

JEAN-FRANÇOIS CAREMEL

LE DÉPLOIEMENT DES PERSONNELS DANS LE
SECTEUR PUBLIC DE LA SANTE AU NIGER

2023 (RAPPORT ÉCRIT EN 2016)

LE DÉPLOIEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ AU NIGER

SOMMAIRE

Introduction	5
I. Etat des lieux : Analyse des problèmes de déploiement des ressources humaines dans le secteur de la sante	7
La lecture populaire des problèmes de déploiement des RHS comme résultat des politiques d'ajustement structurel, du multipartisme et de l'affairisme	7
Deux phénomènes récents et déstructurant : la féminisation des RHS et la « marchandisation » de la formation initiale	9
Féminisation des RHS et enjeux de genre dans la gestion des structures sanitaires	9
Transformation du modèle de formation professionnelle, entre libéralisation et marchandisation	12
Aux origines des dysfonctionnements de la fonction publique : Parents, Amis et Connaissances (PAC) et leurs conséquences, influence, impunité et logiques de sélection adverse.	14
La tendance à la précarisation et à la prolétarianisation des RHS en périphérie	17
II. Typologie et rôle des acteurs clefs de la problématique de déploiement des RHS	19
Les personnels de santé	19
Entourage familial	20
Mairies	20
Syndicats	21
COGES-COSA	22
Majors-chefs de centre	23
ECD/DRSP	23
III. Typologie des réponses locales au problème de déploiement des ressources humaines : la présence/absence de l'action collective	25
IV. Pistes d'action complémentaire et recommandations pour contribuer à des solutions aux problèmes de déploiement des RHS.	28
Evolution du fonctionnement administratif et réglementaire	28
Solutions opérationnelles ayant des effets à court terme sur le déploiement des RHS	30
Recherche	32

LE DÉPLOIEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ AU NIGER

LE DÉPLOIEMENT DES PERSONNELS DANS LE SECTEUR PUBLIC DE LA SANTE AU NIGER.

J.F. Caremel

Introduction

La problématique des ressources humaines de santé est identifiée depuis longtemps comme un enjeu clef de l'amélioration de la qualité des soins au Niger (Banque Mondiale, 2003), les facteurs limitant un déploiement répondant aux exigences d'un service public de qualité ont été analysés par de nombreux acteurs du champ, soulignant la multitude de causes sous-jacentes (Gaboriau et al., 2015).

Schématiquement, les approches organisationnelles ont essentiellement exploré des problèmes de déploiement/répartition dans l'espace, souvent au profit des zones urbaines, de mobilité/rétention, de prévisibilité de l'offre de postes, de la concordance des formations et des emplois, d'organisation et de gouvernance au sein du MSP du ministère (Banque Mondiale, 2003 ; Gaboriau et al., 2015). Les approches plus qualitatives ont apporté des lectures « par le bas » développant une analyse compréhensive de ces dynamiques, soulignant l'importance de la sociologie des personnels et des routines, le décalage entre des normes officielles et des normes pratiques (Chauveau, 2001 ; Olivier de Sardan 2014), en proposant de lire ces phénomènes comme des stratégies individuelles (Koné 2003), des modes de gestion de politiques parfois incohérentes (Ridde et Olivier de Sardan 2015), tout en soulignant l'importance des influences extérieures dans la définition des politiques et l'imposition de solutions transnationales peu adaptées aux réalités locales (Lecomte et Naudet 2000, Lavigne Delville 2013) et notamment les limites d'une gestion « communautaire » (Olivier de Sardan et Dagobi 2000)...

Les derniers travaux sur ces sujets au Niger invitent à réinscrire ces problématiques dans une lecture intégrant les dynamiques issues des processus de décentralisation à l'œuvre ainsi que dans une approche transversale du (dys)fonctionnement de l'administration (Olivier de Sardan 2014) et de l'Etat en action (Bierschenk et Olivier de Sardan 2014).

Ce sont à ces analyses que l'étude conduite par ODI et le LASDEL sur la problématique du déploiement des RHS entend contribuer. Pour répondre à la question « quelles sont les contraintes d'économie politique qui empêche le déploiement des RHS pour répondre aux exigences d'un service public ? », les pages qui suivent présentent les résultats principaux de l'étude qui confirme et complète les analyses antérieures, en proposant une revue de causes dont certaines, du fait de leur caractère « social », sont encore peu étudiées par la littérature (partie 1). Pour répondre à la question « quels acteurs ont le pouvoir et selon quelles modalités pourraient-ils faire évoluer positivement les enjeux de déploiement des RHS ? » nous proposons une analyse des parties prenantes (partie 2) et des solutions qu'elles mettent déjà en œuvre et de leurs limites (partie 3).

I. ETAT DES LIEUX : ANALYSE DES PROBLÈMES DE DÉPLOIEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

La lecture populaire des problèmes de déploiement des RHS comme résultat des politiques d'ajustement structurel, du multipartisme et de l'affairisme

Les problèmes contemporains de déploiement des RHS et de fonctionnement des services de santé sont lus par les interviewés comme s'inscrivant dans une histoire longue. Celle-ci inscrit l'amorce des dysfonctionnements contemporains avec le virage que constituent le début des politiques d'ajustement structurel des années 80-90 et la fin du régime autoritaire de Seyni Kountché. Les raisons principales avancées de cette rupture sont : (1) la réduction des budgets de l'Etat consacrés à la santé qui conduisent tout à la fois à une baisse des recrutements dans la fonction publique, qui sont palliées par des stratégies de « débrouille » et à la « mobilisation » du paiement des usagers, ainsi que (2) la diminution des rémunérations et des retards dans les paiements, phénomènes eux-mêmes accentués par la dévaluation du FCFA, qui conduisent à une « petite corruption » et au développement d'activités parallèles à la fonction de soins par les personnels de santé. Pudiquement cachées derrière le terme de « gombo » ces réalités largement partagées et justifiées par la précarité des conditions de travail et de rémunération sont durablement inscrites dans les routines. Elles surdéterminent l'organisation et les pratiques de soins (Jaffré et Olivier de Sardan 2003) et contribuent dans le même temps à une multiplication des statuts (fonctionnaires, contrats locaux, stagiaires ou bénévoles¹) qui relèvent de logiques de « débrouille » pour faire fonctionner « malgré tout » les services publics, dont ceux de santé...

Le deuxième point clef souligné par la majorité de nos interlocuteurs pour expliquer les dysfonctionnements contemporains du système de santé et de la GRH est le développement de la politisation de la fonction publique (Olivier de Sardan 2016). Ce phénomène est associé dans les entretiens à la fin de la période autoritaire et au développement du multipartisme. C'est également en grande partie dans ce cadre que sont lus les développements récents des syndicats et de la décentralisation. Ces dynamiques sont perçues tout à la fois comme nécessaires, pour faire valoir des réalités locales et défendre des intérêts professionnels, mais aussi comme de nouveaux espaces où se négocient les nominations et

¹ Les fonctions de stagiaires et de bénévoles renvoient à des réalités de temps long et à des fonctions clefs du fonctionnement du système de santé en périphérie, rendant ces personnels essentiels mais extrêmement précaires, dans l'attente continue d'une indemnité ou d'un poste.

affectations². Cette extension des réseaux d'influence aux sphères locales via la décentralisation et le syndicalisme est tout à la fois consensuellement décriée dans les discours, en raison des problèmes qu'elle pose dans la mise en œuvre des politiques (faible couverture géographique, discontinuité des soins...), et largement mobilisée dans la pratique par chacun, comme avec les réseaux de Parents-Amis & Connaissances (PAC), entres autres pour contourner les affectations officielles³.

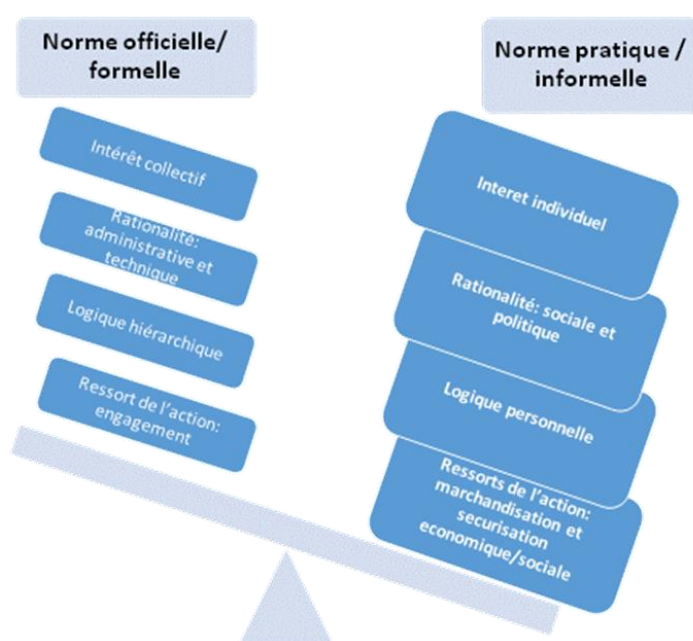


Figure 1: Normes pratiques et officielles structurant les enjeux de déploiement des RHS au Niger

Ces éléments constituent des *secrets publics* (Geissler 2013), par nature difficiles à quantifier (au-delà du constat qu'ils sont transversaux à tous les entretiens réalisés). Ils relèvent en partie d'une reconstruction a posteriori qui méconnaît l'histoire⁴ ou renvoie à un passé largement idéalisé⁵. Ces lectures soulignent

² Les informations collectées sur le terrain, à Niamey mais aussi en brousse, éclairent ce phénomène qui conduit certaines mairies, comme certains COGES, à privilégier le recrutement de personnels dans leurs réseaux de recevabilités politiques ou sociales plutôt que les agents bénévoles en poste.

³ Cette question de la corruption est, et cela est assez problématique, souvent corrélée avec la démocratie comme le résume dans un entretien un major de CSI à Niamey : « la démocratie est un frein au bon fonctionnement de l'administration car elle permet une logique de personnalisation des relations professionnelles »

⁴ Les premières phases d'ajustement structurel s'opèrent sous le régime autoritaire de S. Kountché et ne sont pas initiées après la conférence nationale, comme cela est présenté par la plupart de nos interlocuteurs. Nous remercions pour ces éléments comme pour d'autres et pour la relecture du présent rapport Mahaman Tidjani Alou

néanmoins que les causes des problèmes de déploiement des RHS renvoient à une *historicité structurante* (Pierson 1994), car ils sont inscrits aujourd'hui durablement dans des habitudes sociales et professionnelles, autrement dit il s'agit d'un phénomène dont les causes originelles historiques sont en partie extérieures aux réalités nigériennes et sont dans le même temps fortement inscrites dans les pratiques contemporaines de la gouvernance de la fonction publique au Niger (Olivier de Sardan 2009). Ces causes profondes constituent aujourd'hui un *univers de sens et de pratiques* qu'illustre le décalage existant entre des « normes officielles » et des « normes pratiques » (Olivier de Sardan 2003 ; Jaffré 2003 - cf. schéma 1). Ces réalités expliquent (1) que les audits multiples du système de santé invitent avec un succès très limité à une application des textes⁶ et à un leadership effectif⁷ (AEDES 2015) et (2) qu'en l'état actuel de leur mise en œuvre les logiques de décentralisation, qu'il s'agisse de la « participation communautaire » (COGES, COSA...) à la gestion des centres de santé ou de la « communalisation » (communes urbaines comme rurales) des affaires locales, n'ont apportées que des réponses partielles à ces problèmes.

Néanmoins, ces explications, si elles permettent un éclairage des causes historiques des problèmes de RHS, ne sont pas suffisantes. Il ressort des entretiens qu'un certain nombre de dynamiques plus récentes se surajoutent et contribuent à la permanence, à la complexité et au caractère protéiforme des problèmes de déploiement des RHS au Niger.

Deux phénomènes récents et déstructurant : la féminisation des RHS et la « marchandisation » de la formation initiale

Féminisation des RHS et enjeux de genre dans la gestion des structures sanitaires

Associées à ces dynamiques de temps long viennent s'ajouter deux réalités plus récentes, elles aussi largement partagées par les acteurs de la santé interviewés : la

⁵ Ce que souligne un médecin chef de district : « Sous Kountché, il y avait 5 années de service rural obligatoire, même pour les mariés, tu n'avais pas le choix. Après, la démocratie et le monde des affaires ont pris le relais ».

⁶ Au cours d'un entretien avec un cadre du MSP, celui-ci dit : « Vous savez, au Mali ou au Burkina quand ils avaient un problème ils disaient « allez voir ce qu'ils ont écrit là dessus au Niger ». Nos textes sont souvent les meilleurs, ils n'ont pas failli, le hic c'est l'application qui en est faite systématiquement en fonction des PAC »

⁷ Les textes faisant figure de « bonne solution » s'ils étaient appliqués sont nombreux. On peut notamment citer les politiques qui visent à systématiser une ou deux années de « service rural » obligatoire, les politiques de régionalisation des recrutements... Mais aussi d'autres pratiques proposées, mises en place mais rapidement abandonnées ou « aménagées » : cahiers de présence et de suivi des horaires de prise de fonction, bulletins de notes, réunions de staff, supervisions internes...

féménisation massive des RHS et la multiplication et la marchandisation de la formation professionnelle des RHS.

Le phénomène de féménisation est l'explication des problèmes de déploiement des RHS qui est le plus régulièrement ressorti au cours de la recherche, tant avec les personnels masculins que féminins⁸. Bien évidemment, ce n'est pas « en soi » le fait que les sage-femmes et infirmières soient aujourd'hui majoritairement des femmes qui est à l'origine des problèmes de déploiement des RHS mais plutôt une question qui doit être lue à travers l'approche des *gender studies*⁹.

Le fait que les métiers de la santé soient devenus « une fonction féminine » peut être lu au Niger comme le fruit d'une évolution des représentations sociales qui cache des changements des réalités économiques, des modes de vie, des mécanismes de solidarité familiales, des stratégies de réussite individuelle... Pour expliquer la féménisation de RHS s'entremêlent des enjeux sociaux qui conduisent tout à la fois à la fin d'un modèle colonial (Hugon 2004) de quasi-monopole des hommes dans les fonctions d'agents de santé moderne, de renchérissement du coût de la vie, de scolarisation massive des filles et la permanence de l'impératif, concomitant, d'un mariage qui s'appuie sur l'idée que « il ne faut pas devenir une vieille fille dans les études »¹⁰. Ces éléments conduisent à favoriser des orientations vers des formations courtes pour les filles¹¹. Parmi celles-ci les études de santé constituent un choix prisé pour des raisons :

- individuelles : intérêt pour les études de santé qui est supporté par le fait que les soins sont intériorisés comme une « fonction féminine », qu'il s'agisse des soins dans le cercle familial ou en dehors, et par l'idée que ces formations sont « simples », et donc adaptées pour des filles¹²,
- économiques : en raison d'un niveau d'embauche relativement important en sortie de formation et de perspectives de

⁸ La féménisation du personnel de santé est dans certains espaces une nécessité, notamment dans des espaces où prévaut un radicalisme religieux qui conduit certaines femmes à ne pas accepter d'être consultées par un homme (Entretien avec membre du COGES et le major d'un CSI de Maradi).

⁹ Ces explications ont été collectées notamment auprès de jeunes infirmières à Niamey et Abalak, de mères et d'élèves infirmières à Maradi. Au regard de l'ampleur du phénomène ces premiers éléments mériteraient des analyses complémentaires.

¹⁰ Ce qui est conforté par l'âge au 1^{er} mariage des femmes, nettement plus jeune que celui des hommes, et un certain nombre de récits de vie faisant état de problème de mariage pour les femmes diplômées « qui font fuir les maris ».

¹¹ C'est ce que l'on retrouve en entretien à Niamey comme à Maradi lorsque des agents de santé nous disent « Avant il y avait un regard négatif sur les femmes dans la santé (la proximité des corps masculins posait problème et concourait à une réputation de femme facile). Aujourd'hui c'est fini. Les temps sont durs et c'est bon d'avoir une femme qui ramène un deuxième salaire à la maison » (Médecin - major CSI Urbain Maradi)

¹² Ce qui renvoie à une idée largement partagée par nos interlocuteurs masculins, mais aussi parfois féminins, que les filles « recherchent la facilité ».

rémunération stables, que ce soit dans la santé ou avec les contrats locaux d'enseignement de l'économie familiale et de biologie.

- sociales/familiales/maritales : au motif qu' « une fille qui a fait des études de santé saura s'occuper de ses enfants, de son mari et de ses beaux-parents », tout en constituant une garantie d'accès facile à des soins de qualité.

La part encore largement dominante d'hommes dans les études universitaires de médecine étaye cette analyse, soulignant que ce n'est pas le domaine de la santé qui est féminisé mais les fonctions paramédicales qui, parce qu'elles représentent l'essentiel des effectifs du secteur, donnent l'impression d'une féminisation massive des RHS.

L'explication de cette orientation des filles vers des filières de formation en santé courtes est aussi à rechercher dans l'urbanisation progressive des populations au Niger et les reconfigurations relatives des pouvoirs économiques qu'elle génère au sein des familles. L'évolution du nombre de femmes urbaines et actives conduit celles-ci à disposer d'une capacité d'épargne nouvelle et ce faisant d'une capacité de décision accrue dans les choix d'orientation des filles. Combinée avec les modes de vie urbain, notamment les phénomènes de nucléarisation de l'habitat et les transformations des modes de solidarité intergénérationnelles, certains parents justifient le paiement des droits d'inscription des filles dans les écoles de santé, au delà du fait qu'il s'agit d'une orientation professionnelle « légitime » pour leur enfant, par l'argument que « les filles s'occupent des parents (quand ils vieillissent) alors que les garçons les abandonnent »¹³. Un autre phénomène explicatif de cette surreprésentation des filles dans les écoles de santé renvoie au choix des partenaires, notamment autour du fait que les filles fréquentent souvent des hommes, maris ou prétendants, plus âgés qu'elles, partenaires économiquement actifs qui peuvent se substituer /compléter les contributions familiales pour payer les études dans les écoles de santé¹⁴.

Si ces dynamiques expliquent la féminisation massive des RHS, elles éclairent également certains problèmes que ce phénomène pose. Dans la mesure où l'inscription dans les métiers de la santé s'inscrit aussi dans une stratégie sociale-matrimoniale cela entérine l'idée, très répandue au Niger¹⁵, que le mari est le centre de gravité de la famille. Cette configuration sociale conduit à développer

¹³ Cette explication tirée d'entretiens avec 2 mères dont les filles sont en école de santé est à approfondir et à mettre en relation avec le fait que la réussite scolaire et sociale des garçons reste, semble-t-il, la priorité des familles.

¹⁴ Ce phénomène de contribution des partenaires, notamment en milieu urbain, dépasse le seul champ des études en santé. Il est bien plus fréquent pour les jeunes filles que pour les garçons, pour lesquels le paiement des études semble plus fréquemment reposer sur les ressources familiales (auxquels ils semblent avoir un accès prioritaire par rapport aux filles).

¹⁵ Nous avons rencontré au cours de nos entretiens une seule femme qui a fait passer sa carrière de soignante avant son mariage, ce qui a conduit à son divorce selon elle.

des stratégies multiples de « rapprochement familial »¹⁶, ce qui handicape les logiques d'affectation en brousse et explique l'importance des effectifs féminins en zone urbaine.

Une seconde conséquence de cette féminisation massive des RHS et du primat du social sur le professionnel est le fort degré d'absentéisme de ces personnels. Aux impératifs sociaux de représentation (baptêmes, décès, mariages...), auxquels les femmes semblent plus soumises que les hommes, s'ajoutent des obligations « féminines », qu'il s'agisse de soins à un proche /enfant malade, de la grossesse, de l'allaitement ou de l'éducation des enfants.

Ces problématiques liées au genre conduisent dans les structures de santé urbaines que nous avons visitées à observer une surreprésentation des personnels féminins et dans le même temps à constater des niveaux d'absentéisme importants¹⁷, alors même qu'à quelques kilomètres, à la sortie de la ville, les chefs de centre doivent faire face à des situations de pénurie de RHS¹⁸. Ces réalités illustrent la prédominance des stratégies individuelles de contournement, dont chacun est acteur du fait des logiques de redevabilité croisées où le social et le politique prennent bien souvent le pas sur les logiques de continuité du service public (Blundo et Olivier de Sardan, 2001 ; Blundo 2007) au motif que l'« on est toujours le parent de quelqu'un »¹⁹.

Transformation du modèle de formation professionnelle, entre libéralisation et marchandisation

Les évolutions du modèle de formation aux métiers de la santé sont un autre facteur qui contribue à expliquer certaines réalités décrites dans les entretiens (notamment le fait que les études de santé sont des études « faciles ») et, au delà des logiques de PAC, la faiblesse des sanctions qui prévaut dans le fonctionnement quotidien.

Les dynamiques récentes de formation en santé font face à une causalité circulaire : l'engouement, notamment féminin, pour les métiers de la santé a conduit à une demande importante de formation à laquelle des acteurs privés sont venus répondre dans le cadre de la libéralisation de l'enseignement et d'une dilution des responsabilités (autorisation d'exercice, évaluation des formations,

¹⁶Les motifs avancés pour justifier ces logiques sont sociaux et religieux (intégrité de la famille, devoir de la femme d'être aux côtés de son mari et de ses enfants...) ou juridiques, renvoyant à des textes de la fonction publique (sans qu'aucun texte réglementaire n'existe dans les faits d'après le service des RH du ministère de la Santé).

¹⁷ C'est entre autres pour ces raisons qu'un médecin chef de centre de santé de Maradi nous affirmait en entretien, soutenu par sa collègue : « Femme = problèmes, trop de femmes (dans les structures de santé) égale trop de problèmes... »

¹⁸ Observations confirmées en entretiens aussi bien à Maradi qu'à Abalak et Guidam Roumji.

¹⁹ Citation revenue au cours de deux entretiens : avec un DRS et avec un cadre de la DRH du ministère de la Santé.

validation des diplômes) entre le Ministère de l'éducation (responsable officiellement) et celui de la santé (qui occupe une fonction d'assistance technique sans réels moyens délégués). Cette privatisation et la quasi absence d'encadrement des structures de formation ont débouché sur une multiplication des « écoles à étages » (privées, logées dans une villa) dans toutes les régions. Celles-ci représentent une concurrence qui déborde les 3 écoles publiques (mais payantes) que compte le pays. Cette multiplication de l'offre de formation a conduit à une explosion du nombre, des intitulés, des formes d'enseignement (en présentiel et depuis peu en partie à distance pour les agents en poste) et des contenus des cursus proposés. Ces curricula ne sont pas toujours reconnus par le ministère et sont souvent développés plus pour répondre à une demande des étudiants et à des logiques de rentabilité des écoles²⁰ qu'aux attentes du ministère de la Santé²¹. Cette dynamique pousse quasiment tous nos interlocuteurs à parler, ouvertement²² ou à mots couverts, de marchandisation de la formation (Abdourahamane 2015). Ce faisant, ils soulignent la faible sélectivité des écoles²³ et le fait que, malgré une hausse du niveau de diplôme requis à l'admission²⁴, ils doivent gérer les conséquences d'une baisse du niveau effectif à l'entrée comme à la sortie de ces cursus²⁵. Sont également mis en cause des insuffisances dans la pédagogie, la faiblesse de la formation pratique (travaux dirigés) et de l'encadrement des stages... autant de problèmes qui contribuent à l'acquisition de mauvaises pratiques (absentéisme non sanctionné, nombre d'étudiants trop importants pour

²⁰ Les formateurs sont parfois des cadres locaux du système public de santé qui complètent par des tâches d'enseignement leur rémunération.

²¹ Il est à noter qu'un travail important d'encadrement et de mise à niveau a été entrepris par ces ministères avec des examens d'entrée, un concours national de sortie pour valider les niveaux / diplômes, une communication sur les résultats à ces concours par les écoles... mais aussi des logiques de suivi-évaluation. Ces stratégies semblent malheureusement dépendre de financements extérieurs assez difficiles à mobiliser.

²² Le terme « ce sont tous des commerçants » à propos des écoles de santé est revenu de manière quasi systématique dans les entretiens sur ce sujet.

²³ Ce qui est accentué par la corruption qui existe dans la délivrance des diplômes de l'enseignement initial et une absence de transparence dans l'octroi des bourses d'étude.

²⁴ Les niveaux de diplômes requis pour intégrer les formations ont fortement cru : brevet d'études secondaires pour intégrer les cursus d'agent de santé de base et baccalauréat pour les cursus d'infirmier.

²⁵ Il faut noter ici que ce ne sont pas seulement les personnels paramédicaux qui sont au cœur de ce problème. Les écoles privées proposent des cycles supérieurs de formation qui permettent d'obtenir des diplômes de cadre de santé antérieurement délivrés par les écoles publiques, ce qui, d'après nos interlocuteurs au niveau du ministère de la Santé, constitue des stratégies de contournement pour les personnels, surtout en formation continue, qui débouchent sur des niveaux de compétences plus faibles de l'encadrement central. Ce phénomène se surajoute à une spécificité du MSP citée par certains acteurs du niveau central : « la médicalisation outrancière des soins et le problème en parallèle de la sous-qualification des cadres associé à une volonté de gestion par les médicaux et paramédicaux de tout ce qui touche à la santé, y compris des domaines où ils n'ont a priori pas de compétence » (GRH, finance...). Ce constat est résumé par un cadre qui dit « Tu n'es rien au MSP si tu ne portes pas la blouse ».

les capacités d'encadrement et d'évaluation des personnels des structures de santé...). Même si un certain nombre de mesures pertinentes sont aujourd'hui prises par les autorités de tutelle²⁶, la logique d'entrée dans les métiers de la santé est plus basée sur la capacité à payer que sur des critères d'engagement. Ces réalités contribuent en partie à saper certaines logiques méritocratiques ainsi que la légitimité hiérarchique, qui sont, dans les normes et discours officiels, à la base du fonctionnement du service public. On est tenté de parler, au fil des entretiens, d'une triple dévaluation : dévaluation de la rémunération, avec la dévaluation du FCFA et la multiplication des contrats précaires, dévaluation de la formation et dévaluation des motifs d'engagement dans les fonctions de soins.

Cette marchandisation de la formation initiale constitue à bien des égards une première forme de passe-droit²⁷, ce qui oriente durablement l'entrée et les trajectoires individuelles et professionnelles des personnels.

***Aux origines des disfonctionnements de la fonction publique :
Parents, Amis et Connaissances (PAC) et leurs conséquences,
influence, impunité et logiques de sélection adverse.***

Le coût des formations²⁸ et la hausse du niveau de diplôme initial requis pour intégrer les formations en santé ont conduit de manière assez mécanique à des profils de personnels de plus en plus urbains. Cette évolution est à mettre en regard du profil du pays et de l'offre de postes à pourvoir, essentiellement concentrés en milieu rural. Le décalage entre les origines des RHS et les lieux d'affectation renforce les problèmes de déploiement géographique²⁹. Dans ce cadre, le fait que les personnels soient essentiellement féminins, et que le centre de gravité social et économique de la famille au Niger reste le mari, constitue une justification et un argument fort de demande de réaffectation au motif du « rapprochement familial ». Il faut néanmoins noter que ces pratiques sont loin d'être exclusivement féminines. Les stratégies de contournement paraissent également largement mobilisées, dans les différents districts visités, par d'autres personnels, notamment les médecins qui sont affectés dans les CSI en brousse souvent sans que les conditions d'exercice ne leur permettent l'application des savoirs acquis au cours de leur formation, ce qui les confronte, en plus de condition de vie précaires au regard de leurs standards, à un risque de désapprentissage.

²⁶ Entretien avec un cadre en charge de la formation initiale au MSP

²⁷ C'est ce qu'illustre cette citation dans un entretien avec un membre d'une équipe cadre de district « X, lui, il est venu ici par son argent »

²⁸ Il faut compter 1 million FCFA pour les 3 années de formation d'un agent de santé de base

²⁹ C'est ce qui est confirmé par les élèves comme les agents en exercice : « les ruraux peuvent supporter le village mais pour nous, les gens de Niamey, c'est compliqué » (entretien avec un agent de santé, CSI de Niamey)

Mis en œuvre par les médecins comme par les infirmières et sage-femmes, les stratégies de contournement des affectations en milieu rural mobilisent les PAC, les réseaux politiques, les textes réglementaires définissant les fonctions et droits des représentants syndicaux³⁰, mais aussi des stratégies de prise de fonction initiale et d'abandon de poste, de recherche de formation/spécialité³¹... L'ensemble de ces options de contournement des affectations est à la base d'une forme de culture d'impunité qui règne dans la fonction publique où finalement le déploiement des RH, y compris celles du secteur de la santé, relève pour beaucoup de réseaux individuels et débouche, de fait, sur une sélection adverse. En effet, les personnels affectés dans les zones éloignées les plus complexes qui nécessiteraient des RH expérimentées sont en fait ceux qui, en début de carrière ou pour des raisons familiales/sociales, disposent de peu d'appuis haut placés, les plus jeunes (non mariées) et les plus précaires (contractuels)... autrement dit les moins expérimentés. Par le contournement des procédures et de la voie hiérarchique, ces stratégies débouchent, en lieu et place d'un cadre uniformisé pour les personnels de la fonction publique, sur des règles et catégories de personnels multiples dont certains, par l'étendue de leurs réseaux de PAC, deviennent quasi-« intouchables » pour leur hiérarchie immédiate ce qui, de fait, sape l'autorité de celle-ci ³². Autrement dit, cette situation se traduit par la présence d'un personnel qui n'a que peu d'obligation de résultats et qui est mal maîtrisé par le MSP (Gaboriau 2015).

Ces réalités expliquent que, malgré un nombre important de RHS formées, on assiste de manière massive à des pénuries de RHS dans les structures en périphérie et à des sureffectifs dans les zones urbaines. Néanmoins, ces équipes pléthoriques de femmes de cadres, avec des « couvertures » importantes, ne sont pas pour autant, loin de là, une garantie de fonctionnalité des services dans lesquelles elles servent. En sapant l'autorité hiérarchique, le caractère « d'intouchable » de ces personnels, qui interdit toute sanction, que ce soit pour des retards, des absences

³⁰ Le fait d'intégrer le bureau local / régional ou national ou un groupe technique garantit une affectation dans les chefs-lieux de département/région /capitale, ce qui explique, entre autres choses, la multiplication des groupes de travail et des syndicats dans certaines professions de la fonction publique.

³¹ Tous ces exemples ont largement été documentés au cours des entretiens, quelle que soit la région. L'ambition de ce rapprochement de la capitale est souvent la proximité avec le ministère, proximité qui semble être une nécessité pour « faire avancer sa carrière ».

³² Dans le cadre des entretiens nous avons pu documenter un certain nombre de cas qui illustrent ces dysfonctionnements. Deux exemples sont symptomatiques :

- une sage-femme dont l'affectation a été demandée dans un service particulier (CPN) d'une maternité de Niamey par un cadre du MSP sur sollicitation de son mari, de sorte qu'elle puisse venir travailler en moins de 10 minutes à pied de chez elle et qu'on lui donne des horaires lui évitant le travail de nuit et les accouchements, alors même que le service de CPN disposait déjà de plus de personnel qu'il n'en requiert
- une infirmière affectée dans un CSI dans un quartier périphérique de Maradi et qui a fait jouer ses relations au point que le gouverneur a convoqué le directeur régional de la santé pour que le médecin-chef de district la réaffecte sous 48h dans le centre-ville.

non justifiées ou des fautes, rend difficilement gouvernable les structures de santé. Ces réalités débouchent sur une typologie complexe des problèmes de pénurie de RHS (figure 2).

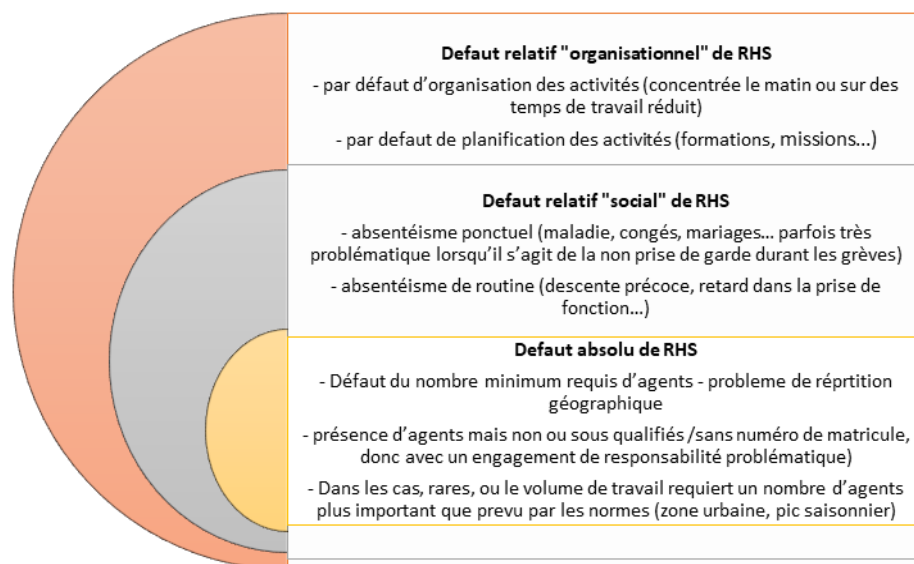


Figure 2: Typologie des formes et des causes des problèmes de pénurie de RHS

Dès lors, s'il existe un manque absolu de RHS dans certaines structures de santé en brousse, et notamment dans les zones pastorales reculées comme nous avons pu le constater dans le district d'Abalak, il apparait qu'ailleurs, notamment en zone urbaine, des marges de manœuvre existent mais ne sont pas mobilisées du fait de la pesanteur des logiques de PAC, des routines, des conflits internes aux structures. Ces réalités, combinées avec des problèmes de cohérence de certaines politiques de santé, handicapent largement les logiques de réforme et d'innovation qui pourraient contribuer à une amélioration de la continuité et de la qualité de l'offre de soins (Souley Issoufou 2016, Moha 2016).

Ces dysfonctionnements débouchent sur une seconde dynamique de sélection adverse. Les autorités sanitaires pour pallier ces problèmes d'abandon de poste ou de négociation des affectations par les titulaires, cherchent à mobiliser et à affecter d'autres personnels recrutés localement dans les zones reculées où les fonctionnaires et certains contractuels bénéficiant de réseaux de PAC importants refusent de prendre fonction³³. Les personnes ainsi « réquisitionnées » pour servir dans les CSI sont souvent les RHS des cases de santé, ce qui conduit à la fermeture de celles-ci et donc à la diminution de la couverture et de l'accès aux

³³Source : entretiens et observation avec les MCD (2) et les majors (4) des CSI de Maradi et Abalak.

soins des populations³⁴. Ceci illustre les conséquences d'« un Etat où le social prime (sur le règlement) »³⁵

La tendance à la précarisation et à la prolétarianisation des RHS en périphérie

Les tâches qui sont confiées à ces personnels précaires peuvent être importantes (parfois la fonction de major dans le district d'Abalak), ce qui est en décalage avec leurs conditions d'encadrement et de rémunération, souvent faibles (Moha 2016). Ces personnels ne bénéficient pas des primes³⁶, rarement des formations et des déplacements attachés aux déplacements et réunions qui sont souvent captés par les personnels fonctionnaires (Ridde 2012) mieux parrainés et déjà nettement mieux rémunérés³⁷.

Les inégalités importantes issues de la multiplication des statuts dans les structures de santé, où des fonctionnaires côtoient des personnels contractuels de l'Etat, des personnels payés par les mairies, des stagiaires, des bénévoles... ne correspondent pas au final à des responsabilités / profils de poste particuliers, et alimente le sentiment largement partagé par les acteurs d'un dysfonctionnement global du système³⁸. Cette multiplicité des statuts est à lire comme une stratégie palliative pour faire fonctionner, « malgré tout », les structures de santé³⁹. Si l'on adopte le point de vue des agents, ces multiples statuts constituent une sorte de « parcours du combattant » qui dessine une carrière où la précarité est souvent la règle et l'espoir d'une stabilité professionnelle, matérielle et financière, attachée au statut de fonctionnaire, un horizon lointain

³⁴ Au terme d'un entretien, un Médecin Chef de District finit par nous dire suite à des échanges sur la corruption et l'absentéisme des RHS : « en fait c'est l'Etat qui devrait aller en grève contre son personnel quant à partir de 13h il n'y a plus personne dans les services ».

³⁵ Citation d'un cadre du MSP

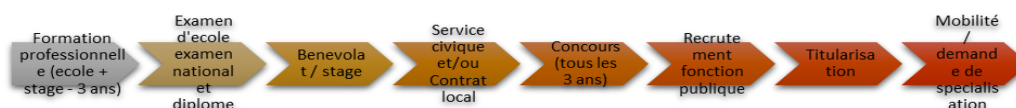
³⁶ Notamment celles de « zone désertique / milieu isolé » qui dans le district d'Abalak et la zone nord du pays contribue à une augmentation sensible de la rémunération. Il faut noter, ce qui illustre l'incohérence de certaines politiques en matière de rémunération, que la ville d'Agadez est considérée comme une zone désertique, ce qui ouvre le droit au versement de cette prime aux agents en milieu urbain (Entretien avec un cadre de la DRH et avec un MCD)

³⁷Sources : Entretien avec les ASC en fonction dans les CSI de Abalak et Maradi (5) et avec les responsables régionaux des syndicats de personnels contractuels à Maradi et Abalak (2). La différence de rémunérations entre agents contractuels et fonctionnaires va environ du simple au double en zone rurale et du simple au triple en zone pastorale.

³⁸Les acteurs interviewés mobilisent ainsi souvent les vocables de « chance » et de « gagner un poste » pour expliquer les logiques d'affectation et éclairer leurs trajectoires professionnelles

³⁹ Comme en atteste cette citation tirée d'un entretien avec un membre de l'ECD de Maradi : « Au final, ce sont les contractuels qui sont les plus faciles à gérer car leur objectif c'est un jour devenir fonctionnaire (donc ils sont soumis à l'autorité), dans les faits ce sont eux qui font tourner le système (de santé) ».

LE DÉPLOIEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ AU NIGER



C'est aussi en prenant en compte ces réalités individuelles de précarisation et de prolétarianisation progressive de la masse des RHS qu'il faut lire les dynamiques d'absentéisme, ou d'engagement sélectif (Olivier de Sardan 2012 et 2014). Cette situation contribue directement à la baisse de qualité des services de santé, le soignant faisant souvent « office de » pour pallier aux absences et carences de RHS, que cette absence soit liée à un manque de RHS ou à de l'absentéisme. Cet absentéisme est bien souvent justifié par la précarité des agents contractuels et plus encore stagiaires et bénévoles (les stages et le bénévolat pouvant constituer une salle d'attente de plusieurs années avant d'accéder à un contrat) qui doivent compléter leur rémunération pour faire vivre leur famille ou accéder à des formations pour pouvoir espérer changer de statut. Dans ce cadre, les fonctions de soins ne sauraient être une occupation à plein temps et doivent être complétées, en fonction des milieux, par d'autres activités : garde dans les cliniques privées pour les médecins et infirmiers en milieu urbain, soins à domiciles, petit commerce, travaux champêtres et élevage en milieu rural...⁴⁰.

Cette précarité généralisée contribue à une mobilité forte des meilleurs agents, ceux-ci quittant leur poste de manière rapide en cas de succès au test de recrutement pour un emploi similaire mais mieux rémunéré à l'UNICEF, dans une ONG ou tout autre « projet ». Ceci accentue un peu plus la problématique de pénurie de RHS et entérine, de fait, les multiples processus de sélection adverse qui sont à l'œuvre.

⁴⁰ Cette précarité conduit à des stratégies de maximisation de la rémunération qui entraînent dans certaines zones des abandons de postes de certains agents de santé, notamment des cases de santé, pour devenir des agents contractuels du secteur de l'éducation à cause d'un meilleur salaire. Il s'agit surtout des agents de santé communautaire qui ont un salaire très faible.

II. TYPOLOGIE ET RÔLE DES ACTEURS CLEFS DE LA PROBLÉMATIQUE DE DÉPLOIEMENT DES RHS

Les enjeux de déploiement des RHS constituent un écheveau complexe où s'entremêlent histoire et politique, enjeux locaux et stratégies internationales, dynamiques sociales et carrières professionnelles, trajectoires personnelles, statuts sociaux et dynamiques familiales, genre, redevabilités multiples et reproduction sociale...

Dans ce cadre, les espaces de régulation et les lignes hiérarchiques habituelles sont largement remises en cause. Les échecs relatifs des politiques de réforme s'expliquent souvent par l'hypothèse (fausse) de l'existence d'une autorité administrative effective et d'un respect des textes officiels. Ce postulat de départ relève, on l'aura compris, plus souvent de la norme officielle que des normes pratiques. Pour réfléchir à de nouvelles stratégies visant à résoudre les problèmes de déploiement des RHS une analyse des parties prenantes et de leurs interventions sur la problématique apparaît nécessaire.

Les personnels de santé

Premiers concernés par les enjeux de déploiement, les personnels paramédicaux, constituent l'essentiel des effectifs du ministère de la Santé publique. Personnels nombreux aux statuts multiples, caractérisés pour les « non-fonctionnaires » majoritaires par une précarité financière (salaire de base plus faible, absence de prime) et juridique relativement importante (renouvellement du contrat à échéance régulière), ils semblent particulièrement conduits à développer des stratégies de mitigation qui peuvent impacter l'offre de soins (activité parallèle, exercice privé / à domicile, petits rackets sur les patients...). A cette précarité économique et juridique s'ajoutent des dynamiques sociales, notamment le fait que les personnels formés sont essentiellement féminins et urbains, ce qui est en décalage avec les postes à pourvoir essentiellement en zone rurale. Ce profil de RHS et les logiques de PAC favorisent des stratégies de « rapprochements familiaux », les femmes rejoignant leurs maris en zone urbaine, et renforçant le déséquilibre entre zones urbaines et rurales en matière de répartition des RHS. Finalement, dans les structures que nous avons visitées en périphérie, malgré le profil féminin des personnels formés dans les écoles de santé, on retrouve une proportion importante d'hommes, souvent contractuels, ce qui fait dire à un chef CSI de Guidam Rouji : « les contractuels sont plus faciles à gérer que les femmes et encore plus que les femmes fonctionnaires, au final, ce sont eux qui font tourner le système ».

Entourage familial

L'entourage familial des personnels constitue un acteur clef de la trajectoire professionnelle des agents et joue de ce fait un rôle central, mais largement sous-estimé, dans le problème de déploiement des RHS. Les réalités sociales et les exigences financières de la formation technique font que l'entourage familial est un acteur central dans le choix d'orientation en mobilisant, ou non, les financements pour payer la scolarité. Le coût des formations dans les écoles de santé opère une sélection par l'argent⁴¹ qui rend difficile l'accès des classes moyennes inférieures et pauvres. Ce rôle central de la famille conforte/renforce des lectures genrées de la fonction de soin et entérine les stratégies qui tendent à favoriser mariage et rapprochement familial, en mobilisant les réseaux de PAC. Les moyens financiers mobilisés réservent de fait les études de santé aux classes relativement aisées et urbaines, qui disposent d'une proximité avec les espaces de décision administrative et les réseaux relationnels pour en actionner les leviers⁴².

Mairies

Cette catégorie d'acteurs cache une diversité de situations entre grands centres urbains avec des moyens importants et communes rurales agricoles et pastorales avec des moyens nettement plus faibles. Pour les zones rurales où se concentre la pénurie des RHS, la décentralisation à l'œuvre depuis le début des années 2000 est un processus de pouvoir local « en construction » avec le développement lent et négocié d'un échelon de proximité dans la gestion des affaires courantes, y compris des enjeux de santé. Le manque de personnes capable de piloter les politiques de santé au niveau des communes constitue un goulot d'étranglement important de la décentralisation effective de la santé. Cette réalité a des conséquences directes sur la capacité (faible) de la gestion des centres de santé (CS, CSI, DS) qui couvrent les communes et explique en partie la faiblesse des financements des communes pour la santé. Alors qu'avec la décentralisation la cogestion des centres de santé par les agents de santé et la mairie serait une avancée significative, ce manque de capacités techniques au niveau des mairies hypothèque la mise en œuvre d'une décentralisation effective. Pour les enjeux de santé comme pour d'autres secteurs inscrits dans le processus de décentralisation, la question des moyens et des compétences reste centrale. L'investissement des communes, y compris dans le domaine de la santé, doit faire face à la faiblesse de leurs moyens propres comme des crédits délégués par le niveau central, mais aussi à certaines contraintes administratives comme les décalages entre territoires des communes et aires de santé. A ces enjeux financiers s'ajoute le double défi que

⁴¹ Il faut compter au moins un million FCFA pour la scolarité en école de santé, à mettre en rapport avec les 60 000 FCFA/mois de rémunération des agents contractuels.

⁴² De manière récurrente les personnels interviewés dans les zones de santé reculées d'Abalak ou de Maradi sont pour la plupart soit issus de la zone, soit des acteurs ne disposant pas de « réseau » et de « couverture » pour se faire affecter ailleurs.

constitue la faible connaissance par les maires de leurs périmètres de responsabilité ainsi que la difficulté des mairies à mobiliser/former des personnels (1) disposant d'une technicité suffisante pour piloter les politiques de santé au niveau des communes et (2) qui ne soient pas sujets à éviction au gré des échéances électorales. A ce titre, les compétences en gestion au niveau communal se révèlent très faibles, l'essentiel de l'expertise restant concentrée entre les mains des équipes cadres de district et des CSI. Cette réalité est renforcée par la faible articulation des communes avec les COSA et autres COGES des CSI, eux-mêmes assez régulièrement peu fonctionnels, ce que les problèmes de remboursement de la gratuité des soins ont accentué en mettant à mal la viabilité des structures de santé (Olivier de Sardan et Ridde 2014) alors même que ces structures devraient constituer un organe de gestion rattaché à la mairie.

Finalement, les communes rurales concentrent les faibles moyens qu'elles consacrent à la santé sur le recrutement de personnels d'appui aux structures (gardiens, et éventuellement agents d'hygiène), complétant ainsi les moyens mobilisés par les COGES. Ces choix entérinent une sorte de division des pouvoirs qui confie la question du recrutement, du déploiement et de la gestion des RHS aux services techniques déconcentrés de l'Etat, les ECD et les DRSP, eux-mêmes souvent court-circuités par le ministère de la Santé. Les rares acteurs communaux investis sur les questions de déploiement des RHS interviennent, d'après nos entretiens, via leurs réseaux de PAC et politiques pour débloquer des problèmes d'affectation de paramédicaux et faciliter le recrutement de personnels d'appui, recrutement qui profite parfois à des PAC n'exerçant pas dans les structures de santé de leur commune, ce qui contribue à la démotivation des bénévoles et autres stagiaires qui y travaillent⁴³.

Syndicats

Longtemps organisée autour d'un unique syndicat (SUSAS), l'unité des personnels paramédicaux a été remise en cause suite à l'obtention d'avantages pour les seuls personnels fonctionnaires (revalorisation du point d'indice, hausse de la rémunération...). De nouvelles centrales syndicales (SYNASCOM...) se sont alors constituées en regroupant essentiellement les personnels paramédicaux contractuels qui constituent l'essentiel des RHS, contribuant un peu à déplacer le centre de gravité des revendications des personnels du MSP. Les entretiens conduits avec les différents représentant des syndicats illustrent le fait que ceux-ci défendent principalement des intérêts corporatistes et visent à réduire la précarité de leurs adhérents ; ils ne constituent pas à proprement parler un espace de

⁴³ Un cas a été observé au cours de l'étude dans la région de Maradi. Il faut noter que la mobilisation des communes dans la zone d'Abalak paraît plus faible que dans la zone agricole de Maradi sans que nous n'ayons pu identifier les causes de cet apparent décalage, ce qui invite à des recherches plus poussées.

régulation et de résolution des défis de déploiement des RHS⁴⁴. Ils occupent néanmoins pour leurs membres d'autres rôles qui sont centraux dans la gestion des politiques de recrutement, contribuant notamment à la représentation de leurs adhérents dans les espaces de décisions, à une circulation de l'information, à un contrôle du respect des procédures dans les carrières des personnels : préanalyse de la conformité/complétude des dossiers, contrôle des modalités d'organisation des concours de recrutements, fonction de suivi de la publication des résultats des concours⁴⁵...

A un niveau plus individuel, les syndicats constituent aussi, pour les personnels qui intègrent leurs bureaux, nationaux comme locaux, un moyen pour être affectés dans les chefs-lieux de département/région ou en capitale.

COGES-COSA

Organisations de « gestion communautaire » des structures de santé, issus de la pensée développementaliste qui vise la participation des représentant des usagers à la gestion des services, les Comités de Gestion et Comités de Santé apparaissent comme des structures fragiles. Les Comités de Santé composés des représentants des chefs de village/quartier de l'aire de santé du CSI sont rarement actifs et les Comités de Gestion qui assurent le pilotage financier des structures et qui constituent, malgré des limites évidentes, une participation communautaire à la gouvernance économique des structures de santé, ont été ébranlés par les retards de remboursement de la politique de gratuité des soins, retards qui conduisent à des problèmes de financement de l'offre de soins (retour à des formes de recouvrement des couts/prescriptions d'ordonnances dans un système de tiers payant). Cet état de fait a des implications multiples, notamment sur les capacités des COGES/COSA à recruter le personnel d'appui qu'ils fournissent habituellement aux CSI.

Il faut noter que, quand bien même les structures disposeraient de fonds suffisants pour recruter des personnels médicaux et paramédicaux, les règles d'engagement des fonds de recouvrement des coûts les en empêcheraient. Ce constat entérine la séparation, de fait et de droit, de la responsabilité du recrutement : les personnels de santé (médicaux et paramédicaux) relèvent du MSP, en tant que fonctionnaires, et les contractuels ainsi que les personnels d'appui (gardiens, manœuvres, matrones) relèvent de la responsabilité des acteurs locaux (COGES-

⁴⁴ Cette réalité est résumée ainsi par un agent de santé d'un CSI de Niamey : « l'action collective dans la santé (sous-entendu : les mobilisations syndicales) c'est seulement s'il s'agit des salaires, sinon, sur les autres sujets, les gens ont des intérêts trop différents »

⁴⁵ Sur ce dernier point, l'objectif, non atteint d'après les membres des syndicats que nous avons rencontrés, est de raccourcir les délais entre concours et publication des résultats pour réduire les jeux d'influence des réseaux de PAC sur les classements. Ce rôle central de contrôle est bien souligné dans la citation d'un de nos interlocuteurs, malheureux dans les concours : « les concours (d'entrée dans la fonction publique), c'est un peu de chance et beaucoup de corruption » (Entretien ASB, DS de GuidamRouji)

COSA, mairies...). Cette séparation des rôles a une conséquence directe : quand bien même les COGES-COSA seraient non satisfaits des personnels médicaux/paramédicaux qui exercent dans leur structure, ils ne disposent pas de leviers pour sanctionner leurs pratiques, cette fonction relevant de leurs supérieurs et employeurs (MCD ou préfecture, en fonction du statut de l'employé) qui eux-mêmes sont souvent pris dans les dynamiques des réseaux de PAC.

Majors-chefs de centre

Souvent infirmiers dans les CSI ou les Cases de Santé (CS), quelques fois médecins dans les CSI les plus importants/urbains, les majors sont en charge du pilotage des structures de santé, y inclus la gestion des ressources humaines. Ils doivent souvent faire face, en brousse, à des situations de pénurie de RHS, tandis que, dans les centres urbains, ils doivent gérer des effectifs parfois pléthoriques. Dans un cas comme dans l'autre, ils n'interviennent que rarement dans le choix de leurs collaborateurs. Ceux-ci peuvent être affectés selon les procédures officielles ou via des réseaux de PAC qui court-circuitent et s'imposent à tout ou partie de la ligne hiérarchique. Ces configurations mettent ces nouveaux arrivants protégés dans des positions d'« intouchables », les sanctions décidées par le major pouvant se retourner contre lui ou faire l'objet d'une annulation par un supérieur sous la pression de PAC de la personne incriminée, sapant ainsi l'autorité tout à la fois du major et de son supérieur. Du fait de ces réalités, de l'absence d'appui en matière de gestion et de l'impératif que constitue la continuité de l'offre de soins, la voie de l'évitement des conflits est quasi systématiquement privilégiée en vue de garantir un minimum de cohésion dans l'équipe soignante⁴⁶, parfois au détriment de la qualité des soins.

ECD/DRSP

Les Equipes Cadre de District (ECD) et les Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) au Niger occupent des fonctions essentiellement d'administration de la santé. Cette réalité est largement subie, renvoyant tout à la fois à des problèmes d'organisation interne (compétences, équipes de direction incomplètes, problèmes de planification...) qui sont largement des contraintes propres à une administration « sous régime d'aide » (le cycle d'activité dépendant des décaissements, tardifs des bailleurs, avec une concentration des activités en fin d'année, faible flexibilité dans l'engagement des dépenses, procédures multiples et interférences de divers programmes verticaux et d'interventions d'ONG...). Les modalités des supervisions, leur rythme, leur contenu (essentiellement « sur papier » et administratif), la faiblesse de l'accompagnement des recommandations

⁴⁶ Comme l'illustre la citation de ce médecin – major d'un CSI urbain de Maradi « Il faut des manières, vraiment... Si on force, on va tout gâter... »

et du suivi de leur mise en œuvre... sont autant d'illustrations de ces dysfonctionnements, qui confèrent aux structures de santé une autonomie qui rend les logiques d'influence des PAC via les lignes hiérarchiques d'autant plus visibles et tend à conforter les agents dans l'idée que les ECD ne sont que rarement des recours⁴⁷. La faiblesse du pouvoir hiérarchique dans des modèles d'organisation « dirigés » est par nature particulièrement problématique⁴⁸.

⁴⁷ C'est ce que rappelle un chef CSI dans la région de Maradi « les décideurs sont quelque part ailleurs, surtout s'il s'agit de recruter dans la fonction publique... Depuis le Ministère on va nommer un chef CSI, comment vous voulez qu'un système de santé fonctionne comme ça... ».

⁴⁸ Même si l'ambition est de passer d'un modèle dirigé, basé sur une logique administrative reposant sur deux piliers, le règlement et la hiérarchie, à un modèle régulé, basé une logique managériale reposant sur un triptyque évaluation - décision - action, l'observation du fonctionnement quotidien des services de santé illustre le chemin qui reste à parcourir et les obstacles, internes tout autant qu'externes, qui sont encore à lever.

III. TYPOLOGIE DES RÉPONSES LOCALES AU PROBLÈME DE DÉPLOIEMENT DES RESSOURCES HUMAINES : LA PRÉSENTE/ABSENCE DE L'ACTION COLLECTIVE

Malgré l'écheveau des contraintes qu'ils subissent, les acteurs dont nous venons de dresser la liste ont initié un certain nombre d'actions en vue de trouver des solutions aux problèmes de déploiement des RHS dans le système de santé. La plupart des solutions mobilisées localement par les maires, les chefs de centre, les autorités traditionnelles ou encore les ECD, s'appuient sur les mêmes ressorts qui sont à l'origine des problèmes qu'ils cherchent à résoudre : réseaux politiques, PAC, stratégies de contournement... Ceci illustre le caractère fluide des normes pratiques qui peuvent se révéler problématiques pour l'atteinte des objectifs d'un « service public » mais permettent, dans le même temps, d'initier localement des solutions ponctuelles lorsqu'un maire, un chef de canton ou de village, un major ou un membre d'ECD maîtrise les codes et dispose des réseaux d'influence nécessaires pour faire muter un personnel de santé ou en faire affecter un autre.

Le fait que les acteurs rencontrés mobilisent des stratégies de contournement renvoie à la fois à une logique de résilience personnelle et professionnelle, reposant sur l'évitement du conflit, mais aussi à des stratégies qui relèvent d'une connaissance empirique de « ce qui marche », ce qui conduit à privilégier des recherches de solutions via des réseaux de PAC. Ceci ne signifie pas que les acteurs du système méconnaissent les problèmes, ils en ont au contraire souvent une analyse extrêmement fine, ni qu'ils ne cherchent pas à apporter des solutions concrètes aux problèmes auxquels ils sont confrontés, au contraire... Les solutions qu'ils mobilisent prennent en compte leurs contraintes et opportunités, et reposent la plupart du temps sur des initiatives individuelles avant tout pragmatiques, seules quelques-unes sont le fait d'agents « réformateurs » (Olivier de Sardan 2014).

Ces solutions, qui à première vue relèvent de la « débrouille », restent des solutions palliatives. Elles s'inscrivent dans les interstices /marges de manœuvre des normes pratiques. Ce faisant, elles contribuent à résoudre partiellement certains problèmes de déploiement des RHS, notamment ceux de sous effectifs de certaines structures. Ces solutions locales contribuent dans le même temps à réaffirmer certains liens hiérarchiques, dont nous avons vu à quel point ils sont centraux et affaiblis. Nous avons pu documenter certaines de ces initiatives sur le terrain, d'autres nous ont été racontées et concernent des pratiques passées ou situées hors des régions où l'étude a été conduite. La plupart de ces initiatives sont individuelles, parfois il s'agit exceptionnellement d'actions collectives, elles semblent difficiles à recommander pour une mise à l'échelle tant leurs logiques conduisent à entériner des normes pratiques aux conséquences problématiques à large échelle.

1. La solution la plus communément développée dans les structures de santé rurales visitées est *une logique de « réquisition »*. Le procédé consiste à ce qu'un major mobilise ponctuellement, les jours de forte affluence, en rotation ou de manière continue, un ou plusieurs agents des cases de santé de l'aire de responsabilité de son CSI pour venir l'appuyer. Ces agents peuvent, ou non faire l'objet d'une gratification par le major. Au-delà de la réponse au déficit de RHS dans les CSI cette solution a le mérite :

- d'illustrer les marges de manœuvre qui existent au niveau local,
- de réaffirmer des espaces de décisions et d'autorité hors du champ d'influence de la hiérarchie et des PAC⁴⁹.

Cette stratégie qui permet de faire fonctionner les CSI les jours de marché, a une conséquence immédiate négative : elle réduit l'offre de soins en conduisant à la fermeture partielle, temporaire, des cases de santé qui constituent l'échelon de soin de proximité pour les zones les plus périphériques.

Au renfort des agents des cases de santé peuvent venir s'ajouter des stagiaires et des agents communautaires « bénévoles », souvent les membres du comité de gestion/comité de santé, financés par des ONG et plus rarement mobilisés par le major, qui viennent appuyer le personnel des structures de santé sur certaines tâches : pesage/mesure des enfants, remplissage de registres⁵⁰...

2. Une autre solution mobilisée par les médecins chefs de district interviewés à Guidam Roumji et Abalak est une forme de *prime informelle au mérite pour les agents contractuels* : ils choisissent parmi les agents ceux qui sont les plus méritants/motivés et les invitent à venir assister aux formations/réunions et donc recevoir des frais de déplacement et des perdiems considérés comme une gratification et un complément de salaire (Ridde 2012).

3. Les entretiens avec certains chefs de village/canton ont souligné le *renversement des logiques de PAC*. Nous avons pu collecter deux exemples où ces réseaux d'influence sont mobilisés par des acteurs locaux, notamment les chefs de village, voire les maires, pour accélérer l'affectation d'un personnel dans la structure de santé du village ou de la commune. Ce faisant ces autorités locales influentes parviennent à « régler un problème sur lequel l'Equipe Cadre butait depuis

⁴⁹Un exemple nous a été fourni en entretien par un médecin-major de CSI dans la région de Maradi qui avait mobilisé une infirmière d'une case de santé pour venir l'appuyer au CSI. Mais celle-ci a refusé de prendre des gardes au moment de la Tabaski. Le major a décidé d'une sanction administrative qui a été levée par le médecin chef au motif que le mari de l'infirmière est un fonctionnaire de Maradi. Le major a alors décidé de la « sanctionner » autrement, en renvoyant la femme dans sa case de santé en brousse, et de réquisitionner son collègue masculin au niveau du CSI.

⁵⁰ Il convient de noter que ces agents sont également très précaires, que leur engagement est lié à une disponibilité en période de basse intensité dans les travaux champêtres et « calme » d'un point de vue épidémique. Par contre cette disponibilité se réduit au moment de la saison agricole qui correspond au pic de la malnutrition et du paludisme.

longtemps »⁵¹. Ces solutions relèvent alors essentiellement de la mobilisation de réseaux de PAC dans la sphère politique au niveau central (député) ou régional/départemental (préfet, gouverneur).

Trois autres interventions pour trouver une solution à des problèmes de RHS ont été rapportées. Celles-ci font plus figure d'exception que de règle et sont à considérer avec précaution dans la mesure où nous n'avons pas pu mener directement des entretiens car il s'agit d'autres zones que celles de l'enquête.

- Une solution intéressante et inspirée du modèle de l'initiative de Bamako et de la gestion communautaire de la santé au Mali est le recrutement de personnels soignants par des COGES de centres de santé réalisant des bénéfiques. Cette expérience qui se serait tenue dans quelques formations sanitaires de la région de Tillabéry a été abandonnée car interdite par les règles d'engagement des fonds des COGES, qui n'autorisent l'embauche et le paiement par les COGES que pour des personnels auxiliaires (gérant, gardien...).
- Une réponse apportée par un chef de village isolé de Tillabéri a été d'offrir des avantages matériels aux agents de santé (logement, préparation de la nourriture et du linge, moyen de déplacement en cas d'urgence familiale...) pour les inciter à venir servir dans le CSI de son village très reculé.
- Une mise en œuvre effective de l'obligation de service en brousse a été appliquée à l'échelle de la région de Maradi par un ancien DRS qui a institué une rotation du personnel avec obligation de service dans le district de Dakoro, expérience sur laquelle nous avons recueilli peu d'informations et qui est aujourd'hui abandonnée sans que nous ayons pu savoir pourquoi.

Il faut retenir de ces différents exemples la faiblesse des solutions relevant de mobilisations collectives, notamment du côté des patients. Les problèmes de déploiement des RHS étant structurels, leurs solutions échappent largement aux usagers et acteurs locaux. Dès lors, les réponses observées relèvent essentiellement de logiques de « débrouille » locales, promues par des acteurs du système de santé qui proposent des solutions palliatives à des problématiques structurelles. Ces acteurs mobilisent souvent de façon positive des normes pratiques (PAC...) et des stratégies de contournement qui ont par ailleurs des effets négatifs. Ces logiques renvoient la plupart du temps à des initiatives individuelles, souvent d'autorités sociales, politiques ou administratives. Finalement, les rares fois où les mobilisations proposent des réformes de fond elles sont confrontées à des cadres réglementaires rigides ou à des acteurs peu flexibles.

⁵¹ Entretien avec un major de CSI dans la région de Maradi.

IV. PISTES D'ACTION COMPLÉMENTAIRE ET RECOMMANDATIONS POUR CONTRIBUER À DES SOLUTIONS AUX PROBLÈMES DE DÉPLOIEMENT DES RHS.

Diverses options sont envisageables comme l'attestent les pistes de solutions proposées par différentes études (Gaboriau 2015) ou ateliers de travail (Comité Technique National 2014, 2015⁵²) ou qui ont été discutées avec nos différents interlocuteurs. Nous n'évoquerons que des solutions nouvelles qui complètent celles qui ont été déjà décrites. Certaines de ces pistes mériteraient d'être appuyées et d'autres testées de manière pilote (mais en conditions réelles). Ces recommandations n'ont pas vocation à résoudre tous les défis complexes dont nous avons dessiné les contours, notamment le problème complexe de l'influence des PAC. Elles proposent néanmoins quelques options pour lever certaines barrières et mettre en œuvre des solutions pratiques à une échéance relativement courte.

Evolution du fonctionnement administratif et réglementaire

La prise en compte des modes de fonctionnement réel de l'administration, notamment des décalages entre normes pratiques et normes officielles, et de leur influence sur le fonctionnement des services publics, y compris en santé, passe nécessairement par un travail de fond, sur le temps long, en vue de promouvoir des réformes portées par les acteurs, en proposant un cadre d'action renouvelé.

Dans la droite ligne des travaux engagés par le Haut Conseil à la Modernisation de l'Etat avec le LASDEL (Olivier de Sardan 2014), il paraît essentiel de réintégrer la question des problèmes de déploiements, de précarisation et de prolétarianisation des RHS dans une analyse plus large de ces problèmes dans la fonction publique. Il paraîtrait donc essentiel de poursuivre une approche transversale de ces enjeux en vue de **promouvoir des Etats Généraux de la fonction publique**, seul événement qui semble pouvoir impulser un signal fort sur ces questions en mobilisant les acteurs de l'administration, chercheurs, société civile et citoyens.

⁵² Il faut noter que certaines solutions proposées par ces ateliers seraient intéressantes à articuler avec celles que nous proposons. Citons par exemple : 1. L'ouverture des postes directement affectés dans certains sites avant que l'Etat ne lance le processus de recrutement général (par exemple l'Etat lance le recrutement de 5 médecins et 10 infirmiers à Diffa) ; 2. Garantir que les bourses d'Etat pour les écoles de santé respectent l'équité entre les filles et les garçons...

Dans cette perspective, face aux résistances passives d'un certain nombre d'acteurs de l'administration⁵³, le HCME semble un allié de poids pour porter ce dossier, de même que certains acteurs de la société civile (Mouvement pour une citoyenneté responsable, Association alternative espace citoyen...) pourraient être des relais clef. Ces espaces de « mise à plat » pourraient inciter certains mouvements syndicaux, notamment ceux représentant les contractuels de la fonction publique, à se présenter comme acteurs de changement en échange de l'avancée de certains dossiers concernant la précarité des contractuels de la fonction publique (cf. point 2).

Une des pistes centrales de négociation pour tout à la fois sécuriser les statuts et répondre à la problématique de la mobilité des personnels pourrait résider dans **l'appui à l'émergence d'un statut de la fonction publique territoriale** permettant tout à la fois un recrutement au niveau régional et une attache des fonctionnaires à leur zone de recrutement. Cette solution devrait par ailleurs renforcer une proximité linguistique et culturelle, notamment dans les zones pastorales. Cela permettrait une transformation à terme des contrats locaux en postes de fonctionnaires territoriaux, et offrirait une option pour lutter contre la précarisation et la paupérisation des personnels (en santé en éducation notamment), tout en inscrivant ces politiques dans gouvernances de proximité (région/département), en cours de consolidation et en évitant la mobilité des agents hors des régions. Ces niveaux de gouvernance permettraient probablement une analyse plus fine des modes de motivation (primes, appuis logistiques) en fonction des réalités locales (zones désertiques, structures enclavées...). Des travaux sont en cours sur ce sujet au ministère de la Fonction Publique et mériteraient d'être appuyés par les centrales syndicales de contractuels. Il faut ici néanmoins s'attendre à des réticences d'un certain nombre d'acteurs politiques et de l'administration centrale qui risquent de voir dans le développement d'une fonction publique territoriale un morcellement de la fonction publique et une étape supplémentaire dans la décentralisation qui reste largement perçue comme un détricotage de l'Etat. Il convient donc d'articuler la constitution d'une fonction publique territoriale avec les Etat Généraux de la Fonction Publique.

⁵³ Le MSP est conscient des problèmes liés au non respect de la hiérarchie. Pour cela il veut rendre opérationnel le système d'évaluation et de l'avancement de l'agent fonctionnaire conformément à la loi 2007 portant statut général de la fonction publique de l'Etat. Le chapitre III de cette loi crée une nouvelle culture de travail axée sur les résultats et valorise la relation hiérarchique en accordant au supérieur hiérarchique direct, le pouvoir de fixer des objectifs, d'en apprécier les résultats à travers un entretien d'évaluation annuel et de sanctionner au premier degré. La mise en place des dispositions de cette loi devra contribuer à améliorer conséquemment la gestion des ressources humaines. Cette ambition de réforme de la gouvernance se heurte bien évidemment aux logiques de PAC et aux routines instituées qui ne peuvent être remises en cause qu'avec une réflexion de fond et transversale que pourrait mobiliser les Etats Généraux de la fonction publique.

Solutions opérationnelles ayant des effets à court terme sur le déploiement des RHS

A partir des analyses qui précèdent il faut convenir que la féminisation massive des RHS pose, au regard des réalités sociales du Niger, un certain nombre de problèmes pour le fonctionnement du système de santé. Certaines discussions visant un rééquilibrage des genres mais qui pourraient également promouvoir des recrutements plus locaux, notamment de RHS issus des milieux ruraux, et favoriser un niveau d'exigence accru en termes de formation initiale⁵⁴, ont été identifiées au fil des entretiens.

Pour favoriser un rééquilibrage des genres dans les RHS, favoriser des compétences initiales de bon niveau et un déploiement dans les zones rurales, notamment pastorales / désertiques, tous les acteurs rencontrés ont jugé pertinente l'idée **d'ouvrir des concours de recrutement aux meilleurs élèves des collèges et lycées de zone rurale / pastorale pour des formations en santé**⁵⁵. Suite à un appel à candidature, avec soumission de dossier et test écrit, en privilégiant les candidatures masculines, des bourses d'étude dans les écoles publiques de santé (ou dans des écoles accréditées par le MSP sur la base d'un cahier des charges strict et pouvant accueillir des boursiers⁵⁶) devraient être proposées, ce qui est une garantie relative de qualité de formation. En échange d'un engagement du boursier à venir servir dans son district d'origine pendant 3 à 5 ans et une attestation des parents à rembourser les sommes reçues en cas de non-respect de cette parole donnée, la formation serait intégralement payée, en priorités pour des jeunes garçons classés parmi les premiers de leur classe. Le diplôme de l'école de santé pourrait être remis seulement à la fin de cette période de service dans la zone d'origine. Il est ici nécessaire de capitaliser sur certaines initiatives de ce type

⁵⁴ La privatisation des formations étant un acquis sur lequel il est difficile de revenir dans le contexte actuel, il est néanmoins possible, en appuyant les réformes en cours d'élaboration au niveau du MSP, de mieux encadrer ces structures.

⁵⁵ Il faut noter que cette solution aurait été testée par l'ONG Charitas dans la commune de Bormo mais aurait été interrompue. Une initiative de ce type est également à l'œuvre à une petite échelle pour les sage-femmes dans la zone pastorale sous l'impulsion du FNUAP mais avec des limites dans le choix des boursières (ce qui explique les détails donnés plus bas dans le paragraphe sur les modalités de sélection). Enfin, une expérience à grande échelle a été initiée par MSF dans le Nord du Mali à la fin des années 90 et au début des années 2000 sur laquelle il serait intéressant de capitaliser. Dans la mesure où ces sites étaient en dehors des zones prévues d'enquête nous n'avons pas pu investiguer ces initiatives et leurs résultats effectifs.

Une option intermédiaire serait d'appliquer la recommandation de l'atelier du Comité National Technique de Santé visant à d'une parité de genre dans les recrutements de boursiers de l'Etat pour les professions de santé.

⁵⁶ Cette dynamique d'accréditation des écoles de santé privées en fonction d'un cahier des charges, condition nécessaire pour accueillir des boursiers, pourrait permettre, si elle est conduite de manière cohérente par le MSP et le Ministère de l'Éducation, c'est à dire notamment si la stratégie d'évaluation de ces structures proposée est financée, à une émulation positive entre les structures privées.

conduites au Niger mais surtout dans la sous-région et de créer les conditions pour une sélection transparente en évitant les influences des réseaux de PAC.

En vue d'assurer une inscription dans le temps des RHS sur les postes en périphérie et de favoriser un recrutement local de RHS on pourrait aussi envisager de **mettre à disposition des ECD des lignes de crédit déléguées/affectations de lignes de crédit, à charge pour ces équipes de les affecter à des postes de CSI dans leur district**⁵⁷. Cette solution, en plus de remettre les ECD au cœur du dispositif de gestion des RHS, permettrait de coupler ligne de crédit et poste, conduisant les agents à candidater sur des postes en périphérie avec l'assurance d'un salaire sur la durée et la garantie pour les CSI et ECD qu'en cas de départ/absence de l'agent les lignes de crédit resteraient disponibles pour un nouveau recrutement. Cette solution n'aurait bien évidemment qu'une influence limitée sur le risque d'influence des PAC mais aurait le mérite de reposer sur des candidatures volontaires pour des postes en brousse et de garantir une capacité de recrutement gérée au niveau du district/région, en cas d'abandon de poste de l'agent.

Développer des mesures incitatives au travail en zone rurale éloignée est aussi souhaitable. Il existe aujourd'hui un certain nombre d'agents, souvent précaires, qui exercent déjà dans les zones périphériques. Leur engagement n'est pas reconnu et il serait nécessaire de

- Privilégier leur intégration directe dans le cadre des recrutements dans la fonction publique territoriale ou nationale⁵⁸,
- Favoriser des mécanismes de reconnaissances pour service rendu (accompagnement des pèlerins à La Mecque⁵⁹, attestations de satisfaction, priorité dans l'accès aux formations⁶⁰...)

⁵⁷ Il est intéressant de noter que cette solution serait très complémentaire de la recommandation de l'atelier du Comité National Technique de Santé qui visait à des recrutements fléchés et à des candidatures / recrutements sur postes localisés. Il faut noter que cette stratégie existe dans le cadre de la régionalisation des recrutements au Burkina Faso et a conduit à un meilleur taux de couverture des postes selon les régions sans pour autant résoudre les problèmes de concentration au niveau des capitales régionales. Ces éléments nous font dire que l'échelon pertinent pour l'ouverture des postes et les recrutements est probablement le département/district plus que le niveau régional.

⁵⁸ Un processus de recrutement des contractuels comme fonctionnaires a été réalisé pour les agents sous statut de « contractuel national » recrutés en 2011 ; mais il a été abandonné avec la décentralisation des recrutements. Les dispositifs réglementaires doivent donc déjà exister, renvoyant à un enjeu de priorité politique. Dans ce cadre, créer une fonction publique territoriale contribuerait à permettre des passages entre contractuels départementaux et agents de la fonction publique territoriale.

⁵⁹ Ces pratiques existent déjà mais les critères de choix des personnels pour accompagner les pèlerins restent inconnus. Il conviendrait donc d'explicitier les règles de sélection et de les publier à travers un

En vue de promouvoir des solutions locales aux problèmes de RHS on pourrait :

- Faciliter le versement de primes de motivation/d'intéressement, **appuyer le remboursement des impayés de la politique de gratuité des soins⁶¹ et autoriser, avec validation et appui de l'ECD, le recrutement local par les COGES de personnels sur les recettes des CSI,**
- **Promouvoir la nomination des médecins en priorité dans les ECD et les structures hospitalières et conditionner des déploiements en périphérie à l'existence d'un plateau technique** leur permettant d'exercer⁶²,
- **Tester le recrutement de « médecins communaux »** dans le cadre de la décentralisation, notamment **dans les communes urbaines.**

En vue d'accroître les logiques de redevabilité, certains de nos interlocuteurs ont proposé de **promouvoir des concours d'excellence entre les CSI avec versement d'une prime aux meilleurs classés, ou d'étendre les stratégies d'achat de services en documentant les éventuelles reconfigurations dans ce cadre des systèmes de PAC et de redevabilité sociale.**

Recherche

Au regard de la complexité des problèmes posés par la gestion des RHS, il conviendrait de poursuivre la recherche en :

- étudiant de manière plus fine certaines initiatives hors des zones de la phase d'enquête, leurs succès et limites, leurs conditions de mise en œuvre et leur répliquabilité,
- assurant un suivi socio-anthropologique des solutions proposées ci-dessus.

décret, à charge pour le service des ressources humaines ou les ECD et les COSAN des départements de choisir les agents les plus méritants

⁶⁰ Il faut noter que ces dispositions existent dans les textes du MSP (évaluation annuelle comme condition de l'avancement, possibilité d'adresser des témoignages de satisfaction, droit à la formation après plusieurs années de service en zone rurale...) mais leur non-application ressort dans toutes les évaluations du fonctionnement des RHS.

⁶¹ Sur ce point un projet est en cours de lancement par l'AFD sur la décentralisation au niveau régional des remboursements de la gratuité. Ce projet fait l'objet d'une recherche par le LASDEL.

⁶² Cette recommandation va à l'encontre de la politique de médicalisation des CSI dont les observations de terrain menées par le LASDEL montrent le fort taux d'abandon de poste, notamment en raison des difficiles conditions de vie en brousse et du faible niveau du plateau technique. Pour pallier ces problèmes, il serait intéressant de s'inspirer de l'expérience des « médecins de campagne » initiée au Mali qui ont réussi (tout du moins avec un taux d'abandon beaucoup plus faible qu'au Niger) l'affectation des médecins en brousse via une tarification spéciale des soins, un exercice partiellement privé, l'amélioration des conditions de vie (logement, panneaux solaires, TV satellite), et une formation spécifique en amont...

BIBLIOGRAPHIE

- Abdourahamane, M.M., 2015. « L'enseignement supérieur privé au Niger: du business au coeur de la gouvernance ». Exposé au « Mardi du Lasdel », Niamey - Niger.
- Banque Mondiale, 2004. « Santé et pauvreté au Niger », in Santé et Pauvreté - vers les objectifs du millénaire. Banque Mondiale.
- Bierschenk, T., Olivier de Sardan, J.-P., 2014. *States at Work: Dynamics of African Bureaucracies*. Brill.
- Blundo, G., Olivier de Sardan, J.-P., 2007. *Etat et corruption en Afrique: une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers, Bénin, Niger, Sénégal*. Karthala.
- Blundo, G., Olivier de Sardan, J.-P., 2001. « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest. » *Politique Africaine* 83, 8. doi:10.3917/polaf.083.0008
- Chauveau, J.-P., Le Pape, M., Olivier de Sardan, J.-P., 2001. « La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique ». In *Inégalités et politiques publiques en Afrique*.
- Gaboriau, C., 2015. « Identification des axes prioritaires de modernisation et des orientations majeures de renforcement des capacités du ministère de la Santé » Niger. AEDES.
- Geissler, P.W., 2013. "Public secrets in public health: Knowing not to know while making scientific knowledge". *American Ethnologist* 40, 13–34. doi:10.1111/amet.12002
- Jaffre, Y., 2003. « La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé », in *Une Médecine Inhospitale*. Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P, pp. 295–337.
- Jaffre, Y., Olivier de Sardan, J.-P., 2003. *Une médecine inhospitale. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala. ed, Homme et Sociétés. Paris.
- Klein, R., 1995. "Paul Pierson, Dismantling the Welfare State ? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment",. *Journal of Public Policy* 15, 199–200. doi:10.1017/S0143814X00010151
- Koné, M., 2003. « "Contexte" et "Gombo" dans les formations sanitaires », in: *Une Médecine Inhospitale*. Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P, pp. 237–261.
- Lavigne Delville, P., & Abdelkader, A.. 2010. « A cheval donné on ne regarde pas les dents », *Etudes et Travaux du LASDEL*. 83
- Lavigne Delville, P., 2011. « Du nouveau dans la 'participation'? : populisme bureaucratique, participation cachée et impératif délibératif ». In *Une anthropologie entre pouvoirs et histoire : conversations autour de l'oeuvre de Jean-Pierre Chauveau* 161–188.
- Lecomte, B.J., Naudet, J.-D., 2000. *Survivre grâce à-- réussir malgré-- l'aide*. Editions de

l'Aube, IRD, Bondy.

- Moha, M., 2015, « Les comportements des agents de santé au Niger : cas de la région sanitaire de Dosso », rapport LASDEL-HCME,
- Olivier de Sardan, 2015. « Les quatre prisons du pouvoir ». *Le Républicain* 1–5.
- Olivier de Sardan, J.-P., Ridde, V., 2014. *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P., 2015. « Des contextes particuliers à chaque métier de l'Etat ... Synthèse des enquêtes menées par le LASDEL dans quatre domaines de l'administration nigérienne ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 120.
- Olivier de Sardan, J.-P., 2014. « La routine des comportements non observants au sein des services publics au Niger ». *Etudes et Travaux du LASDEL* 119.
- Olivier de Sardan, J.-P., 2011. "The eight modes of local governance in West Africa". *IDS Bulletin* 42, 22–31.
- Olivier de Sardan, J.-P., 2010. « Le culturalisme traditionaliste africaniste ». *Cahiers d'Etudes Africaines* 198-200 : 419–453.
- Olivier de Sardan, J.-P., 2009. « State bureaucracy and governance in Francophone West Africa: An empirical diagnosis and historical perspective ». In *The governance of daily life in Africa*, Blundo & Le Meur, 39–72.
- Olivier de Sardan, J.-P., 2003. « Pourquoi le malade anonyme est-il si "mal traité"? - Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé », in: *Une Médecine Inhospitale*. Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P, pp. 265–294.
- Olivier de Sardan, J.-P., 2001. « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. » *Autrepart* 20, 61. doi:10.3917/autr.020.0061
- Olivier de Sardan, J.-P., Dagobi, A.E., 2000. « La gestion communautaire sert-elle l'intérêt public ? : Le cas de l'hydraulique villageoise au Niger ». *Politique Africaine* 80, 153. doi:10.3917/polaf.080.0153
- Oumarou, A., 2009. « La délivrance des services de santé dans la commune de Say. *Etudes et Travaux du LASDEL* 81
- Ridde, V., 2012. « Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique ». *Bulletin de l'APAD*, 34-36
- Taraud, C., Hugon, A. (dir.), 2004 *Histoire des femmes en situation coloniale. Afrique et Asie, XXe siècle*, Paris, Karthala.
- Souley Issoufou, 2016, Les « écarts aux normes officielles dans deux maternités », *Etudes et Travaux du LASDEL* n°115

Ce rapport est issu de la recherche Niger PEA, financée par USAID via ODI.

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° 128 « Les interruptions volontaires de grossesse au Niger », par A. Diarra (2018)

n° 127 « Les normes pratiques en vigueur dans les secteurs de l'éducation et la santé au Niger. Une base pour des réformes ancrées dans les réalités ? », par J.P. Olivier de Sardan, M. T. Ali Bako et A. Harouna (2019)

n° 126 « Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles », par A. Diarra, avec I. Traoré et B. Dicko (Mali), O. Hamani, N. Issaley et T. Ali Bako (Niger), A.M. Edoth et I. Tchitou (Togo) (2019)

LASDEL

**LABORATOIRE D'ÉTUDES ET RECHERCHES
SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL**

BP 12 901, NIAMEY, NIGER – TÉL. (227) 20 72 37 80
BP 1 383, PARAKOU, BÉNIN – TÉL. (229) 23 10 10 50

WWW.LASDEL.NET