

## La conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger : des interactions nécessaires

Mahaman MOHA  
et Valéry RIDDE

### Introduction

La conférence nationale pour le renforcement de la politique de gratuité des soins du Niger (CNGS), qui s'est déroulée en 2012, a été un moment privilégié, organisé pendant plusieurs mois, pour regrouper durant trois jours chercheurs, décideurs, intervenants et bailleurs de fonds. Pour la région ouest-africaine, cette conférence a été un lieu d'innovations procédurales en matière d'ouverture participative et de débat public. Elle peut être comprise comme ce qui est appelé aujourd'hui dans le langage du transfert des connaissances, un espace de « *processus délibératifs* » (Dagenais et Robert 2012). En effet, les conférences et autres *fora* sont de plus en plus utilisés pour impliquer les citoyens, décideurs et autres parties prenantes dans le processus d'éclairage et de développement des politiques publiques ou pour résoudre des problèmes de santé publique (Ablelson 2009). Un dialogue délibératif est « *un processus permettant à un groupe d'acteurs de recevoir et d'échanger de l'information, de faire l'examen critique d'un enjeu et d'en venir à une entente qui guidera la prise de décision* » (Gauvin 2010). De tels dialogues sont « *des outils favorisant l'application des connaissances issues de la recherche* » (Gauvin 2010 ; cf. aussi Yin et Ridde 2012).

Ce chapitre propose une analyse socio-anthropologique de l'organisation et des effets de la conférence nationale, fondée sur une observation participative et des entretiens individuels approfondis<sup>1</sup>.

### Contexte de la conférence

La CNGS est intervenue au moment où l'État nigérien éprouvait de sérieuses difficultés dans la mise en œuvre de sa politique. Cependant, au moment où elle se prépare, deux types de discours sont véhiculés. D'une part, celui venant des responsables du ministère de la Santé et de certaines ONG. Ils usent d'une « langue de bois » institutionnelle, autour du bien-fondé de cette politique et de ses effets positifs sur l'accès aux services, occultant tous les problèmes. D'autre part, ce discours public est contrebalancé par des discours privés, « hors micro », tenus par presque tous les agents du terrain et quelques cadres du niveau national, qui tournent autour du sous-financement de la gratuité, de la non-maîtrise des coûts réels de cette politiques, des conséquences du non remboursement par l'État et enfin de certains abus par les agents de santé. Compte tenu du caractère politiquement « chaud » du sujet, personne ne veut en discuter publiquement. Ce caractère « chaud » est d'abord lié à sa politisation, et à la personnalité du président Tandja Mamadou, qui aurait décidé de « l'offrir au peuple nigérien » (*cf.* entretien avec la ministre de la Santé publique, dans le film de Malam Saguirou « La gratuité de soins au Niger », 2012 ; *cf.* aussi Olivier de Sardan, *supra*, chapitre 3 ; Ousseïni, *supra*, chapitre 6). N'ayant pas été associés à la prise de décision, la majorité des agents du ministère de la Santé, la plupart des hauts cadres et les personnels de terrain étaient soit hostiles, soit réticents envers cette politique. Selon un responsable du MSP, que nous avons rencontré au début du processus :

---

1. Nous remercions les membres du comité national d'organisation de la conférence, et en particulier Ibrahim Moussa, et Maitouraré Aichatou Gado. Nous remercions également Abdoutan Harouna et Maazou Boubacar pour les transcriptions des matériaux qui ont servi à l'écriture de ce texte, et Laouali Aboubacar pour son appui linguistique. Nous remercions Jean Pierre Olivier de Sardan et Ibrahim Manzo pour leurs observations sur des premières versions de ce texte. Nos remerciements vont enfin à ECHO et à l'UNICEF qui ont financé l'organisation de la conférence. Ce travail a été possible grâce à l'appui technique de Ludovic Queuille de l'Université de Montréal, mais aussi des agents de Médecins du monde France.

« C'est probablement le manque d'intérêt des décideurs techniques et de certains politiques qui a fait que la gestion de la cellule gratuité a été confiée à un militant de l'opposition (d'antan) ».

Sa gestion de la cellule a été très personnalisée, ce qui, explique peut être diverses réticences à l'égard de l'organisation de la conférence ainsi qu'à la restitution des résultats de l'audit organisationnel et financier.

En privé, les responsables ne voulaient pas que la conférence soit organisée par des consultants extérieurs au ministère, au risque de devenir un espace de procès de la gratuité et sa politique publique. Tout au long du processus d'organisation, un ancien directeur en charge de la politique de gratuité de soins a posé le problème de la « souveraineté » de la CNGS.

L'origine de cette conférence remonte en effet au moment où l'Office humanitaire de la communauté européenne (ECHO) a saisi l'Université de Montréal pour réaliser une étude sur les goulots d'étranglement de la politique de gratuité de soins. Les chercheurs ont jugé plus urgent de mettre les parties prenantes autour de la table pour discuter, sans « langue de bois » et sur la base de données scientifiques, des problèmes de mise en œuvre afin de trouver des pistes de solutions.

## Méthodologie

Nous nous appuyons sur le cadre d'analyse développé par Jennifer Boyko *et al.* (2012), qui suggère que l'étude des événements délibératifs doit considérer : i) l'existence d'un environnement approprié à la conférence ; ii) l'utilisation de preuves scientifiques ; et, iii) la pluralité des participants. L'analyse des résultats doit de son côté se faire sur trois plans : i) le court terme, au niveau individuel ; ii) le moyen terme (organisationnel) et donc au niveau du ministère de la Santé ; et iii) le long terme, donc au plan des politiques publiques.

Les entretiens approfondis ont été pour une partie réalisés avant la conférence (173 entretiens auprès de 116 personnes) et pour l'autre partie pendant ou après (45 entretiens auprès de 34 personnes). Ils ont concerné toutes les parties prenantes à la mise en œuvre de la politique d'exemption. Les entrevues précédant la conférence ont permis de cartographier les acteurs en présence, de mieux comprendre les goulots d'étranglement de la politique, de recenser les différentes thématiques devant faire l'objet de préparation de notes synthétiques (*policy brief*) distribuées avant la conférence, ainsi que de

repérer les potentiels contributeurs et autres facilitateurs des discussions lors de la conférence. Ces entretiens avaient pour but l'organisation de la conférence mais ont aussi servi de matériel empirique pour l'analyse présentée dans ce chapitre. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des personnes, ainsi que les travaux pendant la conférence. Il faut enfin souligner que les deux auteurs de ce chapitre ont été largement impliqués dans le processus d'organisation de la conférence. Cette analyse relève donc aussi d'un processus réflexif interne à une « participation observante », avec de nombreuses prises de notes lors de toutes les rencontres préparatoires, ainsi que durant et après la conférence. Notre statut de chercheurs était explicitement connu de tous les protagonistes de ces rencontres.

### **Analyse du processus d'organisation de la CNGS du Niger**

#### *L'agenda de la conférence*

La conférence, initialement prévue pour la semaine du 7 au 13 novembre 2011 ne s'est tenue que les 16, 17 et 18 mars 2012. L'ouverture officielle de la conférence a été réalisée avec un cachet particulier, sous le haut patronage du Premier ministre, qui est intervenu en personne après le mot de bienvenue de la gouverneure de Niamey, et l'allocution du chef de la délégation de l'Union européenne. Les travaux de la conférence ont ensuite commencé avec l'exposé du secrétaire général du ministère de la Santé publique, suivi des exposés des professeurs Valéry Ridde (Université de Montréal) et Jean-Pierre Olivier de Sardan (LASDEL, Niger). Seize exposés ont été présentés autour de trois axes : le financement de la gratuité ; sa gestion ; et l'accès aux médicaments. Après chacune des thématiques, des débats ont été engagés avec les participants, qui ont permis de recueillir une diversité d'opinions sur la politique de santé. Puis, des travaux en groupe de 15 à 17 personnes ont été organisés autour des trois axes, afin de faire des propositions aux décideurs. À la fin de la conférence, une liste de recommandations a été mise au point et une déclaration consensuelle a été rédigée ; toutes deux présentées en plénière ont été adoptées par les participants.

*Un environnement approprié*

L'importance de prendre en compte l'existence d'un environnement approprié pour organiser des processus délibératifs a été déjà mise en évidence (Lomas *et al.* 2005). Boyko *et al.* (2012) en ont identifié plusieurs aspects importants.

## – L'existence de ressources appropriées

Pour la réalisation de la conférence, il a fallu mobiliser des ressources financières, mais aussi des ressources humaines.

Un financement de 63 251 euros a été octroyé par ECHO (qui participe largement au financement des ONG qui soutiennent la politique de gratuité), via son partenaire ONG au Niger (HELP), pour l'organisation de la conférence. L'UNICEF a également participé au budget et l'État a mis à disposition les ressources humaines nécessaires.

Au plan des ressources humaines, les trois consultants au départ contactés par ECHO pour réaliser une étude sur la politique de gratuité se sont transformés en animateurs de la préparation de la conférence. Ils ont profité de leurs expériences d'une telle organisation au Mali (Ridde 2011), mais aussi de la mise en œuvre d'un projet de capitalisation des politiques d'exemption dans sept pays (Ridde, Queuille et Kafando 2012), du programme de recherche sur la gratuité dont est issu le présente ouvrage, et enfin de leur participation active à la communauté de pratiques sur l'accès financier aux soins de santé<sup>2</sup>.

Les premiers débats relatifs à l'organisation de la conférence ont tourné autour de son intitulé, de la qualité et la quantité des invités, et enfin du contenu du programme.

L'intitulé de la conférence a été un point sur lequel les membres du comité d'organisation ont beaucoup discuté. Dès la première rencontre avec un membre du comité d'organisation en juillet 2011, celui-ci estimait que le nom de « conférence nationale » poserait des problèmes chez beaucoup d'acteurs qui associeraient cette réunion à la conférence nationale souveraine qui a engagé le Niger sur la voie de la démocratie multi-partisane en 1991.

« Bon, le terme même, quand je vois « conférence nationale », j'ai des frissons » (un membre du comité d'organisation. réunion du 30 décembre 2011).

---

2. <http://www.hha-online.org/hso/hso/communities>

D'autres termes ont été avancés : « États généraux de la gratuité », « Atelier national de la gratuité des soins », « Forum national de la gratuité » etc.

La volonté de contrôle interne du processus a été très vite mise en avant par plusieurs parties prenantes, dont des responsables du ministère de la Santé :

« On doit s'entendre sur les thématiques, c'est à nous de choisir les communicateurs, c'est de notre souveraineté. Il faut faire des communications par des gens que j'identifierai » (réunion du sous-comité scientifique du 30 décembre 2011).

Au départ, plusieurs logiques ont prévalu dans le choix des personnes qui devaient animer la conférence. La première a consisté à mettre en avant les chercheurs. Le représentant de l'UNICEF, par exemple, souhaitait des participants d'envergure afin de toucher les plus grands responsables du pays, le ministre des Finances, le chef de l'État :

« Je ne sous-estime pas la qualité ou l'expérience de nos collègues des ONG et même des agences onusiennes, mais ... pourquoi ne pas faire venir, permettez-moi le terme, "les gros calibres" » (réunion du 19 janvier 2012).

Mais cet avis n'a pas été accueilli favorablement par quelques membres du comité d'organisation, notamment le responsable plaidoyer d'une ONG, peu favorable aux chercheurs :

« La conférence a pour vocation à traiter les questions les plus opérationnelles et, à ce titre-là, on doit tout faire pour éviter qu'elle se confonde à un symposium de chercheurs qui déboucherait sur des simples réflexions d'amphithéâtre. Le menu de la conférence, il faut prendre soin de ne pas faire en sorte que ça soit un truc qui soit assimilé à des exercices de laboratoire. Parce que ce sont vraiment des questions pratiques » (réunion du 19 janvier 2012).

Finalement, six types de ressources humaines ont été mobilisés au cours de la conférence afin de représenter l'ensemble des parties prenantes concernées par cette politique publique : des décideurs (le Premier ministre a ouvert la conférence, en présence de la gouverneure de la région de Niamey et du représentant de l'Union européenne), des chercheurs, des hauts fonctionnaires de la santé ou des finances, des partenaires techniques et

financiers, des personnes ressources impliquées dans la mise en œuvre opérationnelle, et enfin des membres de la société civile.

– L’engagement des participants

La recherche d’un engagement des participants, qui était nécessaire à la réussite du dialogue délibératif, a été longue et complexe au sein de l’appareil d’État. Elle est passée par plusieurs phases, et a été débloquée par l’implication directe du ministre de la Santé.

Les acteurs du ministère de la Santé ont, dans un premier temps, démontré une certaine réticence ou indifférence. Début août 2011, nous avons souhaité une rencontre avec un responsable du ministère de la Santé pour lui expliquer une seconde fois l’objectif de la conférence et ce que l’on pouvait attendre du ministère :

« Je suis prêt pour organiser la conférence. Nous connaissons les problèmes de la gratuité, nous avons fait déjà avec l’OOAS des recommandations, qu’est-ce que vous voulez encore (...) ? Ce qui est bon avec votre conférence, c’est l’opérationnalisation des recommandations en plan d’action » (un directeur central au MSP).

En effet, l’organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) avait envoyé une mission à Niamey pour étudier la politique d’exemption sans que ses résultats n’aient été diffusés, ou que les quelques pages du rapport que nous avons pu obtenir bien longtemps après tiennent compte des différentes recherches effectuées sur le même sujet<sup>3</sup>.

Entre juillet et décembre 2011, la quasi-totalité des parties prenantes ont été rencontrées afin de leur présenter le projet d’organisation de la conférence. Toutes ces rencontres visaient à : i) susciter l’adhésion au principe de la conférence ; ii) recenser et récupérer les recherches et études disponibles sur le sujet ; iii) repérer des équipes dans les régions ou les districts disposant d’un potentiel pour présenter des résultats de la mise en œuvre. En effet, le principal souci des chercheurs de l’université de Montréal, initiateurs de ce projet, dans leur note conceptuelle, était que « *la réussite de cette conférence reposera, non seulement sur le processus participatif de son organisation (et l’implication d’autres ministères que celui de la Santé, les Finances notamment), mais surtout sur la préparation minutieuse des présentations et*

---

3. Ce qui en dit long sur le recours aux connaissances scientifiques pour la formulation des politiques publiques.

*des travaux de groupe qui y seront organisés* » (Université de Montréal, 2011).

Malgré ce long processus d'information, l'adhésion n'a pas été immédiate et l'organisation de la conférence a pris un retard très important. Prévues initialement pour les 7 et 8 novembre 2011, elle n'a pu se tenir que les 14, 15 et 16 mars 2012. Cinq dates ont été évoquées durant la préparation. Ayant pris contact avec les autorités du ministère de la Santé depuis le 11 juillet 2011, il a fallu attendre le 21 novembre pour qu'un comité d'organisation voit le jour à la suite de l'intervention directe du ministre de la Santé<sup>4</sup>. En effet, cette intervention était devenue indispensable, car, après de multiples réunions, nous avons constaté une absence de volonté des cadres du ministère de la Santé à s'engager dans la conférence. C'est ainsi que nous avons pris l'initiative de rencontrer directement le ministre de la Santé :

« Je vous remercie beaucoup de bien vouloir venir directement m'informer de votre projet. C'est une opportunité que vous nous offrez. Je vous assure que personne à la date d'aujourd'hui ne m'en a parlé. Il y a actuellement un besoin de mener des réflexions pour voir comment sortir de la situation actuelle de la gratuité de soins qui n'est pas reluisante » (le ministre de la Santé.).

Après cette brève rencontre, le ministre a appelé un des hauts responsables et dans les 10 minutes (un dimanche !), nous nous sommes retrouvés au ministère autour de la table avec toutes les hautes autorités pour préparer l'organisation de la conférence (le secrétaire général et son adjoint, les directeurs généraux de la santé publique sortant et entrant, le directeur de l'organisation des soins sortant et le coordinateur de la cellule de gratuité de soins).

Nous avons constaté la même situation de blocage et d'absence d'information au ministère des Finances.

« Tout ce que je sais, c'est qu'une dame a été désignée pour représenter notre ministère aux réunions d'organisation de cette conférence. À la date d'aujourd'hui, je n'ai pas eu de suite. Je n'ai jamais eu de compte rendu » (un haut cadre du ministère des Finances).

Donc, visiblement, l'organisation d'une telle conférence n'était pas la bienvenue au sommet de la fonction publique.

---

4. Arrêté n° 00343 MSP/SG/DGSP du 21 novembre 2011, portant création, composition et attribution du comité d'organisation de la conférence nationale pour le renforcement de la gratuité des soins au Niger.

En revanche, du côté des ONG internationales et des autres PTF, l'adhésion au projet a été immédiate.

« ... Nous sommes partant pour la conférence, mais ce que nous attendons, c'est qu'elle permette d'avoir une analyse de la situation qui décortique un peu les problèmes et trouve des solutions réfléchies avec une dimension opérationnelle. Ceci afin de permettre au ministère, et au gouvernement, d'avoir les bases suffisantes d'un plan qui permettrait de renforcer, et d'améliorer les politiques nationales » (responsable UNICEF).

La Banque mondiale et l'AFD ont montré dans un premier temps un intérêt pour l'organisation de la conférence, bien que finalement, aucune de ces deux institutions, pourtant déterminantes dans cette politique (l'une l'a impulsée, l'autre a contribué à son financement au démarrage), n'ait été présente pendant la conférence, de façon très surprenante<sup>5</sup>.

Les réticences à l'organisation de la conférence, à l'origine de son retard, peuvent être expliqués par le caractère exogène de l'initiative (et son nom qui pouvait prêter à confusion) comme par ses objectifs (une mise à plat des problèmes dont certains ne voulaient pas). Par ailleurs, les responsables de l'ONG, qui gérait les fonds octroyés par ECHO pour l'organisation ont tenté de faire identifier cette conférence comme provenant de leur propre initiative, ce qui renforçait le caractère exogène.

#### – La transparence

La conférence a permis une liberté de parole inhabituelle. Tous les sujets tabous ont été débattus. Il n'y a pas eu de langue de bois.

« Avant, les décideurs au plus haut niveau – présidence, cabinet du Premier ministre et membres du gouvernement – ne connaissaient pas les différents problèmes qui minent la politique de gratuité de soins. Je pense que le débat a été très franc. Toutes les personnes qui étaient à la conférence ont suivi avec intérêt tous les débats. C'était sans complaisance. Tous ceux qui étaient là ont sorti ce qu'ils avaient dans le ventre » (un membre de la cellule gratuité de soins).

---

5. Ceci est d'autant plus surprenant que cette même AFD souhaite revenir dans le financement de cette politique en 2014.

Il y a eu cependant, dans un premier temps, un problème de transparence dans la gestion des communications. Pendant les travaux de préparation, certains agents du ministère de la Santé ont tenté d'écartier les chercheurs.

« C'est à nous de choisir les gens qui vont faire les communications. Nous n'allons pas accepter que des chercheurs viennent ici nous raconter ce qu'ils veulent » (un membre du comité d'organisation).

Puis cette personne a tenté de contrôler le contenu des interventions en organisant une session de « simulation » des présentations (où chacun devrait venir présenter le contenu prévu de son intervention, ce qui a été refusé par les chercheurs du LASDEL), ou en mettant de côté les résultats défavorables de l'audit financier de la politique réalisé par un cabinet d'experts comptables.

« Au Ministère on a tenté de cacher des choses. Ils ont fait une communication sur l'audit. Cette communication n'a pas fait ressortir les points critiques mis en exergue par l'audit » (un agent d'ONG).

Une autre tentative de contrôle a été réalisée pendant la préparation du passage d'un film prévu pour la cérémonie inaugurale. Plusieurs logiques ont prévalu pour la préparation de ce film. La première a consisté à proposer un film « publi-reportage » produit et déjà diffusé sur les antennes de Télé-Sahel, afin de faire la publicité de la politique de gratuité de soins. Cette option a été rejetée par la majorité des membres du comité de préparation. La deuxième option a consisté à tourner un nouveau film, dont le scénario devrait sortir des débats du comité d'organisation. Compte du manque de temps et de ressources financière, et sous proposition du coordonnateur de la cellule gratuité, le comité a opté pour l'utilisation d'extraits du film produit par le programme de recherche et le LASDEL. Malgré le choix de cette option par les organisateurs, le montage de ce court métrage n'a pas été facile.

« Lorsque qu'il fallait diffuser le film, il y avait des gens qui voulaient qu'on le charcute. Ils n'ont pas voulu que les choses ressortent » (un agent d'ONG).

Mais, finalement, tous les participants ont été satisfaits de la transparence des débats. Les gens ont discuté de tous les problèmes, et des recommandations sans complaisance ont été proposées. Les débats ont permis d'éclaircir certaines zones d'ombres, certains préjugés.

« Avant la conférence, il y en avait qui pensaient qu'on remboursait certains districts et non d'autres. Ils pensaient que les gens de la cellule gratuité choisissaient en fonction de leurs relations avec les médecins chefs de districts les remboursements. Mais avec les débats tout le monde a compris » (un agent du ministère).

– La pertinence temporelle

Selon la plupart des personnes, la conférence a été initiée au moment opportun. Car après cinq années de mise en œuvre les problèmes s'étaient accumulés.

« Nous nous sommes rendu compte que rien ne marchait. Les partenaires hésitaient à s'engager, ceux qui l'ont fait comme l'AFD se sont retirés ; etc., vous voyez, la gratuité était dans des mauvais draps, il fallait tout de suite organiser la conférence » (un conseiller au MSP).

« Il fallait faire la conférence, les gens disaient les choses en bas, mais personne n'osait sortir ouvertement reconnaître que la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins pose problème. Il fallait l'organiser, même si certains disaient que ce n'est pas une conférence souveraine, qu'elle a été impulsée par des PTF, c'est le moment, sinon nous allons nous retrouver un beau jour dans une situation que l'on ne pourra plus gérer » (un médecin chef de district).

« Le fait d'organiser la conférence est une bonne chose, car ça va nous permettre de rattraper les choses. Comme la gratuité de soins nous a été parachutée de la présidence, sans que des réflexions préalables ne soient réalisées, je vois que la conférence est venue au moment qu'il faut. Elle va permettre de rassembler les acteurs les plus concernés pour réfléchir sur cette politique » (un agent du MSP).

– La taille et la mixité du groupe

La taille de groupe, le nombre et la qualité des invités ont été un point d'achoppement pendant les travaux du comité d'organisation. Bien qu'il n'y ait pas de standard, ni de « nombre magique », Boyko *et al.* (2012) avancent que les groupes élargis ont la capacité d'assurer une diversité d'opinions lorsqu'il s'agit de questions complexes, mais qu'ils peuvent difficilement assurer une participation effective. Pour certains, le groupe de personnes à inviter devait être entre 100 à 150. Ils s'appuyaient sur deux arguments : le « coût » de la conférence et l'efficacité dans le travail. D'autres souhaitaient

inviter 300 à 350 personnes, pour une raison de représentativité. Les mêmes avançaient que si la conférence devait être souveraine, elle devait donc être financée par le ministère. Les organisateurs de la conférence ont opté pour un groupe élargi.

Les participants ont été choisis en fonction de leur positionnement, et de leur pouvoir dans la mise en œuvre de cette politique. Cette mixité des participants a joué un rôle important dans les débats, car la diversité de leurs intérêts a déterminé les points de vue, les expériences et les connaissances lors des discussions et solutions. Tous ceux qui ont été choisis par le comité d'organisation avaient une grande motivation. Ceci a permis d'engager un dialogue franc et transparent, malgré les tentatives de certains acteurs pour censurer les débats au démarrage du processus.

#### – Les règles du jeu

Pour la grande majorité des membres du comité d'organisation de la conférence, les règles ont été discutées tout au long du travail de préparation et partagées avec les modérateurs lors d'une réunion la veille de sa tenue. Les règles du jeu ont porté sur le respect de temps de parole, afin de permettre aux intervenants de dire ce qu'ils pensent. Elles ont été consignées dans l'agenda et explicitées en début de chaque session par le modérateur. Pour permettre une bonne réappropriation de la conférence, la cérémonie d'ouverture a été faite sous le haut patronage du Premier ministre. L'agenda a été respecté dans son intégrité : les présentations, les travaux de groupe, les restitutions, les discussions.

#### *Le travail pré et post-conférence*

Au démarrage de la préparation de la conférence en juin 2011, une note conceptuelle a été produite par les chercheurs de l'Université de Montréal et partagée auprès de toutes les parties prenantes. Elle a été discutée au niveau du sous-comité scientifique du comité de préparation dans le cadre de l'élaboration des termes de références.

La phase pré-conférence s'est tenue du 11 juillet 2011 (date de prise de contact officielle avec les autorités ministérielles) au 12 mars 2012 (date de la tenue de l'atelier de simulation des présentations et de l'arrêt d'un agenda définitif). Pendant la première phase, nous avons contacté presque toutes les parties prenantes de cette politique à Niamey, et dans les chefs-lieux de quatre régions du pays.

Après l'élaboration des termes de référence, une liste de participants et un chronogramme de la conférence ont été établis après des discussions très mouvementées, car il est important de rappeler que le souci de contrôler la qualité des invités, celle des animateurs, et aussi le contenu des communications n'a pas facilité le processus d'organisation<sup>6</sup>. Des notes synthétiques pour les décideurs (rémunérées sur le budget de la conférence) ont été préparées par des chercheurs ou par des membres d'ONG et distribuées aux participants le premier jour<sup>7</sup>.

Après la conférence, à l'initiative des partenaires du secteur santé, un comité de suivi des recommandations a été mis sur place le 29 mars 2012. Il se réunissait hebdomadairement et une feuille de route de la mise en œuvre des recommandations a été élaborée après quatre réunions. Elle a été validée lors d'un atelier tenu le 20 mai 2012.

Un atelier de budgétisation de la feuille de route a été organisé par la direction des études et de la programmation du ministère et financé par la coopération technique belge. Cet atelier s'est tenu du 17 au 20 juin 2012, à Tillabéri. À l'issue des travaux, les principaux goulots d'étranglement ont été identifiés : la non-fonctionnalité du comité de suivi des recommandations, le non-respect des échéances de réalisation des activités, l'effritement de la cellule gratuité des soins, et la lenteur dans le processus de mise en place de l'Agence autonome de gestion de la gratuité des soins<sup>8</sup>.

Selon les participants, les conditions nécessaires à la mise en œuvre sont entre autres : la manifestation d'une volonté politique tant chez les décideurs politiques que techniques, la mise à la disposition du comité de suivi de moyens de fonctionnement, le maintien de la gratuité des soins comme

- 
6. Tout le long du processus, plusieurs membres du comité pouvaient s'absenter pour deux à trois réunions. Une fois de retour, ils ramenaient les débats en arrière, ce qui retardait tout.
  7. Olivier de Sardan J.-P., 2012, « Les retards de remboursement : Le problème, ses causes, ses conséquences » ; Diarra A., 2012, « Soigner en temps de gratuité au Niger : Stratégie des soignants face aux exemptions de paiement » ; Ly A., Ridde V., Kouanda S., 2012, « Soigner en temps de gratuité au Niger : Stratégie des soignants face aux exemptions de paiement » ; Baro M. *et al.*, 2012, « Premiers résultats d'une expérience pilote de prise en charge gratuite des accouchements dans le district de Keita, Niger ».
  8. Compte tenu du caractère multisectoriel de la gestion de la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins et de l'absence d'arbitrages entre le ministère de la Santé et celui des Finances au Niger, la CNGS a recommandé la transformation de la cellule de gratuité de soins en une agence autonome qui serait ancrée au cabinet du Premier ministre ou bien à la présidence. En lieu et place de la création de cette agence, les autorités du ministère de la Santé ont selon un agent de la DGSP « tué la cellule gratuité », car ils l'ont « dévaluée » : d'un statut de division à la direction de l'organisation des soins, elle est devenue un bureau au sein de la division du financement de la santé, et, depuis de nombreux mois, elle n'a plus de directeur.

priorité nationale, l'assainissement de la gestion de la gratuité des soins pour fidéliser les PTF, l'effectivité du transfert des compétences (de l'État vers les collectivités locales), la mise en place des outils de suivi évaluation et la formation des points focaux à tous les niveaux, la mise en place d'un mécanisme de concertation entre MSP et PTF par rapport aux dons de médicaments et le financement de la feuille de route.

Le budget de la mise en œuvre de la feuille de route proposé s'élève à un montant global provisoire de 419 054 980 FCFA.

Après cette phase d'euphorie, une interruption des travaux a été observée. Il a fallu attendre le 22 novembre 2012 pour que la cinquième réunion se tienne. Depuis, les travaux sont interrompus.

### *La facilitation*

La facilitation, ou modération, est un aspect central dans la conduite des dialogues délibératifs. Huit ressources humaines de haut rang, la plupart issues d'organisations internationales ou du ministère de la Santé ont modéré les travaux de la conférence. Un modérateur suppléant était présent. Un maître de cérémonie a été désigné en la personne du directeur de l'information, de la documentation et des relations publiques. Il était assisté par le chef du service protocole du ministère de la Santé publique. Le maître des cérémonies a pour rôle de coordonner l'ensemble des activités pendant les trois jours. Les conférences inaugurales ont été facilitées par le représentant de l'OMS. La session sur le financement de la gratuité des soins a eu comme modérateur le chef de mission de la délégation européenne, appuyé par le directeur général des ressources humaines. Pour la gestion de la gratuité, le chef du projet de formation de la CTB et le coordonnateur national de l'ONG Médecins du monde ont facilité les travaux. Enfin la thématique des médicaments a été facilitée par le représentant adjoint de l'UNICEF assisté du conseiller technique du ministère de la Défense.

### *Une utilisation appropriée des preuves scientifiques*

L'implication des chercheurs du LASDEL et de l'Université de Montréal dans l'organisation et la conduite de la conférence, avec également la participation de chercheurs de l'Institut de recherches des sciences de la santé (IRSS) de Ouagadougou et de l'Université Abdou Moumouni de Niamey lors des présentations et des travaux de groupes, a joué un rôle fondamental.

Des données probantes issues des travaux de recherches menés par ces chercheurs ont été exposées pour encourager les discussions. Ils ont présenté des communications, qui, selon certains de nos interlocuteurs, ont permis d'identifier les problèmes liés à l'accès aux soins, à l'augmentation de la charge de travail, etc. Pour faciliter les débats, dès l'ouverture de la conférence, le comité d'organisation a présenté un documentaire court métrage de 17 minutes présentant rigoureusement la mise en œuvre de la politique. À la suite de cette projection, le Premier ministre, qui a regardé le documentaire, aurait changé certaines phrases de son discours afin de mieux refléter la réalité des difficultés que le documentaire montrait sans équivoque. Le constat ainsi fait, sans concession, par le Premier ministre, a permis aux participants de s'exprimer plus librement et a contribué à libérer la parole, surtout chez les agents de la santé du niveau central qui étaient réticents à la mise en lumière des difficultés.

### **Les effets de la CNGS**

Nous allons passer en revue les effets de la conférence : effets individuels à court terme ; effets communautaires ou organisationnels à moyen terme.

#### *Les effets individuels à court terme*

##### – Connaissances

Pendant la conférence, tous les problèmes ont été mis sur la table par les participants.

« Il n'y a pas de problème qui n'ait pas été abordé pendant la conférence nationale ». Ainsi, « les capacités des uns et des autres ont été renforcées pendant la conférence » (un agent de la cellule gratuité).

La conférence a permis de mieux comprendre la problématique de la gratuité de soins.

« C'est avec ces informations que j'ai eues pendant la conférence que j'organise mon travail au niveau de mon ONG » (un responsable d'une ONG).

Elle a également fourni une fenêtre d'opportunité permettant d'aller au-delà du problème spécifique de la gratuité de soins.

« La conférence a été une opportunité pour améliorer les connaissances sur les problèmes du système de santé global » (membre de la DOS).

La conférence a, à sa manière, renforcé la « *confiance en ses capacités d'agir et changer* » (Boyko *et al.* 2012) pour les agents de la cellule gratuité de soins. Depuis la nomination de leur coordinateur à un autre poste, les agents de la cellule se sont sentis abandonnés à eux-mêmes. Les problèmes s'accumulaient sans que personne ne prenne une décision. Avec l'organisation de la conférence, et leur pleine implication, ils se sont sentis libérés et motivés<sup>9</sup>.

« ... Nous, au niveau de la cellule, nous sommes restés sans tête et tout ce beau monde était venu nous aider. Des difficultés dans lesquelles on était noyé et plusieurs personnes sont venues à nos secours. Ça a été très motivant » (agent de la cellule gratuité de soins).

À les entendre, cette participation à l'organisation et la conduite de la conférence les a non seulement motivés, mais également a permis de « *changer les manières de traiter les factures et de supervision des activités* » (un agent de la DOS). Mais la conférence a aussi permis d'impliquer les « *représentants des communautés et des ECD pendant ces supervisions* » (un agent de la cellule gratuité, réunion de Tillabéry).

La conférence a enfin aidé au renforcement de la compréhension mutuelle entre les participants, ainsi qu'à la mise en place d'une vision partagée sur la problématique de l'exemption des paiements des soins de santé, sa gestion, son financement et la place du médicament, ce qui est gage de réussite (Hunt et Lillewood 2003).

À titre d'exemple, nous pouvons citer le fait qu'avant la conférence, il n'y avait pas de consensus entre le ministère de la Santé publique et celui des Finances sur le montant des arriérés de factures que l'État doit rembourser aux formations sanitaires.

« ... On affirme sans se tromper que la conférence a permis une compréhension sur la situation des remboursements entre la cellule de gratuité et le ministère des Finances. Avant, quand le ministère des Finances remboursait, le

---

9. Mais comme nous l'avons noté plus haut, cela a été de courte durée.

MSP n'avait aucune information sur les montants, les périodes et les formations sanitaires qui ont reçu les remboursements. Après la conférence, il a fallu s'arrêter discuter au niveau du comité paritaire mis en place. Depuis, le MSP a un feed-back du MEF sur les factures qui ont été remboursées » (un participant à la conférence).

D'autres exemples renforcent l'idée de l'amélioration des relations entre acteurs.

« La conférence a permis de replacer les communautés dans leurs rôles. En faisant comprendre aux communautés que le non-respect des cibles (les enfants de moins de cinq ans) a été à la base de l'alourdissement des factures, ça a entraîné que les COGES se sont placés au centre du système de suivi de la gratuité au niveau local » (le chef de la participation communautaire au MSP)

« On peut dire que c'est la conférence qui a eu un effet sur la relance des activités de certains acteurs. On a constaté un réchauffement de liens de collaboration entre les gens qui avant étaient membres du comité de pilotage et qui avaient abandonné le travail depuis longtemps, ce qui explique les effets sur les individus et sur les institutions » (le chef de la participation communautaire au MSP)

Ainsi, selon la majorité des acteurs, la mise en place d'un cadre de concertation entre le ministère de la Santé et celui des Finances a conduit à l'inscription de la gratuité parmi les priorités du comité des dépenses publiques.

« En créant un rapprochement entre le ministère des Finances, et celui de la Santé, le comité des dépenses publiques est parvenu à inscrire la gratuité comme une priorité. Suite à la conférence, il a été décidé que, chaque semaine, une somme doit être prévue pour rembourser les factures de la gratuité, même si c'est pour une formation sanitaire » (agent à la DOS, réunion de Tillabéri).

Mais certains techniciens des finances disent le contraire :

« Actuellement, la priorité au niveau des finances, ce sont les questions de sécurité. La gratuité ne l'est pas pour le moment ». (agent du Trésor).

*Les effets à moyen terme (communautaires ou organisationnels)*

Dans l'euphorie de l'après conférence, un espace de dialogue et d'échange entre les ONG et les PTF a été mis en place et une série de réunions a été tenue à un rythme très rapproché. Ainsi, entre le 16 mars et le 20 mai 2012, plusieurs partenaires et ONG appuyant le secteur de la santé se sont régulièrement rencontrés pour réfléchir sur les voies et moyens à mobiliser afin de pousser l'État à aller dans le sens de l'amélioration de la politique.

« L'après-conférence a été un moment de mobilisation des acteurs de la gratuité » (responsable plaidoyer d'une ONG).

## – Le comité de suivi

Un comité a été mis en place par arrêté ministériel<sup>10</sup>, avec pour mission de suivre la mise en œuvre des recommandations de la conférence, à travers l'élaboration d'un plan d'action, et le compte rendu régulier de son état d'avancement.

Ce comité comprenait quinze membres qui représentaient les principales structures impliquées dans la mise en œuvre de la politique de gratuité. Il a élaboré une feuille de route du suivi des recommandations de la conférence. Mais cette mobilisation de première heure s'est vite effritée.

« Après nous avons vu un relâchement de la mobilisation des uns et des autres. Le comité de suivi a quant à lui cessé de convoquer les réunions et la léthargie s'est installée ». (un agent du MSP).

« J'ai eu l'impression que les gens qui doivent convoquer le comité de suivi ne veulent pas le faire... Manifestement ils ne veulent pas le faire. Et pourtant c'est inclus dans leurs tâches ». (un agent du MSP).

Cette léthargie est peut être liée au fait que ce comité est composé des mêmes personnes que l'ancien comité de pilotage de la gratuité des soins qui avait disparu (*cf.* Ousseïni, *supra*, chapitre 6). Pour d'autres, les raisons sont plutôt liées à une réorganisation interne au ministère de Santé.

« Un des facteurs qui a réduit l'engouement des uns et des autres est que la cellule gratuité a été éclatée, désancrée de la DOS, et ramenée à la DEP. Les

---

10. Arrêté 000121/MSP/SG/DGSP/DOS du 29 mars 2012,

gens qui venaient ne savaient pas qui est désormais le répondant de cette politique au ministère de la Santé » (un agent du MSP).

#### – La feuille de route

La « feuille de route » est un document dactylographié de neuf pages, présenté sous forme de tableau. Les vingt-huit recommandations relatives à la situation des arriérés des factures, au financement de la santé, à la gestion de la gratuité, à l'approvisionnement en MEG et au suivi de la mise en œuvre des recommandations, ont été déclinées en activités à réaliser.

Deux activités ont été jugées par le comité de suivi comme étant non opportunes. La première est l'exploration des possibilités de financement par l'augmentation de la TVA sur les produits de luxe, par une taxe sur la téléphonie mobile, sur le tabac, sur l'alcool, ou sur le transport, ou par la *zakat*, car toutes sont en lien avec le fonds social en cours de formulation. Pour le représentant du ministère des Finances, cela est contraire au code général des impôts. La deuxième activité, qui consistait à élaborer des manuels de gestion et de procédure de la gratuité, a été jugée également non opportune, vu « *la proposition de révision de l'ancien manuel et les perspectives de création de l'Agence de gestion de la gratuité* » (un participant à l'atelier de Tillabéri).

Deux activités ont quant à elles été jugées non applicables. Il s'agissait de procéder à une répartition des remboursements par structure avant la transmission des factures au ministère des Finances et de débloquer en urgence les crédits médicaments de 2011. Selon les membres du comité de suivi, les factures sont transmises au ministère des Finances au fur et à mesure de leur arrivée et en fonction des crédits alloués et libérés et, d'autre part, les crédits 2011 sont déjà libérés par le ministère des Finances.

Seulement deux activités étaient en cours d'exécution au moment de la réunion du comité. Le nombre d'activités non réalisées était donc de 23 en juin 2013, pour plusieurs raisons : manque de ressources, absence de motivation des agents de santé, difficultés des procédures administratives.

#### – Le retour de l'AFD

L'Agence française de développement (AFD) qui, au début de la politique, avait accompagné l'État nigérien dans le cadre de l'aide budgétaire au développement, s'était ensuite retirée du financement. À en croire un responsable du plaidoyer d'une ONG, le retour de l'AFD dans ce domaine serait un effet de la conférence. Depuis son retour, sur les 39 milliards de

francs CFA que l'État doit aux formations sanitaires, l'AFD a remboursé 2,8 milliards<sup>11</sup>.

## Conclusion

La conférence nationale pour le renforcement de la politique de gratuité de soins, bien qu'elle ait été suscitée et financée de l'extérieur, a été un dialogue réussi entre les différentes parties prenantes de la mise en œuvre de cette politique. Si, dans un premier temps, l'organisation de ce processus délibératif a rencontré une réticence importante des agents de la fonction publique, la fin a été positive. Les participants venus de toutes les régions du pays, de tous les niveaux de la pyramide sanitaire et de tous les horizons ont efficacement représenté toutes les parties engagées ou ayant un intérêt dans la réussite de cette politique. Tous les sujets jugés tabous ont été discutés sans langue de bois, et des recommandations opérationnelles, assorties d'une déclaration, ont été finalement proposées. Celles-ci ont été traduites en feuille de route. Bien que laborieuse, cette mise en œuvre de la feuille de route se poursuit. Des effets bénéfiques individuels et organisationnels de cette conférence sont déjà relevés, mais il faudra s'assurer que les acteurs concernés persévèrent dans leur volonté de réformer cette politique, qui en a bien besoin.

---

11. L'Agence française de développement est engagée au côté du ministère de la Santé dans la préparation d'un projet d'appui à la politique de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, qui comprend l'étude des coûts réels de la gratuité des soins ; l'appui au ministère de la Santé pour la gestion et le renforcement du contrôle interne de cette politique ; la déconcentration du remboursement et l'implication des collectivités territoriales dans le financement de la politique ; sans oublier l'alimentation du « fonds social santé » en création.