



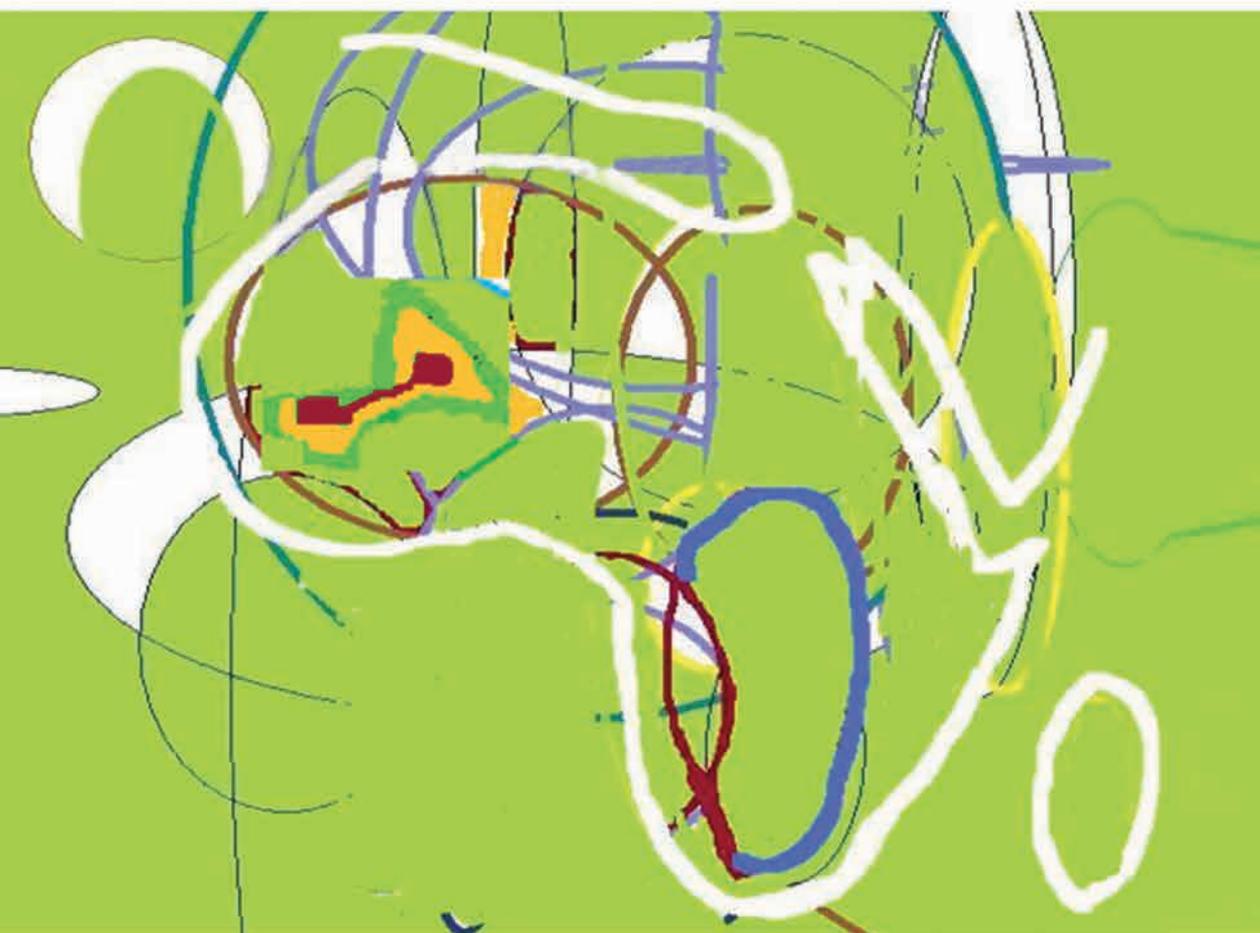
Université des Lettres et des Sciences
Humaines de Bamako

BP E2528 Bamako - Tél. : (223) 20280264/20280265 - Fax : (223) 20280271

REVUE SEMESTRIELLE

RECHERCHES AFRICAINES

Annales de l'Université des Lettres
et Sciences Humaines de Bamako



NUMERO 22 - Décembre 2018

ISSN 1817-424X

Comité scientifique

Directeur de publication

- **Pr Samba TRAORE**
Vice-recteur de l'Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako,
Courriel : revuera@ml.refer.org

Coordinateur du comité scientifique et du comité de rédaction

- **Dr Idrissa Soïba TRAORE**
Maître Assistant, DER Sciences de l'Éducation, FSHSE, Bamako, Mali.
Courriel : revuera@ml.refer.org

Sous - comité Sociologie - Anthropologie

- **Jean-Loup AMSELLE**
Directeur de recherches, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, France
- **Bréhima BÉRIDOGO**
Professeur, FL.SL, Bamako, Mali
- **Sory CAMARA**
Professeur, Université Bordeaux II, France
- **Soli KONÉ**
Professeur, FSHSE, Bamako, Mali
- **Félix KONÉ**
Directeur de recherche, ISH
- **Tal TAMARI**, chercheur CNRS, Paris, France

Sous - comité Philosophie

- **Issa N'DIAYE**,
Professeur FSHSE, Bamako, Mali
- **Etelvina Lopez NUNES**
FSHSE, Bamako, Mali
- **Nabé Vincent COULIBALY**
Coopération Suisse, DDD, Bamako, Mali

- **Ramatoullaye Diagne BENG**
Professeur, UCAD, Dakar, Sénégal
- **Ousmane GAKOU**
Professeur, ULSHB

Sous - comité Psychologie - Sciences de l'éducation

- **Tamba DOUMBIA**
Maître de Conférences, FSHSE
- **M. Cheikh Tidiane SALL**
Maître de conférences Université Cheikh Anta Diop (Sénégal)
- **M. Tindaogo VALLEAN**
Maître de conférences Université de Koudougou (BF)
- **Abdoulaye Baba DIALLO**
Maître Assistant, FL.SL, Bamako, Mali
- **Atimé AGNOU**
Professeur, FSHSE, Bamako, Mali
- **Ahmadou Abdoulaye DICKO**
Maître de Conférences, FSHSE, Bamako, Mali
- **Patrick HOUESSO**
Maître de Conférences (CAMES), Université d'Abomey-Calavi

Sous - comité Histoire - Archéologie

- **Drissa DIAKITÉ**
Professeur, Faculté d'Histoire et de Géographie, Bamako
- **Seydou CAMARA**
Directeur de recherches, Institut des Sciences Humaines (ISH), Bamako, Mali

- **Doulaye KONATÉ**
Professeur, Faculté d'Histoire et de Géographie, Bamako, Mali
- **Pierre Boiley**
Professeur, Université Paris I, Centre d'Etudes Africaines, France
- **Eric HUYSKOM**
Professeur Université de Genève, Suisse
- **Issa SAIBOU**
Maître de Conférences, université de N'Gaoundéré, Cameroun

Sous - comité Géographie - Démographie

- **Ibrahim SONGORÉ**
Directeur de recherches, Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée (ISFRA)
- **Oumar Boubou BA**
Professeur, Ecole Normale Supérieure, Bamako
- **Famaghan-Oulé KONATÉ**
Professeur, Faculté d'Histoire et de Géographie, Bamako, Mali
- **Samba DIALLO**
Professeur, Faculté d'Histoire et de Géographie, Bamako, Mali
- **Professeur Oumar DIOP**
Université Gaston Berger, Sénégal,
- **Balla DIARRA**
Maître de Conférences, ISFRA

Sous - comité Littérature

- **Mamadou Bani DIALLO**
Maître de conférences, FL.SL., Bamako, Mali
- **Abdrmane TOURÉ**
Professeur, FL.SL., Bamako, Mali
- **Bernard MOURALIS**
Professeur Université Lille III, France

Sous - comité Linguistique - Langues

- **Bougoutié COULIBALY**
Maître de conférences, FL.SL., Bamako, Mali
- **Ingse SKATUM**
Professeur Université d'Oslo, Norvège
- **Adama OUANE**
Directeur de Recherche, Unesco

- **Salif BERTHÉ**
Professeur, FL.SL., Bamako, Mali
- **Maweja MBAYA**
Professeur UGB, Sénégal
- **Abou NAPON**
Professeur, Université de Ouagadougou, Burkina Faso
- **Emile CAMARA**
FL.SL., Bamako, Mali
- **Mamadou GUEYE**
FL.SL., Bamako, Mali
- **Diola KONATÉ**
Maître Assistant, FL.SL., Bamako, Mali
- **Denis DOUYON**
Maître de Conférences, FL.SL., Bamako, Mali

Comité de rédaction

- **Macki Samaké**
Maître de conférences, ULSH, Bamako, Mali
- **N'do Cissé**
Assistant, FL.SL., Bamako, Mali
- **Mamadou Bani DIALLO**
FL.SL., Bamako, Mali
- **Moussa SOW**
Directeur de recherches, Institut des Sciences Humaines, Bamako, Mali
- **Ismael Samba TRAORÉ**
Ecrivain, éditeur, chercheur en Sciences Humaines, Bamako, Mali

Unité de diffusion

- **Dr Idrissa Soïba TRAORÉ**
Maître de Conférences, FSHSE, Bamako, Mali.
- **Dr Mamadou DIA**
Maître Assistant, FL.SL., Bamako, Mali
- **Dr Morikè DEMBÉLÉ**
Maître Assistant FSHSE, Bamako, Mali.
- **Dr Kawelé TOGOLA**
Maître Assistant FSHSE, Bamako, Mali.
- **Dr Aboubacar Sidiki COULIBALY**
Maître Assistant, FL.SL., Bamako, Mali

Sommaire

Contributeurs	TITRE DE LA CONTRIBUTION	Page
Mamadou DIA Lala Aiché TRAORE	ANALYSE LEXICO-SEMANTIQUE ET PORTEE STYLISTIQUE DES EMPRUNTS LEXICAUX DANS LA TRILOGIE DE MASSA MAKAN DIABATE.	7 - 18
Docteur Yao Emile KOUAKOU	LA TRAÇABILITÉ DU SYSTÈME COLONIAL FRANÇAIS DANS UN BARRAGE CONTRE LE PACIFIQUE DE MARGUERITE DURAS: RABAISSEMENT ET SUBVERSION	19 - 31
Daniel Chifolo FOFANA,	LE LIBERALISME DE MONTESQUIEU ET D'HABER- MAS : DEUX MODELES DU DEVELOPPEMENT DE L'AFRIQUE NOIRE	32 - 47
AHIQUA N'zi Blah Patricia épse ATSÉ	JEUX DE REPETITIONS DANS L'INCESTE ET POURQUOI LE BRESIL ? DE CHRISTINE ANGOT : UN PHENOMENE DE DECONSTRUCTION DE L'ECRITURE ROMANESQUE	48 - 60
Amed Karamoko SANOGO	PLATON ET MACHIAVEL : QUELLES PERSPECTIVES POUR LA POLITIQUE EN AFRIQUE ?	61 - 70
Zahui Gondéy, M.TOTI AHIDJE	LA VIE ET DEMIE DE SONY LABOU TANSI OU LE TRIOMPHE DU CHAOS	71 - 84
Tiemoko TRAORE Sidy Lamine BAGAYOKO	MINE D'OR ET DÉVELOPPEMENT LOCAL : CAS DE LA SPHERE SCOLAIRE DE LA ZONE MINIÈRE DE MORILA (COMMUNE RURALE DE SANZO)	85 - 98
Soumana KONE,	MALI VISION 2025 : ET LA COMMUNICATION !	99 - 109
Bakary DOUMBIA	LE PROBLEME DE VIABILITE ECONOMIQUE DES JOURNAUX MALIENS	110-126
Mahamady SIDIBE	FAMILLE ET AFFRONTEMENT DE POUVOIR DANS L'EPOPEE MANDINGUE DE DJIBRIL TAMSIR NIANE	127-135

Siaka Ballo	UNE REVUE DES STATISTIQUES DESCRIPTIVES SUR L'ETAT DE L'ENVIRONNEMENT ET DES RESSOURCES NATURELLES AU MALI	136-148
Siaka FANE	USAGE DES TRACTEURS ET BATTEUSES, UNE INNOVATION AGRICOLE A L'ŒUVRE DANS LA COMMUNE RURALE WATENI	149-164
Bouréma KANSAYE	STRUCTURES SANITAIRES AU MALI : ENTRE MEDIATION REGLEMENTAIRE ET IMPLICATION COMMUNAUTAIRE DANS LA GESTION DES CONFLITS	165-183
Sigame Boubacar MAIGA Sekou YALCOUYE	LES CONTRASTES DE L'IDÉAL DÉMOCRATIQUE MALIEN	184-196
Mahamadou KONTA	UNE EXPERIENCE LEXICOGRAPHIQUE A PARTIR DES TEXTES DE LOI DES EAUX ET FORETS	197-211
Ibrahim DIAKITE	<p>لحل ةحرتقم لولحو ،يلام ةيرودمجب عازنلا يف ةيور ةمدقم:</p> <p>UNE VISION DU CONFLIT EN RÉPUBLIQUE DU MALI ET DES SOLUTIONS PROPOSÉES POUR SA RÉOLUTION</p>	212-224

STRUCTURES SANITAIRES AU MALI : ENTRE MEDIATION REGLEMENTAIRE ET IMPLICATION COMMUNAUTAIRE DANS LA GESTION DES CONFLITS

Bouréma KANSAYE

Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako

bkansaye@yahoo.fr

RESUME

Cet article porte sur les modes de gestion des conflits en milieu hospitalier malien. Il analyse la médiation sanitaire, un mode règlementaire de gestion de conflits prévu par la charte des malades d'une part, et d'autre part, des modes non règlementaires alternatifs qui souvent supplantent la médiation sanitaire dans le contexte social malien. Des entretiens ont été menés dans les structures de santé avec les prestataires de soin et d'autres acteurs. Nous avons interrogé également des acteurs sociaux sollicités souvent dans le cadre d'une résolution alternative de conflits. Cette démarche nous a permis d'identifier, en plus de la médiation prévue par la charte du malade que nous appelons médiation règlementaire, une grande diversité de moyens de gestion des conflits nés en milieu hospitalier ayant un ancrage solide dans la culture et le vécu quotidien des Maliens comme le recours aux griots et aux autorités traditionnelles et religieuses.

MOTS CLES :

Conflits, implication communautaire, médiation, structure sanitaire.

ABSTRACT

This article focuses on conflict management methods in the Malian hospital environment. A problematic line here. It analyzes the health mediation, a regulatory mode of conflict management provided by the hospital patient's charter on the one hand, and on the other hand, alternative non-regulatory modes that often supplant health mediation in the Malian social context. We conducted Interviews in health facilities with care providers and other actors. We also interviewed social actors who often conducted an alternative dispute resolution. This approach allowed us to identify, in addition to the mediation provided in the patient's charter, which we call regulatory mediation, a wide variety of conflict management tools with a solid anchoring in the culture and daily experience of Malians such as the intervention of "griots" or traditional and religious authorities.

KEYWORDS:

alternative methods, conflicts, health facilities, mediation,

INTRODUCTION

Le Mali, vaste de 1 241 000 km² avec une population de 14528662 habitants⁵⁹, dispose de cinq hôpitaux de troisième référence, six hôpitaux de deuxième référence, 60 districts sanitaires de première référence et 1060 centres de santé communautaire⁶⁰.

La conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma Ata (au Kazakhstan) le 12 septembre 1978 a adopté une déclaration dans laquelle les Etats affirment leur volonté de mettre en place des politiques et stratégies qui faciliteraient l'accès aux soins de santé primaires. Aux termes du point V, « *tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national, des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. A cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles* »⁶¹.

Aussi, faut-il souligner l'importance qu'accorde cette déclaration à l'implication active des populations, individuellement ou collectivement, dans la planification et la mise en œuvre des soins de santé. Comme l'a si bien relevé Nianguiry KANTE « *on assiste à une forte volonté politique (notamment par l'enrichissement du cadre juridique du domaine de la santé) stimulant la participation communautaire aux programmes de santé au Mali.* »⁶²

Le Mali, dans le souci de renforcer son système de santé, adopta la loi 85-41 du 14 mai 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires. Cette loi précise les conditions de l'exercice privé des professions sanitaires ainsi que les devoirs et les obligations des acteurs. Aux termes de l'article 12 de

59 4^{ème} recensement général de la population et de l'habitat (RGPH-2019), la population estimée en 2018 est de 19 077 690

60 www.ident.sante.gov.ml La carte sanitaire numérique du Mali.

61 Déclaration d'Alma Ata à l'issue de la conférence internationale sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978, organisation mondiale de la santé

62 N. KANTE, Systèmes et politiques de Santé du Mali : processus historique de la participation communautaire, colloque international « Les universités au temps de la mondialisation et de la compétition pour l'excellence », Paris, 11-14 mai 2009

la loi 85-41, « *celui qui exerce une profession sanitaire est outre tenu au respect des devoirs et obligations définis par des codes de déontologie* »⁶³ . Cette loi a permis la diversification des offres en matière de soins de santé et la libération des initiatives privées dans le domaine.

L'article 2 de la loi n° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé précise que la politique nationale de santé repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile.

L'article 3 de cette même loi dispose : « *l'Etat, les collectivités locales, les populations bénéficiaires du service public de santé organisées en associations ou en mutuelles, les fondations, les congrégations religieuses, les ordres professionnels du secteur et les établissements de santé concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans les conditions fixées par les lois et les règlements en vigueur* ».

Les articles 1 à 4 de la Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière au Mali précisent les droits et les devoirs des malades. L'article premier de cette loi énonce le libre choix de l'établissement de santé par le malade comme principe fondamental qui ne peut être limité que par des considérations de capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification, des modalités de prise en charge dans le cadre d'un système de tiers payant et des contraintes liées à l'accès géographique ainsi qu'aux moyens de transport⁶⁴. Ces droits et devoirs sont portés à la connaissance des malades par un arrêté du ministre de la santé portant charte du malade et affiché dans chaque établissement de santé.

Cependant, les établissements de santé de tous les niveaux sont souvent sous-équipés et peu préparés à faire face au strict respect des droits des patients énoncés dans les textes. En effet, des conflits surviennent entre travailleurs des établissements de santé et patients dont la résolution est recherchée très souvent en dehors de toute procédure judiciaire. A cette occasion, on assiste à une implication active de divers acteurs investis officiellement ou non et adoptant des approches variées de règlement alternatif. Les acteurs impliqués sont entre autres, les syndicats, les autorités coutumières, les associations de malades, les congrégations religieuses, et les griots. Cette médiation sanitaire est généralement antérieure à toute action judiciaire, mais elle peut aussi venir mettre un terme à une procédure judiciaire déjà en cours. Quand la justice est saisie, les affaires, du fait de l'intervention des « médiateurs », peuvent prendre des tournures tout à fait inattendues, révélant des pratiques sociales insoupçonnées de règlement alternatif des conflits.

63 Loi N 85-41 du 14 mai 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires, article 12

64 Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière au Mali, article 1^{er} .

Selon le Grand Larousse illustré 2018, le terme médiation vient du latin *médiatio*, qui désigne une entremise destinée à amener un accord, le terme désigne également un arbitrage⁶⁵. Les définitions doctrinales du terme insistent beaucoup sur la procédure et les fonctions de la médiation. Ainsi, pour Louise LALONDE, « la médiation offre au règlement des conflits, quelle que soit leur nature, à la fois un lieu et un processus différents de ceux de la justice traditionnelle (dans le sens de la justice de l'Etat)⁶⁶. La médiation est une pratique sociale ancienne, mais institutionnalisée récemment. En France, par exemple la notion est à la mode depuis les années 1980 répondant sans doute à des besoins individuels et collectifs⁶⁷. Aujourd'hui, elle s'est beaucoup modernisée et intervient dans diverses matières. Elle s'est d'abord développée dans le domaine des relations de l'administration avec les citoyens, avant d'être un mode de règlement important dans les litiges de travail et d'entreprises. Actuellement, elle a pris pied dans le domaine pénal. La médiation pénale comme une alternative à la procédure classique s'est invitée en droit malien, non seulement en droit pénal des mineurs, mais aussi en droit pénal applicable aux majeurs. Cet essor est souvent mis au compte d'une reconnaissance plus grande aujourd'hui des droits des citoyens dans divers domaines comme la consommation des biens et services, les usages des établissements de soins.

La médiation est un mode de coopération qui doit amener les parties à exprimer leurs attentes, leurs besoins et objectifs véritables pour pouvoir ensuite trouver les solutions qui leur conviennent⁶⁸. Pour Tomi TSAKADI, la médiation est un MARC basé sur l'intervention d'un tiers neutre, dont le rôle est, avec l'accord des parties, de les rapprocher et de les aider à trouver une solution satisfaisante et équitable, sans jamais les obliger en rien⁶⁹. Pour Stéphane DEVAUX, qui développe une approche fonctionnaliste, le travail des médiateurs permet de « réhumaniser » les espaces ouverts au public, les lieux sensibles, de réguler les tensions quotidiennes et de renouer des liens sociaux défailants »⁷⁰. De ce fait, la médiation, un modèle alternatif de règlement des conflits (MARC) n'oppose guère les parties, elle n'aboutit pas non plus à la condamnation d'une partie ; elle cherche plutôt à gérer le conflit au bénéfice des parties. Les parties ont l'avantage d'avoir fait économie de leurs efforts et de leurs ressources qu'elles auraient dépensées dans un procès à issue incertaine.

Dans cet article nous proposons d'une part, d'analyser à partir de cas concrets, les divers

65 Le Grand Larousse illustré 2018, p. 719

66 L. Lalonde (2002-03). La médiation, une approche « internormative » des différends ? 2002-03/33. R.D.U.S. page 99

67 C. Tapia (2010). La médiation : aspects théoriques et foisonnements de pratiques, ERES/ « Connexions » 2010/1 n°93, p. 11.

68 M. Guillaume-Hofnung (éd). 2001, p.17

69 T. TSAKADI. 2008, p. 513

70 S. DEVAUX, La médiation éducative : un rôle de « tampon » dans la relation pédagogique et éducative, www.irenees.net/bdf_fiche-experience-632_fr.html, date et heure de consultation

modes de règlement alternatif des conflits en milieu hospitalier malien, notamment en identifiant les caractères de ceux-ci et ceux des médiateurs impliqués et d'autre part, de décrypter les méthodes de conduite de médiation sanitaire usitées au Mali.

1. METHODOLOGIE

Cet article a été préparé grâce aux multiples entretiens qui ont été réalisés à Bamako. Les enquêtes ont concerné le centre hospitalo-universitaire (CHU) Gabriel Touré, le centre de référence du quartier Mali en commune V du district de Bamako et le Centre de santé communautaire de Baco-Djicoroni en commune V du District de Bamako.

Le CHU Gabriel a été créé dans les années 1950. Il est l'un des plus importants établissements sanitaires publics du Mali. Il est situé en plein du centre de Bamako et comprend 7 départements regroupant 26 services médico-techniques. Il est un établissement de troisième référence.

Baco-Djicoroni disposait déjà depuis 1985 d'un local servant de dispensaire-PMI, construit par la population qui s'est organisée en association de santé communautaire (ASACO) en 1992. Le centre de santé communautaire est la structure créée par l'ASACO. Elle est fonctionnelle depuis mars 1993⁷¹.

Le centre de santé de référence de la commune V est situé au quartier Mali. Il est une structure de niveau II de la pyramide sanitaire du Mali. Il a pour vocation première la santé mère et enfant.

Ces entretiens ont impliqué des prestataires de soins de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes), des administrateurs d'établissement de santé, des représentants de syndicats, d'associations de malades, de l'ordre des médecins du Mali, des patients, des notables des quartiers de Bamako, des griots, des magistrats et des avocats.

Parmi ces catégories de personnes citées, nous avons interviewé ceux qui ont accepté notre proposition d'entretien. Ainsi, nous nous sommes entretenu avec 35 personnes issues de différentes catégories socioprofessionnelles : 2 administrateurs d'établissement de santé, 10 usagers, 5 médecins, 1 sage-femme, 3 infirmières, 2 responsables d'ordres professionnels, 2 responsables syndicaux du domaine de la santé, 2 magistrats, 2 responsables d'associations de malades, 2 chefs coutumiers, 2 griots et 2 leaders religieux. Dans un contexte de saturation d'enquêtes, il nous a été difficile souvent d'accéder à certaines personnes que nous avons souhaité impliquer dans notre étude.

Nous avons procédé également à une analyse documentaire. Elle a concerné certaines

71 A.A.H. ADAM BABA-BODY (2009-2010). Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako: cas du cscom de Baco-Djicoroni, thèse de doctorat de la faculté de médecine et d'odontomatologie, p.63

dispositions législatives et réglementaires en matière de santé au Mali ainsi que des textes extranationaux portant sur la problématique de la santé. Cette technique nous a permis de faire l'état de la question.

2. RESULTATS DE L'ETUDE ET DISCUSSION

Nous analysons d'une part la médiation comme mode alternatif de règlement des conflits hospitalier prévu par les textes législatifs et réglementaires, d'autre part les multiples moyens sociaux et traditionnels très en phase avec la culture malienne et les pratiques locales.

2.1. MEDIATION SANITAIRE, UN MODE REGLEMENTAIRE DE GESTION DE CONFLIT

Les droits des patients ont connu un développement rapide en Europe à partir des années 1990. Ils ont été établis sur la base notamment de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, la convention internationale des droits civils et politiques de 1966, la convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1966, la convention européenne des droits des patients et des libertés fondamentales de 1950 et la charte sociale en Europe de 1961. Ces droits sont regroupés en cinq thèmes qui sont : les droits humains et les valeurs dans les soins de santé, l'information, le consentement, la confidentialité et les soins ou le traitement.

Parmi les différents droits reconnus au malade au Mali figure en bonne place le droit de faire des réclamations. Ce droit est énoncé à l'article 20 de l'arrêté 08-2716. Il dispose que « *le malade a le droit de déposer une réclamation. Il a le droit à une suite par écrit de la part de l'administration de l'établissement* ». La mise en œuvre d'un tel droit nécessite, le recours devant une instance habilitée à examiner les cas litigieux qui lui sont soumis. Le deuxième alinéa de cet article fait donc obligation à l'administration de l'établissement hospitalier d'examiner la réclamation du malade et de lui donner une suite écrite.

Cette exigence légale a conduit certains établissements hospitaliers maliens comme le CHU Gabriel Touré à la mise en place de la fonction de médiation. A maintes reprises, cette pratique a permis d'apporter des solutions à des conflits nés dans le milieu hospitalier. Le cas ci-dessous est une illustration parfaitement d'un recours à la médiation.

En fait, il s'agissait d'étudiants en diplôme de spécialisation qui ont encaissé indument les frais de la consultation médicale d'un patient. Dans les conditions normales, le malade doit passer à la caisse pour effectuer son paiement et recevoir en contrepartie un ticket dit de consultation. Dans le cas, le malade qui a payé directement à des individus

travaillant pour le compte de l'établissement hospitalier n'a pu obtenir la prestation attendue. il a également échoué à récupérer lesdits frais engagés. il s'est alors adressé à la direction de l'hôpital par une réclamation.

La médiation s'en est occupée en identifiant d'abord les agents impliqués dans cette affaire. Ensuite, ceux-ci ont été contraints à rembourser la somme indument perçue. En plus, les agents coupables ont écopé de sanctions administratives. Nous avons ici une illustration parfaite d'un recours à la médiation pour barrer la route à une action publique. Cette forme de gestion des conflits introduite en milieu hospitalier est loin d'être étrangère à la culture malienne. Il convient de rappeler que les traditions maliennes connaissent bien la médiation et la conciliation comme modes majeurs de résolution des conflits avant l'avènement du droit positif, mais aussi continuent à exister parallèlement à ce droit de l'Etat.

2.1.1. CONFLITS PROTEIFORMES EN MILIEU HOSPITALIER

La récurrence des relations assez difficiles entre soignants et soignés est analysée dans un ouvrage publié sous la direction de Y. JAFFRE et J-P.Olivier de Sardan⁷². Ces auteurs analysent, dans une approche socioanthropologique la question de comment donner un sens à la relation souvent violente entre soignants et soignés en Afrique sur la base d'études effectuées dans cinq capitales (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey). Cette difficulté relationnelle entre soignants et soignés est bien illustrée par les enquêtes menées dans la capitale ivoirienne, « *Les patientes mettent en exergue leur frustration par des mouvements précis, au grand dam des soignantes [...] Les patientes s'impatientent, s'étirent pour montrer leur fatigue, se lèvent, marchent un peu, se couchent sur les bancs, ou à même le sol à l'entrée de la salle de consultation, se rasseyent, lancent à voix basse des jurons* ».

Les conflits qui surviennent en milieu hospitalier sont de nature diverse. Tantôt, ce sont des conflits liés à la qualité de l'accueil, tantôt, ils concernent les prestations notamment la consultation, les actes médicaux et l'hospitalisation. Certains conflits surviennent à cause du mode de vie de certains maliens qui rendent difficile, voire impossible, une bonne organisation des établissements de santé. Les règlements intérieurs des établissements sont rarement respectés par les nombreux visiteurs qui rendent visite à leur proche malade. C'est ainsi que depuis un certain temps, des individus tentent d'exploiter ces failles dans le fonctionnement de ces établissements. Ils s'invitent dans les établissements de santé habillés en blouses de médecin et circulent librement dans les salles d'hospitalisation où ils soulagent certains malades de leurs maigres moyens. Il s'agit généralement de travailleurs occasionnels, qui après expiration de leur contrat de travail, continuent à y venir en portant la blouse.

72 Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan (éds). 2003, p.37

En effet, les ordonnances et les ordres de paiement sont remis aux malades ou à leurs accompagnateurs et ces “faux médecins” proposent d’aller à la pharmacie ou à la caisse à leur place et disparaissent tout simplement avec l’ordonnance et la somme destinées à l’achat des médicaments ou au paiement de frais. Pour le patient c’est tout naturellement un médecin qui est parti avec son ordonnance et l’argent et ils s’adressent soient aux responsables, soit aux médecins et infirmiers pour se plaindre ».

Il faut noter que certains responsables des structures sanitaires sont souvent impliqués dans ce genre d’actes illégaux. Dans de pareils cas, si le patient dépose une réclamation, elle est examinée par la commission de médiation. Ce fut le cas d’un major qui avait détourné les frais d’hospitalisation et encaissé indument une somme importante auprès d’un patient. L’affaire qui portait tous les caractères d’une infraction a été prise en charge par l’organe de médiation de l’établissement de santé qui a enjoint le major à rembourser la totalité de la somme indument encaissée. Il a ensuite été sanctionné administrativement par le service employeur.

Les conflits naissent et sont aggravés souvent du fait de l’illettrisme d’une proportion importante des malades au Mali. Ils ignorent totalement leurs droits et souvent leurs devoirs. La charte du malade n’est connue que d’une infime partie de malades fréquentant les établissements de santé et même méconnue des agents de santé qui y travaillent. Cette charte qui doit faire l’objet d’affichage dans les établissements de santé est très souvent invisible. Aux termes de l’article 2 de la loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière au Mali, « cette charte est affichée dans tous les services de rétablissement hospitalier ».

« *C’est vrai que la charte n’est pas connue du grand public, il faut sensibiliser, informer les patients et leurs accompagnateurs surtout sur l’assainissement, la salubrité, l’utilisation des poubelles. Par exemple, il y a des poubelles pour les déchets médicaux (sérum et autres) et des poubelles destinées aux autres déchets (le reste des aliments). Il faut sensibiliser les usagers des établissements hospitaliers sur les heures de visite également. Des visites inopportunes perturbent les heures de soins ou de repos des malades. Aussi les visiteurs peuvent apporter avec eux des germes de la ville à l’hôpital et vice-versa. Chez nous, les visiteurs ne cherchent pas à comprendre tout cela.* » La faiblesse de la formation initiale des prestataires de soins est une autre source de conflits en milieu hospitalier. Certains d’entre eux n’ont aucune compétence en matière d’accueil ni d’écoute des patients. Il en résulte une incompréhension aboutissant souvent à des agressions physique et verbale. Ce fut le cas en commune V du District de Bamako où au centre de référence une personne accompagnant un malade n’a pas pu contrôler ses nerfs face à une insatisfaction et a porté la main sur une infirmière. Selon le chef de service de cette structure :

« *L’affaire était suffisamment grave car l’infirmière avait été blessée, nous en avons*

référé à la police, mais elle a fini par accepter une issue à l'amiable suite à l'implication de notabilités, de parents et de griot. Son agresseur lui a présenté ses excuses ». C'est de cette manière que plusieurs conflits nés en milieu hospitalier sont gérés. Les parties directement impliquées dans ces conflits sont les patients ou leurs proches accompagnateurs, les agents de santé.

La médiation en milieu hospitalier au Mali a pour source l'article 29 de l'arrêté du ministre de la santé. Elle est une réponse à l'insatisfaction des usagers des établissements sanitaires. Les plaintes des patients sont adressées au directeur de l'établissement de santé. L'article 27 dit en outre que « si la personne hospitalisée ou ses ayants droit estiment avoir subi un préjudice, lors du séjour dans un établissement, ils peuvent saisir le directeur de l'établissement d'une réclamation préalable en vue d'obtenir réparation ».

Le directeur mettra en place une fonction de médiation entre l'établissement et les patients afin d'instruire dans les meilleurs délais les demandes de réparation pour préjudice et donner à leurs auteurs

Cette réclamation est destinée aux médiateurs. L'initiative de la mise en place de la médiation appartient au directeur de l'établissement. Les médiateurs ont la charge d'instruire dans les meilleurs délais les demandes de réparation du préjudice. Après leurs instructions, ils sont chargés de donner aux demandeurs les explications nécessaires.

2.1.2. DROITS ET DEVOIRS DU MALADE AU MALI

Pour caractériser ce qu'est devenue la santé aujourd'hui, Daniel DE CALATAY⁷³ posait trois questions : la santé est-elle une chance ? La santé est-elle un don de Dieu ? La santé serait-elle un droit ? En répondant à ces questions, il conclut que la santé est aujourd'hui plus qu'un rapport intime (mon corps et moi, moi et mon Dieu, moi et ma maladie), elle est un rapport bilatéral (moi et l'auteur de mon mal, moi et mon docteur) et multilatéral (moi et la société), c'est un rapport à l'autre impliquant droits et devoirs. Dans cette acception, on comprendra alors que ceux qui en sont privés crient à la révolte, à la vengeance et à la réparation. La protection de la santé exige la mise en place par l'Etat d'un système de santé garantissant l'intervention d'acteurs sérieux et compétents⁷⁴, notamment par la réglementation des professions de santé et par l'incrimination des actes portant atteinte à la santé d'autrui en mettant en jeu la responsabilité des acteurs en cas de faute.

Depuis la chute du régime militaire en 1991, le Mali a entrepris des réformes importantes devant aboutir à l'émergence d'un Etat de droit dans lequel les droits fondamentaux seront garantis et respectés. Il est important de rappeler que la constitution malienne de 1992 reconnaît le droit du citoyen à la santé. Aux termes de l'article 17 de cette loi

73 D. de Calatay. In L. Marlière (éd.). 2006, p.197-

74 G. Giudicelli-Delage. 1996. Revue de science criminelle et de droit pénal comparé. N°1 p.13-30.

fondamentale de la République du Mali : « *L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la santé et la protection sociale constituent des droits reconnus* »⁷⁵. Notons également que le Mali a ratifié la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples de 1981, qui en son article 16 dispose que « *toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les Etats parties à la présente charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie* »⁷⁶.

La charte du malade au Mali est instituée par le décret N° 08-2716 du 6 octobre 2008. Elle est annoncée à l'article 2 de la loi hospitalière qui dispose : « il est établi par arrêté du ministre chargé de la santé, un document intitulé « charte du malade » indiquant les droits et les devoirs du malade vis-à-vis de l'établissement et du personnel qui y travaille. Cette charte est donc une consécration des droits et des devoirs du malade. On ne peut donc parler de médiation sans déterminer les droits et devoirs du malade retenus par les textes maliens. Les droits garantis du malade peuvent être regroupés en cinq thèmes : le droit d'accès aux établissements hospitaliers, le droit à des soins de qualité, le droit au consentement, le droit à l'information et le droit à la protection de la vie privée.

Ainsi, aux termes de l'article 6 de la charte du malade « *les établissements hospitaliers sont tenus d'accueillir toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses* ». Ce devoir d'accueil des patients dans les établissements hospitaliers est exclusif de toute forme de discrimination basée sur des critères de sexe, d'âge de religion ou d'ethnie.

Quant à l'article 9, il précise que les établissements hospitaliers garantissent la qualité des soins notamment à travers un bon accueil des usagers. Tout naturellement, cette qualité est fonction de la qualification des praticiens et du plateau technique dont dispose l'établissement de santé. En effet, les conflits les plus courants portent sur la qualité de l'accueil qui est généralement réduite par les patients à la célérité avec laquelle ils sont pris en charge.

« Ce que les patients qui se présentent à l'hôpital ne comprennent pas souvent, c'est la procédure à suivre pour bénéficier d'une prestation. Le médecin demande d'abord au malade l'historique de sa maladie pour mieux poser un diagnostic. Les parents s'impatientent et souvent la tension monte. Les malades ne jouissent plus de toutes leurs facultés mentales, ils paniquent souvent, les parents sont pressés, alors que le médecin doit prescrire souvent des analyses. C'est après les résultats de ces analyses qu'il peut, prescrire une ordonnance

75 La constitution du Mali ; décret N° 92-0731 P-CTSP portant promulgation de la constitution.

76 La charte africaine des droits de l'Homme et des peuples a été adoptée le 27 juin 1981 à Nairobi au Kenya. La même année, le 21 décembre, elle a été ratifiée par la République du Mali. Elle est entrée en vigueur le 21 octobre 1986 après sa ratification par 25 Etats.

et le traitement commence. Vous savez, maintenant les agents de santé sont prudents. Il y a des malades diabétiques, hypertendus ou hypotendus, si tu commences le traitement immédiatement cela peut causer d'autres problèmes encore plus graves ».

Les agents de santé eux-mêmes dénoncent les conditions d'accueil qui prévalent dans certains établissements de santé, qui ne favorisent pas la prestation des soins de santé de qualité.

« Les eaux usées sont mal évacuées, l'insalubrité est partout. Les malades sont mal accueillis parce que les agents qui sont chargés de cette mission ne sont pas formés, les médecins sont insuffisants dans certains services et les malades sont obligés d'attendre des heures avant d'être reçus sans compter les pratiques de népotisme et de favoritisme ».

L'article 10 confère au malade le droit d'accéder aux services hospitaliers convenables à son état ou à sa maladie. Il a aussi le droit d'être soigné dans le respect de sa dignité humaine. Le malade a le droit d'accepter ou de refuser l'hospitalisation ou toute prestation de diagnostic ou de traitement s'il ne met pas en danger sa vie ou l'intérêt public.

En effet, le consentement du malade ou celui de la personne qui le représente le cas échéant, est indispensable dans certaines conditions de diagnostic et de traitement. De ce fait, il ne peut être laissé sans information sur son état. Le consentement éclairé est aussi fonction de la connaissance réelle de cet état. Cette nécessité d'information est soulignée par la charte du malade à l'article 13 qui précise que le malade a le droit d'être informé de ce qui concerne son état. C'est l'intérêt du malade qui doit être déterminant pour l'information à lui donner.

Le malade a aussi le droit, dans la mesure où les conditions matérielles de son environnement le permettent, à la protection de sa vie privée.

Parmi les devoirs du malade figure en bonne place le respect du règlement intérieur de l'établissement où il est accueilli. Ce point est crucial, car il est au cœur de toutes les frustrations. A titre d'exemple, le respect des heures de visite au Mali, il est courant que les parents aillent à l'hôpital pour rendre visite à leur proche malade. Dans l'établissement, pour permettre au personnel de travailler dans la tranquillité, des horaires contraignants sont établis pour les visites. Il est donc fréquent de voir des proches de malades réclamer une possibilité d'entrée à tout moment sans respecter ces heures de visite. Cela crée un désagrément non seulement pour les agents de santé, dont le travail est perturbé, mais aussi pour le malade qui n'a jamais la possibilité d'avoir un moment de repos que commande sa situation.

Aussi, le malade et les personnes qui l'accompagnent doivent se conformer aux normes de conduite requises pour sauvegarder la sécurité de l'hôpital et la salubrité de son environnement. C'est encore une source importante de conflits entre l'établissement

hospitalier et ses usagers. En effet, pour des raisons d'absence totale de structures adaptées de restauration destinées aux malades et à leurs accompagnateurs, les parents apportent à manger et passent la journée et souvent la nuit à l'ombre. L'établissement ressemble de ce fait à un quartier de la ville et malgré l'existence des poubelles, les ordures sont jetées un peu partout.

La procédure de la médiation est le mode commun de résolution des conflits dans les établissements de santé. Elle doit permettre de trouver une solution négociée à des conflits nés en milieu hospitalier. Cette médiation implique une procédure bien définie. Elle commence par une réclamation selon les termes du décret 08. Celle-ci est adressée au premier responsable de l'établissement qui l'adresse au comité de médiation composé de 6 membres au CHU de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.

La commission est dirigée par un président, en occurrence un professeur relevant administrativement du CHU. Outre le président, sont membres de la commission, le chef du personnel, le conseiller juridique, le membre de la Commission Médicale, un Membre du service social, un membre de l'Association des Consommateurs du Mali.

La partie lésée saisit la direction hospitalière par une réclamation. A partir de cet instant, la formation de la commission est une obligation qui incombe à l'administration hospitalière. Quand la commission statue sur une affaire pour laquelle elle est saisie, elle ne siège plus et n'a plus sa raison d'être jusqu'à une nouvelle affaire.

L'indépendance et l'autonomie de cette commission soulèvent des interrogations cruciales. Pour les uns, du fait qu'elle n'a pas un budget propre, elle est condamnée à être dépendante de la bonne volonté des dirigeants de l'établissement hospitalier. Pour d'autres, cette absence d'autonomie budgétaire est toujours synonyme de dépendance dans les processus décisionnels. En Europe, on retient généralement que la commission doit nécessairement être autonome vis-à-vis des parties, elle doit être à l'abri de toute pression. Dans le cas malien, cet équilibre n'est pas obligatoirement atteint. Comme on peut bien le remarquer, du point de vue de la composition, parmi ses membres seuls le représentant des consommateurs garde une certaine distance vis-à-vis de l'administration hospitalière. Les associations des malades au Mali sont considérées comme des associations de consommateurs. Dans les grands établissements publics de santé, elles sont toujours représentées au conseil d'administration. Dans ces conditions la commission ainsi constituée est-elle en mesure de surmonter les conflits d'intérêts et d'examiner une plainte avec objectivité comme il convient de le faire ?

Les médiateurs, avant de se réunir pour examiner la réclamation, mènent d'abord leur enquête. Ensuite, ils se réunissent pour examiner le cas concret qui leur est soumis. Elle n'est pas permanente. Il s'agit d'une commission ad hoc selon les termes du conseiller juridique du CHU Gabriel Touré. Ils rédigent une conclusion qui est transmise au responsable de l'établissement. Ce dernier informe l'utilisateur des résultats de la médiation.

Un procès-verbal est rédigé et signé par les parties en cas d'accord satisfaisant.

Cependant, un recours contentieux est toujours possible en cas de non-aboutissement de la demande. En effet, l'alinéa 3 de l'article précité dispose que « si celle-ci (la réclamation) n'aboutit pas comme il le souhaite, soit que la demande soit rejetée, soit que l'hôpital garde le silence pendant plus de 30 jours, l'auteur de la réclamation dispose de droits de recours contentieux ».

Malgré une telle possibilité, la gestion des conflits en milieu hospitalier a tendance à être déplacée dans les milieux de vie des parties avec des implications nombreuses et diverses.

2.2. L'IMPLICATION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES DANS LE REGLEMENT DES CONFLITS

La gestion des conflits en milieu hospitalier n'est pas uniquement réservée à la procédure de la médiation telle qu'elle est prévue par la charte du malade au Mali. Elle est aussi le fait d'une multitude de modes traditionnels de règlement à l'amiable des litiges. Nous analysons d'une part le recours aux pratiques coutumières (A) et d'autre part l'intervention des autorités religieuses (B).

2.2.1. LE RECOURS AUX COUTUMES ET A LEURS DETENTEURS

Le Mali est un pays d'une culture riche et diversifiée. On dit qu'elle est un carrefour de cultures. Certaines pratiques sociales sont sollicitées pour amener les parties en conflit à un règlement à l'amiable. Les valeurs sociales fondamentales prônent le dialogue et privilégient les compromis au détriment de la conflictualité. Parmi les pratiques traditionnelles de règlement de conflits nous examinons l'intervention des griots (*jeliw*), des organisations syndicales, des ordres professionnels et des leaders religieux (*imans*), des autorités coutumières (chefs de quartiers) ainsi que de l'usage quotidien du cousinage ou de la parenté à plaisanterie.

Les griots sont d'abord reconnus pour leurs fonctions de communicateurs : toutes leurs activités de messagers, d'historiens ou de conteurs s'inscrivent dans un rôle de médiation sociale⁷⁷. Ils jouent un rôle de médiation sociale très importante en toute circonstance conflictuelle depuis la nuit des temps. La charte de *Kurukanfuga*⁷⁸ ne manque pas de souligner cette fonction importante du griot dans la société ancienne de l'empire du Mali. Ainsi, dans l'énoncé 43 de cette charte il est dit que « Balla Fasséké

77 J-P. SAUVE. 2007, p. 62

78 La charte du *kurukanfuga* est l'un des anciens textes de l'empire du mandé datant du moyen âge (1222) destiné à organiser la vie sociale. Elle est la transcription d'un contenu oral.

KOUYATE⁷⁹ est désigné grand chef des cérémonies et médiateur principal du Mandé. Il est autorisé à plaisanter avec toutes les tribus en priorité avec la famille royale. Les griots constituent une catégorie sociale, qui se caractérise par sa grande maîtrise de la parole. Ils interviennent pour enseigner l'histoire, mais aussi pour faciliter la communication entre les nobles en conflits et pour les démarches de mariage. Quand ils interviennent dans un conflit, les parties doivent adoucir leur position, notamment quand celles-ci sont des nobles. C'est de cette manière qu'ils se montrent dignes de porter leurs patronymes. « *Par le pacte qui me lie à tous les tontiguiw-porteurs de carquois, je vais parler. Par la grâce de Dieu et des ancêtres, je parlerai sans crainte ; car ma bouche sera la bouche qui construit* »⁸⁰. Les griots sont donc au cœur de la médiation sociale et de la cohésion sociale au Mali. En Afrique de l'Ouest la population a recours au service des griots pour jouer les rôles de médiateurs dans les conflits qui naissent dans la sphère familiale ou dans toute autre sphère d'activité humaine plutôt que de se confier à d'autres professionnels ou institutions souvent investis légalement de ces fonctions. Pour Bocar Ndiaye, « *les chamailleries entre des personnes vivant ensemble en permanence ou se côtoyant quotidiennement comme au sein des ménages, sur les lieux de travail ou de loisir peuvent avoir des conséquences graves si l'on n'y met pas un frein à temps. D'où la nécessité de raccommo­der ceux qui en sont les auteurs et les victimes le plus rapidement possible, afin de pallier tout débordement éventuel. La règle coutumière exige que l'un des protagonistes fasse un effort pour demander pardon à l'autre, lorsqu'une tierce personne, le plus souvent un nyamakala, une personne de caste, intervient* »⁸¹.

Quant à la parenté à plaisanterie, elle est définie par Alhassane CHERIF comme des « *relations entre deux individus marquées par des comportements de familiarité non autorisés entre d'autres types de parents : provocations publiques ou privées considérées comme normales et obligatoires sans réactions conflictuelles* »⁸². Elle se présente comme un outil de détente des situations de crises sociales. En effet, il y a une forte croyance selon laquelle, il existe une parenté entre différentes ethnies qui composent le Mali. Ce lien permet aux représentants des différents clans de plaisanter sur tout entre une personne portant le patronyme Traoré, en conflit avec une autre personne, qui découvre que cette dernière est de la famille des Diarra, les deux peuvent spontanément plaisanter à propos de l'amour immodéré du haricot des uns et des autres. Entre cousins à plaisanterie, on privilégie la raillerie et la plaisanterie. Les cousins à plaisanterie ne

79 Les KOUYATES constituent le premier clan de griot et Balla Fasséké KOUYATE fut le griot personnel du Roi de l'empire du Mali Soundiata KEITA

80 D. Diakité, KUYATE, la force du serment : aux origines du griot mandingue, La Sahélienne 2009, page 30

81 B. N'Diaye. 1997, Pp.17-18

82 A. CHERIF, 2014, p. 20

peuvent pas se faire du mal, ils se doivent aide et assistance. Ester en justice contre son cousin à plaisanterie relève aussi du mal et doit être évité dans la mesure du possible. D'ailleurs, il en est fait mention dans la charte de *kurukanfuga*. L'énoncé 7 dispose qu'« *il est institué entre les mandekas (habitant du mandé) le sanankunya (cousinage à plaisanterie) et le tanamanyoya (une forme de totémisme). En conséquence, aucun différent né entre ces groupes ne doit dégénérer, le respect de l'autre étant la règle* ». Ces modes de gestion des conflits en milieu hospitalier sont favorisés par l'organisation même du système de santé au Mali où les centres de santé communautaires constituent l'épine dorsale au niveau local. Aux termes du décret N° 05-299 portant sur les conditions de création des centres de santé communautaire (CSCOM), « *le centre de santé communautaire (CSCOM) est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire* ».

Ces formes de gestion des conflits en milieu hospitalier sont encore plus courantes dans les centres de santé qui sont rarement dotés de commission de médiation dans les termes de la charte du malade au Mali. Aussi, ces structures de santé sont très proches des populations et gérées par elles. De ce fait, le CSCOM est totalement intégré dans les structures sociales de la communauté. La règle est donc d'éviter à tout prix à ce qu'un conflit entre acteurs dans le milieu hospitalier ne devienne un contentieux de nature à porter préjudice à la cohésion sociale. Si le litige ne trouve rapidement une solution consensuelle, il est de nature à interrompre durablement l'indispensable relation soignant-malade. C'est pourquoi il est courant de voir la mobilisation des chefs de quartier, des imans, des griots, des leaders d'associations et d'autres acteurs sociaux pour concilier les parties en conflit ou comme on le dit au Mali « *recoudre le tissu social* ».

Il convient également de noter l'implication des syndicats dans la gestion des conflits en milieu hospitalier. En effet, les syndicats, les ordres professionnels, et les associations de malades s'impliquent à l'aval comme en l'amont de la procédure judiciaire. Ils jouent un rôle important dans la prévention des conflits en milieu hospitalier en anticipant les situations perçues comme source de conflit, mais on a vu parfois les syndicats soutenir et défendre un militant poursuivi pour faute médicale. Leurs actions consistent essentiellement à exercer des pressions pour mettre à l'abri des poursuites leur militant et laisser la voie libre à une gestion alternative du litige.

Ainsi selon le porte-parole du comité syndical au CHU Gabriel TOURE,

« Le syndicat a pour rôle de défendre les intérêts matériels et moraux de ses militants. Il doit sensibiliser, éduquer, moraliser les militants pour réduire les tensions sociales dans les établissements de santé. Mais le syndicat ne siège pas dans la Commission de Médiation. Néanmoins, il peut demander de modérer ou d'assouplir les sanctions prises à l'encontre de ses militants en cause à l'issue d'une médiation. La Direction n'est pas obligée d'aller

dans le sens désiré par le syndicat. Nous pensons aussi qu'il faut souvent sanctionner, pour dissuader les autres qui pourraient tenter de violer les droits des malades ou agir contrairement aux règles de déontologie communément admises ».

En 2007, une avocate du barreau du Mali se présente au CHU Gabriel Touré de Bamako parce qu'elle a avalé de travers un morceau de cola. Elle a été reçue par une équipe qui n'a pu extraire l'objet et la patiente a sombré dans un état comateux. Alors elle fut évacuée en France où elle n'a pas pu être sauvée. Elle est décédée le 25 juillet 2007. Les parents ont déposé une plainte avec constitution de partie civile. Ils bénéficient dans cette action judiciaire du soutien inconditionnel de la famille judiciaire. Son corps professionnel d'appartenance réagit en demandant la mise en examen des agents de santé. Deux agents de santé ont été présentés au juge d'instruction qui les a mis sous mandat de dépôt. Cette évolution de la situation a provoqué la colère des syndicats du secteur de la santé qui ont demandé à leurs militants d'arrêter immédiatement le travail pour une durée illimitée. Les établissements de santé majeurs de Bamako ont été à cette époque paralysés avec des conséquences énormes pour les malades qui les fréquentaient. Ce conflit devint une affaire d'État et fut vite ramené à un niveau de confrontation sociale et corporatiste. C'est ainsi que sa gestion a été confiée aux syndicats, aux ordres professionnels et aux autorités coutumières de la ville de Bamako. Le calme est revenu grâce à l'implication de ces différents acteurs. Tout ceci montre que la judiciarisation des conflits hospitaliers peut être une source de conflits qui peuvent prendre des formes et ampleurs diverses. La justice de l'Etat suscite souvent chez les maliens une certaine méfiance. D'ailleurs, le fait d'être cité en justice par un adversaire est considéré comme un acte d'une grande hostilité. De sorte que, même après le règlement du litige, la paix tardera à s'instaurer entre les parties en conflits. On considère que la restauration d'une vie en communauté paisible est presque impossible après un jugement. Une telle considération amène les parties en conflits et certains acteurs à empêcher la judiciarisation des conflits.

2.2.2. LE RECOURS A LA FOI RELIGIEUSE, UNE DECONTEXTUALISATIONS DES CONFLITS

En plus des autorités dites traditionnelles qui s'impliquent dans la gestion des conflits nés en milieu hospitalier, on note aussi l'active implication des chefs religieux, notamment des imans. Dans une telle implication, généralement le problème né en milieu hospitalier est déplacé au quartier et dans les familles. Si les parties ou l'une d'entre elles demandent l'implication d'une autorité religieuse, celle-ci intervient alors pour en rappeler à la foi religieuse des parties en conflit. A cette occasion, l'accent est mis sur la tolérance et le pardon comme des bases importantes de la vie en communauté tout en appelant à la foi religieuse des parties. Pour certains faits générateurs de responsabilité et qui devraient donner lieu à des poursuites pénales et civiles, l'intervention du religieux conduit à y

mettre un terme. Selon un précepte de l’Islam, rien ne peut venir contrarier la volonté de Dieu. La faute humaine est aussi présentée comme une volonté divine. Ce genre de propos que certains trouvent fataliste et déresponsabilisant est récurrent dans la gestion des conflits nés en milieu hospitalier, surtout quand ils sont imputables à une des parties. Il y’a donc une exploitation opportune de la grande emprise que les autorités religieuses ont sur les membres de la communauté. Dans des sociétés fortement intégrées comme celle du Mali, l’individu ne peut pas se permettre de prendre le risque de résister à la sollicitation de sa communauté faite à travers les porte-étendards que sont les imans ou les chefs de quartier. Une telle résistance équivaldrait à un affront fait à tous les autres avec lesquels on est appelé à continuer de vivre. Aussi, l’intervention de l’iman ou de la communauté musulmane pour les musulmans, du prêtre et de la communauté chrétienne est souvent interprétée comme une grande marque de considération faite aux parties en conflits. De ce fait, tout refus ou toute résistance opposée à l’offre de règlement à l’amiable peut conduire son auteur à une marginalisation. Selon un infirmier qui avait été agressé par un parent de malade,

« Quand l’iman et les autres membres de ma mosquée sont venus me voir à propos de mon agresseur, ils m’ont parlé de cohésion, de pardon et du vivre ensemble. Aussi, les parents de l’agresseur ont présenté le regret de l’auteur de l’agression et s’engageaient à me rembourser tous les frais médicaux engagés suite à cette agression. En retour, ils me demandaient de retirer ma plainte. J’ai accepté et j’ai informé mon chef hiérarchique. J’avais le soutien de tous mes camarades du travail, mais c’est mieux comme cela ».

Cette forme d’intervention du religieux dans la gestion d’un conflit en milieu hospitalier est loin de correspondre à la procédure de médiation prévue par les textes règlementaires maliens, néanmoins, elle présente un avantage certain qui est celui de maintenir les liens sociaux, voire les liens entre le patient et l’agent de santé. Par contre, si la procédure judiciaire engagée était poursuivie, alors il serait impossible pour le patient de continuer à recevoir les soins dans ce même établissement. Plus que de la médiation, nous assistons là à la conciliation qui reste une des missions importantes des autorités et chefs traditionnels au Mali. Sans prôner l’impunité, nous assistons de plus en plus à un usage répandu des pratiques culturelles alternatives de règlement de conflit par des acteurs qui semblent très éloignés du domaine de la santé.

CONCLUSION

La gestion des conflits en milieu hospitalier au Mali est loin d’être une prérogative des seules fonctions de médiation légalement prévues par les textes en matière de santé. D’autres pratiques souvent très anciennes sont employées par des acteurs insoupçonnés autres que les médiateurs légalement mandatés pour prévenir ou trouver une solution

à l'amiable à des conflits nés dans le cadre hospitalier. A l'issue de la médiation, quelle que soit sa dimension, la relation entre le patient et le soignant est rétablie. Les parties obtiennent satisfaction. Le patient lésé obtient souvent réparation. Un recours contentieux est évité. C'est une solution qui arrange toutes les parties qui évitent ainsi la perte de temps, d'énergie, d'argent et souvent de relation. Le mécanisme de médiation est de ce fait non seulement économique, mais aussi présenterait un visage plus humain et adapté au mode de vie malien. Dès que vous traînez un individu devant le juge, il est mis un terme à vos relations : « *ici, c'est différent de l'Europe, il est difficile d'agir en justice. Dans les traditions maliennes, on procède généralement par la médiation quand un conflit survient. Cette médiation permet de soulager les uns et les autres impliqués dans le conflit en question tandis qu'au tribunal personne ne maîtrise les choses à l'avance* »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OUVRAGES

Atenga, Th. et Madiba, G. (éd).(2012). *La communication au Cameroun : les objets, les pratiques*. EAC.

Calatay (de), D. (2006). Le droit des atteintes à la santé, marché émergent du droit ? in Marliere, L. (éd). *Les 25 marchés émergents du droit*. Bruxelles : Bruylant. 197-206

Cherif A. (2014). *La parenté à plaisanterie (la sanakouya) : un atout pour le dialogue et la cohésion sociale en Guinée*, L'Harmattan.

Diakite, D. (2009). *KUYATE, la force du serment. Aux origines du griot mandingue*. Bamako : La Sahélienne.

Guillaume-Hofnung, M. (dir.) (2001). *Hôpital et médiation*. Paris : L'Harmattan.

Institut Universitaire Kurt Bosch. (2009). *La médiation sanitaire : une réponse à l'insatisfaction du patient*.

Jaffre, Y. et Olivier de Sardan, J-P. (éds), (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala

N'diaye, B. (1997). *Contribution à la connaissance des us et coutumes du Mali*. Bamako : éditions Jamana.

2. ARTICLES ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES

Giudicelli-Delage, G. (1996). Droit à la protection de la santé et droit pénal en France. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, n°1 du 15 mars*. 13-30

Kante, N. « *Systèmes et politiques de Santé du Mali : processus historique de la*

participation communautaire », colloque international : Les universités au temps de la mondialisation et de la compétition pour l'excellence », Paris, 11-14 mai 2009.

Lalonde L. (2002-03). La médiation, une approche « internormative » des différends ? 2002-03/33. R.D.U.S. pp. 99-13

Tapia C. (2010). La médiation : aspects théoriques et foisonnements de pratiques, ERES/ « Connexions » 2010/1 n°93, pp. 11-22

3. INSTRUMENTS JURIDIQUES NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

Constitution du Mali du 25 février 1992

Charte africaine des droits de l'homme et des peuples

Déclaration Alma Ata du 12 septembre 1978

Loi N° 85-41 du 14 mai 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires

Loi N° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé

Loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière au Mali

Décret N° 05-299 portant sur les conditions de création des centres de santé communautaire (CSCOM)

Arrête n° 08-2716/MS-SG du 6 octobre 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers.

4. RAPPORTS

Konate, M. K., Kante, B., Djenepo, F. (2003). Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaire au Mali. Etude de cas en milieu urbain et rural. Document préliminaire préparé par le projet RUIG/ UNRISD. « Mondialisation, inégalité et santé », un projet international de collaboration dans le cadre du programme de recherche du RUIG « le défi social du développement ».

5. WEBOGRAPHIE

Devaux, S. « La médiation éducative : un rôle de « tampon » dans la relation pédagogique et éducative ». www.irenees.net/bdf_fiche-experience-632_fr.html

Pare-Kabore, A. « *L'éducation traditionnelle et la vie communautaire en Afrique : repères et leçons d'expériences pour l'éducation au vivre-ensemble aujourd'hui* », *Mcgill journal of education/revue des sciences de l'éducation de McGill*, vol.48, n° 1, 2013, p. 15-33. Consultable sur <http://id.erudit.org/iderudit/1018399ar>

Sauve, J-Ph. (2007). La culture des griots face à la modernisation : Représentations de l'évolution de leur musique et de leur rôle social à Saint-Louis du Sénégal, mémoire — Université du Québec à Montréal. Consultable sur www.archipel.uqam.ca/4404/1/M9829.pdf