

## Per-diem et topping-up. enjeux de pouvoirs et stratégies dans un projet de santé au Mali

Thierry Berche

---



**Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/apad/821>

DOI : [10.4000/apad.821](https://doi.org/10.4000/apad.821)

ISSN : 1950-6929

**Éditeur**

LIT Verlag

**Édition imprimée**

Date de publication : 1 mai 1996

**Référence électronique**

Thierry Berche, « Per-diem et topping-up. enjeux de pouvoirs et stratégies dans un projet de santé au Mali », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 11 | 1996, mis en ligne le 03 juillet 2007, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/821> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.821>

---

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

Bulletin de l'APAD

---

# Per-diem et topping-up. enjeux de pouvoirs et stratégies dans un projet de santé au Mali

Thierry Berche

---

## Résumé

- 1 À partir d'un "projet" de santé au Mali, l'auteur traite des enjeux autour de certaines ressources financières issues de l'aide internationale : les *per-diem* (frais de déplacement) et les *topping-up* (suppléments de salaires).
- 2 Les attentes des agents de l'État sont analysées : il s'agit de se procurer une capacité de redistribution et d'améliorer la valeur sociale de son emploi. Mais les *topping-up* ou *per-diem* versés sont "toujours" insuffisants ; non payés, ils sont un "privilège" à défendre. Il y aura donc détournement des objectifs du "projet" et conflit. Se trouvent ainsi mises à jour quelques unes des stratégies des acteurs en lutte dans/autour d'un "projet", particulièrement entre les "experts" étrangers et les cadres locaux.
- 3 L'auteur considère ces enjeux autour de ces ressources financières comme une des caractéristiques des "projets de développement".

## Introduction

- 4 Le "projet" de coopération germano-malien dont il va être question est implanté, depuis 1988, dans le cercle de Bandiagara au Mali (région de Mopti) et s'intitule "projet Soins de Santé Primaires" ou "projet SSP". Il a permis de mettre en place une nouvelle organisation gestionnaire et financière des services de santé - en particulier par la création d'un réseau de dépôts de médicaments essentiels à bas prix.
- 5 Dans les multiples aspects liés à la présence d'un "projet", nous voudrions traiter certains d'entre eux ayant trait aux *per-diem* et *topping-up*.
- 6 Ces deux mots méritent quelques précisions d'ordre terminologique : les *per-diem*, aujourd'hui au Mali, désignent toutes les rémunérations complémentaires au salaire. Sont ainsi confondus les suppléments de salaire - ou *topping-up* - et les frais occasionnés par un déplacement nécessaire pour réaliser des activités professionnelles <sup>1</sup>.

- 7 Il n'en a pas toujours été ainsi, et cette confusion récente ne nous semble pas fortuite.
- 8 L'administration coloniale, puis post-coloniale a suivi les règlements financiers de la Fonction Publique : tout fonctionnaire qui se déplace pour des "besoins de service", est remboursé de ses frais réels (transports, repas, nuitées) ou selon un taux forfaitaire journalier couvrant ces frais.
- 9 Pour ce qui concerne les services de santé, une certaine inégalité financière a été introduite avec la création du service mobile des Grandes Endémies (la "trypano") dans les années 1940. Par exemple, dans les années 1970, un infirmier de dispensaire qui se rendait à cheval dans les villages ne recevait rien, alors que son collègue en tournée de vaccinations - et qui logeait chez cet infirmier - recevait de 1000 à 2000 FCFA par jour. Quand il n'y avait pas d'infirmier sur place, les repas et le logement étaient pris en charge par les villageois.
- 10 Ainsi, pour ces agents mobiles, les *per-diem*, payés plusieurs semaines après le retour à leur base de départ, ne correspondaient que pour partie à des dépenses réelles.
- 11 Le principe devint : plus on se déplace et plus on gagne d'argent. Selon nos informations, dès cette époque, il était habituel de faire des "états de déplacement" pour des personnels qui n'avaient pas bougé.
- 12 La disparition des équipes mobiles (en 1983) coïncida avec la suppression du paiement des frais de déplacement, sauf en cas de mutation (système de la "réquisition" pour la prise en charge des frais de transport). Ils restent pourtant légaux, même si une circulaire du Ministère de la santé (1986) annonce officiellement qu'ils ne seront plus payés. Seuls les organismes d'aide étrangère sont désormais astreints réglementairement de les verser selon des tarifs spéciaux fixés par ce Ministère. Retenons qu'à partir de cette époque, seuls les organismes d'aide étrangère financent des *per-diem*, l'Etat continuant à assurer les salaires, mais avec retard.
- 13 L'État n'honorant plus ses engagements dans ce domaine, on constate que les organismes d'aide étrangère s'y sont substitués - ou y ont été substitués puisque c'est bien cet Etat qui a fixé les règles du jeu tant en matière de répartition géographique de l'aide qu'en ce qui concerne les tarifs.
- 14 Pour ce qui est des *topping-up*, ils ont été introduits par les organisations multilatérales et bilatérales, surtout à partir des années 1970, après la chute de Modibo Keita (1968). Ils concernaient alors uniquement les cadres supérieurs maliens : il s'agissait de primes mensuelles pour "encourager les "homologues" des "experts" étrangers.
- 15 Le *topping-up* correspondait donc à un statut particulier.
- 16 Ainsi, avec l'agence de coopération technique allemande, la GTZ <sup>2</sup>, un "chef de projet" -toujours malien - recevait de l'ordre de 100000 FCFA par mois (en plus du salaire de l'Etat) et le remboursement des frais de déplacement selon un tarif forfaitaire journalier fixé par le chef de l'équipe allemande appelé le *teamleiter*. Notons que l'Etat malien n'a jamais donné de prime à ses fonctionnaires et qu'aucun texte légal ne les reconnaît - ces *topping-up* sont même administrativement interdits pour les agents de l'Etat.
- 17 Pourtant, petit à petit, à partir du début des années 1980, cette pratique va s'étendre à d'autres fonctionnaires et le *topping-up* fixe, mensuel ou trimestriel, tendra à remplacer les frais de déplacement. Dans notre expérience, c'est à cette période que *per-diem* et *topping-up* commencent à être confondus par les personnels de santé. Se trouvent donc

réunis entre les mêmes mains, celles du *teamleiter*, un droit (le remboursement des frais de déplacement ou *per-diem*) et le "bon vouloir du prince" (les primes régulières ou *topping-up*).

Les attentes des infirmiers Envisageons d'abord les aspects financiers

- 18 Dans le coût réel des déplacements qu'un infirmier doit effectuer pour réaliser ses activités, entrent le carburant, l'entretien de la logistique, la nourriture et le logement. D'après nos estimations, cela représente près de 2000 F CFA par mois en moyenne. Leur couverture par différentes sources locales est possible : la question "qui paie quoi" deviendrait alors centrale. Il n'en est pas ainsi. Nous avons constaté qu'une fois ces frais couverts, l'insatisfaction des infirmiers reste totale. Disons que leur "demande" est bien supérieure à leurs frais réels et qu'il s'agit, non de chercher à tromper quelqu'un, mais d'exprimer autre chose.
- 19 Quand le Conseil de Gestion du Centre de Santé de cercle décida et paya le versement d'un treizième mois à l'un des infirmiers ayant des responsabilités comptables particulières, celui-ci, en percevant la somme, prononça : "mais ce n'est rien !" Ce "rien" faisait forcément référence à un "quelque chose" qui va nous intéresser.
- 20 Fréquemment, les infirmiers disent que "tout travail accompli mérite une contrepartie". A la fin de chaque réunion, l'un d'entre eux ne manquait jamais de conclure par ces mots : "On a beaucoup parlé du travail, mais pas des avantages. Qu'est-ce qu'on a à gagner là-dedans".
- 21 La logique qui sous-tend ce discours peut se résumer de la sorte : puisqu'il y a un "projet" qui nous demande de faire plus que nous faisons hier, il doit payer ce "plus".
- 22 Ainsi, en 1989, les infirmiers vinrent en délégation, au domicile de l'"expert" étranger, et lui présentèrent une liste écrite de leurs exigences - comme des employés présentant des revendications à leur directeur. Ils disaient ne vouloir que ce qui leur était "dû". Cette conduite assez étonnante, puisque le "projet" n'employait aucun de ces infirmiers et que l'"expert" n'avait aucun lien hiérarchique avec eux, montre bien, nous semble-t-il, la logique qui les animait.
- Quelles étaient les principales demandes exprimées ?
- 23 Ils souhaitaient recevoir : des primes et/ou indemnités mensuelles, un stock de médicaments pour leur famille, le droit de prescription gratuite sur le dépôt de médicaments (ordonnance gratuite pour les "indigents"), une moto pour remplacer le simple vélomoteur CAMICO, et des "certificats" de formation correspondants aux différents séminaires auxquels ils avaient assisté. L'absence de demande concernant leur "outil de travail" provient du fait que les centres de santé avaient déjà été rénovés et équipés en 1988.
- 24 Nous nous trouvons devant deux catégories complémentaires d'attentes : celles qui procureraient une capacité de redistribution et celles qui donneraient une "distinction" - celles-là pourvoyeuses de "prestige" comme une grosse moto ou des "certificats" de formation. Nous sommes ici sur le terrain de la légitimité et de la valeur socio-économique de l'emploi.
- 25 Comme dans toute position acquise, la légitimité d'un personnel de santé ne s'enracine pas dans sa parenté ou ses relations sociales, mais dans l'identité sociale que lui donne l'institution qui l'emploie. C'est alors la capacité de redistribuer quelque chose qui montre la valeur sociale de l'emploi. Si cette capacité de redistribution apparaît trop faible (objectivement ou subjectivement), la "souffrance sociale" ainsi provoquée se

manifeste par une agressivité permanente envers les malades <sup>3</sup>, mais aussi par des conduites revendicatives tant à l'égard des membres d'une hiérarchie sanitaire "qui les abandonnent" que des "experts" étrangers "qui les volent". Et si l'Etat ne fournit plus ni les "objets" à redistribuer ni ceux donnant du prestige - il n'assure que la sécurité d'un emploi devenu sans valeur sociale -, il va s'agir de les trouver "ailleurs".

- 26 Dans cette "quête", les pratiques "parallèles" et les "projets" vont jouer des rôles différents.
- 27 Les premières - en particulier la revente des médicaments et les consultations privées - doubleront ou tripleront certainement le salaire <sup>4</sup>, mais elles n'amélioreront pas la valeur sociale de l'emploi. Tout au contraire, elles entretiendront l'image sociale négative des agents de l'Etat dont témoigne bien des discours des villageois.
- 28 Les "projets", quant à eux, présenteront l'avantage de donner les uns et les autres : dans l'expérience des infirmiers, ils ont distribué des compléments de salaires (sous le nom de *per-diem*) et "redoré la profession" <sup>5</sup>. On s'attend donc à ce que les "projets" correspondent à cette expérience acquise.  
En quoi le « projet SSP » serait-il différent ?
- 29 En rien pour les infirmiers. Ils avancent deux faits majeurs qui, à leurs yeux, confirment qu'il s'agit d'un "projet" comme les autres (Tinta, S. 1991 : 21) : 1) la présence d'un "contrôleur blanc" atteste le "projet" normal : la présence d'un "expert" signe en effet qu'il ne s'agit pas d'un "programme" décidé par le Ministère de la Santé (qui n'aurait nul besoin d'"experts" étrangers mais seulement de "moyens") mais bien d'un "projet" ; 2) un autre "projet", dans le domaine agricole, soutenu par la même organisation (GTZ) distribue des *topping-up* substantiels à tous les personnels.
- 30 Alors les revendications s'articulent en toute cohérence.
- 31 Donnons un exemple du côté de la redistribution. Il y a dix ans encore, chaque infirmier recevait deux dotations de médicaments par an qu'il "redistribuait" à sa guise. Aujourd'hui, il n'en obtient aucune. La création des dépôts de médicaments essentiels, imposés par le "projet SSP", ne change rien à cette situation : ils ne "profitent" pas aux infirmiers - ils gênent même leur petit commerce de médicaments. Ne serait-il pas normal qu'ils aient "leur part" puisque ce sont eux font marcher le dépôt avec leurs prescriptions ? Une dotation personnelle ferait l'affaire : elle permettrait de gagner un peu d'argent, de rendre service aux parents et relations et de retrouver un peu de prestige.
- 32 Le droit de prescription gratuite permettrait de gagner un prestige plus large - rendre service à quelqu'un qu'on ne connaît pas et qui n'a pas le sou, c'est certainement faire preuve de bonté et de pitié, aux yeux de tous. Sans oublier qu'il n'y a pas loin de la gratitude (reconnaissance sociale) à la gratification (traduction de cette gratitude en termes monétaires ou non).
- 33 Du côté de la "distinction", les "certificats" de formation, sorte de mini-diplômes, n'ont pas la moindre utilité économique car : l'infirmier n'est plus sur le marché de l'emploi ; ces "papiers" ne servent à rien dans les négociations tarifaires avec les malades. Par contre, ils représentent des signes de la reconnaissance de la valeur de l'emploi. Et il nous semble important de remarquer que c'est à un "projet" qu'on les demande et non à la hiérarchie sanitaire locale.

- 34 De 1988 à 1992, aucun *topping-up* n'a été distribué par le "projet SSP". Des *per-diem* ont bien été donnés sur les fonds du "projet", mais peu - uniquement pour les frais occasionnés par des séminaires de formation et des activités non-récurrentes.
- 35 Les attentes financières des personnels de santé furent loin d'être satisfaites.
- 36 Il y eut donc conflit entre les infirmiers et les "experts" étrangers du "projet SSP".
- 37 Les médecins maliens, responsables du "projet", ne s'opposèrent pas à cette "option" : sans doute pensaient-ils obtenir d'autres avantages (renforcement du pouvoir du médecin-chef, possibilité d'obtenir des formations supérieures, etc.).
- 38 L'installation d'un *topping-up* systématique (comme dans l'autre "projet" agricole) aurait-il permis d'éviter le conflit (mais pourquoi l'éviter ?) entre l'organisation-projet et les infirmiers ? Il y aurait eu alors le risque réel de rendre bien précaire la continuité des activités. Ainsi, dans une autre région du Mali, lors de l'arrêt des *per-diem*, par tarissement de la source extérieure de financement, des infirmiers ont refusé de continuer à vacciner les enfants.
- 39 Dans la région de Mopti, plus ou moins discrètement, presque tous les "projets" donnent des *topping-up* et/ou des *per-diem*. Dans nos entretiens avec leurs responsables, tous ont essayé de le dissimuler. Cette "gêne" des "experts" étrangers est significative de la contradiction qu'ils vivent : ils sont pris entre un objectif de continuité des actions et celui d'obtenir l'adhésion immédiate des personnels.
- 40 Tout laisserait supposer que la pérennisation des actions devient alors totalement accessoire, ou à tout le moins repoussée le plus loin possible alors que, officiellement, à la GTZ, c'est une question fondamentale.
- Topping-up*, infirmiers et "experts" étrangers
- 41 En 1988, la situation à Bandiagara était disparate : les "projets" soutenus par la GTZ avaient des politiques différentes. Dans le "projet SSP", il n'y aura aucun *topping-up*, pas plus pour l'"homologue" ou les médecins que pour les infirmiers.
- 42 Dans le "projet schisto", les personnels en tournée venant de Bamako, touchaient leurs frais de déplacement, sans distinction de statut ; les médecins touchaient un *topping-up* mensuel. Dans le "projet" agricole, les personnels fonctionnaires, résidents sur place, avaient tous un *topping-up* (à proportion de leur salaire de base) mais pas de frais de déplacement ; les personnels engagés directement par le *teamleiter* touchaient un salaire plus élevé qu'à la Fonction Publique (d'environ 50%) et des frais de déplacement.
- 43 Dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV), l'UNICEF payait aux membres locaux de l'équipe mobile des frais de déplacement mais pas de *topping-up*. Il nous semble important d'insister sur les liens entre *topping-up* et statut : bénéficier d'un supplément de salaire veut dire avoir un certain statut - dans la Fonction Publique et par rapport aux "experts". Leur distribution nous semble bien ainsi une pratique clientéliste.
- 44 On comprendra alors, qu'au-delà du simple avantage financier, se trouve là un enjeu concernant la valeur sociale de l'emploi. La disparition de la distinction administrative et juridique entre suppléments de salaires et frais de déplacement va permettre aux infirmiers de revendiquer ce que les médecins ont obtenu par le passé. Ne revendiquent-ils pas alors l'acquisition d'une sorte de preuve du passage à un statut supérieur ? Lequel ? Ne serait-ce pas celui d'"expert" local ?

- 45 On pourrait élargir cette réflexion en soutenant qu'"être avec un projet" est une marque distinctive reconnue par tous les agents de l'Etat. Ce serait, à côté des grades et indices, un de ces privilèges qui exprime la hiérarchie des positions entre fonctionnaires - tout comme le véhicule de fonction.
- 46 À ce premier aspect des choses, s'ajoute le fait que ces *topping-up* sont donnés par les *teamleiters* selon leurs propres règles, et ne correspondent à aucune activité particulière.
- 47 Ces rémunérations appelées maintenant *per-diem* désignent bien plus que de simples modalités de gains financiers, ils deviennent la rétribution "due" par les Blancs pour justifier leur présence - pour qu'il y ait "projet". C'est sur ce point que nous allons maintenant insister.
- 48 À la GTZ, donner ou non des *topping-up* était jusqu'en 1990 de la responsabilité du seul *teamleiter* - sous réserve de rester dans les limites du budget adopté.
- 49 Pourquoi donc ce type de décisions n'était-il jamais officiellement négocié et restait-il à la discrétion (dans les deux sens du mot) du *teamleiter* de la GTZ ?
- 50 Officiellement, le Ministère de la Coopération allemande (BMZ) n'autorise pas les *topping-up* dans les accords de financement passés avec la GTZ. Les frais de déplacement sont théoriquement réservés aux personnels sous contrat du "projet" <sup>6</sup> et pas aux fonctionnaires. Tout ce qui concerne le financement des fonctionnaires est considéré comme du rôle exclusif du gouvernement du pays "partenaire" et preuve de la "co-opération". Ce schéma officiel n'est pourtant respecté par personne. Ainsi, le BMZ lui-même laisse son organisme de coopération financière (la KfW) distribuer des *topping-up*.
- 51 La GTZ, qui n'applique pas cette décision <sup>7</sup>, ne peut pourtant pas officialiser les *topping-up*. Elle laisse donc cette question problématique entre les mains du *teamleiter*, à condition que les montants versés ne figurent pas comme tels ni dans les budgets ni dans la comptabilité. Inversement, un *teamleiter* peut refuser d'introduire des *topping-up*, conformément à la politique officielle du BMZ. Ce faisant, il ne reçoit pas plus l'aval de la GTZ que son opposition - montrant bien par là qu'il s'agit de "sa" décision et non d'une politique de l'organisation. Tout au plus, le responsable régional de la GTZ faisait-il remarquer que cela pouvait gêner d'autres "projets" dans le pays.
- 52 Nous avons là, à notre sens, une "zone d'incertitude" <sup>8</sup> permettant au *teamleiter* de développer son autonomie. Ce point est capital pour comprendre une des logiques d'action d'un "expert" étranger (quelle que soit sa nationalité) et la réaction des infirmiers. Avec la méthode de planification utilisée par la GTZ, appelée ZOPP <sup>9</sup>, la mise en œuvre de la planification laisse peu de marge de manœuvre au *teamleiter* - malgré tous les discours sur la "flexibilité". Il tente d'appliquer ce qui a été décidé, surtout, ce qui est fréquent, s'il est arrivé dans un "projet" déjà en cours de réalisation.
- 53 Par contre, avec le "pouvoir des *topping-up*", il peut - ou croit pouvoir - influencer fortement ce sur quoi se fonde sa présence provisoire.
- 54 Et que peut faire le *teamleiter* de ce pouvoir ? n'y a qu'une réponse à cette question dans le contexte d'un pays comme le Mali : il va développer le "clientélisme" (qu'il le veuille ou non) en cohérence avec les représentations des personnels fonctionnaires <sup>10</sup>.
- 55 Dans les nombreux entretiens sur ce thème avec les "experts" étrangers, le maintien des *topping-up* apparaissait comme une des conditions majeures de la pérennisation des

activités. L'argumentaire était toujours en négatif : "si on n'en donne pas, le "projet" ne réussira pas !" Notons que les infirmiers, comme nous le verrons plus loin, pensent et disent exactement la même chose.

- 56 Ce lien de cause à effet entre *topping-up* et "réussite" mérite attention.
- 57 Les critères de cette réussite sont formellement associés aux "résultats" (ou objectifs) à atteindre fixés par la planification, et situés dans le délai prévu de la phase en cours (en général deux ans). Ils sont donc situés dans une temporalité très courte - correspondant en général à la période de présence du *teamleiter*. Ce n'est donc pas le "projet" qui ne réussira pas puisqu'il est dans une temporalité beaucoup plus longue, de l'ordre de dix à quinze ans. Ce seront, éventuellement, les "résultats" de la phase qui ne seront pas atteints, et, là, le *teamleiter* sera personnellement impliqué. En effet, en première instance, la GTZ jugera cet agent à l'atteinte, dans les délais prévus, des "résultats" arrêtés lors du séminaire de planification de la phase en cours. Cette contrainte implique de "réussir" à moyen terme - du moins les "experts" étrangers le croient-ils - et dans cette course contre la montre, les *topping-up* servent de moteur additionnel.
- 58 Mais qu'est-ce que "réussir" ?
- 59 Dans notre expérience, les critères techniques, quoique non négligeables, ne sont pas déterminants. Les "juges" finaux de la "réussite" ou de l'échec" étant des administrateurs - et non des politiques ou des professionnels de la santé publique - ce sont donc leurs critères qui compteront.
- 60 Pour résumer nos entretiens avec les responsables du siège de la GTZ, un "bon projet" réunit des éléments d'ordre financier autant que relationnel : argent dépensé selon les prévisions, comptabilité tenue correctement, respect du système hiérarchique de la GTZ, bonne relation avec les autres membres de l'organisation, bonne réputation auprès des Maliens, pas de conflits obligeant le siège de la GTZ à prendre parti, etc.
- 61 Ce sont ces critères de "réussite" qui vont aussi permettre un renouvellement de contrat à la GTZ.
- 62 On comprend alors que dans la stratégie d'un *teamleiter*, les *topping-up* peuvent servir à établir ou entretenir de bonnes relations avec les partenaires maliens - d'où aussi une certaine personnalisation de ce pouvoir.
- 63 N'est-ce pas un des signes du clientélisme - et de la singulière "confiance" mise dans le pouvoir de l'argent. Ajoutons que cette relation de cause à effet, quasi-automatique, entre les *topping-up*, les bonnes relations avec les "partenaires" et la "réussite", n'est certainement pas objectivable : il s'agit, à notre sens, d'une représentation que les "experts" étrangers se font des "projets", de leurs "partenaires" et de la sécurité de leur emploi.
- 64 Dans le cadre du "projet SSP", l'option fut inverse.
- 65 De 1987 à aujourd'hui, aucun *topping-up* n'a été donné, et, malgré les conflits, la GTZ a considéré ce "projet" comme une "réussite" non seulement selon les critères administratifs et financiers énoncés plus haut mais aussi selon ceux des spécialistes de santé publique <sup>11</sup>.
- 66 Distribution de *topping-up* et "réussite" sont donc dissociables. Cela veut-il dire, qu'inversement, on pourrait établir une relation de cause à effet entre absence de *topping-up* cette fois, et "réussite" ? Dans tous les cas de figure, vouloir réduire la

problématique de la "réussite" ou de l'"échec" d'un "projet" à un seul facteur, fut-il financier, paraît bien irréaliste.

- 67 Alors, on peut se demander si le lien entre *topping-up* et pérennisation des activités n'est pas surestimé par tous les acteurs. Sans doute s'agit-il d'un aspect important, mais partiel, des modes de gestion d'un "projet".
- 68 Ajoutons que le refus d'introduire des *topping-up* entre dans une stratégie permettant aussi à l'"expert" d'augmenter son autonomie - sérieusement limitée non plus par les résultats à atteindre, mais par le rôle exclusif de "bailleur de fonds" ou de "banquier" que les agents de santé maliens veulent lui voir jouer <sup>12</sup>.
- 69 En attendant, comme tous les "projets" au Mali (appuyés par la GTZ ou par d'autres coopérations bilatérales ou multilatérales) donnaient des *topping-up*, dissimulés sous une forme ou une autre, celui qui n'en donnait point se trouvait dans une situation très inconfortable. Cette conduite paraissait très anormale - hors des "normes" - aux infirmiers : il fallait donc une interprétation en cohérence avec leur système de représentation. Un incident nous la fit connaître.
- 70 En novembre 1989, un responsable du siège de la GTZ, médecin de santé publique, visita les centres de santé du cercle de Bandiagara.
- 71 Quand il apprit qu'il n'y avait pas de *topping-up*, il fut à la fois surpris et très dubitatif - et s'en ouvrit au *teamleiter*.
- 72 Deux raisons furent présentées.
- 73 Sa surprise venait de ce qu'il avait vu des réalisations qu'il jugeait importantes (existence d'un système de financement, dépôts de médicaments, activités de lutte contre diverses maladies, etc.) et qu'il ne comprenait pas comment tout cela était possible sans donner des "gratifications" financières aux personnels - d'où son doute.
- 74 La seconde raison venait de la comparaison entre ce "projet SSP" et un autre qu'il venait de visiter : malgré *topping-up* et *per-diem*, il estimait, à tort ou à raison, que rien n'y fonctionnait correctement.
- 75 Pensant donc que le *teamleiter* lui cachait la réalité, il interrogea les infirmiers, les félicitant pour leur travail et leur demandant ce qu'il recevait en plus de leur salaire.
- 76 Ceux-ci, dont la surprise n'était pas moindre, estimèrent évident qu'il procédait à une enquête pour savoir où passait l'argent qui leur était destiné.
- 77 L'interprétation fut donc que le *teamleiter* gardait l'argent des *topping-up* pour lui-même et pour quelques privilégiés autour de lui - "même son patron n'était pas au courant" ajouta l'un d'entre eux.
- 78 Ainsi, pour les infirmiers, un *topping-up* qui n'était pas donné, allait forcément à d'autres, en particulier aux médecins responsables du "projet SSP" : l'"expert" étranger devenait le corrupteur des médecins maliens au détriment des infirmiers.
- 79 Hors la GTZ, rares sont les "experts" qui ont en main la décision sur les *topping-up*. Mais qu'ils l'aient ou non, ne change rien au fait que, pour les infirmiers, ils représentent ceux qui la détiennent. Ainsi, les "experts" étrangers du "projet SSP" se partageraient la "contrepartie" du travail des infirmiers pour ce "projet", et les médecins maliens en profiteraient ! Il n'est sans doute pas indifférent qu'ils s'agissent ici de leurs supérieurs hiérarchiques, "corrompus" par les "experts"...

- 80 Mais ils ne se partagent pas que l'argent, il en va de même du prestige : "en cas d'échec, il [l'infirmier] sera accusé de négligence ou d'incompétence. En cas de réussite, il est oublié..." (discours d'un infirmier rapporté par Tinta, S. 1991 : 52).
- 81 Dans ce discours du "malheur d'être infirmier", le complot est démonté, coupables et innocents désignés : les uns vivant "dans un luxe insolent" accaparent l'argent honnêtement gagné par les autres.
- Oppositions et conflits
- 82 "Au début, nous nous sommes concertés pour boycotter le projet. La stratégie consistait à mal tenir tous les documents aussi longtemps qu'on ne nous accorderait pas d'indemnités en arguant que nous n'avons pas compris. Mais notre action a échoué parce que certains ont trahi dès lors qu'ils ont goûté à quelque chose. Il s'en est suivi une reprise normale des activités" (Tinta, S. 1991 : 22).
- 83 Dans les propos de cet infirmier, deux éléments méritent des développements : le premier sur la "stratégie" adoptée, et le second sur la raison attribuée à son échec.
- 84 Ainsi, pour tenter de faire pression sur le "projet" - entendons sur les "experts" étrangers -, trois infirmiers responsables de Centres de Santé se sont concertés pour ne pas remplir correctement les documents comptables. Notons que leur accord a eu lieu avant l'installation de ce système de gestion, mais que la "stratégie" (il s'agit en fait d'une tactique), ne concerne que la période qui suit la mise en place des documents comptables (1989). Cela veut dire qu'ils ne refusaient pas d'entrer dans le jeu qui était proposé - imposé -, mais qu'ils "traînaient les pieds" .
- 85 Quant à l'échec, il est attribué, par celui qui parle à la "trahison" des deux autres. "Ils ont goûté à quelque chose" signifie qu'ils ont reçu de l'argent de l'"expert" ou du médecin-chef, son "complice".
- 86 En fait, d'après nos informations, les "traîtres", ont découvert rapidement que le système de gestion ne gênait pas leurs pratiques "parallèles", et qu'ils pouvaient même tenter d'en profiter.
- 87 Par exemple : l'un faisait des ordonnances au nom de faux malades et ainsi se procurait, dans les dépôts, certains médicaments pour les revendre ; l'autre établissait des ordonnances à son propre nom sur le dépôt.
- 88 De plus, les conditions de travail s'amélioraient : locaux remis à neuf, fourniture d'équipements et mobiliers neufs, logistique supplémentaire, bibliothèque, etc.
- 89 Enfin, certains avantages financiers, pour insuffisants qu'ils soient à leurs yeux - ne le seront-ils pas toujours ? -, existaient : par exemple, les séminaires de formation organisés par le "projet", en 1988, équivalaient à plus d'un mois de salaire supplémentaire dans l'année.
- 90 Bref, la situation ne semblait pas - ou plus - mériter un véritable boycott, avec les combats qu'il implique.
- 91 À notre sens, il s'agissait surtout d'éviter un affrontement direct avec le médecin-chef, leur supérieur hiérarchique, fort engagé dans la réussite de ce "projet". Le fait que l'infirmier qui s'exprime soit en conflit avec le médecin-chef n'est pas étranger à son interprétation de la conduite de ses collègues - sans doute est-il lui-même prêt à aller jusqu'à l'affrontement.
- 92 Les raisons de ce conflit nous sont d'ailleurs mal connues, mais cet infirmier est réputé pour être un franc-tireur de par son "indépendance d'esprit" et son franc-parler. Sans

s'en vanter, il ne cherche pas non plus à cacher ses pratiques "parallèles" qu'il justifie par la nécessité de "survivre"; si on l'attaque sur ce point (le médecin-chef l'a-t-il fait ?), il n'hésite pas à dénoncer les pratiques "parallèles" de ceux qui le critiquent. De plus, il a en France un réseau de relations qui lui adresse des médicaments - "personnels" dit-il - sans passer par le circuit du médecin-chef. Voilà autant de raisons d'être en conflit avec un supérieur hiérarchique.

- 93 Les infirmiers organisent entre eux des réunions régulières pour discuter de leurs problèmes socio-professionnels, mais aussi des questions matérielles. Comme nous l'avons vu, ils peuvent présenter des revendications communes à un "expert" étranger. Pourtant, ils ne forment pas un groupe corporatiste homogène face au "projet SSP" - ou ce qu'ils croient être un "projet". Il nous semble que la position du médecin-chef est ici déterminante.
- 94 Il est difficile d'analyser les complexes relations entre les infirmiers et un médecin-chef de cercle. Il existe plusieurs registres d'interprétation et de nombreux facteurs psychologiques spécifiques.
- 95 Nous pouvons toutefois dégager quelques caractéristiques.
- 96 Un médecin-chef est à la fois : la référence médicale en général et en particulier (il soigne les familles des infirmiers), le supérieur hiérarchique direct (l'autorité administrative), l'arbitre des conflits internes au service de santé (entre agents), le seul protecteur en cas de conflit externe (en particulier face aux attaques des commandants), celui qui organise la redistribution des dons, et celui qui "arrange" les infirmiers quand il y a un "problème" sérieux<sup>13</sup>. Dans ce contexte, et sans oublier leur profonde acceptation de la hiérarchie, serait-il surprenant que les infirmiers -sauf peut-être notre franc-tireur de tout à l'heure - considère que l'opposition du médecin-chef marquerait l'échec de toute tentative d'acquiescer une position plus élevée ? Ne faudrait-il pas sa neutralité sinon son alliance ?
- 97 L'adhésion du médecin-chef aux objectifs du "projet" et/ou à ses pratiques proposées par le teamleiter, représentent alors un élément incontournable. De ce fait, il ne reste, pour protester contre l'absence de *topping-up*, qu'à "traîner les pieds" de diverses façons. Donnons quelques exemples.
- 98 L'infirmier s'absente de façon non répréhensible : il parcourt les villages, "appelé par des malades" - surtout ceux qui ne sont pas encore informés de l'existence des dépôts de médicaments. Cet agent étant en tournée, le Centre de Santé reste fermé. La rétention d'information fait partie de la "résistance".
- 99 Il peut s'agir aussi de la diffusion d'informations tronquées. Par exemple, dans les tournées d'information qui ont eu lieu, la séparation entre la vente des médicaments et la consultation de l'infirmier n'étant pas précisée, l'infirmier peut continuer à vendre "ses médicaments personnels" aux malades lors de la consultation.
- 100 Le système de gestion peut être "parasité" en faisant payer deux fois les malades qui se présentent : les tarifs officiels s'ajoutent alors aux anciens "tarifs parallèles".
- 101 Ainsi, dans une certaine maternité, une accouchée paie en moyenne 1000 FCFA plus cher qu'auparavant. Cela représente pour la personne qui officie un gain financier d'environ 54000 FCFA par mois.
- 102 Le "tarif parallèle" peut rester le seul à être appliqué, mais évidemment sans qu'il y ait enregistrement du malade. On présente alors au "contrôleur blanc" une chute fictive de

fréquentation qui permet de demander si le système de financement (le paiement des consultations) est bien adapté aux "pauvres".

- 103 Enfin, la campagne de dénigrement contre tel ou tel n'est pas négligée - les "experts" et leurs "alliés" étant évidemment les cibles favorites. Ainsi, tel "expert" s'est vu accusé de racisme par certains agents. Cela provoqua un incident avec le médecin-chef - n'était-ce pas le but de l'opération ? Le "malentendu" étant dissipé, "on" dira alors qu'il "ne fait rien" - et donc qu'"il bouffe notre argent" .

Conclusion

- 104 En définitive, ces oppositions n'ont pas empêché les activités que le "projet" soutenaient de s'implanter. Certains, sans approuver l'absence de *topping-up*, ont adhéré aux objectifs du "projet". Sans doute y ont-ils trouvé des gratifications matérielles et/ou symboliques. D'autres continuent la "résistance" en considérant que ce "projet", comme tous les "projets", est "l'affaire des Blancs", c.-à-d. quelque chose qui ne les concerne pas - du moins tant qu'ils n'en auront pas discerné les "avantages". Mais donner des *topping-up* ne confirmerait-il pas qu'il s'agit bien d'une " affaire de Blancs" ?
- 105 Les attentes des agents de l'État vis-à-vis d'un "projet" (se procurer une capacité de redistribution et améliorer la valeur sociale de leur emploi) n'étant pas satisfaites, *per-diem* et *topping-up* deviennent occasions de conflits : versés, ils sont "toujours" insuffisants ; non payés, ils sont un "privilège" à défendre. Ces conflits ont mis à jour quelques unes des stratégies des acteurs en lutte dans/autour d'un "projet", particulièrement entre les "experts" étrangers et les cadres locaux. Sous réserve d'en vérifier la validité dans d'autres contextes africains, il nous semble que les enjeux autour de ces ressources financières sont une des caractéristiques des "projets de développement", et peut-être d'autres types d'intervention comme les enquêtes de recherche ou d'expertise.

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Crozier, M. et Friedberg, E.** 1977. *L'acteur et le système*. Paris, Ed. du Seuil

**Hours B.** 1985, *L'Etat Sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan.

**Kielmann, A. et Diarra, L.** 1991, *Évaluation du projet "Soins de santé primaires" dans le cercle de Bandiagara*. GTZ, doc. multigr.

**Tinta, S.** 1991, "Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara. Acceptabilité et Participation". Bamako, Institut National de Recherche en Santé Publique, multigr.

## NOTES

1. En termes comptables, on distingue *per-diem/per-noctem* qui sont les frais de séjour (repas et nuitées) et frais de déplacement proprement dit.
2. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
3. Comme Bernard Homs (1985) l'a décrit dans le contexte camerounais.
4. Guère plus à notre avis, car l'infirmier n'a pas accès à l'argent des investissements qui permettrait de faire des fausses factures beaucoup plus lucratives que de soigner quelques malades dans les villages.
5. Ce fut notamment le cas du "projet Action Santé Plateau Dogon".
6. Dans les pratiques de la coopération allemande, c'est le *teamleiter* qui engage, en son nom personnel, les employés du "projet", et les paie avec le budget alloué par la GTZ.
7. Cette ambiguïté ne sera levée qu'en 1991 quand le BMZ l'imposera officiellement en prévenant les "partenaires" et vérifiant son application - mais la pratique des *topping-up* reste courante.
8. Au sens de Crozier M. et Friedberg E. 1977 : 55 et sq.
9. ZOPP : Zielorientierte Projektplanung (planification des projets par objectif)
10. Cela peut aller jusqu'au "népotisme". Dans ce cas, le *teamleiter* favorise non sa propre parentèle mais celle de son "homologue".
11. Voir les résultats de l'évaluation de Kielmann, A. et Diarra. L. 1991.
12. A leurs yeux, la légitimité d'un "expert" n'est-elle pas dans cette capacité à mettre en circulation des ressources surtout financières ?
13. Par exemple, si l'infirmier a une obligation financière importante (baptême, visite du père ou de la mère, etc.), le médecin peut avancer l'argent. Il se remboursera directement, chaque mois, auprès du "billetteur" (le responsable du paiement des salaires des agents de santé, lui-même agent de santé).