

Culture organisationnelle et pratiques déviantes des professionnels de santé en Côte d'Ivoire

M Tuo Donoukporo

Docteur en Sociologie des organisations, Attaché de recherche au Centre de Recherche pour le Développement (C.R.D) à l'Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Abstract

Our study of the deviant behavior of health professionals is a contribution to the development of the modern health system in Africa in general and particularly in Côte d'Ivoire. Indeed, the health system is the scene where we observe many deviant practices hindering the modernization of the health institution.

Notwithstanding the different developmental processes undertaken by the authorities on a factual basis, and the theoretical approach with the approaches proposed by authors, to improve the quality of care, the health system is still in a traditional situation to the point of not being able to respond to Aspirations of the populations. In this work we want to understand and explain the persistence of deviant practices in modern health centers. This was done through the analysis of the interrelationship between the formal structure and the informal structure defining the organization. Therefore, we commit the African health institution to the path of organization. Thus the sociology of organizations is convened for a managerial analysis with a view to modernizing it effectively by ridding it of all deviant practices of ethical rules.

Keywords: organization-health institution-health system-deviance-ethics

1. Introduction

Dans l'histoire des sociétés humaines, il est établi que la santé se présente comme l'une des conditions préalables au progrès économique, social et culturel. Aujourd'hui, un fait important s'impose à la conscience universelle, c'est d'observer et quantifier scientifiquement en permanence l'état de santé des populations et d'attirer l'attention des décideurs sur les déséquilibres. Il s'agit d'évaluer les politiques de soins de santé en Afrique en général et singulièrement en Côte d'Ivoire afin d'élaborer des plans de développement ou de modernisation effective de l'institution sanitaire moderne. C'est dans ce cadre que les pouvoirs publics vont entreprendre différents processus en vue d'améliorer la qualité des soins. A cet effet, nous notons l'exemple de la réhabilitation du C.H.U de Cocody en 1995 où est faite notre enquête. Nonobstant tous ces efforts, nous enregistrons toujours des plaintes de la part des usagers contre les services offerts dans les centres de santé. Il règne, par moment dans les services, «une atmosphère dénuée de toute forme humaine ou sociale» soutiennent certains malades. «Nous sommes souvent banalisés dans les couloirs comme si nous étions des moins que rien», révèle un malade qui attendait son médecin sur un banc. Tous ces comportements des professionnels de santé constituent une situation contraire au discours des autorités sensé organisé le fonctionnement du système de santé en mettant l'accent sur le rôle social de l'agent de santé et en traduisant les cadres logiques de l'exercice des professions de santé. C'est ce hiatus que Jaffré et J.P. Olivier de Sardan ont tenté de relever, en décrivant « l'ampleur des dysfonctionnements que connaissent les formations sanitaires et la dégradation des relations entre soignants et soignés », (Jaffré (Y) et al, 2003). Cette situation antinomique ou contradictoire nous questionne sur l'échec ou la faillite du système sanitaire moderne ivoirien. Cet échec est illustré surtout par la baisse des indicateurs de santé : nous notons

une hausse au niveau du taux de mortalité général qui est passé de 12 pour mille en 1988 à 13,9 en 1998, il a atteint 14 pour mille en 2006 ; et quant à l'espérance de vie à la naissance, elle est passée de 55,6 ans en 1988 à 52 ans en 1998, soit une perte de 3,9 ans (Plan National de développement sanitaire, 2008-2012, tome1 Draft0,30 janvier2008, comité de rédaction vf2). En outre, il faut souligner que tous les comportements des professionnels de santé sont des pratiques qui ne cadrent pas avec les normes définissant l'exercice des professions de santé, ces comportements se caractérisent essentiellement par des violences faites aux malades, les retards ou les absences, les rackets, la vente illégale des médicaments, le détournement des malades,... A cet effet, nous notons encore avec Jaffré (Y) et al, 2003, op.cit., p54-55, « pour les malades ordinaires, l'univers médical moderne est un univers non seulement traumatisant à cause de la maladie, mais aussi traumatisant à cause de l'attitude indifférente ou arrogante des personnels de santé ». Ils poursuivent pour souligner qu'au-delà même de « l'indifférence ou du mépris, il y a parfois la violence, celle des mots (insultes, injonctions) ou des gestes », (Jaffré (Y) op.cit. P55).

A partir de ces faits théoriques et empiriques constatés, nous notons que le système sanitaire ne répond pas aux aspirations des populations. Dès lors, des logiques d'interprétation et de traitement des problèmes de dysfonctionnement de l'hôpital n'ont cessé de s'édifier au croisement des problèmes de la pratique des professions de la santé rencontrés et du développement des sciences sociales. Ces logiques existent au cœur du système sanitaire et posent le débat d'une volonté de modernisation effective de la santé. Développer l'hôpital doit commencer, semble-t-il, par l'aménagement d'un débat organisationnel sur l'intégration des modèles rationalisateurs. Ainsi ces constats relevés suscitent-ils en nous des interrogations: pourquoi le système sanitaire, un domaine

aussi essentiel à la vie sociale se trouve être le théâtre de comportements déviants de toutes les normes régulant la vie en communauté? Autrement dit, pourquoi ces pratiques déviantes, malgré tous les processus de développement ou de modernisation entrepris par les pouvoirs publics et surtout l'existence de l'éthique médicale, persistent-elles? Ce questionnement situe l'objectif de ce travail. Dans ce travail nous voulons comprendre et expliquer la persistance des pratiques déviantes dans les centres de santé moderne. En effet la déviance se définit avec (Howard (B), 1985), comme étant « la transgression des normes qu'un groupe social institue pour le contrôle des comportements de ses membres ». Dans nos tentatives de compréhension, nous avons admis que ces pratiques anormales sont dues à un manque de culture organisationnelle ou managériale. Car nous disons que s'il existe véritablement un effort organisationnel dans les services, des agents ne se permettraient pas d'offrir le spectacle mercantile auquel nous assistons dans les centres à longueur de journée. Dès lors, il importe de noter que l'organisation est définie par deux structures : la structure formelle et la structure informelle. Alors s'agira-t-il pour nous de comprendre le fonctionnement de ces deux structures dans l'organisation, c'est-à-dire quelle est l'interrelation entre les deux?

2. Méthodologie

Pour amorcer véritablement cette étude, nous avons procédé à une enquête de type qualitatif, propre à la sociologie compréhensive à travers un guide d'entretien et l'observation des professionnels pendant l'exercice de leurs activités.

Pour une approche sociologique de l'objet d'étude, une question est à élucider à savoir : «qui interroger?» Il est question ici d'identifier les personnes ressources pouvant donner des explications sur le fonctionnement du système de santé mieux sur l'organisation des activités sanitaires dans les centres et aussi la position des patients sur leur prise en charge. Nous nous sommes intéressés lors des entretiens à deux types de personnel, c'est-à-dire les soignants composés de médecins, d'infirmiers ou de sages-femmes, de techniciens (radiographie) et de garçons ou filles de salle et les administrateurs ou le personnel responsabilisé à la gestion du matériel médical ou de l'organisation des activités. Il faut surtout dire que l'entretien avec les professionnels de santé est axé sur les pratiques en vue de relever si celles-ci sont conformes à l'éthique médicale. Et concernant les administrateurs ou les responsables des services c'est plutôt le niveau de la culture organisationnelle qui est à déterminer.

Les entretiens, réalisés avec ces différentes catégories professionnelles, ont été répétés durant la phase d'observation du fonctionnement de la structure. Par conséquent, les entretiens suivants l'entretien initial sont construits en fonction des informations délivrées lors de l'entretien mais aussi compte tenu des observations effectuées, susceptibles de générer des questions. Les thèmes traités sont les postes de responsabilité occupés, le contenu de l'activité quotidienne du soignant dans la structure (pour voir s'il y a une éventuelle hiérarchisation des activités), le rapport avec les patients, l'organisation du travail en rapport avec le personnel du service ou avec les autres services, les relations avec la hiérarchie de la structure sanitaire, le choix des responsables (SUS ou majors délégués, les chefs de service, les sous-directeurs et le directeur central). Il est question-là de relever

les critères de sélection ou de nomination des personnes chargées de diriger l'institution et de veiller à la «bonne gestion» du matériel.

Il s'agit pour nous de comprendre comment ceux-ci conçoivent la gestion des activités sanitaires surtout en situation de crise comme le cas des grèves ou des catastrophes (l'exemple des déchets toxiques). Dans les différents services choisis le rôle des Surveillants d'Unités de soins (S.U.S.) est examiné en rapport avec les diverses ruptures de matériel ou la gestion des commandes ou des stocks souvent source de blocage du service. En effet, les S.U.S. sont supposés réaliser ou coordonner les diverses activités du service. Ils jouent à la fois le rôle d'agents de santé et d'agent administratif. En d'autres termes ils sont l'interface entre les praticiens (médecins, infirmiers,...) et les administrateurs. C'est certainement un maillon indispensable dans l'organisation de la pratique des soins de santé.

Nous avons eu recours aussi à une enquête quantitative pour le recueil des informations au niveau des malades. Auprès donc des patients, la collecte des informations s'est effectuée à travers un questionnaire. Le choix des individus s'est fait de manière aléatoire.

A partir donc de la technique des quotas, nous avons décidé d'interroger 120 patients repartis de la manière suivante : 60 patients aux urgences et 60 patients aux services de radiologie. Dans ces deux services nous nous sommes référés aux différents registres. La moyenne des patients dans ces services est de 1200 malades reçus par mois. En partant donc de cela, nous avons décidé d'administrer le questionnaire à dix pour cent (10%) des mille deux cent malades. Au service de radiologie, nous avons interrogé 30 patients venus pour un examen d'échographie et 30 venus pour des radiographies. En effet ce questionnaire donne l'occasion aux malades de nous exprimer les griefs qu'ils ont contre le comportement des soignants. Aussi convient-il de retenir que l'opinion de ces malades sur le fonctionnement du système sanitaire permet de savoir si les notions comme normes-qualités qui ont cours dans la santé en ce moment même sont des réalités.

3. Résultats

i) Les pratiques déviantes des professionnels de santé

La déviance, de manière générale est la transgression des normes sociales. En effet la sociologie de la déviance a pour objectif de comprendre les comportements déviants c'est-à-dire transgressant les normes sociales. Il faut essentiellement souligner qu'il existe trois types d'approches de la déviance :

-La première conçoit la déviance comme le résultat de caractéristiques physiques individuelles ou collectives. A cet effet, Cesare Lombroso donne une explication biologique de la déviance. Pour lui donc le crime, par exemple, est congénital et relève d'une pathologie.

-La deuxième conception explique la déviance par le déterminisme social. C'est dans ce cadre qu'il convient de comprendre avec Durkheim le crime comme un fait social normal. Il montre que la hausse du taux de criminalité, considérée comme pathologique résulte d'un défaut de régulation sociale source d'anomie et donc de comportements non conformes aux normes.

-La troisième avec William Isaac Thomas et Florian Znaniecki, auteurs représentatifs de la première école de Chicago, note que le taux plus élevé de délinquance des immigrants Polonais, s'explique par la désorganisation sociale

due à un environnement urbain dont la densité augmente rapidement et qui ne peut pas s'accorder avec les anciennes règles de vie en communauté.

Ici au C.H.U, les informations qu'offrent les patients ou leurs accompagnateurs sur les professionnels de santé laissent apparaître que toutes les catégories professionnelles (médecins, infirmiers, sages-femmes, assistants sociaux, techniciens,...) et leurs auxiliaires (fille ou garçon de salle, les bénévoles,...) sont atteints par les pratiques déviantes. Ces pratiques sont d'une infinie variété. Cependant nous allons décrire les plus fréquentes et essentielles qui sont les suivantes :

a) Le mauvais accueil

L'accueil «est si lacunaire et si agressif», selon certains usagers, souvent qu'on observe un mouvement pour le moins curieux entre les différents centres de santé, parce que les personnes en quête d'une meilleure santé seraient toujours à la recherche du «bon» agent de santé. Lors de nos enquêtes nous avons trouvé des patients en larmes dans les couloirs qui ont été refoulés, disent-ils, dans les salles de consultation. Cet état de fait remet en cause le niveau de la conscience professionnelle des professionnels de santé.

b) Le manque de conscience professionnelle

La majorité des usagers des centres de santé se plaignent du comportement peu honorable de certains agents de santé foulant aux pieds les règles élémentaires de la déontologie de leur métier. Dès lors, la confidentialité est souvent violée par des professionnels qui n'hésitent pas à divulguer, par exemple, le statut sérologique du V.I.H de leurs patients, car un garçon de salle qui se fait passer pour un infirmier ou même pour un médecin et qui se retrouve avec un dossier de malade ne sait pas qu'il existe le secret professionnel. A ce niveau, nous avons aussi relevé d'autres défaillances dans la gestion des dossiers médicaux des malades. Car ces dossiers qui doivent circuler entre les services ou entre les différents soignants intervenant sur le malade se retrouvent parfois dans les mains des accompagnateurs (qui peuvent être des simples voisins ou des parents du patient).

- L'absentéisme : nos constats révèlent qu'il est de plus en plus rare de trouver un agent de santé à son poste, une semaine durant. Or la disponibilité et la compétence constituent des critères d'appréciation majeurs, surtout par rapport à la norme qualité qui a cours en ce moment dans les centres de santé. Nous avons trouvé des malades dans des salles d'attente sans soignant. Les professionnels choisissent donc de désertir les centres publics au profit des centres privés. Outre cela nous notons la spéculation sur les médicaments et les matériels médicaux.

c) La vente parallèle des médicaments

Il s'agit d'une vente parallèle de médicaments par les professionnels de santé au sein des centres de santé publics. Dans cette situation des catégories socioprofessionnelles comme les sages-femmes et les infirmiers sont les plus indexés. Ceux-ci vendraient aux patients des médicaments généralement obtenus gratuitement des délégués médicaux, mais aussi le restant des médicaments des patients sortis de l'hôpital ou décédés que ces professionnels garderaient par devers eux. Les sages-femmes seraient accusées de vendre

aux parturientes le reste des kits d'accouchement des autres femmes déjà opérées. Il importe de noter que pour vendre ces médicaments les professionnels de santé, au cours des consultations ou aussi en hospitalisation, abordent de façon discrète les patients en leur proposant leurs services en disant : «on peut vous arranger, je peux vous donner les médicaments qu'on vous a prescrits à un moindre coût par rapport au prix en pharmacie».

d) L'orientation des patients vers des structures privées

Cette pratique consiste non à référer un malade d'une structure primaire ou secondaire à une structure tertiaire, mais à presque l'obliger à aller dans une structure de santé privée avec laquelle le professionnel de santé aurait passé des accords à titre personnel. En échange d'une commission, appelée par les agents de santé : «gombo» ou ristourne, le professionnel oriente donc des patients vers des structures privées. Selon nos constats empiriques, cette pratique est courante chez les médecins et les sages-femmes des services de consultations. Ainsi nous confiait une patiente : «les sages-femmes nous prescrivent systématiquement des examens d'échographie quand vous venez en consultation prénatale et vous donnent un bulletin dans une enveloppe avec l'en-tête d'une clinique où elles vous demandent d'aller faire l'examen». La patiente X, pour insister, soutient que : «quand le médecin ou la sage-femme vous a orienté vers une clinique et que vous allez faire l'examen ailleurs, il arrive souvent qu'elle vous dise que l'examen a été mal fait et refuse de s'occuper de vous».

e) Le racket ou le détournement des patients

La pratique du détournement des malades se fait de plusieurs manières. Nous avons le fait d'indiquer les cliniques privées pour des commissions comme nous le disions tantôt ; outre cela, nous avons les détournements internes qui consistent à orienter le patient vers un médecin avec qui il paie sa prise en charge plutôt que de l'envoyer à la caisse pour un règlement normal de la facture. En effet, depuis l'entrée du centre, le malade est accosté par des agents (vigiles, garçons de salles, infirmier,...) qui proposent leur aide. En somme des connexions semblent être établies soigneusement où chaque professionnel se préoccupe de son pain quotidien au lieu de se soucier du soulagement effectif du malade. Comment alors les demandeurs des services sanitaires vivent-ils cette situation où chaque professionnel fait ce qu'il veut pour son seul et unique intérêt ?

ii) Les griefs des malades contre les professionnels de santé

Dans ce paragraphe, nous allons nous intéresser aux avis des personnes bénéficiaires des soins de santé dans les centres de santé du système sanitaire moderne à partir d'échantillons interrogés au CHU de Cocody. Les plaintes stigmatisent en fait des phénomènes comme le mauvais accueil, l'incompétence, et l'inconscience professionnelle, et aussi l'absentéisme des agents de santé.

a) la qualité de l'accueil des patients

La qualité de l'accueil des patients a consisté à interroger 120 patients c'est-à-dire 60 à la radiologie et aussi 60 aux services des urgences.

Tableau n°1 : L’opinion des patients sur l’accueil (V.A : Valeurs absolues, V.R : Valeurs relatives).

	Bon accueil	Mauvais accueil	Autres	Total
V.A	15	78	27	120
V.R	12%	65%	22,5%	100%

A partir des statistiques obtenues dans le graphique ci-dessus, nous relevons que 12,5% des malades interrogés apprécient l’accueil de manière satisfaisante, 65% le jugent mauvais et 22,5% sont indécis.

Nous voyons que la majorité des patients n’est pas satisfaite de la façon dont les malades sont reçus dans les salles de soins. Ils sont victimes très souvent de certaines tracasseries (disent-ils) comme le contrôle des factures de paiement à l’entrée de certaines salles. « Il y a trop de tracasseries ou de contrôle comme si on était dans un « supermarché », ils ne tiennent même compte du fait que nous sommes des malades », nous confiait le malade X. En outre faut-il noter « la violence verbale de certains professionnels de santé dans les salles de soins », soutient un de nos enquêtés. En un mot, l’accueil des malades dans nos centres de santé est lacunaire, ceci met en cause le niveau de conscience professionnelle des professionnels de santé et nous interpelle sur le niveau d’une assise culturelle de leur profession.

b) les délais d’attente des patients

Tableau n°2: La durée d’attente appréciée par les patients. (V.A : valeurs absolues ; V.R : valeurs absolues)

	Trop longue	Longue	Acceptable	Total
V.A	48	62	10	120
V.R	40%	51,66%	8,33%	100%

Ce tableau nous révèle les différents avis des usagers sur les durées d’attente pour recevoir les soins de santé. Il en ressort que 40%des malades jugent trop longues les durées d’attente et 51,66% les jugent longues. Seulement 8,33% trouvent que les délais d’attente sont convenables. En clair, il faut noter que la majorité de nos usagers pensent que les délais d’attente sont longs pour avoir accès aux soins de santé, c’est une situation qui pose le problème de disponibilité des professionnels de santé dans les centres sanitaires modernes. En réalité il faut faire remarquer cela est en rapport avec les comportements tels : les retards, le laxisme ou même les absences injustifiées. Parlant de ces absences ou retards, il convient de souligner en général, les professionnels de santé mettent la priorité sur ce qu’ils appellent eux-mêmes les « gombos ». Aussi ce qui rendrait encore longue l’attente est les malades pris dans les circuits parallèles, les soignants les priorisent par rapport à ceux ayant suivi la voie normale.

c) la disponibilité des professionnels de santé

Tableau n°3: La disponibilité du personnel de santé jugée par les malades. (V .A : valeurs absolues ; V.R : valeurs relatives).

	Ils sont à l’heure	Ils arrivent en retard	Ils sont absents	Total
V.A	13	73	34	120
V.R	10,83%	60,83%	28,33%	100%

De plus en plus, les populations en quête d’une meilleure santé dans nos centres de santé se plaignent des

comportements indisciplinés des agents de santé comme les retards ou même les absences de façon récurrente. Ce tableau nous révèle que 10,83% des malades pensent que les soignants arrivent dans les salles de consultation à l’heure alors que 60,83% se plaignent de leurs retards et 28,33% soulignent leurs absences. Il ressort donc de ces statistiques que la disponibilité des soignants est mise à mal. Il convient de noter que la disponibilité comme la compétence constitue un critère d’appréciation majeur. Or, comme nous le notons à travers le tableau, les professionnels de la santé désertent le plus souvent les centres de santé publics pour d’autres activités (nous y reviendrons plus en détail). Les personnes en quête de soins de santé se retrouvent très souvent devant des salles vides.

Tous les faits précédemment décrits donc, nous emmènent à nous interroger sur la formation ou le savoir médical de nos professionnels de santé ? C’est une réalité qui remet en cause le statut véritable du soignant celui-là même qui doit en fait considérer sa profession dans toutes les logiques sociales. Car il a une position extrêmement importante dans la société : il a un rôle social.

Et les quelques présences qu’on pourrait noter sont souvent les infirmiers ou des garçons ou filles de salles se faisant passer parfois pour des médecins, proposent leurs services aux malades moyennant de l’argent, soutiennent certains malades ou accompagnateurs de malades.

C’est dans une telle atmosphère, où des professionnels préoccupés par le gain facile, que les populations venues dans les formations sanitaires pour le rétablissement de leur santé se retrouvent.

iii) Le traitement subi par les patients dans les structures sanitaires

Les malades en quête d’une « meilleure » santé sont accueillis dans les différents services de soins. Dans ces unités de soins comme nous l’avons vu dans les paragraphes précédents, il règne une atmosphère mercantile où des professionnels de santé sont plutôt préoccupés par le gain de leur pain de manière quotidienne. Des soignants, s’ils ne sont pas à la recherche d’un éventuel client (patient), sont à leur boxe en attendant l’arrivée de leurs complices qui sont chargés de leur convoyer les malades. En effet, il faut noter que des professionnels de santé mettent des connexions ou des réseaux en place qui les approvisionnent en malades. Ces réseaux sont entretenus ou alimentés par différentes catégories socioprofessionnelles (vigiles, brancardiers, garçons de salle ou même des personnes étrangères à la structure (le CHU)). Les personnes extérieures au CHU sont généralement des démarcheurs ou des agents de santé des centres de formations sanitaires communautaires. Une fois dans le service indiqué, les patients sont confrontés aux humeurs ou aux désirs des soignants. Mais il faut faire remarquer que les «convoyeurs» ou les soignants eux-mêmes disposent de divers moyens pour convaincre les malades dans la voie non officielle. Ils leur font comprendre que s’ils veulent passer par la voie officielle, on leur appliquera la procédure normale c’est-à-dire qu’on leur donnera un «rendez-vous» alors que s’ils (les patients) acceptent de collaborer en payant la consultation avec le soignant directement, ils sont pris en charge en même temps. Evidemment cette situation va créer des difficultés qui aggravent la souffrance des patients. D’abord, les malades qui

ont un rendez-vous régulier et qui ont payé par la voie normale, sont abandonnés au profit de ceux qui acceptent les «circuits» non officiels, c'est-à-dire les malades qui s'inscrivent dans la logique de la corruption sont pris en priorité. Et ensuite, nous avons noté que les patients qui n'ont ni «rendez-vous», ni les moyens pécuniaires nécessaires pour payer leurs soins, ceux-là sont refoulés ou abandonnés dans les salles d'attente sans soins parfois. C'est donc dans une telle atmosphère que les malades sont accueillis dans les unités de soins. Cependant que pensent les patients eux-mêmes de cette situation? Lorsque nous interrogeons les malades ou leurs accompagnateurs sur la qualité de l'accueil, certains nous répondent que la réception dans les services de soins est très précaire. Et par rapport à leurs rapports avec les soignants, ils soutiennent que leurs relations avec les professionnels sont difficiles et prennent même parfois une allure conflictuelle. «Il y a des soignants qui n'ont aucune compassion pour nous et ils nous méprisent surtout quand ils pensent que nous n'avons pas suffisamment de moyens ou que nous refusons les possibilités de prise en charge qu'ils nous proposent», disent des malades. D'autres, en nombre très infimes, pensent qu'il faut comprendre les professionnels. Pour ceux-ci c'est parce que les services ne disposent pas souvent du minimum de matériel médical pour la prise en charge que les soignants très souvent se comportent ainsi. Ils lient donc leurs comportements jugés dénués de toute norme morale ou sociale par leurs peines ou manque d'équipement sanitaire adéquat dans les unités de soins. Ces malades pensent que les professionnels de la santé sont démotivés du fait de l'inexistence de matériel de première nécessité dans la prise en charge d'un patient. Dans tous les cas de figure, il ressort que l'accueil des patients dans les services de soins est lacunaire. Aussi faut-il noter que le comportement général des professionnels est révélateur de certains maux sociaux comme l'inégalité sociale. Les opinions de certains de nos enquêtés mettent à nu une discrimination sociale à l'intérieur des unités de soins. Des malades ont l'impression, en fait, qu'on accorde la priorité à ceux qui peuvent payer les services et que la qualité de ces mêmes services est meilleure à celle des services que reçoivent les moins nantis. C'est ainsi qu'ils critiquent les services au CHU de Cocody «parce qu'ils s'occupent mal ou pas du tout de patients avec des faibles revenus». Ils disent «à l'hôpital on ne s'occupe pas de ceux qui n'ont pas les moyens». Or, comme nous l'avons déjà souligné, le discours politique qui est fait sur la santé indique que la prise en charge des personnes arrivant dans les services de santé pour la quête d'une meilleure santé doit être systématique. Autrement dit, le paiement de l'acte peut se faire plus tard. Le hiatus donc entre ce qui est dit par les pouvoirs publics et ce qui est fait sur le terrain dans les salles de soins désoriente davantage la population. Dès lors la critique adressée à l'institution sanitaire se transforme facilement en une mise en question du gouvernement et même du pouvoir de l'Etat et devient l'occasion d'exprimer ouvertement leur mécontentement devant cette situation d'oppression sociale. Le caractère récurrent du comportement des soignants jugés «mauvais» par les patients emmènent ces derniers à croire ceci : «on ne sait pas pourquoi les services fonctionnent mal, si c'est à cause des médecins et des infirmiers ou si c'est à cause des autorités ; peut-être ces ordres viennent de la haut, n'est-ce pas? On ne peut pas savoir, c'est qu'ici on ne s'occupe que de ceux qui ont les

sous». En effet, des malades pensent ainsi parce qu'ils ont l'impression qu'il n'y a pas de volonté manifeste pour sanctionner les comportements anormaux des professionnels de la santé. Dans ces conditions il est évident que la norme qualité qui est prônée dans tous les discours n'existe quasiment pas. De façon claire, nous retenons que les malades ne sont pas contents de la manière dont ils sont reçus dans les services de soins au CHU de Cocody. En effet, pour des malades, la santé est le domaine par excellence aujourd'hui où le gain de l'argent est l'objectif principal. Car dans les services, les coûts des actes médicaux se discutent comme si on se trouvait dans un marché, c'est-à-dire que son aspect économique prime sur son caractère social. Dès lors il est difficile de faire comprendre les slogans des discours politiques qui soutiennent que les prestations sanitaires sont accessibles à tous sans distinction de classe sociale, alors qu'ils sont «refoulés» aux portes des unités de soins parce qu'ils ne sont pas à même de payer leurs soins. Pour certains même, aller à l'hôpital aujourd'hui est un véritable calvaire, parce que pour eux, c'est le lieu où la discrimination sociale est accentuée. Le pauvre est victime souvent de certaines situations très dégradantes ou humiliantes pendant que le riche c'est-à-dire le patient capable d'assurer la charge financière de ses soins médicaux est traité avec toutes les précautions. Il est donc à noter en dernière instance que l'hôpital d'avant qui se caractérisait par sa mission sociale est devenu aujourd'hui un domaine où l'esprit du profit ou du gain est l'objectif essentiel. La dégradation continue de son statut social va de manière implicite influencer son fonctionnement.

4. Discussion

Il importe de noter que Platon, en son temps déjà, s'interrogeait sur ce qui devrait préoccuper le médecin à savoir se contenter simplement de gagner de l'argent ou soigner ses malades ? Il répondait lui-même en disant que le rôle du médecin est de prévenir ou de soigner les maladies de ses patients. Contrairement à ce que nous voyons aujourd'hui dans les centres de santé, pour Platon, en dernière instance, le médecin a le devoir d'être l'agent de son patient. Cependant comment pourrions-nous justifier les comportements anormaux, au sens Durkheimien du terme, des professionnels de santé ? Autrement dit pourquoi ces pratiques ne cadrant pas avec l'esprit de l'éthique médicale persistent-elles dans les centres de santé ?

En effet, nous nous accordons avec J.P Olivier de Sardan (2003) qu'aujourd'hui le domaine de la santé est lui aussi largement victime d'une «privatisation» interne voilée : surfacturations indues, ventes illicites de médicaments, consultations privées clandestines, détournements de matériels et de fournitures, utilisation du secteur public pour une clientèle privée,...Par ailleurs, dans cette atmosphère mercantile, nous notons des violences physiques, verbales ou morales dont sont souvent victimes des patients de la part des professionnels de santé. Tous ces comportements constituent des pratiques déviantes de la morale médicale ou de l'éthique médicale.

Comme on le voit, la raison première qui peut justifier toutes ces pratiques déviantes, surtout les formes corruptives c'est-à-dire le racket, chez les professionnels de santé, c'est d'abord une question financière et économique, comme le dit J.P Olivier de Sardan, en parlant des sages-femmes : «dans tous

les cas l'objectif est clairement économique : c'est le meilleur moyen d'arrondir le salaire, et parfois de le doubler ou le tripler». Ceci est d'autant plus réel que c'est à titre personnel que les professionnels de santé orientent et détournent les patients, et ce, en retour de ce qu'ils appellent eux-mêmes des ristournes ou les «gombos» ou commissions. C'est aussi à leur propre et seul profit qu'ils vendent parallèlement les médicaments qu'ils achètent à moindre coût dans les officines des structures publiques (P.S.P). Aussi cet objectif économique est-il bien exprimé par les personnels de santé quand on leur demande les raisons qui les pousseraient aux pratiques corruptives : «c'est pour arrondir les fins de mois», avance un infirmier ; «c'est une recherche de supplément de salaire qui pousse les agents de santé à ces pratiques peu honorables», ajoute une sage-femme. Mais alors qu'est-ce qui motive ces comportements déviants ?

L'incohérence des politiques sanitaires c'est-à-dire l'imprécision des objectifs provoque ou entretient des situations informelles dans les centres de santé. Au C.H.U de Cocody où notre étude s'est déroulée, déjà à l'entrée du centre nous assistons à des scènes intenable.

Progressivement nous assistons à une déviance des comportements des professionnels par rapport à la morale médicale ou des règles déontologiques régissant les professions de santé comme le racket.

Ainsi le phénomène de racket engendre-t-il des comportements non conformes aux règles d'éthique de la santé. Car certains agents désertent par moment leurs postes pour aller à la rencontre ou à la recherche d'éventuels clients. Du coup, il s'installe une ambiance où les rôles des différentes catégories professionnelles se confondent. Des bénévoles et des filles ou garçons de salle remplissent la fonction d'aides-soignants, des aides-soignantes exécutent des tâches d'infirmières ou d'infirmiers ou sage-femme, ou même jouent le rôle de médecin dans une ignorance totale de la morale médicale. Aussi faut-il noter que des patients jugés suffisamment capables de prendre en charge les frais de leurs consultations sont orientés dans des centres privés soit parce qu'ils espèrent avoir des ristournes ou parce qu'ils auront des honoraires lorsque la consultation se passe dans le privé. Dans cette atmosphère donc où chacun semble être préoccupé par le gain de son pain quotidien, l'occasion est toute donnée à des personnes étrangères à la structure d'escroquer des patients en se faisant passer pour des professionnels. Ces «indélicats» sont souvent aussi coupables des vols de matériels sanitaires. A observer le système, on a l'impression que les acteurs ignorent le rôle social qu'ils ont à jouer au sein de la structure.

Si le besoin d'augmenter les ressources est à l'origine des pratiques de corruption chez les professionnels de santé, il semble que la cause économique ne peut à elle seule épuiser l'explication du phénomène de la déviance des comportements des professionnels de santé des normes médicales ou de l'éthique médicale dans les structures sanitaires. Il serait intéressant dans nos tentatives d'explication, comme le souligne Yannick Jaffré, «d'articuler la singularité complexe des agents de santé avec un ensemble de contexte et de vastes et collectifs déterminants sociaux... Il faut donc s'attacher à rendre compte des rapports entre conduites singulières et contexte global». Il convient surtout de relever que nos constats empiriques révèlent une totale confusion des rôles par moment et une ignorance du statut

social du professionnel de santé dans la société par une grande majorité du personnel de santé. Dans cette situation donc où des agents de santé font ce qu'ils veulent lors de l'exercice de leur profession, nous disons qu'il est essentiel d'interroger la forme organisationnelle du système sanitaire moderne, en proie aux pratiques déviantes. En effet, relevons-nous que le problème de la déviance a intéressé différents sociologues. A l'examen des approches structuralistes fonctionnalistes et interactionnistes constructivistes, par exemple, nous retenons que le concept de déviance est diversement interprété. Dans le courant fonctionnaliste, la déviance ou l'anomie chez Durkheim (E) (1991) résulte d'un défaut d'intégration sociale. Toutefois, il note aussi qu'elle peut être perçue en termes d'incapacité de l'individu anémique qui choisit la voie du suicide. Quant à Merton (R.K) 1971, il établit une typologie de comportements déviants. Merton attribue ces comportements au manque d'adaptation des individus déviants aux buts culturellement acceptés par la majorité.

Pour les théories interactionnistes constructivistes, la déviance est abordée comme le produit d'une interaction entre plusieurs individus plutôt que celui du comportement d'un individu de manière exclusive. Elle est vue comme le produit d'une construction sociale. Goffman 1973 nous instruit aussi qu'elle est liée à l'intentionnalité de l'acteur déviant et l'affirmation de son identité en fonction du cadre de son expérience. Nonobstant toutes ces théories, la transgression des normes médicales persiste et entraîne toujours des conséquences dans les structures sanitaires au point que les professionnels de santé continuent de faire l'objet de nombreuses critiques. A cet effet, nous relevons avec Brunet (J) (1993), de manière remarquable que la pratique médicale en Afrique ne répond plus aux normes universelles. Dès lors, il propose d'associer l'expertise des sciences humaines et sociales à la mise en place des politiques de développement sanitaire puisque la pratique de la profession médicale est la relation établie entre les praticiens et les malades. Car les disciplines des sciences sociales, permet l'étude systématique de développement, de l'interaction et du comportement collectif de groupes organisés. En effet, il faut souligner que la modernisation fait appel à toute une tradition scientifique, c'est-à-dire une démarche rationnelle consistant en une stratégie à mettre en place pour conduire l'institution sanitaire moderne ivoirienne à un ensemble cohérent.

Pour relever et analyser ces problèmes transversaux aux formations sanitaires africaines, Mohamed (M), (2001) décrit le capital relationnel de la logique des acteurs dans les services de santé en Algérie. Il montre comment le manque ou la «mauvaise» communication entre les professionnels eux-mêmes met en péril souvent la pratique des soins. En fait, il convient de noter que l'absence de communication fait partie d'un ensemble d'éléments comme la négligence, les retards répétés,...qui dévoilent un «flou» organisationnel au cœur des services de santé en Algérie.

Au Cameroun, selon l'analyse de Médard (JF) 2001 le constat est identique. Médard nous rapporte que le système sanitaire est dans une crise profonde et même structurelle au point qu'elle se répercute sur l'état de santé de la population. Il retient en dernière instance que le problème de dysfonctionnement, mieux les pratiques déviantes des règles déontologiques entravant le fonctionnement du système de santé sont liées à la corruption généralisée. Nous pouvons

encore noter quelques études au Burkina-Faso avec Ouattara (F), (2001); en Côte d'Ivoire avec Gadou (D.M), (2001). Ces études confirment non seulement la corruption dans les centres de santé mais aussi font observer d'autres situations dans les structures de santé publique comme les retards, les violences faites aux malades, l'accueil lacunaire, etc. selon Gruenais, (2001), ces phénomènes « ponctuent assez généralement les relations qui s'instaurent entre usagers et personnels de santé ».

Ces distinctions au plan théorique, construites et étudiées par ces différents chercheurs n'ont pu permettre de résoudre les problèmes du système sanitaire. Car dans leurs approches ils n'ont mis l'accent que sur ces pratiques déviantes sans poser le problème en termes d'organisation. Ainsi, à notre sens, ces approches sont-elles insuffisantes pour rendre compte de la complexité des pratiques déviantes des professionnels de santé. Dès lors, pour nous, développer ou moderniser le système sanitaire en le débarrassant de toutes les pratiques déviantes des normes médicales, il faut nécessairement engager une analyse institutionnelle. Nous pensons donc que c'est le lieu de convoquer la sociologie des institutions mieux la sociologie des organisations pour promouvoir la dimension organisationnelle. Autrement dit, les comportements déviants des professionnels de santé seraient l'expression d'un vide institutionnel voire une carence managériale.

A partir de ces constats théoriques relevés ci-haut et surtout de nos expériences empiriques, nous retenons que l'hôpital comme cadre institutionnel existe mais pas comme institution-organisation où les comportements seraient codifiés. C'est ici, qu'il importe de montrer la dialectique existant entre l'institution et l'organisation ; en d'autres termes de l'institution à l'organisation il y a une dialectique supérieure. En effet, l'institution sanitaire est définie par les bâtiments, les acteurs et le matériel médical. Pour mieux articuler tous ces éléments, il faut établir des rapports entre eux et c'est la qualité de ces rapports ou des relations qui va rendre compte de la nature de l'organisation. En clair, il faut passer de l'institution qui est un agrégat (bâtiments, acteurs et matériel) pour atteindre l'organisation pour une modernisation effective de la santé. Cependant comme nous l'indiquons tantôt, l'organisation est définie à deux niveaux : au niveau formel, elle est considérée comme une rationalité ne tenant pas compte des sentiments humains et au niveau informel c'est-à-dire liée aux humeurs des acteurs. Comment donc ces deux réalités coexistent dans l'institution sanitaire? Toutes les réflexions sur les activités officielles et informelles dans la dynamique, le développement, la réorganisation ou même l'évolution de l'organisation ne mettent pas souvent l'accent sur l'interrelation entre le formel et l'informel au CHU de Cocody. Il nous revient donc, pour mieux apprécier les difficultés inhérentes au fonctionnement du système sanitaire dans les services, de nous concentrer davantage sur les interconnexions entre le formel et l'informel. De manière formelle ou informelle, nos acteurs dans leurs relations sont sous l'influence de facteurs économiques ou sociaux. Lors de nos observations, nous avons vu de nombreuses interrelations surgir du désordre «ordonné». Ces interrelations naissent surtout à partir de divers mécanismes reliant le non officiel à l'officiel. Nous avons retenu par exemple lors des réunions officielles, l'ordre donné par un supérieur hiérarchique à ses subordonnés pour l'accomplissement d'une action non officielle ou les requêtes informelles des subordonnés pour

obtenir l'autorisation dans des actions spécifiques non officielles. Parlant des réunions de services, bien que celles-ci soient rares, nous avons noté, lors de quelques-unes auxquelles nous avons assisté, certaines situations n'ayant pas été inscrites à l'ordre du jour qui ont quand même dominé les séances. Il s'agit notamment des réalités sociales. En effet, ces occasions sont les lieux où les catégories socioprofessionnelles inférieures exposent leurs problèmes personnels ou même la façon dont elles souhaiteraient que le fonctionnement du service soit orienté. Ces acteurs étant, après tout, des individus soumis aux phénomènes sociaux ou culturels demandent souvent que leurs supérieurs hiérarchiques leur donnent la possibilité de satisfaire certains besoins ou exigences sociaux à savoir une aide apportée à des parents ou amis démunis en leur faisant des examens gratuitement. Il est vrai que cela n'est pas prescrit dans les exigences du système sanitaire ou dans les prérogatives de l'agent de santé, mais en ne le faisant pas, parce que voulant être conforme aux prescriptions formelles ou officielles, le soignant s'expose aux sanctions sévères de la société ou de ses proches. Ces derniers ignorant les réalités de fonctionnement des structures sanitaires, n'hésitent pas à traiter leur proche (professionnel de santé) de « méchant ». Nous savons que dans notre société africaine la solidarité transgresse toujours les principes rigoureux de la gestion moderne ou la gestion occidentale. Cela pose d'énormes difficultés aux responsables de la gestion des services, parce que s'ils s'obstinent à combattre ces réalités, ils se confrontent au mécontentement du personnel qui tente par moment de boycotter les activités, ou alors les agents exploitent des circuits très discrets pour la satisfaction de leurs besoins sociaux. Dès lors l'effervescence des activités non officielles peut être parfois plus intense que toute autre action supposée être officielle. C'est ainsi que pour les échelons inférieurs de l'organisation, les réunions sont souvent le théâtre d'escarmouches exploratoires ou l'occasion d'étudier les mouvements ou les doléances formulées de manière informelle. Autrement dit la rencontre officielle est le lieu de fronts où les courants d'action sans orientation précise (parce que les problèmes posés varient selon les individus), déviants ou dominants émergent pendant un moment, de façon superficielle pour certains et de façon émotive pour d'autres. Et la difficulté est que très souvent ils quittent tous la réunion avec de nouvelles idées pour poursuivre des voies plus ou moins modifiées ; dans tous les cas l'unanimité est rarement atteinte. Et les conversations avant ou après la réunion sont souvent créatrices de nouveaux comportements. Quand donc l'écart entre les aspects formels et informels s'élargit, certains acteurs tentent de résoudre leurs problèmes par des voies non recommandées pour ainsi échapper à l'engagement qu'implique l'écrit ou les procès-verbaux des réunions. Si cela permet aux indépendants (des acteurs jouissant d'une large liberté) et aux tacticiens (les soignants stratégiques ou les plus subtiles) de s'exprimer plus facilement, cela suscite par ailleurs des inquiétudes chez les catégories qui subissent plus les règles. L'«équilibre» existant entre les actions formelles et informelles est dès lors en partie remis en question par les variantes au sein de ces deux catégories d'individus.

La nature ou la durée des réunions peuvent nous donner une idée de la rapidité du changement et de l'intensité de l'interaction qui existe entre le formel et l'informel ou surtout

nous renseigner sur le manque d'assurance dans les décisions de ceux qui convoquent ces réunions. Car ces responsables, après l'écoute de leurs subordonnés ou leurs collaborateurs sont embarrassés. En effet, convoquant pour informer ou rappeler les principes de fonctionnement du service, ils se rendent compte que les préoccupations des collaborateurs ont une importance capitale pour la «bonne» marche des activités du service. Or ces préoccupations sont carrément souvent contraires aux prescriptions de l'organisation. Comment alors se prendre pour orienter toutes les actions dans la logique des objectifs de la structure sans se heurter aux intérêts individuels des acteurs? C'est là que le génie ou le stratège des gestionnaires sont sollicités. Ces responsables, pour éviter un éventuel soulèvement ou mécontentement du personnel sont contraints de faire face à certaines réalités que les prescriptions officielles ignorent. Ceux-ci se mettent donc dans la logique qui souligne qu'on «ne gouverne pas les hommes comme un troupeau d'animaux», In la fiche de lecture de la chaire D.S.O. (Michèle (J), 1995).

Car nos professionnels sont des acteurs sociaux ne pouvant donc pas s'affranchir des normes socioculturelles de leurs environnements. L'organisation devra s'appréhender ou s'apprécier en rapport avec le système social global. Ainsi par rapport à certaines requêtes de la part des subordonnées, les supérieurs sont contraints de prendre des ordonnances non officielles pour contenter son personnel. C'est aussi une forme de motivation. Toutefois, il faut indiquer que ces actions informelles autorisées sont la plupart du temps, pour les responsables subtiles, suivies de rapports officiels ayant pour rôle de couvrir ou de justifier les faits informels. Cela relève des astuces de l'organisation d'un service. Ces diverses situations nous montrent qu'un dirigeant d'un service ne doit pas rester trop accrocher aux prescriptions officielles de l'organisation. A chaque cas, il lui faudra mettre une stratégie en place pour surmonter toutes les difficultés. Cependant, puisque l'intégrité du formel doit être préservée, le fossé entre le formel et l'informel doit se situer à l'intérieur d'un degré de tolérance. Là où le personnel doit s'écarter des attentes (il s'agit des déviations volontaires ou tacitement exigées quand on les compare aux déviations commandées ou encouragées), il se sent obligé d'avoir sous la main des explications toutes faites. En fait le cadre qui se heurte à des irrégularités dont il n'est pas responsable, et que certains acteurs non impliqués connaissent, doit faire un rapport et doit surtout exiger une explication. Car il ne peut dire à chacun «faites ce que vous voulez mais faites en sorte que je ne vous vois pas». Il y aura certains cas où il doit agir suivant ce qu'il sait ou faire semblant d'ignorer ce qu'il pourrait voir dans l'intérêt d'une amélioration des relations entre lui et ses subordonnés pour le maintien d'une meilleure ambiance lors des consultations. Aux subordonnés par exemple, on demandera de développer des explications logiques pour couvrir les actions irrégulières et qui sont essentielles pour la vie de l'organisation. Cela évitera d'aliéner un supérieur susceptible et surtout pour la protection du service. Les différents acteurs doivent comprendre qu'ils n'ont pas intérêt à défier le système. La considération de tous les aspects sociaux participe ainsi à une meilleure prise en charge des patients dans les unités de soins. L'acceptation officielle de l'informel est certainement plus subtile, car là où les autorités de la structure sanitaire sont prêtes à accepter le fait accompli, il existe des obstacles à sa reconnaissance pleine. Par exemple, ni la dignité du rang ni la

contribution personnelle des responsables ne doivent être réduites dans ce processus. Pour le «bon» fonctionnement du système il doit tout de même accepter son statut professionnel et respecter la dignité ou la liberté des autres dans des proportions requises.

Le défi réel donc dans le système sanitaire est la maîtrise de ces aspects apparents ou cachés de l'organisation. Il nous importe ici de considérer leurs interrelations et leur importance relative dans l'action organisationnelle. L'accent que nous avons mis sur l'informel en tant qu'agent de changement, complément du formel, protecteur des valeurs individuelles et collectives de divers mouvements sociaux ou culturels exige par ailleurs une explication sur les fonctions minimales des aspects formels. Au-delà des canaux de communication efficaces et des responsabilités, le formel constitue autant une voie d'échange sûre pour les différentes fonctions adverses au sein de l'organisation qu'une barrière à l'entrée d'indésirables. Néanmoins, le formel reste toujours l'objet de pressions pour que nous élargissions afin que les distinctions entre les deux aspects s'estompent. Cette éventualité s'accroît avec la participation des acteurs aux décisions qui les gouvernent. Les périodes informelles contribuent souvent à empêcher une définition et une planification trop claires qui menacent de limiter la liberté d'action et servent à sauver la face. Les tenants de l'informel désirent la liberté nécessaire pour réarranger les questions afin que ni la victoire ni la défaite à l'occasion des manœuvres des groupes antagonistes, ne puissent causer de dommage à l'organisation. A la différence du formel, l'informel opère sur une base irrégulière pour entraîner des changements ou pour contrôler les extrêmes de l'action officielle ou même d'autres actions informelles. En dernier ressort donc, il nous faut retenir comment l'informel dans ses manifestations met en évidence les aspects sociaux et les valeurs culturelles influençant l'activité sanitaire dans les services. Autrement dit, la pratique de l'activité médicale est parfois soumise aux aléas environnementaux.

Par ailleurs la structure formelle se révèle dans un schéma de communication qui apparaît essentiellement comme un flux standardisé de l'information en tant que moyen de coordination ; elle est visible par la structure d'autorité, celle-ci étant composée d'un ensemble de pouvoirs légitimes liés à la position, fixée par la hiérarchie et utilisée pour le bon fonctionnement de l'organisation.

Toutefois, parlant d'autorité nous constatons que certains personnels au CHU de Cocody n'obéissent à aucune référence car comme nous l'avons dit ci haut chaque agent étant préoccupé par le gain de son pain quotidien semble ne même pas avoir la crainte d'un quelconque chef.

Et lorsque nous approchons les différentes catégories socioprofessionnelles, certaines semblent remettre en cause la légitimité de certains de leurs responsables (les majors, les SUS), ceux-là mêmes qui sont chargés du contrôle de l'exécution des différentes tâches dans les services.

Or des recherches ont montré que ce qui fonde la réussite d'une autorité en dernier ressort, c'est l'acceptation de la légitimité par les autres (Scott, 1983). En d'autres termes, de manière plus large, pour que la structure formelle soit opérante, il faut qu'elle soit reconnue et acceptée par les subordonnés, c'est-à-dire qu'une autorité sûrement théorique, sans aucune adhésion fonctionne mal. Car les facteurs qui peuvent contribuer à la rendre opérante sont par exemple, la

perception de la compétence de l'autorité, (Fischer (G.N)).

En clair, dans notre cas précis, les différentes actions des agents d'un même service doivent pouvoir s'articuler pour les mêmes objectifs ; c'est-à-dire que la "bonne" articulation des rôles des divers membres éviterait les nombreuses dysfonctions observées.

La théorie de Merton, pour parler justement de dysfonctionnement organisationnel à partir de «l'exigence de contrôle qui consiste, au niveau de la hiérarchie, à prévoir et connaître les comportements des membres en fonction des programmes établis» montre comment l'émergence d'une personnalité rigide, dans le cadre organisationnel est la conséquence d'une conception de la structure formelle qui veut prévoir tous les comportements. En outre, il faut noter l'apparition d'effets inattendus et non souhaités par la hiérarchie comme une résistance à la structure formelle considérée comme une tendance à mécaniser le comportement.

Le schéma de Crozier (1977), analyse les rapports de la structure formelle et de la structure informelle à travers le développement de relations de pouvoir parallèle : selon lui, l'organisation à travers sa tendance aux programmes et à la prévision, laisse subsister des zones d'incertitudes dans lesquelles vont s'établir des relations de pouvoir parallèle. Il apparaît ainsi l'existence d'un double système de rapport social qui s'inscrit dans une dynamique spécifique : c'est le poids du pouvoir qui fait surgir l'ordre informel comme un ordre d'opposition et de défense qui, à son tour envahit les zones de pouvoir par l'incertitude qu'il crée et modifie ainsi le dispositif d'ensemble.

Ces diverses analyses théoriques montrent comment l'organisation à travers l'établissement même de ses structures, crée des contrecoups et des contrepoids qui constituent un élément important de son fonctionnement. En effet la structure formelle et la structure informelle ne sont pas dans l'institution sanitaire ici séparées. Ces deux entités sont étroitement interdépendantes, l'une manifestant le fonctionnement organisationnel tel qu'il devrait être (structure formelle) et l'autre désignant les phénomènes effectivement opérant de manière irrégulière dans le système (structure informelle). Ainsi les analyses classiques des organisations soulignent-elles l'existence de ces deux types de structures et les interprètent en termes de dysfonctionnement. Autrement dit la nature des relations entre les individus des différents groupes sociaux professionnels ou des rapports entre ces groupes ou les divers services déterminent essentiellement la qualité des soins de santé. Par ailleurs la structure formelle se révèle dans un schéma de communication qui apparaît essentiellement comme un flux standardisé de l'information en tant que moyen de coordination ; elle est visible par la structure d'autorité, celle-ci étant composée d'un ensemble de pouvoirs légitimes liés à la position, fixée par la hiérarchie et utilisée pour le bon fonctionnement de l'organisation.

Dès lors, nous disons que pour arriver à moderniser effectivement le système sanitaire moderne ivoirien c'est-à-dire faire en sorte qu'il réponde aux attentes ou aux exigences du moment, il faut promouvoir la dimension organisationnelle. Une réelle organisation de l'institution sanitaire engendrerait certainement la revalorisation du statut ou de l'image du professionnel de santé.

Ainsi, les pratiques corruptives dans les centres de santé en Afrique de façon générale révèlent-elles un vide

institutionnel, une carence gestionnelle voire un manque de planification stratégique comme méthode de gestion efficace : bref il manque aux centres de santé en Afrique «la culture institutionnelle». L'absence de cette dimension explique l'improvisation des comportements et des conduites sociales de chaque acteur dans les centres de santé. Nous retenons donc que l'hôpital comme cadre institutionnel existe, mais pas comme institution-organisation où les comportements sont codifiés, des statuts et rôles assignés aux acteurs, où il existerait des normes irréfutables et des obligations. Car, à notre sens, une institution comporte nécessairement des valeurs et des normes (qui peuvent être coutumières, réglementaire ou encore s'énoncer sous forme de codes) toujours explicites, tendant à engendrer chez les membres de la société considérée des comportements stéréotypés (qui peuvent être de simples manières d'être, ou plus souvent s'incarner dans des rôles définissant bien une identité ou une personnalité. Chacun doit pouvoir évaluer précisément la conformité des comportements aux normes de l'institution.

En somme, les pratiques de corruption ou les violences de toutes sortes dans la santé montrent en définitive que l'institution sanitaire en Afrique est une structure sociotechnique à laquelle il manque une dimension socio anthropologique, c'est-à-dire symbolique et culturelle et une dimension psychologique. Dès lors, on comprend que le serment d'Hippocrate qui traduit toute une culture n'est ici qu'une simple formalité pour les médecins en Afrique car il ne leur confère que le statut de médecin sans aucune assise culturelle.

5. Conclusion

Au terme de cette étude sur le dysfonctionnement du système sanitaire, il est essentiel d'inviter les sciences de l'organisation sous le regard vigilant des paradigmes sociologiques pour promouvoir la dimension managériale afin de réussir la modernisation de l'institution sanitaire en la débarrassant des pratiques déviantes de l'éthique médicale ou des règles déontologiques. Ces quelques analyses qui précèdent nous indiquent de manière remarquable que l'hôpital (comme institution c'est-à-dire composé de bâtiments, de personnel et de matériel) en Afrique est là, mais l'hôpital comme organisation au sens moderne du mot n'est pas encore constitué. Il nous faut nécessairement établir des rapports d'une certaine qualité entre ces différentes composantes pour une meilleure articulation de celles-ci. Ainsi, nous retenons en dernière instance que les problèmes de l'institution africaine relèvent d'un manque de culture organisationnelle ou managériale. L'apport donc des sciences de gestion ou même les sciences du comportement des individus peut revaloriser le statut des acteurs de la santé et surtout permettre une modernisation effective du système sanitaire en Afrique.

6. Références

1. Becker H. *Outsiders : Etude de sociologie de la déviance*, Paris : Métailié. 1985; 245:16.
2. Brunet-jailly J. *Se soigner au Mali*. Paris, édition Karthala. 1993, 177-190.
3. Cloutier L. *L'ambiguïté des rapports sociaux au cœur de La qualité des soins : le cas des femmes de N'djamena (Tchade)*. Québec, centre sahel. 1994, 95.
4. Cohen A. *La déviance*, Gembloux : Duculot. 1971.

5. Cusson M. *Déviance* in Boudon ®, *Traité de sociologie*, Paris : PUF. 1982, 389-422.
6. Durkheim E. *Les règles de la méthode sociologique*, Edition, que sais-je. 1983.
7. Durkheim E. *Le suicide*, puf, bibliothèque de philosophie Contemporaine..*De la division du travail social*, puf. *Religion, morale, anomie : texte2*, Paris:Minuit. 1991-1975, 416.
8. Essane S. *Une sociologie de l'université en Afrique. Science et culture*, Abidjan, puci, première édition. 2001, 202.
9. Fassin D, et Jaffré Y. *Société, développement et santé*. Paris, Edition édicef, urll. 1990, 16-200.
10. Fischer GN. *les domaines de la psychologie sociale : le champ du social*. 193.
11. Gadou DM. *Dynamique religieuse et tradition en pays dida*, Thèse de doctorat de 3^{ème} cycle, département De Sociologie, Université d'Abidjan. 1995, 10-57.
12. Gadou DM. « offre des soins de santé et corruption : la quadrature du cercle du système sanitaire moderne ivoirien », revue ivoirienne d'anthropologie, Kasa Bya Kasa n°3-2003, E.D.U.C.I. 2001, 23-42.
13. Gnonsion C. *Les facteurs de décisions éthiques et de construction de l'identité des journalistes ivoiriens. Le cas de l'influence politique*, thèse unique, Facolta di scienze sociali, Pontificia università Gre--goriana. 2008, 53. (Ethique).
14. Goffman E. *Stigmates : les usages sociaux des handicapés*, Paris : Minuit. 1975.
15. Goffman E. *Les cadres de l'expérience*, Paris : Minuit. 1991.
16. Goffman E. *La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi*, Paris : Minuit. 1973.
17. Gruenais. cité dans Kasa Bya Kasa. 2001-2002, n°3.
18. Hours B. *L'état sorcier, santé publique et société au Cameroun : connaissance des Hommes*. Paris, Harmattan. 1985.
19. Merton R. *Teoria e strttura sociale : Analisi della struttura Sociale*, vol.II, Bologna : II Mutino. 1971.
20. Jaffré Y. *et al, une médecine inhospitalièr: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Karthala. 2003, 11.
21. Mohamed M. « le capital relationnel et la logique des acteurs dans les services de santé en Algérie », (in les professionnels de santé, bulletin de réseau anthropologie de la santé, n°2, Paris, IRD). 2001.
22. Ouattara F. « la conscience professionnelle, clientélisme et corruption : pratique et justifications des professionnels de santé du centre médical d'Orodora (B.F) » : 63-95, in professionnels de santé bulletin. 2001, n°2.
23. Scott. *les domaines de la psychologie sociale : le champ du social*. 1983, 193.
24. SZASZ. *la théologie de la médecine*. Paris, édition Payot, 27.