dirigé**

Qualité des enquêtés	Nombre
<b>Entretiens individuels approfondis (effectif total)</b>	<b>221</b>
Malades ou accompagnants	61
Agents de santé : prestataires de soins de santé, personnel des plateaux médicotechniques, personnel de soutien	121
Cadres de gestion administrative et financière	13
Militants du syndicat des travailleurs de la santé humaine et animale (SYNTSHA)	11
directeurs et agents des services centraux du ministère de la santé	8
Agents du Réseau d'accès aux médicaments essentiels et génériques (RAME)	3
Agents du Réseau national de lutte anti-corruption (REN-LAC)	2
Représentants de l'ordre des médecins du Burkina Faso	2
<b>Entretiens de sortie</b>	<b>172</b>
<b>TOTAL DES ENQUETES</b>	<b>393</b>

A l'issue des entretiens de sortie, des cas de présomption de corruption ont été rapportés par 46 des 172 enquêtés, soit 26,7% des enquêtés. Ce chiffre est probablement sous-estimé au vu des

réticences de certains enquêtés quand la question de la corruption est abordée au cours des entretiens.

## 2.2 Les pratiques suspectes de petite corruption

La petite corruption se définit comme toute pratique utilisée par des agents publics et/ou privés pour soutirer de petites sommes d'argent ou d'autres avantages indus auprès des usagers (REN-LAC, 2003).

Les rackets, la vente directe de produits par les agents de santé, les surfacturations des médicaments, l'utilisation des réactifs et du matériel du service public à des fins privées, le détournement de malades des services publics de santé vers le secteur sanitaire privé, le détournement des médicaments subventionnés au profit des pharmacies privées ou la vente de ces médicaments par les prestataires de soins dans les services de santé, la réception des produits incomplets ou défectueux de la commande publique ont été les principales formes de pratiques corruptrices et assimilées, rapportées par les enquêtés.

Une autre forme de corruption est le non-paiement à la caisse des frais de réalisation des examens d'analyses médicales et/ou d'imagerie ou des frais de prise en charge.

### 2.1.1 Les rackets

A travers les différents entretiens, il ressort que les rackets constituent la modalité la plus récurrente des pratiques corruptrices existant dans le secteur de la santé en termes de fréquence. Selon les entretiens de sortie, 16 malades sur 38 dans un même centre hospitalier n'ont pas payé à la caisse pour la réalisation de leurs examens d'analyses médicales ou d'imagerie. Dans certains cas, le malade paie à la caisse, mais aucun reçu ne lui est délivré. Par

ailleurs, à la question « un agent de santé vous a-t-il déjà demandé directement de l'argent pour un soin ou un examen d'analyse réalisé ? », 18 malades sur 172 (soit 10,5%) ont répondu par l'affirmative. Ces demandes directes d'argent sont faites entre autres après la pose de voie veineuse, la réhabilitation d'une voie veineuse, l'injection de médicaments, une transfusion sanguine, un examen d'analyses médicales ou d'imagerie, etc. Par exemple, une intervention d'amputation de jambe dans un CHR qui a fait l'objet d'un paiement direct à hauteur de 65 000 FCFA. Ces montants en jeu sont énormes, quand on tient compte de la pauvreté de la population surtout en milieu rural. Pour les malades enquêtés, cette perception illicite de sommes d'argent par les agents de santé est requise pour accélérer la prise en charge médicale du malade. Mais, il existe des cas où le racket est considéré comme un geste « normal » avant ou après une prestation de services de santé.

Les caisses de recettes des hôpitaux organisent une autre forme de racket qui consiste à faire payer par le malade une somme d'argent nettement inférieur au coût réel de l'examen d'analyse médicale ou de l'acte opératoire. Cette somme illicitement perçue (donc sans délivrance de reçu) est redistribuée entre les caissiers et des agents de santé complices. Un médecin d'un CHU témoigne :

*« [ ...] En réalité, tu peux donner des bulletins d'examen à un malade, et tu lui dis « d'aller régler à la caisse pour faire l'examen », un autre agent va l'accoster pour dire ah non, laisse ça, on va gérer. Il va dire par exemple, l'examen fait 7000 FCFA, mais moi je peux t'arranger, je peux te faire ça à 5000 FCFA, si tu veux tu pars demander à la caisse. Voilà ! Le patient verra qu'il gagne 2000 FCFA, il va dire ok, et il va, ... ce sera peut-être en accord aussi avec un technicien du laboratoire »*

Certains caissiers vont plus loin en requalifiant la nature de l'acte

médical pour en changer le tarif. Par exemple, pour un malade qui a fait une hépatectomie (intervention chirurgicale sur le foie), le tarif normal de l'acte est de K450, soit 78 750 FCFA ; le caissier saisit alors K225 au lieu de K450, soit 39 375 FCFA (qui correspond en réalité à une appendicectomie, intervention chirurgicale d'ablation de l'appendice) et déclare au malade ou à son accompagnant, qu'il va l'aider en réduisant le coût de son intervention, s'il consent à « faire quelque chose ». Le subterfuge paraît ingénieux : dans les pièces comptables de la caisse de recettes, le malade est considéré comme ayant subi une appendicectomie et non une hépatectomie ; à moins de confronter les registres de la comptabilité et du bloc opératoire, (ce qui ne s'est jamais fait), on ne peut donc découvrir le pot aux roses. Dans cet exemple, les recettes de l'hôpital se délestent d'environ 40 000 FCFA (donc de la moitié du tarif normal de l'acte médical) et le caissier empochera peut-être 10 000 FCFA tout au plus. Voici à ce sujet le témoignage d'un agent de santé dans la région des Hauts-Bassins :

*« Tout récemment, il y a un médecin qui disait que la caisse a fait des choses qui ne sont pas bien. Eux, ils envoient des patients/accompagnants pour payer à la caisse, l'intervention fait 50 000 FCFA, ces derniers voient le caissier, lui disent qu'ils n'ont pas 50 000 FCFA ; ils s'entendent avec le caissier et ce dernier modifie le K opératoire, il va mettre 25 000 FCFA et lui-même, il va gagner 10 000 FCFA. Le médecin m'a dit que lui en voyant ça, ça ne lui donne même plus le courage de travailler. Et ça se fait ici. L'intervention doit coûter 50 000 FCFA, le malade normalement doit payer les 50 000 FCFA quand il s'entend avec le caissier, il paye la moitié et donne quelque chose au caissier ».*

La complicité entre agents de santé et caissiers n'est pas l'apanage

des seuls centres urbains. A Batié, un agent de santé a affirmé ce qui suit :

*« ...il y'a un agent de la chirurgie qui a été pris en flagrant délit de réception d'un transfert Orange money de plus de 100 000 FCFA devant servir à l'intervention chirurgicale d'un patient et celui-ci se charge ensuite de verser quelque chose à la caisse du CMA ».*

Même le sang, offert par des donateurs bénévoles n'échappe à la cupidité d'agents de santé véreux.

*« Moi-même, j'ai vécu un cas et ça m'a beaucoup frappé ; on m'avait appelé pour aller donner mon sang vers 22h pour une personne que je connais qui avait des soucis de santé. Donc, quand je suis arrivé, j'ai donné mon sang, et j'étais là, il y a un monsieur qui est venu avec son bon pour un patient, un bon pour une poche de sang, et ils ont dit qu'il n'y a pas de sang. En ce moment moi-même j'avais presque déjà fini mon don de sang. On lui dit qu'il n'y a pas de sang. Alors je vois quelqu'un qui contourne le monsieur, il l'attrape de côté, et comme je n'étais pas loin, l'agent de santé a récupéré 5000 FCFA avec le monsieur, et puis paf, on lui a donné son sang. » (Un usager d'un CSPA).*

Mais très souvent, des agents de santé procèdent seuls, sans « partenariat » avec les caissiers, au racket des patients. Un membre du SYNTSHA déclare ceci :

*« A mes débuts de carrière, une fois j'étais au bloc. Il y a des parents qui sont arrivés de loin, ils sont venus au nom de quelqu'un. Un collègue, sachant que ce sont mes parents m'a appelé pour me charger de leur dire que l'intervention fait 150 000 FCFA. Je n'ai pas compris, mais j'ai dit au gars ça faisait 150 000 FCFA effectivement et puis, j'ai continué ma route. Le*

*lendemain quand je suis venu, le collègue en question m'a donné 5 000 FCFA. Il me dit que c'est la motivation. Comme j'étais nouveau dans le service, j'ai pris, mais je n'ai pas compris. C'est quelques jours après que j'ai compris qu'en réalité, les 150 000 FCFA dont il parlait, c'était pour l'intervention. Or, l'intervention c'était 45 000 FCFA au bloc. Et lui, il a pris 150 000 FCFA avec mon parent. Et il m'a donné 5 000 FCFA en me disant que c'est pour me motiver. C'est après coup que j'ai réalisé que c'est mon parent qu'il avait rasé comme ça (sourire). »*

Cet autre fait a été rapporté par un agent de santé d'un des CHR :

*« La fois passée, je sais que ça n'a pas duré, on est venu pour me remettre 5000 FCFA, parce qu'ils ont pris de l'argent. Ils ont pris 250000 FCFA ce jour avec un malade et on vient pour me donner 5000 FCFA. J'ai dit moi, personnellement, je ne veux pas. Les deux anesthésistes ont dit à l'accompagnant d'amener 400 000 FCFA. Le gars dit qu'il a 250 000. Ils lui ont dit d'amener les 250 000 FCFA et il payera le reste après. « Si vous donnez les 250 000 FCFA, demain vous serez opéré ».*

Pour parvenir à assouvir leurs appétits cupides, des agents de santé n'hésitent pas à monnayer leur intermédiation entre le malade et le médecin : ne pouvant pas démontrer l'état d'urgence du malade au médecin, l'agent de santé lui présente le malade comme un membre de sa famille et obtient l'inscription de son nom dans la liste d'attente du jour ou à défaut, un rendez-vous dans les meilleurs délais. L'agent de santé rapporte la « bonne nouvelle » au malade moyennant « quelque chose ». Un médecin interviewé dans le service d'urgence médicale d'un CHU raconte :

*« Généralement que se passe-t-il ? Dès l'entrée, on propose au malade de donner 2000 FCFA ou 5000 FCFA pour faciliter son accès au médecin. Le patient donne l'argent et le personnel de soutien va se débrouiller pour négocier la consultation*

*en disant au médecin : c'est mon frère, c'est mon cousin, ... des trucs comme ça. Et puis voilà, le médecin va le consulter gratuitement et dans son dos le patient va donner l'argent au personnel de soutien. C'est ce qui est le plus fréquent ».*

La plupart des services de chirurgie fonctionnent comme « une mafia » autour des interventions chirurgicales, particulièrement la prise en charge de la hernie et de l'hydrocèle, puisque les malades sont recrutés depuis les CSPS. Il s'agirait d'un véritable réseau organisé. Selon des propos d'un de nos enquêtés :

*« Toi tu as reçu le malade, il a une hernie. Tu m'appelles, je viens et je vois le malade. Si ça fait 60 000 FCFA ou 75 000 FCFA peut être que je vais te donner un 5 000 FCFA ou 10 000 FCFA. Il y'a des gens qui recrutent même des malades depuis les CSPS. Ils appellent pour remettre leurs numéros de téléphone en disant « si vous avez un malade qui a hernie ou hydrocèle, appelez-moi ou donnez-lui mon numéro il va m'appeler, moi je vais le prendre mais à la fin, voilà ce que vous aurez » ».*

Cette pratique est très courante dans les CMA enquêtés et tout laisse à croire que les premiers responsables sont sans solution devant le phénomène. Un des médecins de Tenkodogo nous a témoigné que :

*« C'est une pratique qui existe bel et bien et se fait dans toutes les formations sanitaires où il y'a une antenne chirurgicale. Les médecins chefs semblent impuissants par endroit ».*

Ce sentiment d'impuissance est également ressorti d'un entretien avec un médecin chef de district quand il dit que :

*« Même chez moi ici, la pratique est réelle. Après mes investigations, j'ai été obligé à un moment donné de convoquer tous les agents du bloc opératoire et leur dire que je ne voulais plus qu'un seul malade soit opéré sans que les paiements n'aient été faits à la caisse. Donc, comme ils étaient coincés,*

*ils surfacturent maintenant les coûts des cures herniaires. Qu'est ce qui se passe : si l'intervention doit faire 20000F, selon l'apparence du malade, ils peuvent décider de le facturer à 50 000 FCFA, 75 000 FCFA voire 100 000 FCFA. C'est selon le malade. Quand ils prennent ces montants, ils vont payer les 20 000 FCFA réglementaires à la caisse et se partager le reste. C'est ce qui est en cours et je suis au courant de cela ».*

Au plus haut niveau du ministère, la pratique est bien connue. Dans le milieu sanitaire, une métaphore a même été trouvée : c'est l'appellation « *hernie alimentaire* » ou « *chirurgie alimentaire* ».

Toujours dans les services de chirurgie, des interventions chirurgicales sont réalisées sans que les malades ne soient enregistrés sur les supports de l'hôpital. De ce fait, il n'y a aucune trace. Un de nos répondants a déclaré ceci :

*« C'est une grosse machine : la chirurgie. Des infirmiers qui opèrent directement sans enregistrer les malades. Ces derniers ne paient pas à la caisse. C'est une activité qui n'a jamais cessé dans l'hôpital. Comment on peut opérer un malade et il n'a pas de dossier ? C'est le « far West » non ? C'est le quotidien du service de chirurgie »*

Un autre répondant, surveillant d'unités de soins dans un des CHR enquêtés nous affirme ceci :

*« Par exemple le bloc opératoire, quelqu'un qui vient avec une hernie, c'est 10 000 FCFA, 15 000 FCFA. Tu pars payer à la caisse et on t'opère. L'équipe d'intervention te demande de donner 100 000 FCFA et ils vont faire ça rapidement. Ça c'est quelque chose que je vis quotidiennement et c'est ce que je peux vous dire. Ce ne sont pas les « on dit », mais ce qui se passe dans mon service ici. Alors que si tu suis le circuit normal, tu ne vas même pas payer la moitié de ce que tu as payé »*

Cette chirurgie alimentaire est très courante et très populaire dans le milieu de la santé. Un autre témoignage, nous éclaire encore sur la pratique :

*« Oui, bon ! « Hernie alimentaire » ou « chirurgie alimentaire », c'est une perception illicite d'argent. Puisque aucun malade ne doit donner de l'argent directement à un agent de santé. Tout argent qu'on doit donner à l'hôpital doit être fait à la caisse contre un reçu de paiement. Mais la chirurgie alimentaire, on voit les agents du bloc opératoire détourner des malades. Ils font leur intervention et le malade paie directement là-bas à ceux qui ont posé l'acte. De façon globale c'est ça la chirurgie alimentaire. On dit « hernie alimentaire » quand il s'agit d'une hernie. Dans les régions, ce sont les interventions les plus courantes. Quand on dit « chirurgie alimentaire » de façon globale c'est tout acte chirurgical où le mode de paiement n'a pas suivi la voie normale. »*

Dans les services de laboratoire d'un de nos CHU, la corruption est monnaie courante. À en croire certains enquêtés, le phénomène se passe surtout aux heures de garde et de permanence. En effet, pendant ces heures, le personnel étant très réduit, le climat devient propice aux « propositions de corruption ». Les usagers visés principalement sont ceux dont les malades viennent d'être admis dans les services des urgences. Le témoignage suivant, émanant d'un accompagnant de malade (NDRL : il était de la santé, mais l'agent de garde ne le savait pas) est absolument édifiant :

*« J'avais un malade en coma aux urgences médicales. Les médecins ont prescrit un bilan d'urgence fait d'examen du laboratoire d'hématologie et de biochimie. Donc, je suis allé prendre les tubes en hématologie, arrivé en biochimie, le technicien qui était de permanence m'a regardé et a souri et*

*m'a demandé : le malade là, il est qui pour toi ? Je lui ai répondu que c'est un tonton.*

*Il me dit ceci : vous allez beaucoup dépenser. Les examens d'analyses médicales et/ou d'imagerie qu'ils ont prescrits sont chers. Les médecins ont même oublié de prescrire un autre. Le tout vous coûtera pas moins de 20 000 FCFA. Je vais vous aider. Vous partez payer à la caisse pour les examens d'hématologie. Pour les examens de biochimie, je vous ferai ces examens et vous allez me payer juste un peu. Je vais même ajouter des examens que les médecins n'ont pas prescrits. Tu dis quoi ? ». Je lui ai répondu que c'est mieux que j'aie à payer à la caisse. Il me lança alors : en tout cas moi je voulais t'aider, maintenant si tu refuses qu'on t'aide, c'est ton problème. Donc, je suis parti payer mes examens à la caisse. Le montant des examens qu'il voulait me faire en vue de m'« aider » s'élevait à 16 900 FCFA. »*

Dans les services de radiologie, c'est le problème des paiements non encaissés qui est fréquent. Certains malades ne paient pas à la caisse sur instigation des agents de la radiologie. Ces derniers vont prendre l'argent directement avec les concernés en leur faisant souvent une réduction sur le montant que le malade aurait payé s'il partait à la caisse. Un des malades enquêtés a affirmé ceci :

*« Je me suis luxé l'épaule en jouant au ballon. Mes amis m'ont amené au CHU-YO. Quand nous sommes allés faire la radiographie, il y a un monsieur qui m'a dit ceci : « vous pouvez payer 5000 FCFA avec moi et je vous donne la radiographie au lieu d'aller faire le rang à la caisse. Mais si vous avez besoin des reçus pour un éventuel remboursement, alors, je vous suggère d'aller vous aligner à la caisse car je ne pourrais pas vous trouver un reçu » ».*

La pratique est notée partout où des examens d'imagerie sont

demandés aux patients. Le témoignage d'un agent de santé, en poste dans un CHR confirme les faits :

*« Un jour, un infirmier de la médecine en collaboration avec le médecin dermatologue demande une radiographie. Le malade part avec son bulletin. On prend l'argent avec le malade, on fait sa radiographie. Le malade revient. Le médecin lui demande où est le reçu ? Le malade dit qu'il n'a pas de reçu. Le médecin lui a demandé d'aller leur dire de lui donner le reçu. Quand le malade est arrivé et a exposé le problème, ils ont retiré la radiographie, l'ont déchirée et ils lui ont remis son bulletin et son argent, en lui disant de repartir pour qu'on lui fasse la radiographie ».*

Ces différents témoignages montrent que cette pratique est généralisée dans le secteur de la santé surtout au niveau des postes des urgences, quand le patient ou son accompagnant espère des soins rapidement. Cette situation dépeinte se retrouve pratiquement dans tous les milieux professionnels au Burkina. Les différents rapports du REN-LAC sur l'état de la corruption, les plaintes portées par la population et les différents articles de presse qui paraissent font mention de cette forme de corruption. La situation est d'autant plus grave que cette pratique se déroule dans un contexte où le pronostic vital des patients peut être en jeu.

### **2.1.2. La vente directe des médicaments**

En plus des rackets comme forme de manifestation de pratique corruptrice, une autre forme qui revient de façon récurrente dans les témoignages, c'est les ventes de médicaments aux patients dans les centres de santé. Les médicaments vendus proviennent de plusieurs sources :

- médicaments de la mesure de gratuité des soins de santé ;

- médicaments des dépôts MEG ou des officines pharmaceutiques prescrits en excès au malade et récupérés à la sortie de ce dernier ;
- médicaments prescrits aux malades et volés par des agents indéliçats ;
- échantillons gratuits donnés aux agents par les délégués médicaux au cours de leurs visites dans les unités de soins.
- achat de médicaments dans les officines pharmaceutiques privées par des agents de santé pour revendre dans les centres de santé au cours de leurs activités quotidiennes ;

Un usager du CHU-YO explique comment les produits sont vendus aux patients au cours des prestations de soins de santé :

*« C'est quelqu'un qui est venu soigner son enfant. Il manquait un peu pour que le montant des médicaments atteigne 8000 FCFA. Il nous a dit qu'il y a un agent de santé qui lui a dit d'envoyer 5000 FCFA, parce qu'il avait les produits. Le monsieur a acheté ça et ses 3000 FCFA sont restés dans sa poche. Le monsieur était heureux de cela et il nous en faisait part. Nous on se disait que ce sont les médicaments des patients qu'il a pris vendre. Où est-ce que l'agent de santé a eu des médicaments pour en vendre ? Mais, comme chacun était préoccupé par la santé. »*

Les services d'urgence des CMA, des CHR et des CHU, constituent des lieux privilégiés de vente directe des médicaments. Un usager de CMA de 28 ans, a déclaré ceci :

*« J'ai amené ma maman aux urgences médicales ce matin. Les infirmiers m'ont fait une ordonnance. Je suis allé chercher les médicaments en ville (officine privée). Au retour avec les produits, les infirmiers me disent qu'il faut que j'ajoute un autre produit qui n'était pas sur l'ordonnance et qui était avec eux, ils m'ont demandé si j'ai l'argent, que le produit coûte 3.000 FCFA.*

*Je leur ai dit qu'il n'y a pas de problème. J'ai donc payé le produit dont j'ignore le nom directement avec eux ... ».*

Cette pratique qui consiste à la vente des médicaments directement par les prestataires de soins de santé n'est pas acceptable, même si les coûts peuvent être moins élevés. Les agents de santé n'ont pas vocation à garder des médicaments par devers eux pour les revendre ; c'est une usurpation de la fonction de pharmacien ou de vendeur de dépôt de médicaments. Cette situation est favorisée par l'absence de pharmacie hospitalière qui devrait permettre la délivrance des médicaments aux malades sans paiement.

### **2.1.3 La vente de médicaments prohibés**

Des agents de santé vendent et administrent impunément des médicaments non autorisés au Burkina Faso. En tête de liste de ces médicaments trônent l'Analgin® et le Novalgin®, deux noms de marque du Métamyzole sodium. Ces médicaments surtout l'Analgin parviennent dans les dépôts des centres de santé probablement par la fraude. À ce propos, un agent de santé rapporte ceci :

*« ...Il y'a une pratique qui est en cours dans le District. C'est l'Analgin® ou le Novalgin®, vendu à plus de 4.000 FCFA. Il est détenu par des agents de santé qui se ravitaillent dans des circuits parallèles depuis le Mali. Ces derniers, pour soulager les malades leur font des injections lors des consultations et des gardes avec ce produit Analgin® dont le montant varie d'une structure de santé à l'autre... ».*

La vente directe de l'Analgin® est très courante dans les centres de santé. Selon un des enquêtés :

*« Dans les CSPS comment ça se passe ? On ne tarde pas à dire que ceux qui construisent les villas à Ouaga ce sont les Infirmiers, Chefs de Postes (ICP). Comment ils gagnent l'argent?*

*Mais c'est simple comme un bonjour. La novalginothérapie ou bien l'analginothérapie, c'est-à-dire utiliser l'Analgin® ou le Novalgin®, qui vient du Ghana, ça fait 75 ou 100 FCFA, l'ampoule, on vend à 1000 FCFA au malade... un produit qui vient du Ghana et qui est interdit au Burkina, mais dans les CSPS vous allez voir que c'est ce que tout le monde utilise. Le ministère est au courant... Ils vendent l'ampoule de l'Analgin® à 1000 FCFA, ... Supposons qu'ils utilisent dans la journée quatre ampoules pour quatre enfants, ça vous fait combien ? Facilement ils peuvent gagner plus de 16 000 FCFA, puisqu'il y a des adultes qui vont venir. Quand tu arrives, si tu dis, tu as des maux de tête, on dit on va te faire l'Analgin®, tu as mal au dos, on va t'injecter l'Analgin®, alors finalement vous vous retrouvez avec combien ? »*

Un autre témoignage d'un infirmier diplômé d'Etat (IDE) revient sur ce circuit de vente de médicaments illicites :

*« Au lieu de prescrire Analgin®, ils mettent ASL (Acétylsalicylate de lysine) sur l'ordonnance. Le gérant en voyant ASL sait que c'est l'Analgin que le prestataire veut, donc il sert l'Analgin®, Je ne vois pas un CSPS au Burkina qui ne pratique pas cela »*

Ces témoignages montrent l'ampleur de cette pratique corruptrice assimilée à l'échelle nationale. Cette utilisation frauduleuse de l'Analgin®, dans les centres de santé est illustrée par une photo qui a été prise pendant les enquêtes (**Annexe 1**). Cette vente des médicaments prohibés est le témoin d'un certain laxisme à tous les niveaux. Non seulement, la porosité des frontières et/ou la complicité des services de douanes, mais aussi et surtout l'indifférence des autorités en charge de la santé, voire leur complicité sont des faits qui peuvent expliquer ce phénomène. Un médicament non inscrit sur la liste nationale des produits autorisés ne devrait pas se retrouver

dans les services de santé et pire, dans les dépôts pharmaceutiques des formations sanitaires publiques. La qualité de ces produits reste à prouver et même s'il s'avère que ceux-ci sont de bonne qualité, les moyens utilisés pour les importer frauduleusement sur le territoire national ne sont pas exempts certainement de reproche et l'on peut douter de la qualité de la conservation de ces produits. Les populations sont donc exposées dangereusement aux effets de ces produits. Mais malheureusement, cela est un phénomène national car selon les différents témoignages recueillis, la vente des médicaments prohibés est répandue sur le territoire national, comme le témoigne l'expression l'« analginothérapie ». Pourtant l'article 214 du code de santé publique du Burkina est assez clair concernant l'importation d'un médicament sur le territoire : sauf dérogation, l'importation de tout médicament au Burkina Faso, sa mise en vente et sa libre circulation ne sont autorisées qu'après son enregistrement à la Nomenclature Nationale des Spécialités Pharmaceutiques et des Médicaments Génériques.

#### **2.1.4 La vente des échantillons gratuits**

Le travail des délégués médicaux entretient aussi cette vente de médicaments. Selon un agent de santé : *« Les délégués médicaux tentent, chacun pour ce qui le concerne, de montrer que son produit est le meilleur. Pour cela, ils finissent par donner des échantillons de produits aux agents de santé. Ces produits estampillés interdit de vente se retrouvent vendus aux patients par les agents de santé »*.

La vente de ces échantillons gratuits est pourtant interdite. D'ailleurs, chaque échantillon médical comporte la mention « Vente interdite ».

#### **2.1.5 La vente d'articles divers dans les services de santé**

À côté des médicaments qui sont vendus par les agents de santé, les services de maternité sont devenus de véritables lieux de commerce

de toute nature. Les interviews réalisées dans les formations sanitaires ont montré que ces agents de santé s'adonnent à la vente de produits divers dont les couches à la maternité. Voici ce que dit un agent de santé interrogé à ce sujet :

*« Ce n'est pas simple. Quand on prend le service de la maternité, il y a des couches qu'on vend. Ça devient presque une obligation pour le mari d'en acheter »*

Pourtant la loi N° 081-2015/CNT portant statut général de la fonction publique de l'Etat interdit le commerce de toute nature par un agent de la fonction publique (article 40) et considère le commerce d'objets comme une faute professionnelle de premier degré (article 156). Dans la plupart des cas, cette disposition de la loi est bafouée au vu et au su des chefs de services et responsables de services et même des plus hautes autorités.

### **2.1.6 Le vol des médicaments des malades**

Certains agents s'adonnent au vol des médicaments de leurs malades. Une petite inattention de la part du malade ou de son accompagnant et des produits sont dérobés pour ensuite être vendus à d'autres malades. Ce témoignage d'un usager du CMA de Nouna fait cas de cela :

*« Une fois, je suis venu avec mon enfant malade aux urgences du CMA de Nouna. Après l'achat des médicaments lorsque je suis sorti, je me suis rendu compte plus tard qu'il y avait un médicament qui est perdu...lorsque j'ai demandé, l'enfant m'a dit que c'est le soignant qui a pris et il est parti, ... »*

Des faits similaires ont été rapportés dans les entretiens de sortie. Les médicaments sont souvent prescrits en excès, du moins c'est ce que pensent 14% des patients ou de leurs accompagnants. Ainsi, à la sortie, soit le malade, voyant qu'il n'aura pas à les utiliser (surtout si ce sont des médicaments injectables) préfère les remettre aux

agents de santé, soit, les agents eux-mêmes demandent ces produits restants directement aux malades. Ces médicaments sont alors soigneusement gardés et revendus auprès de nouveaux malades. Un usager a partagé son expérience avec nous en disant ceci :

*« Ce que je sais, c'est que souvent on te fait payer des médicaments en excès. Quand tu vas vouloir partir, l'agent de santé prend le reste, maintenant ce qu'il fait avec le reste, tu ne sais pas. Est-ce qu'il donne le reste aux autres ou bien, ils les gardent pour les revendre, on ne sait pas. C'est ce que nous avons comme problème »*

Quelques témoignages recueillis l'attestent. A la suite d'un accident de la circulation un usager qui a été admis dans un service d'urgence témoigne que ses médicaments ont disparu :

*« J'ai acheté plus de vingt-trois milles (23000) FCFA de médicaments. Quand je dormais sous l'effet des premiers soins, à mon réveil j'ai cherché désespérément mon sachet de médicaments »*

Un autre usager, parti récupérer des résultats d'analyse de son enfant, qui a été dépouillé avant son retour du laboratoire, témoigne :

*« J'ai trouvé que nos médicaments se sont volatilisés. Nous étions obligés d'acheter d'autres médicaments qui nous ont coûté cher ».*

Le vol est inacceptable. Celui du médicament l'est encore plus. Le vol de médicaments d'un malade est un acte qui témoigne de la moralité de la personne qui le pose.

Le vol dans un hôpital quel qu'en soit l'auteur est condamnable et les circonstances sont encore plus aggravantes, quand l'auteur est un agent de santé. Celui qui est censé porter secours et soins aux malades ne doit en aucun cas commettre un acte préjudiciable à ces derniers.

### 2.1.6.1 Les médicaments obtenus auprès des malades

Souvent, du fait que le malade à sa sortie a en sa possession beaucoup de médicaments non utilisés, il remet ces médicaments surtout ceux qui sont injectables aux agents de santé. Certains agents vont donc revendre ces médicaments aux malades toujours hospitalisés ou aux nouveaux entrants. La plupart du temps, dans leur prescription, ces agents indéliçats tiennent des médicaments en leur possession. Les propos de cette patiente abondent dans le même sens quand elle explique que le médecin lui avait prescrit beaucoup de médicaments tout en sachant qu'il n'allait pas les utiliser tous pour la soigner. Voici son témoignage :

*« Après que je les ai achetés, il m'a dit que j'avais besoin de certains et que d'autres, je n'en avais pas besoin. Ceux dont je n'avais pas besoin, il les a enlevés et je suis partie avec le reste ».*

Un agent de santé a confirmé la pratique en disant :

*« Il existe un circuit de vente parallèle de médicaments que moi-même je combats. Il y a des malades qui sont libérés et leurs produits restent et ils donnent ça aux agents de santé parce qu'ils n'en ont plus besoin, mais ces agents de santé, revendent ça avec d'autres patients ».*

Comme déjà indiqué plus haut, la vente des médicaments par des prestataires de soins dans les services sanitaires n'est pas acceptable ; il serait souhaitable que les médicaments donnés gracieusement par les malades aux prestataires de soins soient remis au dépôt pharmaceutique ou aux services de l'action sociale pour un usage approprié (assistance aux malades en difficultés financières ou malades indigents).

### 2.1.6.2 Le détournement des médicaments subventionnés

Ces faits se déroulent principalement dans les services de maternité et de pédiatrie principalement concernés par la mesure nationale de gratuité. Ces médicaments qui devraient être prescrits gratuitement aux femmes éligibles à la mesure de gratuité sont vendus à ces dernières. Les propos suivants d'un gynécologue font ressortir le cas d'un agent de son service qui vendait directement aux patientes des produits stockés dans un des bureaux du service :

*« Un jour, j'ai surpris une sage-femme. On m'a appelé en urgence pour une femme. Quand je suis arrivé, j'ai trouvé la sage-femme en train de discuter avec l'accompagnante de la femme. Cette dernière dénouait son pagne pour lui remettre de l'argent. Elle voulait acheter une sonde à aiguille que la sage-femme enlevait de son armoire, mais ça, c'est l'Etat qui a donné pour qu'on mette à la disposition des malades gratuitement... Elle avait une armoire métallique avec beaucoup de produits qu'elle écoulait. Donc, j'ai appelé un serrurier qui est venu casser la serrure de l'armoire. Le montant total des produits pharmaceutiques a été évalué à plus de 1 500 000 FCFA ».*

Toujours en rapport avec les médicaments de la mesure de gratuité détournés, il y a eu le scandale de Bobo-Dioulasso, démasqué par le service régional de la police judiciaire (SRPJ) des Hauts-Bassins. En effet, un Préparateur d'Etat en Pharmacie (PEP) d'un district sanitaire a détourné dans le dépôt pharmaceutique de ce district, un important lot de médicaments destinés à la gratuité des soins qu'il a envoyés via les transporteurs à Bobo Dioulasso. Un infirmier de l'hôpital Sourou Sanou les a récupérés sur place, et au moment du convoi au moyen d'un tricycle vers une destination de stockage probable, les agents du SRPJ en patrouille ont mis le grappin sur lui. La quantité de médicaments est évaluée à treize

millions (13 000 000) FCFA. Le PEP et l'infirmier ont été envoyés devant le procureur depuis et une information judiciaire est ouverte contre eux. Le groupe a plaidé coupable. Pour le PEP, il s'agit de médicaments pour « dépanner » son ami d'un autre district qui en avait besoin. Nos investigations nous ont permis de savoir que ni son supérieur immédiat, en l'occurrence le Pharmacien de district, ni le pharmacien régional des Hauts-Bassins n'ont été au courant de cette affaire de dépannage. De l'avis du directeur régional de la santé des Hauts-Bassins:

*« ça ne se gère pas entre opérationnels. S'il y a pénurie dans un district, il n'appartient pas à un PEP de le régler »*

L'Artésun 60mg injectable dont l'acquéreur au niveau central est le ministère de la santé à travers la Centrale d'achat de médicaments essentiels génériques a été mis à la disposition des districts sanitaires pour la prise en charges des malades dans le cadre de la politique de gratuité des soins pour enfants de 0-5 ans. Ce médicament subventionné coûte cent (100) FCFA. L'appât du gain a imposé à des receleurs de le revendre à cinq mille (5 000) FCFA. Ce qui a fait dire à l'un des commissaires du SRPJ des Hauts-Bassins ce qui suit :

*« C'était des millions qu'ils se faisaient chaque semaine, pendant les périodes de crue du Paludisme ».*

Au regard des faits et des témoignages, le traçage du médicament en jeu a permis de retrouver l'Artésun, dans la dotation d'une pharmacie privée du Burkina, ce médicament a été prélevé par un agent de santé dans la dotation de la pharmacie dont il avait la gestion.

Un autre phénomène connu dans les dépôts publics est la vente des médicaments destinés aux indigents. Des infirmiers chefs de poste (ICP) mettent ces médicaments dans le circuit de vente du dépôt

MEG du centre de santé dont ils sont responsables, tout en notant dans leur rapport financier que ces médicaments ont été donnés gratuitement aux indigents. A ce propos, un pharmacien affirme ceci :

*« L'autre problème que j'ai remarqué dans la gestion des dépôts publics, concerne les dotations pour les indigents financés par le budget national. Ces dotations font l'objet de deals par les infirmiers et leurs gérants. Parce qu'en réalité, ils placent ces produits dans le dépôt, ils les revendent et font des rapports de prise en charge gratuite des personnes ».*

Selon certains enquêtés (agents de santé), la mesure de la gratuité est salubre mais des efforts devraient être consentis pour éviter les dérives observées dans l'utilisation des produits de la gratuité. Il y a des ordonnances fictives qui sont inventées pour se faire servir des médicaments qui seront plus tard utilisés à d'autres fins. Mieux, c'est la prescription de médicaments en excès sur des ordonnances qui est pratiquée pour récupérer plus tard le surplus. C'est ce qui ressort de cet extrait de l'entretien avec un gynécologue de la maternité d'un des CHU enquêtés :

*« Je pense que franchement la gratuité c'est une bonne chose mais côté contrôle c'est nul. Tu vois n'importe qui peut prendre la fiche et mettre un médicament et puis on sert, il n'y a aucun contrôle. Moi je peux indiquer une césarienne et puis..., comme on travaille en équipe, tu vas voir un membre de l'équipe peut marquer par exemple dix lames de bistouri, vingt flacons de solutés. On n'a pas besoin d'autant de flacons de solutés. Evidemment ils retirent le surplus plus tard. Donc en hospitalisation ici, les gens, quand ils ont besoin d'un médicament, ils peuvent prendre une fiche, la remplir et puis ils sont servis. Ça, ce sont des pratiques courantes »*

La même idée se retrouve dans cet entretien, quand l'interviewé dit :

*« D'autres agents font des surfacturations sur les ordonnances de la gratuité. Ils font des ordonnances qui dépassent et ils récupèrent le surplus de produits pour revendre à d'autres personnes. Voilà, c'est surtout ça, ces aspects-là, l'augmentation de la taille de l'ordonnance pour récupérer le surplus après ».*

Ces différentes astuces pour s'enrichir de façon illicite sont très fréquentes dans les centres de santé. Les différents rencontre-bilans de réflexion sur les problèmes de la mise en œuvre de la gratuité ont toujours été l'occasion de confirmer les différentes pratiques décrites dans les verbatims ci-dessus. En Mars 2018, a eu lieu la quatrième rencontre-bilan depuis l'effectivité des mesures de gratuité. Lors de cette rencontre, un des responsables de la mise en œuvre de la gratuité des soins affirme ceci :

*« Dans certaines formations sanitaires, des bénéficiaires continuent de contribuer financièrement pour des soins qui devaient être offerts gratuitement. Les responsabilités sont situées à plusieurs niveaux de la chaîne d'approvisionnement ».*

Cet aveu montre qu'au plus haut niveau, les autorités sont bien imprégnées des ventes parallèles, des surfacturations et des détournements des médicaments. Et pourtant, près de deux ans après les mesures de gratuité, il n'y a toujours pas une réelle réduction de la corruption et des pratiques assimilées. Les autorités du ministère de la santé seraient-elles impuissantes devant le phénomène, laxistes, complices ou les trois à la fois ? C'est à ces autorités de répondre à ces questionnements.

Il existe des pratiques qui sont facilement remédiables. Les échanges lors de la quatrième rencontre-bilan ont fait ressortir qu'«à la Pédiatrie Charles De Gaulle (par exemple) il y a des enfants

qui ont des factures de plus d'un million alors que les dépenses en médicament ne dépassent pas 200 000 FCFA ». Comme indiqué, ceci n'est qu'un exemple de ce qui est découvert. Ces genres de surfacturation devraient faire l'objet de sanctions fortes pour dissuader tout agent qui tenterait de s'adonner à de telles pratiques dans le futur.

### **2.1.7 Le détournement des malades du secteur sanitaire public vers le secteur sanitaire privé**

C'est une pratique qui implique surtout les agents de santé des catégories supérieures. Cela, pour la simple raison que c'est au niveau de ces catégories que se recrutent pour la plupart les prestataires des centres de santé privés. En effet, un nombre très limité de patients est reçu par certains spécialistes, les jours de leurs consultations dans les hôpitaux où ils sont employés. Les patients que le « temps » du spécialiste ne permet pas de recevoir ce jour, reçoivent des rendez-vous de plusieurs semaines, voire des mois, et ce, quel que soit le degré d'urgence qui a motivé la consultation. En fait, ces non élus du jour sont implicitement ou explicitement informés que le spécialiste concerné pourra les recevoir à telle clinique (heures de consultation et adresse de ladite clinique sont données à ces patients). Ainsi, selon un usager d'un des CSPS de Ouagadougou :

*« Par exemple si tu veux voir un médecin spécialiste et tu pars à Yalgado pour demander un RDV, on te dit de revenir dans deux à trois semaines... Si tu insistes, on te dit, bon, « si tu veux me voir tout de suite, tu viens dans telle clinique ». Donc c'est compliqué, c'est très compliqué ».*

Un agent de santé d'une formation sanitaire dit ceci :

*« On a eu un cas d'une bonne dame qui avait un cancer du col.*

*Les médecins ont fait le nécessaire pour l'envoyer au niveau de la maternité et ils l'ont transférée dans une clinique tout en sachant que les résultats ne seront pas meilleurs qu'ici. En clinique, ils ont dépensé de l'argent et après quelques jours on les a libérés et ils sont rentrés chez eux... Nous ne savons pas pourquoi, on l'a référée en clinique. C'est un détournement, normalement s'il y avait un problème, la référence serait au niveau supérieur. La clinique n'est pas un lieu de référence d'évacuation de nos patients, parce que nous les envoyons soit à Yalgado ou à Blaise Compaoré ou bien à Sourou Sanou. C'est un détournement de patient ».*

Au niveau de Ouagadougou, les faits sont réels a martelé un agent de santé dont les propos ont été reproduits ci-après :

*« Dans les structures publiques, les patients se trouvent souvent devant des agents de santé qui sont aussi promoteurs de centres privés. Donc, le premier rendez-vous va se faire dans le public, mais le reste dans son centre privé. Vous avez souvent des rendez-vous qu'on vous donne dans les structures publiques à trois mois et on vous dit que vous pouvez retrouver le spécialiste concerné dans telle structure la même semaine. Donc, c'est souvent comme ça qu'on récupère les malades ».*

Le détournement des malades est un phénomène bien complexe à analyser. En effet, certains agents de santé remplissent leur devoir vis-à-vis de la formation publique qui les emploie, avant de se retrouver dans le privé pour vendre leurs services. D'autres praticiens hospitaliers orientent les malades vers les services privés sous prétexte que la prestation y est disponible dans des délais relativement courts.

Dans les cliniques privées, devenues, le « deuxième » bureau « officiel » de travail de certains spécialistes officiant dans les

hôpitaux publics, le spécialiste de l'hôpital public devient le spécialiste de la clientèle : le temps de consultation devient illimité et le ton convivial avec les patients.

Le détournement des patients du secteur sanitaire public au profit du secteur sanitaire privé n'est pas limité à la seule consultation des patients. Il recouvre l'ensemble des fonctions hospitalières de soins de santé : examens d'analyses médicales, examens d'imagerie, médicaments, kinésithérapie, y compris l'assistance des patients hospitalisés (par exemple dans le secteur sanitaire public, sans le concours de ses accompagnants, le patient ne peut être muté d'un service hospitalier à l'autre ou acquérir au dépôt MEG de l'hôpital les médicaments qui lui ont été prescrits).

Les détournements des patients du secteur sanitaire public vers le secteur sanitaire privé et le double exercice professionnel des salariés de l'Etat dans les secteurs public et privé profitent, aux promoteurs du secteur sanitaire privé et aux fonctionnaires qui s'adonnent à ces activités et même à l'Etat. En effet, ils permettent aux promoteurs du secteur sanitaire privé de consacrer une part importante de leur capital et de leurs bénéfices à l'équipement de leurs cliniques tout en reléguant aux calendes grecques, le recrutement du personnel cadre et spécialisé qui leur sont cédés « gratuitement » par le Gouvernement. Ce dernier, dans son manque de volonté politique, voit dans cette façon de faire du secteur sanitaire privé, une soupape de sécurité, lui évitant des équipements conséquents dans le secteur sanitaire public, et un paiement moins conséquent de ces catégories de personnel de santé. Autrement, comment comprendre qu'un individu ou groupe d'individus dussent-ils s'affubler du titre de promoteur privé, puisse avoir plus de moyens que l'Etat de faire fonctionner leur clinique privée tous les jours, semaines, mois de l'année sans rupture de

consommables et sans panne de plateau médicotechnique. Seul le citoyen burkinabé, particulièrement les malades pauvres et les travailleurs honnêtes du secteur public sanitaire paient la démission du Gouvernement et la propension au gain facile des promoteurs du secteur sanitaire privé. Ne comprenant pas les causes profondes de leur désarroi dans les services de santé, les patients s'en prennent souvent aux seuls travailleurs de la santé.

Constatant le profond écart entre la charge de travail quotidien auquel ils se consacrent entièrement, et leur rémunération salariale sans aucun rapport avec le coût de la vie sociale, certains travailleurs succombent aux fléaux sociaux de la corruption, du détournement de malades, de ventes illicites de consommables et de médicaments, etc. Au regard de ce constat, il faut des pressions multiples des populations burkinabé et des travailleurs de la santé, afin d'amener le Gouvernement à prendre des mesures réglementaires idoines pour des soins de santé de qualité accessibles et permanents aux populations dans les services sanitaires publics.

### 2.1.8 Les surfacturations

La surfacturation est une pratique répandue également à tous les niveaux du système de soins de santé. Au niveau des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les prix des médicaments sont souvent majorés et le surplus issu de la vente de ces produits devient source d'enrichissement illicite. Par exemple, dans de nombreux CSPS, les prix des produits contraceptifs qui sont pratiqués sont différents de ceux arrêtés par le Ministère de la santé. Et cette variation peut aller de quelques FCFA au double du prix normal. Tous les services de dépôt des CSPS sont conscients de cette différence de prix officiel. Le témoignage d'un pharmacien nous en dit un peu sur cette pratique :

*« Le véritable problème que nous avons constaté au niveau des dépôts des CSPS et que nous avons tenté de résoudre en vain, c'est l'exagération des prix des médicaments. Par exemple, le paracétamol doit être vendu à 4 FCFA le comprimé, donc la plaquette de 10 comprimés doit être vendue à 40 FCFA. Tu peux facilement te retrouver à un prix qui est de dix fois celui qui est fixé par le Ministère de la santé. Les gens augmentent les prix des produits. Ils vendent et retiennent le surplus. Ce phénomène est observé dans pratiquement tous les dépôts publics. Lors des supervisions, des monitorings, les populations se plaignent des prix des produits. Quand l'équipe cadre du district a voulu comprendre, nous avons vu que l'infirmier chef de poste et le gérant du dépôt sont comptables de cette situation. Car, en réalité, ils déclarent le prix réel quand ils font leur rapport, mais, ils ne vendent pas à ce prix. Ils vendent peut-être à un prix dix fois plus élevé. Durant les six ans que j'ai passé dans le district, l'application de l'arrêté ministériel fixant les prix des produits a beaucoup souffert, car tout le monde est incapable de faire respecter ces prix »*

Une utilisatrice des services d'un des CSPS de la ville de Bobo-Dioulasso rapporte ce qui suit :

*« J'ai déjà été dans un service de santé avec mon enfant. Quand on est arrivé seulement, il a piqué l'enfant-là, moi je n'ai rien dit. Après il dit que c'est 1000 FCFA. Je dis 1000 FCFA comment ? Je dis le produit-là, c'était « Diazépam », je le connais. Il ne savait pas que moi je connaissais les médicaments. Je dis que ce que tu as utilisé ne vaut même pas 100 FCFA, je lui ai demandé le prix de la seringue. Je lui dis que moi je suis dans le domaine. Il était étonné et m'a dit maintenant : Madame, si tu viens comme ça, il faut te présenter. Pourtant il y a d'autres quand tu te présentes*

*comme ça, ils peuvent s'énerver. Finalement, je n'ai plus payé les 1.000 FCFA. »*

La surfacturation des prix des services, est aussi très pratiquée dans l'exécution des marchés publics. Le témoignage suivant est celui d'un Médecin Chef de District (MCD) (mais qui n'était pas MCD au moment des faits) :

*« Lors de l'assemblée générale d'un CMA, un gestionnaire des hôpitaux dans sa présentation a justifié un montant de 1 500 000 FCFA pour l'achat de 3 seringues pour les aspirations manuelles intra-utérines (utilisées en gynécologie pour aspirer les restes d'avortement). Donc, quand j'ai vu le montant, cela m'a paru bizarre, j'ai interpellé le gestionnaire en lui demandant si ce n'était pas 150 000 FCFA au lieu de 1 500 000 FCFA, il a répondu pour dire que c'est bien 1 500 000 FCFA pour l'achat des 3 seringues. Il a dit que les factures sont là, il peut les apporter. Séance tenante, le MCD lui a demandé d'apporter les factures. Il les a effectivement apportées et c'était réellement le montant de 1 500 000 FCFA qui était sur les factures. Ceux qui utilisent les seringues là, le Surveillant des utilités de Soins (SUS) de la maternité a dit que lui-même, il peut acheter une seringue à 40 000 FCFA. Le syndicat a pris en charge la gestion de cette histoire. »*

Ces propos du pharmacien montrent à souhait les abus dans les facturations des prix du matériel. Des pratiques de surfacturation ont été aussi rapportées lors de l'enquête parlementaire sur le système de santé au Burkina Faso. Les surfacturations des prix de la commande publique se font très souvent avec la complicité des premiers responsables puisque des mesures punitives ne sont pas prises pour dissuader les contrevenants. Par exemple, la loi 04-2015/CNT portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso stipule que « Est puni d'un emprisonnement de

trois ans à cinq ans, de la confiscation du montant reçu à titre de ristourne et d'une amende équivalant au triple de la valeur reçue sans que cette amende ne puisse être inférieure à deux millions (2 000 000) de FCFA, sans préjudice des sanctions prévues par la réglementation sur la commande publique, tout agent public qui procède ou fait procéder à la facturation, pour un montant plus élevé que son coût réel, d'un bien ou d'un service à acquérir par une entité de l'administration publique nationale ou locale. Tout co-auteur, instigateur, complice de surfacturation est puni des mêmes peines que son auteur ».

### 2.1.9 La livraison de matériel défectueux

Dans les services administratifs et financiers (avec leur système de passations de marchés et de commandes), il a été admis que la commande publique est l'occasion de nombreux détournements et de pots de vin selon les acteurs eux-mêmes. Ils disent implicitement qu'après l'exécution d'un marché, le prestataire peut venir vous remercier en vous remettant quelque chose qui peut être une enveloppe (selon un agent Comptable dans un des CHU et un gestionnaire des Hôpitaux dans un des CHR enquêtés). La corruption a atteint des proportions inquiétantes au point que des appareils sont commandés et ne sont même pas fonctionnels à la livraison. Un appareil dénommé « Human » de qualité douteuse aurait été livré dans le laboratoire de Biochimie du CHU-YO. Le service a tenté de comprendre le système de commande de cet appareil sans succès. La conséquence c'est que des millions de FCFA sont injectés dans des appareils qui sont soit inadaptés, soit vétustes à l'arrivée. A ce propos, un des chefs de service du laboratoire nous éclaire en disant ceci :

*« C'est un appareil qui a été livré par la Société de gestion de*

*l'équipement et de la maintenance biomédicale (SOGEMAB). Nous avons refusé d'utiliser l'appareil parce qu'il n'est pas reproductible. C'est un faux appareil. Il est toujours là. Nous l'avons montré même aux agents qui sont venus pour l'enquête parlementaire. Il est là. Je peux vous le faire visiter ».*

Interrogée, la SOGEMAB réfute cette thèse factures à l'appui. Pour elle, le matériel « Human » a été réceptionné et fonctionne bien. Elle ajoute même que des réactifs achetés pour l'utilisation dudit matériel témoignent à souhait que ce matériel fonctionne bien. Elle soutient qu'elle n'a jamais livré d'équipement non utilisable en ces termes :

*« La plupart du temps, quand quelqu'un, un donateur ou un bailleur de fonds ou même le ministère envoie déposer du matériel sans se référer à nous, les agents sur place disent que c'est la SOGEMAB ».*

Les pannes d'appareils au niveau du service de laboratoire affectent sérieusement le fonctionnement normal du service. Un des responsables du laboratoire témoigne en ces termes :

*« Il y a des contrats de maintenance qui sont signés avec l'administration, mais malheureusement ce sont des contrats plus ou moins fictifs. Nous avons demandé à être associés dans le processus de maintenance sans succès. Nous ne sommes mêmes pas en amputation de la copie pour savoir exactement la période à laquelle les maintenances seront faites. Les gens viennent nuitamment pour dire qu'ils sont venus faire une maintenance, alors que c'est faux. Cela pose d'énormes problèmes. Ce qui fait que nous avons des pannes tout le temps ».*

A la question de savoir qui est chargé de cette maintenance des appareils, notre interlocuteur nous répond :

*« Les contrats de maintenance sont pilotés par le service de maintenance et la direction générale ».*

La non-conformité entre le matériel ayant fait l'objet de l'appel d'offre et le matériel livré par les fournisseurs est très souvent l'objet de plaintes. Un inspecteur des services de santé met en cause le mode de fonctionnement des appels d'offres :

*« Le système d'appel d'offre est compliqué. Un hôpital, c'est un centre social. Ce n'est pas comme les autres services. Tu vas commander du matériel, vous allez lancer l'appel d'offre, les soumissionnaires vont venir soumissionner, toi-même tu sais que cette marque est la bonne. Ça peut durer si on prend cette marque, mais les marchés publics interdisent qu'on considère les marques. Quelqu'un va venir proposer la même chose, mais ce n'est pas la même marque à moindre prix. Ce n'est pas résistant, mais on va le retenir puisque l'intéressé va remplir toutes les conditions possibles. Vous allez prendre. Vous pouvez prendre le matériel peut être à cinquante millions (50 000 000) FCFA au lieu de prendre celui de soixante millions (60 000 000) FCFA. Vous allez prendre le moins cher mais qui ne va pas durer. Qui perd ? »*

Ceci révèle la complexité de la commande publique dans le secteur de la santé, mais une meilleure description des caractéristiques techniques avec l'instauration d'un système de garantie et éventuellement des sanctions à l'encontre des contrevenants pourraient permettre d'améliorer la qualité du matériel fourni.

Un des entretiens avec un décideur du niveau central nous a édifié. Voici ce qu'il a dit :

*« J'ai déjà saisi la Commission de règlement amiable des litiges (CRAL). J'avais cinq millions pour acheter deux Yamaha 100 de luxe pour des comités de gestion. Dans l'expression, le*

*contrôleur financier m'a dit qu'on ne peut pas spécifier Yamaha 100 de luxe. On a monté les dossiers en donnant seulement les caractéristiques. Celui qui a eu le marché a voulu me livrer des Motos du Nigeria dont l'unité coûte dans les cinq cent mille alors qu'il m'a fait une facture de cinq millions. J'ai refusé de réceptionner ces fausses motos. On est parti à la CRAL, et on m'a donné raison. On lui a retiré le marché et il a été sanctionné, je crois. Moi j'ai repris mon budget pour acheter quatre motos d'une autre marque ».*

Cet exemple montre que s'il y a une volonté de contrôle de la qualité du matériel, c'est bien possible.

### **2.1.10 Le détournement du matériel public et des consommables**

Dans ce chapitre, il s'est agi d'explorer les faits de détournement du matériel public et des consommables. Tout comme la vente frauduleuse des médicaments, certains agents des services de laboratoire détiennent des réactifs par devers eux et font des examens d'analyses médicales et encaissent l'argent pour leur propre compte. Selon une surveillante d'unités de soins (SUS) d'un des CHR :

*« ... on ne comprend pas, certains examens sont payés à la caisse, d'autres non. Tu vas voir qu'il y a un examen qui n'a pas été payé à la caisse, tu cherches à comprendre, on te dit qu'il y a un manque de réactifs ... Comment certains agents peuvent avoir leurs réactifs personnels dans le CHR pendant que l'administration ou bien la gestion ne peut pas en avoir pour le laboratoire ? ».*

Voici un autre témoignage poignant du phénomène de détournement de consommables dans le service de chirurgie d'un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA):

*« Le bloc opératoire n'a jamais été satisfait en intrants car en réalité, ils font beaucoup d'interventions qui ne sont pas déclarées. Avec le médecin chef du district (MCD), une fois le CMA a été perquisitionné et nous avons constaté des dépôts de consommables dans les placards du bloc opératoire. Nous avons dû casser certains placards et nous avons vu des cartons de médicaments. Il y avait des solutés, des perfuseurs, des réactifs. Quand nous avons menacé, cela s'est stoppé un peu et cela a permis de renflouer les recettes du CMA les mois qui ont suivi ».*

Le détournement de matériels et de consommables n'épargne pas les centres hospitaliers universitaires :

*« C'est grave. Vous recrutez les gens dont vous ne connaissez pas la moralité au départ. Pourtant, en réalité, ce sont des monstres froids qui sont là. Une fois à l'intérieur, ils tuent le système. Vous avez les boîtes d'opération qu'on vous envoie pour qu'on opère le malade ; vous mettez les boîtes à la disposition des blocs, les boîtes se vident au fur et à mesure. Finalement vous allez faire quoi ? On se demande où sont passés les instruments, ... »  
(enquête dans un CHU)*

Cette situation est très dramatique et pose le problème du suivi et de la traçabilité du matériel public. Les chefs de services et les responsables de centres de santé devraient être plus regardants sur le suivi du matériel acheté.

### **2.1.11 Les cadeaux ou pots de vin**

Un autre fait qui est revenu au cours des échanges, ce sont les cadeaux en nature ou en espèces dont sont bénéficiaires les agents de santé au cours de leurs pratiques quotidiennes. Certains malades ou accompagnants de malades, satisfaits des services reçus donnent

des présents aux agents de santé. Souvent les montants mis en cause ne sont pas énormes. Certains agents refusent catégoriquement selon leurs dires de prendre ces présents. Ces propos d'un agent de santé enquêté vont dans ce sens :

*« Oui, j'ai plusieurs fois été confronté aux pratiques de corruption. Les gens vont venir avec leur malade et ils vont vous proposer quelque chose. Oh ! Non, vous êtes gentils prenez ça, prenez ça, mais si vous prenez cet argent, bonjour les problèmes. Vous devenez esclave de ce donateur. J'ai toujours refusé et j'ai toujours interpellé les collègues par rapport à ce problème. C'est notre devoir de donner les soins. Ceux qui pensent qu'ils peuvent nous donner quelque chose, il y a des indigents qui sont là et il y a le service social, ils peuvent donner ça là-bas. Vous refusez de prendre ce qu'il vous donne, ça devient la bagarre ».*

Dans l'exercice de leur fonction, les agents de santé vivent quotidiennement ce genre de faits.

Et des dispositions législatives sont suffisamment claires sur la définition de l'infraction sur les dons et les sanctions qui attendent les auteurs de cette infraction. L'article 43 de la loi N° 081-2015/CNT portant statut général de la fonction publique interdit justement les cadeaux offerts aux agents publics. En plus, la loi N° 004-2015/CNT portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso est formelle en son article 67 : *« Est puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de cinq cent mille (500 000) FCFA à deux millions (2 000 000) FCFA tout agent public qui accepte d'une personne un cadeau ou tout avantage indu susceptible de pouvoir influencer le traitement d'une procédure en cours liée à ses fonctions ou ayant un lien avec ce traitement ou transaction ».*

Pour justifier leur cadeau et le faire accepter par les agents, certains donateurs conscients ou non de ces dispositions légales sur les

dons font appel à la culture traditionnelle burkinabé. Evoquant la pratique du don et corruption en Afrique traditionnelle, Me FARAMA P<sup>1</sup> souligne : « le don est unanimement reconnu comme un trait spécifique de la culture africaine ; aussi bien chez les Mossi, les Samo, les Bobo que d'autres peuples de l'époque traditionnelle, le don constituait un geste hautement symbolique d'allégeance, de déférence, de reconnaissance. On honorait le roi, un ami, un étranger, un hôte par un cadeau. De ce point de vue, on est tenté de reconnaître qu'il n'y a point de comparaison possible entre le don pratiqué en Afrique ancienne et le don élément matériel constitutif de l'infraction de corruption ». Contrairement à ce qu'on pourrait penser la chose donnée à un agent public dans l'exercice de ses fonctions n'est pas toujours méritée.

Devant de généreux donateurs de cadeaux dans les services en reconnaissance de la qualité des soins prestés, les agents de santé doivent toujours avoir en mémoire les dispositions législatives ad hoc sur le statut général de l'agent public. Il doit aussi se souvenir qu'il joue sa dignité et qu'il est payé pour jouer son rôle dans le système de santé. Quelle que soit la valeur du cadeau en jeu, il est plus sage de le refuser.

Il convient donc de sensibiliser les usagers des services publics et particulièrement des services de santé de s'abstenir de faire des cadeaux aux agents publics pour éviter que l'administration publique devienne une sorte de service privé qui ne dit pas son nom.

### **2.1.12 Les « partenariats » avec les délégués médicaux**

Les délégués médicaux visitent régulièrement les partenaires dans les centres de santé en vue d'un plaidoyer pour la prescription

1 Réseau National de Lutte Anticorruption. (2001). *Morale et corruption dans des sociétés anciennes du Burkina Faso* : Bobo, Moaga, San et Winyé. Collection REN-LAC. Ouagadougou.

des médicaments des firmes pharmaceutiques qu'ils représentent. La concurrence étant rude entre firmes pharmaceutiques pour l'écoulement de leurs médicaments, les délégués médicaux nouent des partenariats officieux avec certains prescripteurs. Ces délégués fournissent aux prescripteurs de leurs médicaments non seulement des échantillons de médicaments et divers gadgets, mais s'engagent à des investissements plus ou moins importants au profit desdits prescripteurs : prise en charge de la participation à des congrès scientifiques, de l'organisation des journées de sociétés savantes, etc. Un médecin interrogé sur cette pratique explique l'objet de la visite des délégués médicaux :

*« C'est ce qu'on appelle un partenariat gagnant-gagnant. Le délégué médical a certains produits dont le médecin reconnaît l'utilité pour les malades. Le délégué médical propose au médecin de prescrire ses produits et en contrepartie, il satisfait à certains besoins du service. Voilà c'est comme ça ».*

Toujours en rapport avec ces partenariats, un autre médecin de la région du Nord dit ceci :

*« Quelques fois les services sont obligés d'entretenir ces relations avec les délégués médicaux pour pouvoir travailler. Nous particulièrement ici, on a eu à faire des partenariats et les délégués ont donné des tensiomètres pour le service. Donc les partenariats existent dans certains endroits. Cela nous a permis d'avoir quelquefois... même l'inscription à certains congrès pour des sages-femmes, etc.».*

Selon un autre répondant de la région du Centre, les délégués médicaux savent se montrer généreux. Pour cela ils mettent les moyens en œuvre pour écouler leurs produits :

*« Vous pouvez vérifier dans quelques services, ce sont ces délégués médicaux qui ont équipé les salles des infirmiers et*

*des médecins en spécialisation, en télévision, en réfrigérateur, en connexion internet, sans compter les financements qu'ils apportent lors des congrès. Ce n'est pas que c'est interdit mais cela influence énormément les prescriptions »*

Dans la région de l'Est, cette pratique existe également selon cet agent de santé qui dit :

*« Il y a un partenariat puisque les délégués médicaux viennent rencontrer les agents de santé pour faire la promotion de leurs produits et d'autres font même des promesses que si vous prescrivez tel nombre de produits, ils vont donner telle chose ou telle chose au service. Je prends un exemple, il y a un produit dont j'ai oublié le nom, mais c'est une spécialité qui coûtait cher, environ 7000 FCFA. Les délégués médicaux ont dit aux agents de santé du bloc que s'ils arrivaient à atteindre un certain nombre de produits prescrits, ils allaient leur donner une télévision écran plasma pour le service. Et ça été fait. Ils ont eu leur télévision ».*

Cette collaboration avec les délégués médicaux n'est pas sans conséquence pour le système de santé. C'est un phénomène qui est très fréquent surtout dans les grandes villes. Au CHU-YO, aux dires d'un des enquêtés du service de la pharmacie hospitalière, des médicaments sont commandés mais ne sont pas prescrits dans les services du fait des partenariats créés avec les délégués médicaux. La conséquence c'est souvent la péremption de médicaments en spécialité qui devraient être prescrits. Puisque la commande est faite en fonction des sorties. Voici son témoignage :

*« Là où les délégués médicaux ont aujourd'hui de l'influence, c'est au niveau des prescripteurs. Parce qu'on n'est pas encore arrivé à faire comprendre aux prescripteurs que la prescription des médicaments doit se faire selon la liste qui a été arrêtée ensemble avec l'appui du comité thérapeutique. Puisque*

*l’approvisionnement des médicaments se fait sur la base de cette liste. Mais ce n’est pas le cas chez les prescripteurs. Ce qui fait qu’on se retrouve avec des péremptions de médicaments. Les médicaments commandés ne sont pas prescrits d’où la péremption ».*

Du fait de la péremption, ce sont des milliers de FCFA qui sont ainsi perdus. La principale cause de cette pratique demeure les partenariats qui se créent entre les délégués médicaux et les prescripteurs.

Les visites des délégués médicaux sont la forme supérieure des dons de cadeaux et présagent de ce que les services de santé deviendront si les dons de cadeaux gagnent en ampleur.

La politique de médicaments génériques efficaces et financièrement accessibles aux larges masses populaires sera vouée à l’échec au profit des spécialités de même efficacité que les génériques, mais beaucoup plus onéreuses. Les contrats non officiels dans les services de soins de santé, deviendront légion, transformant des prescripteurs liés par l’éthique et la déontologie médicales en agents serviles de firmes pharmaceutiques via leurs délégués médicaux.

## **2.2 Les pratiques suspectes de grande corruption**

La grande corruption peut se définir comme étant l’ensemble des pratiques conçues dans les milieux politico-administratifs pour abuser de l’autorité publique à des fins privées et/ou individuelles (REN-LAC, 2003). Elle mobilise généralement de grosses sommes d’argent ou d’importants moyens en nature (commissions, pots de vin, détournements, etc.)

Les présomptions de grande corruption ont été observées dans la commande publique des établissements publics de santé (EPS)

sous la forme de favoritisme, de livraison de matériels défectueux, ou en dessous de la valeur de la commande.

### 2.2.1 La gestion des ristournes à la CAMEG

Au niveau de la Centrale d'Achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG), nous retenons un exemple qui est revenu dans plusieurs discussions avec des travailleurs de la structure ou d'anciens travailleurs : la question des ristournes que les fournisseurs octroient à la CAMEG. En effet, comme il est commun de le noter, la CAMEG offre des ristournes à ses clients en fonction de leurs activités et du paiement des factures. Ces ristournes sont officielles et gérées dans les districts. Mais en amont, la CAMEG bénéficie aussi de ristournes de la part des fournisseurs de médicaments essentiels génériques. Mais selon les enquêtés, ces ristournes ne sont pas gérées dans la transparence. A ce sujet, un enquêté dit :

*« Il y a une question tabou au niveau de la CAMEG qui n'est jamais discutée, c'est la question des ristournes fournisseurs. Personne ne peut nous dire aujourd'hui ce qu'il en est de ces ristournes. Et tout le monde sait que la CAMEG donne des ristournes à ses clients (districts) et c'est officiel. Alors qu'est-ce que la CAMEG fait des ristournes que ses fournisseurs lui donnent ? C'est une question tabou. Quand tu la poses, c'est comme si tu viens d'un autre siècle à la CAMEG. Selon certaines indiscretions, les pourcentages évoqués sont élevés. Ces questions doivent être débattues pour permettre soit de diminuer les prix des médicaments pour le bonheur des populations, soit alors de motiver tout le personnel de la CAMEG ».*

Ayant cherché à comprendre les montants incriminés, un des enquêtés nous a témoigné ceci :

*« Le chiffre exact n'est pas officiel. Imaginez que la CAMEG se tape souvent un chiffre d'affaires annuel de 30 milliards (plus tard, un agent nous dira que le chiffre d'affaires de 2017 s'élève à 43 milliards). C'est de l'ordre des centaines de millions de FCFA dont personne ne sait depuis longtemps comment ils sont gérés ».*

Les témoignages indiquent que la gestion de la CAMEG n'est pas du tout transparente. Pire aucun gouvernement, encore moins le ministère de la santé n'a voulu la clarté dans la gestion de la CAMEG. Chacun s'emploie à mettre son homme de confiance afin de profiter de la situation.

### **2.2.2 La passation des marchés à la SOGEMAB**

Dans ce chapitre, nous abordons la procédure de passation des marchés des équipements biomédicaux. La question des équipements biomédicaux et hospitaliers se pose comme une problématique déterminante pour le système de santé du Burkina Faso. Les équipements sont des facteurs de production, des outils de travail extrêmement importants et essentiels dans le fonctionnement continu des structures. Aussi l'Assemblée générale des sociétés d'Etat en 2010 a-t-elle décidé de créer l'Agence de gestion de l'équipement et de la maintenance biomédicale (AGEMAB), chargée de l'acquisition et de la gestion des équipements biomédicaux au profit de toutes les structures de soins du pays. Après trois années de fonctionnement, l'AGEMAB a été transformée en Société de gestion de l'équipement et de la maintenance biomédicale (SOGEMAB). La mission de la SOGEMAB est celle de l'AGEMAB élargie à l'acquisition des équipements medicotechniques, leur maintenance, la formation du personnel utilisateur de ces équipements, la formation des personnels de dépannage pour les dépanner, la gestion de pièces de rechange,

l'assistance technique et même la gestion des infrastructures.

Pourtant, les critiques ne manquent jamais sur les services rendus par la SOGEMAB.

Pour les utilisateurs que sont les centres de santé et techniciens biomédicaux, la cherté des équipements livrés par la SOGEMAB et aussi la cherté de la maintenance curative des appareils sont pointées du doigt. Mais au niveau de la SOGEMAB, on explique que c'est la qualité des appareils qui les rend chers. *« Mais c'est de la qualité. Nous sommes trop pauvres pour acheter moins cher. Nous ne pouvons pas passer le temps à renouveler les équipements chaque année. Donc nous achetons du solide »*, explique la société.

Interrogés sur la qualité des appareils livrés, les techniciens biomédicaux des centres de santé ne confirment pas la qualité de certains équipements biomédicaux livrés par la SOGEMAB.

Dans ses commandes d'équipements biomédicaux, la SOGEMAB privilégie le gré à gré aux dépens des autres modes de passation des marchés publics notamment l'appel d'offre ouvert et la demande de prix et de propositions.

Entre 2014 et 2016, sur cent soixante-cinq (165) marchés passés par la SOGEMAB, soixante et neuf (69) l'ont été par la procédure du gré à gré. Ce qui représente 41,82% du nombre de marchés passés. Le montant total de ces marchés est de six milliards six cent trente et un millions huit cent quinze mille six cent quarante et quatre (6 631 815 644) FCFA sur 14 milliard neuf cent trente et quatre mille six cent soixante-huit mille neuf cent quarante et neuf (14 934 668 949) FCFA soit 44,41%. Le nombre cumulé des appels d'offre ouverts de la période est seulement de 17, 58%. Plusieurs entreprises ont été bénéficiaires des marchés gré à gré de la SOGEMAB. Par exemple sur 10 marchés attribués à TM Diffusion, seul un l'a été sur appel d'offre ouvert.

**Tableau II** : les marchés passés par la SOGEMAB selon le mode de passation

Types de marchés	Nombre	Montant (FCFA)	pourcentage montant	pourcentage nombre
AOO	29	8 078 285 478	54,09	17,58
DDC	67	224 567 827	1,50	40,61
GG	69	6 631 815 644	44,41	41,82
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>14 934 668 949</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

La SOGEMAB se défend en indiquant que cela est dû au fait que les fabricants de matériel biomédical, pour la plupart d'entre eux, disposent de représentants dans le pays. Plus une entreprise représente des marques, plus elle a des chances de bénéficier de marchés publics. C'est le cas de TM diffusion qui est distributeur et représentant exclusif de 11 marques d'équipements au Burkina Faso, presque tous leaders mondiaux dans leurs domaines. Cela lui donnerait un avantage sur ses autres concurrents.

Interrogé sur les marchés octroyés à TM Diffusion, un des responsables explique :

*« Il y a des marques qui sont l'exclusivité de certains représentants ici au Burkina. Quand c'est le cas, lorsqu'une panne intervient sur la machine, nous ne pouvons pas avoir la pièce de rechange. Quand nous l'avons, nous ne pouvons pas avoir le code pour modifier quoi que ce soit dans la machine. A partir de ce moment, nous sommes obligés de passer par le représentant local. Ce que nous faisons en ce moment, nous contrôlons, nous suivons et nous surveillons la maintenance ».*

La SOGEMAB tout comme la CAMEG sont dans la même situation, car concentrant les marchés de plusieurs milliards de FCFA. Dans ce

contexte, la corruption ou les tentatives de corruption se concentrent dans ces institutions. Il se pose la question des motifs qui ont conduit à la création de la SOGEMAB. Est-ce que la SOGEMAB permet de disposer de matériels de qualité à un moindre coût ? La gestion des appels d'offre à la SOGEMAB est-elle transparente ? Si elle ne l'est pas, les personnes responsables, ont-elles été sanctionnées ? L'existence de la SOGEMAB est-elle toujours pertinente ou faut-il laisser chaque hôpital gérer ses commandes de matériels et d'équipements ? Seules les réponses à ces questions permettront de décider du maintien ou non de la SOGEMAB. Pour ce faire, il faut commanditer un audit sérieux de la SOGEMAB et en tirer toutes les conséquences.

### 2.2.3 Les conflits d'intérêts

Un autre problème récurrent dans le secteur de la santé, ce sont les conflits d'intérêts. L'expression tirée du domaine du droit qui dit qu' "on ne peut être juge et partie" se trouve mise à rude épreuve. A partir du moment où un travailleur est régulateur dans un secteur donné, il ne devrait plus être en même temps acteur de prestations dans le même secteur. Par exemple, un régulateur de prestations pharmaceutiques ne devrait pas être en même temps acteur, car toutes les prestations pharmaceutiques sont soumises à une réglementation rigoureuse. Au sein de la Direction Générale de la Pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML), un cas de conflits d'intérêts a été rapporté au cours des entretiens :

*« Normalement quand on est régulateur, on ne peut plus être acteur des prestations comme l'approvisionnement, la production... Mais lui par exemple (un des responsables de la DGPML), il était régulateur, mais il avait une structure de production à la tête de laquelle, il a nommé un responsable,*

*mais tout le monde sait que c'est sa structure à lui. C'est un prête-nom... ». «... Le Ministère de la santé devait commander en 2015 un gel hydroalcoolique dans le cadre de la lutte contre Ebola, et finalement le gel a été produit par cette structure-là. Un gel dont la qualité devait être appréciée par la DGPML où le propriétaire de ladite structure a de hautes responsabilités. Vous imaginez les coûts et l'enrichissement qui s'en suivront ? Il y a un problème. Il est au ministère, il est l'un des régulateurs de ce secteur (secteur de la pharmacie). Et il est en même temps acteur (en produisant un gel). Ça met mal à l'aise. Quand j'ai évoqué cela un jour à un de nos devanciers, pharmaciens, il n'a pas trouvé mieux que de me dire ceci : « qui n'a pas de conflit d'intérêt dans ce Ministère ? » J'ai tout de suite mieux compris. En réalité, avoir un conflit d'intérêt, cela ne leur dit plus rien. Alors qu'il y a un risque pour la santé des populations. Parce qu'on est acteur, on n'est plus juste dans l'analyse, dans le contrôle ».*

Un département social aussi important dans la vie d'une nation comme le Ministère de la santé se doit d'être très rigoureux dans son fonctionnement en évitant les conflits d'intérêts. L'exemple de la production du gel mentionné ci-dessus est un cas suffisamment grave, car il témoigne des enjeux économiques qui entravent souvent le fonctionnement des structures. Le producteur du gel hydroalcoolique qui est en même temps censé d'être le juge de la qualité du produit ne peut pas faire un jugement en toute impartialité. C'est conscient de cette situation, que le responsable de l'unité de production du gel a utilisé un prête-nom pour bénéficier du marché du gel. C'est un exemple qui devrait en toute logique attirer l'attention de l'ordre des pharmaciens par exemple qui, dans ses missions et obligations, doit veiller à la qualité des médicaments et autres consommables mis sur le marché burkinabé.

## 2.2.4 La gestion des crédits délégués de l'Etat par les districts

Les crédits délégués sont des budgets que l'Etat octroie aux différents districts pour leur fonctionnement. Les districts utilisent ces fonds annuels selon les besoins en faisant les commandes, mais le paiement est fait par l'Etat à travers le trésor public. Les montants varient d'un district à l'autre en fonction d'un certain nombre de critères, notamment la taille de la population. Selon un des médecins chefs enquêtés, « *Plus le district est grand, plus les crédits sont élevés. Pour notre district par exemple, les crédits délégués s'élevaient à 38 millions en 2017. Et pour la nouvelle année, il y a une légère hausse autour de 40 millions* ».

De l'avis de certains enquêtés, des suspicions de corruption existent dans la gestion de ces fonds :

*« Tous les marchés octroyés, que ce soit les marchés des crédits délégués et les autres marchés, les fournisseurs versent un certain pourcentage au district. Le montant n'est pas officiel. Mais ce qui est courant, c'est 10% du montant du marché. C'est valable pour tous les marchés d'ailleurs. C'est une forme de corruption qui leur permet de maintenir le contact entre le fournisseur et l'équipe du district pour que chaque année, il puisse avoir le marché. Moi, j'ai fonctionné en disant toujours aux fournisseurs que le matériel commandé doit être conforme aux spécifications techniques demandées dans l'appel d'offre. J'ai eu à dire à un fournisseur que je ne veux pas de ses 10% et depuis lors, les fournisseurs m'ont laissé tranquille. Mais je sais que à mon insu, certaines personnes perçoivent les 10% ».*

Le même interviewé poursuit en disant :

*« Dans la grande majorité des districts, c'est comme ça que ça fonctionne. C'est pour cela que j'ai des collègues qui sont calés et ils ne veulent pas partir. Par exemple, si vous prenez un*

*district qui a 40 millions de crédits délégués, si le district arrive à absorber toutes les ressources, le MCD peut avoir environ 4 millions par an, s'il perçoit les 10% des différents marchés puisqu'il est l'ordonnateur des dépenses. C'est de ça qu'il s'agit. C'est sans prendre en compte les autres commandes que le district peut faire. »*

L'autre problème rapporté dans la gestion des crédits délégués, demeure les lignes entièrement consommées et non connues des bénéficiaires et justifiées par les gestionnaires. Ce sont des activités non menées, mais justifiées par des rapports financiers et techniques fictifs de réalisation. Parfois, la ligne de crédit est entièrement justifiée alors que l'activité a été réalisée partiellement. Par exemple, dans un district, un répondant a affirmé que pendant l'année 2017, les lignes consacrées au carburant de l'ambulance ont été entièrement consommées pendant que l'ambulance du district était en panne pendant près de sept mois ! Au Bénin, une étude portant sur l'efficacité des crédits délégués sur le fonctionnement de certaines zones sanitaires avait retrouvé ces insuffisances [6]. Cette pratique est par exemple, l'une des manifestations les plus brutes de la corruption : les factures fictives. Le système de santé ne peut se développer efficacement avec de telles attitudes. Toutes ces pratiques sont réelles à cause d'un vrai manque de suivi dans la procédure de passation des marchés publics et aussi dans l'exécution de ces marchés publics.

## 2.3 Les perceptions des agents de santé sur la lutte contre la corruption

La lutte contre la corruption est diversement perçue par les agents de santé. Dans l'ensemble, le bien-fondé des actions de lutte contre les pratiques corruptrices et assimilées est unanimement apprécié par les agents. Cependant, pour ce qui est de la pertinence des types d'actions de lutte, les appréciations divergent. Selon une première tendance, la persistance du phénomène malgré les différentes actions de lutte, sonne comme une impertinence des formes de lutte. Selon cette tendance, l'absence de sanctions dissuasives annihile l'efficacité des actions de dénonciation et de sensibilisation. Selon un des SUS du CHUR de Ouahigouya c'est « *Des sensibilisations, des publicités et puis y a rien. Est-ce que les gens même ont encore confiance au REN-LAC ?* ».

Par ailleurs, selon d'autres partisans de cette tendance, l'inefficacité ne pose pas forcément un problème de pertinences des actions menées, mais plutôt d'environnement social ambiant défavorable. Ainsi, selon un autre SUS du CHUR de Ouahigouya, « *L'efficacité est mitigée, mais c'est l'environnement qui n'est pas favorable. L'intégrité est bafouée, la corruption est devenue une loi. Pendant les campagnes ça se passe. Si les grands peuvent s'en accaparer, pourquoi pas les petits* ».

Selon la seconde tendance, il n'y a pas de doute quant à l'efficacité des actions menées contre la corruption. Seulement, du fait du degré de développement du phénomène, le déclic dans l'inversion de la tendance de la courbe est un processus qui demande de la patience. Pour ce faire, les actions de lutte doivent s'inscrire dans la durée. Ainsi, selon une infirmière d'un CSPS, « *[...] Si on arrive à lutter contre la corruption c'est bon. Parce que quand on classe les services..., si on dit que ton service est le premier ou le deuxième,*

*vous voyez, c'est un mauvais nom. Ce n'est pas bien quoi. C'est surtout dans ce cadre-là quoi ».*

Dans le domaine de la santé, il ressort que le SYNTSHA dans sa mission, prend en compte la lutte contre la corruption en créant des cadres de concertation pour sensibiliser et donner des conseils.

Au niveau du secteur de la santé, le REN-LAC est reconnu par la majorité des enquêtés comme la structure qui lutte contre la corruption. Certains enquêtés apprécient positivement les actions entreprises par le REN-LAC (notamment le classement des différentes institutions, la dénonciation des pratiques corruptrices, etc.) et trouvent qu'il a donc montré son efficacité sur le terrain. D'autres enquêtés par contre, pensent que le REN-LAC, dépourvu de pouvoir de sanctionner et de rendre justice n'est pas efficace. En outre, ils déplorent sa faible couverture du territoire national.

Enfin, de nombreuses personnes enquêtées ne connaissent pas l'existence de la loi anti-corruption. Celles qui connaissent son existence ignorent son contenu.

### **III. ANALYSE DES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS ET DES FACTEURS FAVORISANTS LES PRATIQUES DE CORRUPTION**

#### **3.1 Les dispositifs institutionnels**

##### **3.1.1 Le dispositif juridique**

Le secteur de la santé est encadré par un nombre important de textes juridiques. Du bas de l'échelle au sommet de la hiérarchie du système de santé, chaque entité fait l'objet de textes juridiques partant de la loi votée par l'Assemblée nationale et l'arrêté ministériel en passant par des décrets d'application pris par le Gouvernement. Le dispositif législatif et réglementaire spécifique au secteur de la santé est composé comme suit:

- la loi N° 23/94/ADP portant Code de la Santé publique ;
- le décret N° 98-259/PRES promulguant la loi N° 034/98/AN du 18 Mai 1998, portant loi hospitalière ;
- le décret N° 2006-355/PRES/PM/MS/MESSRS/MFB/ portant statuts particuliers des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) du Burkina Faso ;
- le décret N° 2007-116/PRES/PM/MS/MFB/MESSRS du 05 mars 2007 portant statut du personnel des Etablissements Publics de Santé (EPS) ;
- l'arrêté N° 2010-067/MS/CAB portant attribution, organisation et fonctionnement du district sanitaire ;
- la loi N° 008-2012/an portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'ordre national des Chirurgiens-dentistes du Burkina Faso ;
- la loi N° 028-2012/AN du 05 juin 2012 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'ordre

- national des médecins du Burkina Faso. JO N° 40 du 04 octobre 2012 ;
- la loi N° 018-2012/AN du 28 mai 2012 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'ordre national des sages-femmes et maïeuticiens du Burkina Faso. JO N° 30 du 26 juillet 2012 ;
  - la loi N° 017-2012/AN du 28 mai 2012 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'ordre national des infirmiers et infirmières du Burkina Faso JO N° 30 du 26 juillet 2012 ;
  - le décret N° 2013-1326/PRES/PM/MS du 31 décembre 2013 portant code de déontologie des Chirugiens-dentistes du Burkina Faso. JO N°28 du 10 juillet 2014 Le décret N° 2014-615/PRES/PM/MEF/MS du 24 juillet 2014. JO N°42 DE 2014 portant statut général des Etablissements Publics de Santé (EPS) ;
  - le décret N°2014-049/PRES/PM/MS du 07 février 2014 portant code de déontologie des infirmiers et infirmières du Burkina Faso. JO N°17 du 24 avril 2014.

Il n'existe pas de texte de lois, de décrets ou d'arrêté relatifs à la corruption spécifiquement dans le domaine de la santé qui en encadre la prévention, la détection et la poursuite. En la matière, il est fait recours aux dispositifs juridiques de portée générale, bien que le domaine reste le mieux encadré avec des codes de déontologie pour chaque corps de métier. Ces codes ont pour vocation de façon générale de :

- veiller au respect, à la défense et à la promotion des valeurs fondamentales de la profession ;
- veiller au respect des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession et à l'observance par tous les membres des devoirs professionnels

ainsi que des règles édictées par le code de déontologie, des lois et autres textes réglementaires concernant la santé publique ;

- défendre l'honneur et l'indépendance professionnelle dont les décisions ne peuvent être dictées par d'autres considérations que l'éthique professionnelle, l'intérêt du patient et la santé publique.

L'ensemble des dispositifs juridiques ci-dessus cités laissent percevoir l'existence de possibilités de sanction des auteurs de corruption dans le secteur de la santé. Néanmoins on note des difficultés d'application des dispositions de certains codes de déontologie. Si pour les faits impliquant les médecins, les Chirurgiens-dentistes, la saisine de l'ordre semble plus facile, il n'en est pas de même pour ceux impliquant un membre de l'ordre des sages-femmes et maïeuticiens ou de l'ordre des infirmiers et infirmières. En effet, les actes de soins infirmiers par exemple ont lieu beaucoup plus en milieu rural très loin de la région où se trouve l'ordre régional. Par ailleurs, les patients, surtout ceux du milieu rural, n'ont pas connaissance de ces possibilités de recours.

### **3.1.2 L'inspection technique de service santé (ITSS)**

Les différents organigrammes du Ministère de la santé consacrent une inspection technique des services de santé (ITSS) qui constitue l'une des composantes du cabinet du Ministre. Cette inspection a dans ses missions et obligations le contrôle de l'application des textes législatifs, réglementaires des secteurs privé et publics, la vérification de l'utilisation des crédits publics et de la régularité des opérations des gestionnaires de crédits, des comptables et régisseurs de deniers publics, de l'étude des réclamations des administrés et des usagers des services de santé, de lutter contre la

corruption au sein du Ministère.

Cette structure, de par ses attributions devrait constituer un atout dans la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé. Elle collabore avec l'Autorité Supérieure de Contrôle d'Etat et de Lutte contre la Corruption (ASCE-LC). Mais force est de constater que l'ITSS a d'énormes problèmes qui minent son fonctionnement. En effet, selon un des inspecteurs techniques des services de santé, le service est confronté aux problèmes ci-après :

- insuffisance de ressources humaines (moins de sept inspecteurs techniques des services). Outre leur insuffisance quantitative, ces inspecteurs n'ont bénéficié ni de formation diplômante, ni de formation continue. La conséquence est l'absence d'un vrai corps d'inspecteurs parmi les emplois du ministère de la santé ;
- insuffisance de moyens matériels et logistiques : il y a très peu de véhicules en bon état. Pourtant les sorties de l'inspection doivent se faire dans toutes les régions sanitaires du Burkina ;
- insuffisance du budget de fonctionnement : l'inspecteur dans ses activités a un certain nombre de besoins primaires tels que le matériel de reproduction, les équipements de bureau, les crédits de communication téléphonique et par internet ; le carburant pour les déplacements sur le terrain etc.

Sans doute, en raison de ces nombreux problèmes, l'action de l'ITSS souffre d'inefficacité. Par exemple, pendant toute l'année 2017 l'ITSS n'a visité que 6 régions sanitaires sur les 13 que compte le pays.

## 3.2 Les facteurs favorisant les pratiques corruptrices

### 3.2.1 Les facteurs liés à la gouvernance

Pour plusieurs enquêtés, la corruption qui sévit au plus haut niveau de l'Etat, conjuguée à l'impunité criante est un facteur qui alimente la corruption dans le secteur de la santé.

### 3.2.2 Les facteurs liés au secteur de la santé

#### 3.2.2.1 La faiblesse de la rémunération salariale

Pour certains agents de santé les causes de la corruption résident dans le bas niveau salarial. Ce point de vue retrouvé dans les propos suivant d'un technicien de laboratoire :

*« Si les gens s'adonnent à la corruption, c'est parce qu'ils sont mal rémunérés. L'Etat ne fait vraiment pas d'effort dans le domaine de la santé. Les gens travaillent et ils ne gagnent rien, c'est pourquoi certains s'adonnent à la corruption. Si les gens étaient bien rémunérés, ils n'allaient pas s'adonner à la corruption ».*

Selon une gérante de dépôt pharmaceutique d'un des CSPS de l'échantillon :

*« C'est le niveau du salaire qui est le problème. Si le salaire est beaucoup, il n'y aura pas de corruption. C'est ce que je pense. Quand le matin on se lève et qu'on n'a pas assez d'essence, on se débrouille pour venir au service, ce n'est pas facile. Donc les petits agents aussi prennent les cinq cent (500) ici et là pour l'essence »*

Ce bas niveau salarial est sans commune mesure d'une part, avec la charge et les contraintes attendues des travailleurs de la santé, et d'autre part, avec le niveau d'études élevé de certains membres du personnel.

En tout état de cause, la justification du phénomène de la corruption par le bas niveau de salaire est trop facile pour être acceptée. On peut être pauvre et rester digne.

### **3.2.2.2 Le retard dans le paiement des nouvelles recrues**

Le fait qu'au Ministère de la santé, les travailleurs peuvent rejoindre leur poste et percevoir le premier salaire plusieurs mois après leur prise de service est un facteur qui fragilise les travailleurs et les expose à la pratique de la corruption. À ce propos, un responsable d'une direction centrale du ministère de la santé s'est exprimé en ces termes :

*« Imaginez-vous un agent de santé qui se retrouve loin de sa famille sans mandatement et qui travaille pendant 8 mois comme ça. Où vous voulez qu'il gagne les ressources pour pouvoir subvenir à ces besoins et ceux de sa famille ? Ils vont dire qu'il facture les actes gratuits comme l'accouchement et il prend de l'argent. Après quand on va analyser on va se rendre compte que le monsieur n'a même pas de salaire pendant près de 8 mois en ce moment on fait comment ? Qui a engendré la corruption ? C'est le gouvernement ou bien c'est l'agent de santé lui-même ? Parce que si lui-même veut respecter les règles de l'art il doit quitter le poste puisqu'il n'a rien pour pouvoir manger donc il faut qu'il trouve quelque chose ».*

### **3.2.2.3 L'impunité**

L'impunité est aussi l'une des causes sinon la principale de la gangrène qu'est la corruption. Parmi les facteurs liés au système de santé, nous retenons également le manque de rigueur dans le traitement des cas de suspicion de corruption. La plupart des enquêtes pointent du doigt l'absence de mesures répressives contre les agents indéclicats. Pire, ils ont souvent l'impression que

l'administration protège les auteurs de ces actes, en témoignent ces propos d'un des interviewés :

*« Oui, c'était des produits de la gratuité que les gens vendaient. C'est malheureux. Vous voyez ces gens, ils portent ces blouses-là, mais en fait ils sont pires que des vipères. Ce n'est pas possible ça, c'est-à-dire que les gens sont là, ils font du commerce et puis bon, il y'a rien quoi ...»*

À en croire certains enquêtés, la lutte contre la corruption est très difficile car au niveau des districts, mêmes certains MCD ne sont pas du tout coopératifs. Ils sont soupçonnés d'être de mèche avec les agents indéclicats. Un autre répondant appuie l'idée selon laquelle l'impunité est l'une des causes de la corruption quand il dit :

*« Durant mes années du district, j'ai connu 4 MCD. Parmi ces 4 MCD, c'est un seul qui m'a accompagné dans le combat contre les deals de produits destinés à la gratuité, et aussi contre les deals des réactifs au niveau du laboratoire et du bloc. Certains MCD n'étaient pas blancs. J'ai connu deux types de MCD. Il y a certains, quand tu essaies de lutter contre ce phénomène en abordant le sujet en rencontre de l'équipe cadre du district (ECD), ils estiment qu'il y a un problème et ils rejettent votre préoccupation avec des propos que l'ordre du jour est trop chargé... Nous reviendrons sur ça après, et puis plus rien ».*

La législation dans le domaine de la santé a probablement des failles ou des insuffisances qui favorisent certaines pratiques de corruption. Il faut souligner que les textes législatifs (code de santé publique), les textes relatifs au fonctionnement du ministère de la santé ne mentionnent pas les cas de corruption et les sanctions spécifiques y afférentes.

Concernant la CAMEG, le rapport d'audit commandité en 2015 par le gouvernement n'est toujours pas disponible ou du moins n'a pas

été publié. Cet audit a été réalisé avec l'argent du contribuable et c'est la gestion calamiteuse de ce même argent du contribuable qui a motivé l'audit. De ce fait, la publication dudit rapport devient une nécessité impérieuse et toute autre attitude ne peut être perçue que comme une marque de complicité entre les dirigeants de la structure et le ministère de la santé. Toutes nos tentatives d'accéder à ce rapport d'audit sont restées vaines. A ce sujet, un de nos répondants nous a simplement dit :

*« Je n'ai jamais vu le rapport d'audit. Moi-même, je le cherche pour lire ».*

#### **3.2.2.4 La mauvaise organisation des services de paiement**

Une mauvaise organisation des services de la comptabilité conduit les malades ou leurs accompagnants à passer de longues minutes devant les guichets de paiement des frais de consultation ou d'examen d'analyses médicales. Elle abandonne les patients ou leurs accompagnants à des solutions irrationnelles dont la propension à payer directement les agents de laboratoire ou d'autres intermédiaires afin d'avoir rapidement la consultation médicale ou les résultats des analyses médicales. Outre le fait de favoriser la pratique de la corruption, cette situation entraîne une importante déperdition de fonds pour l'hôpital.

#### **3.2.2.5 La faiblesse des mesures administratives prises par rapport aux cas avérés de corruption**

Dans la plupart des témoignages sur des cas avérés de pratiques corruptrices, les mesures prises au niveau administratif se résument essentiellement au passage devant le conseil de discipline aux mises en garde, aux mises à pied de 15 jours au blâme. Certaines personnes sont simplement mutées en cas de flagrant délit pour aller continuer leur sale besogne dans d'autres structures de soins

de santé.

De façon générale, l'administration sanitaire fait preuve d'impuissance, voire de complicité face aux pratiques corruptrices et assimilées de ses travailleurs.

En effet, selon l'un des premiers responsables du district enquêtés, *« La question de la corruption est monnaie courante dans le milieu de la santé. Il faut que les mesures d'assainissement viennent d'en haut, sinon ce que nous on peut faire, c'est juste blâmer, tout en sachant que la personne va récidiver. »*

Quand bien même des mesures sont prises contre des contrevenants, elles sont inefficaces dans la plupart des cas, comme le confirme un Médecin gynécologue-obstétricien, dans la région des Hauts-Bassins :

*« Bon, souvent on demande de restituer l'argent, on peut lui demander une lettre d'explication, on peut lui dire, bon, tu prends deux gardes supplémentaires, c'est des sanctions inefficaces. Ce n'est pas dissuasif. Donc les gens changent les horaires des rackets. Ils disent c'est parce que vous m'avez vu que vous faites ça. A minuit, 1h du matin, personne n'est là ».*

Le témoignage suivant d'un responsable syndical exprime on ne peut plus clairement la complicité de l'administration dans le traitement des pratiques corruptrices et assimilées

*« Oui, il y a un agent qui a reçu une suspension, je crois que c'est quinze jours pour ces pratiques-là. C'est quelqu'un qui détenait des médicaments de la gratuité par devers lui. Il prescrivait plus qu'il n'en faut, il traitait et il gardait un peu qu'il utilisait sur d'autres malades. Ça a été découvert et il a reçu une suspension de 15 jours. On n'était pas content de le faire, mais quand ça arrive, c'est toujours un agent, il faut l'épauler. A tous d'intercéder au niveau de l'administration pour demander*

*pardon pour que ça ne puisse pas aller à un autre niveau. Les licenciements ou bien les révocations là, je crois que ce n'est pas facile. C'est vrai que quand on écoute ce n'est pas joli, mais comme il y avait la suspension et les lettres d'explication, je pense que ça a servi de leçon en tout cas pour beaucoup de gens. Comme on a à faire à des jeunes, y en a en tout cas qui ne savent pas que ça peut les amener loin. On était au début de la gratuité, on n'a pas souhaité qu'il perde son emploi, mais il fallait aussi le sanctionner pour servir de leçon ».*

### **3.2.3 Les facteurs liés aux usagers**

#### **3.2.3.1 L'urgence de la prise en charge**

Les usagers sont dans nombre de situations, les artisans des pratiques corruptrices et assimilées. Devant la souffrance de leur malade, les usagers usent de tous les moyens pour mériter plus d'attention de la part des agents de santé. C'est ainsi qu'ils proposent directement de l'argent aux prestataires sans que ces derniers ne le leur demandent nécessairement. Un des entretiens réalisés avec un usager d'un CHU nous confirme cela :

*« Oui, nous avons plusieurs fois proposé de l'argent, mais l'agent de santé a très souvent refusé de prendre. Par exemple, pour la pose du cathéter, les agents de santé ont eu des difficultés, car ils n'arrivaient pas à le faire, il y a un autre qui est venu le faire et la femme du malade était tellement contente qu'elle a tendu quelque chose à l'agent de santé, mais il (agent de santé) a refusé de prendre et lui a dit de ne plus faire cela.... C'était 2000 FCFA. Il a dit à la femme qu'il ne veut pas de son argent. Il a dit que si la femme répète la même chose, lui, il ne va plus l'aider. La femme a proposé de l'argent en récompense, car elle était tellement contente. Les autres agents ont tenté de*

*prendre un peu de son sang en vain et lui, il est arrivé et il l'a fait avec succès ».*

Cette forte propension à donner de l'argent aux prestataires pour accélérer la prise en charge de leur malade ressort également dans ce propos tenu par un médecin :

*« ... les gens souvent ne veulent pas, ils ne veulent pas attendre. Ma femme a mal depuis, depuis là, elle n'accouche pas, est-ce que vous ne pouvez pas faire une injection, on essaie de te glisser un billet de 5000 FCFA pour que tu aides la femme à accoucher plus vite ».*

### **3.2.3.2 L'accès difficile aux agents de santé**

Dans plusieurs entretiens, il est clairement ressorti que les difficultés d'accès aux agents de santé constituent également un facteur qui favorise la corruption. Les consultations avec les médecins restent très difficiles à obtenir et cela devient un marché pour les agents de santé de catégorie inférieure qui s'adonnent à des intermédiations entre médecins et malades en exigeant de ces derniers, de l'argent. Il y a même des malades qui vont accoster directement les médecins et leur proposer de l'argent pour avoir une consultation dans les meilleurs délais. Un médecin affirme ceci :

*« Par exemple, les consultations, je prends 20 malades par jour. Il y a certains qui viennent qui pensent que s'ils te donnent un 2000 FCFA ou 3000 FCFA tu vas prendre leur malade, alors que son nom n'est pas sur la liste, pour que tu allonges ta liste à 22, 25. Il y a des exemples comme ça ».*

### **3.2.3.3 La non dénonciation des agents de santé indéliçats par les malades**

S'il est vrai que certains prestataires refusent de prendre leurs présents, car pour eux, ils sont payés par l'Etat pour cela, d'autres,

par contre s'en donnent à cœur joie et ne se font pas prier pour encaisser les sommes versées par les malades ou les accompagnants de malades. Mais, souvent quand la demande vient de l'agent de santé, les malades sont très peu coopératifs pour permettre de lutter contre le phénomène. Ils sont tellement réservés et préfèrent ne pas tirer sur la ficelle. L'entretien avec un chef de service d'un CHU nous éclaire à ce sujet :

*« Ce n'est pas simple. Moi, j'ai pris une malade qui m'a dit qu'il y a tel major (une dame) qui lui a dit de lui donner 100.000 FCFA et elle va régler son problème. Elle va se débrouiller pour faire opérer la malade. Je dis : d'accord est-ce que tu es prête à témoigner ? Parce que, je vais convoquer la femme-là, elle va te rembourser tes 100.000 FCFA devant moi. La malade a refusé et n'est plus revenue ».*

Le même répondant poursuit en disant :

*« J'ai dit on te rembourse tes 100.000 FCFA. La malade n'est plus revenue, parce que je devais convoquer l'intéressée pour qu'elle lui remette les 100.000 FCFA. La malade n'est plus revenue. Elle s'est rétractée et je ne sais pas pourquoi. Il faut que les malades soient prêts à témoigner d'une arnaque, il faut qu'ils soient prêts à dire effectivement, on m'a pris de l'argent pour faire ceci ou cela ».*

Il y a aussi l'apparence des usagers qui incitent les agents de santé aux rackets. Selon cet interviewé, les agents indécents profitent de la situation de peur qui se lit sur les visages des populations analphabètes :

*« Généralement, les paysans qui viennent de la brousse sont un peu dépaysés, ils arrivent avec la peur au ventre et quand ils voient déjà une personne en blouse, ils se disent que c'est une autorité. Et il y a des agents de santé qui profitent de cela par*

*moments pour arnaquer en tout cas ces personnes-là ».*

Comme dans tout secteur, la corruption dans un système de soins de santé est moins répandue dans les sociétés où prévalent une forte adhésion à l'Etat de droit, la transparence et la confiance, où le secteur public est régi par des codes efficaces de la fonction publique ou de solides mécanismes de responsabilisation et où il existe des médias indépendants et une société civile vigoureuse<sup>2</sup>.

C'est dans ce sens que les principales recommandations sont faites.

---

<sup>2</sup> Transparency International (2006). Rapport mondial sur la corruption.

## IV. RECOMMANDATIONS

Les recommandations s'adressent au Gouvernement, aux différents responsables des centres de santé, aux ordres et syndicats professionnels de la santé ainsi qu'à la société civile et à la presse.

### 4.1 Au Gouvernement en général et au Ministère de la santé en particulier

- Il faut une volonté politique : il est temps que des efforts d'assainissement soient entrepris pour permettre à la population et aux agents de santé de croire à une volonté de lutte contre le phénomène. Cela commence par la publication du rapport d'audit de l'ASCE-LC sur la gestion de la CAMEG avec les sanctions des coupables de détournements et/ou de malversations financières ;
- mettre en œuvre la loi 04-2015/CNT portant prévention et répression au Burkina Faso dans les cas avérés de corruption ;
- améliorer les conditions de travail et les salaires du personnel de la santé ;
- instaurer la transparence dans les processus de réglementation des médicaments ;
- encadrer l'activité des délégués médicaux dans la promotion des médicaments et autres matériels d'équipement biomédical,
- instaurer des restrictions plus sévères à la prescription excessive par des médecins ;
- mettre en place un contrôle plus étroit des rapports qui lient les administrations sanitaires et l'industrie pharmaceutique ;
- sensibiliser la population en général et les usagers des centres de soins de santé en particulier par des messages audio et vidéo sur les pratiques de corruption dans le secteur de la santé en langues nationales et en français ;

- régler les prestations des agents publics de santé dans le secteur privé ;
- repenser l'utilité de la SOGEMAB et réaliser un audit : si la SOGEMAB doit demeurer, elle doit alors rester « la centrale de l'équipement biomédical » comme elle a été voulue à sa création et son fonctionnement doit être soumis à des mécanismes de contrôles. Il faudrait impliquer les partenaires sociaux dans la procédure de passation des marchés. Mais avant tout cela, il reste urgent de réaliser un audit de son fonctionnement depuis sa création afin d'en tirer toutes les conséquences ;
- repenser la structuration des conseils d'administration en y ajoutant d'autres composantes telles que les associations de malades, les ordres professionnels ;
- renforcer les capacités opérationnelles de l'inspection technique des services de santé (ITSS).

#### **4.2 Aux différents responsables des centres de santé**

Réorganiser les services de consultations, d'urgence, d'analyses médicales et des caisses de recettes de manière à éviter les longues files d'attente des malades ou de leurs accompagnants devant lesdits services.

#### **4.3 Aux ordres et syndicats professionnels de la santé**

- Définir des règles déontologiques précises sur les conflits d'intérêts à l'attention des praticiens (en particulier dans le cadre de leurs relations avec les sociétés pharmaceutiques et les fabricants de dispositifs médicaux) et se donner les ressources nécessaires pour veiller à l'application de ces règles ;
- sensibiliser les agents de santé sur la loi anti-corruption :

la méconnaissance des textes juridiques est un facteur qui entretient la corruption. Les agents de santé doivent recevoir des sessions d'échanges sur les lois et les codes de déontologie des différentes catégories. La loi 04-2015/CNT portant prévention et répression de la corruption et aussi la loi 081-2015/CNT portant statut général de la fonction publique doivent servir de base pour cette sensibilisation. Cela pourrait dissuader les agents de santé de s'adonner à la corruption et aux pratiques similaires.

#### **4.4 A la société civile et à la presse**

- Contribuer à réaliser des messages audiovisuels à l'attention de la population en générale et des patients en particulier pour prévenir les pratiques corruptrices et assimilées dans le secteur de la santé ;
- sensibiliser la population à dénoncer toute pratique suspecte de corruption aux autorités compétentes ou aux structures de lutte contre la corruption.
- promouvoir le contrôle citoyen au niveau du secteur de la santé.

## CONCLUSION

Les pratiques corruptrices et assimilées sont légion à tous les niveaux du secteur de la santé. Ces pratiques revêtent la forme de rackets, détournement de malade, utilisation des réactifs et du matériel des services publics de santé à des fins privées, vente de médicaments, perception directe de frais d'examens de laboratoire et d'imagerie médicale. Les populations en général et les patients en particulier, abandonnés à eux-mêmes dans un système opérationnel complexe de soins de santé, s'adonnent à des solutions irrationnelles aux conséquences désastreuses pour leurs maigres revenus : paiement de soins sans reçu, dons de reliquats de médicaments aux prestataires de soins, dons divers, accord pour des intermédiations dont ils sortent toujours perdants, orientations quasi systématiques dans des cliniques privées où les tarifs sont élevés, etc..

Ces pratiques ont pris corps et perdurent à cause de l'impunité, de la rémunération des travailleurs de la santé sans rapport avec la charge de travail, et aussi à cause des conditions de travail très difficiles (insuffisance de services, équipements techniques insuffisants et vétustes en panne quasi permanente, insuffisance d'équipes de travail, insuffisance de consommables, etc.).

Si la petite corruption est dominante, la grande n'est pas à sous estimer. La grande corruption touche préférentiellement les cadres supérieurs du niveau central du ministère de la santé, des administrations, des établissements publics de santé et des équipes cadres des districts.

Le Gouvernement en général et le ministère de la santé en particulier doivent se convaincre que la santé est un droit humain universel et que la corruption empêche les citoyens ordinaires d'accéder aux

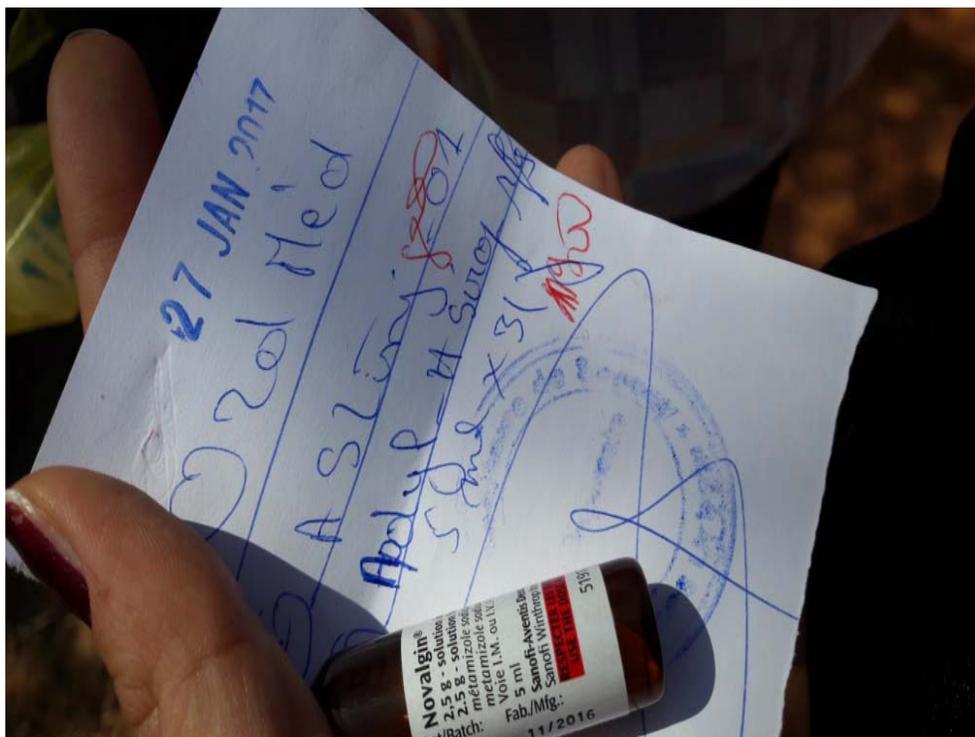
soins de santé et favorise donc un mauvais état de santé général de la population. L'espoir du REN-LAC et de ceux qui ont financé cette étude est de voir le Gouvernement et tous les acteurs concernés prendre les mesures idoines pour prévenir, réduire et réprimer la corruption dans le secteur de la santé. C'est seulement à ce prix que les populations burkinabè pourront bénéficier de services de santé de qualité.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code de déontologie des médecins au Burkina.
2. Loi 04-2015/CNT Portant prévention et répression de la corruption.
3. Plan national de développement sanitaire 2011-2020 Burkina Faso.
4. Code de santé publique Burkina Faso.
5. Assemblée Nationale. Rapport de synthèse de l'enquête parlementaire sur le système de santé 2016-2016 au Burkina Faso [Internet]. Available from: [http://www.assembleenationale.bf/IMG/pdf/rapport\\_synthese\\_amende\\_vf.pdf](http://www.assembleenationale.bf/IMG/pdf/rapport_synthese_amende_vf.pdf).
6. Ministère de la santé B. Efficacité des crédits délégués sur le fonctionnement des zones sanitaires au Bénin. [cited 2018 Aug 1]; Available from: [http://sante.gouv.bj/documents/CODIR\\_ELARGI/CODIR3TRIM/projet%20communication%20DRFM%20sur%20efficacit%C3%A9%20CD.pdf](http://sante.gouv.bj/documents/CODIR_ELARGI/CODIR3TRIM/projet%20communication%20DRFM%20sur%20efficacit%C3%A9%20CD.pdf).
7. Transparency international (2006). Rapport mondial sur la corruption.
8. Réseau National de Lutte Anticorruption. (2001). Morale et corruption dans des sociétés anciennes du Burkina Faso : Bobo, Moaga, San et Winyé. Collection REN-LAC. Ouagadougou.
9. Loi 081-2015/CNT portant statut général de la fonction publique.

## ANNEXES

### Annexe 1 : ordonnance d'ASL mais qui tient lieu d'ordonnance du Novalgin



## Annexe 2 : note de la direction du CHUSS sur les paiements non effectués à la caisse juste après le passage des enquêteurs dans la structure

MINISTRE DE LA SANTE

\*\*\*\*\*

SECRETARIAT GENERAL

\*\*\*\*\*

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

SOURO SANOU

\*\*\*\*\*

DIRECTION GENERALE

F-208

N°2017-----/MS/SG/CHUSS/DG/



BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

Bobo-Dioulasso, le 23 OCT 2017

### NOTE DE SERVICE

Il me revient de plus en plus que les procédures de réalisation des examens de laboratoires et d'imagerie ne sont pas toujours respectées.

En rappel, la réalisation de tout examen dans les services doit être enregistrée préalablement au Service de la Gestion Administrative des Patients, qui, selon les tarifs en vigueur et au regard des conditions d'exonération, fixe le montant à payer par les bénéficiaires.

Ces derniers, munis de la quittance de paiement ou d'exonération se présentent dans les services techniques pour les autres formalités de prise en charge.

Les conséquences du non-respect de ces procédures sont entre autres les déperditions financières, les ruptures de consommables et l'absence de statistiques fiables.

Pour ce faire, je viens par la présente rappeler à l'ensemble du personnel, que dorénavant la réalisation de tout examen dans les services du CHUSS est soumise à la présentation préalable d'une quittance délivrée par le Service de la Gestion administratives des Patients.

Tout contrevenant à la présente décision s'expose à des sanctions disciplinaires, conformément aux textes en vigueur.


**Dr Bakary G. SANON./**

Chirurgien des hôpitaux  
Chevalier de l'Ordre national

#### Ampliation:

- > PCA/ATCR
- > Tout directeur
- > Tout Chef de Département
- > Tout Chef de service
- > PCME
- > CSIO
- > SYNTSHA
- > SYMEB
- > Bureau CGTB

### **Annexe 3 : affiche dans un CHR qui rappelle que tout paiement doit se faire à la caisse**



# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME SYNTHETIQUE</b> .....	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>3</b>
1.1 Contexte et justification .....	3
1.2. Objectifs de l'étude.....	4
1.3. Populations et méthodes d'étude .....	4
1.3.1 Population, période et échantillonnage .....	4
1.3.2 Cadre de l'étude.....	5
1.3.3 Technique de collecte des données .....	8
1.3.4 Mode de sélection des cibles à enquêter .....	8
1.3.5 Traitement et analyse des données .....	9
1.3.6 Formation des enquêteurs.....	9
1.4 Considérations éthiques .....	9
1.5 Limites et difficultés de l'étude .....	10
<b>II. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES CORRUPTRICES AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTE</b> .....	<b>11</b>
2.1 Cibles enquêtées .....	11
2.2 Les pratiques suspectes de petite corruption .....	12
2.1.1 Les rackets .....	12
2.1.2 La vente directe des médicaments .....	21
2.1.3 La vente de médicaments prohibés .....	23
2.1.4 La vente des échantillons gratuits .....	25
2.1.5 La vente d'articles divers dans les services de santé .....	25
2.1.6 Le vol des médicaments des malades .....	26
2.1.6.1 Les médicaments obtenus auprès des malades .....	28
2.1.6.2 Les détournements des médicaments subventionnés .....	29
2.1.7 Le détournement des malades du secteur sanitaire public vers le secteur sanitaire privé.....	33
2.1.8 Les surfacturations .....	36
2.1.9 La livraison de matériel défectueux .....	39
2.1.10 Le détournement du matériel public et des consommables.....	42
2.1.11 Les cadeaux ou pots de vin.....	43
2.1.12 Les « partenariats » avec les délégués médicaux.....	45
2.2 Les pratiques suspectes de grande corruption .....	48
2.2.1 La gestion des ristournes à la CAMEG .....	49
2.2.2 La passation des marchés à la SOGEMAB .....	50
2.2.3 Les conflits d'intérêts .....	53

<b>2.2.4 La gestion des crédits délégués de l'Etat par les districts</b> .....	<b>55</b>
<b>2.3 Les perceptions des agents de santé sur la lutte contre la corruption</b> .....	<b>57</b>
<b>III. ANALYSE DES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS ET DES FACTEURS FAVORISANTS LES PRATIQUES DE CORRUPTION</b> .....	<b>59</b>
<b>3.1 Les dispositifs institutionnels</b> .....	<b>59</b>
<b>3.1.1 Le dispositif juridique</b> .....	<b>59</b>
<b>3.1.2 L'inspection technique de service santé (ITSS)</b> .....	<b>61</b>
<b>3.2 Les facteurs favorisant les pratiques corruptrices</b> .....	<b>63</b>
<b>3.2.1 Les facteurs liés à la gouvernance</b> .....	<b>63</b>
<b>3.2.2 Les facteurs liés au secteur de la santé</b> .....	<b>63</b>
<i>3.2.2.1 La faiblesse de la rémunération salariale</i> .....	<i>63</i>
<i>3.2.2.2 Le retard dans le paiement des nouvelles recrues</i> .....	<i>64</i>
<i>3.2.2.3 L'impunité</i> .....	<i>64</i>
<i>3.2.2.4 La mauvaise organisation des services de paiement</i> .....	<i>66</i>
<i>3.2.2.5 La faiblesse des mesures administratives prises par rapport aux cas avérés de corruption</i> .....	<i>66</i>
<b>3.2.3 Les facteurs liés aux usagers</b> .....	<b>68</b>
<i>3.2.3.1 L'urgence de la prise en charge</i> .....	<i>68</i>
<i>3.2.3.2 L'accès difficile aux agents de santé</i> .....	<i>69</i>
<i>3.2.3.3 La non dénonciation des agents de santé indécents par les malades</i> .....	<i>70</i>
<b>IV. RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>72</b>
<b>4.1 Au Gouvernement en général et au Ministère de la santé en particulier</b> ...	<b>72</b>
<b>4.2 Aux différents responsables des centres de santé</b> .....	<b>73</b>
<b>4.3 Aux ordres et syndicats professionnels de la santé</b> .....	<b>74</b>
<b>4.4 A la société civile et à la presse</b> .....	<b>74</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>77</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>78</b>
<b>Annexe 1 : ordonnance d'ASL mais qui tient lieu d'ordonnance du Novalgin</b> ...	<b>78</b>
<b>Annexe 2 : note de la direction du CHUSS sur les paiements non effectués à la caisse juste après le passage des enquêteurs dans la structure</b> .....	<b>79</b>
<b>Annexe 3 : affiche dans un CHR qui rappelle que tout paiement doit se faire à la caisse</b> .....	<b>80</b>





Les Editions F.G.Z.  
01 BP 1344 Ouagadougou 01  
Tél.: +226 25 30 08 46 - mail : fgz.trading@yahoo.fr  
Burkina Faso



**N° VERT**  
**80 00 11 22**

Appel gratuit avec le fixe  
ONATEL, TELMOB et TELECEL

**01 BP2056 Ouagadougou 01, Rue Zomsaba, 17.572 - Porte 23, Pissy**  
**Tél.: (226) 25 43 32 83 - Fax : (226) 25 43 32 82**  
**Email : [renlac@renlac.com](mailto:renlac@renlac.com) - Site web : [www.renlac.com](http://www.renlac.com)**

Collection REN-LAC ISSN : 0796-5915

**Imprimé en septembre 2018**