

AMADOU OUMAROU

AVEC LA COLLABORATION DE

MANOU NABARA HAMIDOU ET IDI SANOUSSI

LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET LE
SERVICE DE SANTÉ AU NIGER

UNE ANALYSE À PARTIR DES COMMUNES DE DOSSO,
TIBIRI, KARGUI-BANGOU ET LIBORÉ

DECEMBRE 2014

SOMMAIRE

Introduction	5
LES ESPACES D'ETUDE	11
Des configurations communales diversifiées.	11
La commune urbaine de Dosso (CUD)	11
La commune urbaine de Tibiri	13
La commune rurale de Kargui-Bangou	15
La commune rurale de Liboré	18
Caractéristiques transversales des communes	19
Caractéristiques générales des formations sanitaires	23
Absence et rupture des produits	26
Des effectifs en personnels de santé insuffisants	27
Une gestion difficile des ressources humaines	28
Un équipement insuffisant et vétuste	31
Les relations soignants-soignés : des incompréhensions mutuelles	32
Une participation communautaire peu visible	35
Une présence diversifiée et peu cordonnée de partenaires au développement	39
Offre de service de santé par des acteurs privés	41
Les formations sanitaires privées	41
La médecine traditionnelle, entre compétence sociale et reconnaissance légale	42
Les marabouts et les zimma, des services alternatifs fort présents	45
Les vendeurs de médicaments	47
RELATIONS ENTRE COMMUNES ET SANTE DANS LES SITES D'ETUDE	50
Les formations sanitaires, un service technique particulier pour les élus locaux	50

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

Les actions réelles des collectivités dans le domaine de la santé	54
La fourniture des pièces d'état civil	54
La mairie dans la gestion du personnel de santé	57
Des actions ponctuelles des collectivités	59
Les principales contraintes autour des relations communes/santé	67
LES INITIATIVES LOCALES POUR UNE AMELIORATION DE LA FOURNITURE ET DE L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE	71
Des amendes pour minimiser le taux d'accouchement à domicile	71
Le système d'évacuation à Mirriah, une expérience avortée	72
Le système d'évacuation d'Illéla, une initiative louable	75
CONCLUSION GENERALE	81

SIGLES

- AEC : Alternative Espaces Citoyens
- AG : Assemblée Générale
- ANDP : Alliance Nigérienne pour la Démocratie et le Progrès
- ASC : Agent de Santé Communautaire
- ATP : Association des Tradi-Praticiens
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CN : Consultation Nourrisson
- COGES : Comité de Gestion
- COSAN : Comité de Santé
- CPN : Consultation Périnatale
- CS : Case de Santé
- CSI : Centre de Santé Intégré
- CUD : Commune Urbaine de Dosso
- DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique
- DS : District Sanitaire
- ECD : Equipe Cadre de District
- EDF : Electricité de France
- FCFA : Franc des Communautés Financières d'Afrique
- FDS : Forces de Défense et de Sécurité
- FEM : Fonds pour l'Environnement Mondial
- HA : Hygiène et Assainissement
- HD : Hôpital de District
- IC : Infirmier Certifié

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

JNV : Journées Nationales de Vaccination

MCD : Médecin Chef de District

MDM : Médecins du Monde

MNSD : Mouvement National pour la Société de Développement

MODEN FA : Mouvement Démocratique Nigérien pour une Fédération Africaine

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONPPC : Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques

PCDII : Programme de Coopération Décentralisée (Phase II)

PDC : Plan de Développement Communal

PNDS : Parti Nigérien pour la Démocratie et le Socialisme

PNUD : Programmes de Nations Unies pour le Développement

PTF : Partenaire Technique et Financier

PTT : Postes, Télégraphes et Téléphones

PV: Procès-verbal

RM : Receveur Municipal

SG : Secrétaire Général

SONIDEP : Société Nigérienne des Produits Pétroliers

TG: Trésorier Général

THA: Technicien d'Hygiène et Assainissement

UE: Union Européenne

LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET LE SERVICE DE SANTÉ AU NIGER

Une analyse à partir des communes de Dosso, Tibiri, Kargui-Bangou et Liboré

Amadou Oumarou

Introduction¹

La délivrance des services de santé est devenue depuis plusieurs décennies l'apanage de plusieurs acteurs : Etat, partenaires au développement et communautés. Au Niger, l'avènement de la démocratie et notamment de la communalisation a institué la présence de nouveaux acteurs, les communes, qui doivent aussi jouer un rôle dans la fourniture de service de santé. Mais les premiers constats montrent que les conseils communaux interviennent peu dans la fourniture des services de santé, et sont le plus souvent tenus à l'écart tant par le Ministère de la santé que par les institutions internationales et les ONG, malgré l'importance de la décentralisation dans les discours publics et les déclarations des

¹ Ce rapport est issu du programme de recherche « Les problèmes négligés des systèmes de santé en Afrique », mené par le LASDEL, avec un financement du CRDI (Canada). Ce programme comportait six axes : les sages-femmes ; les supervisions ; les dossiers médicaux ; les interruptions volontaires de grossesse ; les collectivités territoriales face à la santé ; et les conséquences du départ des ONG médicales.

PTF. Les grandes politiques publiques en matière de santé ne tiennent pas toujours compte de l'existence du « fait communal ».

Or, la loi n° 2002-013 du 11 juin 2002, en son article 81, confère aux communes la gestion des centres de santé intégrée et des cases de santé. Elles ont officiellement en charge la création, l'équipement, et l'entretien des infrastructures de centres de santé intégrée et des cases de santé implantés dans leur espace, ainsi que leur approvisionnement en médicaments, dans le respect des normes étatiques établies en la matière.

Pour mieux comprendre les relations actuelles entre les collectivités territoriales et la santé, deux axes principaux d'entrée ont été privilégiés :

La co-délivrance des services de santé : il s'agit ici de s'interroger sur les rôles réels des communes dans l'amélioration de la délivrance des services de santé, au niveau de l'accès comme de la qualité. Dans la mesure où elles ne sont qu'un partenaire parmi d'autres, comment jouent-elles ou peuvent-elles jouer un rôle d'animation, de mobilisation et de coordination ? Dans quels domaines les maires sont-ils le plus à même de participer efficacement à la co-délivrance des services de santé : accouchements assistés, évacuations, vaccinations, malnutrition infantile ?

Les formes de redevabilité : quel type de contrôle les communes ont-elles ou souhaitent-elles avoir sur le fonctionnement des centres de santé ? Comment peuvent-elles défendre les intérêts des populations, et en particulier les plus vulnérables ? Quelles relations se nouent ou peuvent s'établir entre le maire et les agents de santé, entre le maire et les comités de gestion ? Quelles actions les conseils municipaux mènent-ils face à l'absentéisme des agents de santé ou à certains comportements inappropriés face aux usagers ?

Tels sont les questionnements qui orientent la présente étude. Et pour sa réalisation, quatre sites ont été choisis.

Une communes urbaine: Dosso qui est un chef-lieu de région, avec un conseil régional et un conseil communal, la présence des services techniques de l'Etat et la présence de la hiérarchie sanitaire.

Trois communes rurales : Tibiri qui est un ancien poste administratif devenu récemment chef-lieu de département avec une faible présence de services techniques de l'Etat y compris dans le secteur de la santé ; Liboré qui est une commune périurbaine proche de Niamey, ce qui constitue à la fois une opportunité dans la mobilisation des ressources communales et une faiblesse pour le respect de la hiérarchie sanitaire par les usagers ; et Kargui-Bangou qui est une commune rurale très pauvre au niveau de la disponibilité des ressources mobilisables, mais forte de par l'importance des infrastructures sanitaires qui s'y trouvent.

Les activités de cette opération de recherche ont duré dix neuf mois au total (de mars 2013 à octobre 2014) y compris la production du présent document. La collecte des données s'est déroulée en trois principales phases :

- Une première phase a consisté à faire un balayage large des quatre sites d'étude. Elle a permis de collecter des données générales sur les communes et leur fonctionnement, sur les formations sanitaires et leurs caractéristiques, sur les acteurs intervenants dans la production de services de santé, sur les structures communautaires de gestions des services de santé, sur les institutions variées intervenant dans l'amélioration de l'offre de service de santé, etc.

- Une seconde phase a été consacrée à l'approfondissement des pistes identifiées lors des premières analyses des données de la première phase d'enquête. Ces pistes de recherche sont de divers ordres. Elles concernent à la fois des compléments d'information sur des aspects déjà investigués lors de la première phase (l'organisation et le fonctionnement des communes et des services de santé et les formes de relations qu'ils entretiennent, les formes de discordance entre aires de santé et aires communales, etc.), des bonnes pratiques en matière de gestion communautaire de la santé dans d'autres communes (notamment dans la

commune de Dogondoutchi), mais aussi des cas d'élus porte-parole/défenseurs des usagers dans les communes d'étude.

- Une troisième phase a permis d'affiner les données sur les aspects les plus pointus et sur des caractéristiques mieux observables sur des sites autres que ceux prévus initialement pour être investigués. Il s'agit des communes de Douchi (considérée comme un espace de fonctionnalité des COGES de la santé), de Koré-Mairoua et de Douméga (qui ont des centres de santé dans leur espace communal mais rattachés à des aires de santé d'autres communes) ; d'Illéla, Badaguichiri, de Bagaroua, de Tajaé puis de Konni (en raison de la présence du projet «Appui à l'Implication des Collectivités locales dans le Renforcement du Système des Référencements/Evacuations sanitaires dans la Région de Tahoua », dont l'objectif est de pérenniser la prise en charge des évacuations dans la région), et enfin de Mirriah, de Zarmou et de Gafati (toutes dans l'aire de santé du district sanitaire de Mirriah, qui ont initié un « fonds de solidarité » pour faciliter les évacuations des femmes enceintes). Des investigations complémentaires sur l'ensemble des sites ont permis ensuite de clarifier ces divers aspects.

Tout au long de ces phases de recherche, les techniques suivantes ont été utilisées pour la collecte des données:

Des entretiens semi-directifs auprès des membres de différents groupes stratégiques, à savoir : les conseillers communaux (y compris les maires et leurs adjoints), les agents de santé, les membres des COGES, les usager(e)s des services de santé, les équipes-cadres de district, les leaders locaux, les responsables des partis politiques, les marabouts, les tradipraticiens, les vendeurs ambulants des produits pharmaceutiques, les pharmaciens, les représentants locaux de l'administration sanitaire (DRSP), du ministère de l'intérieur (les préfets), et de la région (conseillers régionaux), et les ONG intervenant au niveau local.

Des observations simples réalisées dans les formations sanitaires, pour les interactions entre agents de santé et usagers des services, dans les pharmacies,

auprès des vendeurs ambulants de médicaments et auprès des tradipraticiens, pour les types d'usagers et les modes d'accès à ces services.

Des études de cas sur des personnes ou des situations qui présentent des spécificités pour la compréhension de la production du service de santé ou de son accès dans les espaces étudiés.

La collecte systématique de documents : sur chacun des sites investigués, des documents relatifs aux fonctionnements des structures (commune, centre de santé ou ONG) ont été collectés. Il s'agit des PDC, budgets, PV des conseils communaux, PV des assemblées générales de COGES ou des rapports de réunions des comités de santé.

Le tableau ci-dessous récapitule par étape et par site les effectifs des entretiens, observations et études de cas réalisés.

Tableau n° 1 : Effectif des activités de recherche réalisées selon les sites et par technique de collecte.

	Dosso		Tibiri		Kargui-Bangou		Liboré		Total
	1 ^{ere} phase	2 ^e phase	1 ^{ere} phase	2 ^e phase	1 ^{ere} phase	2 ^e phase	1 ^{ere} phase	2 ^e phase	
Entretiens	120	16	81	20	83	10	48	17	395
Observations	15	3	9	5	6	3	6	1	48
Etudes de cas	1	1	1	4	0	2	0	2	11

Source : tableau réalisé à partir des données de terrain 2013/2014

Cette recherche a été conduite par une équipe de recherche composée d'un chercheur principal et de deux assistants de recherche. Deux masterants (boursiers du programme) ont participé à une des phases d'enquête sur le site de Kargui-Bangou afin d'explorer la thématique et de préciser leur sujet de mémoire.

Ce document est structuré autour de trois principaux chapitres. Le premier est une présentation des espaces de l'étude à travers un examen des configurations des communes investiguées et des caractéristiques des formations sanitaires dans

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

ces communes. Le second analyse les relations entre commune et santé, au niveau des représentations que les élus locaux se font des services de santé, puis au niveau des relations entre ces deux institutions telles qu'elles devraient être et telles qu'elles sont dans la pratique. Le troisième chapitre fait le point des initiatives locales novatrices qui permettent d'améliorer la délivrance des services de santé dans les communes.

LES ESPACES D'ÉTUDE

La présente étude, il faut le rappeler, concerne principalement quatre communes : une commune urbaine (Dosso) et trois communes rurales (Tibiri, Kargui-Bangou et Liboré). Chacune de ces communes présente des spécificités par rapport aux autres même si quelques similitudes peuvent être soulignées. Cette partie présente à la fois les caractéristiques générales des communes investiguées, les aspects dominants du fonctionnement des services de santé et les contraintes majeures de la délivrance et de l'accès aux services de santé dans ces espaces.

Des configurations communales diversifiées.

La commune urbaine de Dosso (CUD)

Ancienne collectivité territoriale (depuis 1972), la CUD dispose, sur son espace communal, de l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat, de presque toute la hiérarchie de l'administration sanitaire (Direction régionale de la santé publique, Equipe cadre de district) et d'une grande échelle de structures sanitaires : un Centre hospitalier régional (CHR), trois centres de santé intégrés (CSI), neuf cases de santé (CS), huit salles de soins privés, quatre pharmacies et dépôts, un centre de santé des Forces de défense et de sécurité (FDS)).

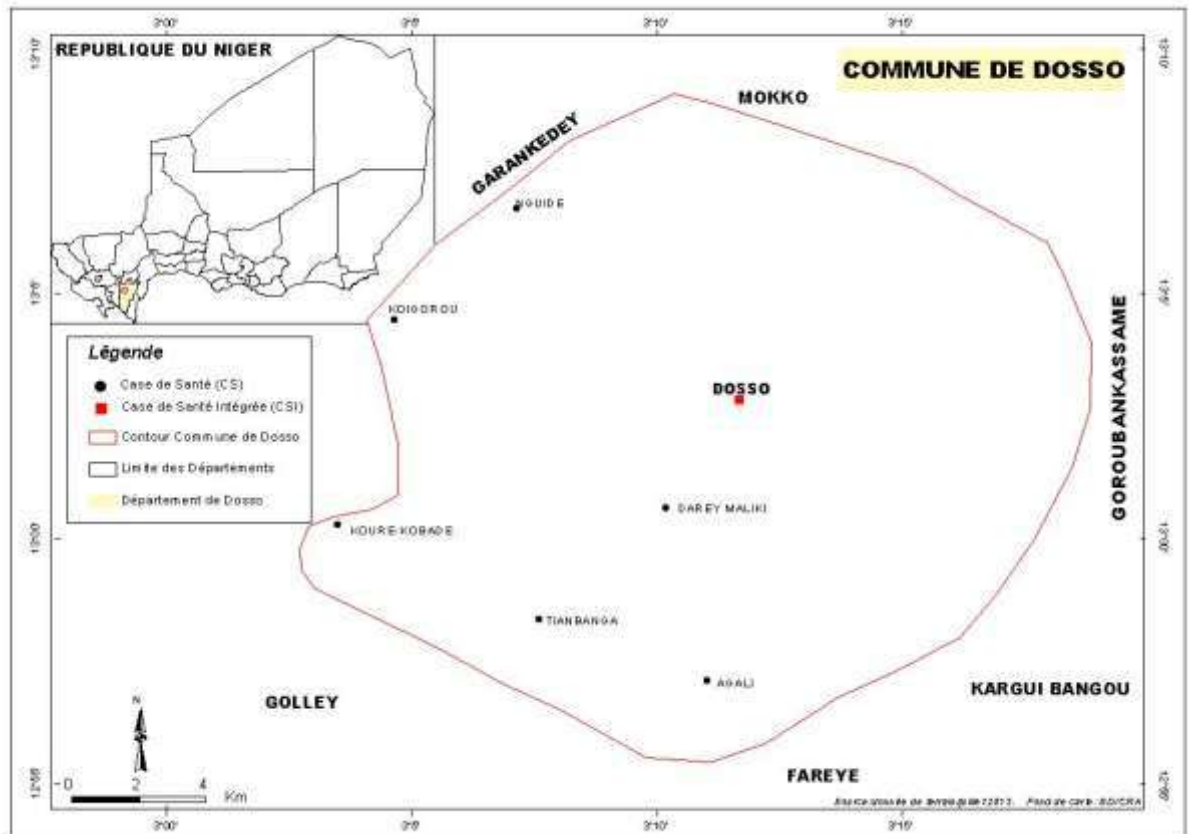
La commune urbaine de Dosso est située au cœur de la région dont elle porte le nom. Elle est limitée au nord par les communes de Garankedey et de Mokko, au sud par les communes de Golley et de Farey, à l'ouest par la commune de Garankedey et à l'est par la commune de Goroubankassam. La commune urbaine de Dosso couvre une superficie de 541 km² avec une population de 73.641 habitants en 2012.

Le conseil municipal de la commune urbaine de Dosso est composé de 22 membres dont 18 membres élus et 4 membres de droit : le représentant du Sultan,

les députés nationaux au titre du département (2) et le représentant des chefs de quartiers et villages. Parmi les conseillers élus, 5 sont des femmes. Le niveau d'instruction des conseillers varie du certificat (le plus faible) au DEA (le plus élevé). Deux des dix-huit conseillers élus sont illettrés et sont des femmes. Les formations politiques représentées au sein du conseil sont : ANDP Zaman Lahiya (10), MODEN Lumana africa (4), PNDS Tarayya (2) et MNSD Nassara (2).

Le conseil communal a mis en place 4 commissions en son sein : la commission des finances présidée par le directeur du Centre de formation technique de Mokko (titulaire d'une licence en sociologie), la commission des affaires sociales, culturelles et sportive présidée par le pharmacien du CHR (niveau master en biologie), la commission développement rural et environnement présidée par le directeur du centre polytechnique privé Mazayaki (2IE de Ouaga/énergies renouvelables) et la commission des affaires institutionnelles et de la coopération décentralisée.

Carte n°1 : La commune urbaine de Dosso



La commune rurale de Tibiri

Ancien chef-lieu de poste administratif, Tibiri est devenu chef-lieu de département en 2012. Ce changement de statut administratif n'a pas été accompagné d'une affectation de structures et d'administrations adaptée. Plusieurs services déconcentrés de l'Etat sont absents (manque par exemple de district sanitaire dans le département) ; et ceux qui existent sont insuffisants : un seul CSI pour toute la commune. Tibiri présente aussi un exemple de commune où l'aire de santé communale ne couvre pas l'ensemble des cases de santé dans la commune. Donc, des formations sanitaires qui se trouvent dans la commune sont rattachées à des aires de santé relevant d'une autre commune.

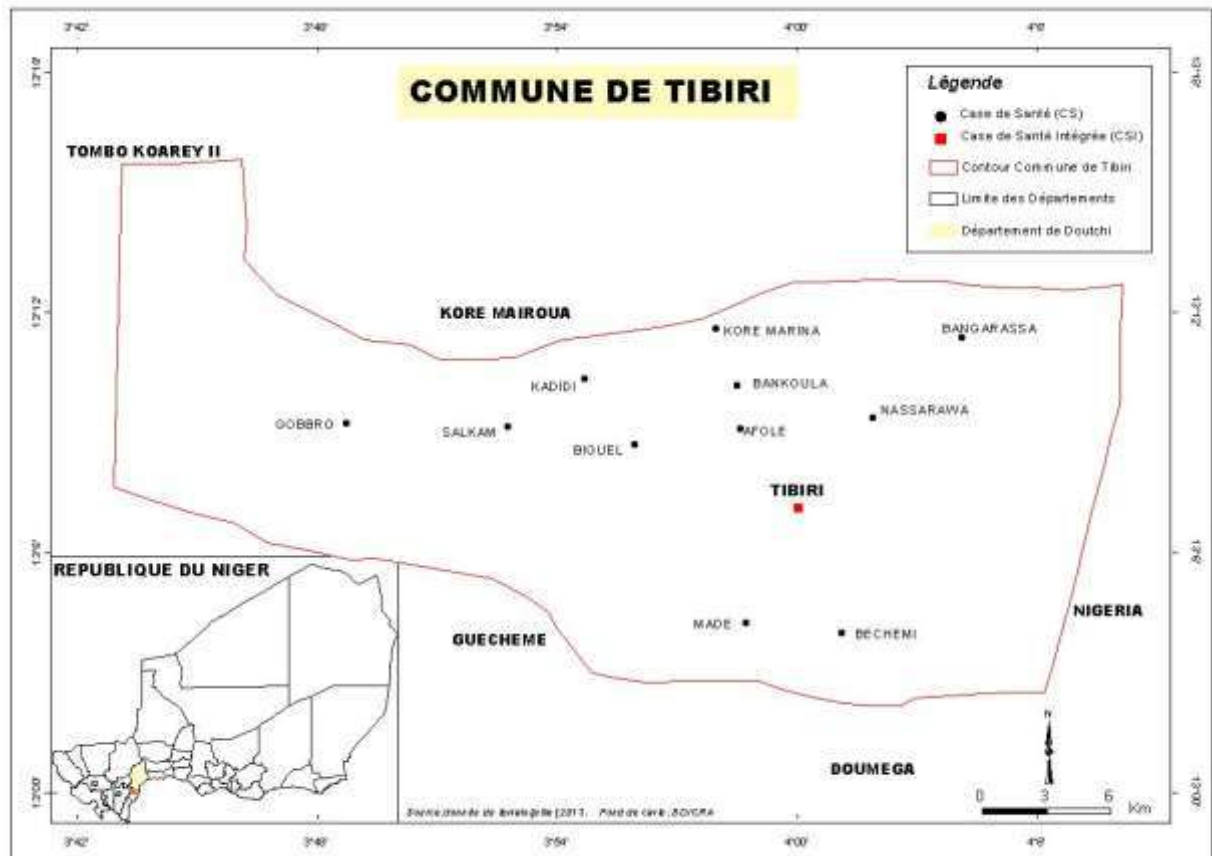
COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

La santé à Tibiri, c'est aussi le faible niveau d'accouchement à domicile expliqué par le dynamisme du système des matrones dans la commune, et une forte organisation des comités de gestion (COGES) comparativement à celle des autres communes étudiées.

Du point de vue géographique la commune rurale de Tibiri est située dans le département de Douthi qui lui-même est logé dans la région de Dosso. La ville de Tibiri est désormais chef-lieu de département en application à la loi n° 2011-22 qui a érigé les anciens postes administratifs en départements.

La commune est limitée à l'est par la République fédérale du Nigéria, à l'ouest par la commune rurale de Guéchémé, au nord par la commune rurale de Koré-Mairoua et au sud par la commune rurale de Douméga. Elle couvre une superficie de 469,25km² et compte 81 villages administratifs, 4 hameaux et plusieurs tribus. La population est estimée à 80.422 habitants en 2010, soit 39839 hommes et 40583 femmes. Les moins de 20 ans représentent 46% de la population totale.

Carte n°2 : La commune rurale de Tibiri



La commune rurale de Kargui-Bangou

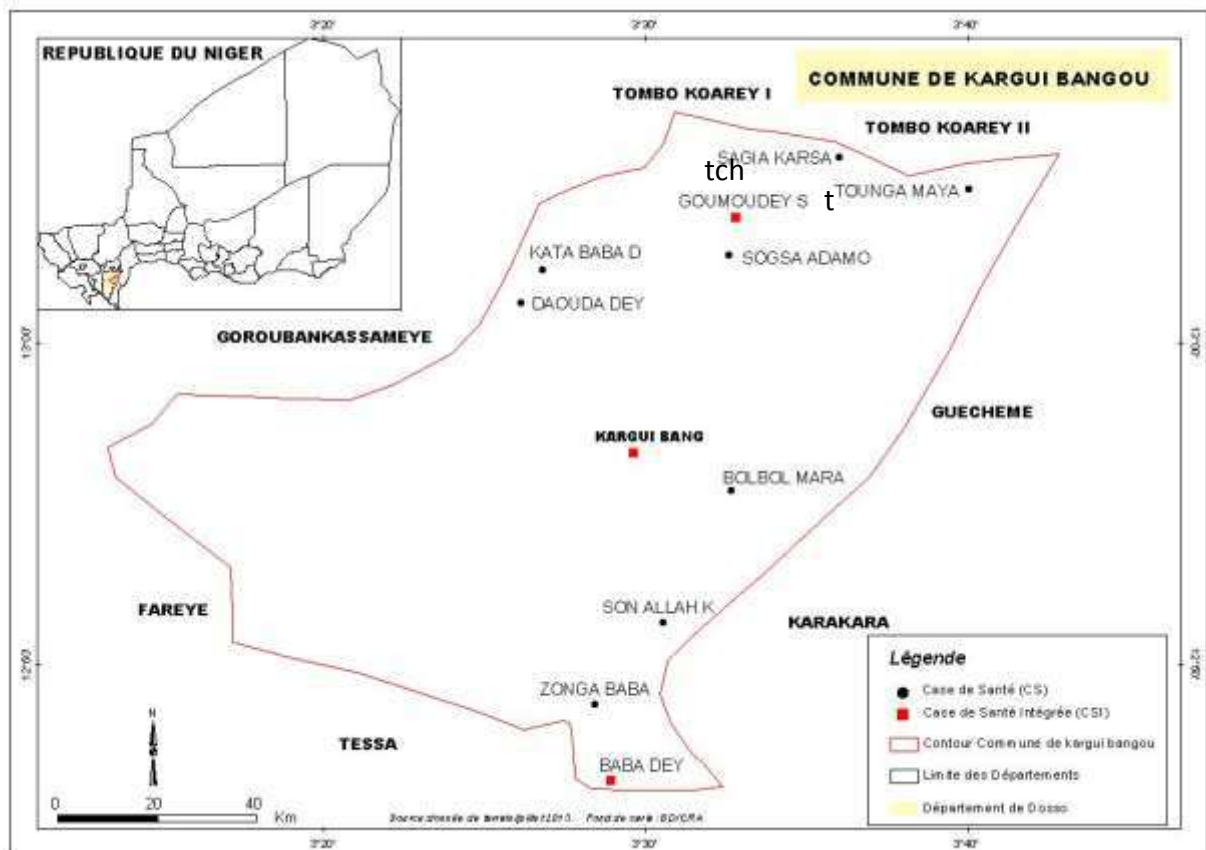
C'est dans notre échantillon la commune la plus pauvre en termes de disponibilité de ressources. Son budget annuel en 2013 était de 44.646.400 FCFA. Les ressources de la mairie sont constituées essentiellement de la taxe municipale (50% des recettes), des taxes rétrocédées (30%), des taxes sur les pylônes des compagnies de la téléphonie mobile, des taxes de marchés (15%) et de taxes diverses (charrette, fourrière, marché de bois) qui représentent 5% du budget annuel. La commune dispose d'un seul marché hebdomadaire : celui du village de Kargui-Bangou (le chef-lieu de la commune), et d'un marché de bois à Tombo Seyda qui constituent des espaces de recouvrement des taxes de marché.

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

Par contre la commune se caractérise par une forte présence d'infrastructures sanitaires due à des interventions extérieures (le PCD II de l'Union européenne notamment) et au rôle important des ressortissants (surtout du député national au titre de la commune) dans la construction et l'équipement des centres de santé et de l'achat de médicaments.

La commune rurale de Kargui-Bangou se caractérise aussi par la forte absence de ses animateurs : le maire, son adjoint et les autres agents de la mairie, hormis l'agent d'état civil, vivent à Dosso et ne sont présents que les mercredis, jour du marché du village, ou à l'occasion des visites administratives officielles. Ceci est d'ailleurs contraire aux textes en vigueur. En effet, l'article 56 du code des collectivités territoriales précise que « le maire et le ou les adjoint (s) sont élus pour la même durée que le conseil. Une fois élus, ils doivent avoir leur domicile dans la commune ».

Carte n°3 : La commune rurale de Kargui-Bangou



La commune couvre une superficie de 791 km² et est habitée par 34.705 habitants en 2013. Elle est limitée au nord par les communes rurales de Tombo-Koïrey I et de Tombo-Koïrey II, à l’est par les communes de Guechemé et de Karakara, au sud par les communes de Tessa et de Farey et à l’Ouest par la commune de Goroubankassame.

Le conseil communal est composé de 13 élus locaux répartis entre 3 partis politiques : ANDP (10), le MNSD (2) et le MODEN FA (1). Le maire et le vice-maire sont de l’ANDP. Il y a une seule femme conseillère élue.

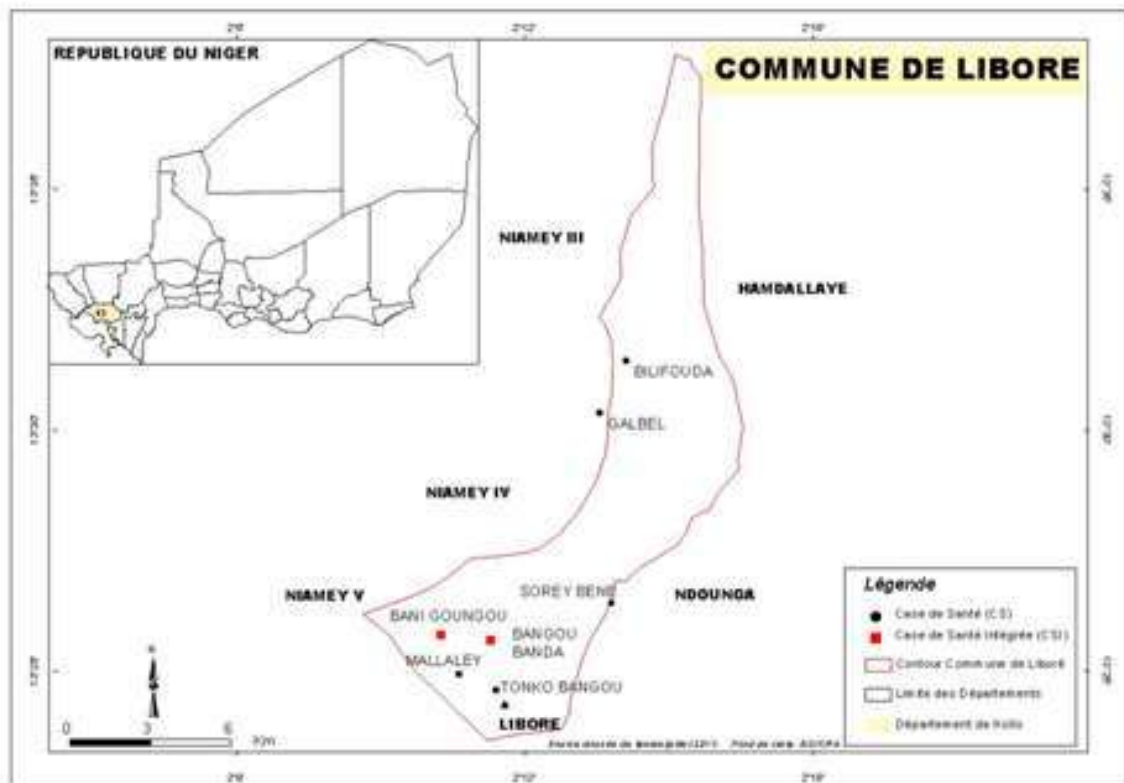
Les membres de droit sont au nombre de 4 (3 députés nationaux et le représentant du sultanat de Dosso). Dans les faits, les députés n'assistent pas aux sessions contrairement au sultan qui envoie toujours son représentant.

La commune rurale de Liboré

Située à moins d'une dizaine de kilomètre de la ville de Niamey, Liboré se présente comme une commune périurbaine, avec un budget alimenté par les taxes rétrocédées (du fait de la présence du site de la SONIDEP dans son espace communal). Les services de santé dans la commune sont tenus par un personnel fortement féminisé vivant à Niamey avec comme conséquences immédiates les retards et/ou les absences dans la fourniture des services.

Liboré est une commune vaste de 110 km² avec une population estimée en 2012 à 20.665 habitants. Elle est située au sud de la communauté urbaine de Niamey qui constitue sa limite nord à travers les arrondissements communaux Niamey III et IV ; à l'est par les communes de Hamdallaye et de N'Dounga, au sud par la commune de N'Dounga et à l'ouest par le fleuve Niger.

Carte n°4 : La commune rurale de Kargui-Bangou



Caractéristiques transversales des communes

Au-delà des caractéristiques spécifiques à chacune des communes investiguées, des similitudes se dégagent surtout dans la nature des contraintes liées à leur fonctionnement. Les aspects ci-dessous, sans être exhaustifs, peuvent résumer les caractéristiques transversales au fonctionnement de ces communes.

La méconnaissance des textes régissant les collectivités territoriales par la plupart des acteurs de la mairie

Les communes d’investigation totalisent 59 élus locaux dont 41 instruits. Cet important effectif d’instruits n’est pas toujours synonyme d’une bonne fonctionnalité des mairies. Chacune a mis en place des commissions techniques qui épaulent l’exécutif communal mais qui restent peu ou pas fonctionnelles. Par exemple, à Kargui-Bangou, les deux commissions qui ont été mis en place (économie/finance et développement rural) n’existent que de nom car aucune action réalisée n’est visible sur le terrain. Aucun procès-verbal de réunion de ces commissions n’est disponible. De même, les conseillers interrogés ne se rappellent même plus leur fonction dans ces commissions.

Tableau n°2 : configuration des conseils communaux des sites investigués

Sites	Effectifs conseillers	Nbre femmes	Instruits	Illettrés
Dosso	18	2	16	2
Tibiri	17	5	7	10
Kargui-Bangou	13	1	8	5
Liboré	11	1	10	1
Total	59	9	41	18

Source: tableau réalisé à partir des données de l’enquête 2013

Par ailleurs, les leaders (chef de villages, responsables associatifs et religieux) ainsi que les élus locaux manquent de formation sur le rôle des communes, entraînant du coup des incompréhensions entre différents acteurs.

Souvent, ce sont les affiliations et conflits politiques au sein de l’exécutif communal et du conseil municipal qui étouffent les initiatives locales tant du point de vue de l’action communale que des actions des intervenants

extérieurs². En effet, la diversité des représentants des partis politiques, loin d'être une opportunité pour un cadre de débats contradictoires et constructifs, offre plutôt un cadre de tiraillements partisans qui contribuent, assez souvent, à l'échec de l'entreprise communale.

Rarement les intérêts locaux priment sur ceux des états major des partis représentés dans le conseil communal. Les conseillers communaux, pour diverses raisons (financières, parentales, partisans, etc.) se trouvent manipulés. Les alliances politiques au niveau national sont rarement contestées au niveau local même si elles sont contraires aux intérêts locaux.

Le cas des sites étudiés est aussi spécifique dans le sens où la composition du personnel politique de ces communes est concentrée sur des partis politiques précis. Dans deux de ces sites, il y a hégémonie du parti ANDP qui dispose respectivement de 10 conseillers sur un total de 18 à Dosso et de 10 des 13 conseillers de Kargui-Bangou. Le parti MNSD rafle à Tibiri les 10 conseillers sur les 17 qui constituent le conseil communal. Cette prédominance d'un seul parti politique étouffe quelquefois la démocratie locale qui subit le dictat de la majorité qui elle-même exécute des décisions d'une instance autre que celle locale.

« (...) Vous avez constaté vous-mêmes, l'exécutif communal est absent. Nous ne pouvons rien faire comme nous sommes minoritaires. Même si nous dénonçons, ils s'en foutent. Ils font ce qu'ils veulent. Ils savent que nous ne pouvons pas les débarquer !!! » (conseiller Lumana de Kargui-Bangou)

² Plusieurs travaux du Lasdel (Oumarou, 2009, 2011 ; Issaley 2006) ont montré les relations conflictuelles entre élus communaux, qui débouchent souvent sur une destitution du maire (cf. Say et Ballayara).

Tableau n° 3 : composition des conseillers par site et par formation politique

Formation politiques/Site	Dosso	Tibiri	Kargui-Bangou	Liboré	Total
ANDP	10	-	10	2	22
Lumana	4	-	1	5	10
PNDS	2	3	-	1	6
MNSD	2	10	2	1	15
CDS	-	3	-	-	3
UDR Tabat	-	1	-	2	3
Total	18	17	13	11	59

Source: tableau réalisé à partir des données des enquêtes 2013

Ce tableau montre qu'à Liboré il y a plus de présence des partis politiques, même si une majorité des conseillers sont élus au titre du parti Lumana.

Le manque d'expériences des principaux acteurs communaux (maires et agents) en gestion administrative.

Les exécutifs communaux sont souvent dirigés par des instituteurs qui n'ont pas de compétence dans la gestion administrative. C'est aussi le cas de certains agents communaux récemment recrutés qui apprennent la gestion sur le tas.

Le manque de connaissances des conseils communaux sur leur rôle

La plupart des conseillers se limitent à la participation aux réunions de conseil. Le rôle de sensibilisation et de mobilisation sociale autour des politiques de développement local est très peu assumé et souvent même méconnu.

La forte politisation de l'entreprise communale

Les recrutements d'agents ou de percepteurs, les choix de responsables et même de site ou de secteur d'investissement dans l'espace communal se font sur base politique

La difficulté de recouvrer les taxes de marché et des taxes municipales

Dans presque tous les sites, des « arrangements » multiples (politiques, clientélisme, etc.) permettent d'échapper aux taxes et diminuent considérablement les recettes des communes

L'absence d'une vision claire de la gestion communale

Le Plan de développement communal (PDC) qui devrait être la feuille de route de l'exécutif communal n'est brandi que pour attirer un nouveau partenaire extérieur. Les investissements communaux tiennent moins compte des urgences du développement local que des considérations politiciennes.

L'absence de coordination des intervenants extérieurs

Dans chaque commune, divers partenaires interviennent dans un même secteur sans qu'un minimum de concertation ne soit organisé entre les acteurs

Caractéristiques générales des formations sanitaires

Les formations sanitaires dans les quatre communes d'étude présentent des caractéristiques variées tant du point de vue de leur nature, de leur équipement que du niveau de leur fonctionnement.

Tableau n° 4 : Effectifs des formations sanitaires par site d'étude

Sites	CHR	CSI	Cases de santé	Salles de soins privées	Pharmacie/dépôt pharmaceutique
Dosso	1	3	9	8	4
Tibiri	0	1	16	2	2
Kargui-Bangou	0	5	8	0	1
Liboré	0	2	5	1	0
Total	1	12	38	11	7

Source : donnée de terrain (avril, mai 2013)

Dans toutes les communes, les formations sanitaires fournissent à peu près les mêmes services (soins curatifs, préventifs, accouchements, CPN, CN, sensibilisations, prise en charge des enfants malnutris)

La création des CSI dans ces communes ne tient compte ni des effectifs de la population (la commune de Tibiri avec une population de 80.422 ne dispose que d'un seul CSI), ni des rayons des aires de santé tel qu'indiquées par les normes sanitaires du pays (un CSI pour un rayon de quinze km). Dans la commune rurale de Kargui-Bangou, trois des cinq CSI se trouvent concentrés sur un rayon de moins de dix kilomètres. De même, deux de ces CSI (ceux de Toulmey et de Babadey) se trouvent sans cases de santé. A Liboré, trois CSI (Bangou-Banda, Banigoungou et CSI Aéroport) se trouvent dans un rayon de moins de cinq kilomètres

La répartition des aires de santé ne tient pas compte du découpage territorial des communes rattachant du coup certaines cases de santé logées dans une commune à un CSI d'une autre commune. Par exemple, l'aire de santé du CSI de Maikalgo se trouve partagée entre trois communes (Koré, Kiéché et Tibiri). Officiellement le CSI est rattaché à la commune rurale de

Koré. Mais dans la pratique la relation entre les agents de santé et ces mairies se limite principalement à la seule activité de déclarations de naissances. En cas de problème d'une case située dans la CR de Tibiri, l'agent contacte le chef CSI qui, à son tour contacte la mairie. Il n'attend pas la réaction de la mairie pour rendre compte à ses chefs hiérarchiques.

Le rôle des matrones dans l'accès au service de santé : les matrones sont chargées de surveiller toutes les femmes enceintes dans la ville (par quartier) ou le village (par petit quartier ou hameaux proches) et les inciter à se rendre dès le 3^e mois pour la CPN. Elles incitent ces femmes à bien respecter le calendrier de la CPN et à consommer les produits reçus. Dès qu'un accouchement s'annonce, la femme fait appel à la matrone du quartier ou du village pour l'accompagner dans une FS. Les matrones des villages qui disposent d'une formation sanitaire assistent l'agent de santé pour les accouchements, lavent le matériel de la boîte d'accouchement avant et après chaque accouchement, font le ménage de la salle d'accouchement, nettoient le nouveau-né, débarrassent le placenta, lavent le plastique étalé sur le lit d'accouchement, accompagnent la parturiente dans la salle d'observation, certaines lavent les habits de la parturiente et la raccompagnent à la maison. Elles assurent la salubrité de la maternité ou de la CS. Elles sont également chargées de la collecte des feuilles et écorces pour le bain et la bouillie de la parturiente.

Au-delà de ces tâches, les matrones sont celles qui assistent les femmes et coupent le cordon ombilical. Généralement avant l'arrivée de l'agent de santé elles ont déjà fini d'assister la parturiente. Même en présence de l'agent, les matrones disent que l'agent s'occupe des soins uniquement et elles de l'accouchement. Les agents interviennent pour les cas compliqués. Certaines matrones estiment qu'elles sont plus expérimentées que la plupart des agents de santé. Dans les formations sanitaires où l'agent est un homme, ce

phénomène est plus développé du fait de la réticence des femmes rurales (surtout lorsqu'elles appartiennent au mouvement islamiste *izala*) à être assistées par un agent homme ou par une jeune fille. Même au CSI, certaines matrones affirment qu'avant l'arrivée de la sage-femme elles assistent la femme si l'accouchement ne présente pas de complication. Dans les villages, les agents de santé s'absentent régulièrement, surtout les femmes ou jeunes garçons. Durant cette absence, ce sont les matrones qui assistent les femmes.

Ces rôles de la matrone ne sont pas toujours observés dans la pratique sur tous les sites investigués. Ils sont assez variables selon les sites. A Tibiri, ce rôle de la matrone est plus visible, plus organisé ; alors qu'à Kargui-Bangou, les matrones sont quasi absentes.

Les formations sanitaires dans les espaces d'étude présentent des aspects variés qui peuvent se résumer autour des éléments ci-dessous.

Absence et rupture des produits

La rareté et la rupture des produits dans les CSI de la CUD font partie des principales contraintes qui freinent le fonctionnement des formations sanitaires. Les CSI ne sont plus approvisionnés en sirop pour le traitement des nourrissons et des enfants, qui sont les usagers les plus nombreux. Les agents sont obligés de rédiger des ordonnances avec le consentement des parents. Ceci entraîne des réactions fâcheuses de certains parents qui rappellent que le traitement des enfants est officiellement gratuit. Seul le paracétamol est disponible pour les enfants. Généralement en période de paludisme, même les médicaments pour adultes manquent dans ces formations sanitaires. Il arrive durant l'hivernage qu'un simple anti pyrétique manque dans un CSI. Les agents se plaignent de la faible dotation en certaines molécules comme l'amoxicilline. Les formations sanitaires ne sont pas ravitaillées en fer pour les femmes enceintes anémiées.

La rupture des produits est liée au retard de la dotation mensuelle des CSI par la pharmacie du DS. Parfois même la pharmacie du DS ne reçoit pas certains produits comme le Coartem durant les périodes de paludisme de la part des fournisseurs (pharmacie populaire, ONPPC).

Pour la CPN, les agents limitent le nombre de personnes à consulter par jour ce qui fait que beaucoup viennent et retournent sans avoir eu de consultation.

Des effectifs en personnels de santé insuffisants

Dans toutes les formations sanitaires des communes d'étude, les entretiens font cas d'insuffisance d'agents qui entrave le bon fonctionnement de ces centres. C'est seulement dans la commune de Liboré qu'on note la présence de deux agents par case de santé. Sinon, partout, les cases de santé sont tenues par un seul agent, le plus souvent un agent de santé communautaire (ASC). Dans les CSI de type 1, deux agents (le major et son adjoint) gèrent toutes les catégories de malades. Dans la commune urbaine de Dosso où le flux de patients est important, l'insuffisance des agents est plus frappante. Ainsi, au CSI de Tondobon, il n'existe pas de sage-femme pour la consultation prénatale et la CN. Ces consultations sont assurées par des infirmières. Au CSI de Mangé Koara, il y a une seule sage-femme pour assurer la garde de la maternité et ce sont les infirmières qui l'épaulent et parfois assurent la garde.

Tableau no 5 : Effectif des agents³ par catégorie professionnelle et par site.

Catégories agents/ Site	Dosso	Tibiri	Kargui-Bangou	Liboré	Total
Médecins	0	1	1	0	2
IDE	10	2	3	7	22
IC	12	8	5	4	29
Sages-femmes	10	1	1	3	15
ASC		5	7	3	
THA	3	0	0	0	3
Filles salles/manœuvres	7	1	5	5	18
Matrones	0	8		0	
Gardiens	3	0	1	4	8
Chauffeurs/ambulanciers	1	1	0	0	2
jardiniers	0	0	0	1	
Total	46	27	23	27	

Source: données des enquêtes 2013 sur les sites d'étude

Une gestion difficile des ressources humaines

La gestion des ressources humaines constitue un problème majeur de l'administration publique nigérienne. Ce problème se manifeste autour de trois principaux aspects.

Les retards des agents à se présenter à leur poste de travail

Les retards dans les services publics sont devenus une pratique routinière au point où l'Etat a institué un cahier de pointage pour marquer l'heure d'arrivée et de départ de chaque agent. Dans les formations sanitaires, ces cahiers n'ont pas permis de solutionner le problème.

« Les cahiers de pointage sont mal contrôlés. Même les agents qui sont en retards mentionnent qu'ils sont venus à l'heure. Les majors ne disent rien parce que

³Les effectifs des agents de santé recensés ici, ne concernent que ceux des espaces d'étude. Les chiffres du site de Dosso qui est chef-lieu de région, ne concernent que les formations sanitaires relevant de la commune urbaine. Donc, les agents de l'équipe cadre du district et ceux de l'hôpital régional ne sont pas pris en compte.

eux même peuvent venir en retard » (un agent de santé du CSI Lakouroussou, Dosso)

A Dosso, dans un seul CSI, la majeure délimite par un trait rouge, à partir de 8h 15 minutes pour indiquer le retard des agents venus après. L'ensemble des majors affirme tout de même qu'elles n'ont jamais écrit au district sanitaire pour dénoncer un cas de retard d'agent pour des raisons purement sociales. Mais, souvent, les agents régulièrement en retard sont interpellés sous forme de blagues pour un rappel à l'ordre.

Des absences répétées

Au-delà des retards, certains agents s'absentent de façon injustifiée. C'est dans la commune rurale de Liboré que ces absences sont les plus remarquées. Trois raisons principales sont avancées pour expliquer les absences :

a) *Les formations* : les agents de santé bénéficient de différentes formations initiées par le ministère de tutelle ou par des partenaires (ONG et institutions internationales). La participation à ces formations amène les agents à s'absenter de leur poste. Les formations ont pour objectif de faire une mise à niveau des agents, de les amener à assimiler les nouvelles approches ou modalités de prise en charge. Les agents concernés sont : les majors, les membres de l'ECD et les agents toutes catégories confondues qui sont au niveau opérationnel.

« En santé, le protocole change toujours. Chaque année il y a du nouveau, donc il faut harmoniser à tous les niveaux » (agent de la DRSP Dosso)

Les principaux thèmes des formations sont pour l'essentiel : la CPN recentrée, le noma (une maladie de la bouche), la prise en charge de la malnutrition (PCIM : prise en charge intégrée de la malnutrition), les IST/VIH Sida, la planification familiale, le paludisme, les soins essentiels du nouveau-né, les SONU (soins obstétricaux néonataux d'urgence), le PEV (plan élargi de vaccination), la SSRAJ (santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes), la santé de la reproduction et la contraception, la prise en charge des maladies de l'enfant dans le cadre du Sida (PTME), la tuberculose, la lèpre, la santé mentale,

le DMU (dispositif minimum d'urgence), le remplissage des supports SNIS (Système national d'information sanitaire), les maladies tropicales négligées, et des thèmes relatifs à l'administration et au management.

Les formations sont financées par l'Etat et surtout par les partenaires dont les plus réguliers dans la région de Dosso sont :

- Le Fonds commun pour toutes les thématiques
- L'UNICEF sur la vaccination ;
- Plan Niger sur la vaccination, la malnutrition, le paludisme et la diarrhée ;
- World vision sur la prise en charge des maladies de l'enfant.
- Plan Niger Dosso qui organise des formations à l'endroit des agents de santé en fonction des demandes du district et selon ses moyens. Chaque année, quand Plan fait ses programmations, il invite tous les acteurs (étatiques et non étatiques) pour prendre en compte leurs préoccupations.
- L'UNFPA antenne de Dosso qui apporte un appui technique et financier sur demande du district et de la DRSP.

b) *Les réunions* : le secteur de la santé est un domaine où la gestion administrative est assez « lourde ». Des réunions hebdomadaires et mensuelles sont organisées dans les CSI ou dans les districts sanitaires. La majeure du CSI de Gorou Banda (Liboré) justifie ses absences par ces réunions qu'elle qualifie de « multiples et improductives ».

c) *Le social* : plusieurs agents interrogés expliquent l'absentéisme de leurs collègues par la participation démesurée aux cérémonies de baptêmes, mariage et funérailles dans leur famille et leur voisinage. Cette forme d'absences bien qu'affectant le bon fonctionnement de la fourniture de services de santé, est considérée comme tolérable par ce qu'elle concerne toutes les catégories d'agents.

Les raisons sociales spécifiques à la commune de Liboré sont relatives au fait que la plupart des agents de santé qui y servent habitent à Niamey. Deux tiers des agents sont des femmes ayant leur époux en ville de Niamey.

« Ces femmes ne sont jamais là tous les cinq jours de la semaine. Elles s'arrangent toujours à avoir un malade dans leur famille. Si aujourd'hui c'est le fils qui est malade, demain ce sera le mari qui sera souffrant au point où, la case de santé peut rester trois à quatre jours sans être fonctionnelle (un conseiller communal de Liboré)

Des affectations incontrôlées

La gestion difficile du personnel de santé s'exprime aussi dans les affectations des agents. Les affectations étaient le domaine exclusif des membres de l'ECD. Mais depuis ces dernières décennies, des propositions d'affectations ou mêmes des décisions d'affectation viennent du sommet de l'administration sanitaire (ministère, primature ou même présidence). De même, au niveau local, des affectations sont demandées par divers acteurs (maire, chef de village, leader local etc.). Cette immixtion d'acteurs variés sur la question des affectations perturbe fortement la hiérarchie sanitaire (voir infra, 2.3.2).

Un équipement insuffisant et vétuste

Dans la plupart des formations sanitaires, l'insuffisance du matériel de travail est visible. Il s'agit par exemple de la balance, de l'aspirateur, de la ventouse, de l'eau de javel et de savon pour désinfecter les mains des agents, du tensiomètre, du thermomètre, etc.

Malgré l'affectation d'un médecin aux CSI de Tibiri et de Kargui-Bangou, le plateau technique est resté sans changement. Ce sont les mêmes médicaments gérés par les infirmiers qui sont mis à la disposition des médecins. Le CSI de Tibiri ne dispose pas par exemple de concentrateur d'oxygène (même pour un paludisme avec convulsion, il faut procéder à l'évacuation du malade vers l'hôpital du district sanitaire de Douchi), de stérilisateur pour tout le matériel de

travail et d'incinérateur. Les boîtes de pansement et d'accouchement des cases de santé ne sont pas complètes et sont uniques.

Les relations soignants-soignés : des incompréhensions mutuelles

Plusieurs études (Jaffré et Olivier de Sardan 2003 ; Souley, 2003 ; Oumarou, 2008) ont déjà traité de la relation difficile entre les agents de service de santé et les usagers. Chaque catégorie d'acteurs accuse l'autre à tort ou à raison sur divers aspects. Ce point relate les éléments les plus cités par les interviewers lors des enquêtes.

Les accusations formulées par les usagers

Elles se résument autour de quatre aspects fondamentaux :

Le mauvais accueil : il est l'un des aspects les plus évoqués.

« De fois ils [parlant des agents de santé] ne te regardent même pas, ne te pose pas de question, ou donnent l'impression d'être pressés !!! » (un usager)

« Les agents ne respectent pas les patients quel que soit leur âge, surtout lorsqu'ils sont villageois » (une usagère de la maternité du CHR).

« Dans certains centres de santé, tu regrettes même de n'avoir pas laissé ton malade mourir à la maison » (une conseillère de la CUD)

Le refus de consultation la nuit : les usagers reconnaissent le droit de repos à tout agent de l'Etat. Mais les entretiens relèvent la non prise en compte des cas de maladies graves qui se posent en termes d'urgence dans la prise en charge y compris dans la nuit, souvent tard.

« Les agents ne prennent pas en compte la gravité des malades quand on vient la nuit, ils disent d'attendre jusqu'au matin » (une conseillère).

Les agents grognent sur les patients qui viennent la nuit,

« Vous, vous ne venez au CSI que tardivement dans la nuit comme si nous sommes des machines qui n'ont pas besoin de repos » (rapporté par une usagère du village de Goumandey).

Les pratiques discriminatoires dans le traitement des malades : les usagers des services de santé déplorent différents niveaux d'injustice dont ils sont victimes. Ces pratiques concernent la consultation d'un adulte sur la rubrique de la gratuité parce qu'il est parent à l'agent traitant. Souvent, au niveau de l'hôpital il arrive que des malades fassent une semaine sous un arbre du fait de manque de lit, alors qu'un autre peut venir et recevoir un lit le même jour.

« Les agents disent qu'il n'y a pas de lit, mais quelqu'un peut venir le même jour et disposer d'un lit parce que simplement il a des affinités avec les agents ou connaît une personne influente parmi les autorités quelconque de la place » (un usager du CHR)

La discrimination est aussi perceptible lors des consultations.

« Tu peux faire 2h de temps en train d'attendre sans qu'on te regarde, mais dès que les agents voient ton habillement et ton véhicule, dès qu'ils savent qu'ils peuvent avoir un billet de 5.000 CFA avec toi, ils vont t'appeler pour te consulter » (un usager)

« Le pauvre n'est pas considéré, on regarde même l'habillement !!! Si tu vois ces agents travailler pour quelqu'un, il est riche, c'est pourquoi si tu n'as pas, d'argent mieux vaudrait rester mourir à la maison » (un usager du CSI de Tondobon)

Une précipitation incompréhensible pour la césarienne : les parturientes et leurs accompagnantes ne comprennent pas toujours la nécessité de faire des interventions lors des accouchements. Elles considèrent que, pour la plupart des cas, les femmes pouvaient accoucher par elles-mêmes.

« Dès que tu fais 2 jours sans accoucher ils t'opèrent alors que ça peut venir de façon naturelle. C'est d'ailleurs pour éviter ces interventions que certaines femmes préfèrent rester chez elles accoucher ou aller jusqu'à Niamey si elles ont les moyens » (une femme du quartier Manjé-Koira de Dosso)

La vente des produits des malades guéris à d'autres patients : les usagers de services de santé hospitalisés déplorent une pratique qu'ils considèrent comme fréquente, consistant à établir des ordonnances aux patients dans le seul but de récupérer les produits pour les revendre à d'autres patients.

Les accusations formulées par les agents de santé

Le retard dans la consultation : les usagers des services de santé viennent se faire consulter le plus souvent après avoir épuisé un traitement sans effet d'un

tradi-praticien ou d'une automédication. Les agents de santé sont assez hostiles à ce type de malades qui expriment un refus des contenus des sensibilisations diverses menées par les agents de santé eux-mêmes et les membres des COGES sur la fréquentation des centres de santé.

« Je ne peux pas comprendre que nous passons plusieurs jours à faire des sensibilisations et des gens malades choisissent de rester des semaines chez eux avant de venir se faire consulter au centre de santé » (le major du CSI de Kargui Bangou)

La réticence dans la description des symptômes de la maladie :

« Certains malades expliquent mal les symptômes de leur maladie et attendent que le personnel soignant devine de quoi ils souffrent. Ce qui ne rend pas facile le processus de traitement » (une infirmière du CSI de Tibiri)

Les plaintes liées à la réticence dans la description des symptômes de la maladie sont revenues dans plusieurs entretiens réalisés avec les agents de santé mais aussi avec les membres des COGES, pour lesquels, la principale raison est le faible niveau de confiance établi entre l'agent de santé (traitant) et l'utilisateur (malade).

« Un malade mal accueilli n'aura pas le courage de décliner tous les contours de sa maladie. Sa préoccupation ne sera plus de guérir sa maladie, mais plutôt de se débarrasser d'abord de l'agent de santé qu'il considère comme une charge supplémentaire !!! » (président du COGES du CSI de Bangoubanda)

Certaines réticences sont aussi d'ordre culturel : les maladies qui concernent les parties intimes sont peu explicitées dans les explications des symptômes. De même, l'âge et le sexe du soignant sont des variables qui peuvent être un frein pour un malade qui ne se sent pas toujours en confiance lorsqu'il se retrouve face à un agent plus jeune et/ou de sexe différent.

« Ce n'est pas tout malade qui peut dire à un jeune infirmier de quoi il souffre. Souvent il préfère gérer lui-même sa maladie que de s'exposer à quelqu'un qui a l'âge de son petit-fils » (usager de la case de santé de Sorey Bené)

Le non-respect des posologies : plusieurs agents de santé décrivent le non-respect des posologies par les malades.

« Les malades après avoir commencé à se sentir mieux, arrêtent le traitement et quelques jours après, se retrouvent dans une situation sanitaire de

rechute compliquant ainsi leur traitement » (entretien avec un infirmier du CSI de Tibiri, le 11/07/2013).

Ce comportement des malades est assez fréquent dans toutes les communes investiguées et est même reconnu par les usagers des services de santé. Plusieurs témoignages restent illustratifs :

« Quand on se sent mieux, on oublie de boire les comprimés !!! » ; « il y a des malades qui partagent leurs comprimés avec d'autres personnes de la famille » ; « (...) quelques fois les comprimés se perdent et on ne retourne au centre de santé que lorsque la maladie revient en nous » (usagers des centres de santé à Kargui-Bangou et à Liboré)

Le non-respect des heures de services : les agents de santé (surtout ceux des cases de santé) se plaignent du non-respect de leur temps de repos par les usagers.

« Des malades nous réveillent à des heures tardives et souvent même pour des cas non urgents » (agent de la case de santé de Jikata)

« Certains malades refusent de venir aux heures de service pour éviter les longues attentes. D'autres préfèrent venir à des heures tardives pour se passer comme un cas urgent afin d'avoir une meilleure prise en charge, d'autres le font pour embêter les agents de santé » (un agent de santé du CSI de Manjé Koira).

Le non-respect des heures de service dans les centres de santé est général dans toutes les communes. Mais certains agents de santé reconnaissent qu'il y a de cas de malades qui ne peuvent attendre le lendemain pour se faire consulter.

Une participation communautaire peu visible

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de recouvrement des coûts née de l'Initiative de Bamako, des comités de gestion des formations sanitaires publiques ont été mis en place pour accompagner ladite politique. Au Niger, sur toutes les aires de santé, des comités de santé (COSAN) et des comités de gestion (COGES) ont été mis en place.

Ainsi, au niveau de chaque district sanitaire, il existe un COSAN et dans chaque centre de santé intégré (CSI) et case de santé (CS), un COGES. Le

COSAN est l'organe délibérant des formations sanitaires et le COGES, l'organe exécutif.

Le COSAN se réunit à l'occasion des assemblées générales trimestrielles. Elles regroupent les majors des CSI, les présidents des COGES, les représentants des autorités communales et coutumières.

Les membres des COGES sont composés de deux représentants par village rattaché au CSI et de trois représentants par village ayant une case de santé dont le responsable. Le bureau du COGES se réunit tous les mois.

Cependant, le fonctionnement concret de ces comités est loin d'être conforme à ces normes établies. On constate tout d'abord une composition variable selon les CSI. Au CSI de Tondobon par exemple, le COGES comprend : un président, un secrétaire général, un trésorier et une perceptrice. Ici la perceptrice est considérée comme membre du bureau selon le président.

Le CSI de Manjé Kouara dispose quant à lui, d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général, d'un trésorier et de son adjoint. Au CSI Lacouroussou, le bureau comprend un président, un secrétaire général et un trésorier.

Au niveau de chaque CSI il y a des commissaires aux comptes dont le nombre est aussi variable selon les CSI, même si dans la majorité des cas, ils sont au nombre de deux. Ils sont chargés de contrôler la gestion financière du COGES. Mais le constat général est que ces derniers fréquentent peu ou pas les CSI au point de rendre impossible le travail pour lequel ils ont été désignés.

Les membres des COGES et les commissaires aux comptes sont élus en réunion des chefs de quartiers et villages rattachés au CSI. Dans la majorité des cas on cherche un consensus au cas où plusieurs candidatures sont annoncées. On note que les autorités coutumières ont maintenu leur influence sur les COGES. En effet, les trois COGES de la commune urbaine de Dosso par exemple, sont présidés par des chefs de quartier. Aussi, les présidents font-ils souvent plusieurs

mandats, le mandat étant de 5 ans renouvelables. Dans certains cas aussi, le père élu lègue le poste à son fils.

Les percepteurs sont recrutés par les membres des COGES en AG. Ils s'occupent de la gestion des produits et des recettes des CSI. Pour les recettes, ils font le compte chaque mois avec les trésoriers. Ils ont un salaire de 20.000F par mois, mais ils jugent ce salaire insuffisant.

Certains membres du COGES n'ont pas de tâches spécifiques, ce qui fait qu'ils ne prennent même pas part aux réunions. Dans la majorité des cas, c'est le président et le trésorier qui travaillent. Le poste de SG est assumé par les majors des CSI.

Les réunions mensuelles et les AG trimestrielles ne se tiennent pas régulièrement et même quand elles se tiennent il n'y a pas de procès-verbal rédigé. Les raisons avancées par les responsables des COGES à Dosso sont de divers ordres :

D'abord, le fait que les présidents et les SG soient très souvent assez occupés : les premiers étant chefs de quartiers et les seconds, agents de santé. Ainsi, les réunions et/ou rédactions des procès-verbaux de réunions ne se font pas régulièrement. Une des majors interrogés explique :

« Nous sommes très chargés pour tenir régulièrement des réunions et surtout, durant ces réunions, ce sont les mêmes choses qui sont évoquées avec les mêmes personnes » (major du CSI Lakouroussou).

Elle ajoute en s'appuyant sur les textes en vigueur :

« Les textes n'obligent pas les majors à être des SG des COGES. La plupart des membres des COGES ne sont pas bien instruits, donc incapables de rédiger des rapports ou tenir des réunions seuls, obligeant ainsi les majors à faire partie du bureau » (major du CSI de Manjé-Koira).

D'autres enquêtés évoquent les moyens financiers. En effet c'est seulement lors des assemblées générales, qu'une somme de 500 FCFA est donnée aux participants qui sont dans la ville de Dosso et de 1.000 FCFA pour ceux qui viennent des villages environnants, pour assurer leur transport. Une prise en charge de leur alimentation de la journée de l'assemblée est aussi assurée.

Les membres ne supportent pas le fait qu'ils ne reçoivent rien d'autre que les frais de transport dans leur statut de membre de COGES. Au sein du bureau, il y a seulement le trésorier qui reçoit une gratification mensuelle de 2.500 FCFA. Ceci est souvent avancé pour expliquer les absences aux réunions de plusieurs des membres du COGES. Les représentants des villages également ne comprennent pas cela et en période hivernale s'occupent plutôt de leurs champs.

Le COGES du district sanitaire de Dosso : un comité départemental de santé

La circonscription sanitaire du district coïncide avec celle du département. Il y a donc le COSAN départemental et le COGES.

Le COSAN du district rappelons-le, est une instance qui se réunit en assemblée générale tous les semestres. Elle regroupe les présidents des COGES et les majors des 34 CSI du département autour de l'Equipe cadre de district (ECD), les maires ou leurs représentants, les chefs de canton ou leur représentant, le représentant du sultan. C'est au cours de cette réunion également qu'on met en place le COGES du district qui comprend un président, un vice-président, un secrétaire général, un trésorier et son adjoint. Le bureau est sensé se réunir chaque mois.

Mais le fonctionnement concret de cette structure laisse voir des dysfonctionnements. Tout d'abord il n'y a pas une répartition claire des tâches et certains membres ignorent leur rôle. Cette situation couplée au caractère bénévole des activités des membres handicape le fonctionnement. Certains membres ne participent pas aux réunions du bureau. Dans certains cas comme celui du CSI de Mandjé-Koira, le président qui devrait signer les chèques du compte du COGES a laissé sa prérogative au trésorier qui, selon lui, dispose de plus d'expérience en matière d'administration publique et, surtout, occupe le poste de trésorier du COGES depuis 2003.

De plus, le trésorier, lui, reçoit vingt mille francs par mois. Il parcourt à la fin de chaque mois tous les trente-quatre CSI du département de Dosso pour collecter leurs recettes mensuelles. Il profite de ces missions pour apporter la dotation mensuelle de produits commandés par chacun des CSI. Il a aussi la charge de commander le gaz de tous les CSI ruraux pour le fonctionnement du conservateur des vaccins et autres produits. Chaque CSI rural a droit à deux bonbonnes de gaz de douze kg par mois.

Cet exemple du COGES du CSI de Manjé-Koira, n'est qu'un cas parmi tant d'autres où ces structures sont peu fonctionnelles. Le fonctionnement minimal est toujours assuré un seul membre.

Une présence diversifiée et peu cordonnée de partenaires au développement

Dans toutes les communes investiguées, les ONG et programmes internationaux sont présents et interviennent dans divers domaines : infrastructures ; renforcement des capacités des agents de santé ou les relais communautaires ; fourniture des intrants, sensibilisation sur différentes thématiques sur la santé (fréquentation des services de santé, accouchement à domicile, les maladies tropicales négligées, la santé maternelle et infantile, etc.)

Dans chaque commune, il y a une diversité d'intervenants dans le secteur de la santé, qui interviennent le plus souvent sans se concerter au préalable ou même sans passer par la mairie. Les exécutifs communaux se plaignent d'ailleurs du fait que des partenaires interviennent dans leur espace communal sans même les informer au préalable.

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

Tableau n° 6 : Les partenaires du secteur de la santé par commune et type d'intervention

Secteur d'intervention	Liboré	Dosso	Kargui-bangou	Tibiri
Infrastructures	AMA	UNFPA (centre amides jeunes)	PCDII Plan Niger	ONG ADRA
Intrants	Humedita UNICEF ONG Libo AMA	PLAN Niger PAM UNICEF	PAM	
Sensibilisations	ONG LIBO	UNFPA	ONG SONGES FNUAP OFDA projet Filets sociaux	ONG VDDEN UNICEF
Formation/renforcement de capacités	ONG Libo AMA ONG LIBO	Fonds commun UNICEF Plan Niger World vision Plan Niger UNFPA	World vision (relais maladies de l'enfant)	
Electrification				Electricien sans frontière (collaboration PNUD, EDF, FEM)
Appui/prise en charge malades	Humedita (malnutris) UNICEF Croix rouge	PLAN Niger	ONG ODI Niger (cecité)	HKI (prise en charge malnutris)

Ce tableau montre la diversité des partenaires et la variété des axes de leurs interventions dans les communes. La contrainte majeure réside dans la faible concertation de leurs actions et de leurs investissements. De même, chacun des partenaires a ses propres méthodes d'intervention, son propre agenda et exigences, compliquant davantage la tâche des agents de santé (principaux exécutants de ces multiples interventions).

Du coup les agents de santé, surtout les responsables des CSI, se trouvent en fin du mois à rédiger des rapports interminables qui les éloignent de leur tâche principale : fournir des services de santé aux malades.

Offre de service de santé par des acteurs privés

L'offre de service de santé n'est pas l'apanage des seules formations sanitaires publiques. Il existe des centres de soins modernes privés, des vendeurs ambulants, des tradipraticiens et des marabouts et *zimma* qui offrent des soins spécifiques.

Les formations sanitaires privées

Les formations sanitaires privées sont diversement représentées sur les sites d'étude. Elles sont constituées de salles de soins privées (infirmiers), de pharmacies et de dépôts pharmaceutiques privées (supra).

Ces services ont deux types d'usagers : les usagers ordinaires, qui ont une situation économique aisée (la plupart sont les familles de fonctionnaires travaillant pour certaines sociétés ayant une prise en charge sanitaire) ; et les usagers exceptionnels, qui sont des malades économiquement faibles.

Les services de ces formations sanitaires sont considérés comme chers et donc peu accessibles. Par exemple, pour les pharmacies, les enquêtés leur reprochent de vendre les mêmes produits que les vendeurs ambulants mais plus chers et c'est pourquoi ils ont recours à ces derniers.

De même, dans les formations sanitaires privées, le coût de la consultation est doublé, triplé voir plus. Il varie entre 3000 et 5000 FCFA alors que dans les centres de santé publics la consultation est à 700 ou 800 FCFA. Les usagers leur reprochent aussi d'escroquer les patients en leur prescrivant des examens divers qui n'ont souvent pas un lien avec les symptômes des maladies des consultants.

Par ailleurs, les agents des formations sanitaires publiques sont souvent complices des formations privées en leur renvoyant des clients. On relève d'ailleurs que certaines de ces formations sont la propriété des agents du public. Les agents du public travaillent également dans le privé et de ce fait, font attendre les usagers dans les deux espaces.

« Nous venons de loin, on attend toujours le docteur !!! Il est à l'hôpital. J'étais venu depuis 9h et jusqu'à présent (11 h15) il n'est pas venu. Quand il sera midi, on va encore nous dire d'attendre le soir. C'est toujours comme ça !!! » (un usager des services privés de santé, Dosso).

La médecine traditionnelle, entre compétence sociale et reconnaissance légale

La médecine traditionnelle est importante dans les communes et beaucoup de personnes y font recours. Le service de la médecine traditionnelle est fourni surtout par des étrangers (des Nigériens, des Togolais et des Béninois) même si on y note quelques Nigériens.

Ce secteur prend en charge un certain nombre de maladies pour lesquelles le traitement moderne est considéré comme moins efficace : hémorroïdes, hématies, diabète, tension (hyper et hypo), estomac, faiblesse sexuelle, stérilité, MST.

Les modalités de prise en charge sont presque les mêmes partout. Il y a d'abord la consultation qui est souvent gratuite, mais une part marginale de tradipraticiens prend de l'argent. Après la consultation, il est prescrit des médicaments que le malade doit prendre. Un délai lui est donné pour revenir à nouveau. Les produits sont essentiellement des racines, des écorces et/ou des feuilles mis en poudre et/ou en liquide.

Tous ces produits sont d'origines diverses. Les tradipraticiens venus des pays voisins (Benin, Nigéria et Ghana) se ravitaillent dans leurs pays d'origine. Les Nigériens eux, se les procurent directement dans les brousses des espaces où ils habitent.

Dans le cadre de la prise en charge, plusieurs usagers expliquent la flexibilité des conditions d'accès à ce service. En effet, un patient qui n'a pas d'argent peut être traité à crédit ou même gratuitement. Certains tradipraticiens font le premier traitement gratuitement pour gagner la confiance du patient qui,

après guérison, paye les frais liés à son traitement. Ceci justifie quelque peu la fidélité des patients.

Les usagers pour la grande majorité ont une faible capacité financière ou ont des maladies difficilement guérissables par la médecine moderne. Il est courant de retrouver chez ces guérisseurs traditionnels des malades ayant fait le tour de plusieurs hôpitaux et cliniques sans être guéris⁴.

Pour régulariser le secteur, il existe une association regroupant les tradipraticiens appelée « association des tradipraticiens » (ATP) qui a des sections dans toutes les régions du pays. Cette association a pour objectif de regrouper les tradipraticiens, de superviser leurs activités et de contrôler leurs produits. Pour cela, l'association joue un rôle important dans la délivrance de l'autorisation d'exercer l'activité de la médecine traditionnelle.

La délivrance d'une autorisation est un processus. Le candidat obtient d'abord une autorisation provisoire après contrôle des produits du demandeur par le président de l'ATP. Ensuite la mairie délivre la sienne, puis le gouvernorat et enfin la DRSP. Toutes ces institutions exigent au préalable l'avis du président de l'ATP. Cette association consulte ces institutions sur ses activités et prend en compte leurs remarques. L'association souhaite plus de collaboration entre tradipraticiens, agents de santé, mairie et gouvernorat. L'association dispose de « contrôleurs » chargés de vérifier les autorisations auprès des vendeurs. Les entretiens n'ont pas fait cas de mesures précises prises contre les vendeurs qui ne disposent pas de pièces.

« Lorsque nous rencontrons un vendeur, nous lui demandons ces pièces, s'il n'en dispose pas nous l'amenons auprès des responsables de l'association qui le mettent généralement en garde et le menacent de traduction à la justice au cas où il ne s'y conforme pas au prochain contrôle » (contrôleur, Dosso).

Les membres de l'association de l'ATP reçoivent diverses formations pour le renforcement de leurs capacités. Par exemple, la DRSP organise des séances de

⁴L'inverse est aussi possible. Il y a des malades qui restent longtemps chez un tradipraticien et qui finissent par retrouver leur santé dans les centres de santé modernes.

formation à l'endroit des tradipraticiens sur l'entretien de leurs produits et l'hygiène dans leurs locaux. De même, l'association organise pour sa part, des formations à l'endroit de ses membres. Il leur est interdit de faire de la publicité sur les ondes (radios et télévisions), ceux qui le font courent le risque de voir leur autorisation d'exercice retirée. Ces mesures restent encore sous forme de menaces car aucun retrait d'autorisation n'a été signalé jusque là.

Par ailleurs, les communes participent activement à la régularisation de l'offre des services des tradipraticiens. A Dosso par exemple, la mairie s'est investie dans la gestion des flux des tradipraticiens étrangers qui ont envahi la ville au début de l'année 2013. En collaboration avec la DRSP, des visites systématiques dans les centres de prise en charge traditionnelle sont effectuées. Ici les gérants de ces centres disent que la DRSP leur fait des observations et leur montre comment gérer l'hygiène dans leurs locaux, ils reçoivent parfois des formations.

Les tradipraticiens rencontrent plusieurs formes de difficultés dans l'exercice de leur travail.

L'irrégularité des patients : la pérennité du métier est fonction de la régularité de l'activité. Les tradipraticiens ne peuvent pas vivre que de cette activité. Elle est toujours secondée par une autre qui permet de procurer des ressources. En effet, les usagers qu'ils accueillent ne viennent pas de façon régulière.

Le faible contrôle de l'efficacité des produits et des compétences des guérisseurs : au-delà des dispositions prises au sein de l'association des tradipraticiens, il y a un faible contrôle de l'Etat D'abord, parfois il y a moins de clients du fait que les populations font de plus en plus confiance à la médecine moderne. Ensuite, parfois les populations perdent confiance en eux, quand leurs produits compliquent la maladie pour laquelle l'utilisateur est venu se faire consulter.

Le non-respect des clauses de traitement par certains usagers : il s'agit des malades qui refusent d'honorer leurs engagements vis-à-vis du guérisseur. En

général, le contrat qui lie le traitant et le malade est verbal, donc moral. Le malade doit verser le coût du traitement après guérison. Le refus de ce paiement peut entraîner, selon les propos des guérisseurs interrogés, un retour de la maladie.

Le non-respect des posologies dont les conséquences peut être fatal pour le malade : souvent, des malades et/ou leurs accompagnants ne comprennent pas la posologie du traitement telle qu'indiquée par le tradipraticien. Quelques fois, les guérisseurs donnent des indications d'interdits qui ne sont pas toujours respectés par les malades. Tout ceci crée des complications aggravant les douleurs du malade.

La pauvreté de certains malades qui oblige à offrir un service gratuit : il y a des malades qui, du fait de leur niveau de pauvreté, ne peuvent pratiquement pas payer les frais de leur traitement obligeant de fait le tradipraticien à les guérir gratuitement.

Tous ces aspects constituent des éléments fortement évoqués dans les entretiens constituant ainsi des freins à l'exercice du métier du tradipraticien dans les communes investiguées.

Les marabouts et les zimma, des services alternatifs fort présents

Les marabouts et les *zimma* participent aussi à la fourniture des soins de santé. Parfois leurs services se confondent à ceux des tradipraticiens, mais la différence réside à la fois dans la l'interprétation des causes des maladies et dans la nature du traitement. Les marabouts et les *zimma* considèrent les êtres invisibles (Dieu pour les marabouts et les génies pour les *zimma*) comme cause ultime de toute maladie. De ce fait, les produits du traitement sont inspirés des pratiques prophétiques basées sur le Coran ou recommandés par les génies. D'autres guérisseurs associent les deux pratiques (maraboutage/*zimma-tarey*) (Oumarou, 2004).

Diverses formes de maladies sont concernées par ces types de traitements. Il s'agit des maladies dont les causes ne sont pas connues ou qui sont interprétées comme relevant du « monde invisible », comme des maladies psychopathologiques (cf. *hamburukumey*, peur en langue zarma).

La consultation chez le marabout, plus proche des pratiques médicales modernes, consiste à recevoir le malade et à l'écouter sur les explications des symptômes pour comprendre la maladie. En fonction de la gravité de la maladie le marabout lit des versets coraniques (*rouqiya*) sur le malade ou lui donne des écritures de versets coraniques écrites sur des tablettes, lavées par une eau qui est bue par le malade. Les marabouts utilisent d'autres types de produits recommandés par le prophète : *zeitoun*, *eau de zamzam*, etc., considérés comme des produits sacrés et qui guérissent toute forme de maladie.

Pour ce qui est des *zimma* (prêtres des génies de possession), ils ne consultent pas toujours le patient. A l'arrivée du malade, ils devinent la nature de la maladie par l'observation. Les produits utilisés dans le traitement sont le plus souvent des feuilles d'arbres, des écorces, du sang, ou des parties du corps de certains animaux sauvages (peau, pattes, cornes, dents, etc.). Ils se ravitaillent en brousse, achètent certains de ces produits chez les tradipraticiens ou envoient le malade lui-même les chercher.

Le mode d'accès à ces services est assez flexible et variable selon les traitants (marabouts ou *zimma*), le niveau économique de la famille du malade et les relations personnelles que le traitant a vis-à-vis du malade. Cette flexibilité consiste pour le malade à payer ce qu'il peut au début du traitement, et à compléter la somme lorsqu'il sera complètement guéri.

Une autre caractéristique de ce service est l'immédiateté de l'effet du traitement. Un des marabouts enquêtés explique qu'il a toujours fait un traitement à effet immédiat.

« On amène un malade en charrette, je le traite et il repart sur ses pieds »
(marabout, Dosso)

La grande difficulté relevée par la plupart des enquêtés (usagers comme fournisseurs de ce service) est la présence de marabouts et *zimma* « escrocs » tant du point de vue de leurs compétences que de leur désir de s'enrichir

« La grande difficulté dans notre métier c'est qu'il y a beaucoup de gens qui n'ont aucune compétence et qui se lancent dans l'activité juste pour se faire de l'argent. Ils mentent aux malades et aux membres de leurs familles et détruisent le métier. On ne sait plus qui est compétent et qui ne l'est pas !!! » (tradipraticien du village de Salkam, Tibiri)

Les services rendus par les marabouts et les *zimma* ne sont pas contrôlés par l'Etat. D'ailleurs, ils exercent leur métier de façon informelle.

Par contre, les marabouts ou *zimma* étrangers (nigériens et béninois pour l'essentiel) de passage au Niger, font des publicités sur les chaînes radios et télévisions locales. Dans ce cas, ce sont de longues files d'attente qui se forment chez eux.

Les vendeurs de médicaments

Les vendeurs des médicaments constituent une autre catégorie de fournisseurs de service de santé au Niger. Dans les espaces d'étude, deux principaux groupes sont à distinguer :

Les vendeurs fixes : ils disposent des boutiques et se ravitaillent à Niamey auprès des commerçants nigériens, béninois et togolais. Leurs boutiques n'ont pas le statut de pharmacie mais, dans les faits, jouent ce rôle. Par exemple, à Dosso, certains agents de santé indiquent à leurs malades des boutiques considérées comme disposant de produits lorsque les pharmacies se trouvent en rupture.

Certains d'entre eux sont en fait des boutiquiers qui rajoutent la vente de médicaments à leur commerce. Ils sont à la fois semi-grossistes et détaillants et les vendeurs ambulants se ravitaillent auprès d'eux. Certains d'entre eux sont reconnus même par les CSI qui leur envoient des clients.



Les vendeurs ambulants : ils vendent en détail leurs produits et se promènent de village en village et dans les marchés ruraux hebdomadaires. C'est une activité privilégiée des « *exodants* » ruraux qui la considèrent comme assez rentable.

Les revendeurs ambulants dans les communes de Kargui-Bangou et de Tibiri se ravitaillent en produits auprès des semi-grossistes de Dosso. Mais, quelques fois, ils s'associent pour envoyer un d'entre eux à Niamey leur faire le ravitaillement auprès des grossistes du grand marché.

Les usagers de leurs services sont surtout ceux dont les moyens ne permettent pas d'assurer les frais de consultation et d'ordonnance. Ils partent directement auprès du vendeur de médicament qui reçoit la plainte (les symptômes de la maladie) et propose des produits. Souvent aussi, des malades viennent avec leurs ordonnances auprès des boutiquiers pour acheter les médicaments. Ces boutiques constituent le premier recours des personnes à faibles ressources financières. Une des caractéristiques de ces boutiques est de disposer des produits variés à usage féminin. Il s'agit de vitamines, de contraceptifs, d'aphrodisiaques, etc.

Les difficultés majeures évoquées sont :

Le poids de la douane : la plupart des produits vendus dans ces boutiques viennent de l'étranger (Bénin, Nigéria) et sont le plus souvent des produits de contrebande. Les douaniers saisissent ces produits et certains boutiquiers se trouvent alors en faillite.

Une clientèle périodique : la vente des produits pharmaceutiques constituent un commerce assez fragile dans le sens où le flux de la clientèle est périodique. Seules les périodes sèches et froides et la saison de pluies constituent des moments de forte demande.

Le manque de local fixe pour les ambulants : ceci est signalé comme un réel problème pour la mairie qui a de la peine à exercer un contrôle sur eux. En effet, la mairie mène des opérations de contrôle des produits périmés. Elle rappelle aussi

aux vendeurs d'entretenir leurs locaux propres pour une meilleure protection des produits.

« De temps en temps, nous attirons l'attention des vendeurs ambulants sur la nécessité de bien conserver leurs produits. Ceci se fait de façon ponctuelle et isolé par les élus dans leur village ou quartier » (vice maire de la commune urbaine de Dosso)

Ce contrôle reste encore à formaliser et à systématiser dans les communes d'étude.

RELATIONS ENTRE COMMUNES ET SANTÉ DANS LES SITES D'ÉTUDE

Après avoir examiné les caractéristiques générales de la fourniture des services de santé et les configurations des communes d'études, il convient d'analyser les relations qui existent entre celles-ci et les formations sanitaires. Ainsi, ce chapitre traitera successivement des perceptions que les élus locaux se font des services de santé, des aspects normatifs qui lient les deux institutions, et de la réalité de leurs relations.

Les formations sanitaires, un service technique particulier pour les élus locaux

Les services de santé au Niger apparaissent comme un service particulier tant du point de vue de son organisation, de son fonctionnement mais aussi de la nature du service délivré. Les enquêtes révèlent plusieurs aspects qui concourent à la spécificité de ce service.

La centralité de l'organigramme de la santé

Il ressort de plusieurs entretiens que le monde de la santé est particulièrement complexe pour un observateur étranger. L'organisation des structures de santé, contrairement aux autres secteurs de l'administration civile, est très hiérarchisée, laissant ainsi peu de place à la fluidité de contacts avec les autres services techniques de l'Etat.

Le caractère vital du service de santé

« La santé coute cher !!! », « la santé n'a pas de prix !!! », « on peut mettre toutes ses épargnes, pourvu de retrouver sa santé !!! », autant d'affirmations prononcées par divers acteurs interrogés montrant le degré d'engagement des

populations à prendre en charge les coûts liés à leur santé. Avec la politique de recouvrement des coûts, les formations sanitaires génèrent des sommes importantes, faisant croire aux acteurs de la mairie que peu de choses sont attendues de la commune. Ceci justifie en partie son faible engagement dans le financement des activités de ces formations sanitaires.

Des liens directs avec l'extérieur

C'est un aspect évoqué par plusieurs acteurs, notamment les élus locaux. Pour eux, le secteur de la santé dispose de plusieurs partenaires qui financent à la fois la construction des infrastructures, apportent les équipements et le matériel de soins, ravitaillent en médicaments et appuient à la formation des agents. Ces interventions multiples et multiformes sont d'ailleurs ignorées, le plus souvent, par la mairie. Les exécutifs communaux font comprendre que les centres de santé sont des services assez riches où les apports de la mairie peuvent être considérés comme infimes.

Une autonomie apparente du fonctionnement des services de santé

Les entretiens réalisés avec l'exécutif communal de chacune des communes d'étude ont montré la faiblesse de leur niveau d'information sur les activités des formations sanitaires. Ces dernières font rarement appel à la mairie dans le cadre de leurs activités. Les mairies sont sollicitées seulement lors des activités de masse comme les consultations foraines, les JNV, les sensibilisations de grande envergure. Les communes prévoient des lignes budgétaires annuelles pour la santé mais qui restent presque toujours très peu consommées. Par exemple, en 2012, la mairie de la commune urbaine de Dosso avait prévu 1,8 million de son budget pour la santé, mais du fait de la sous consommation ce montant a été revu à la baisse (900.000 FCFA) en 2013.

Pourtant, des besoins réels existent au niveau des formations sanitaires, mais les requêtes ne sont pas toujours formulées par le district sanitaire.

L'exemple le plus frappant est la clôture du CSI de Tondobon (Dosso) qui, depuis 1982, attend d'être réalisée.

Les propositions des élus sur la santé

Au-delà de ces considérations générales qui peuvent justifier la posture actuelle des mairies vis-à-vis des formations sanitaires, les acteurs communaux pensent devoir assumer des tâches précises pour une amélioration des services de santé. Il s'agit :

Assurer la création des cases de santé dans les villages : en tant qu'élus locaux, le personnel politique des communes connaît mieux l'espace communal et sait cibler les villages prioritaires qui méritent une case de santé.

Epauler les formations sanitaires en carburant : les mairies ont certes des problèmes financiers mais peuvent appuyer les formations sanitaires en carburant lors des sensibilisations, des vaccinations et des évacuations de malades.

Assurer l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments : surtout pour ce qui concerne les cases de santé où les ruptures en médicaments sont plus courantes.

Recruter un personnel d'appui pour les formations sanitaires : manœuvres, gardiens, filles de salle, ambulanciers/chauffeurs, qui sont payés par la commune.

Assurer la vidange des dépotoirs dans les CSI.

Prendre en charge la salubrité et l'assainissement dans les formations sanitaires.

Acheter des désinfectants (DDT et produits phytosanitaires pour détruire les moustiques, les mouches, les larves) pour les villes et villages afin de prévenir les maladies.

Prendre en charge la sensibilisation dans les quartiers et villages à partir des thèmes pertinents identifiés par les agents de santé.

Les relations de type institutionnel

Les compétences des communes en matière de santé sont régies par la loi n°2002-013 du 11 juin 2002 en ses articles 80 et 81.

L'article 80 stipule que « la commune participe à la définition et à l'élaboration des plans et programmes départementaux en matière de développement sanitaire ». Ainsi, « la commune assure l'exécution des plans et programmes communaux en matière de développement sanitaire dans le respect des orientations départementales ».

L'article 81 de la même loi précise qu'il est conféré aux communes la gestion des centres de santé intégrée et des cases de santé. Ainsi, « les communes ont en charge la création, l'équipement, et l'entretien des infrastructures des centres de santé intégrée et des cases de santé implantées dans leur espace, ainsi que leur approvisionnement en médicaments, dans le respect des normes établies en la matière ».

Ceci montre le rôle important que devrait jouer la mairie dans le fonctionnement des formations sanitaires qui se trouvent dans son espace. Cette importance devrait s'exprimer de façon concrète à travers diverses procédures de relations instituées entre les formations sanitaires et les mairies de ces communes. Il s'agit pour l'essentiel :

- *de l'invitation des agents de santé aux sessions du conseil communal* : les sessions des conseils communaux sont publiques par essence. A ce titre, les services techniques sont conviés et peuvent envoyer leur représentant. Lors de la tenue de ces sessions, en cas de nécessité, le conseil peut faire appel à tout agent des services techniques pour renseigner les conseillers en vue d'une meilleure prise de décision.

- *de l'invitation de la mairie aux assemblées générales de COGES*: dans son rôle de participation à la définition et à l'élaboration des plans sanitaires départementaux et communaux, la mairie doit participer aux assemblées des comités de gestion de la santé relevant de son entité.
- *du remplissage par les formations sanitaires des fiches d'opérations en cas de besoins à exprimer à la mairie* : dans le cadres des appuis à apporter aux services techniques dans l'accomplissement de leurs tâches, la mairie met à leur disposition des fiches d'opérations à remplir afin de pouvoir financer les activités prévues.

Ces éléments dénotent de l'existence d'un cadre institutionnel permettant théoriquement à ces structures d'œuvrer ensemble pour une meilleure fourniture de service de santé dans l'espace communal.

Les actions réelles des collectivités dans le domaine de la santé

Les actions des mairies dans le secteur de la santé sont variables selon les communes. Elles sont visibles à la fois dans la fourniture des pièces d'état civil, dans la prise en charge du personnel d'appui mais aussi dans diverses autres rubriques où leur présence est ponctuelle.

La fourniture des pièces d'état civil

L'enregistrement des évènements d'état civil (naissances et décès) est la principale relation directe et continue entre les mairies et les formations sanitaires (CSI, HD, CHR). La déclaration de naissance est l'évènement le plus enregistré dans les formations sanitaires. Celles-ci constituent des centres de déclaration des évènements d'état civil et le responsable de la FS est le chef de centre de déclaration. Au niveau des cases de santé, si l'agent est qualifié il est chef de centre de déclaration, et, au cas contraire, c'est le chef du village qui est considéré

comme le chef de centre. Dans les villages sans formation sanitaire, un préposé aux écritures est chargé de l'enregistrement des déclarations et le chef de village est le chef de centre et de ce fait, est chargé de signer sur la déclaration.

Les communes reçoivent de l'Etat, les supports (cahiers et registres) pour l'enregistrement de tous les évènements d'état civil.

Tous les villages administratifs et les tribus du Niger ont été érigés en centre de déclaration des évènements d'état civil selon la loi 2007-030 du 3 décembre 2007. La déclaration et l'obtention de tout acte d'état civil sont gratuites si elles sont faites dans les délais. En effet, l'enregistrement des naissances doit être systématique dans les formations sanitaires et à défaut, un délai de 10 jours est accordé pour le faire.

Pour permettre l'exhaustivité des déclarations à temps dans les villages et tribus, cet enregistrement doit être systématique et à défaut, un délai de 30 jours est accordé pour le faire du fait de leur éloignement par rapport aux formations sanitaires. Dans les principaux centres de déclaration (les chefs-lieux des communes), le délai est de 10 jours pour tout évènement. Au-delà de ce délai, c'est la justice qui délivre les pièces d'état civil contre une amende allant de 1.000 à 10.000 FCFA.

Après l'enregistrement dans les délais indiqués, les chefs de centre envoient à la mairie les volets. Il arrive aussi que le chef du centre principal (agent d'état civil de la mairie) sillonne les formations sanitaires et les villages de la commune pour collecter les volets. Les chefs de centre des communes rurales disposent de motos DT offertes à cet effet par l'Etat avec l'appui de l'Unicef. Les informations contenues sur le volet sont transcrites sur un registre à la mairie. L'officier d'état civil (maires et adjoints) authentifie la déclaration en la signant et en la cachetant.

Jusqu'à janvier 2012, les communes prenaient en charge les indemnités des agents qui enregistreraient les déclarations. Le montant de ces indemnités va de 15 à 45 FCFA par volet de déclaration et est de 3.000
--

FCFA par mois pour le chef de centre. Le paiement de ces frais par les communes était irrégulier. Ainsi, pour permettre l'exhaustivité des déclarations (au moins des naissances), l'Etat a décidé de prendre en charge ces frais en rehaussant le montant des indemnités des agents à 100 FCFA par volet et 3.000 FCFA par mois pour le chef de centre.

L'obtention de l'acte final est généralement lente. C'est un processus avec plusieurs étapes. Les centres de déclarations totalisent un nombre important de volets avant de les envoyer dans les centres principaux (mairies) pour transcription. Ces derniers collectent l'ensemble de volets remplis dans toute la commune avant de les transcrire et de les soumettre à l'officier d'état civil pour authentification. Après, le chef du centre principal fait le bilan trimestriel pour le soumettre au directeur départemental de l'état civil. Ce dernier fait la situation de toutes les communes à l'échelle du département avant de les communiquer au responsable régional qui, à son tour, fait de même pour tous les départements de la région. Il centralise les données de la région auprès de la direction générale de l'état civil et des réfugiés au ministère de l'intérieur. La direction fait la situation nationale et envoie la facture au ministère des finances qui autorise le déblocage de l'argent dans les paieries.

Le délai normal de délivrance d'un acte d'état civil est de 45 jours le plus tôt et de 90 jours le plus tard. Mais ce délai est rarement respecté.

La mairie dans la gestion du personnel de santé

Dans le domaine des ressources humaines, les collectivités territoriales interviennent au niveau de deux volets :

Le recrutement du personnel d'appui : le personnel recruté et payé par la mairie concerne les manœuvres, les gardiens, les chauffeurs et les filles de salles. Le tableau ci-dessous récapitule les effectifs de ce personnel par catégorie et par commune.

Tableau n°7 : répartition des effectifs du personnel d'appui pris en charge par la commune

Personnel	Dosso	Kargui-Bangou	Tibiri	Liboré	Total
Gardiens	5	0	0	4	9
Filles de salles	5	0	0	2	7
Manœuvres	2	5	1	3	11
Chauffeurs	0	0	1	0	1
Total	12	5	2	9	28

Par ailleurs, les responsables des formations sanitaires se plaignent de ce personnel d'appui qu'ils trouvent assez indépendant. Plusieurs entretiens illustrent le faible niveau de compétence ou même un manque de volonté de la plupart d'entre eux.

« Les gardiens ne restent pas toujours pour surveiller les CSI pour lesquels ils ont été recrutés. Il arrive qu'ils s'absentent même les nuits. » (majore du CSI Lacouroussou de Dosso)

On constate donc que si la mairie recrute les agents auxiliaires, les prestations de ces derniers ne répondent pas toujours aux attentes des services. Ceci s'explique en partie par le fait que ces agents sont recrutés sur la base d'affinités politiques. Leur mise à disposition dans les services de santé n'est pas toujours accompagnée du respect de la hiérarchie sanitaire du centre de santé dans lequel ils servent. Dans la plupart des cas, ces agents ne se sentent pas sous l'autorité des responsables de ces CSI mais plutôt redevables aux acteurs politiques qui ont proposé leur recrutement.

L'exécutif communal est souvent informé des attitudes de ces agents. Pour amener les agents pris en charge par la commune à mieux servir, l'exécutif de la commune urbaine de Dosso organise des rencontres périodiques avec ces agents pour attirer leur attention sur le rôle qu'ils doivent jouer dans l'accompagnement de l'amélioration de la fourniture du service de santé.

La gestion des affectations des agents de santé : la mairie a un droit de regard sur le travail des agents des services techniques de l'Etat en exercice dans la commune. Selon les normes, lorsqu'un agent ne fait pas bien son travail ou est en conflit avec la population locale, le maire rédige un rapport qu'il soumet au préfet. C'est au préfet de contacter le chef hiérarchique de l'agent ou de prendre des mesures en fonction de la nature du problème. Pour le médecin chef du district sanitaire de Dosso, c'est au COGES de rédiger un rapport expliquant le comportement de l'agent vis-à-vis des usagers, ou bien de se rendre directement auprès du médecin chef pour lui expliquer le problème.

Toujours selon le médecin chef, un problème qui concerne un agent d'une case de santé doit d'abord être traité par le responsable du CSI qui à son tour doit saisir le district sanitaire s'il n'arrive pas à le résoudre.

Généralement, ces hiérarchies ne sont pas respectées. Il arrive souvent que le chef du village ou qu'une tierce personne se rende au district sanitaire pour expliquer le problème d'un agent en service. L'ECD demande au plaignant de retourner voir le COGES pour rédiger un rapport. Il arrive aussi qu'un leader local (maire, député) demande au médecin chef (souvent par téléphone), d'affecter carrément un agent ailleurs.

Exemple de l'affectation de l'agent de santé du CSI de Tchangalla (Kargui-Bangou)

Une infirmière a été affectée comme responsable du CSI du village. Cette dernière ne travaillait pas bien et surtout réservait un mauvais accueil aux usagers. Face à ce problème, le COGES est allé se plaindre au DS et

l'agent a été affecté ailleurs. Son remplaçant qui était un jeune homme avait un comportement pire. Un usager a voulu le frapper avec un bâton car il accompagnait un parent malade à la formation sanitaire et l'agent s'était enfermé dans sa chambre et ne voulait pas ouvrir la porte. Face à cette situation, la population a signalé le problème au maire. Ce dernier s'est rendu au DS en compagnie du chef de village et, séance tenante, le médecin chef du DS a pris l'engagement de déplacer l'agent.

Des actions ponctuelles des collectivités

Les interventions des communes dans le fonctionnement des formations sanitaires restent timides. Des actions diverses et variées selon les sites sont cependant à noter. Elles peuvent se résumer autour des aspects suivants :

Entretiens des infrastructures sanitaires et appui à leur équipement

L'entretien des infrastructures sanitaires constitue un des domaines d'intervention des collectivités territoriales. Dans chacune des communes investiguées, l'appui de la mairie dans ce domaine est perceptible. A Dosso, la commune a réhabilité et climatisé la morgue du CHR et a construit un hangar pour la prière des cadavres.

Dans la commune rurale de Kargui-Bangou, la mairie a pris en charge le tiers de la part sociale de la construction de trois CSI (Babadey, Goumoundey-Seyni et Tchangalla), financés par le programme de coopération décentralisée en sa phase II.

Au CSI de Kargui-Bangou, la mairie a effectué diverses actions en 2013/2014. Elle a fourni onze serrures pour les portes des bureaux et salles de soins ; financé la construction du logement de la sage-femme ; et mis à disposition du CSI son véhicule et du carburant pour les missions de travail du médecin nouvellement affecté.

Les communes de Tibiri, Kargui-Bangou et Liboré ont chacune initié l'électrification des formations sanitaires. Mais cet investissement est beaucoup plus perceptible dans la commune rurale de Tibiri qui a obtenu un financement pour l'électrification solaire de dix cases de santé. Ce financement a été acquis grâce à « Electriciens sans frontière » à travers l'appui de plusieurs partenaires comme le PNUD, EDF et le FEM.

Ainsi, dans l'ensemble des communes investiguées, la commune intervient de façon ponctuelle, à travers des actions visibles (l'électrification, la construction ou la réhabilitation de salles ou de logements d'agents de santé) ou peu visibles (achat de serrures, changements d'ampoules ou petits travaux d'entretien).

Si la réalisation des premiers types d'interventions demande une programmation budgétaire pour la mairie, le second type est pris en charge dans le forfait budgétaire annuel alloué à la santé.

L'achat de médicaments

L'achat de médicaments est une tâche régulièrement citée parmi les actions réalisées par les collectivités territoriales dans le secteur de la santé. Mais c'est à Tibiri et à Liboré que le ravitaillement en médicament des centres de santé est plus frappant. La commune et les ressortissants constituent les acteurs principaux qui appuient les formations sanitaires dans le ravitaillement du stock en médicaments.

A Liboré, la mairie a en 2013, acheté des produits d'une valeur de 2.500.000FCA. De ce fait, elle a institué une nouvelle gestion des médicaments dans les formations sanitaires. Auparavant, la mairie, après achat des médicaments, donnait directement au CSI tous les produits. Il revenait au CSI de redistribuer dans les cases de santé. Pour le stock de 2013, à la demande des conseillers communaux, les produits sont gardés au niveau de la mairie et c'est le receveur qui les gère. Chaque mois la majeure du CSI de Bangou-Banda vient chez

le receveur avec une liste de besoins. Celui-ci lui livre les produits correspondants et c'est à elle de répartir les produits entre les cases de santé relevant du CSI.

Cette nouvelle gestion a permis aux conseillers communaux de faire systématiquement un contrôle pour éviter que les produits ne prennent d'autres destinations. Par exemple la conseillère au titre du village de Galbal, a amené la liste des produits donnés à la case de santé de son village pour confirmation auprès du receveur.

Les conseillers avaient souhaité que ces produits soient distribués gratuitement à la population à travers les cases de santé. Mais la majeure, ayant anticipé les conséquences futures d'une telle mesure, a simplement refusé en exigeant que toute distribution de médicaments dans l'aire de santé passe par elle.

« La majeure du CSI Bangoubanda a dit que si la mairie veut que les produits soient utilisés par les cases de santé, qu'elle les mette à la disposition du CSI qui a la latitude de la distribution, sinon ces produits vont rester périmés à la mairie » (conseillère communale de Liboré).

La majeure refuse toute interférence d'un acteur institutionnel ou privé dans le fonctionnement de son aire de santé.

« (...) Une fois, l'agent de la CS de Galbal est venu chercher des produits à la mairie, le SG lui a dit d'amener la commande au major pour qu'elle avise. Quand elle est allée, la majeure l'a rappelé à l'ordre en insistant sur le fait qu'elle doit respecter sa hiérarchie administrative » (conseiller de la commune de Liboré)

Ceci conforte les idées construites autour du fonctionnement du système de santé selon lesquelles, « la santé est un système fermé sur lui-même » ; « le système de santé est assez hiérarchisé », « le secteur de la santé attend peu de soutien de la mairie », etc.

Prise en charge sanitaire des indigents

Dans la nomenclature budgétaire de toutes les communes, il apparaît une ligne de prise en charge des indigents mais qui reste souvent non consommée ou mal utilisée. La grande difficulté qui se pose est le manque des critères objectifs pour déterminer qui est un indigent au niveau. Certaines communes investissent

cette ligne dans des investissements à caractère social. Par exemple, la commune urbaine de Dosso fait des achats de linceuls et prend en charge le carburant du corbillard pour les personnes démunies. Dans le même ordre d'idée, la mairie a mis à la disposition de la morgue un « *sarkin zongo* » qui se charge de la levée du corps des personnes décédées dont l'identité n'est pas connue. Elle a prévu à cet effet une rémunération mensuelle de 50.000 FCFA.

Dans la commune de Tibiri, cette rubrique a été utilisée dans l'appui aux personnes victimes d'incendie et de morsures de chien.

Ainsi, comme l'identification de « l'indigent » reste un problème majeur dans l'ensemble des communes investiguées, les mairies orientent la ligne budgétaire prévue à cet effet vers des secteurs de portée collective et d'utilité publique.

Vidange des dépotoirs et salubrité des formations sanitaires

Cette activité de la mairie est surtout visible dans la commune urbaine de Dosso qui est le seul centre urbain important parmi les communes d'études. Dans cette ville, chaque CSI dispose d'un comité de salubrité composé de femmes volontaires pour assurer gratuitement la salubrité. Ces femmes sont mises à la disposition des formations sanitaires par la mairie à travers l'association des mères de jumeaux de Dosso. L'association, créée depuis environ 15 ans, a son siège à la *samaria* de Dosso, et dispose d'un bureau constitué de membres élus à l'occasion d'une assemblée générale. Les activités de l'association sont centrées sur la salubrité urbaine. Au début elle s'occupait de la salubrité dans les cimetières. Elle s'est par la suite élargie à certains services. C'est ainsi que l'hôpital et les CSI sont balayés chaque dimanche. Il y a aussi trois femmes mises en permanence à la disposition des CSI. Les difficultés auxquelles l'association est confrontée peuvent se résumer autour du manque d'outils de travail, du caractère précaire de la rémunération des femmes qui s'y sont engagées, et du manque d'appuis matériels et financiers.

« Les CSI brûlent les déchets souillés sur place et déversent les ordures de la cour au dépotoir à côté du CSI (Lakouroussou, Tondobon). Ce sont les camions de la mairie qui ramassent gratuitement les ordures de ces dépotoirs ». (agent du service de l'hygiène et de l'assainissement de la CUD)

La mairie vide également le dépotoir du CHR gratuitement. Auparavant, le CHR fournissait du carburant pour les camions lors de ces vidanges.

Prise en charge financière des campagnes de vaccination

Les communes interviennent financièrement (à de degrés variables) dans la prise en charge des campagnes de vaccination. La commune urbaine de Dosso a, en 2010, pris entièrement en charge la campagne de vaccination de l'épidémie de méningite. Elle a récemment pris en charge le carburant de la campagne de vaccination contre la poliomyélite.

« Lorsqu'elle est informée à l'avance de la tenue d'une campagne de vaccination, la mairie fournit au district sanitaire du matériel didactique, des cahiers, des crayons, des gommes, des bics, etc. Mais parfois la mairie ne fait rien parce qu'elle n'est pas toujours informée des activités des formations sanitaires » (le SG de la CUD)

De même, la commune de Tibiri a pris entièrement en charge la campagne de vaccination contre la rougeole en 2012. Le major du CSI, de concert avec les membres du COGES, a soumis une requête (facture) à la mairie et a obtenu l'achat des produits nécessaires. Dans la même année, une autre épidémie a été constatée et la mairie a pris en charge le déplacement des agents de santé. En 2013, la mairie a accompagné le CSI dans le cadre de la lutte contre une épidémie de varicelle (vaccination) à hauteur de 45.000 FCFA.

En 2013, le conseil communal de Liboré a autorisé la mise à disposition du véhicule de la mairie et du carburant pour la vaccination dans l'espace communal.

Ainsi, la vaccination mobilise les mairies et constitue, à l'image de la délivrance des pièces d'état civil, un lien visible entre la commune et les services de santé dans l'espace communal.

Implication dans la sensibilisation des populations

La commune intervient à différents niveaux dans les sensibilisations organisées par les formations sanitaires. Elle peut, à la demande des centres de santé, organiser des séances de sensibilisations sur des thématiques précises lors des grandes rencontres populaires : marchés hebdomadaires, mosquées de vendredi, cérémonies de baptême ou de mariage.

Les communes organisent souvent des débats sur les ondes de la radio (antenne régionale pour la mairie de Dosso et radio communautaire pour celle de Tibiri). Ces débats sont organisés généralement autour des maladies de l'heure (selon les saisons) ou sur l'hygiène et l'assainissement.

Ces sensibilisations peuvent être de proximité lorsqu'il s'agit de cas de refus d'une famille ou d'un village de faire vacciner son (leurs) enfant (s) (surtout dans le cadre de la poliomyélite qui se heurte à des réticences au sein de la population pour des considérations religieuses).

Les actions dans le domaine de la santé préventive

La santé préventive englobe l'ensemble des vaccinations pour toutes les maladies, la CPN, la CN. Elle concerne également la destruction des habitats de certains vecteurs de maladie comme les mouches, les moustiques, les vers, les oiseaux, les animaux.

Par exemple, le service d'hygiène et d'assainissement de la commune urbaine de Dosso, en collaboration avec celui du district sanitaire intervient dans le cadre de l'hygiène alimentaire. Il est à noter qu'il existe un service d'hygiène et d'assainissement au district sanitaire de Dosso et aussi un autre à la mairie, animé par un technicien recruté par la mairie. La mairie met à disposition les carnets d'autorisation de vente destinés aux vendeuses de denrées alimentaires, et le service d'hygiène et d'assainissement du district sanitaire se charge de leur vente. La vente de ces carnets se fait seulement après examen des selles des femmes

vendeuses de nourriture qui désirent s'en procurer. Ce carnet tient lieu d'autorisation de vente des denrées alimentaires principalement dans les établissements scolaires.

Le carnet d'autorisation de vente est annuel et coûte 500 FCFA. Le service d'hygiène et d'assainissement du district sanitaire est chargé de la vente de ces carnets qu'il reçoit de la mairie de la commune urbaine de Dosso. Les 10% des recettes totales de la vente de ces cartes sont reversés à la mairie. La gestion de la santé préventive constitue ainsi un autre domaine de collaboration visible et régulière entre la commune et les formations sanitaires.

Les agents du service d'hygiène et d'assainissement du district sanitaire doivent, selon le médecin chef du district :

« (...) faire des tournées mensuelles de contrôle dans les établissements scolaires mais le service ne dispose pas de moyen roulant et le véhicule du DS est presque toujours occupé. Ces tournées devraient concerner les bars, les maquis, les restaurants pour constater les conditions d'hygiène des locaux et la nature des produits vendus »

Le service d'hygiène et de l'assainissement communal de Dosso dispose de quatre agents qui organisent des patrouilles afin de contrôler l'état de salubrité de la ville, le respect de l'usage des dépotoirs d'ordure, et la détention des cartes par les vendeuses. Dans le cadre de ces contrôles, seul le service d'hygiène de la mairie est concerné et les agents infligent des amendes aux contrevenants.

Pour les agents de ce service, « l'hygiène et l'assainissement est un domaine négligé au Niger ». Pour eux, l'accent est surtout mis sur le volet curatif de la santé. L'Etat et même les partenaires interviennent rarement dans le volet préventif de la santé.

« L'Etat n'intervient pas trop dans la santé préventive, c'est un secteur négligé. L'accent n'est pas mis sur le cadre de vie propre » (chef service HA communal, Dosso)

Un autre agent interrogé ajoute :

« Les politiques nationales en matière de santé au Niger n'accordent pas un rôle important au volet préventif. Les maladies les plus fréquentes et les plus mortelles comme le paludisme, sont liées à un environnement insalubre ».

Pourtant, le constat général qui ressort des entretiens réalisés avec les agents d'hygiène et d'assainissement est que « la ville est sale ». Le service d'hygiène et de l'assainissement de la mairie dispose de moyens limités pour faire face à l'ensemble des tâches qui lui reviennent. Il dispose d'un technicien en génie sanitaire qui est le responsable du service, de quatre gardes sanitaires qui sont chargés de contrôler l'état de la salubrité de la ville et de faire respecter des règles d'hygiène par les populations. Le service dispose également de dix manœuvres répartis dans trois camions de ramassage d'ordures dans la ville.

La santé préventive est un secteur à gestion complexe. Elle nécessite l'implication de tous les acteurs : communauté, agents de santé, mairie, Etat et partenaires.

La communauté, qui constitue le premier bénéficiaire ne crée pas par ses comportements les conditions d'une gestion facile de la santé préventive. En effet, il ressort de plusieurs entretiens que la population ne verse pas les ordures dans les dépotoirs mais plutôt dans les caniveaux. Il s'agit aussi bien des ordures ménagères que des cadavres d'animaux, jetés dans la rue ou dans les caniveaux, mais aussi des eaux usées qui sont déversées dans les rues.

« La présence des ordures dans les villes expose les populations à des maladies diverses : paludisme, diarrhée, fièvres de diverses natures, etc. En gros, la population se trouve exposée, et les efforts de l'Etat restent insignifiants pour y faire face » (médecin chef du district sanitaire de Dosso)

La question de la salubrité concerne aussi le curage régulier des caniveaux. Mais c'est une activité lourde et assez chère.

« Le curage de la ville de Dosso concerne douze km de caniveaux. Le curage coûte 1500 FCFA le mètre, soit un montant total de 36.000.000 FCFA pour les 12 km de curage » (SG de la commune urbaine de Dosso)

La mairie entreprend le curage des caniveaux deux fois par an (avant et après chaque saison hivernale).

Le tableau ci-dessous donne une indication chiffrée des budgets et des dépenses pour la santé des mairies dans par commune d'investigation en 2013.

Tableau n°8 : Prévisions et dépenses réelles dans le secteur de la santé par commune

Intitulé	Dosso	Tibiri (2013)	Kargui-Bangou	Liboré (2013)
Budget prévisionnel 2013	774.678.510		44.646.400	530.877.466
Budget prévu pour la santé	5.900.000	650.000	320.000	9.300.000
<i>Total dépenses exécutées pour la santé</i>	<i>7.963.980</i>	<i>1.552.708</i>	<i>2.723.585</i>	<i>13.783.122</i>
Salaires personnel appui	7.837.980	1.247.208	2.470.920	4.238.772
Appui COGES		78.000		
Carburants		5.500		
Médicaments		44.750	81.895	2.500.000
Infrastructures		132.000	170.780	1.379.350
Appuis divers	126.000	45.250		5.665.000

Ce tableau montre les écarts importants entre le budget prévu et le budget exécuté dans le secteur de la santé sur l'ensemble des communes d'étude. Ceci démontre à la fois le caractère irréaliste des budgets communaux (qui ne tiennent pas compte des dépenses réelles attendues), mais aussi le niveau de flexibilité de leur exécution. Ceci permet à l'exécutif communal de prendre en charge des dépenses urgentes non prévues dans le budget annuel. Dans toutes les communes, la masse salariale du personnel d'appui dépasse largement le budget prévu pour ce secteur.

Les principales contraintes autour des relations communes / santé

Les relations entre communes et santé sont soumises à diverses contraintes qui peuvent être résumées autour des aspects suivants :

Le faible respect des règles formelles liant les mairies et les formations sanitaires

Le non-respect du règlement dans les relations entre communes et santé est évoqué de part et d'autre. Il s'agit surtout :

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

- du non remplissage des fiches d'opération par beaucoup de formations sanitaires : les mairies se plaignent du fait que peu de formations sanitaires remplissent à temps les fiches d'opérations. Ces fiches devraient permettre au conseil communal de tenir compte des besoins de ces services dans l'élaboration et l'adoption du budget annuel de la commune.

« La majeure intervient dans des réunions pour parler de leurs besoins et invite la mairie à soutenir. Mais elle ne remplit pas les fiches pour les envoyer. Et cela bloque l'action de l'exécutif en faveur de la santé. Ce sont les fiches d'opération remplies qui permettent à la mairie de supporter certaines dépenses » (le maire de la commune de Liboré)

- de la non prise en compte des fiches d'opération par certaines mairies : plusieurs entretiens menés avec des agents de santé évoquent le cas de fiches remplies et envoyées à la mairie, restées sans suite.

« Ça ne sert à rien de passer son temps à remplir des fiches qui ne sont jamais examinées. Même les fiches de l'année passée sont restées sans suite ». (le major du CSI de Kargui-Bangou)

« Souvent, nous envoyons les fiches d'opérations, et la mairie, sans tenir compte de nos besoins, cible un autre volet et essaie d'agir. On ne comprend pas du tout !!! » (la majeure du CSI Bangou-Banda)

La faiblesse des ressources communales

Les faibles ressources des communes limitent leur capacité d'investissement dans les formations sanitaires. Les exécutifs des communes investiguées présentent les communes comme des espaces à ressources financières assez limitées (sauf Liboré qui présente un cas particulier du fait des fonds rétrocédés de la SODIDEP). Cette limitation de ressources constitue un des aspects largement évoqués comme contraintes pour les communes dans leur engagement à s'investir dans les actions de la santé de leur espace communal

La forte hiérarchisation de l'administration sanitaire

Celle-ci est fortement évoquée comme un frein à l'action communale dans le secteur de la santé.

« Les agents de santé ne répondent qu'à leur hiérarchie administrative et à rien d'autre. Même si la mairie les appuie, elle ne comprendra rien de ce qu'ils font »
(un conseiller de la commune urbaine de Tibiri)

Les mairies souhaitent avoir un œil sur le fonctionnement des services de santé qui sont dans leur espace communal.

« Malgré les multiples actions de la mairie dans le secteur de la santé, les agents de santé viennent rarement à nos réunions et s'intéressent peu aux initiatives de la mairie. L'achat des médicaments par la mairie n'a pas permis de transformer le mode de gestion des médicaments dans l'aire de santé. (un conseiller de la commune rural de Liboré)

La hiérarchie de l'administration sanitaire laisse peu ou pas de place aux mairies dans le contrôle des activités des agents de santé.

La forte présence d'intervenants extérieurs en matière de santé

Ces ressources extérieures dont bénéficient les formations sanitaires font que les communes préfèrent intervenir dans d'autres secteurs sociaux comme l'éducation. Les services de santé disposent d'une diversité de partenaires qui s'investissent à la fois dans les infrastructures sanitaires, dans l'équipement, la sensibilisation et dans l'approvisionnement en médicaments. Ceci conforte les communes dans leur choix d'appuyer les autres secteurs sociaux (éducation et hydraulique) considérés comme disposant de peu de soutien.

Au-delà de ces contraintes dont le poids est variable selon les communes, des actions collectives sont initiées au niveau local pour permettre une meilleure prise en charge sanitaire de la population. Le chapitre suivant examine quelques cas exemplaires d'initiatives mises en œuvre pour améliorer la fourniture et/ou l'accès aux services de santé.

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

LES INITIATIVES LOCALES POUR UNE AMÉLIORATION DE LA FOURNITURE ET DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Les initiatives locales recensées lors de cette étude concernent les stratégies que développent les communautés à travers les COGES ou les leaders locaux pour améliorer le taux de fréquentations des formations sanitaires et/ou faciliter l'accès aux évacuations sanitaires.

Des amendes pour minimiser le taux d'accouchement à domicile

Pour réduire le nombre d'accouchement à domicile dans les communes d'étude, les COGES, de concert avec les agents de santé et les matrones, ont institué des mesures répressives contre les parturientes et les matrones qui les assistent à domicile.

- les femmes qui accouchent à domicile sont gardées trois jours dans la formation sanitaire en guise de punition
- les matrones sont menacées d'amende si elles coupent le cordon à la maison
- des amendes variables de 3.000 FCFA à 10.000 FCFA selon les sites sont infligées aux parturientes qui accouchent à domicile
- le représentant du chef de province dans la commune urbaine de Dosso fait des sensibilisations et menace les femmes qui accoucheraient à domicile et les matrones qui seraient complices

Ces mesures sont prises dans tous les sites mais le niveau de leur application est assez variable. Tibiri présente l'espace où la mesure est la mieux respectée du fait de la fonctionnalité des COGES.

« Dans ce village, il y a eu deux femmes qui ont été amendées cette année. C'est parce que les femmes ont compris les risques autour de l'accouchement à domicile qu'elles fréquentent les centres de santé pour accoucher » (un habitant du village d'Aholé)

A Liboré, où les COGES sont très peu fonctionnels, ces mesures sont annoncées mais jamais appliquées.

« Personne ne peut demander à une femme de verser une amende car les membres du COGES eux-mêmes sont absents. On ne les voit pas au CSI (...), les gens ne les connaissent même pas. » (une usagère du CSI de Bangou-Banda)

La fonctionnalité d'un COGES est un facteur essentiel pour la mise en application des initiatives communautaires.

Le système d'évacuation à Mirriah, une expérience avortée

Le système de gratuité de soins, on le sait, a eu des effets négatifs sur la capacité des centres de santé à se ravitailler en médicaments (Olivier de Sardan & Ridde, 2014, Diarra, 2011, Ousseini 2011, Oumarou 2009). Pour faire face aux difficultés que posent les évacuations des malades, le district sanitaire de Mirriah (le plus important district en termes d'effectif de populations et de formations sanitaires) a initié en 2009, un fonds dit de solidarité. Ce fonds est mobilisé à partir des centimes additionnels prélevés sur les adultes payants allant en consultation (100 FCFA pour les catégories A et E) et des centimes sur les impôts (en raison de 100 FCFA sur chaque imposable).

La collecte de ces fonds est prévue dans chaque CSI. Le responsable des CSI a la charge de prélever et de garder les fonds avant de faire un versement mensuel à la trésorerie du comité de gestion du district sanitaire.

Pour les centimes sur les impôts, ce sont les maires qui sont chargés de prélever une somme de 100 FCFA sur chaque imposable et les reverser au comité de gestion.

Ces fonds sont uniquement destinés à la prise en charge gratuite des évacuations des femmes enceintes des CSI vers l'hôpital de district de Mirriah, et de ce dernier vers la maternité centrale de Zinder. Cette évacuation peut aussi aller d'un CSI vers la maternité centrale (ceci ne concerne que les CSI proches de la ville de Zinder).

Un premier comité de gestion de ces fonds a été mis en place le 16 août 2009 lors d'une assemblée générale de santé départementale qui a regroupé les autorités administratives et coutumières du département. Le chef de canton de Mirriah a été désigné comme président de ce comité malgré son absence à la réunion. Ce comité n'a pas pu fonctionner comme souhaité. De la mise en place de ce comité (2009) jusqu'en octobre 2012, aucune mairie n'a versé au comité les fonds prélevés sur les impôts. Certains maires (Damagaram Takaya, Gafati) ont refusé de collecter les 100 FCFA prévus sur les imposables.

« Je n'ai pas les textes qui m'autorise à collecter ces centimes. Pour cela, j'ai refusé de prendre les centimes collectés par les chefs de village. Je ne peux pas prélever quoi que ce soit sur les imposables car cela illégal. Aucun texte ne m'autorise à le faire !!! » (receveur municipal de la commune rurale de Damagaram Takaya)

D'autres maires ont prélevé mais n'ont pas versé la somme auprès du trésorier du comité mis en place à cet effet.

« Nous avons versé à la mairie 100 FCFA de plus sur la somme correspondant à nos impôts annuels. Je ne sais pas si c'est transmis ou pas » (un habitant de la commune de Zarmou).

« Il y a des mairies qui n'ont toujours pas versé la somme prélevée sur les impôts. Je ne sais pas si elles vont le faire ou pas » (le communicateur du DS, Illéla)

Au-delà des mairies qui n'ont pas collecté ce centime et celles qui ont collecté mais qui n'ont fait le versement, la commune rurale de Zarmou et celle de Hamdara ont collecté et versé respectivement 100.000 FCFA en 2013 et 100.000 FCFA en 2014.

Face au dysfonctionnement de ce processus, une assemblée générale s'est réunie et a décidé de mettre en place un nouveau bureau présidé par le président du COGES de l'hôpital de district. Ce bureau comporte aussi une vice-présidente qui est membre d'une association féminine, un secrétaire général qui est le maire de la commune rurale de Gragoumsa, une trésorière générale qui est le point focal à la participation communautaire au district sanitaire. Deux commissaires aux comptes ont été désignés en dehors du bureau à cette même occasion dont le responsable du service laboratoire de l'hôpital de district.

C'est à la suite de la mise en place de ce nouveau comité en novembre 2012, que les communes rurales de Zermou et de Hamdara ont versé chacune une somme de 100.000 FCFA respectivement en 2013 et en 2014.

Les assemblées générales constituent des espaces où la question de la mobilisation de ces fonds est largement débattue. La situation des versements par commune est faite pour les inciter à être à jour afin de permettre une régularité dans la prise en charge de la gratuité des évacuations.

Des dispositions pratiques ont été prises pour faciliter ces évacuations. Il s'agit de doter la trésorière du comité d'un stock de carburant destiné aux ambulances lors de ces évacuations. Ainsi à Mirriah et à Zinder, une dotation de 500 litres est régulièrement disponible (un fournisseur à Mirriah - pas de station - et la station Total de Zinder). Le comité a prévu 20 litres pour 100 km.

Dans chaque ambulance, il y a une fiche d'évacuation où le responsable du CSI qui évacue signe et précise les motifs de l'évacuation ; à l'arrivée (hôpital de district, hôpital national de Zinder ou maternité centrale de Zinder) le responsable contresigne également.

Au-delà du carburant, la caisse du comité prend aussi en charge les indemnités du chauffeur s'il est temporaire en raison de 2.000 FCFA par évacuation. Ces précautions permettent à la fois de contrôler ces évacuations et de

créer les conditions d'une pérennisation de l'initiative. Depuis la reprise des évacuations avec le nouveau comité, il n'y jamais eu de rupture de carburant.

Tableau n°9: Evacuations par ambulance de février à décembre en 2013
dans le district sanitaire de Mirriah

CSI	Nombre d'évacuation
Ambulance de DamagaramTakaya	107
Ambulance de Mirriah	295
Ambulance de Takeita	79
Ambulance de Baboul	41
Ambulance de N'Yelwa	48
Total	570

Mais la situation des versements permet de comprendre que les ressources du comité de gestion proviennent essentiellement des centimes perçus dans les formations sanitaires. Les mairies, elles, sont peu engagées dans cette initiative. En effet, sur les dix-huit communes concernées par l'aire de santé du district sanitaire, deux seulement ont versé des fonds au comité de gestion en 2013.

De même, les récapitulatifs des versements des centimes additionnels dans les CSI en 2013 laissent remarquer une variation importante. Il y a 15 CSI sur les 36 qui n'ont jamais versé un seul mois de centimes collectés et 14 CSI seulement ont versé entre un et cinq mois sur les 12 mois de l'année.

Ainsi, la faiblesse de la mobilisation des collectivités territoriales autour de la collecte des centimes sur les impôts, et le retard de plus en plus important du versement des centimes dans les CSI permettent de déduire une rupture prochaine de cette gratuité des évacuations des femmes enceintes dans le district sanitaire de Mirriah.

Ce fond de solidarité aurait dû être une réelle opportunité de prise en charge communautaire des évacuations dans cet espace.

Le système d'évacuation d'Illéla, une initiative louable

Le système d'évacuation du district sanitaire d'Illéla a été inspiré par celui de Keita. Le département de Keita a initié depuis 2005 un système de centime

additionnel de 50 FCFA pour les évacuations de l'hôpital de district vers l'hôpital régional de Tahoua, avec un appui de MDM (Médecins du Monde), à travers le projet « Amélioration des accouchements », qui assurait le carburant pour les évacuations des femmes enceintes et des enfants. Au-delà du carburant, MDM assurait le remboursement des accouchements simples à un prix forfaitaire de 500 FCFA et les accouchements compliqués à 2000 FCFA, mettait à la disposition des CSI et de l'hôpital de district des kits d'accouchements et renforçait les capacités des agents de santé dans la zone (Diarra, 2014 : 268-269).

A la fin de ce projet, MDM ne pouvait plus prendre en charge toutes ces charges. Le manque de carburant couplé à la mauvaise gestion des centimes additionnels avait rendu l'initiative assez précaire. Dans le souci de préserver cet acquis, les COGES et leaders locaux ont demandé une implication des communes à travers un versement d'une somme pouvant garantir le carburant des évacuations. Cet engagement n'a pas été tenu par toutes les communes du département, d'où l'échec de cette initiative.

C'est partant de cette expérience et en prenant en compte les caractéristiques géographiques du département d'Illéla (terrain accidenté) et les contraintes multiples des évacuations dans la zone que des sensibilisations ont été engagées dans les différentes communautés.

Les maires des quatre communes (Illéla, Bagaroua, Badaguichiri et Tajaé) du département ont élu celui d'Illéla pour présider le comité de gestion mis en place pour gérer les fonds collectés pour la prise en charge des évacuations gratuites des femmes enceintes. Ces communes se sont engagées à verser chaque année un montant minimal d'un million de francs et les formations sanitaires se sont engagées à mobiliser un centime additionnel de 100 FCFA sur les malades de catégorie E (payants).

Le tableau ci-dessous présente les montants versés par chacune des communes sur les trois dernières années.

Tableau n° 10 : situation des versements des fonds d'évacuations par commune

Communes	2012	2013	2014	total
Illéla	500.000	1.000.000	-	1.500.000
Badaguichiri	500.000	1.000.000	-	1.500.000
Bagaroua	500.000	1.000.000	1.000.000	2.500.000
Tajaé	500.000	500.000	500.000	1.500.000
Total	2.000.000	3.500.000	1.500.000	7.000.000

En 2012, avant le lancement de l'initiative, diverses rencontres avec les autorités administratives et coutumières ont été organisées. De même, plusieurs missions de mobilisation sociale avec l'appui des COGES des CSI et des leaders religieux ont été effectuées dans toutes les communes du département.

Ceci a permis une réelle mobilisation communautaire autour de cette initiative, qui s'est exprimée à travers sources supplémentaire de financement, sous forme d'une cotisation libre aussi bien des villages que des leaders locaux pour renforcer la caisse destinée à l'évacuation gratuite des femmes enceintes. Dans le même ordre d'idées, le président du comité s'est proposé de faire un plaidoyer auprès des ressortissants du département installés tant à Tahoua et Niamey qu'à l'extérieur du pays.

Le tableau ci-dessous fait le point des contributions individuelles et collectives dans le département.

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ

Tableau n° 11 : Contributions reçues par le comité à la date au 31 décembre 2013

SOURCE	Engagement pris	Montant versé	Reste à compléter
Collectivités locales	4 000 000	4 000 000	0
Elus locaux Illela	120 000	106 000	14 000
Contribution du district sanitaire	2 000 000	1 000 000	1 000 000
ONG ADL	50 000	50 000	0
Cotisation des Chefs CSI	220 000	170 000	50 000
Centimes additionnels	9 000 000	8 555 900	
Groupement féminin	0	15 000	0
Leaders communautaires	0	57 200	
Bagaroua	0	24 200	
Tajae	0	25 000	
Kaoura	0	10 000	
Yamai	0	17 000	
Ambaroura	0	75 000	

Source : District sanitaire d'Illela, 2014

Du point de vu de la gestion, les fonds de la caisse sont logés dans un compte chez la banque locale « *Assusu* » à Badaguichiri. Ce compte est à triple signature : celle du maire d'Illela qui est le président du comité, le trésorier du COGES du district sanitaire qui est aussi le trésorier du comité, et le communicateur du district sanitaire qui est le point focal référencement. Ce sont les signatures de ces trois membres du comité sur tout chèque qui permettent de faire des retraits. Cette triple signature permet de mieux contrôler les mouvements du compte et de mieux gérer les ressources de la caisse.

Les fonds de la caisse couvrent les évacuations des CSI vers l'hôpital de district et de celui-ci vers le centre hospitalier régional (CHR). Des réflexions sont en cours pour couvrir les cases de santé bien que le suivi pourrait en être difficile.

La caisse prend en charge à la fois le carburant de l'ambulance, ses petites réparations (pneumatiques surtout) et les frais de déplacement de l'ambulancier.

Pour la prise en charge du carburant, un forfait de consommation de 20 litres pour 100 kilomètres est retenu pour toutes les ambulances. Le comité fait un ravitaillement d'un million de carburant stocké à la station Total de Tahoua. Une petite quantité est prélevée dans des tonnelets et gardée au district sanitaire. Ce stock est géré par le magasinier.

Par ailleurs, pour une meilleure gestion de ces évacuations, tous les CSI (22) de l'aire de santé et les trois membres de l'ECD partagent une flotte téléphonique qui permet de faciliter la communication à l'interne. Avant toute évacuation, le médecin chef est avisé à l'avance de la nature de la maladie ou de la complication. Ceci lui permet de prendre des dispositions à l'avance et de préparer l'accueil de l'évacuée.

La gestion de l'évacuation implique aussi une organisation dans la répartition des ambulances dans les différents centres de santé du département. Le district sanitaire dispose de cinq ambulances sur l'ensemble de son aire de santé. Ces ambulances sont réparties selon les contraintes géographiques (distance ou qualité de la route). Ainsi, une des ambulances est stationnée au CSI de Dafawa, une autre au CSI de Bagaroua, deux au district sanitaire et enfin la cinquième au CSI de Badaguichiri.

Dans la perspective de la régionalisation de cette initiative, sur financement de l'Union Européenne, un consortium constitué de MDM, AEC (Alternative espace citoyens) et du conseil régional de Tahoua a été mis en place. Le système a été lancé dans les districts sanitaires de Konni, Madaoua et Bouza

en 2014, même s'il a encore de la peine à être concrétisé sur le terrain⁵. Il est prévu que le système soit élargi en 2015 aux districts sanitaires de Tahoua, Abalak et Tchintabaraden.

A ce stade, la pérennisation de ce système peut être évaluée à partir de l'engagement des acteurs locaux. Il est vrai que le coût annuel des évacuations reste élevé lorsqu'on se réfère au niveau de mobilisation des ressources prévues pour cette caisse de référencement. Le tableau n° 11 (précédent) montre l'importance de la mobilisation communautaire face à cette initiative. Mais lorsqu'on compare les entrées de fonds (toutes sources confondues : communes, centimes additionnels et contributions individuelles) et les dépenses engagées dans le cadre des évacuations, on constate que des efforts sont à consentir tant par les agents de santé que par les collectivités territoriales pour pérenniser cette initiative.

⁵ Les enquêtes réalisées dans le district sanitaire de Konni en novembre 2014 ont permis de comprendre que le nouveau système d'évacuation est ignoré par plusieurs acteurs clés notamment les agents des services de santé dans les CSI (qui assurent le recouvrement des centimes additionnels) et les exécutifs communaux (qui devraient faire verser par la mairie un appui financier à la caisse d'évacuation). Ces deux catégories d'acteurs sont également ceux qui devraient sensibiliser les communautés pour y adhérer.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La présente étude permet de comprendre les relations communes et santé au Niger à partir de trois principaux éléments :

a) *Les configurations propres aux communes*, qui déterminent à la fois leur capacité matérielle et financière à participer à la délivrance des services de santé et le niveau de qualification/compétence du personnel politique, permettant d'initier des actions en faveur de la fourniture de services publics locaux. Les quatre communes d'investigations présentent des caractéristiques spécifiques tant du point de vue administratif (Dosso est commune urbaine ; Tibiri, Liboré et Kargui-Bangou sont des communes rurales) que financier (Dosso et Liboré sont les communes les plus riches ; Tibiri et Kargui-Bangou les plus pauvres). La jeunesse des communes, l'insuffisance de leurs moyens financiers et l'inexpérience des élus locaux en charge de la conduite de l'action communale limitent fortement l'entreprise communale, y compris dans ses relations avec les formations sanitaires.

b) *L'organisation et la gestion du système de santé publique*, qui assure l'équipement et le personnel compétent. L'organisation du système de santé, qui apparaît assez hiérarchisé, évolue dans un contexte assez difficile (insuffisance d'équipements, insuffisance voire rupture de médicaments, insuffisance de personnel, etc.) et de forte politisation de l'administration publique qui a des effets sur la gestion des ressources humaines (affectations arbitraires, manque de sanctions des agents absentéistes ou régulièrement en retard à leur poste de travail, etc.).

c) *L'engagement des communautés* à participer à la production du service et à la fréquentation des centres de santé. La participation communautaire dans la fourniture du service public est généralement analysée autour des actions des comités de gestion des formations sanitaires. Ces comités dans les communes investiguées ont une fonctionnalité assez faible parce qu'elle repose sur une ou deux personnes, lorsqu'ils sont encore actifs (cas de Tibiri et Dosso). La

participation communautaire inclut également la fréquentation des formations sanitaires et l'adhésion de la population au versement du centime additionnel, et à diverses contributions au fonctionnement des centres de santé (participation aux réunions de sensibilisation, aux séances de salubrité, aux diverses cotisations pour l'amélioration des services de santé).

Les caractéristiques générales des communes, la nature du système de santé au Niger et le niveau de sensibilisation et d'adhésion des populations aux différentes politiques sanitaires sont des éléments clés qui permettent de cerner le rôle réel des communes dans la délivrance des services de santé. Jusqu'ici ce rôle se limite à la prise en charge du personnel d'appui et à quelques actions ponctuelles (entretien des infrastructures sanitaires, appui aux campagnes de vaccination et de sensibilisation, achat de médicaments, etc.)

La commune pourrait jouer un rôle central dans l'amélioration des services de santé si elle est porteuse d'initiatives novatrices et ciblées dans les divers aspects de la santé. Par exemple, une mise en réseau des acteurs locaux de la santé pourrait permettre d'asseoir des réformes efficaces et durables dans la prise en charge sanitaire des populations. Le domaine de la santé, rappelons-le, regroupe des acteurs variés : agents de santé, acteurs des services alternatifs de santé (marabouts, *zimma*, vendeurs ambulants de médicaments), partenaires (ONG nationales et internationales, bailleurs), communes, usagers. L'exemple du fonds d'évacuation d'Illéla est une initiative qui pourrait être pérennisée et généralisée à l'échelle du pays afin que le rôle des collectivités soit mieux visible.

BIBLIOGRAPHIE

- Diarra, A., 2011, « La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires », *Etudes et Travaux du LASDEL* 96
- Diarra, A., 2014, « Appui de proximité et appui bureaucratique. Autour de deux projets pilotes d'accouchement gratuit au Niger », in Olivier de Sardan & Ridde (eds) *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala
- District sanitaire d'Illéla, 2014, Présentation de la situation du système de référence et de contre référence, expérience d'Illéla
- Gentil, D. Correze, J. M., Marty, A., 2003, De la participation à l'empowerment : entre la mise en condition et l'illusion de la prise du pouvoir ?, Rapport de recherche, IRAM
- Issaley, N., 2006, « Les pouvoirs locaux à Ballayara (2) », *Etudes et Travaux du LASDEL* 52
- Olivier de Sardan, J.P. et Ridde, V., 2014, *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala
- Ocquet, S., 2009, Dynamique sociale pour amélioration de la couverture en soins obstétricaux urgents au niveau du district sanitaire de Mirriah /Zinder/Niger

- OMS. 1998, *Rapport sur la santé dans le monde. La vie au 21^e siècle, une perspective pour tous*, Genève : OMS
- Oumarou, A., 2008, « Le service public communal nigérien, une diversité de fournisseurs et une variété de modes d'accès », *Le Journal des Sciences Sociales*, 5, Abidjan : 80-103
- Oumarou A, 2009, « La délivrance des services de santé dans la commune urbaine de Say », *Etudes et Travaux du LASDEL* 81
- Oumarou A, 2011, « Le service public de marché à Balleyara, Guidan Roundji et Say », *Etudes et Travaux du LASDEL* 90
- Ousseini, A. 2011, « Une politique publique de santé au Niger. La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants », *Etudes et Travaux du LASDEL* 91
- Souley, A., 2003, « Un environnement inhospitalier » in Jaffré et Olivier de Sardan (eds) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala
- Zakari A., Collaboration des collectivités décentralisées avec les services de santé dans le district sanitaire de Boboye, Mémoire

*Ce rapport est tiré de la recherche « **Les problèmes négligés des systèmes de santé** », financée par le CRDI (Canada)*

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin, dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement. Le LASDEL recourt à des méthodes qualitatives fondées sur les enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.

La collection « Etudes et Travaux du LASDEL » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne (www.lasdel.net) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- N°121 « « Etre sage-femme au Niger. Les pratiques quotidiennes d'un métier controversé », par A. Diarra (2015)
- N°120 « Des contextes particuliers à chaque métier de l'Etat ...Synthèse des enquêtes menées par le LASDEL dans quatre domaines de l'administration nigérienne, avec quelques propositions sur des réformes ancrées dans les réalités » par J.P. Olivier de Sardan (2014)
- N°119 « La routine des comportements non-observants au sein des services publics nigériens. Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur », par J.P. Olivier de Sardan (2014)

COLLECTIVITÉS LOCALES ET SANTÉ