



UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI (UAC)

.....

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

.....

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE : ESPACES,
CULTURES ET DEVELOPPEMENT

**Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religions, Espaces et Développement
(LARRED)**

Filière : Sociologie-Anthropologie

Option : Sociologie du développement

Mémoire de Diplôme D'Etudes Approfondies

SUJET

**Pratiques corruptives et perception sociale à la maternité
du centre de santé de Gbégamè (Cotonou)**

Réalisé par :

Rubain A. BANKOLE

Sous la direction de :

Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI

Maître de conférences/CAMES

Date de soutenance : 11 mai 2016

Membres de jury :

Président : Prof. Dr. Elisabeth FOURN (MC/CAMES)

Rapporteur : Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI (MC/CAMES)

Examineur : Dr. Joseph SAHGUI (MA/CAMES)

Note : 17/20

Mention : Très bien

Année académique 2015-2016

SOMMAIRE

DEDICACE	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES	6
RESUME	7
ABSTRACT	7
INTRODUCTION	8
CHAPITRE I : DES RECOURS POPULAIRES A LA PROBLEMATIQUE DE LA CORRUPTION EN MILIEU SANITAIRE A COTONOU	10
CHAPITRE II : APPROCHES METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE	29
CHAPITRE III : LES SERVICES DE LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE GBEGAME : ESPACES FAVORABLES POUR UNE SOCIO ANTHROPOLOGIE DE « LA CORRUPTION QUOTIDIENNE »	40
CHAPITRE IV : LA PERCEPTION SOCIALE DE LA CORRUPTION DANS LE SERVICE DE LA MATERNITE DU CENTRE.....	57
CONCLUSION.....	69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
ANNEXES	74
TABLE DES MATIERES	83

DEDICACE

A

- Mon Père, Joseph BANKOLE;
- Fidèle SALIGA.

REMERCIEMENTS

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche. Il s'agit de :

- Professeur Docteur Dodji AMOUZOUVI, Directeur de ce mémoire, pour l'accompagnement scientifique et surtout pour sa disponibilité permanente à suivre l'évolution de cette recherche ;
- Le Conseil Scientifique de l'Université d'Abomey-Calavi pour son soutien ;
- Tous les Enseignants de l'école doctorale pluridisciplinaire de la FLASH, en particulier aux Enseignants qui ont animés les cours de spécialité et de tronc communs pour la promotion DEA 2014-2015 ;
- Docteur Imorou ABOU-BAKARI, pour ses conseils dans le cadre de cette recherche ;
- Le professeur Noël GBAGUIDI et tous ses collaborateurs de la Chaire UNESCO, pour leur soutien et accompagnement dans le cadre du projet « Traitement sociétal de la corruption au Bénin » ;
- Docteurs Jacques AGUIA-DAHO, Ilyass SINA D. et Karl M. NASSI, pour leur assistance dans le suivi de cette recherche ;
- Messieurs Gilles OUENDO, Mescario d'ALMEIDA, Karen GANGNE, Achille SODEGLA, Pascal DOHOU, Sophie MONTCHO, Brigitte MOREMEM, tous, assistants de recherche au LARRED ;
- Messieurs Moumouni BIO SANDA, Daladier YEKPON, Romuald BADOU, Aimé GUEGNI, Victor ZOUTCHEGNON et tous les autres auditeurs de la promotion pour leurs collaborations et leurs aides ;
- Ma mère, ma belle-mère, mes sœurs, mes cousins, mes tantes et oncles, pour leur assistance quotidienne.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CPN : Consultation Périnatale ;

CoPN : Consultation Postnatale ;

CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire

CS : Centre de Santé ;

DDS : Direction Départemental de la Santé ;

DSIO : Direction de la Santé Infantile et Obstétricale ;

DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;

FBR : Financement Basé sur les Résultats

INSAE : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique ;

LARRED : Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religions, Espaces et Développement ;

LASDEL : Laboratoire d'Analyse et de Recherche sur les Dynamiques sociales et le Développement Local ;

MS : Ministère de la Santé ;

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement ;

SAMU : Service d'Accueil Médical des Urgence ;

TRASCOB : Traitement Sociétal de la Corruption au Bénin ;

UAC : Université d'Abomey- calavi

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES, FIGURES ET ENCADRES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des informateurs	33
Tableau II: Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies	34
Tableau III : Chrono tâche de la recherche	39
Tableau IV: Répartition des agents au service de la maternité.....	41
Tableau V: Perception sociale de la sage-femme	43
Tableau VI: Groupes socioculturels recensés à la maternité.....	59
Tableau VII: Présentation des agents suivant leurs statuts	81

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Statistiques CPN et accouchement au CS Gbégamè (2013, 2014 et 2015)	42
Graphique 2: Cliché appliqué au CS Gbégamè	58

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma du cadre conceptuel	17
Figure 2: Modèle d'analyse.....	27
Figure 3: Situation géographique du CS de Gbégamè.....	30
Figure 4: Carte géographique de CS de Gbégamè, zone sanitaire Cotonou 6.....	40

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1: Stratégie de contournement du protocole d'accès à la CPN.	46
Encadré 2: Partage des fruits de rançonnement par l'équipe de garde A.....	50
Encadré 3: Partage des fruits de rançonnement par l'équipe de garde B.....	50
Encadré 4: Explication d'une sage-femme sur l'achat de coton	52
Encadré 5: Soupçon de discrimination des filles de salle	53
Encadré 6: Détournement et vente des médicaments aux patientes.	53
Encadré 7: Discrimination des filles de salle.	55
Encadré 8: La sage-femme perçue comme détenteur de pouvoir absolu.....	56
Encadré 9: Discours d'une sage-femme soupçonné de corruption.	61
Encadré 10: Discours d'un élu local sur ses expériences connues.	63
Encadré 11: Soupçon au logique de salaire sans travail.....	64
Encadré 12: Quand le chef est sanctionné par ses collaborateurs... ..	66

RESUME

Cette recherche est un essai socio-anthropologique qui vise à comprendre le processus de construction des pratiques corruptives à la maternité du centre de santé (CS) de Gbégamè (zone sanitaire Cotonou 6). Pour ce faire, l'immersion de terrain, a permis de repérer lesdites pratiques et de comprendre les logiques qui les expliquent. Les approches méthodologiques utilisées ont consisté à mettre en exergue l'observation directe, les entretiens semi directifs et des techniques d'échantillonnage non probabilistes. Au total, 140 informateurs ont été rapprochés. De façon générale, il faut retenir que les pratiques corruptives à la maternité du CS de Gbégamè, prennent corps avec les séances de consultation prénatale (CPN) et s'enracinent à l'étape de l'accouchement. En outre, dans le rang des usagers, les stéréotypes qui se présentent sont nourris de leurs expériences connues. Quant aux agents, les pratiques de « clientélisme », de « gratification », du « privilégisme »,... ne sont rien d'autres que les « avantages » du métier qui s'imposent à elles.

Mots clés : Pratiques corruptives, parturientes, accompagnants et maternité Gbégamè.

ABSTRACT

This research concerning the practices of corruption in sanitary middle in the center of health of Gbgame is an essay anthropological. The used methodological approaches consisted in highlighting the direct observation, the directives semi conversations and appropriate techniques of sampling. Generally, it is necessary to ring that the practices of corruption in the maternity of Gbgame take shape with the sessions of consultation and take root in the stage of the delivery. Besides, in the row of users, the stereotypes which appear are fed by their experiences. As for agents of health, the practices of « clientelism », « bonus », « privilegism » are nothing of other than advantage of the job.

Keywords : Corruptives practices, parturientes, accompanying person, Gbgame maternity.

INTRODUCTION

Après les indépendances vers les années 60, les sociétés africaines se sont constituées pour prendre leur destin en main. Après plus de cinquante-cinq (55) ans de ‘gouvernance autonome’, la situation du mieux-être des populations n’a pas connu d’amélioration. Pour la plupart des pays africains, en particulier ceux de l’Afrique de l’ouest francophone, l’économie reste extravertie et essentiellement fiscale, comme c’est le cas du Bénin. Parmi les éléments qui constituent les freins à leur retard au développement, se trouvent la mal gouvernance et le phénomène de la corruption (Lavallée, Razafindrakoto et Roubaud, 2008).

Au Bénin, la corruption se conjugue au quotidien dans les administrations publiques et privées. Car, elle constitue un thème récurrent qui féconde les débats médiatiques au niveau national. Elle a intégré tous les domaines et secteurs d’activités importants tels que la politique, à travers les différentes formes de gouvernance ; l’économie, dans la mobilisation des richesses et les dépenses publiques ; le social, touchant la justice, l’éducation, la santé, etc. Ces manifestations sont prépondérantes mais constituent à la fois un sujet tabou auquel la méfiance est le terrain de prédilection. Dans cette perspective Davet et Lhomme (2013) affirment que « La corruption a deux faces : l’une, publiquement illégale est dénoncée ; l’autre légitimée par les pratiques sociales, est tolérée, parfois même encouragée, mais « sous le manteau » (Davet et Lhomme, 2013 : 10). Il s’agit là de comprendre que la corruption, malgré qu’elle soit un phénomène social morbide, est devenue socialement « admis ». De ce fait, reconnaître le fait comme corruptif et le dénoncer devient un problème. Car, qui reconnaît le fait corruptif pour le dénoncer ? Qui corrompt qui ? Et comment ces pratiques se créent ? C’est là que se fonde la sociologie de la corruption qui n’est rien d’autre qu’une étude sur de la rumeur.

Dans le domaine de la santé, la corruption met les acteurs en « rapport de force déséquilibré » où les agents de santé sont reconnus être en position supérieure à leurs usagers. Dès lors que les patients et leurs « accompagnants » ne peuvent s’appliquer une solution biomédicale à leurs problèmes de santé, ils doivent obéir aux exigences des agents. Selon Bako Arifari (2006), la récurrence du phénomène est observée au

niveau des services de maternité, les services d'urgence et les salles d'hospitalisation. Pendant que dans le premier cas la parturiente se retrouve dans une situation où elle veut donner la vie, dans le deuxième cas, le patient se retrouve en situation de perdre la vie et dans le troisième cas, les patients sont en situation de traitements médicaux. Il s'avère à cet effet pertinent de chercher à comprendre en quels termes se fondent les pratiques de la corruption dans ces différentes situations. Ici, le choix est fait sur les services de maternité, un espace médicosocial où l'on donne la vie. Pour mieux comprendre et expliquer le phénomène, l'option a été faite d'étudier les « Pratiques corruptives et la sociale de la corruption à la maternité du CS de Gbégamè ». Cette thématique se fonde sur les champs de la sociologie de la corruption, de la sociologie de la santé et de la sociologie des rumeurs.

Ce document comporte quatre (04) chapitres. Dans le chapitre premier, il s'agit des recours populaires à la problématique de la corruptives en milieu sanitaire à Cotonou ; ensuite, dans le chapitre 2, il est mis en exergue les approches méthodologiques de la recherche. Les chapitres 3 et 4 retracent les résultats obtenus de la collecte des données et leur analyse. Ainsi, ils renseignent sur les services de la maternité du centre de sante de Gbegame et ses espaces favorables pour une socio anthropologie de « la corruption quotidienne » ; et enfin, la perception sociale de la corruption vue du point de vue des différents acteurs rencontrés.

CHAPITRE I : DES RECOURS POPULAIRES A LA PROBLEMATIQUE DE LA CORRUPTION EN MILIEU SANITAIRE A COTONOU

I. Problématique :

Dans le contexte actuel au Bénin, se soigner, encore mieux dans un hôpital public constitue un enjeu économique, social, politique et même culturel. Pour cause, il faut avoir les moyens financiers suffisants, il faut avoir une bonne relation avec les agents de santé, ou bien il faut connaître un homme dans l'administration publique ou encore il faut appartenir à un même groupe socioculturel que l'agent, pour bénéficier d'un soin de santé satisfaisant. Et pourtant, le code de déontologie et d'exercice des sages-femmes de l'espace CEDEAO, condamne toutes les formes de discrimination. A cet effet, l'article 3, alinéas 4 précise que « La sage-femme doit exercer sa profession avec la même conscience, sans discrimination aucune ». De plus, en son chapitre I, point D, le code international de déontologie des sages-femmes postule que « ... Les sages-femmes se forment une éthique professionnelle et commune ». Ce qui suppose que l'équité en matière d'offre de services de santé devrait être garantie. Par ailleurs, il faut noter l'existence de certaines règles qui régissent davantage le comportement des agents. Ainsi, le code de déontologie et d'exercice des sages-femmes affirme : article 5: « Il est interdit : toute ristourne ; tout partage clandestin d'argent entre praticiens; toute acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque; tout avantage matériel injustifié et illicite à une patiente » ; article 13 : « Il est interdit à une sage-femme de s'adonner à des pratiques commerciales sur le lieu d'exercice ». Cependant, les réalités que vivent les usagers sont toutes différentes de ces dispositions normatives.

En effet, les usagers des services de santé, en situation de vulnérabilité pathologique et sociale, sont exposés aux pratiques dites corruptives. A l'occasion des entretiens exploratoires réalisés, divers propos sont rapportés par les usagers des services de maternité publique de Cotonou. En parcourant le service de la maternité du CS de Gbégamè, certains usagers se plaignent de la lenteur dans le processus de la CPN. A cet effet, Mme Pauline, usager de la maternité affirme : « quand tu vas là-bas, tu vas attendre pendant longtemps avant de faire la consultation ; la sage-femme ne vient pas

vite ». D'autres dénoncent parfois un double paiement de la consultation : pendant qu'une somme est versée à la caisse, une autre est payée à la maternité. Par ailleurs, d'autres usagers postulent que les coûts liés à l'accouchement sont plus élevés que ceux du privé. Ainsi, « Ce qu'on paye parfois dépasse même les dépenses dans une clinique » déclare un accompagnant. En abordant la question des médicaments, il est dit que les sages-femmes vendent des médicaments aux parturientes, surtout à l'occasion des délivrances. A ce sujet, un informateur déclare : « Lorsque j'ai amené ma femme pour l'accouchement, on m'a prescrit des produits. Pendant que j'allais payer, la sage-femme a envoyé l'aide-soignante me rappeler. Quand je suis arrivé auprès de la sage-femme, celle-ci me disait qu'il y a un médicament qu'elle peut me trouver ici, et le reste à la pharmacie ». En outre, les propos d'un élu local renseignent que certains médicaments (vaccination pour enfant) sont parfois réservés d'avance ou en avance pour des clients. Par conséquent, la sage-femme déclare la rupture du médicament pour celle qui en fait la demande pour son nouveau-né. Dans cette perspective, les agents sont étiquetés dans les discours que tient la population. Il faut retenir entre autres que « les médecins sont tous des voleurs, et c'est à cause de leur diplôme qu'ils ne sont pas en prison » ; « les sages-femmes sont des paresseuses, elles ne travaillent pas et prennent toujours les salaires chaque fin de mois ». Tous ces discours remettent en cause le rôle ou la fonction socio professionnelle de l'agent de santé.

En outre, certaines gestantes et parturientes affirment qu'elles ne se rendent au centre que le jour où "leur sage-femme" est de garde. En revanche, les sages-femmes dénoncent certains comportements jugés "indélicats" (discours injurieux, agressions,...) des usagers. De plus, les agents de santé se considèrent parfois victimes des faveurs accordées à leurs usagers, qui à leur tour ne sont pas reconnaissants. « Nous, on se sacrifie pour les aider et à la fin c'est pour nous insulter ; il y a des gens qui ne nous donnent rien même, ils ne sont pas reconnaissants » affirme une sage-femme. Le service que rend l'agent de santé mérite de ce point de vue une « reconnaissance » ou une « gratification » sociale. En outre, les agents de santé sont reconnus être en position de force par rapport à leurs soignants, les parturientes.

Comme la patiente et ses « accompagnants » n'ont pas les solutions à leurs problèmes de santé, ils doivent obéir aux exigences de l'agent.

De ces différents points de vue, il est remarqué que, et les usagers et les agents de la maternité de Gbégamè, tous se voient « victimes » de beaucoup de pratiques déviantes. Pendant que certains usagers font face à de l'injustice dans l'accès aux soins, d'autres portent de jugement de valeur sur les agents. Quant à ces derniers, elles s'attendent à des rétributions des usagers, alors que celles-ci perçoivent leurs salaires. Il découle que les rapports entre usagers et agents traduisent un ensemble d'interactions basées sur des pratiques illicites, illégales et parfois illégitimes. Ainsi, la prise en charge, c'est-à-dire les soins aux gestantes/parturientes et à leurs enfants, pose un problème de la persistance des pratiques corruptives en milieu sanitaire. Ce qui traduit l'inefficacité des services de maternité offerts à Gbégamè. Car l'agent de santé est vu comme un professionnel qui n'assure pas l'accomplissement de son travail. De ce fait, au lieu d'être un espace de collaboration entre acteurs (sages-femmes et usagers), les soins aux patientes deviennent un espace d'actions stratégiques où sont développés des comportements déviants, jugés corruptifs. En effet, le traitement des patientes, au lieu d'être un espace d'application des règles d'accès aux soins de santé et d'une éthique professionnelle, devient un espace stratégique où les acteurs s'interagissent. Et la patiente, et le/les accompagnants et les agents de santé, tous deviennent acteurs et agents d'un ensemble de comportements jugés corruptifs selon que les normes formelles sont transgressées. Toutefois, ce sont des comportements qui sont parfois socialement acceptés ou construits comme tels. Selon Kpatchavi (2001), la perception de « *doto* » (l'agent de santé) permet de comprendre la nature des interactions entre *doto* et ses patients. Ce qui témoigne de la complexité des rapports qui se développent autour des soins de santé entre les acteurs impliqués.

Pour réduire un tant soit peu le phénomène, le Bénin a entrepris des initiatives. Ainsi, la mise en œuvre des institutions de lutte contre la corruption comme la Cellule de Moralisation de la vie Publique en 1996, le Front des Organisations Nationales de lutte contre la Corruption (FONAC) en 1998, l'Observatoire de Lutte contre la Corruption (OLC) en 2008 pour remplacer l'Autorité Nationale de Lutte contre la Corruption

(ANLC). Dans le secteur de la santé, les journées de contrôle du ministère comme celles de la FBR, journées de supervision Financement Basé sur les Résultats sont des initiatives de contrôle des actions des agents. A ces actions s'ajoutent les supervisions quotidiennes des chefs médecins des CS publics. Malgré ces dispositions, il s'observe une persistance du phénomène de la corruption dans ce secteur.

Dans la littérature, les études portant sur la corruption en Afrique, sont fécondées par les grands travaux de Blundo et Olivier de Sardan, (2001, 2007) avec leur équipe composée d'éminents chercheurs. Effectuées dans trois pays à savoir Bénin, Niger et Sénégal, ces études ont apporté des résultats très importants. Dans le domaine de la santé, ils mettent en exergue un contexte sanitaire marqué par une insuffisance d'organisation du système. Les différentes formes de la corruption se résument entre autres à « la commission pour service », « la surfacturation », la vente de médicament, « de petit cadeaux et favoritisme généralisé », etc. Dans cette perspective, les travaux réalisés par Mauss (1924) montrent comment le don exprimé à un individu est doté d'un pouvoir de « redevabilité » pour celui qui le reçoit. Selon Crozier et Friedberg (1977) « L'acteur n'existe pas au-dehors du système qui définit la liberté qui est sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui seul peut le porter et lui donner vie, et qui seul peut le changer » (Crozier et Friedberg, 1977 :11). Cette affirmation met les acteurs au cœur de toute action sociale. En ce sens, que devient donc le système sanitaire sans l'agent soignant ? Et que devient l'utilisateur sans l'agent soignant ? Bref, cela relève du caractère indispensable de ces acteurs dans le processus de prise en charge des parturientes.

Face à ce problème de corruption, qui fragilise l'efficacité des services de santé, la question se pose de savoir comment s'explique la persistance des pratiques corruptives dans les relations soignants et usagers à la maternité du centre de santé de Gbégamè à Cotonou?

A cette question, des réponses provisoires sont apportées et serviront d'axe de recherche à vérifier à l'issue de la recherche.

1.1. Hypothèses et objectifs de recherche :

- **Hypothèses de recherche**

- La persistance des pratiques corruptives à la maternité du CS de Gbégamè se justifie par l'existence une chaîne d'acteurs stratégiques ;
- Le long processus de prise en charge des parturientes explique la persistance des pratiques corruptives dans les relations soignants et usagers à la maternité du CS de Gbégamè ;
- Les pratiques corruptives à la maternité du CS de Gbégamè sont fonctions de l'ancrage social et culturel du phénomène dans les relations soignants et usagers.

- **Objectifs de recherche**

De façon général, cette recherche vise à expliquer le recours des usagers et agents de santé aux pratiques dites corruptives au regard des comportements développés. De façon spécifique, il s'agit de :

- Identifier les différentes catégories d'acteurs impliqués dans les pratiques dites corruptives dans les relations soignants et usagers à la maternité de Gbégamè à Cotonou ;
- Faire la typologie des pratiques corruptives recensées dans le processus de prise en charge des parturientes à la maternité du CS de Gbégamè ;
- Présenter les clichés sociaux, les formes de négociations sociales et les différentes contraintes qui définissent les logiques sociales et culturelles de la corruption à la maternité du centre de santé de Gbégamè.

Les hypothèses et objectifs de la recherche ainsi définis, il importe de préciser sa nature afin de clarifier les concepts qui la modulent.

1.2. Nature de la recherche

Ce sujet de recherche présente un caractère beaucoup plus qualitatif que quantitatif ceci, en raison des informations recherchées. Il est qualitatif parce qu'il relève des pratiques et représentations sociales qui ne peuvent être perceptibles qu'à partir des comportements des acteurs et des discours sociaux. En outre, le caractère

quantitatif se justifie par la nature de certaines informations révélant des données statistiques et par l'expression quantitative des informations recensées.

1.3. Raisons du choix du sujet

Le choix porté sur la corruption en milieu sanitaire, qui plus est, dans les services de la maternité du CS Gbégamè se justifie par un ensemble de discours populaires.

En effet, dans les centres de santé publics, l'agent de santé est sensé sauver le patient ; ce qui n'est pas le cas selon des discours populaires. Dans les services de maternité, la sage-femme a pour mission d'accompagner les parturientes pour leur délivrance, tout en passant par les séances de CPN visant à suivre le processus de développement de l'enfant. Pour ce faire, les femmes gestantes se rendent à la maternité suivant leur rendez-vous de CPN et aussi, lorsqu'elles sentent des malaises. Mais, au lieu de se sentir soulagées, les parturientes sont animées plutôt d'angoisse et de crainte quand elles se rendent dans les maternités publiques.

Au CS Gbégamè, les femmes rencontrées pendant la phase exploratoire de cette recherche, affirment qu'elles sont « insultées, méprisées et rançonnées par les sages-femmes ». De ce fait, les services publics de santé constituent un espace défavorable pour les cibles. Car, le parcours des parturientes est plein d'obstacles ; « malheur » à celles qui n'ont aucune connaissance du personnel et l'impunité fait le lit des agents (Olivier de Sardan, 2001). Et pourtant, les femmes y vont, parce que ne disposant pas des moyens pour aller dans les centres de santé privés.

C'est donc pour comprendre le processus par lequel se produisent les pratiques jugées corruptives, que cette recherche est entreprise. Elle vise à contribuer à l'amélioration des travaux scientifiques réalisés dans ce sens. Pour ce faire, la recherche s'appuie sur les méthodes de recherche en sciences sociales et emprunte une approche descriptive et explicative du phénomène. De façon pratique, il s'est agi de retracer le mécanisme de production desdites pratiques, leur mode de déroulement quotidien, et leur influence sur les patientes que sont ici, les parturientes.

1.4. Délimitation thématique

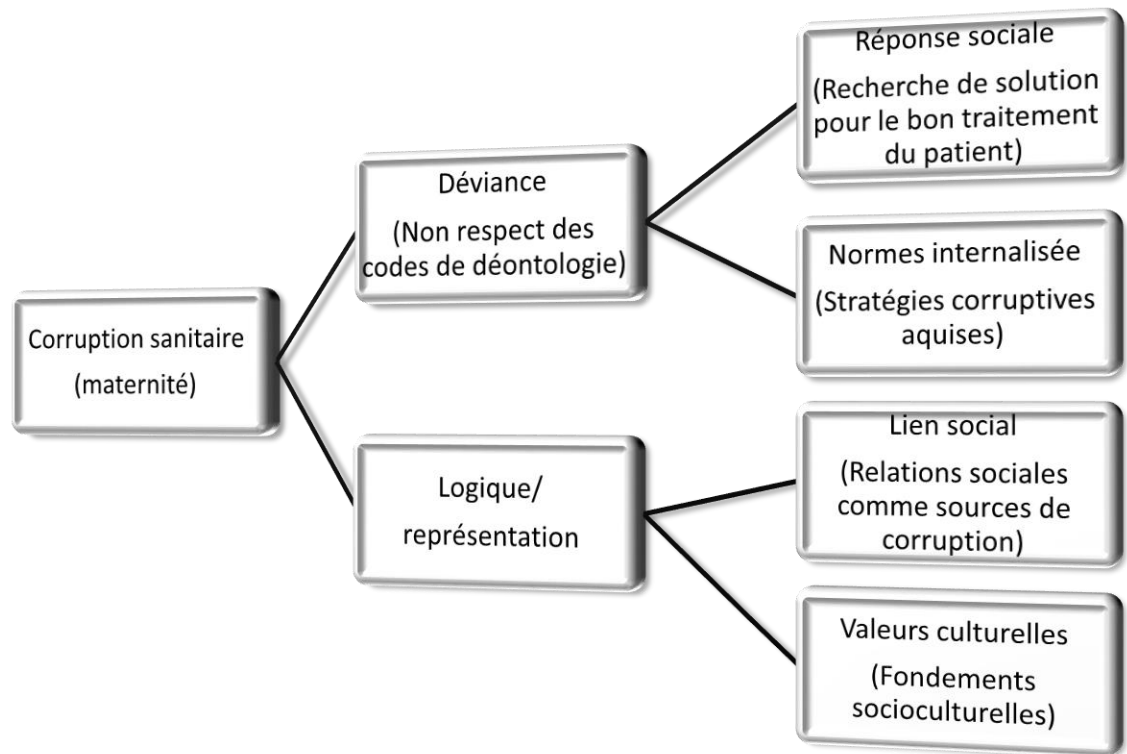
La présente recherche est entreprise dans le cadre la formation doctorale en sociologie du développement et vise à obtenir le Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA). En outre, elle s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet de recherche portant « Le Traitement Sociétal de la Corruption au Bénin » sur (TRASCOB), défini par la Chaire UNESCO de l'Université d'Abomey-calavi. De ce projet, divers travaux de thèse sont en cours d'élaboration dont celui entrant dans l'option économie et dont le sujet est intitulé « La corruption et l'offre de soins de santé au Bénin ». Dans une perspective interdisciplinaire, le besoin de quelques matériaux empiriques relevant de la socio anthropologie s'est imposé. A cet effet, un appel à candidature avait été lancé à l'endroit des auditeurs membres du Laboratoire de Recherche Religion, Espace et Développement (LARRED). Ainsi, le projet de recherche « Logiques socio culturelles et pratiques corruptives dans la maternité du centre de santé de Gbégamè » a été rédigé et soumis au coordonnateur du projet TRASCOB. La validation du projet proposé, a permis de poursuivre la présente recherche. A l'issue de la recherche, la formulation du sujet a été revue. Le sujet porte la formulation finale qui suit : « Pratiques corruptives et perception sociale de la corruption à la maternité du CS de Gbégamè ». Cette formulation ne change rien du projet soumis au départ. Elle tient compte de la structure donnée au présent mémoire.

Ce sujet de recherche embrasse les champs de la socio anthropologie de la corruption, de la sociologie des systèmes de soins et de la sociologie de la débrouille. Les travaux scientifiques réalisés dans ces domaines ont inspiré la présente recherche.

1.5. Clarification conceptuelle

Avant de clarifier les concepts, un schéma est réalisé pour définir le cadre conceptuel.

Figure 1: Schéma du cadre conceptuel



Source : Réalisé à partir des données de la recherche, 2015.

Il découle de ce schéma du cadre conceptuel que les « pratiques corruptives », constituent dans un premier temps le produit d'un non-respect des normes de fonctionnement d'une société/organisation ou d'un groupe. Ce non-respect des principes en vigueur peut être désigné par le concept de la « déviance ». Dans cette perspective, la déviance peut découler d'une recherche de solution plus adaptée à une préoccupation sociétale. De ce point de vue, la déviance constitue une forme de réponse sociale. En outre, lorsqu'elle prend une forme récurrente, la pratique de déviance engendre une internalisation des normes et valeurs socialement négociées.

Dans un second temps, les pratiques corruptives renvoient au conformisme à savoir l'acceptation d'un ensemble de comportements qu'offre la société en guise de

modèles. « On le fait, parce que c'est comme ça on le fait,... et on se protège réciproquement ». Ces modèles renvoient à la préservation d'une cohésion sociale, répondant à des idéaux sociaux et culturels.

Qu'est-ce que donc la « déviance » ? Qu'est-ce que la perception sociale ? Qu'est-ce que le concept de corruption et de « pratiques corruptives » ? Qu'est-ce que une « norme pratique », selon Olivier de Sardan ?

C'est à ces questions que s'attache la clarification des concepts.

Le concept de **déviance** est un concept polysémique. En se référant à Grawitz (2004) la déviance se rapporte aux conduites ou comportements caractérisés par le non-respect des normes généralement acceptées. Dans un premier temps, la déviance est perçue comme une déviation, tout ce qui diffère de tout ce qui est le plus commun. Une telle définition de la déviance est statique dans la mesure où tout ce qui relève du commun peut ne pas venir nécessairement d'une norme sociale. De ce point de vue, la déviance ne peut pas être simplement prise comme un écart à l'ensemble. Une autre définition de la déviance empruntée du jargon médical considère la déviance comme quelque chose d'essentiellement pathologique, qui relève de la présence d'un « mal » social. Dans une certaine mesure, la déviance peut être acceptée comme un « mal » car, elle marque la présence d'un dysfonctionnement du processus de contrôle social et de la préservation des idéaux collectifs. Mais, dans ce contexte, un phénomène social comme le divorce, ou le travail de sexe, ou encore l'homosexualité est considérée comme une pathologie sociale. Ce qui n'est pas nécessairement le cas ; même dans les sociétés où l'homosexualité n'est pas reconnue, il est difficile de parler de déviance. Car, elle est connue et partagée par un groupe d'acteurs sociaux.

L'un des auteurs ayant apporté une clarification plus précise est Becker (1985). Ainsi, l'auteur affirme « ... Je considère la déviance comme le produit d'une transgression effectuée entre groupe social et un individu qui, aux yeux du groupe, a transgressé une norme » (Becker, op cit, 33). De ce fait, le groupe social définit ses normes dont la transgression constitue la déviance. De plus, la société colle à l'individu transgresseur l'étiquette de déviant en considérant son acte comme tel.

Dans le cadre de cette recherche, les sages-femmes et les filles de salle (aides-soignantes) sont les principales catégories socioprofessionnelles à qui est appliquée une étiquette par la population. « Ce sont des voleur », et ceux du secteur public sont considérés comme des « paresseux, qui ne font rien et qui prennent leur salaire à la fin du mois, parce que c'est déjà garanti ». Les hôpitaux publics constituent l'un des nids de corruption.

Au regard de ces discours, il se dégage la perception de la population sur le corps des acteurs médicaux et paramédicaux.

Définir la **perception sociale**, revient à renseigner l'image que se fait un ensemble de personnes ou groupes sur un phénomène. De ce point de vue, la perception sociale renvoie à la représentation sociale, qui est un mode spécifique de connaissance. Déjà, Durkheim (1898) évoque le concept de la représentation sociale au détriment de la représentation collective. Il propose la notion de représentation collective pour expliquer divers problèmes d'ordre sociologique. Il essaye de voir en quoi la production intellectuelle des groupes sociaux, joue un rôle dans la pratique sociale. Selon Moscovici (1961), le concept de représentation sociale comporte trois éléments caractéristiques et interdépendants à savoir : la communication, la reconstruction du réel, et la maîtrise de l'environnement. Il est communication, dans la mesure où, elle intègre un code, ou affiche un cliché, une image sur le groupe social auquel on se réfère. La reconstruction du réel consiste à construire les faits d'avec la réalité en s'appuyant sur les clichés qui sont affichés sur les acteurs (Dantier, 2007). Etant donné que les représentations sociales sont propres à un groupe social, elles renvoient à l'utilité des images, des clichés qui se forment sur l'acteur étiqueté. Dans le cadre de la présente recherche, les stéréotypes et les images que se font les populations sur le centre de santé et surtout sur les agents de la maternité constituent les repères de communication important. Plus loin, les pratiques corruptives relevées, à partir de la réalité sociale permet de loger et d'ouvrir le débat sur la recherche. Dans un groupe social donné, la représentation d'un objet correspond à un ensemble d'informations, d'opinions, et de croyances relatives à cet objet. Ainsi, que pense la population sur les

agents de santé sur l'exercice de leur métier ? C'est cette question qui renvoie à aborder le concept de la corruption.

Avant de venir au concept « pratiques corruptives », il importe de clarifier ce que c'est que la corruption elle-même. En effet, selon le dictionnaire français Le Robert et Clé (2008), la **corruption** est « l'emploi de moyens malhonnêtes pour faire agir quelqu'un contre son devoir, sa conscience » (Le Robert et Clé, 2008 : 217). Une telle définition n'est pas exhaustive. D'après Transparency International (2009), la corruption est « un abus de pouvoir à des fins d'enrichissement personnel. Cet abus de pouvoir peut provenir d'un fonctionnaire, d'un homme politique ou d'un entrepreneur et ce profit peut être de toute nature ». Là aussi, la définition de la corruption se réduit à la seule dimension d'enrichissement illicite. Et pourtant, quand on parle de corruption, il y a le corrupteur et le corrompu. Pour le premier agent, c'est en fait lui, qui exerce son pouvoir pour obtenir un service, une rétribution. Et pour le second, le corrompu, il est la victime du fait corruptif, soit par simple collaboration ou soit par contrainte. Selon Grawitz (2004 : 94-95), la corruption est « l'utilisation pour son profit personnel (avancement, argent, prestige), pour celui de son parti ou de son groupe, des facilités ou du pouvoir conférés par le statut politique ou le poste, occupés dans la fonction publique ». De ce point de vue, la corruption est un phénomène complexe. L'aspect que souligne Grawitz ici l'influence de son statut ou du poste occupé. Cela a permis d'observer le phénomène en considérant le statut des sages-femmes qui, a posteriori, détiennent la vie la gestante et du bébé qu'elle porte.

Les **pratiques corruptives** sont alors les faits et comportements/attitudes qui répondent à critères corrupteur et corrompu. Ce sont des pratiques illicites et illégales d'usage de pouvoir en vue d'aboutissement à une fin. Il peut s'agir d'un service, ou d'un bien monétaire. En fait, lesdites pratiques sont des pratiques qui s'écartent des règles ou des normes définissant le fonctionnement d'un groupe, d'une structure ou d'une organisation. Mais Olivier de Sardan évoque encore un autre concept celui de « l'économie morale de la corruption ». Il s'agit des « normes sociales ou logiques de

comportement en Afrique » qui communiquent ou influent largement les pratiques corruptives (Olivier de Sardan, 1996 : 97). A côté de cela, les pratiques corruptives se situent au travers de ce que Olivier de Sardan (2006) appelle les « normes pratiques » ; qu'est-ce que donc ce concept de « normes pratiques » ?

Comme le voit Olivier de Sardan (2006), le concept de **norme** est immense, et recouvre des réalités ou des significations d'ordres très différentes de corruption. Quel que soit le contexte spécifique dans lequel on se retrouve, les normes se rapprochent des valeurs, puisqu'elles traduisent des réalités visant à préserver des idéaux propres au groupe social. Il faut distinguer les normes officielles des normes sociales. En effet, les normes officielles regroupent l'ensemble « des droits et devoirs explicitement reconnus par les institutions publiques » (Olivier de Sardan, op cit : 4). Leur violation entraîne des sanctions directes ou indirectes par l'Etat avec ses institutions juridiques. Les normes professionnelles et les normes bureaucratiques en sont principalement un exemple de normes formelles ou officielles. Quant aux normes sociales, encore appelées normes culturelles, elles désignent l'ensemble des règles qui régissent le fonctionnement de la vie sociale. Elles découlent de la culture environnante ; elles sont donc acquises socialement (éducation familiale, religieuse,...). Leur chevauchement avec les normes officielles dans les services publics crée l'écart entre normes et pratiques professionnelles ou bureaucratiques.

Le concept de « **normes pratiques** » se définit, selon Olivier de Sardan comme « les diverses régulations informelles, de facto, tacites ou latentes, qui sous-tendent les pratiques des acteurs ayant un écart avec les normes officielles (ou les normes sociales). Elles expriment la convergence et la récurrence relatives de ces pratiques, et permettent de décrire et comprendre les écarts ou le « jeu » avec les normes officielles et les normes sociales. Normes officielles, normes sociales et normes pratiques sont en effet superposées, imbriquées, enchevêtrées. » (Olivier de Sardan, 2006 : 8).

Il faut retenir donc que les **normes pratiques** ne constituent pas en elles des pratiques corruptives mais elles induisent, ou plutôt sont susceptibles d'induire les pratiques les

pratiques corruptives. Alors quel est l'état de la question de corruption en Afrique en générale et en particulier au Bénin ?

1.6. Revue de littérature :

La section consacrée à la documentation sur le thème est nécessaire pour l'acquisition des informations générales et surtout pour la maîtrise de certains concepts clés. Il s'agit de la prise en compte des connaissances déjà développées dans les ouvrages édités, les productions (mémoires, actes de séminaires et colloques, articles dans des revues scientifiques) traitant de la corruption en général et dans le domaine de la santé en particulier. Par ailleurs, il est abordé les études et recherches qui retracent les contraintes et défis du monde médical en général. En outre, les travaux réalisés sur les concepts de normes et société, de la déviance sociale et de l'étiquetage sont abordés.

Pendant longtemps, la littérature sur la problématique de la corruption avait très peu existé en dehors des articles de presses, des rapports de colloque, etc. De nos jours, plusieurs chercheurs de spécialités différentes à savoir les économistes, les politologues, les socio anthropologues,... ont étudié avec différentes approches le phénomène.

Blundo, et olivier de Sardan (2007) ont réalisé une étude sur la corruption dans trois pays de l'Afrique Subsaharienne francophone à savoir le Bénin, le Niger et le Sénégal. Cette étude vient à la suite d'une autre publiée en 2001 sur le même thème. Dans cet ouvrage, Olivier de Sardan a présenté la corruption dans le domaine de la santé au Bénin et au Niger dans un chapitre entier (chapitre VI).

En effet, l'auteur est parti de cinq éléments situant le contexte sanitaire qui favorise la corruption. Il s'agit de : 1°) empiétements entre domaine de compétence comme une attitude permanente entre médecins, engendrant ainsi le non-respect des règles de déontologie ; 2°) forte influence des liens de filiation/amitié sur l'accueil des patients ; 3°) intervention souvent individualisée du médecin et l'ineffectivité des sanctions en cas de dérive ; 4°) méconnaissance des règles de fonctionnement des services de santé par les usagers et l'ignorance desdites règles du côté des soignants ; 5°) et enfin prolifération des structures privées de service de santé. A partir de ces éléments

décrits, la présente recherche s'en inspire pour comprendre de façon approfondie le comportement des acteurs.

A la suite de ces éléments qui influencent le processus de soins des patients, Olivier de Sardan a présenté les pratiques de corruption, désignées comme les « formes élémentaires » de la corruption. Selon l'auteur, la corruption dans la santé prend souvent deux formes classiques à savoir : « la rétribution indue d'un service et la commission pour service illicite » (Bundo et Olivier de Sardan, 2007 : 228). Il s'agit plutôt pour l'agent soignant de prendre de l'argent ou autre récompense pour un service pour lequel il est payé par l'Etat ; ou bien, il s'agit pour lui de percevoir de l'argent pour un service illicitement rendu. Mais au-delà de ces « formes élémentaires » de corruption, l'auteur retient l'attention sur les « petits cadeaux et favoritisme généralisé ». En effet, les cadeaux constituent des formes de remerciement, de reconnaissance, de gratification de l'agent soignant par le patient. Ces petits cadeaux, affirme l'auteur, peuvent être faits volontairement par le patient ou par son accompagnant ; ou bien ils peuvent être réclamés par les agents eux-mêmes. Par cet acte, l'utilisateur crée son lien avec le soignant sur qui il peut s'appuyer les prochaines fois. De ce point de vue, une attention particulière est accordée à cela pour explorer, dans cette recherche, les sens que revêtent les cadeaux et autres objet de don. Ce travail d'Olivier de Sardan présente les faits mais ne renseigne pas précisément sur leurs circonstances de création et de leur mise en œuvre, au niveau des acteurs, patients et agents de santé. La recherche s'est attachée à cette perspective.

Dans le même ordre d'idées, Bako Arifari (2006) a publié ses résultats d'étude réalisée sur « la corruption quotidienne au Bénin ». Etant donné que ce travail entre dans le cadre des études du LASDEL, l'auteur se rattache aux travaux réalisés par Blundo et Olivier de Sardan (2001 ; 2007). Mais dans cet article, Bako Arifari a apporté encore plus de précision sur les éléments facilitateurs de la corruption et les formes les plus habituelles de pratiques de corruption.

En effet, abordant « les facilitateurs structurels des pratiques de corruptions dans la santé » (Bako Arifari, op cit : 31), l'auteur évoque l'influence du « rapport de force très déséquilibré » entre agents et patients/usagers. Ainsi, le rapport de force entre

agents et patients est un élément qui favorise les pratiques de corruption. De ce fait, « les pratiques de cadeaux anticipés et de cadeaux de reconnaissance sont l'expression du « consentement » des usagers à rétribuer les agents de santé pour les services offerts » (Ibid). L'auteur précise en outre que ce sont les services de maternité, services des urgences chirurgicales et les salles d'hospitalisation qui constituent les sites de cette corruption. A cet effet, l'auteur fait constater que le profil des usagers est un élément déterminant du régime d'accès aux soins. Ainsi, lorsque l'utilisateur vient aux soins avec un véhicule, son traitement diffère d'un usager dont le profil est très modeste. Par ailleurs, le chevauchement du privé et du public provoque, selon lui, des pratiques corruptives. De ce fait, les situations de double statut de médecin et par ricochet de double salaire, l'utilisation des infrastructures publiques à des fins privées sont entre autres des facteurs de la corruption. Autres facteurs plus importants exposés par l'auteur, ce sont les différentes formes/mécanismes de vente de médicaments. Ces pratiques sont liées à la pénurie parfois réelle, tantôt provoquée par les agents de santé. Très souvent lié aux services de maternité, le phénomène de « marrainage » est une pratique d'appropriation des parturientes par les sages-femmes. Ceci a pour implication le développement des formes de sociabilité et de reconnaissance sociale. L'auteur a montré enfin que les pratiques corruptives relèvent de stratégie et de dynamisme.

Ces résultats d'étude apportent assez de lumière au sujet des pratiques de corruption dans le domaine de la santé. En phase avec l'auteur, la présente recherche est axée sur les services de maternité. Certes, l'auteur a su apporter une élucidation aux pratiques de corruption mais, la particularité ici, réside dans la quête de l'ancrage social et culturel de la corruption au niveau de la maternité de Gbégamè. Elle s'appuie sur les contraintes sociales chez les usagers et les considérations émiques liées aux agents de santé. Pour ce faire, la recherche s'est basée sur tout le processus de la gestion sociale et médicale de la grossesse à partir de la période de la conception jusqu'aux soins postnatals sans ignorer l'étape de la délivrance.

Grimaldi et Vallancien (2010), abordent dans un article « la crise du système de santé » dans un contexte français.

Il ressort que « la crise du système de santé » s'explique par trois crises à savoir : une crise démographique, une crise d'adaptation et une crise de financement. En effet, la crise démographique découle d'une politique consensuelle (entre la gauche et la droite) qui consiste à réduire du nombre de médecin en relation avec ceux en formation dans les écoles. Contrairement à cette politique dans le contexte Béninois, il est à croire qu'il n'existe pas une politique liée à la formation des médecins. Ainsi, la pénurie de médecin dans les milieux ruraux et même dans les milieux urbains comme celui de Cotonou n'est pas une chose à démontrer. Le ratio médecin et usagers est faible et cela limite la qualité de soins donnés par l'agent soignant. Cette condition de travail favorise d'un moment à l'autre une source aux pratiques corruptives dans le secteur dans la mesure où l'agent soignant se retrouve à une situation où il ne peut agir efficacement seul. Le laisser-faire aux filles de salle devient ainsi prépondérant. Cela amène à rechercher les attributions affectées aux filles de salle dans les faits par rapport aux normes.

Quant à la crise d'adaptation, elle se résume « à une adaptation rapide aux progrès de incessant de la médecine, aux modifications des pathologies, à l'évolution des besoins et aux changements des conditions d'exercice professionnel » (Grimaldi et Vallancien, op cit, 23). De ce point de vue, les facteurs liés à l'évolution de la médecine et les exigences qu'elle induit constituent un point de repère dans la présente recherche pour explorer le lien qui existe entre lesdits facteurs et l'émergence des pratiques corruptives.

La crise du financement du système de santé repose sur le financement du système qui est essentiellement public alors que le la distribution des soins est mi publique et mi privée. De ce fait, l'augmentation des coûts pose le problème de la régulation des coûts de santé. En s'appuyant sur les modèles de financement, cela permet de voir si le financement du secteur public de la santé au Bénin peut constituer une source des pratiques corruptives à la maternité publique de Gbégamè à Cotonou.

Dans un autre article publié en 2006, Olivier de Sardan a mis en exergue « le problème des écarts » entre les normes et les pratiques, dans les administrations et services publics en Afrique. Pour l'auteur, il est normal, à un moment donné de l'histoire d'une

société/organisation, que se posent des formes d'écarts entre normes et pratiques. Mais, ce qui peut retenir l'attention d'un chercheur est l'ampleur du phénomène, qui se fait traduire par des pratiques corruptives. Ainsi, le problème des écarts est prépondérant en Afrique. A cet effet, le « problème des écarts » est en phase avec le duo « normes officielles » et « normes sociales ». Car, les normes sociales intègrent très rapidement le comportement des agents, et se présentent « en contrebande » de celles officielles. De plus, ces dernières ne seraient pas en adéquation avec la culture africaine, qui traduit des valeurs culturelles traditionnelles. Mais cette variable liée à la culture n'explique pas exclusivement cette pratique contraire aux normes. Il faut également, selon l'auteur, rechercher les normes pratiques dans les pratiques illégitimes au niveau des fonctionnaires d'Etat. A quelque endroit donné, la pratique norme intègre des pratiques corruptives, parce que entraînant des formes de favoritisme, de clientélisme,...

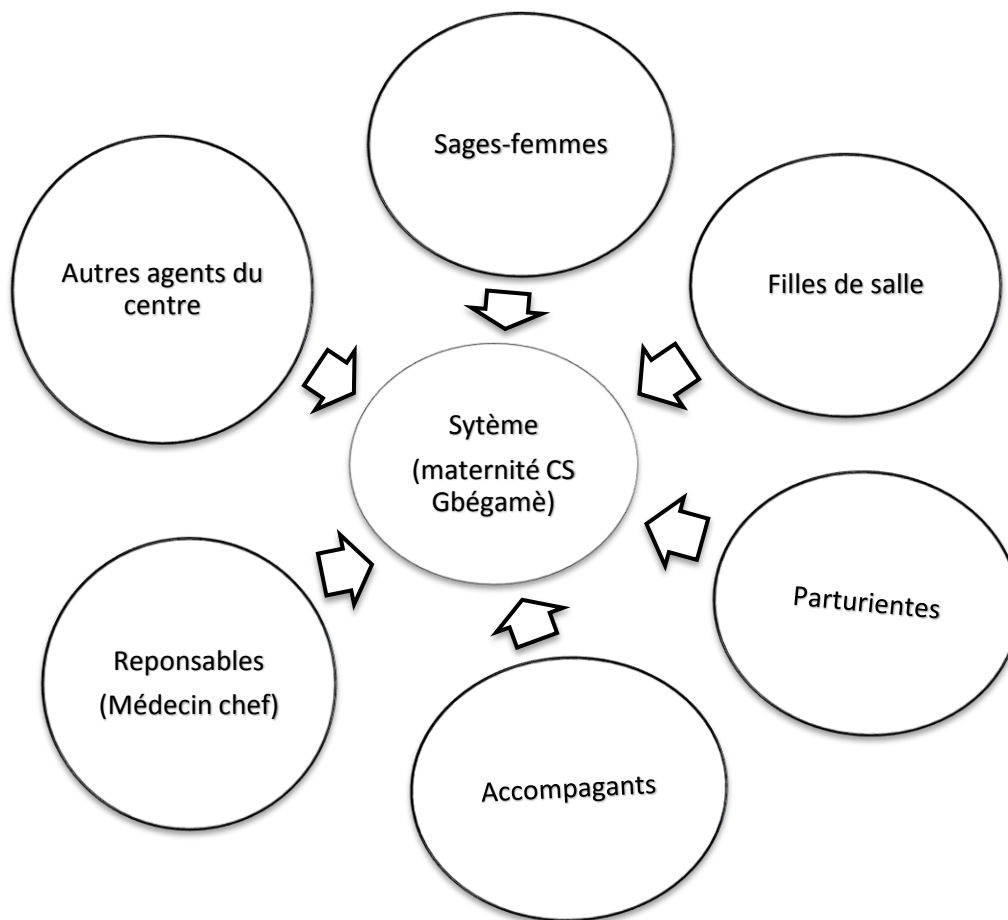
Au regard de cette introduction du concept de pratiques normes, bien d'orientations et d'ouvertures de recherche se posent. Ainsi, entre la règle de déontologie de la profession d'agent de santé, ici la sage-femme, les normes sociales et les normes pratiques, la recherche s'attache à voir sur cette base, comment les pratiques corruptives naissent entre les agents de santé et les usagers.

Mauss (1924), abordant le don comme mode d'échange dans les sociétés dites archaïques, a su bien montrer que le don prend la forme du plus simple échange entre deux personnes et peut prendre une forme obligatoire de rendre. Ainsi, affirme Mauss, « Le don non rendu rend encore inférieur celui qui l'a accepté, surtout quand il est reçu sans esprit de retour. » (Mauss, op. cit : 90). Il s'agit de reconnaître là le caractère de réciprocité ou de redevabilité du don entre les sujets. Qui plus est, cet échange peut prendre une forme symbolique entre deux groupes ou clans qui ne sont que des incarnations divine. Il affirme : « Les échanges de cadeaux entre les hommes (...) incitent les esprits des morts, les dieux... » (Mauss, op cit : 20). Du moment où le don revêt un caractère symbolique, il revient à dire que l'individu ne peut pas refuser un cadeau. Car ce refus peut traduire le sens d'une menace de paix, entre deux groupes/clans. Dans cette perspective, la présente recherche s'attache à comprendre le

sens que donnent les usagers de la maternité à leurs cadeaux aux agents de santé. Au-delà de ce que cela peut renseigner comme sens, cette recherche vise à expliquer en quoi le don peut créer des occasions de pratiques corruptives.

Pour appréhender davantage le phénomène de corruption étudié ici, le modèle stratégique de Crozier et Friedberg (1977), mettant les acteurs au cœur du système est celui choisi. De ce fait, le schéma suivant est réalisé.

Figure 2: *Modèle d'analyse*



Source : Réalisé à partir l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977).

Comme le présente le schéma, le système ici, représente la maternité du CS de Gbégamè où la recherche est réalisée. Au sein de ce système, s'interagissent plusieurs catégories d'acteurs à savoir : les sages-femmes, les filles de salle communément appelées aides-soignantes, les parturientes, les accompagnants, les responsables du centre en particulier le médecin chef et les autres agents des services médicaux. Aucun

de ces acteurs n'agit indépendamment de l'autre. Ce qui explique les interactions réciproques.

Cette recherche met au cœur de son analyse l'approche sociocritique de la réalité sociale (BALANDIER, 1971 et ZIEGLER, 1981). C'est une analyse qui recommande une position de soupçon vis-à-vis des apparences. Ainsi, l'analyse sociocritique apparaît comme une rupture avec la Sociologie de l'ordre et de la permanence. Elle a pour vocation de mettre en évidence ce qui est caché. À ce propos, ZIEGLER écrit : « Ce qui est montré est à expliquer par ce qui ne se montre pas, car le plus caché est le plus véridique » (ZIEGLER 1981 : 20). Ce modèle d'analyse consiste à prendre en compte tous discours sociaux relevant de la perception sociale. De même, il s'agit de prendre en compte les comportements des acteurs concernés par la recherche.

Mais alors, comment la collecte des données et des informations a-t-elle été faite ? Le chapitre suivant présente les approches méthodologiques adoptées pour aboutir aux résultats qui en découlent.

CHAPITRE II : APPROCHES METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE

2.1 La nature de la recherche

Cette recherche présente un caractère plus qualitatif que quantitatif car, les informations recherchées ne peuvent s'observer qu'à partir des faits empiriques relevant du domaine de sens dans une posture de chercheur. Ainsi, la démarche qui sera utilisée, emprunte à la fois la méthode qualitative et celle quantitative.

Dans le premier cas, il s'agira de mettre en œuvre des techniques et outils adéquats pour collecter les informations empiriques. Ici, les techniques de collecte des données qui sont choisies pour être utilisées sont : l'étude documentaire, l'observation et l'entretien.

2.2 Le cadre de la recherche

Le cadre de la recherche est situé dans la commune de Cotonou. Cotonou, capitale économique du Bénin, constitue en elle une commune et un département, le littoral. La commune de Cotonou est limitée au nord par la commune de Sô-Ava et le lac Nokoué, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par la commune de Sèmè-Kpodji et à l'Ouest par celle d'Abomey-Calavi. Elle couvre une superficie de 79 km² (Akomagni, 2006). Elle compte une population de 679.012 habitants avec 375.872 hommes et 353.140 femmes. La commune de Cotonou est composée de treize (13) arrondissements. La localité de Gbégamè, ayant constitué le site de la présente recherche se retrouve dans le 11^{ème} arrondissement. Sa population est exprimée à 34 879 habitants dont 17 764 hommes contre 17 115 femmes (INSAE, 2015).

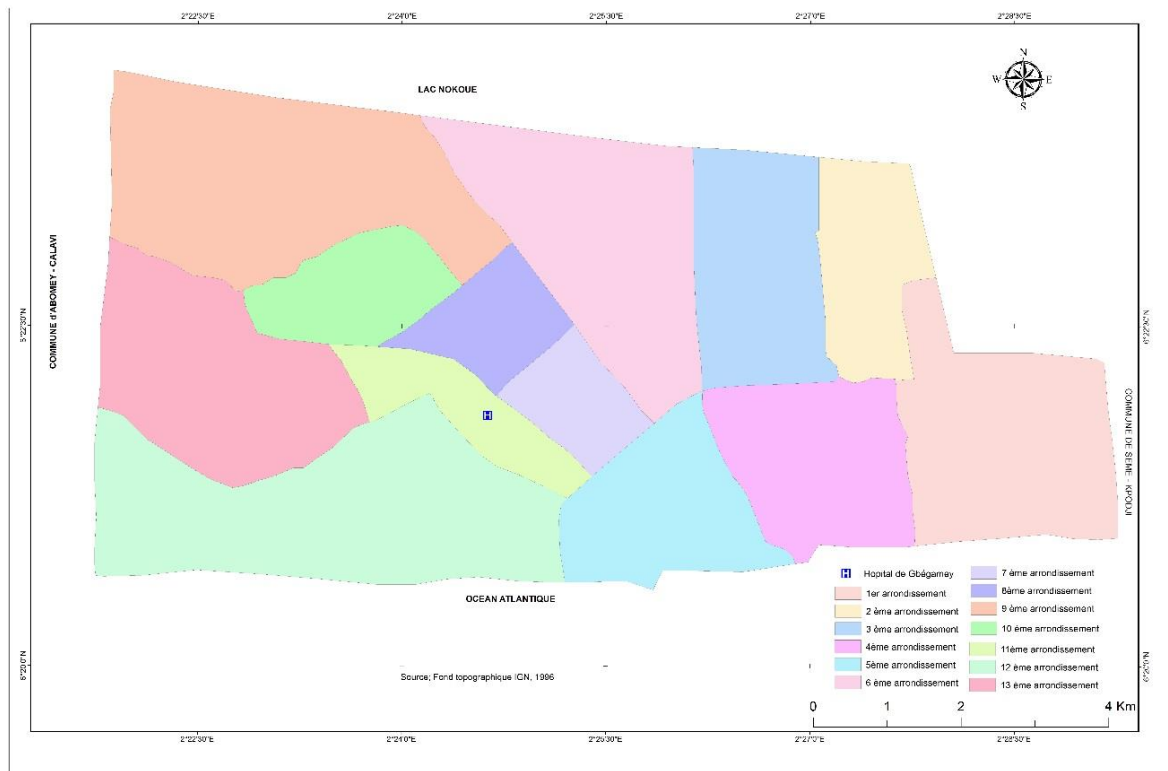
En matière de politique des systèmes de santé, le Bénin s'est constitué en trois niveaux à savoir le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique. C'est à ce dernier niveau que repose ou s'inscrit la présente recherche. Car, il apparaît comme le niveau local, le plus décentralisé d'organisation de la santé, en vue de rapprocher les besoins de traitement/soins à la population. La pyramide sanitaire au niveau périphérique est constituée de centres de santé à quoi est rattaché un hôpital de zone. Il est l'entité de référence, destiné à desservir une

population s'élevant à un effectif de 100.000 à 200.000 habitants. Cotonou comprend quatre (04) zones sanitaires à savoir la zone sanitaire Cotonou 1 et 4, la zone sanitaire Cotonou 2 et 3, la zone sanitaire Cotonou 5 et la zone sanitaire Cotonou 6 (MS, 2013). La zone Cotonou 6 souffre d'un manque d'infrastructures et d'équipements médicaux pour assurer la couverture socio sanitaire.

Mais alors, dans quelle zone se trouve le CS de Gbégamè (Cotonou) selon la répartition zonale du système sanitaire et où se situe-t-elle géographiquement ?

La carte géographique qui suit illustre mieux :

Figure 3: Situation géographique du CS de Gbégamè



Source : Réalisée par le laboratoire de cartographie de la FLASH/UAC.

Le CS de Gbégamè se situe dans la zone sanitaire Cotonou 6. Les locaux qui abritent le centre se retrouvent dans le 11^{ème} arrondissement de Cotonou. Il fait corps avec les locaux du chef d'arrondissement. L'indication populaire qui est associée à la situation

géographique de ce centre est « Gbégamè, derrière la station Sonacop ». C'est ce que la figure 3 illustre. Pour se rendre au CS de Gbégamè, les usagers utilisent l'appellation : « *doto amangati sa* » : entendu par « hôpital situé sous le manguier » à Gbégamè. Etant donné un centre de santé d'arrondissement, le CS de Gbégamè se situe au niveau périphérique dans la chaîne du système sanitaire béninois.

Pour collecter les résultats, différentes catégories d'acteurs sont rencontrées. Les techniques et outils de collecte des données sont élaborés sur la base des orientations de la recherche de manière à avoir d'informations précises sur le sujet.

2.3 Groupes cibles et échantillonnage

2.3.1 Groupes cibles :

La présente recherche touche dans un premier temps les agents de santé que regroupent :

- Les sages-femmes ;
- Les infirmières ;
- Les « filles de salles » communément appelées "aides-soignantes" ;
- Les gynécologues/obstétriciens ;
- Les responsables en charge des centres ;
- Et les comités de gestions
- Les paramédicaux (techniciens de laboratoire, pharmacie, etc.).

Dans un second temps, il s'agit en général des usagers :

- Les parturientes ;
- Les gestantes ;
- Les accompagnants ;
- Et autres personnes ressources (élus locaux et anciennes usagers).

2.3.2 Echantillonnage :

Dans le processus de mise en œuvre de la recherche de terrain, il a été mis en relief des techniques d'échantillonnage non probabiliste. Ainsi pour rapprocher les femmes qui fréquentent le service de maternité du centre et qui vivent dans les localités

environnantes telles que Gbégamè 1, 2 et 3, Ayidoté, Vodjè, Houéyiho 1 et 2, il est utilisé l'échantillonnage boule de neige. A cet effet, il fallait entrer d'une maison à une autre pour se renseigner sur l'existence des cibles dans les résidences parcourus. Toutefois, la recherche n'a pas occulté les acteurs non usagers du centre afin de comprendre ce pour quoi ils ne sont pas intéressés à ce centre. Cela permet d'identifier les pratiques corruptives liées à la non fréquentation du centre. Cette technique a servi de même à rencontrer les élus locaux.

Par ailleurs, les usagers rencontrés dans le centre pendant les visites prénatales ont été choisis à l'aide de l'échantillonnage accidentel. Car, aucune liste préalable des usagers n'a été disponible, ni établie. Ainsi, il fallait donc se rapprocher des acteurs à leur sortie de consultation pour présenter d'abord l'objectif de la recherche et solliciter leur contribution à fournir des informations. A la fin des négociations, l'échange des contacts permet de les rappeler pour obtenir les rendez-vous d'entretien à leurs résidences.

Dans un troisième temps, il a été utilisé l'échantillonnage par choix raisonné encore appelé échantillon typique. Celle-ci a servi de guide pour rencontrer les acteurs du centre, notamment les sages-femmes, les filles de salle, les agents chargés de la vaccination, le médecin chef, le Coordonnateur de la zone sanitaire, certains corps paramédicaux tels que l'agent de la pharmacie/caisse de centre, l'agent de technicien de laboratoire, etc. Le choix de cette technique pour rencontrer ces acteurs se justifie par leurs statuts et rôles joués dans le processus de prise en charge des gestantes et des parturientes.

A l'issue de cette recherche, 140 informateurs ont été rapprochés. Leur répartition se retrouve dans le tableau suivant :

Tableau I: Répartition des informateurs

N°	Groupe d'acteurs	Nombre	Proportion (%)
1.	Femmes non usagers et ancienne usagers	47	34
2.	Parturientes rencontrées	51	36
3.	Agents (sages-femmes, fille de salle, médecins)	09	06
4.	Responsables administratifs (MS, DDS)	04	03
5.	Accompagnants	22	16
6.	Agents caisse et pharmacie	02	01
7.	Agents d'hygiène	01	01
8.	Agent de sécurité	01	01
9.	Personnes ressources	03	02
Total		140	100

Source : réalisé à partir des données de la recherche, 2016.

Au total, 140 informateurs sont rapprochés. Dans le rang des informateurs, les parturientes occupent une proportion importante, soit 36%. Au deuxième rang, il y a les femmes non usagers et les femmes anciennes usagers (34%). Au troisième rang, se trouvent les accompagnants qui occupent une proportion de 16%. Et en quatrième position, il y a les agents de santé dont sages-femmes, filles de salle, responsables du centre et autres agents, tous représentés à 6%. En suivant donc le niveau de participation de ces catégories d'acteurs, une part importante est accordée à la population. Car, elle constitue la cible bénéficiaire du centre et par là, leurs expériences, en matière d'offre de soins sont un ensemble de matériaux empiriques pour cette recherche. Toutefois, la contribution des autres acteurs n'est pas négligeable. Le mode d'échange avec chaque catégorie d'acteurs a constitué les démarches importantes utilisées pour recueillir les informations.

2.4 Techniques et outils de collecte des données

2.4.1 L'étude documentaire :

Dans un premier temps, la recherche documentaire a servi à identifier les textes (règlements, lois, décrets et arrêtés) qui régissent le fonctionnement des maternités au Bénin, et les autres dispositions prises par chaque service de maternité. Dans un second temps, la recherche et l'analyse des documents scientifiques sont effectuées sur le thème et les thématiques qu'il aborde. Ce travail a été fait à l'aide d'une matrice d'analyse documentaire. A cet effet, les centres de documentation parcourus et les types d'informations recueillies sont inscrits dans le tableau suivant :

Tableau II: *Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies*

N° d'ordre	Centres de documentation	Nature des documents consultés	Informations obtenues
1.	Bibliothèque des dominicains à Cotonou	Documents généraux et spécifiques	- La santé comme problématique de développement - Les défis et perspectives des systèmes de santé en Afrique
2.	Institut français de Cotonou	-Documents généraux ; -Documents méthodologiques ; -Documents spécifiques	- Demande et offre de soins de santé - Défis actuels des services de santé - La corruption en Afrique et au Bénin - Méthode et techniques de recherche en sciences sociales ;

3.	CREC à Godomey	-Documents généraux ; -Documents spécifiques	- Santé communautaire - Corruption au Bénin
4.	Centre de documentation des Nations Unies à Cotonou	Rapports et documents généraux	- Etat de la corruption en Afrique subsaharienne - La santé au Bénin : défis et perspectives
5.	Centre de documentation du Laboratoire d'Analyse et de Recherche : Religion, Espace et Développement (LARRED)	- Thèses, documents et rapports d'activités de recherche ; - Documents méthodologiques	- La corruption en Afrique et au Bénin - Les défis et contraintes du secteur de la santé au Bénin
6.	www.inverses.org www.cairn.info www.revues.org www.memoiresonline.com	-Documents généraux et sociologiques -Mémoires et thèses	-Généralité sur la ville de Cotonou - La corruption

Source : *Données de recherche, 2015-2016.*

Ces différents centres de documentation ont permis une collecte importante d'informations qui ont favorisé l'orientation de la collecte des données et informations empiriques. Pour ce faire, les techniques d'observation et d'entretien sont privilégiées.

2.4.2 L'observation :

A ce niveau, il a été utilisé l'observation directe par endroit et par ailleurs, l'observation participante parce que prenant le statut d'un « accompagnant » au début de la recherche pour entrer en contact avec le vécu des usagers. Le choix porté sur cette technique s'explique par le besoin de repérer les faits et comportements des usagers d'une part et d'autre part des sages-femmes et filles de salle dans les rapports soignants et soignés. De ce fait, il fallait enregistrer tout ce qui se passe. Mais

comment noter pour ne pas prendre le risque de prendre les informations biaisées ? Car, « l'essentiel de l'observation dans le cas d'une interaction personnelle réside dans la décision de noter (...) Il vaut mieux noter trop puis jeter des notes sans intérêts que négliger quelque chose qui pourrait s'avérer décisif pour votre analyse » (Beaud et Weber, 2010 : 143). Ainsi, la prise de note s'est faite avec assez vigilance de manière à ce que cela n'influence pas le comportement des acteurs. Suite à une capture d'informations, le moyen le plus utilisé à cet effet, est l'enregistrement des informations sous la forme d'un appel téléphonique. C'est après être rentré que se fait la transcription des informations. Une grille d'observation est élaborée et utilisée pour la collecte des données.

Pour mieux appréhender certaines informations relevant de l'observation, l'utilisation de l'entretien a servi de moyen d'approfondissement.

2.4.3 L'entretien :

Trois formes d'entretien sont utilisées dans cette recherche. En effet, il est procédé à des entretiens semi structurés avec les responsables du centre. Car ce sont des acteurs qui sont choisis suivant leur position dans la chaîne de personnel. Leurs contributions a consisté à avoir les informations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la maternité.

En outre, les entretiens structurés sont utilisés avec les « accompagnants » et les femmes usagers de la maternité. Car ce sont les cibles qui sont confrontés aux pratiques de corruption quotidienne à la maternité.

Enfin, l'utilisation des entretiens non structurés avec les agents du service de la maternité a été privilégiée. Les sages-femmes, les filles de salle et les autres agents sont les acteurs qui sont considérés comme corrupteurs ou corrompus du système. Pour mieux comprendre leurs actions, il était important de les entretenir de façon libre afin leur favoriser une ouverture d'esprit dans l'expression de l'exercice de fonction d'accoucheuse.

Au regard de tout ce qui précède, la collecte d'informations a été poursuivie avec les acteurs riverains, anciens usagers et les non usagers de la maternité de Gbégamè.

2.5. Organisation et contraintes de la recherche

2.5.1. Organisation de la collecte des données et informations

Une activité scientifique ne saurait être réalisée sans une organisation méthodique de la collecte des données. En effet, le sujet étant une préoccupation d'ordre social et scientifique très sensible, il a été nécessaire de prendre des dispositions adéquates pour éviter de porter atteinte à la personnalité des informateurs. Ainsi, la première disposition prise est liée à l'intitulé du sujet. Au lieu d'aller interviewer les informateurs avec la corruption, il a été décidé, avec la forte collaboration du Directeur de mémoire, d'effectuer la collecte des informations sur la thématique « les relations entre agents de santé et usagers à la maternité du centre de santé de Gbégamè ». Dans cette perspective, l'éthique dans la recherche est observée. De plus, la sensibilité du sujet est réduite à la question de méthodologie, celle de la négociation de la recherche, depuis la porte d'entrée et la sortie de la recherche. (Amouzouvi, 2008)

Avec cet intitulé du sujet, le protocole administratif à savoir la lettre d'autorisation de recherche du Directeur de mémoire à qui de droit et la demande de recherche soumise au Directeur départemental de la santé Atlantique-Littoral ont été réalisés. Soumis à la date de 26 octobre 2015, la demande a abouti l'autorisation de la recherche le 16 décembre 2015. Dans un premier temps, la demande a été rejetée pour la mention erronée de l'adresse du Directeur départemental de la santé. Ainsi, la demande a été reprise à la date de 20 novembre, et a été acceptée enfin le 16 décembre.

Cependant, en attendant l'autorisation de la recherche, il était indispensable de commencer la collecte des données. Pour ce faire, les entretiens avec les femmes usagers et les non usagers, et les anciennes usagers vivant dans les quartiers environnants du centre ont marqué le début de la collecte des informations. En outre, il a été procédé à l'observation à partir de la délivrance de l'autorisation de la recherche de la DDS Atlantique-littoral. A ce stade, en collaboration avec les agents, il était question de s'installer au niveau de l'accueil comme un accompagnant afin de vivre un

tant soit peu l'attente des parturientes. Mieux, cela a permis de repérer les discours que tiennent les patientes dans leur ligne d'attente. Ainsi, tout ce qui se passe retient l'attention.

C'est après cette étape que les entretiens avec ces dernières ont commencé par être négociés. Les entretiens se négociaient, les rendez-vous se prennent aux différents domiciles des patientes. Les entretiens se font avec même la participation, par endroit, des époux. Par la même occasion, les entretiens se font avec les agents, le jour elles descendent de la garde. Parfois, les jours de grève sont réservés pour les entretiens. Qui plus est, des gardes sont suivies pour vivre, avec les acteurs, les réalités de nuit.

Il faut noter que, au fur et à mesure que la collecte des données et des informations se fait, il se fait un rapport quotidien aux différents responsables de la maternité et du centre. Les informations recueillies découlent donc d'une forte et bonne collaboration avec les agents. Mais, toute la recherche ne s'est pas déroulée sans difficultés.

2.5.2. Contraintes de la recherche

Dans un premier temps, il faut noter que le protocole administratif a été long, et cela a ralenti le déroulement de la recherche empirique. Face à cela, il fallait évoluer et ne pas attendre nécessairement la suite favorable de la demande de recherche. Ainsi, les localités environnantes sont très tôt parcourues pour collecter les informations auprès des usagers du centre de santé.

Certains informateurs ont réclamé de l'argent pour fournir les informations. Mais l'élucidation de l'identité du chercheur, la pertinence que porte la recherche et la persévérance visant à convaincre l'informateur, ont permis d'avoir leurs accords pour renseigner la recherche auprès des femmes.

La difficulté de langue a constitué par moment de contraintes de communication avec les informateurs. Certains entretiens n'ont pas pu être réalisés pour défaut de bruits de communication.

2.5.3. Chronogramme :

La présente recherche s'est déroulée pendant environ dix (10) mois à compter du mois d'août 2015 à avril. Le tableau suivant apporte les détails au sujet du déroulement de la recherche.

Tableau III : *Chrono tâche de la recherche*

Activités	Durée	Nombre de Semaines	Observations
Conception et validation du projet de recherche		4	Le projet a été soumis à un chercheur de la chaire UNESCO pour validation
Recherche documentaire		-	La recherche documentaire a été déroulé toute la durée de la recherche
Rédaction finale du protocole de recherche		10	
Repos		2	
Collecte des données		12	
Dépouillement et traitement des données		12	Le dépouillement et le traitement des données se sont déroulés au fur et à mesure que la collecte de faisait
Rédaction du mémoire		3	La rédaction a fait suite au traitement des données
Correction et relecture		2	
Dépôt		1	
Total		46	Les périodes électorales ont influencé l'évolution de la présente recherche

Source : Réalisé à partir des données de la recherche, 2015-2016.

CHAPITRE III : LES SERVICES DE LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE GBEGAME : ESPACES FAVORABLES POUR UNE SOCIO ANTHROPOLOGIE DE « LA CORRUPTION QUOTIDIENNE »

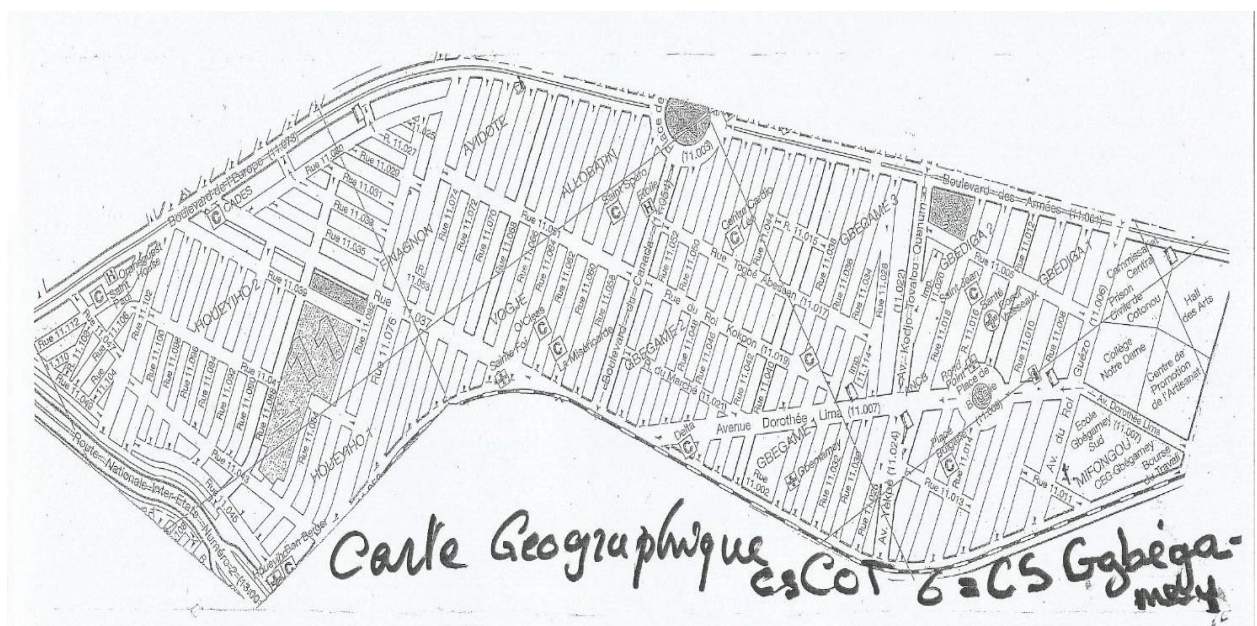
3.1 Etat des lieux du site de la recherche

3.1.1 Le CS de Gbégamè et la zone sanitaire Cotonou 6

Le CS de Gbégamè est un centre de santé d'arrondissement qui représente la zone sanitaire Cotonou 6. Dans sa dimension institutionnelle, la zone sanitaire Cotonou 6 existe mais ne dispose pas d'un hôpital de zone. Le centre de référence spécialisé qui se rapproche du CS de Gbégamè est le centre de santé privé Saint Jean. En son sein, le CS Gbégamè comprend le bureau de la zone sanitaire Cotonou 6 et les services sanitaire à savoir : le dispensaire, les services de la vaccination, la maternité et un laboratoire d'analyse biomédical. La supervision des activités du centre est placée sous la veille d'un Médecin Chef. De plus, la zone sanitaire est conduite par un Médecin coordonnateur. Toutefois, chaque service constitue une entité indépendante car, « à chacun son domaine de spécialité médical » affirme un agent.

La figure ci-après précise l'espace géographique desservi par le CS Gbégamè.

Figure 4: Carte géographique de CS de Gbégamè, zone sanitaire Cotonou 6



Source : Archives du CS Gbégamè, janvier 2016

Comme le montre la figure 4, la zone sanitaire Cotonou 6 occupe un espace géographique important. Les quartiers que comporte cette zone sanitaire sont : Houéyiho 1, Houéyiho 2, Finagnon, Vodjè, Ayidoté, Allobatin, Gbégamè 1, Gbégamè 2, Gbégamè 3, Gbèdiga 1, Gbèdiga 2, et Mifongou. De ce point de vue, le CS Gbégamè couvre entièrement le 11^{ème} arrondissement de Cotonou. Selon l'INSAE (2013), la population de cet arrondissement est estimée à 34.879 habitants. Ce qui traduit un effectif important de la population que couvre le CS Gbégamè. Cependant, l'OMS fixe les normes en matière de personnels qualifiés à 25 agents pour 10.000 habitants. Mais en fait, les normes sont loin d'être respectées. Le manque de personnel qualifié caractérise le fonctionnement des centres de santé au Bénin. Puisque la présente recherche s'est déroulée à la maternité du CS Gbégamè, qu'en est-il donc du personnel ?

3.1.2 Les services de la maternité du CS Gbégamè, les acteurs et les issues favorables à la corruption

La maternité de Gbégamè compte trois services à savoir : la Consultation prénatale (CPN), la Garde Accouchement et la Consultation Postnatale (CoPN). Deux catégories d'acteurs interviennent sur ces différents services. Il s'agit des sages-femmes et des filles de salle appelées communément « aides-soignantes ». La maternité du CS de Gbégamè comprend trois sections d'activités. Les sages-femmes sont des agents qualifiés et spécialisés dans la prise en charge psychosocial et médicale des gestantes et des parturientes. Le tableau suivant rend compte de la répartition des agents disponible à la maternité.

Tableau IV: Répartition des agents au service de la maternité

N°	Section d'activités	Sages-femmes	Filles de salle
1.	CPN	01	00
2.	Garde accouchement	03	03
3.	CoPN	01	00
Total		05	03

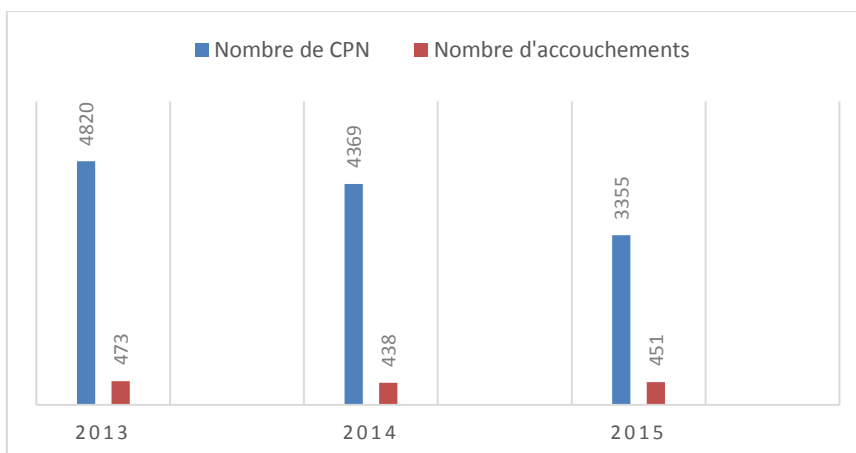
Source : Réalisé à partir des données de la recherche, janvier 2016.

En sommes, la maternité du centre de santé de Gbégamè dispose de 08 agents dont 05 agents spécialisés (sages-femmes) et 03 filles de salle. Ce qui veut dire que le nombre de personnels disponible ne répond pas aux normes de l’OMS (25 pour 10.000 habitants), cité par le Ministère de la Santé (MS, 2013). Ce qui est susceptible d’engendrer des situations de déviance et de « normes pratiques » telles que évoqué par Olivier de Sardan.

Dans le rang des sages-femmes, une responsable est désignée pour coordonner les activités de la maternité. La CPN est assurée par la responsable du service. Toutefois, celle-ci est accompagnée par la fille de salle qui est de garde ; c’est elle qui apprête les patientes pour leur examen. La CPN assure le suivi des grossesses : son évolution, à travers les examens et soins médicaux en cas de pathologie. La réalisation des accouchements est faite par la sage-femme de garde suivant une rotation. Les filles de salles appelées aides-soignantes ont en charge, l’entretien régulier et quotidien du hall d’attente, de la salle d’accouchement, les salles d’hospitalisation et des matériels médicaux (manuel de procédure). Mais au-delà de ces acteurs cités, se retrouve le médecin chef du centre, qui assure la supervision de la maternité et des autres services.

Cependant, les données statistiques portant le nombre de consultation prénatal (CPN) et le nombre d’accouchements suivant les trois dernières années (2013, 2014 et 2015), présentent un tableau sombre. Voir le graphique 1 ci-après :

Graphique 1: *Statistiques CPN et accouchement au CS (2013, 2014 et 2015)*



Source : Réalisé à partir des données statistiques, Cotonou 6, mars 2016.

Le graphique montre que les CPN sont largement supérieures au nombre d'accouchements assistés à la maternité de Gbégamè. De 2013 à 2015, le nombre de CPN chute progressivement. De plus, les accouchements réalisés sont très faibles par rapport au nombre de CPN enregistrées (soit une moyenne de 10%). Mais, ce nombre reste relativement stable. Cette situation interpelle la responsabilité des acteurs car, cela traduit l'existence d'un problème. Pour les agents, cette situation trouve son explication dans les référents culturels. A l'unanimité, les 9 agents rapprochés affirment que c'est parce que ce sont les femmes « *tomenu* » (« étranger » en français qui fréquentent le plus la maternité. Ces groupes socioculturels « préfèrent rentrer chez eux pour accoucher ». Mais, du point de vue des anciennes femmes usagers, le discours porte une autre image. En s'appuyant sur les réponses données par 47 femmes anciennes usagers et femmes non usagers au sujet de la faible fréquentation de la maternité du CS Gbégamè, le tableau V suivant nous renseigne ce qui suit :

Tableau V: *Perception sociale de la sage-femme*

Réponses	Nombre de réponses	Proportion (en %)
« Les agents de santé ne font pas de bon travail »	41	87
« Je vais dans une clinique comme j'ai les moyens »	04	09
« Ce sont les agents qui nous sauvent »	02	04

Source : Réalisé à partir des données de la recherche, décembre-mars 2016.

Comme le montre le tableau V, 41 informateurs, soit 87 %, affirment que les agents de santé du secteur public ne font pas de bon travail : « elles négligent les femmes, elles crient sur les femmes, ce sont des voleuses, elles laissent le travaillent aux aides-soignantes,... ». Ce discours porte le germe d'un problème qui se pose repose sur les agents du point de vue des femmes anciennes usagers. Sur les 47, il y a 4, soit 9 %, qui

affirment qu'elles ont les moyens pour aller dans les cliniques pour se prendre bien en charge. Là aussi, se confirme le problème sur les agents selon. Malgré le coût réduit de prise en charge (de soins) dans les hôpitaux publics, les patientes préfèrent aller dans les centres privés pour se faire soigner et bien, à la mesure de leurs moyens. Pour cause l'accueil n'est pas bon. La parturiente qui vient en situation de détresse et d'angoisse se voit confronter à d'autres soucis tels que le mauvais accueil, la non prise en compte des préoccupations. Une femme usager affirme à cet effet : « On te dit que tu n'as rien ; c'est la paresse, alors que toi tu es venue avec des malaises pour avoir de solution ». Par conséquent, les maternités publiques comme celle du CS Gbégamè se vident de patientes pour leur délivrance.

Au regard de tout ce qui précède, il est à noter que beaucoup d'informations restent à rechercher pour comprendre le tableau que présente l'état des lieux sur la maternité du CS Gbégamè. Mieux, le bref aperçu sur l'image que portent les anciennes femmes usagers sur la sage-femme du CS Gbégamè projette encore sur les pratiques de corruption. Déjà, dès les premiers jours de la recherche de terrain, l'agent de sécurité donnait ses conseils : « si tu vois ou si tu entends quelque chose à la maternité là, considère que tu n'as rien vu et rien entendu. » Ce message fort expressif est révélateur de beaucoup de pratiques déviantes et corruptives. Ces pratiques de corruption se retrouvent dans tout le processus du suivi de la grossesse et s'enracinent au stade de l'accouchement des parturientes. Le passage suivant présente les pratiques corruptives recensées.

3.2. « La corruption quotidienne » à la maternité du CS de Gbégamè

3.2.1. La première visite : de l'ignorance des règles aux pratiques corruptives

Comme tout nouvel usager du service public, la première visite place l'utilisateur à une position d'intrus. Car, il ne sait où va et à qui s'adresser. Seuls les usagers qui savent lire se retrouvent. Ainsi, l'analphabétisme et l'ignorance du protocole d'accès influencent le comportement des femmes usagers.

Au CS de Gbégamè où la présente recherche a été réalisée, les gestantes (femmes enceintes) qui arrivent pour leur première fois, sont « victimes » de la perte de temps.

Chaque jour passé sur le terrain a fait connaître 2 femmes venues pour la première fois et qui ne connaissent pas le protocole d'accès. Ainsi, elles arrivent, s'installent auprès de leurs prédécesseurs et attendent leur tour. C'est dans cette attente qu'elles prennent conscience de leurs erreurs. Il faut se mettre à jour. Pendant ce temps, elles ont déjà perdu un laps de temps qui ne saurait être rattrapé : l'attente devient donc longue ou plus longue (entre 2 à 3h d'horloge).

La première visite est aussi une implication au paiement répété à la caisse et à la pharmacie. La gestante ne sachant les éléments à payer, s'informe auprès de ses prédécesseurs qui lui indiquent où aller. Lorsqu'elle y va, elle devra payer 1800F CFA à la caisse pour sa première visite de CPN avant de revenir s'installer à l'attente. Pour tous les autres rendez-vous, la patiente devra payer à chaque fois 600F CFA. Certaines gestantes font des paiements répétés à la caisse sans possibilité d'être remboursées. Une fois encaissé, il n'y a plus de possibilité de se faire rembourser. C'est la loi de la comptabilité. L'agent de la caisse leur dit qu'elles l'utiliseront au prochain rendez-vous alors que cela n'est plus une nécessité pour les prochaines visites.

Dans le même contexte, des pratiques de vente sans reçu sont observées quelques fois. Cela se passe très tôt le matin, à l'ouverture de la pharmacie. L'agent évoque comme raison la lenteur de la machine. C'est à ce moment que cette dernière profite pour libérer certains produits dans son propre compte. Lorsque les femmes se présentent sans reçus à la maternité, ayant compris le jeu, les filles de salle tiennent informer la responsable de la maternité qui autorise ou non les activités. Ce qui traduit une implication des agents dans les pratiques. Les pratiques corruptives se poursuivent à la CPN.

3.2.2. L'accès à la CPN : le clientélisme comme stratégie de contournement

L'admission à la salle de consultation suit un processus d'accès. D'abord, lorsque les gestantes arrivent, chacune d'elles dépose son carnet suivant l'ordre d'arrivée. De ce fait, pendant que la fille de salle les apprête pour la consultation, elle attribue un numéro d'accès, que la patiente doit présenter à la salle d'examen. Malgré l'existence de ce protocole qui puisse rendre impossible le clientélisme, certaines patientes

arrivent à briser les contraintes, et ceci avec la complicité des sages-femmes. Les pratiques de contournement ont été observées sur le terrain.

En effet, les usagers qui bénéficient de ces avantages sont des personnes avec qui, les agents ont un lien de parenté, ou plutôt entretiennent un lien de sociabilité (amis et connaissances). A cette catégorie de patientes s'ajoutent celles qu'amènent les autres collègues agents de santé et les chefs du centre. Dans leur rang, il y a celles envoyées par les collègues d'autres services et les chefs hiérarchiques dont le médecin chef ou le coordonnateur. Comment se produit donc le mécanisme de contournement du protocole d'accès ?

Les entretiens réalisés avec les sages-femmes et les filles de salle sont explicites à cet effet :

Encadré 1: *Stratégie de contournement du protocole d'accès à la CPN.*

« Lorsqu'elles arrivent, on les fait passer par la seconde entrée situant à l'arrière (cette entrée tombe directement dans la salle de CPN et de la salle d'accouchement). Puis, on les fait entrer directement dans la salle de CPN. Après avoir causé un peu avec elle, on fait l'examen médical... Pour prendre leurs poids et la tension, cela se fait de façon inaperçue aux yeux des patientes en attente. Soit je l'amène moi-même auprès de l'aide-soignante et je lui dis 's'il te plaît, il faut m'aider à prendre le poids de cette dame', ou moi-même je le fais, en amenant la dame au hall d'attente et je lui dis de monter pour que je prenne le poids. Autrement je demande à l'aide de m'apporter le pèse poids, je le fais et elle ramène ça à sa place. Ainsi, le jeu est terminé. »

Source : Mme S., sage-femme, janvier 2016.

Au regard de cette illustration, il faut retenir tout simplement que toute relation sociale est une relation de pouvoir. C'est ce qui transparaît dans ces propos cités. Les règles d'admission à la CPN ne peuvent éliminer les pratiques de clientélisme en faveur de certaines patientes. Puisque les règles sont définies par les agents, leur contournement

ne constitue pas un souci pour aboutir à leur résultat. Ce qui favorise l'acte est que la parturiente a déjà appelé la veille l'agent avant de venir aux soins. Le rendez-vous est donc pris. La sage-femme est déjà avertie, la parturiente sait quelle attitude avoir une fois arrivée au centre. Elle passe par la seconde entrée que l'on connaît bien pour ces patientes.

A propos des identités attribuées dans ce document aux agents, à savoir Mme S., Mme L., Mme T. etc. aucune d'elles ne répond à un diminutif du genre. Cette formule a été choisie pour différencier leurs identités. L'identité des agents est donc anonyme dans les informations personnalisées.

Par ailleurs, il faut noter que lorsque les collègues demandent un service, encore moins le chef, l'agent ne peut pas refuser. On se hâte de le faire. Car, on peut se retrouver dans la posture du demandeur de service d'un jour à l'autre auprès des autres collègues du centre. Ainsi, la quête des informations a permis d'observer que le chef service de la vaccination, le major, le médecin chef amènent des patientes à la maternité. Quand ils arrivent, c'est d'abord pour saluer le personnel ; ensuite, la sage-femme est appelée hors de la salle d'examen. Après échange, la sage-femme retourne au poste de travail. C'est après cinq à dix (5 à 10) minutes la nouvelle patiente arrive. Elle s'installe à l'écart puis, après une quinzaine de minutes, une fille de salle vient demander d'après la dame envoyée par le médecin chef. Pour un premier appel, la fille de salle fait son devoir et la met de nouveau à l'écart. Après 30 à 45 min, la sage-femme la reçoit pour l'examen tout en faisant passer par la seconde entrée. Ainsi, lorsqu'on a un parrain ou une marraine pour ses séances de CPN, la durée de l'attente varie de 45 min à 1h d'horloge. Dans le cas contraire, la gestante passe 1h 30min à 3h d'horloge ou plus, à l'attente selon qu'elle est arrivée tôt ou tard.

Il faut retenir tout simplement que toute relation sociale avec l'agent est une relation de pouvoir. Ainsi, le clientélisme développe une forme de discrimination proscrite par l'article 3.4 du code de déontologie et d'exercice des sages-femmes. Le clientélisme favorise les bénéficiaires car, elles gagnent en matière de temps et parfois sont exemptes de paiement à la caisse. C'est le cas d'un couple suivi un mercredi matin. Le couple est arrivé à la maternité et a fait son entrée par la seconde entrée. Celle-ci s'est

confiée en affirmant que la sage-femme est sa tante. Elle devrait faire sa première CPN. Aussitôt arrivée, elle a été prise en charge pour la CPN. Pendant ce temps, il y avait une quinzaine de femmes au hall qui attendent leurs tours. La sage-femme l'envoie payer le carnet. Arrivée à la caisse, on lui réclame 1800F CFA au lieu de 100F CFA, les frais du carnet. N'ayant pas compris, elle est revenue vers sa tante qui a ordonné de dire à l'agent de la caisse que c'est elle qui l'envoie prendre juste un carnet. C'est à ce moment qu'elle a pris le carnet à 100F CFA. En fait, pour la première CPN, l'agent devrait encaisser 1800F CFA y compris le carnet et tous les accessoires. Mais comme c'est la tante qui est la sage-femme, elle est dispensée de tout sauf le carnet car, on devra y inscrire les informations. Ainsi va le service public au service de la population. Il faut connaître quelqu'un pour bénéficier des avantages y afférents. Ces pratiques de contournement se rapportent à des « logiques de courtage » et favorisent ces catégories de clients. Mais cela n'est pas sans retour, les dons exprimés par les usagers compensent ce clientélisme.

3.2.3. Du don de l'utilisateur/client au « privilège »

La corruption en milieu sanitaire se construit et s'entretient aussi fort dans la consolidation des rapports de sociabilité entre agents et usagers. Ces formes de sociabilité sont, très tôt inscrits, par Olivier de Sardan (1996), dans les « logiques du cadeau » qui participent et accélèrent les pratiques de corruption. Dans le cadre de cette recherche, les différentes formes de sociabilité ont été observées et analysées. Dans cette perspective, les dons en nature (vivres, boisson) et/ou en espèce (argent) à l'agent, sont porteurs de sens.

D'abord, cette pratique se crée sur la base d'une relation de parenté. Ici, l'une des variables qui influencent ce fait est l'appartenance à un même groupe socioculturel. C'est le cas d'une gestante rencontrée, qui parle Yoruba avec l'une des sages-femmes de la maternité. Ainsi, pour l'une comme pour l'autre, « c'est ma sœur ». Mais en fait comment cette relation est-elle fondée ?

La recherche permet d'affirmer que le don recouvre ici la marque de confiance du couple usager à cette sage-femme. C'est le cas de madame M., une patiente vientde Bohicon pour faire suivre sa grossesse à la maternité du CS de Gbégamè. Pourquoi ne

peut-elle pas faire le suivi de la grossesse à Bohicon ? En répondant à cette question, elle affirme c'est parce que son mari travaille à Cotonou. De plus, affirme-t-elle, « j'ai une sœur sage-femme ici dans cet hôpital qui travaille habituellement pour moi ». Ainsi, elle vient chaque mois à Cotonou pour ses rendez-vous avec la sœur sage-femme. Ce qui a retenu l'attention sur cette dame est que ce lundi 4 janvier, elle était venue à la consultation et, à cette occasion, elle a apporté un cadeau de fête à la sage-femme. Peu de temps après, lorsque son mari est revenu, celui-ci a été rapproché. Lorsque le mari avait été également abordé au sujet du suivi de la grossesse à Cotonou au lieu de Bohicon, celui-ci répond : « C'est parce que je travaille ici... et c'est dans cet hôpital qu'elle a fait cette première fille que je garde dans mes bras. Pour la deuxième grossesse, elle a fait fausse couche (pas dans cette hôpital). A cause de ça, je lui ai dit de venir ici pour qu'on la suive correctement. En plus de ça, on a une sage-femme qu'on connaît bien et qui la suit ici ».

De ce fait, le don de cadeau de fête fait à la sage-femme par le couple (Comme cette dame qui vient de Bohicon, apportant du « *lio* », une forme de patte de maïs), porte le signe de la confiance que le couple place en la « sœur », la sage-femme. Etant donné qu'elle est une sœur, elle doit aider le couple à éviter de nouveau une fausse couche connue précédemment. A son tour, pour manifester sa satisfaction la sage-femme a fait appel à l'époux. Ainsi, ils se sont entretenus à la salle de garde. Quelques paroles se faisaient entendre de la sage-femme pour rassurer le mari qu' « il n'y aura aucun problème avec la grossesse par la grâce de Dieu ». Cette forme de personnalisation des relations avec le personnel de santé est constante en Afrique, affirme Jaffré (1999) et permettent aux femmes de choisir « leur » sage-femme. Dès lors, la sage-femme est soumise au principe de redevabilité du don chez Mauss (1924). Le couple fait ses dons pour espérer que la sage-femme fasse de bon travail pour satisfaire leur attente. Et la sage-femme garantit un bon service en rassurant le couple.

Le don à l'agent se manifeste aussi, et souvent à l'occasion des accouchements assistés. En effet, toutes les sages-femmes intervenant à la garde ont avoué recevoir des dons de boisson (de préférence) de la part des accompagnants ou des parturientes. A défaut d'offrir de boisson, d'autres leur font des dons en espèce de 1000F, 2000F,

3000F, 5000F ou même 10000F CFA. Le partage des soldes dépend de l'équipe de garde (sages-femmes et filles de salle, janvier et février 2016).

Encadré 2: *Partage des fruits de rançonnement par l'équipe de garde A.*

« Si la somme peut faire jusqu'à 5000F CFA, comme la garde se fait avec une aide-soignante, on se partage : je donne 2000F CFA à l'aide-soignante et je garde les 3000F CFA. Si le montant est moins, comme 2000F CFA, on peut se le partager 1000F CFA. »

Source : Sage-femme S., entretien de 23 janvier 2016.

Pour une autre équipe, l'aide-soignante déclare :

Encadré 3: *Partage des fruits de rançonnement par l'équipe de garde B*

« Je ne connais pas pour les autres, mais la sage-femme avec qui je travaille, quel que soit le montant obtenu des dons, elle fait le partage de façon équitable. »

Source : Mme S. fille de salle, entretien du 11 février 2016.

En outre, elles ont toutes affirmé qu'elles ont honte de réclamer une récompense de l'usager. C'est l'usager qui manifeste le désir à leur offrir quelque chose, qui le fait selon ses capacités. Et pourtant, il est toujours entendu dire par les sages-femmes « ...l'argent de bissap, de sucrerie ou de beer, ou encore l'argent de l'eau fraîche... » Ce sont des formules qui définissent les stratégies de « rançon » utilisées pour réclamer leur récompense auprès de leurs clients. En abordant la question de la rétribution des matrones en milieu rural nigérien, Olivier de Sardan, Moumouni et Souley (1999) font constater que les rétributions « vont de 100F CFA à 1000F CFA,

sans compter le don éventuel de mil, de savon, et de viande le jour du baptême. » (Olivier de Sardan, Moumouni et Souley, 1999 : 15). De ce point de vue, le don à l'accoucheuse est un fait culturel. Et c'est pour corroborer avec ces derniers que Doucin (2005) postule que les traits culturels dans les sociétés africaines participent à la persistance de la corruption. Recevoir un don du client selon sa motivation, ce n'est donc rien. Cependant, il s'agit ici des agents formés par l'Etat et qui sont recrutés et payés pour leur service. Mieux, l'article 5 du code de déontologie des sages-femmes, en ses alinéas 2, 3 et 4 interdisent : « tout partage clandestin d'argent entre praticiens, toute acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque, et tout avantage matériel injustifié et illicite à la patiente ». Au-delà d'un simple don motivé par l'accompagnant, les sages-femmes réclament « les gestes » sous ces formes su citées (argent de l'eau fraiche, argent de la beer, etc.). Dans cette condition, le don est qualifié de privilégisme des agents, selon Olivier de Sardan (2007). Car, la quête des avantages du métier d'accoucheuse prend, à cet effet, une dimension plus exigeante. Ainsi, par opposition à ces démarches précédentes qui consistent aux usagers à faire un don à l'agent, c'est qu'il y a des agents qui réclament le don auprès des usagers avec une stratégie plus exigeante. Si l'utilisateur ne le fait pas alors l'agent qui attendait le geste en vain, le réclame. Cette pratique a été observée à la maternité. Une parturiente avait été accouchée par la sage-femme Mme L. avant cette matinée de lundi. Revenu au centre, le mari est allé voir la sage-femme à la salle de garde pour faire libérer sa femme et le bébé. La sage-femme lui dit ceci : « Depuis que tu as un bébé, tu ne m'as rien donné, même 500 ou 2000. Tes amis là, eux, ils donnent jusqu'à 13000 ». Cela suppose qu'elle peut rançonner ses clients jusqu'à la hauteur de ce montant. Et pourtant, elle est payée par l'Etat pour l'exercice de sa profession. En réaction à cette réclamation, le sieur s'est expliqué qu'il avait plus d'argent. Mais, avant de sortir de la salle de garde, la sage-femme lui a vendu une plaquette un médicament (fer) à 500F CFA pour sa parturiente. Comment se fait-il que la sage-femme vend un médicament alors que les médicaments se vendent normalement aux clients à la pharmacie du centre ? Il faut comprendre que, comme l'utilisateur n'avait pas de l'argent à lui donner, la meilleure manière de lui soutirer de l'argent, c'est de le faire payer le médicament.

De la même manière, la fille de salle Mme U. ne se laisse pas en marge de ce rançonnement. Etant allée retirer le cathéter à la parturiente, femme de ce monsieur, elle demande à son tour l'argent du coton : « l'argent de coton, je n'ai pas encore pris ! ». En réaction à cette interjection, les deux dames ont poussé un sourire au même moment et la parturiente lui donne les pièces qu'elle avait encore sur elle. Par conséquent, tel on voit son chef extorquer les usagers, la fille de salle fait de même en réclamant l'argent de coton utilisé pour retirer le cathéter. A une occasion d'entretien, cette même dame, la fille de salle U. a évoqué que ce sont les femmes elles-mêmes qui achète le coton pour la toilette du bébé et pour les autres soins. De ce point de vue, elle ne devrait pas réclamer « l'argent du coton ». Et mieux une sage-femme affirme que :

Encadré 4: *Explication d'une sage-femme sur l'achat de coton*

« Le centre leur offre 3 rouleaux de coton à la maternité chaque mois, mais cela ne suffit pas. C'est pourquoi on leur demande aux parturientes de payer le coton pour l'accouchement. »

Source : Sage-femme S., entretien du 15/02/16.

Considérant cette clarification de l'agent, la fille de salle ne devrait réclamer l'argent de coton.

Pour finir, la fille de salle a rapporté à la parturiente que son mari a dit qu'il n'a pas de l'argent pour donner à la sage-femme qui l'a accouchée. C'est à cette suite que la famille quitté le centre.

Les occasions de rançonnement n'échappent guère aux agents, il faut profiter, et vite pour que les gens ne voient pas ou qu'ils n'en sachent rien. Tout se joue dans les étapes du processus du traitement médical, l'étape de l'accouchement où la sage-femme cherche toujours à gagner son bénéfice quotidien.

3.2.4. Comment gagne-t-on son « bénéfice quotidien » en tant que sage-femme et fille de salle ?

Pour avoir des bénéfices quotidiens en tant que sage-femme et en tant que filles de salle, les réalités sont différentes. Les bénéfices proviennent des soins réalisés au service. Ces traitements prennent en compte les gestantes malades : il s'agit là des tests de grossesse, le traitement de paludisme chez les femmes enceintes, le traitement des anomalies constatés sur l'évolution de la grossesse, le traitement des malaises non favorables au bon développement du fœtus, et surtout les accouchements. Après le diagnostic réalisé par la sage-femme, c'est la fille de salle qui fait le traitement. Elle fait tout, mais c'est la « chef » encaisse les sous de traitement. Pour preuve, une fille de salle affirme :

Encadré 5: *Soupçon de discrimination des filles de salle*

« En tant que fille de salle, nous sommes les serviteurs des sages-femmes. Ce sont elles qui prennent l'argent. Ainsi, on ne peut pas savoir combien elles prennent. On ne peut pas aussi leur demander non plus combien elles ont encaissé pendant la garde. »

Source : (Mme S., fille de salle, février 2016).

Ces propos de la fille de salle posent un autre problème, celui de « la marginalisation » des filles de salle. Et pourtant c'est en collaboration avec elles que se font les soins.

A l'occasion des accouchements, les opportunités de bénéfice s'ouvrent à l'agent. Se rapprochant d'une sage-femme, elle explique comment les opérations se produisent :

Encadré 6: *Détournement et vente des médicaments aux patientes.*

« ...Il y a par exemple un médicament qu'on appelle « synto », qu'on utilise pour la femme pour lui donner l'envie de bien pousser pendant l'accouchement. Le médicament est administré à la femme après le déclenchement du travail d'accouchement. Il ne coûte pas que 4500F CFA, donc moins de 5000F CFA. Il contient trois ampoules. Pour une femme on utilise au plus deux ampoules ;

sinon, c'est une seule dose normalement. Ainsi, quand on utilise une ou deux ampoules à la femme, on garde le reste et on revend ça à 1500F CFA la dose à une autre. On dit à aux accompagnants que le médicament ne se retrouve pas vite dans les pharmacies ; mais il y a pour quelqu'un ici qu'on peut utiliser et ils vont donner l'argent pour qu'on puisse payer le produit à sa place. C'est comme ça on trouve un peu de bénéfice. »

Source : Mme S., Sage-femme, 15/02/16.

Comme cela peut se faire voir aisément, cette pratique est simple et rapide. Il faut sauver l'enfant qui veut sortir, ainsi, les accompagnants acceptent et donnent l'argent. C'est illégal et illégitime, et pourtant ce sont ces pratiques qui se font pour avoir des bénéfices quotidiens. La description de ce fait montre que, même la parturiente ne peut s'en rendre compte. Car, le travail d'accouchement étant enclenché, celle-ci n'a connaissance de rien. Mieux, l'accompagnant n'est pas autorisé à entrer dans la salle d'accouchement. Ainsi, tout se joue là.

Les dons obtenus des accompagnants ou des parturientes elles-mêmes sont partagés entre agents. Mais, c'est la sage-femme qui donne ce qu'elle veut à la fille de salle. S'il y a eu de travail pendant la garde, la fille de salle a tout au moins la garanti de « l'argent de l'essence » qui est 1000F CFA. Au cas où la garde n'a pas été bonne, elle n'obtient rien ; « ces cas sont rares, mais cela arrive », affirme Mme O. une fille de salle.

Les soins médicaux aux patientes sont destinés à l'agent spécialisé et la fille de salle assure l'entretien de la maternité. Mais souvent, les rôles sont laissés à l'autre.

3.2.5. S'abstenir de jouer son rôle et le faire exercer par un autre

A ce niveau, il s'est agi de s'interroger sur les rôles exacts attribués aux filles de salles. Suivant les deux catégories d'agents intervenant à la maternité, il y a la sage-femme qui est l'agent spécialisé et la fille de salle, l'agent non spécialisé, qui ne peut exercer une tâche ou une activité médicale. La fille de salle vient apporter son aide à l'agent spécialisé ; ce qui lui fait valoir l'appellation populaire de « l'aide-soignante ». Certains traitements comme l'administration des perfusions et les soins médicaux

prénatal et postnatal ne doivent être laissés aux filles de salle. A cet effet, une fille de salle affirme :

Encadré 7: *Discrimination des filles de salle.*

« Nous, on fait le travail des patrons, et on prend de pauvres salaires. Par exemple, pour les soins spécifiques, c'est elle qui prend l'argent, on ne sait pas combien elle prend et on ne peut pas la contrôler pour vérifier. C'est eux les chefs, nous nous sommes des serviteurs pour elles. A la fin de la garde, c'est ce qu'elles nous donnent qu'on prend »

Source : Mme S., fille de salle, février 2016.

Cette illustration pose le problème du statut particulier des « aides-soignants » au Bénin. Au niveau de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), la recherche n'a pas abouti, quitte à avoir un texte qui régit le corps des « aides-soignantes ». Envoyé à la Direction de la Santé Infantile et Obstétricale (DSIO), il a été révélé que le texte concernant le corps des aides-soignantes est en cours d'élaboration. Etant donné que ce texte n'est pas encore publié, il était impossible d'y avoir accès. Par conséquent, il faut noter que l'absence de texte précisant le statut particulier des aides-soignantes est fonction des pratiques corruptives en milieu sanitaire.

Par ailleurs, en prenant connaissance du tableau d'affichage, indiquant les tâches attribuées aux filles de salle à la maternité, il est mentionné que les « aides-soignantes » ont la charge de « l'entretien de la maternité ». De façon spécifique, il s'agit pour les filles de salles de faire le « faubinage de la salle d'accouchement et de dilatation, faubinage de la salle de garde, du couloir, les salles d'hospitalisation et les terrasses, tous les matins ». De plus, elles devront assurer le « nettoyage des portes, fenêtres, carreaux, couloir, rideaux, bureaux » et procéder au « ramassage des boîtes de sécurité et au vidage des poubelles » ; etc.

Pendant les travaux de terrain à la maternité du CS de Gbégamè, les filles de salle exercent leurs tâches. Toutefois, un fait retient l'attention, au sujet du nettoyage du hall d'attente des gestantes. Il a été observé que les femmes gestantes venues en consultation font le balayage du hall d'attente. Pour les deux premiers cas constatés, la fille de salle a ordonné aux dames, sur un ton autoritaire : « Eh... toi, prend le balaie derrière la porte pour balayer le couloir ». Pour un autre cas, c'est la responsable du service de la maternité, elle-même, qui a instruit la fille de salle de remettre le balaie à l'une des femmes pour balayer le hall d'attente. Cette pratique fait le quotidien des acteurs. Mais la question qui se pose est de savoir pourquoi demander l'exécution d'une telle à un usager considéré comme « client » ? A cet effet, lorsque l'une des gestantes a été rapprochée, celle-ci affirme :

Encadré 8: *La sage-femme perçue comme détenteur de pouvoir absolu.*

« Si tu ne fais pas et si elle dit ça à la sage-femme et on refuse d'examiner ma grossesse ? Comment vais-je faire ? Moi, je n'ai pas de l'argent pour aller dans un centre de santé privé. Et puis, je fais le balayage chez moi, ça ne me gêne pas de le faire »

Source : Mme H., janvier 2016.

Par la même occasion, une fille de salle a été interviewée. Celle-ci affirme : « Normalement, c'est notre travail, c'est à nous, aides de le faire. Mais c'est toujours elles qui salissent l'espace et elles laissent ça à leurs bonnes. »

A travers ces propos, il est perceptible que l'agent fait usage de son statut de soignant pour obtenir un service des femmes. En aucun cas, la fille de salle ne devrait pas commander l'accomplissement de cette tâche à une gestante/client. Car, c'est son travail, c'est à elle de faire cette tâche puisqu'elle est payée pour cela. Mais il faut voir que cette attitude est stimulée et encouragée par les responsables.

CHAPITRE IV : LA PERCEPTION SOCIALE DE LA CORRUPTION DANS LE SERVICE DE LA MATERNITE DU CENTRE

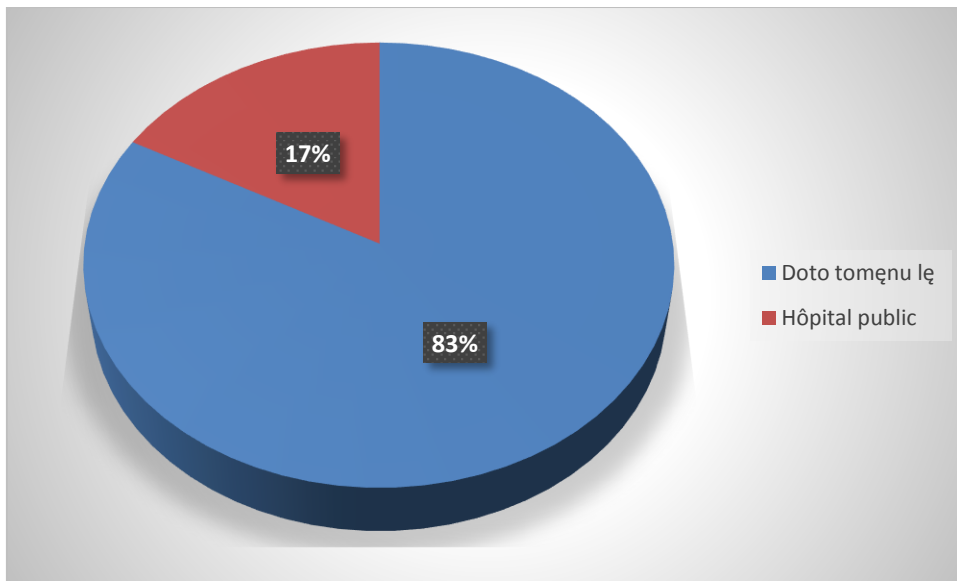
4.1. Les stéréotypes liés au CS Gbégamè, Cotonou 6

Les stéréotypes enregistrés constituent l'un des matériaux d'analyse sociocritique basée sur les soupçons. Ces soupçons sont relevés des discours recensés auprès de la population.

Du discours populaire « *doto xwé e do amangati sa* », entendu par « hôpital situé sous le manguier » le centre de santé fait objet de quelques clichés dans le rang de la population riveraine, en particulier les anciens usagers. En effet, la dénomination « *doto xwé e do amagati sa* » est une appellation qui définit un stéréotype sur le centre de santé Gbégamè. Pour les personnes non usagers, le CS de Gbégamè est un « hôpital où les agents de santé ne font pas une bonne prestation de service » ; « hôpital où les agents vont se reposer » ; « centre où les agents abandonnent les malades la nuit et sortent » ; « un service de santé où les agents ne s'intéressent qu'à l'argent »... De ces points de vue, le centre de santé est reconnu comme un foyer de « corruption quotidienne » dans un milieu sanitaire. Il devient ainsi pour les anciens usagers un espace qu'il faut éviter de fréquenter. Car les expériences anciennes connues ont laissé une image plus ou moins obscure aux acteurs. Par conséquent, ceux-ci sont susceptibles d'influencer la clientèle. A cet effet, une ancienne accompagnante affirme : « je ne pourrai jamais conseiller un proche ou tout autre personne d'y aller pour faire le suivi une grossesse ou pour accoucher. » En ce sens, les stéréotypes constituent ce que Becker (1985) appelle « clichés » qu'applique la société à l'« étranger » déviant. Ici, les sages-femmes ne sont pas considérées comme étrangères à la société, mais, elles portent les « clichés » d'agents « voleurs », d'agents « paresseux », d'agents « grévistes qui ne travaillent pas et qui réclament toujours de primes de travail », etc. Si donc l'espace public que représente un centre de santé publique, est considéré comme un espace à éviter, cela porte atteinte à l'efficacité du service public.

Une autre dénomination qui retient davantage l'attention du chercheur, c'est une expression le plus souvent utilisée par les personnes non usagers et les anciens usagers du centre. Voici ce qui découle des discours des anciennes femmes usagers et des non usagers.

Graphique 2: Cliché appliqué au CS Gbégamè



Source : Réalisé à partir des données la recherche, décembre-mars 2016.

Sur 47 informateurs non usagers et anciens usagers, 39 informateurs, soit 83% contre 17%, ont utilisé l'expression : « *tomènu lè si doto wè ou doto tomènu lè wè* ». Ce qui signifie « l'hôpital des étrangers ». Et pourtant un service public n'est ni réservé étrangers ni aux autochtones. Ici, les « *tomènu* » sont les immigrants du Niger, du Burkina, et autres pays de l'arrière-pays vivant à Cotonou. A ceux-ci sont associés les béninois venus du septentrion. Il s'agit entre autres des *Haoussa, Zarma, Dendi, Bariba, Lokpa, Kabiyè, Kotocoli*, etc. Mais pourquoi donc attribuer une telle dénomination à un centre de santé public ?

La curiosité a consisté dans un premier temps à faire une observation à cet effet. L'exercice a été fait deux fois dans la semaine pendant trois semaines. Il s'est agi d'identifier les femmes porteuses de voile, usagers de la maternité. Le port du voile détermine les femmes musulmanes, lesdites *tomènu*. Mais en réalité, pour une

première fois, sur 29 patientes enregistrées entre 7h 30 et 11h, dix (10) femmes porteuses de voile sont identifiées. Pour une deuxième fois, entre 8h et 14h, sur 32 femmes, 08 femmes usagers ont porté le voile. Dans un second temps, il a été question de faire un dépouillement statistique des dossiers des gestantes pour connaître leurs appartenances socioculturelles. Le résultat de ce travail rapporte ce qui suit :

Tableau VI: *Groupes socioculturels recensés à la maternité*

N°	Groupes sociolinguistiques	Effectifs enregistrés	Proportion (en %)
1.	Fon, Goun, Cota fon	149	37
2.	Dendi, Lokpa, Kotonoli, Pilapila, Kabiyè, Natimba, Bariba, Peulh	95	24
3.	Haoussa et Zarma	52	13
4.	Yoruba, Nagot, Ani	38	10
5.	Mina	37	9
6.	Adja, Pédah, Sahouè	24	6
7.	Camerounaise, Malienne et Nigériane	4	1
TOTAL		399	100%

Source : Réalisé à partir des fiches de suivi des gestantes, février 2016.

En faisant donc le point des groupes socioculturels, il est remarqué que les groupes socioculturels Fon, Cota fon et Goun occupent la proportion la plus élevée (37%) contre 24% des groupes socioculturels de la région du septentrion du Bénin et 10% des Haoussa et Zarma. Mais, lorsqu'on associe la proportion des groupes socioculturels du Nord Bénin à celle des Haoussa et Zarma (24% et 13%), cela montre qu'il y a autant de « *tomènu* » que des *Fon, Cota fon et Goun*.

Par conséquent, il ne saurait être accepté que ce soient les « *tomènu* » qui fréquentent cette maternité. En outre, la maternité de Gbégamè est un service public dont l'accès de toute catégorie socioprofessionnelle et de tout groupe socioculturel est favorisé par les coûts réduits de traitement des populations. De ce fait, la dénomination « *tomènu* »

n'est qu'une image erronée appliquée avec succès au centre. Ce qui constitue une ouverture de recherche sur le champ pour une socio anthropologie de la corruption.

Si donc, « *doto xwé e do amangati sa* », le centre de santé des « *tomènu* » représente un stéréotype appliqué avec succès au centre, sur quoi se fonde leurs logiques ?

4.2. Des formes de pratiques socialement négociées

Entre l'agent (sage-femme) et la femme gestante, il s'entretient des rapports de solidarité qui induisent parfois des pratiques corruptives. Cela peut se retrouver dans toutes les étapes de suivi de la grossesse : des séances de CPN à l'accouchement, et même de la CoPN.

En effet, la CPN ne coûte que 1800F CFA pour la première visite de la gestante à la CPN. Ce montant sert à se procurer d'un (1) carnet (100F CFA), à payer les frais de la consultation (500F CFA), les gants (100F CFA), le thermomètre (500F CFA), et le spéculum (600F CFA). Pour tous les autres rendez-vous, la gestante payent 600F CFA dont, les frais de consultation (500F CFA), et 100F CFA les frais de gants. Ces frais sont payés à la caisse. Sauf les frais de l'abdomine sucre/sel (200F CFA) qui sont payés à la maternité au niveau de la fille de salle qui apprête les femmes pour leur examen médical. Mais, pourquoi ces frais sont payés à la maternité contrairement aux autres frais payés à la caisse ?

A cette question, les filles de salle n'ont pas voulu donner de précision : « c'est comme ça on prend ça ici » affirme Mme S. une fille de salle. Voulant apporter plus précision, dame O., une autre fille de salle, affirme que « ce sont les chefs qui l'ont établi ainsi, nous on n'en sait rien ». Mais il est observé que, chaque fois qu'elle est en fonction, celle-ci reste très vigilante sur le paiement des 200F CFA. D'ailleurs, elle disait un jour aux gestantes dans le hall d'attente : « qui travaille dans l'hôtel vit de l'hôtel ». Une autre fille de salle arrive à relever qu' « il y a une part des sous du test de l'urine qui est versée à la caisse et la seconde part reste ici » (fille de salle U.). De ce point de vue, la question a été poursuivie au niveau d'une sage-femme. Il s'agit en fait d'une stratégie définie par les responsables du centre pour apporter leur contribution au soutien de l'équipe de la maternité. Pour ce faire, « le centre fournit le test d'abdomine

sucre/sel et dès que la boîte est utilisée, un pourcentage est versé dans la caisse du centre et on garde le reste ici ». Les agents n'ont pas voulu donner la précision sur le montant laissé à la maternité et ce à quoi cela sert. A travers, cela, il faut noter la pertinence de cette participation des responsables du centre à réduire les pratiques corruptives. Ainsi, ce pourcentage obtenu des tests de l'abdomine sucre/sel leur est laissé « pour les encourager dans leur travail », affirme l'un des responsables du centre.

Mais, est-il nécessaire de motiver ainsi les agents ? Toute motivation est orientée vers un but, c'est à dire un résultat auquel l'individu veut parvenir. Il faut motiver les agents ; mais alors, quelle serait la pertinence d'une motivation si les agents sont rémunérés par l'Etat avec leurs salaires et les différentes primes qu'ils perçoivent ?

La question de négociation de pratiques entre agents et usagers se retrouve dans les cas où la patiente ne dispose pas des moyens pour la CPN, pour les soins et pendant les accouchements.

En effet, les séances de CPN sont sujettes à des soins nécessaires lorsque l'agent fait un Test de Diagnostic Rapide du paludisme (TDR) qui s'avère positif. Les soins sont en fait gratuits, selon les subventions de prise en charge des femmes enceintes au Bénin. Et pourtant, les sages-femmes perçoivent toujours un montant à la suite de ces soins. A ce sujet, lorsqu'il a été demandé à l'une des sages-femmes d'apporter une clarification à cela, elle affirme :

Encadré 9: *Discours d'une sage-femme soupçonné de corruption.*

« Le traitement du paludisme chez la femme enceinte dans les maternités publiques au Bénin est gratuite ; c'est ce que YAYI Boni a décidé. Maintenant, ne cherche plus à savoir ce qui se passe encore en dessous »

Source : Mme L., sage-femme, février 2016.

Ce sont des propos qui laissent beaucoup de non-dits. Toutefois, une sage-femme a révélé que lorsque la gestante ne dispose pas d'assez de moyens financiers pour se faire consulter, ou pour faire face aux soins, celle-ci demande l'aide auprès de la sage-femme afin de suivre son traitement. De ce fait, la sage-femme se fait rembourser plus tard. C'est le cas de Mme G. qui n'a pas pu payer deux fois les frais de CPN et de soins. Comment a-t-elle donc fait pour s'en sortir, elle avoue avoir expliqué à la sage-femme qu'elle n'avait pas les sous, et mieux son époux était en voyage. Dans un premier temps, la sage-femme a refusé de la traiter mais au finish, elle a administré les soins parce qu'elle a compris que « je n'ai pas l'argent, et je ne peux pas aller voler si je n'en ai pas ». Mais cela n'est pas resté sans retour car, le jour de l'accouchement, le mari avait été interpellé à propos des sous dus. Ainsi, il a remboursé ces frais. Jusqu'à ce niveau, il ne saurait parler de corruption dans ces formes d'arrangement. Mais, la situation se révèle être corruptive, dans la mesure où le point financier présenté ne reflète pas souvent la réalité : la surfacturation du traitement. Une des sages-femmes avoue ceci « Parfois on augmente l'argent des soins pour avoir nos petits bénéfices... ». C'est dire donc que malgré le salaire et les primes que perçoit l'agent, la recherche de « bénéfice quotidienne » a son ancrage dans les habitudes professionnelles et non dans les besoins.

Les négociations entre agents et usagers se font constater beaucoup plus à l'occasion des accouchements. Les cas que connaissent les agents de la maternité du SC de Gbégamè sont en régression. En effet, les agents accueillent par moment des patientes qui viennent pour l'accouchement mais sans aucune trousse ni aucun sous. Dans cette condition, la négociation consiste à accoucher la parturiente avant l'arrivée de ses parents. C'est à leur arrivée que l'agent fait la facture aux parents pour le paiement. A ce sujet, l'agent confronté à des contraintes : certains parents ou accompagnants refusent de payer, ou bien rejettent la facture. D'autres, réussissent à s'en fuir la nuit avec le bébé. Pour cause, le client ou l'utilisateur juge la facture exorbitante, étant donné qu'il était absent. Une sage-femme affirme « ils pensent qu'on augmente la facture en notre faveur, c'est comme si on les rançonne ». Ce discours montre l'évidence des pratiques de rançonnement auxquelles les usagers en sont déjà avertis. Ce qui les amène à avoir de réserve aux factures.

Face au paiement de facture et aux engagements non tenus par certains usagers, de nouvelles méthodes sont utilisées par les agents pour faire face à ces contraintes.

Etant donné que les clients appliquent déjà le cliché de « voleuses », « rançonneuses » aux sages-femmes et fille de salle, une attitude générale est souvent développée. Il s'agit pour eux de s'abstenir à sortir immédiatement l'argent dès que les agents leur en demandent. Les agents elles-mêmes le savent et le comprennent bien. C'est pour cela une fille de salle affirme : « Ils pensent souvent qu'on veut leur prendre de l'argent, c'est à dire les rançonner et ils n'aiment pas sortir de l'argent ». En réaction à cette attitude, la sage-femme dit « Si vous ne faites pas vite, on va la référer au CNHU ou dans un autre centre plus spécialisé ». Quand l'accompagnant ou la parturiente elle-même entend cela, il/elle dit qu'il a gardé un peu de l'argent.

Comme cela peut se voir, les rapports entre usagers et sages-femmes à la maternité du CS de Gbégamè sont un ensemble d'enjeux et d'interactions. Chaque acteur cherche à gagner la partie sans rien perdre. Mais dans ce contexte, c'est l'agent qui en sort souvent gagnant. Car c'est l'agent, ici la sage-femme, qui offre les soins et l'utilisateur en est le demandeur. La santé n'a pas de prix, dit-on.

4.3. Témoignages des élus locaux au sujet des pratiques corruptives au CS Gbégamè

Le CS de Gbégamè dessert tout le 11^{ème} arrondissement de Cotonou. A cet effet, trois élus et conseillers locaux ont été rencontrés durant la recherche. Tous ces acteurs locaux gardent un regard défavorable sur le CS. Les premières impressions du chef quartier *Finagnon* rapportent ce qui suit :

Encadré 10: *Discours d'un élu local sur ses expériences connues.*

« La nuit, celle qui est de garde ne reste pas au service, elle sort tout en laissant les ventilateurs ouverts et les lampes allumées. On attend des heures, la fille de salle qui est là refuse de travailler en absence de sa patronne... Le coût de traitement est parfois énorme et tu ne reçois pas un bon traitement... lorsque tu

vas te plaindre au médecin chef pour signaler les absences au poste, les agents de santé nient le fait, ils rejettent l'accusation ; celle que tu as vue quand tu es arrivé la nuit dit qu'il ne t'a jamais vu, et que personne n'était venue au centre hier nuit. Elles se protègent entre collègues. Elles (les sages-femmes) ne veulent pas travailler. Les femmes du quartier vont et ce sont les mêmes critiques qu'on nous dit. L'accueil n'est pas du tout garanti comme dans les privées alors que pour le malade l'accueil est important, s'il est mal accueilli, cela peut agir sur sa santé. Le malade vient avec un problème et son problème devient deux ou trois : le coût de traitement dans le privée là où il va partir et la circulation/déplacement. »

Source : Mr D., Chef quartier Vodjè Finagnon, décembre 2015.

A travers ce discours de l'élu local, il faut noter que celui-ci relate les réalités que vivent les usagers du CS Gbégamè. Les informations rapportées sont conformes aux plaintes des anciennes femmes usagers et des femmes non usagers. Toute la période de la recherche de terrain a coïncidé avec les grèves depuis le mois de novembre 2015. Ainsi, après les services minimums, les agents préfèrent rentrer à la maison. Par conséquent, la maternité se retrouve vide. Des femmes arrivent, et ont dû se rendre d'autres ailleurs pour leur accouchement. Les grèves à longue durée deviennent donc un élément qui participe à la paralysie du secteur.

A la question de savoir pourquoi certains ménages préfèrent faire suivre leurs gestantes dans les hôpitaux privés, un conseiller local répond :

Encadré 11: *Soupçon au logique de salaire sans travail.*

« Cette question n'est plus à poser car, dans les hôpitaux publics, les agents ne travaillent pas. Ils ont leurs propres cliniques où ils envoient les clients... Les gens n'accordent plus d'importance aux hôpitaux publics parce qu'ils n'accueillent pas bien les gens et ils ne travaillent pas bien. Car, ils savent qu'ils seront payés chaque fin du mois par l'Etat, qu'ils travaillent ou non. »

Source : Mr A. conseiller local Houéyiho 1, février 2016).

Cette logique qui consiste à dire que « mon salaire est garanti que je travaille ou non » fait le quotidien des agents de CS publics. De ce point de vue, les usagers ne peuvent attendre de bonne prestation de service. Il vaut mieux aller dans les CS privé pour attendre la satisfaction de son besoin de santé. Dans cette condition, ce sont les patientes issues de familles pauvres qui en souffrent. Ainsi, une frange de la population est privée du droit à la santé qui est un droit d'intérêt général.

Un autre point de vue qui retient l'attention pendant l'entretien avec un élu local, est l'absence de respect de la hiérarchie. Celui-ci rapporte les propos d'une sage-femme : « si on m'enlève d'ici, on va m'envoyer ailleurs ». Ainsi, le nouvel agent qui vient fait quelques jours de bonne attitude et recommence aussi à présenter les mêmes tars. C'est comme s'il n'y a pas de sanction qui leurs sont infligées, affirme-t-il. De plus, ajoute-t-il, ce sont des gens qui ont des parrains ; elles sont protégées et le chef n'a pas de pouvoir sur elles. Les propos en *fongbé* tenus par agents retiennent l'attention : « *e si ñã mi a, e ye we pla mi wa fi a* », ce qui peut se traduire par « on ne peut pas me renvoyer d'ici », « est-ce lui qui m'a conduit ici pour me renvoyer ». Car il suffit que le parrain appelle le chef et la situation est réglée. « C'est un monde corrompu. » conclut-il.

Ainsi, le « parrainage » et le « marrainage » constitue une pratique qui encourage la corruption dans le secteur.

4.4. Les contraintes professionnelles à l'épreuve des sanctions

Comme évoqué plus haut, le CS de Gbégamè est soumis à la supervision d'un médecin chef. Selon le manuel de procédure du CS, celui-ci assure le bon fonctionnement des activités dans tous les services du centre. Pour ce faire, il doit parcourir les services pour faire les contrôles réguliers. Nouvellement affectée au CS de Gbégamè en 2014, Mme le médecin chef était arrivée pour relever le défis : « bannir la paresse, l'absence au poste de garde, l'injustice, la corruption, ... », tant annoncés avant son arrivée. Dans cette perspective, la rigueur était le cheval de bataille.

Encadré 12: *Quand le chef est sanctionné par ses collaborateurs...*

« Cette dame est très rigoureuse dans le contrôle affirme une sage-femme. Au début, elle venait même contrôler après minuit pour voir si on était au poste et savoir ce qui se passe », affirme une sage-femme. Mais, continue-t-elle, très tôt, on lui a fait ça. On a fait baisser le solde à la caisse : quand on prescrit les ordonnances aux femmes, on les envoie payer dans les pharmacies en ville. Elle était obligée de nous appeler et nous a suppliées pour qu'on n'envoie plus les clientes en ville pour payer les produits. C'est ainsi qu'elle a donc déposé les armes... »

Source : Mme S., sage-femme, février 2016.

Ce discours montre que le système est assez organisé dans les pratiques de corruption au point que le pouvoir du chef est affaibli par les collaborateurs. C'est aussi le lieu de remarque que le parrainage des agents fait son parcours. Telle l'assurance est garantie que « personne ne peut m'enlever d'ici ; et même si je pars d'ici je vais être affectée ailleurs ». Au lieu que ce soit les agents qui craignent la rigueur du chef, c'est plutôt le chef qui craint les sanctions de ses agents. Quel paradoxe ! Ce sont les réalités qui caractérisent le service public au Bénin.

Par ailleurs, les journées de supervision générale constituent des occasions de pressions des agents pour se mettre à jour.

Le lundi 18 janvier 2016, le CS Gbégamè a connu le passage d'une équipe de supervision. C'était le FBR, dénommé Financement Basé sur les Résultats. Contrairement à ce qui se fait habituellement, il a été observé que tout le personnel était présent au service bien avant 7h 30. Pour cause, il faut mettre les choses en ordre. De nouveaux rideaux sont placés aux entrées, les matériels médicaux sont mis à leur place. Mais, ce qui attire davantage l'attention, c'est que la sage-femme a animé une causerie avec les parturientes avant de commencer les examens de la CPN. La causerie portait sur « le lait maternel ». C'est un thème important qui vise à montrer aux parturientes que le lait maternel ne se conserve pas, ne se vend pas, et ne s'achète. Ce qui n'a pas été fait depuis décembre 2015 que la recherche a démarré. Mieux, cette

séance n'a plus lieu jusqu'à la fin de cette recherche (fin mars 2016). Il faut retenir donc que l'activité est inscrite dans le cahier de charge de la maternité mais ne se fait pas pour cause de la non disponibilité de temps et d'espace, a dit la responsable. Il fallait le faire ce jour-là, parce que l'équipe de supervision pourrait en tenir compte. Au-delà de cela, il est observé que les agents se sont prêtés des matériels, lesquels outils il faut avoir avant l'arrivée de l'équipe. Mais, pourquoi se prêter les matériels si le service n'en a pas ?

Cette question replonge dans un autre débat : celui de l'exercice de la profession. Est-ce de la débrouille dans la profession d'accoucheuse ? C'est dire que les choses ne se déroulent telles qu'elles devraient l'être. On le sait, mais on s'y plait comme tel. « On le fait parce que c'est comme ça on fait, et on se protège réciproquement ». C'est ce qu'on peut retenir de cette journée de FBR.

Autant les sanctions peuvent être la pression qu'exercent les agents sur leur chef, autant les pressions peuvent découler d'une erreur médicale commise. Ici, la sanction est morale. Les erreurs médicales n'engagent que l'agent soignant. Mais la situation n'est pas toujours ou souvent le cas. Le mardi 29 janvier 2016, aux environs de 8h 30, il a été réalisé un accouchement qui a fini par une hémorragie post-partum. La sortie de l'enfant s'est bien passée, la délivrance également a été effective. La cause de l'hémorragie était une déchirure qui s'est produite naturellement pendant l'accouchement. Ce qui a causé beaucoup de saignement de la parturiente tout juste après l'accouchement. La sage-femme accoucheuse n'avait pas su identifier plus tôt. En temps normal, la révision utérine à la fin de l'accouchement devrait renseigner l'éventualité des complications. Mais la sage-femme n'avait pas vu. Et c'est la sage-femme qui vient monter la garde qui a pu identifier la déchirure. L'accoucheuse a dû référer le sujet vers un centre spécialisé (le CNHU).

En cas de complication l'évacuation est évidemment le principal moyen de réduire la mortalité et la morbidité maternelle. Mais en fait, la situation vécue montre que la sage-femme accoucheuse a commis une erreur médicale à l'issue de l'accouchement. Mais celle-ci n'avait pas reconnu les faits comme tels. Car, les échanges entre collègues et accompagnants se déroulaient dans un ton entièrement neutre par la sage-

femme. Etant donné que le centre ne dispose pas d'une ambulance, elle a appelé l'ambulance médicalisée du centre privé de Saint Jean. Mais l'ambulance tardait à arriver, elle a mis à la disposition son propre véhicule pour transporter la parturiente au CNHU de Cotonou.

Il faut retenir que les contraintes professionnelles sont des éléments qui favorisent dans une certaine mesure les pratiques corruptives. Et pourtant, ce sont des normes sur lesquelles le système est sensé fonctionner. Les choses fonctionnent à l'envers ; c'est l'administration publique, il faut faire ce que l'on veut.

CONCLUSION

L'accès aux soins de santé pour toutes les catégories sociales fait la principale préoccupation des gouvernements béninois qui se sont succédés depuis 2000 en vue de l'atteinte des objectifs de millénaire pour le développement OMD à l'horizon 2015. Les actions ont priorisé entre autres la prise en charge de la santé maternelle et infantile. Ainsi, les parturientes se rendent aux séances de CPN dans les maternités publiques à coûts réduits. Les traitements de paludisme chez les sujets sont gratuits, l'acte de la césarienne est pris en charge par l'Etat, ... Cependant, les pratiques corruptives des agents de santé n'ont pas su apporter les résultats escomptés. Les coûts de traitements sont au contraire plus élevés, les rançonnements des parturientes et leurs accompagnants par les sages-femmes et filles de salle sont les pratiques quotidiennes. Cette recherche s'est attachée à explorer le champ de la socio-anthropologie de la corruption. La recherche s'est déroulée dans un centre de santé d'arrondissement de Cotonou, celui du CS de gbégamè (Cotonou 6). Le choix est spécialement sur les services de la maternité. Les efforts de collecte des données et d'informations ont permis de retenir ce qui suit :

D'abord, les pratiques de corruption se retrouvent sur la chaîne du processus de prise en charge médicale de la parturiente. Elles commencent avec les séances de CPN avec où le mauvais accueil des parturientes, les pratiques de « clientélisme », de rançonnement sont quotidiennes. Ensuite, le « privilégisme » des agents, passant par les pratiques de dons aboutissant à un principe de redevabilité (Mauss, 1924), est une attitude observée. Il faut retenir que « Le service public de la santé n'est pas perçu par les usagers eux-mêmes comme accessible à tout le monde, et on estime qu'il faut, si on le peut, jouer sur des relations, ou compter avec sa poche » (Blundo et Olivier de Sardan, 2003 : 89). De plus, la recherche de gain quotidien amène les agents à pratiquer ce qu'elles appellent « la débrouille pour le bénéfice quotidien ». De ce point de vue, les pratiques de rançonnement deviennent inhérentes à l'exercice de la profession. Mieux, le phénomène de parrainage ou de marrainage des agents engendre l'affaiblissement de l'autorité, le chef hiérarchique. Considérant donc que « personne ne peut me renvoyer d'ici », chacun se comporte comme il veut. Par conséquent, la

fréquentation de la maternité a chuté significativement entre 2013 et 2015 ; soit 4820 contre 3355. Par la même occasion, le nombre d'accouchement demeure très faible dont 473 contre 451. Tout ceci justifie enfin, les différentes perceptions sociales qui se dégagent des discours populaires. Les stéréotypes enregistrés au sujet des appellations « *doto xwé e do amangati sa* », entendu comme « hôpital sous le manguier » ; et « *tomenu lẹ si doto wẹ ou doto tomenu lẹ wẹ* », qui signifie « l'hôpital des étrangers », sont en fait des discours visant à étiqueter les agents de « voleurs » ; de « paresseux » ; etc. Les expériences connues par les usagers et aussi par des élus locaux ont permis de corroborer avec les pratiques recensées.

En partant du principe que chaque agent malgré son salaire et primes est toujours à la quête de « bénéfice quotidienne », il revient d'affirmer que la corruption quotidienne dans les CS publics, a son ancrage dans les habitudes professionnelles et non dans les besoins. Cependant, une catégorie de ce corps paramédical est « victime » des dites actions. Il s'agit des filles de salle appelées aides-soignantes. Ainsi pour une perspective de thèse, il s'agira d'explorer un sujet portant sur « la biographie des filles de salle à Cotonou : éléments pour une socio anthropologie de la débrouille ». Cette recherche s'intéressera d'une part à repérer le profil des filles de salle dans les hôpitaux publics et privés à Cotonou ; et dans un second temps à retracer leur parcours socio professionnel. Ce choix se justifie par les avantages et les limites liés à ce corps dans le système sanitaire au Bénin.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- AKOMAGNI, L., A., (2006), *Monographie de Cotonou*, Afrique Conseil, 47p. ;
- 2- AMOUZOUVI, D. M., (2007-2008). *Le rapport de C2 du mémoire présenté à mon étudiant(e)*, Université d'Abomey-Calavi (U.A.C.) : les éditions du P.I.E. ;
- 3- ANTONIUS, R., (2007), *Ce que doit inclure un projet de mémoire ou de thèse*, Montréal, UQAM, 21p. ;
- 4- BAKO ARIFARI, (2006), *La corruption quotidienne au Bénin*, LASDEL, Etudes et travaux n°43, 47p. ;
- 5- BEAUD S. et WEBER F. (2010), *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 334 p. ;
- 6- BLUNDO, G., et OLIVIER DE SARDAN, J-P, (2001), « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », in *Politique africaine* 2001/3 (N° 83), p. 8-37 ;
- 7- BLUNDO, G., et OLIVIER DE SARDAN, J-P, (2003), *La corruption au quotidien en Afrique. Approche socio-anthropologique comparative : Bénin, Niger et Sénégal*, Working papers, Nr 17, 282p. ;
- 8- BLUNDO, G., et OLIVIER DE SARDAN, J-P, (2007), *Etat et corruption en Afrique. Une Anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*, Paris, karthala et APAD, 374p ;
- 9- Code international de déontologie des sages-femmes, 3p.
http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexf.pdf, consulté le 7 décembre 2015 à 12h 08 ;
- 10- Codes harmonisés de déontologie et d'exercice des sages-femmes des pays membres de la CEDEAO, OOAS, 27p. ;
- 11-CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, seuil ;
- 12-DANTIER, B., (2007), *Représentations, pratiques, société et individus* l'enquête des sciences sociales : « Dénise Jodelet, les représentations sociales, Paris, PUF, 1994, pp. 36-57 » ;

- 13-DAVET, G., et LHOMME, F., (2013), *French corruption*, Paris, Stock, 305p. ;
- 14-DOUCIN, M. (2005). *La corruption, atteinte aux droits de l'homme, l'Afrique incertaine*, Paris. ;
- 15-DURKHEIM, E., (1898), « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de Métaphysique et de morale*, tome VI, pp. 273-302 ;
- 16-GRAWITZ M. (1993), *Méthode des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 870 p. ;
- 17-GRIMALDI, A., et VALLANCIEN, G., « Les paradoxes du médecin à l'hôpital », *Les Tribunes de la santé* 2010/1 (n° 26), p. 21-37 ;
- 18-INSAE, (2015), RGPH4 : *Que retenir des effectifs de population en 2013 ?*, Direction des études démographiques, 35p. ;
- 19-JAFFRE, Y., (1999), *Les service de santé "pour de vrai". Politique sanitaire et interactions quotidienne dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)*, Bulletin de l'APAD, n°17, 13p. ;
- 20-KPATCHAVI, A., C., (2001), *Savoir, maladies et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les Fon, Waci du Bénin*, Cotonou, Ablodè/UAC, 355p. ;
- 21-LAVALLEE, E., RAZAFINDRAKOTO, M., ROUBEAU, F., (2005), *Les mécanismes à l'origine de la corruption*, IRD, 31p. ;
- 22-LE ROBERT ET CLE INTERNATIONAL, (2008), *Dictionnaire du français*, Paris XIII, 1232p. ;
- 23-MAUSS, M., (1923-1924), « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives », in *L'année sociologique*, seconde série, 106p. http://www.uqac.quebec.ca/zone30/classique_des_sciences_sociales/indexe.html, consulté le 7 octobre 2015, à 16h 9 ;
- 24-MINISTERE DE LA SANTE, (2013), *Annuaire statistique sanitaire 2012*, Cotonou, 147p ;
- 25-MOSCOVICI, S., (1961), *La psychanalyse son image son public*, Paris, PUF ;
- 26-OLC, (2010), *Le livre blanc sur la perception de la corruption au Bénin*, 161p. ;
- 27-OLC, (2011), *Le livre blanc sur la perception de la corruption au Bénin*, 150p.

- 28-OLIVIER DE SARDAN, J-P., (1996), *L'économie morale de la corruption en Afrique*, www.politique-africaine.com/.../063097., pp. 97-116, consulté le 23 février 2016 ;
- 29-OLIVIER DE SARDAN, J-P, MOUMOUNI, A., et SOULEY, A., (1999) « "L'accouchement c'est la guerre"- De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 17 | 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, Consulté le 02 février 2016. URL : <http://apad.revues.org/483> ;
- 30-OLIVIER DE SARDAN, J-P, (2001), *La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest*. Autrepart, pp. 61-73.
- 31-OLIVIER DE SARDAN, J-P, (2006), *Du « problème des écarts » aux « normes pratiques »*, in *Les régulations informelles au sein des bureaucraties publiques (en Afrique et au-delà)*, www.inverses.org/wp.../OlivierDeSardan_Normes-pratiques-article-1.pdf, consulté le 01 octobre 2015, à 18h 31 ;
- 32-OLIVIER DE SARDAN, J-P, (2008), « A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », in *Afrique : pouvoir et politique*, discussion paper, n°5, 25p. ;
- 33-QUIVY R. CAMPENHOUDT L. V. (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 297 p.

ANNEXES

Annexe 1 : les outils de collecte des données

Guide d'entretien des agents et responsables des services de santé

I- Identification de l'interlocuteur

II- Généralité sur la zone sanitaire

- Parlez-nous un peu de la pyramide sanitaire au Bénin ?
- En quoi consiste une zone sanitaire ? Et combien de zones sanitaires compte le département de littoral ?
- Quelles sont les localités dont couvre votre zone sanitaire ?
- Quelle est la norme internationale en matière de la couverture sanitaire ?
- Combien de personnels compte votre centre/la maternité ?
- Ce nombre répond-il à vos besoins ? Si oui, expliquez ? Sinon, justifiez ?
- Quelles sont les implications du point de vue d'offre de service que l'insuffisance de personnels peut engendrer ?
- En matière d'infrastructure, quels sont vos besoins actuels ?
- Quels sont les services et matériels dont vous manquez pour l'accomplissement de vos activités ?
- Qu'est-ce que le manque de certains services engendre sur la qualité des soins que vous donnez ?

III- Soins médicaux : explication

- Quelles sont les raisons qui vous ont motivé à ce métier d'accoucheuse ou d'aide-soignante ?
- Quelles sont les différents services qu'offre la maternité du CS de Gbégamè ?
- Quelles sont les catégories d'usagers que vous recevez à la maternité ?
- Quelles sont les conditions pour accéder à vos services (modalités d'accès) ?
- Quels sont les soins que vous donnez à vos patientes à la CPN et à la CoPN ?
- Qui sont les agents qui peuvent donner ces soins ?

La sage-femme l'aide-soignante Justifiez le choix

- Quels sont les comportements que doit avoir une patiente pour son bon traitement ?

- Comment gérez-vous l'affluence à la CPN ?

IV- La reconnaissance sociale chez usagers et les implications

- Quelles sont les relations (confidentialité, recherche de solution aux soucis de foyer,...) qu'entretenez-vous avec les patients ?
- Quelles sont les formes de reconnaissance aux services rendus à vos patientes et usagers (manifestation de satisfaction envers vous) ?
- Dans certaines langues béninoises, il existe des obligations à faire pour les patients ou les parents de la patiente comme les visites de remerciement, les dons d'objets précieux, dons de sommes d'argent et autres. Quels sont les cas que vous avez connus à votre niveau depuis votre prise de fonction ?
- Comment gardez-vous le contact avec ces patientes/usagers ?

V- Le sens des dictons et interdits coutumiers

- Quelles sont les paroles (paraboles, chassons, dictons,...) liées à la culture qui justifient ces actions de remerciement des patients/usagers ?
- Donnez-nous les sens de ces différentes paroles ?

VI- Les formes d'arrangements sociaux entre agents et usagers ;

- Pour les CPN et les accouchements et autres soins, lorsque la patiente n'a pas suffisamment les moyens pour faire face aux dépenses, quelles les possibilités d'aide que vous lui offrez ?
- En quoi consiste chaque option de possibilité que vous lui offrez ?
- Comment gérez-vous ces formes d'aide ?
- Quelles sont les déceptions connues à propos des aides portées aux patients et usagers ?
- Comment cette déception a-t-elle fragilisé votre relation avec les autres usagers du service ?
- Que peut engendrer le non-respect des règles dans votre service ?

VII- Les différentes formes de conflits ;

- Quelles les causes des conflits enregistrés dans votre maternité ?

- Quels sont les acteurs qui interviennent dans la gestion de ces conflits et comment gérez-vous ces conflits ?
- Quelles répercussions ces conflits peuvent avoir sur le traitement de ces patients et d'autres patients ?

VIII- Evolution des modes et coût de consultation

- Les coûts de consultation, frais d'accouchement des parturientes varient-ils ?
- Si oui, quels sont les éléments qui justifient la variation du coût ?
- Quelles les différences liées aux dépenses pour une parturiente qui va dans un centre de santé privé ?
- Ces différences dépendent de quoi ?
Des subventions de l'Etat des prises en charge
Autres : précisez ?
- Quelles sont les initiatives de l'Etat en faveur de la femme gestante ?
- Dites les contraintes liées à chaque projet ?

IX- Gestion des subventions de l'Etat au service de la maternité publique et services d'urgence

- A combien s'exprime le budget annuel de votre hôpital/ service ?
- Quelle est la proportion qu'occupent les subventions de l'Etat dans votre budget ?
- Quelles sont les autres sources de financement de votre budget annuel ?
Comment compensez-vous le reste ?

X- Difficultés

- Quelles sont les contraintes liées à l'exercice de votre fonction de soignant ou d'agent de santé ?
- Comment gérez-vous ces difficultés ?

Gide d'entretien des usagers des services parcourus

I. Identification de l'informateur

II. Accueil dans les services

- Comment êtes-vous sentie la première fois que vous vous êtes sentie enceinte ?
- Quelle était la réaction de votre époux ou fiancé ?
- Comment a été votre première visite/consultation pendant votre début de grossesse ?
- Avez-vous été orientée par quelqu'un ? si oui, qui est cette personne ?
- Quelles ont été vos impressions après votre première consultation ?
- Etiez-vous satisfaite de l'intervention de la sage-femme ? Justifiez votre réponse ?

III. Evolution et suivi de la grossesse

- Pour aller à la CPN, quelles sont les exigences de la sage-femme ?
- Combien payez-vous à la caisse et/ou à la pharmacie ?
- Payez-vous encore des frais à la maternité ? Si oui, combien et à quoi est destiné ce frais ?
- Comment accédez-vous aux soins après le paiement des frais ?
- Comment gérez-vous les angoisses, les longues attentes ?
- Pensez-vous qu'il y a injustice dans le passage à la CPN ? Si oui, justifiez ?
- Combien de fois êtes-vous déjà allée en consultation ?
- Pour aller à l'hôpital aux consultations, votre mari vous accompagne-t-il ?
- Quels sont les moyens qu'il met à votre disposition ? Est-ce une moto, une voiture ? De l'argent ?
- Les sous que votre mari vous donne pour la consultation vous suffit-il ? Sinon, comment faites-vous pour payer les consultations et les médicaments ?
- Une consultation coute combien ?
- Lorsque vous n'avez pas assez de l'argent pour payer tous les médicaments et autres frais de soins, comment vous faites ? Ou qui vous aide dans ce sens ?

Est-ce la sagefemme

Les filles de salle

L'agent de pharmacie

L'agent du laboratoire

- Quels sont les formes d'arrangement que l'agent vous offre ?
- En quoi consiste chaque opportunité offerte ?

IV. Dynamiques sociales autour de l'accouchement

- L'accouchement peut-il coûter combien ?
- Pour l'accouchement, quels sont médicaments que la sage-femme vous prescrit ?
- Tous les médicaments sont-ils achetés ?
- Où achetez-vous ces médicaments ? A la pharmacie du centre
A la maternité Dans les pharmacies en villes
- Quels sont les médicaments que vous achetez à la maternité ? Et comment l'agent vous les vend-il ?
- Tous les médicaments sont utilisés ?
- Sinon, que faites-vous avec le reste des médicaments ?
- Trousse d'accouchement : où s'approvisionne-t-on ? Existe-t-il des éléments à acheter au centre ? si oui, qui les achètent ? Lorsque vous n'achetez pas, que se passe-t-il ou que pourrait-il se passer ?
- Est-ce qu'il arrive que la sage-femme réclame quelque chose avant de vous délivrer ?
- Si oui, lorsque rien n'est fait, que se passe-t-il ?

V. Formes de remerciement envers les agents de santé

- Quel est le mérite qui revient au service que la sage-femme ou l'aide-soignante pour le service rendu ?
- Comment exprimez-vous votre gratitude aux agents de santé ? Par des mots ? Des gestes ? Quels sont ces gestes ?
- Après votre accouchement, qu'allez-vous (ou qu'avez-vous) offert à la sage-femme ou les agents de santé ?
- Pourquoi avez-vous choisi cet objet pour leur exprimer votre reconnaissance ?
- Est-il nécessaire de faire un geste aux agents de santé ? S'il vous arrive de ne rien donner aux agents de santé, comment pourrait se passer votre prochaine visite dans cet hôpital ?

VI. Dictons, paraboles et discours populaires liés aux remerciements

- Comment appelez-vous les gestes que vous faites aux agents de santé après l'accouchement ?
- Quelles sont les paroles qui accompagnent ces gestes ?
- Arrive-t-il que l'agent de santé vous réclame les gestes ? Si oui, quelles sont les paroles qu'elle/il dit pour vous réclamer cela ? (en langue)
- Comment traduit-on ces paroles ?
- Trouvez-vous bonnes ces gestes ?

VII. Relations de parenté et d'amitié entre patients et agents de santé

- Que représente la sage-femme pour vous ? Justifiez ?
- Lorsque vous vous entendez bien avec la sage-femme pendant votre grossesse,
- Avez-vous un parent ou ami qui travaille dans ce centre de santé ?
- Est-ce lui qui vous a amené ici ?
- Quelles sont les avantages que cela vous a rapportés ?
- Avez-vous amené aussi vos amies pour leurs consultations dans le centre ? Si oui, combien de personnes ?

VIII. Les causes du renoncement et du refus de traitement

- Connaissez-vous des femmes qui ont commencé par aller dans ce centre et qui ont arrêté leurs visites pour aller ailleurs ?
- Si oui, quelles étaient les causes de son non-retour au centre ?
- Pensez-vous que ces causes pouvaient-elles trouver leurs solutions au lieu d'aller ailleurs ?
- Lors des consultations, existe-t-il des femmes qui refusent le traitement ?
- Si oui, qu'est ce qui fonde leur refus de traitement ?
- Quelles sont les raisons qui expliquent l'abandon du centre par certaines femmes ?

IX. Les conflits assistés

- Pendant les consultations quels sont problèmes qui se posent entre la sage-femme ou autres agents avec les femmes ?
- Existe-t-il parfois des disputes ou affrontements physiques entre les femmes et les agents de santé ?

- Si oui, quelles en sont les causes ?
- Comment se gèrent-ils ?
- Ces femmes reviennent-elles dans ce centre ?
- Si oui, comment se passe la suite de son passage au centre ?
- Sinon, pourquoi ?

X. Les discours sociaux sur les agents de santé

- Que pensez-vous des sages-femmes et aides-soignantes de cette maternité ?
- Que disent les gens de ce centre de santé ?
- Les paroles que disent les gens sur ces agents de santé sont-elles fondées ?
- Si oui, expliquez ?
- Sinon, pourquoi ?
- Quelles sont les recommandations que feriez-vous à l'endroit du personnel ?

Grille d'observation

Unité d'observation	Sources d'information	Résultats d'observation
Heure d'arrivée et heure de réception des parturientes ;		
Types de relations entre usagers et agents		
Comportements de collaboration entre usagers et agents		
Discours pendant des communications téléphoniques		
Comportements et discours des parturientes et autres usagers en attente		

Formes de conflits au sien des usagers, ou entre usagers et agents		
Retard des agents		
Difficultés observées		

Annexe 2 : Présentation des agents

Tableau VII: *Présentation des agents suivant leurs statuts*

N°	Nom et prénom	Statut	Services affectés	Statut d'agent	Ancienneté dans le centre
1.	GBINDOU AHOLOU Viviane	Responsable de la maternité	CPN		
2.	KIKI Albertine	Sage-femme	CoPN/PF		
3.	NOUDOGBESSI Lucesse	Sage-femme	Garde accouchement		
4.	AKIYEMI Affissath	Sage-femme	Garde accouchement	ACE	2010
5.	EDJEKPOTO Flore	Sage-femme	Garde accouchement		2015
6.	ANIAMBOSOU Roseline	Fille de salle	Garde accouchement	ACE	2001

7.	AKPLOGAN Judith	Fille de salle	Garde accouchement	ACE	2002
8.	ADOHOUANNOU Clotilde	Fille de salle	Garde accouchement	FC	2009

Source : Réalisé à partir des données de terrain, novembre-février 2016.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	2
DEDICACE.....	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES, FIGURES ET ENCADRES	6
LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES GRAPHIQUES	6
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES ENCADRES	6
RESUME.....	7
ABSTRACT	7
INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE I : DES RECOURS POPULAIRES A LA PROBLEMATIQUE DE LA CORRUPTION EN MILIEU SANITAIRE A COTONOU	10
I. Problématique :	10
1.1. Hypothèses et objectifs de recherche :	14
1.2. Nature de la recherche.....	14
1.3. Raisons du choix du sujet.....	15
1.4. Délimitation thématique	16
1.5. Clarification conceptuelle.....	17
1.6. Revue de littérature :	22
CHAPITRE II : APPROCHES METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE	29
2.1 La nature de la recherche.....	29
2.2 Le cadre de la recherche.....	29
2.3 Groupes cibles et échantillonnage.....	31
2.3.1 Groupes cibles :	31
2.3.2 Echantillonnage :	31
2.4 Techniques et outils de collecte des données	34
2.4.1 L'étude documentaire :.....	34
2.4.2 L'observation :.....	35
2.4.3 L'entretien :	36

2.5.	Organisation et contraintes de la recherche.....	37
2.5.1.	Organisation de la collecte des données et informations.....	37
2.5.2.	Contraintes de la recherche.....	38
2.5.3.	Chronogramme :.....	39
CHAPITRE III : LES SERVICES DE LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE GBEGAME : ESPACES FAVORABLES POUR UNE SOCIO ANTHROPOLOGIE DE « LA CORRUPTION QUOTIDIENNE ».....		40
3.1	Etat des lieux du site de la recherche	40
3.1.1	Le CS de Gbégamè et la zone sanitaire Cotonou 6	40
3.1.2	Les services de la maternité du CS Gbégamè, les acteurs et les issues favorables à la corruption	41
3.2.	« La corruption quotidienne » à la maternité du CS de Gbégamè	44
3.2.1.	La première visite : de l'ignorance des règles aux pratiques corruptives.....	44
3.2.2.	L'accès à la CPN : le clientélisme comme stratégie de contournement	45
3.2.3.	Du don de l'utilisateur/client au « privilégisme ».....	48
3.2.4.	Comment gagne-t-on son « bénéfice quotidien » en tant que sage-femme et fille de salle ?.....	53
3.2.5.	S'abstenir de jouer son rôle et le faire exercer par un autre	54
CHAPITRE IV : LA PERCEPTION SOCIALE DE LA CORRUPTION DANS LE SERVICE DE LA MATERNITE DU CENTRE.....		57
4.1.	Les stéréotypes liés au CS Gbégamè, Cotonou 6.....	57
4.2.	Des formes de pratiques socialement négociées	60
4.3.	Témoignages des élus locaux au sujet des pratiques corruptives au CS Gbégamè.....	63
4.4.	Les contraintes professionnelles à l'épreuve des sanctions	65
CONCLUSION		69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		71
ANNEXES		74
Annexe 1 : les outils de collecte des données		74
Annexe 2 : Présentation des agents		81
TABLE DES MATIERES		83