



PERSONNELS D'OBSTETRIQUE NIGERIENS ET CONDITIONS POUR EXERCER EN MILIEU RURAL

CAS DE LA REGION SANITAIRE DE TILLABÉRY

Mahaman Moha, Valéry Ridde et Christian Dagenais

| Décembre 2015

RAPPORT DE RECHERCHE

PERSONNELS D'OBSTETRIQUE NIGERIENS ET
CONDITIONS POUR EXERCER EN MILIEU RURAL

CAS DE LA REGION SANITAIRE DE TILLABERY

Mahaman Moha, Valéry Ridde et Christian Dagenais

RESUME

La mortalité maternelle demeure une problématique majeure en Afrique et notamment au Niger. L'une des stratégies efficaces pour réduire les décès maternels est de s'assurer que les femmes accouchent auprès d'un personnel qualifié dans des centres de santé qui offrent des soins de qualité. Cependant, la distribution du personnel de santé ayant des compétences obstétriques est très souvent défavorable aux zones rurales. Au Niger, moins de 15% du personnel obstétrique travaillent en milieu rural et seulement 21% des femmes du milieu rural accouchent auprès d'un personnel qualifié, contre 83% pour celles du milieu urbain. Les inégalités d'accès aux accouchements et ses conséquences sur la mortalité maternelle restent donc très importantes et doivent être l'objet de mesures énergiques. Pourtant, les conditions qui permettraient à ce personnel de santé au Niger d'accepter de travailler en zone rurale, et d'y rester, sont encore peu connues. Ainsi, à la demande du ministère de la santé et en collaboration avec l'OMS, une équipe du LASDEL et de l'Université de Montréal a réalisé une recherche visant à comprendre ces conditions.

La recherche a été effectuée au moyen de méthodes mixtes où les données qualitatives sont restées prépondérantes sur les données quantitatives. L'étude s'est déroulée tout au long de l'année 2015, après son acceptation par le comité d'éthique national. Au plan national, des entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès des responsables du ministère de la santé et de trois écoles/instituts de santé publique. Au niveau local et régional, le contexte de la recherche est celui de la région de Tillabéry et notamment des trois districts de Tillabéry, Ouallam et Téra ; région et districts où les problèmes de ressources se font le plus ressentir selon les responsables. Dans ces districts, les enquêtes de terrain se sont déroulées au sein des trois hôpitaux et de 14 centres de santé intégrée choisis avec les équipes de district et selon le principe du contraste au regard du critère d'enclavement. Au total cent soixante-trois (163) entretiens ont été réalisés, retranscrits et analysés. Un exercice de cartographie conceptuelle a été réalisé avec deux groupes (n=29 ; n=11) d'apprenantes obstétriciennes de l'école de santé publique et de l'action sociale (ESPAS) de Niamey et de l'institut de santé publique de Niamey. La collecte des données n'a pas été facile au niveau national par manque d'intérêt ou réclamation pécuniaire par certains, mais très appréciée au niveau local, bien que la question de l'utilisation des résultats ait été posée.

L'analyse documentaire montre que les problèmes de répartition inégale du personnel de santé et les difficultés de le retenir en zone rurale ont été mis au jour depuis très longtemps dans les politiques publiques. Plusieurs stratégies d'action ont été proposées de manière régulière dans ces textes, c'est leur mise en application qui ne semble pas encore effective, à travers notamment le Plan de Développement des Ressources Humaines (2011 – 2020). Cependant, ce problème de ressources humains demeure négligé. Les entretiens ont montré que les participants suggéraient que la notion de ruralité devait être comprise dans sa complexité. La ruralité peut revêtir de multiples formes, soit de l'isolement et de situations nomades à une ruralité disposant de certains traits de l'urbanité moderne. Mais la ruralité c'est aussi, pour le personnel de santé, ne pas disposer des moyens de remplir ses missions cliniques et de mobiliser des savoirs. Il faut aussi devoir être disponible en permanence pour les populations locales, comparativement aux collègues du milieu urbain qui sont bien moins sollicités et disposent de temps libre (car plus nombreux), au-delà des avantages de la vie en

ville. En ce qui concerne la motivation à exercer en milieu rural, il y a les agents de santé qui refusent, ceux qui aiment et restent, ceux n'aiment pas mais le tolèrent.

Les facteurs qui favorisent la fidélisation du personnel en milieu rural sont notamment le recrutement par une ONG locale et un poste à responsabilité qui donne accès à des avantages multiples. L'affectation du personnel en milieu rural ne dispose pas toujours d'un processus juste et transparent et il fait face à de multiples interventions et sollicitations à tous les niveaux (central et local) provenant souvent du politique. L'échelon du district peut parfois ne pas être consulté dans l'affectation de son personnel. Partout, le personnel insiste sur le caractère limité de l'effectif en personnel de santé en zone rurale et le besoin important d'affectations. Certains centres de santé éloignés ou insulaires ne trouvent ainsi quasiment jamais preneur lorsqu'il faut nommer un agent de santé. L'importante féminisation du personnel semble être une contrainte aux nominations rurales, non pas pour leur compétence mais leur réticence à vivre loin des centres urbains lorsqu'elles sont mariées. La norme sociale (et administrative informelle) est que la femme doit suivre son mari. Les hommes seraient donc plus affectés dans les centres de santé isolés que les femmes. Toutes ces difficultés ont pour conséquence la présence de nombreux personnels supplétifs dans les formations sanitaires, pas toujours formés et compétents pour répondre au besoin. En outre, la forte contractualisation des agents dans le système de santé, corolaire du manque de titulaires, n'est qu'un palliatif éphémère au recrutement rural car à la première occasion (contrat ONG, mariage, non titularisation, etc.) ce personnel quitte ces zones. En outre, en milieu rural, nous avons constaté de très nombreuses formes d'absentéisme : résidentiel, gériatrique, confessionnel, maladie, et militant. La peur d'être affecté en milieu rural et les mauvaises conditions de travail (notamment la perception de surcharge et le besoin de disponibilité permanente) et de salaire (observées ou vécues) ont même provoqué pour quelques sages-femmes un changement de carrière, devenant policière, professeure ou commerçante. En revanche, certaines sages-femmes contractuelles arrivent à s'adapter à l'éloignement de leur mari et famille ou leur vie maritale locale pour quelques temps, en attendant un regroupement familial.

Les lacunes importantes du système de gestion des carrières ainsi que la méconnaissance de ces mécanismes par les agents de santé affectent le placement en milieu rural. Dans tous les districts visités, les conditions de vie et de travail (eau, électricité, logement, transport, téléphone, bonne, école, etc...) en milieu rural, constituent un des principaux facteurs répulsifs chez les agents de santé à exercer en milieu rural. Les villages trop éloignés et isolés sont qualifiés de « prison » par les agents de santé. Ainsi, les freins au recrutement du personnel en milieu rural sont-ils consubstantiels des déterminants du système de santé et de la santé des populations. C'est du développement global du milieu rural dont il est ici question. Ajoutons que les événements sécuritaires de ces dernières années dans la région ne facilitent pas le recrutement dans les zones isolées, surtout pour le personnel contractuel.

Plusieurs facteurs ont été explicités comme motivation intrinsèques par le personnel rencontré pour choisir de rester en milieu rural : la vocation (de multiples formes), l'altruisme, le rôle du modèle et l'attrait de la blouse, une histoire de famille. Une des motivations extrinsèques importante est le souhait de devenir fonctionnaire, et pour cela, certains vont accepter de devenir contractuel en milieu rural et isolé, conçu comme un point de passage pour une situation meilleure. Les agents évoquent aussi le fait d'obtenir une responsabilité (et les avantages associés) au sein de la formation sanitaire ou d'être

originaire d'un milieu rural. D'autres affirment que la reconnaissance sociale locale dans les villages est gratifiante, elle se manifeste par i) les salutations et les remerciements ; ii) l'octroi de la bienséance ; iii) la participation des communautés aux actions de santé ; iv) les différents cadeaux et services. Il arrive aussi que certaines femmes épousent un ressortissant du village rural, ce qui est parfois une réussite stratégique des villageois, et donc reste plus longtemps. Lorsque les relations entre les agents de santé et les villageois sont bonnes, ces derniers s'organisent pour tenter, dans la limite de leurs moyens, d'améliorer le quotidien des agents pour faire en sorte que leur vie au village soit plus facile à vivre. De nombreux témoignages montrent que cette mobilisation est propice à la fidélisation du personnel, à partir du moment où ce dernier tente de s'adapter localement. À l'inverse, de mauvaises relations avec les populations, un engagement politique différent de celui de la majorité du village ou encore le refus de participer à (ou la création) de mauvaises pratiques de gestion communautaire de l'argent des centres de santé seront des éléments favorables au départ.

Dans l'exercice de cartographie conceptuelle, les élèves sages-femmes ont proposé une liste de 94 éléments qui favoriseraient leur acceptation d'un poste en milieu rural. Ils sont regroupés statistiquement en 10 facteurs qui sont par ordre d'importance, en commençant par le plus important :

- 1 Gratifications supérieures aux zones urbaines
- 2 Zone favorable à la vie familiale
- 3 Prise en charge totale et prévention pour la sage-femme
- 4 Mesures sécuritaires
- 5 Disponibilité du personnel qualifié et travail en équipe
- 6 Participation et collaboration de la communauté
- 7 Disponibilité du matériel et équipements nécessaires
- 8 Respect des droits et devoirs de la sage-femme
- 9 Conditions de vie favorables
- 10 Accessibilité de la zone et moyens de déplacement

Cette recherche au Niger montre que les enjeux de la présence du personnel de santé en milieu rural sont connus des décideurs depuis longtemps et si elle a permis de mettre au jour de nombreux facteurs à cet égard, il devient urgent que des actions soient prises pour que les populations rurales puissent enfin bénéficier des services dont ils ont besoin.

Table des matières

I. INTRODUCTION	11
1.1 La mortalité maternelle : un problème de santé publique en Afrique de l'Ouest.....	11
1.2 La rétention du personnel en zone rurale en Afrique	13
1.3 Objectif et questions de la recherche.....	20
II. METHODOLOGIE	22
2.1 Les étapes de la recherche.....	22
2.1.1 Phase préparatoire	24
2.1.2 Phase de terrain	25
2.2 Le dispositif de l'enquête.....	26
2.2.1 L'approche de la recherche	26
2.2.2 Les méthodes d'enquête qualitative	26
2.2.3 Le processus de la cartographie	27
2.3 Enquête documentaire	31
2.4 Perceptions de la recherche.....	31
2.5 Difficultés rencontrées	35
III. LES CONTEXTES DE L'ETUDE	36
3.1 Le Niger, le système de santé et les politiques de fidélisation des agents de santé en milieu rural.....	36
3.1.1 Le système de santé	36
3.1.1.1 L'administration centrale et les services extérieurs.....	37
3.1.1.2 Les directions régionales de la santé publique	38
3.1.1.3 Les districts sanitaires	39
3.1.2 Politiques, stratégies de santé, leurs instruments et les ressources humaines	39
3.1.2.1. Des problèmes bien connus....	40
3.1.2.2. Aux solutions programmées dans les documents stratégiques....	42
3.1.2.3. Mais les problèmes de ressources humaines restent des problèmes négligés du système de santé nigérien	44
3.2 La région sanitaire de Tillabéry	44
IV. PERCEPTIONS DE LA RURALITE ET PROBLEMATIQUE DE L'EXERCICE DES PROFESSIONS OBSTETRIQUES EN MILIEU RURAL NIGERIEN	47
4.1 Perceptions et pratiques autour de la ruralité	47
4.1.1 La ruralité : un concept complexe et polysémique.....	47
4.2 Problématique de l'exercice en milieu rural.....	53
4.2.1 Quels sont les facteurs qui favorisent ou contraignent le personnel à travailler en milieu rural ?.....	53
4.2.1.1 Les facteurs de fidélisation ou « pull factors ».....	53
4.2.1.2 Les facteurs qui contraignent le travail en milieu rural ou « push factors »	55
4.3 Les principaux problèmes de l'exercice rural.....	70

4.4	Quelles sont les motivations intrinsèques et extrinsèques du personnel qui choisit de rester en milieu rural ?	88
4.4.1	Les motivations intrinsèques	88
4.4.2	Les motivations extrinsèques	93
V.	CONDITIONS DES AGENTS POUR ALLER EXERCER EN MILIEU RURAL : LE POINT DE VUE DES PARTIES PRENANTES	104
5.1	Résultats de l'enquête terrain-cartographie 1	105
VI.	CONCLUSION	119
VII.	ANNEXE : LES MESURES DE RETENTION ET DE FIDELISATION DU PERSONNEL EN MILIEU RURAL	133
7.1	Cadre réglementaire	133
7.2	Le système de rémunération des agents de santé nigériens	135
7.3	Les autres incitatifs financiers	136

Table des illustrations

Tableau 1 : Taux de mortalité maternelle dans certains pays d’Afrique de l’Ouest (2013).....	11
Tableau 2 : Effectifs des agents obstétricaux au Niger (selon le milieu).....	17
Tableau 3 : Formations sanitaires et autorités sites de nos enquêtes.....	23
Tableau 4 : Personnes enquêtées	26
Tableau 5 : Echantillon de cartographie conceptuelle.....	29
Tableau 6 : caractéristique de la vie rurale dans la région de Tillabéry	49
Tableau 7 : couverture en personnel d’obstétrique	59
Tableau 8 : situation des agents obstétricaux dans le district de Tillabéry.....	60
Tableau 9 : Les principales conditions d’exercice des élèves sages-femmes en milieu rural	105
Tableau 10 : Respect des droits et devoirs de la sage-femme	107
Tableau 11 : Conditions salariales.....	108
Tableau 12 : Zone favorable à la vie familiale	109
Tableau 13 : Prise en charge totale et prévention des SF	110
Tableau 14 : mesures sécuritaires.....	111
Tableau 15 : Disponibilité en personnel.....	112
Tableau 16 : Participation communautaire et collaboration de la communauté	113
Tableau 17 : Disponibilité du matériel et équipements nécessaires	114
Tableau 18 : Conditions de vie favorables	115
Tableau 19 : Accessibilité de la zone et moyens de déplacement	117
Tableau 20 : Chronogramme de l’enquête (Niamey et Tillabéry).....	124
Tableau 21 : le dispositif réglementaire.....	133
Tableau 22 : Taux de la prime de service publique (PSP).....	138
Tableau 23 : Indemnité de transport	141
Figure 1 : Profil sanitaire de la région de Tillabéry.....	45
Figure 2 : Concepts et priorités	106
Figure 3 : Cartographie 1.....	106

Liste des sigles

AIRTEL	Compagnie de téléphonie mobile
AMPS	Alliance mondiale pour les personnels en santé
ASC	Agent de santé communautaire
BOA	Bank Of Africa
CDI	Chargé des immunisations
CFA	Communauté Économiques de l’Afrique
CHR	Centre Hospitalier Régional
COGES	Comité de gestion
COSAN	Comité de santé
CRDI	Centre de recherches pour le développement international
CRENI	Centre de récupération nutritionnelle intensive
CSC	Case de santé communautaire
CSI	Centre de santé intégrée
DGR	Direction Générale des Ressources
DRH	Direction des ressources humaines
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DRSP	Direction régionale de santé publique
ECD	Équipe cadre de district
EHESS	École des hautes études en sciences sociales
ENSP	École nationale de la santé publique
EPA	Établissement public à caractère administratif
EPIC	Établissement public à caractère industriel et commercial
ESPAS	École de santé publique et de l’action sociale
HD	Hôpital de district
HELP	ONG humanitaire allemande
ICD	International Classification of diseases
ISP	Institut de santé publique
ISPS	Institut supérieur des professionnels de santé
LASDEL	Laboratoire d’études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local
MDM	Médecins du Monde
MFS	Médecins sans frontières

MOOV	Compagnie de téléphonie mobile
MSP	Ministère de la santé publique
MSP/LCE	Ministère de la santé publique et de lutte contre les endémies
NIGELEC	Société nigérienne d'électricité
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernemental
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PM	Premier Ministre
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PRN	Présidence de la République du Niger
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTTE	Pays pauvre très endettés
REALISME	Recherches appliquées interventionnelles en santé mondiale
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources Humaines en Santé
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficienc Acquis
SONITEL	Société nigérienne de télécommunications
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SPT	Stratégie Plaintes et Traitements
VIH	Virus d'Immuno-déficienc de l'homme
WHO	World Health Organisation

I. Introduction

1.1 LA MORTALITE MATERNELLE : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE DE L'OUEST

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans les pays d'Afrique subsaharienne reste difficile malgré les multiples efforts consentis par les autorités sanitaires des différents pays et leurs partenaires. Il est de plus en plus accepté que les principales causes reflètent la faiblesse des systèmes de santé. Selon la définition de l'International Classification of Diseases (ICD-10th revision), la mortalité maternelle est le :

«...décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite » (Organisation Mondiale de la Santé, 2004)

Dans les pays d'Afrique de l'Ouest (Tableau 1), les taux de mortalité maternelle restent élevés (World Health Organisation, 2010). Au Niger une femme sur sept meurt des complications liées à la grossesse. Le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés au monde, soit 630 pour 100.000 naissances vivantes.

Tableau 1 : Taux de mortalité maternelle dans certains pays d'Afrique de l'Ouest (2013)

Benin	340
Burkina Faso	400
Côte d'Ivoire	720
Ghana	380
Mali	550
Niger	630
Afrique OMS	500

Source : WHO, 2015

Devant l'ampleur de ce problème, connaître les causes constitue la première étape de sa solution : « éliminer ou réduire la mortalité maternelle et infantile passe par l'identification de leurs causes » (Hatem, 2013). Deux indicateurs ont été reconnus comme pouvant donner une indication de l'ampleur de la mortalité maternelle. Il s'agit de la proportion d'accouchements par césarienne et du pourcentage d'accouchements réalisés par un personnel de santé qualifié. Il est admis que plus la proportion d'accouchements à l'aide

d'un accoucheur qualifié¹ est élevée dans un pays, plus le ratio de mortalité maternelle y est faible.

Pourtant, chaque année, 60 millions de naissances surviennent en dehors d'un établissement de santé et 52 millions de ces naissances ont lieu sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée (UNICEF, 2009). Au Niger, le taux d'accouchements assisté par du personnel qualifié est de 29% pour la période 2007-2014 et la proportion de naissance par césarienne de 1% pour la même période (OMS, 2015).

De plus en plus de pays de la région africaine de l'OMS développent des stratégies et interventions visant à améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. Une grande partie vise à améliorer l'accès aux services de santé et aux agents de santé qualifiés.

Dans ce contexte, les ressources humaines en santé sont reconnues comme étant le facteur clé pour l'effectivité de la délivrance des services de santé de qualité (Lehmann U, Dieleman M, Martineau T, 2008 ; Joint Learning Initiative, 2004 ; WHO, 2006). Un consensus mondial existe sur le fait que le manque criant d'agents de santé qualifiés menace l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et maintenant les Objectifs du développement durable. Le déficit des ressources humaines en santé (RHS) est le problème le plus rapporté parmi ceux relatifs à la gestion des ressources humaines, surtout dans les pays à ressources limitées (Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J, Seddah A, 2006 ; Muula AS, Panulo B Jr, Maseko FC, 2006). Selon l'OMS, dans le monde, en 2006, cinquante sept pays sont confrontés à une pénurie chronique du personnel dans le secteur de la santé. Les pays à revenus faibles et intermédiaires viennent en tête. L'écrasante majorité (36 sur 57) se trouvent en Afrique subsaharienne (WHO, 2013). De plus, il est important de souligner que les pays d'Afrique subsaharienne réunissent, à eux seuls, onze pour cent (11%) de la population mondiale mais sont confrontés à 24% de la charge mondiale de morbidité. Pour y faire face, elles ne mobilisent que 3% des effectifs des ressources humaines en santé dans le monde et représentent 1% des dépenses en santé (Anyangwe SC, Mtonga C., 2007).

La répartition inégale du personnel de santé est une réalité à l'échelle des pays, notamment dans les pays à faible revenu. Selon les estimations de l'OMS, seuls 24% des médecins et 38% du personnel infirmier travaillent en zone rurale alors que ces zones concentrent la moitié de la population (OMS, The World Health Report: Working together for health., 2006). L'une des difficultés auxquelles sont confrontés les responsables est la capacité à mobiliser ce personnel de santé en zone rurale puis, surtout, de se donner les moyens de les garder dans ces régions afin de répondre aux besoins des populations locales. À l'instar de la plupart des pays d'Afrique, le Niger est confronté à cette problématique. Ainsi, c'est dans le cadre de ce contexte que nous avons entrepris une étude au Niger.

Ce rapport de recherche est le fruit d'un partenariat scientifique entre l'École de santé publique de l'université de Montréal (la Chaire des IRSC Réalisme²) et le laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL). Cette recherche a été réalisée pour répondre à une demande du Ministère de la santé publique et

¹Un consensus est fait sur la définition d'accoucheur qualifié. Il s'agit : « d'une sage-femme, ou d'un personnel ayant ses compétences obstétricales, par exemple : un médecin, ou une infirmière obstétricale » (Kwast, 1991, cité et traduit par Hatem, 2013).

² Un grand merci à Linda François, coordinatrice de la Chaire pour sa relecture minutieuse du rapport et sa mise en page.

du bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de Genève. Il a pour objectif de produire des connaissances afin d'aider le gouvernement nigérien à reformuler sa politique et sa stratégie de ressources humaines en santé. Cette étude fait partie d'une réflexion globale que mène l'OMS sur les questions de rétentions des RHS dans la zone africaine.

Ce rapport est structuré en six chapitres. Les trois premiers chapitres présentent les questions d'ordre général de l'introduction, les aspects méthodologiques et contextuels.

Le quatrième chapitre traite des perceptions autour de la ruralité et de la problématique de l'exercice des professions obstétricales en milieu rural nigérien.

Le cinquième chapitre décrit les conditions selon lesquelles les élèves sages-femmes accepteront de servir en milieu rural pour une période d'au moins cinq ans.

Dans la sixième partie, nous essayerons de tirer des conclusions et de proposer quelques pistes de recommandations éditoriales, recueillies auprès des acteurs.

1.2 LA RETENTION DU PERSONNEL EN ZONE RURALE EN AFRIQUE

La crise des ressources humaines en santé en Afrique est de plus en plus importante. Elle a atteint son paroxysme en Afrique de l'Ouest (Campbell J, Buchan J, Cometto G, et al., 2013 ; WHO, 2014). Elle fait obstruction au développement des systèmes de santé dans les pays à ressources limitées (Silvestri DM, Blevins M, Afzal AR, et al., 2014). En effet, le déficit des ressources humaines en santé dans les zones rurales, où le besoin est le plus crucial, est un problème central des systèmes de santé à travers le monde (Blaauw D, Erasmus E, Pagaiya N, Tangchaoensathein et al., 2010). Dans les pays à ressources limitées comme le Niger, il constitue un problème négligé de santé publique.

L'un des problèmes auxquels font face les pays depuis longtemps est celui de répartition du personnel entre les zones rurales et urbaines et plus spécifiquement celui de la rétention du personnel dans le domaine de la santé obstétricale en zone rurale (Dussault G, Franceschini MC, 2006). En effet, l'écrasante majorité des patients qui éprouvent le plus grand besoin en soins n'ont accès qu'aux formations sanitaires les plus éloignées, difficile d'accès ou isolées. Une répartition non adaptée des ressources humaines en santé entre les formations sanitaires urbaines et rurales limite l'accès des populations rurales aux soins de santé de qualité. Cette situation ne permet pas d'améliorer les indicateurs de santé. Cette répartition inéquitable de la délivrance des soins de santé liée à la mauvaise distribution des agents de santé dans les pays à ressources limitées a été très bien étudiée (Chen L, Evans T, Anand S, Brown H, Chowdhury M et al., 2004 ; Organisation, 2006 ; Anyngwe SC, Mtonga C, 2007 ; Lehmann U, Dieleman M, Martineau T, 2008 ; Buchan J, Calman L, 2004 ; Chen, 2010), mais on manque cruellement de connaissances concernant le Niger en particulier.

Le forum mondial des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement a montré qu'il existe une corrélation entre le niveau des effectifs des ressources humaines en santé et celui de la santé des populations (Gross JM, Riley PL, Kiriinya R, Rakuom C, Willy R, Kamenju A, Oywer E, Wambua D, Waudu A, Rogers MF., 2010 ; Buchan J, Aiken L, 2008).

La présence de ce personnel qualifié est en effet crucial pour sauver des vies de femmes et d'enfants (De Brouwere V, Richard F, Witter S., 2010) et atteindre la couverture universelle

en santé (Campbell J, Buchan J, Cometto G, et al., 2013). Pour assurer la couverture universelle en soins, il est important de passer par l'amélioration de l'accès à un personnel motivé et appuyé, spécialement dans les régions éloignées et difficiles d'accès, ce qui est une condition pour le respect du droit à la santé et de la justice sociale. C'est également essentiel pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, les soins de santé primaires, les vaccinations, le contrôle des maladies comme le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme. Aucun de ces objectifs ne peuvent être atteints si une grande partie de la population n'a pas accès à un personnel de santé qualifié, motivé et suivi (Chen L, Evans T, Anand S, et al., 2004). La résolution du problème de mauvaise distribution des ressources humaines en santé, est l'un des principaux enjeux, non seulement pour assurer la couverture universelle en soins, mais également pour gérer le problème des déficits de ces agents de santé et du déséquilibre dans leur répartition. Dans certaines situations, le problème du déficit au niveau national des agents de santé est le résultat de la combinaison de leur absence en milieu rural, mais également de l'absence d'utilisation des ressources existantes.

Au niveau de certains pays l'iniquité dans la répartition des agents de santé se constate entre les niveaux de la pyramide sanitaire ou bien entre le milieu urbain et le milieu rural. A titre d'exemple, au Bangladesh, quatre districts métropolitains, disposent de 35 de tous les médecins existant dans le pays, prenant en charge seulement 14,5% de la population (Zurn P, Dal Poz MR, Stiwell B, Adams O, 2004 ; Lehmann U, Dieleman M, Martineau T, 2008).

Encadré n° 1 : situation des ressources humaines au Niger

Comme dans beaucoup de pays d'Afrique, le Niger fait face à une mauvaise répartition des agents de santé qui a une conséquence sur l'atteinte des objectifs de santé, surtout pour les populations des zones rurales.

Au Niger, les indicateurs de santé maternelle sont encore très bas. Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est de 45,72 % en 2014, alors que celui de la couverture contraceptive en méthodes modernes chez les femmes en union est de 12% en 2012, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ne sont couverts qu'à hauteur de 20,27%. Ce niveau bas des indicateurs de santé maternelle est principalement lié à une faible couverture sanitaire pour une population vivant au-delà de 5 km d'une formation sanitaire qui est passée de 47,6% en 2000 à 48,42% en 2014. Plus de la moitié des personnes n'ont pas accès à une formation sanitaire de base (MSP, Octobre 2015). On note aussi l'insuffisance de l'implantation et d'accompagnement à l'installation des formations sanitaires privées (à l'origine du déséquilibre entre le milieu urbain et rural) et l'insuffisance de ressources humaines ainsi que la mauvaise répartition entre le milieu urbain et rural (MSP, Octobre 2015). Ainsi, la situation des ressources humaines en santé se caractérise par une insuffisance de personnel, surtout infirmiers et sages-femmes, en plus d'une mauvaise répartition assortie d'une forte féminisation. En 2014, l'effectif total des agents de santé est de 7647 mais 75% du personnel de santé travaille en zone urbaine où vivent seulement 16,21% de la population. Les femmes constituent une proportion de 59% du personnel de santé, ce qui pose aussi la problématique de l'utilisation du personnel en zone rurale (Gaboriau C, Agbota G, Galadima S, Toure B, 2015). En 2014, 944 médecins, 3253

infirmiers et 905 sages-femmes exercent sur le territoire du Niger avec des ratios de 1 médecin pour 19599 habitants, un infirmier pour 5688 habitants et une sage-femme pour 4498 femmes en âge de procréer.

Dans d'autres situations, il s'agit de la concentration excessive des professionnels spécialisés au niveau des grandes villes.

Encadré n° 2 : Problème des médecins spécialisés au Niger

Au Niger, l'analyse de la spécialisation du corps des médecins de l'année 2015 montre que seuls 277 spécialistes répartis entre 36 spécialités exercent sur l'ensemble du territoire. Trois spécialités regroupent à elles seules 153 spécialistes, avec un taux de 56% des spécialistes. Il s'agit de la pédiatrie (43), de la gynéco-obstétrique et de la santé publique (55 chacune). Les spécialités les plus rares, dont l'effectif est de 1 à 4, sont au nombre de 25. Parmi elles 11 (la biochimie, l'hépatto-gastro-entérologie, l'imagerie médicale ; la médecine nucléaire, la neurologie, l'orthopédie, la physiologie, la psychologie, la radiologie, la rhumatologie, et les urgences) n'ont qu'un seul spécialiste. Quatre autres (l'anatomie pathologie, la dermatologie, la médecine du travail, et la psychiatrie) ne disposent que de deux spécialistes. Cinq autres disciplines disposent de trois spécialistes (la biologie, la cancérologie, l'économie de la santé, la gestion des services de santé et la nutrition). Cinq autres disciplines disposent de 4 spécialistes chacune (maladie infectieuses, néphrologie, neurochirurgie, pneumologie et radiologie). Enfin un autre groupe dispose d'un effectif entre 5 et 14 par spécialité : la cardiologie, l'oto-rhino-laryngologie et la traumatologie, avec 5 spécialistes chacune ; l'anesthésie-réanimation avec 6 spécialiste, la chirurgie générale et l'ophtalmologie avec respectivement 10 et 11. Enfin, la médecine interne et la santé de la reproduction ont chacune 14 spécialistes. Par contre, des spécialités comme la chirurgie maxilo-faciale, la médecine légale, la chirurgie plastique ne disposent d'aucun spécialiste (Moha, 2015).

Cependant, ce fort nombre de spécialités obstétricales comme la gynéco-obstétrique (55), la pédiatrie (43), la santé de la reproduction (14) et la chirurgie générale (10), n'est pas synonyme de bonne répartition de ces ressources humaines en santé. A l'exemple du personnel obstétrical paramédical, les médecins spécialisés délivrant des soins obstétricaux, sont concentrés dans la capitale, au détriment des autres régions du pays.

A titre d'exemple, si le Niger disposent à la date d'octobre 2015 de 55 gynécologues obstétriciens. quatre régions n'en ont qu'un seul (Dosso, Tillabéry, Diffa et Agadez). Les régions de Maradi, Tahoua ont chacune deux. Zinder en a trois dont deux au centre mère-enfant et un exerce comme MCD au district de

Mirriah. Par contre, la ville de Niamey à elle seule dispose de 45 spécialistes, restant à raison de 23 pour la DRSP³ et 22 à la maternité Issaka Gazobi et au MSP.

La mauvaise répartition des agents de santé est un problème commun à plusieurs pays, surtout au niveau de ceux qui se sont nouvellement engagés dans un processus de démocratie néolibérale, où l'économie est basée sur la loi du marché. Dans ces contextes, le marché du travail se caractérise par une forte mobilité des agents de santé (Chen, 2010), mais également par une gestion chaotique des ressources humaines qui se manifeste par des affectations basées sur l'interventionnisme politique des parents amis et connaissance, un absentéisme dans toutes ses formes, un sous-effectif en matière de RH aggravé par les politiques d'ajustement structurel. Au Niger, on constate une concentration de ces agents autour des postes considérés comme rémunérateurs, ou des postes en ville ou encore proches des villes ; une rotation excessive des agents de santé ; une gestion sociale des agents ; l'affectation des agents à des postes sans ressources conséquentes ; les mauvais emplois des compétences ; la fuite des cerveaux vers les organisations d'aide au développement et la politique avec comme conséquence l'usage excessif des supplétifs (stagiaires, appelés du service civique national, contractuels etc.) ; le développement de l'impunité qui provoque une faille dans le leadership, etc. (Olivier de Sardan, Mars 2014 ; Moha, 2015a) une absence de supervision, ou des supervisions effectuées de manière, bâclée, bureaucratique (Moha, 2015b), sans soutien (Moha 2015c).

Le tableau 2 présente la distribution du personnel obstétrical nigérien et montre que 13% du personnel travaille en milieu rural alors que 83,79% de la population du Niger y vit. En outre, alors que 83% des femmes vivant en milieu urbain accouchent dans une formation sanitaire, ce n'est le cas pour seulement 21% de celles qui sont en milieu rural (OMS, 2015).

³ Sur les 23 gynécologues-obstétriciens qui sont à la disposition de la DRSP de Niamey, dix (10) sont au niveau du CHR poudrière, les 13 autres sont au niveau des districts sanitaires principalement installés au niveau des centres de santé intégrés ne disposant pas de blocs opératoires (source : données DRSP d'octobre 2015).

Tableau 2 : Effectifs des agents obstétricaux au Niger (selon le milieu)

	URBAIN		RURAL		Total
Infirmier diplômé d'État	1443	87%	224	13%	1667
Infirmier certifié	1073	84%	206	16%	1279
Médecin	681	86%	109	14%	790
Sage-femme diplômée d'État	707	92%	60	8%	767
Technicien supérieur de santé	141	100%	0	0%	141
Technicien sup. en chirurgie et gynécologie	127	100%	0	0%	127
Technicien sup. en soins obstétricaux	79	100%	0	0%	79
infirmier accoucheur	47	78%	13	22%	60
Infirmier breveté	40	80%	10	20%	50
Technicien de santé	13	100%	0	0%	13
Sage-femme brevetée	6	86%	1	14%	7
TOTAL	4357	87%	623	13%	4980

Source : MSP/DGR/DRH, division gestion prévisionnelle Mai 2015

Selon le plan stratégique de gestion des ressources humaines du MSP dans le contexte de décentralisation à la date de mai 2015, le Niger compte un effectif de 7074 agents tout corps confondu. 6336 agents soit 83% exercent en milieu urbain, seul 683 exercent en milieu rural (8,9%) et 655 (8,5%) sont hors du ministère, soit en formation au Niger ou à l'étranger ou bien en détachement ou disponibilité. Cette situation est liée au fait que certains postes du niveau central, régional et même du district soient basés principalement au niveau de Niamey, des chefs-lieux des régions ou de départements. Si l'on s'en tient au personnel soignant uniquement, 6017 des 6336 agents exercent en milieu urbain et 683 en milieu rural soit respectivement 89,8 et 10,2% (MSP/DGR/DRH, Octobre 2015)⁴.

Encadré n°3 : situation des agents obstétricaux au Niger

Selon le tableau 3, la situation des agents obstétricaux au Niger n'est pas réjouissante. Elle se caractérise par une forte concentration au niveau des centres urbains. Les centres ruraux, notamment au niveau de la commune et des villages, constituent des véritables déserts médicaux à l'exception de quelques localités situées proches des gros centres urbains. En dehors des techniciens supérieurs en

⁴ La différence avec les données du tableau n° 2 est due au fait que les données issues du plan stratégique de gestion des ressources humaines comptent les agents des chefs-lieux du district comme milieu urbain.

soins infirmiers qui ne sont que 103 sur toute l'étendue du territoire, tous les autres paramédicaux spécialisés ne se trouvent que dans les villes. Un grand déséquilibre s'observe dans l'affectation des agents obstétricaux entre le milieu urbain et rural. Sur un effectif de 4980 agents obstétricaux tous corps confondus, seul 623 exercent dans les milieux ruraux. Le personnel infirmier est le plus présent en milieu rural avec respectivement : 224 pour les infirmiers diplômés d'Etat, 206 pour les infirmiers certifiés, 13 infirmier accoucheurs et 10 infirmiers brevetés. Parmi le personnel infirmier, les techniciens supérieurs en soins infirmier et les techniciens de santé sont absents des milieux ruraux. Le corps des sages-femmes est le moins représentés dans les brousses et campagnes nigériennes. Sur les 623 agents exerçant en milieu rural, seules 60 sages-femmes diplômées d'Etat et une sage-femme brevetée travaillent au niveau des CSI. Presque toutes les sage-femmes sont concentrées dans les grandes villes, les villes secondaires. Ainsi 707 sage-femmes diplômées d'Etat, 127 techniciens supérieurs en chirurgie et obstétrique, 79 techniciennes supérieures en soins obstétricaux et 10 sages-femmes brevetées exercent dans les formations sanitaires de références, situées en milieu urbain.

Pour combler ce vide, et dans un souci de rehausser les indicateurs de santé d'Etat, à travers les fonds PPTTE, a recruté des agents de santé qualifiés et les a affectés au niveau des cases de santé communautaires. Selon les données du syndicat national des agents de santé communautaire (SYNASCOM) en décembre 2014, au Niger, 4770 contractuels des collectivités territoriales exercent au niveau des formations sanitaires de première ligne (cases de santé et centres de santé intégrés). Par eux, on compte seulement 37 sages-femmes diplômées d'Etat et 8 techniciennes supérieures en soins obstétricaux. Le corps le plus nombreux parmi les contractuels est celui des agents de santé communautaires. Ce personnel, considéré comme non qualifié, compte un total de 2072 agents sur toute l'étendue du territoire. Parmi le personnel qualifié, les agents de santé de base viennent en tête avec 952 agents, suivi des infirmiers diplômés d'Etat et des infirmiers certifiés avec respectivement un effectif de 738 et 595 respectivement. Aux contractuels des collectivités, il faut ajouter ceux recrutés et mis à la disposition des formations sanitaires à travers les districts par les partenaires de la santé. Les ONG humanitaires, de développement, les institutions du système des Nations Unies, ceux des coopérations bilatérales, ont mis à la disposition de nombreuses sage-femmes, infirmières, et même médecins qui ont accepté d'être affectés et de rester travailler. Ce personnel constitue aujourd'hui le fer de lance du fonctionnement au quotidien des formations sanitaires de base. Plusieurs parmi ces agents qui normalement devraient travailler au niveau des cases de santé ont été redéployés au niveau des centres de santé intégrés et même des hôpitaux de district par manque d'agents. Malgré l'utilité de ces supplétifs, ils constituent « le corps invisible » du système de santé nigérien, car, ils ne figurent dans aucune statistique du MSP. Leurs activités ne sont également pas pris en compte dans le calcul des indicateurs, ou dans certains cas, le sont marginalement. Ils sont les oubliés du dispositif sanitaire nigérien ce qui pose un grand problème à leur gestion.

D'autres causes de la mauvaise répartition des ressources humaines en santé peuvent être liées à l'histoire du pays et ce, depuis la période coloniale. Au niveau de plusieurs pays, certaines régions désertiques, difficiles d'accès ont été les parents pauvres des actions du développement. Aucune infrastructure n'est disponible. Des populations minoritaires se sont vues confinées dans ces espaces où l'accès aux services de santé reste encore un parcours du combattant.

La plupart des pays de la région ont cherché à développer de nouvelles politiques publiques, avec l'aide de leurs partenaires techniques et financiers, pour améliorer la gestion de leurs ressources humaines en santé (Lanktree E, Corluka A, Cohen M, Larocque R, 2014).

Cependant, les facteurs qui favorisent la motivation des agents de santé à rester exercer en milieu rural ont été très étudiés au Niger, malgré quelques recherches en santé publique. Plusieurs stratégies ont été développées pour faire face au problème de redéploiement et de rétention du personnel d'obstétrique en milieu rural. Ces stratégies sont le changement de critère de recrutement des élèves et étudiants en santé, rendre obligatoire l'exercice dans les zones rurales et difficiles d'accès, l'introduction des mesures incitatives (financières, matérielles et symboliques, opportunité de formation, amélioration de plan de carrière, amélioration des environnements de vie et de travail etc.) (Grobler L, 2009).

Les résultats du programme intitulé « maternité sans risque » des années 1990 ont été jugés insuffisants. Il consistait à améliorer la santé maternelle par un meilleur accès aux soins, aux services d'espace de naissances, grâce à la formation des accoucheuses traditionnelles, qui devraient être capables de reconnaître les complications de la grossesse, de l'accouchement et prôner pour l'utilisation efficace des contraceptifs pour éviter les grossesses non planifiées. Ainsi, en 2010, les Nations Unies ont développé une stratégie mondiale portant le slogan « *Chaque femme, chaque enfant* ». Il s'agit d'accélérer les progrès dans le but de l'atteinte des OMD 4 et 5 à travers (Hatem, 2013)

- Des plans sanitaires pour améliorer l'accès aux services de santé génésique ;
- Un ensemble complet et intégré d'intervention et de services essentiels : planification familiale, soins anténatals, **personnel qualifié de l'accouchement, soins obstétricaux et néonataux d'urgence**, possibilité d'avorter sans risque lorsque autorisé par la loi, prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- Le renforcement des systèmes de santé pour assurer des prestations de haute qualité, **particulièrement aux communautés insuffisamment desservies** ;
- Le renforcement des moyens de main-d'œuvre médicale (**former, retenir et déployer le personnel de santé**) ;
- La coordination de la recherche et de l'innovation ;

Les stratégies de rétention constituent une préoccupation majeure de tous les partenaires de la santé au niveau des pays à ressources limitées comme ceux d'Afrique subsaharienne, notamment pour ce qui est des zones périphériques, reculées et rurales (OMS, 2010). Cette problématique est également rencontrée dans les pays à ressources élevées comme le Canada ou l'Australie, pour ce qui concerne les zones isolées et enclavées ou chez les populations autochtones. Depuis le premier forum mondial sur les ressources humaines en santé tenu à Kampala les 2-7 mars 2008, l'OMS a lancé un appel mondial à travers la déclaration dite de Kampala, pour que les États « *prennent des mesures d'incitation appropriées et assurer un environnement de travail propice et sain pour fidéliser le personnel*

de santé et pour le répartir de manière équitable »(OMS, Alliance mondiale pour les personnels de santé, 2008).

Un programme pour une action mondiale a été élaboré par l'OMS et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé. Il vise « à orienter les premières étapes d'une réponse, coordonnée au niveau mondial, régional, au déficit et à la mauvaise répartition des personnels de santé dans le monde, afin de permettre l'accès universel des soins de qualité ». L'objectif de ce programme est que les différentes parties prenantes s'engagent pour que « chacun dans tous les villages, partout dans le monde, puisse compter sur un agent de santé motivé, qualifié et soutenu ». Ce programme compte six stratégies interdépendantes : i) créer le leadership national et mondial pour trouver des réponses aux questions concernant les personnels de santé ; ii) créer des capacités en vue d'une riposte pertinente fondée sur base factuelle et un apprentissage en commun ; iii) renforcer l'éducation et la formation du personnel de santé ; iv) fidéliser un personnel de santé efficace, réactif et équitablement réparti ; v) gérer les pressions sur marché international du travail dans le secteur de la santé et leurs impacts sur les migrations ; et enfin, vi) assurer des investissements supplémentaires et plus productifs en faveur du personnel de santé (OMS, Alliance mondiale pour les personnels de santé, 2008).

Ces préoccupations des partenaires de la santé ont été étudiées. Hatem a identifié de nombreux écrits, dont huit revues systématiques au cours de deux dernières décennies, pour comprendre et analyser les facteurs qui influencent la rétention des agents de santé en milieu rural moins « attrayants » dont les besoins de santé ne sont pas moindres que ceux des milieux urbains (Hatem, 2012). Ces différentes études ont concerné : i) les facteurs de rétention des agents dans ces milieux; ii) les stratégies et mesures incitatives et iii) implantation des mesures et stratégies incitatives et leurs effets (Buykx P, Humphreys J, Wkerman J, Pashen D, 2010 ; Christopher JB, Le May A, Lewin S, Ross DA, 2011).

Les écrits scientifiques sur la fidélisation du personnel de santé en milieux rural peu « attrayant », distingue quatre types de facteurs d'influence positive ou négative et qui sont d'ordre : professionnel, personnel, familial, et liés à la communauté. Les différents facteurs de rétention des agents sont : i) le recrutement ; ii) l'infrastructure du milieu de travail ; iii) la rémunération ; iv) l'organisation du travail ; v) l'environnement du travail en termes d'équipe, de leadership, de collaboration etc. ; vi) le soutien social, familial et communautaire (Hatem-Asmar, 2013).

1.3 OBJECTIF ET QUESTIONS DE LA RECHERCHE

Compte tenu du contexte spécifique du Niger et de l'état des connaissances, l'objectif principal de l'étude est de mettre au jour et de comprendre les conditions qui permettraient au personnel de santé dans le domaine obstétrique de travailler en milieu rural. Il s'agit pour nous de répondre aux questions de recherche suivantes :

- ***quels sont les facteurs qui favorisent ou contraignent le personnel à travailler en milieu rural ?***
- ***quelles sont les motivations intrinsèques et extrinsèques du personnel qui choisit de rester en milieu rural ?***

- ***quelles seraient les conditions qui permettraient de faciliter la nomination et la rétention du personnel en milieu rural ?***

La recherche s'inscrit dans un courant pragmatique et dans une perspective appliquée afin de partager des connaissances aux responsables du ministère de la santé pour qu'elles puissent éclairer leur prise de décision.

II. Méthodologie

2.1 LES ETAPES DE LA RECHERCHE

Cette recherche a commencé en novembre 2014, par un partenariat entre l'Organisation Mondiale de la Santé et le Ministère de la Santé publique (à travers la direction des ressources humaines) d'un côté et l'École de santé publique de l'université de Montréal et le laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL) de l'autre. Elle s'est déroulée de manière itérative, c'est-à-dire par une série de va-et-vient entre le terrain, le laboratoire et les discussions avec les acteurs concernés, notamment les agents de la direction des ressources humaines du MSP, le personnel de l'OMS et l'équipe de la recherche. La collecte empirique des données a été conduite par le chercheur du LASDEL (coordonnateur national de l'étude appuyé par assistants de recherche du LASDEL) avec la présence d'un chercheur canadien au cours d'une mission et leur soutien à distance tout au long du processus.

La collecte des données a été réalisée en quatre phases : i) l'enquête préparatoire ; ii) l'enquête approfondie ; iii) la participation aux différentes réunions délibératives organisées par le ministère de la santé (réunion du comité national technique de santé, réunion du groupe technique pour la CUS, conseil national de santé) et le Haut-Commissariat à la modernisation de l'État (réunion des partenaires du HCME, restitutions de l'étude sur les comportements des agents de santé ; et enfin iv) une enquête de finalisation. Au cours de chacune de ces étapes, il s'agissait de comprendre les informations collectées pendant les phases précédentes afin de faire émerger de nouvelles pistes et questions de recherche, expliquant le caractère itératif et long du processus de recherche.

Nos enquêtes de terrain ont été conduites par le chercheur du LASDEL appuyé de cinq assistants de recherche, tous ayant un niveau de master⁵. Elles se sont déroulées principalement au niveau de la région sanitaire de Tillabéry. Au cours du terrain, nous avons visité trois des six anciens districts que compose la région sanitaire de Tillabéry : Tillabéri⁶, Ouallam et Téra. Nous n'avons pas pu visiter les districts de Kollo, Say et Filingué car le temps et les moyens financiers ne le permettaient pas. Ces trois districts ont été choisis dans le cadre un processus participatif avec les agents de la direction des ressources humaines et ceux de la direction régionale de la santé publique en fonction des difficultés de ressources humaines qu'ils rencontrent.

Nous avons également mené des entretiens au niveau du ministère de la santé publique, de l'école de santé publique et de l'action sociale de Niamey (ESPAS), de l'institut de santé publique de Niamey (ISP) et de l'institut supérieur des professionnels de santé (ISPS).

⁵ Nous remercions Abdoutan Harouna (Assistant de recherche au LASDEL), Napiou Elhadji Oumarou, Chétima Babagana, Mamane Sani Idrissa, et Alassane Mamane Sani Bizo (enquêteurs au LASDEL et Masterants en anthropologie de la santé) pour leur appui dans la collecte des données.

⁶ Il existe une convention d'écriture. Lorsqu'on parle de la région Tillabéry s'écrit avec « y » (Tillabéry) et lorsqu'il s'agit de la ville et du département Tillabéri s'écrit avec « i ».

Au niveau de la ville de Tillabéri nous avons visité le gouvernorat, la direction régionale de la santé publique, l'hôpital de district, le centre de santé intégré urbain, le conseil régional où nous avons conduit des entretiens et des observations participantes.

Au niveau des districts, nous avons réalisé nos enquêtes dans trois hôpitaux de district, quatorze centres de santé intégrés, dont trois CSI urbains (CSI urbain de Tillabéry, celui de Téra et de Ouallam) et onze (11) CSI ruraux (CSI de Dessa, Famalé, Sarakouara, Thiem, Ayorou, Sargane, Tondikiwindi, Fonéko, Bankilaré, Tégouye, Wanzarbé, Yatakala). Le choix de ces CSI a été réalisé en collaboration avec les membres des équipes cadre des districts et selon le principe des études de cas contrastés au regard du critère d'enclavement. Quatre CSI sont considérés comme non enclavés et proches des voies de circulation (Dessa, Famalé, Ayorou, Sargane) contre sept enclavés (Sarakouara, Tondikiwindi, Fonéko, Wanzarbé, Thiem, Tégouye et Yatakala).

Nous avons également rencontré des autorités de la région dont le conseil régional (de Tillabéry), six (6) mairies (Ayerou, Dessa, Inates, Sarakouara, Bankilaré et Tera), trois préfets (Ayerou, Tera, Bankilaré), un chef de groupement nomade (Bankilaré), le chef de canton par intérim (Anzourou) et le chef de canton déchu de Yatakala (Cf tableau 3).

Tableau 3 : Formations sanitaires et autorités sites de nos enquêtes

Niveau et zone	Niamey	Tillabéry	Ouallam	Téra
National	DRH, DGSP, ISP, ESPAS			Ancien ministre de la Santé
Régions		DRSP, ESPS SG du Gouvernorat Vice-président de du conseil régional		
Départements		Maire de Dessa Adjoint au maire de Sarakouara Maire d'Inates Préfet et SG d'Ayerou Chef de canton par intérim d'Anzourou	Préfet de Ouallam Maire de Ouallam	Préfet de Téra SG de Téra, Maire de Téra Chef de canton déchu de Yatakala
District		HD ; CSI urbain CSI de Dessa, Famale, Ayorou, Kandadji, Sarakouara, Theim	HD, CSI urbain CSI de Tondikiwindi, CSI de Sargane	HD, CSI Urbain, CSI de Fonéko, Wanzarbé, Yatakala, CSI de Bankilaré et CSI de Tégouye

2.1.1 Phase préparatoire

Cette recherche fait suite à une demande auprès de l'École de santé publique de l'université de Montréal en date du 06 novembre 2014 pour réaliser une étude intitulée « **A quelles conditions le personnel d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest est prêt à travailler en milieu rural ?** ». Cette étude devrait être réalisée dans six pays de la sous-région, à savoir le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Tchad. Elle avait pour but de soutenir la stratégie mondiale de ressources humaines en santé. À ce titre, l'OMS souhaite mieux comprendre les facteurs qui permettraient aux personnels de santé obstétricale de travailler en milieu rural. La présente étude a été confiée au leadership du laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL). Les chercheurs de l'université de Montréal et ceux du LASDEL se connaissent et collaborent depuis longtemps.

Aussitôt contacté, les chercheurs des deux institutions se sont mis à l'élaboration d'une note conceptuelle qui a été envoyée à l'OMS. Cette dernière a approuvé le protocole et signé un premier contrat avec le LASDEL le 20 novembre 2014.

Après la signature, le coordonnateur national de la recherche a rencontré le 24 novembre 2014, la directrice des ressources humaines du ministère de la santé publique afin de discuter du choix des sites et comprendre leurs besoins en connaissances à l'égard de l'utilisation potentielle des résultats de cette étude. Quelques jours après une conférence téléphonique a été organisée pour peaufiner l'élaboration du protocole de recherche. Ainsi, un protocole de recherche prenant en compte les observations de toutes les parties prenantes, à savoir l'OMS, la direction des ressources humaines et les préoccupations des chercheurs, a été élaboré et envoyé à l'OMS.

Du 3 au 5 février 2014, le chercheur du LASDEL a participé sur invitation de l'OMS au deuxième atelier inter-agences sur l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes en Afrique francophone à Abidjan (Côte d'Ivoire), suivi du 6 au 7 de la participation à l'atelier sur les dividendes démographiques. Au cours de cet atelier, des échanges et réunions ont été réalisés avec les participants de l'atelier mais également avec l'équipe de l'OMS.

Présentation au niveau du comité consultatif national d'éthique

Un dossier a été préparé dans la semaine du 9 au 15 mars 2015 et présenté au comité consultatif national d'éthique. Ce dossier a été discuté dans sa session du 04 avril 2015.

Procédure de décaissement

La facture et le protocole ont été envoyés pour procéder au décaissement. Il a fallu attendre trois mois, soit le 17 mars 2015, pour que le virement bancaire soit réalisé par l'OMS et la date du 31 mars 2015 pour que les fonds soient disponibles au niveau du service comptable du LASDEL.

Enquête préparatoire

Une enquête préparatoire a été réalisée au niveau du Ministère de la santé publique du 27 mars au 8 avril 2015. Elle avait pour objectif i) de comprendre le terrain, ii) d'identifier les différents groupes stratégiques auprès desquels l'enquête pouvait être réalisée, iii) préparer

le terrain pour la conduite de la cartographie conceptuelle, première méthode mobilisée. Au cours de cette enquête, quatre entretiens préparatoires ont été réalisés auprès de personnes de l'Institut de Santé Publique, de l'ENSP de Niamey, de la direction des ressources du MSP. Une revue documentaire et une recherche bibliographique ont également été effectuées pendant cette phase.

2.1.2 Phase de terrain

L'enquête exploratoire

L'enquête exploratoire s'est déroulée à Niamey, Tillabéry, Ouallam et Téra, et a été réalisée par le chercheur et deux assistants. Le chercheur et ses deux assistants ont conduit trente (30) entretiens et des discussions au niveau du ministère de la santé.

L'objectif de cette phase est double. Il s'agit d'explorer le terrain et de comprendre sa configuration afin de rendre facile la conduite de la cartographie conceptuelle et les autres phases de l'enquête qualitative. Puis, cette phase a permis de tester les outils de collecte de données.

Le premier assistant (masterant en anthropologie de la santé) a quant à lui conduit des enquêtes au niveau de l'école où devrait être réalisée la cartographie conceptuelle. Pour ce qui est du deuxième assistant (titulaire d'un master en sociologie générale), il a durant quinze jours conduit cinq observations et quarante-et-un (41) entretiens au niveau opérationnel, c'est-à-dire à la direction régionale de santé publique et au niveau de trois districts. Ces entretiens ont concernés vingt deux agents de première ligne dont quatre hommes et dix huit femmes ; douze décideurs dont sept homme et cinq femmes, onze intervenants locaux dont huit hommes et trois femmes.

L'enquête approfondie

L'enquête approfondie s'est déroulée du 16 juillet au 26 Août 2015 au niveau de la région sanitaire de Tillabéry et du Ministère de la santé publique. Également pendant quinze jours, le chercheur accompagné de trois enquêteurs a mené des entretiens, observations, de l'analyse documentaire et administré également les questionnaires de cartographie conceptuelle (Cf. tableau 4). Trois groupes stratégiques ont concerné l'étude. Le premier groupe (n=102), celui des agents d'obstétrique de première ligne est composé de gynécologues obstétriciens, licenciés en chirurgie et gynéco-obstétrique, licenciés en anesthésie-réanimation, sages-femmes, infirmier(ères), agents de santé de base, assistantes sociale, matrones etc. Le second, celui des décideurs politiques (n=15), regroupe les hauts cadres du Ministère de la santé publique ; enseignants-chercheurs de la faculté de médecine, enseignants des écoles publiques et privées de santé ; membres des DRSP ; PTF au niveau central, stagiaires à la DRSP. Et enfin, le dernier groupe des intervenants locaux (n=46) est lui composé de Membres des ECD ; partenaires techniques et financiers locaux, membres des structures de participation communautaire, élus locaux, représentants de l'Etat, chefferie traditionnelle.

Au cours de cette étape, nous avons conduit quatre-vingt cinq (85) entretiens ; trente-sept (37) auprès des agents de première ligne dont douze sont des hommes et 25 sont des femmes ; trois (3) entretiens auprès des décideurs tous de sexe masculin et trente-huit (38) avec des intervenants locaux dont trente-cinq (35) de sexe masculin et trois de sexe féminin.

2.2 LE DISPOSITIF DE L'ENQUETE

2.2.1 L'approche de la recherche

Le devis de recherche utilisé est **mixte** (Pluye, 2012) avec une prépondérance donnée aux méthodes qualitatives. Ainsi, il a combiné des méthodes qualitatives de type ethnographique et une méthode quantitative sous forme de cartographie conceptuelle (Dagenais C, Ridde V, Laurneau M-C, Souffez K., 2009).

2.2.2 Les méthodes d'enquête qualitative

Pour nous permettre de mieux comprendre les facteurs qui favorisent la volonté d'un professionnel de santé de travailler en zone rurale, nous avons procédé à un recrutement des enquêtés de façon raisonnée, en tenant compte des groupes stratégiques que nous avons identifiés au début et ajusté tout au long de l'enquête de terrain. Il s'agit donc d'un échantillon raisonné dans une perspective heuristique, autrement dit pour répondre aux trois questions de recherche pour lesquelles le ministère de la santé souhaite des éléments de réponse. Il s'agit également de choisir des cas typiques mais aussi des cas les plus contrastés possibles pour mieux comprendre le phénomène étudié. Les principaux critères de différenciation concernent leur expérience : âge (aucune expérience vs plus de 10 ans), milieu de travail (rurale vs urbaine), genre (homme vs femme). Nous avons réalisé une quarantaine d'entrevues, ce qui nous a permis d'obtenir une saturation empirique en fonction des trois critères.

Les participants aux entrevues ont été sélectionnés à Niamey et dans la région sanitaire de Tillabéry.

Tableau 4 : Personnes enquêtées

Groupes stratégiques	Composition du groupe	Nombre d'entrevues		
		M	F	Total
Agents obstétricaux de première ligne	Gynécologues obstétriciens, licenciés en chirurgie et gynéco-obstétrique, licenciés en anesthésie-réanimation, sages-femmes, infirmier(ères), agents de santé de base, assistantes sociale, matrones etc.	59	43	102
Les décideurs politiques	hauts cadres du Ministère de la santé publique ; enseignants-chercheurs de la faculté de médecine, enseignants des écoles publiques et privées de santé ; membres des DRSP ; PTF au niveau central, stagiaires à la DRSP	10	5	15
Les intervenants	Membres des ECD ; partenaires techniques et	43	3	46

locaux	financiers locaux, membres des structures de participation communautaire, élus locaux, représentants de l'Etat, chefferie traditionnelle			
		112	51	163

Afin d'assurer une triangulation des sources, ces participants sont issus des trois principaux groupes stratégiques: i) les agents de santé obstétricaux de première ligne (Gynécologues obstétriciens, licenciés en chirurgie et gynéco-obstétrique, licenciés en anesthésie-réanimation, sages-femmes, infirmier(ères), agents de santé de base, assistantes sociale, matrones etc.); ii) des décideurs politiques (Ministres, SG, députés etc.); des décideurs techniques (hauts cadres du Ministère de la santé publique; enseignants-chercheurs de la faculté de médecine, enseignants des écoles publiques et privées de santé; membres des DRSP; PTF au niveau central); et iii) les intervenants locaux (membres des ECD; partenaires techniques et financiers locaux, membres des structures de participation communautaire, élus locaux, représentants de l'Etat, chefferie traditionnelle).

Dans le contexte du Niger et de ce type de recherche où le contrôle social est souvent important, les entretiens individuels sont préférables aux groupes de discussion. Afin d'obtenir des opinions franches sur un sujet sensible, nous avons procédé à des entretiens individuels en profondeur auprès des personnes issues de différents groupes stratégiques. (Olivier de Sardan, 2008),

Les entretiens ont été réalisés par un chercheur du LASDEL (médecin et anthropologue de la santé) et cinq assistants de recherche (un titulaire de master en anthropologie, les quatre sont étudiants en master d'anthropologie de la santé). Tous sont aguerris à ces techniques dans le contexte d'analyse de politique publique de santé, notamment au Niger (Ridde V, Diarra A, Moha M., 2011).

Les entretiens ont été effectués à l'aide d'un guide abordant les principaux thèmes souhaités tout en laissant de la place aux discussions émergentes. Le guide d'entretien a été amélioré au jour le jour en fonction de l'émergence de nouvelles questions et pistes de recherche. La plupart des entretiens ont été enregistrés avec le consentement des intéressés, puis intégralement retranscrits par un assistant expérimenté et ayant participé à l'enquête. Enfin, nous avons procédé à une analyse du contenu (Paillé P, 2003).

2.2.3 Le processus de la cartographie

La cartographie conceptuelle permet d'obtenir un consensus de groupe autour d'une question d'intérêt. Elle se déroule en quatre étapes. Dans le cadre de cette étude, la cartographie conceptuelle nous permet de comprendre, à partir d'une représentation graphique et d'analyses statistiques, les préférences des élèves en soins sage-femme à exercer en milieu rural et celles d'anciens agents de santé ayant travaillé au minimum deux ans en milieu rural. Le développement des politiques et stratégies de santé publiques basées sur les preuves, exige la compréhension et le transfert des connaissances issues de la recherche. Dans ce cadre il s'agit de la production d'axes émiques d'intervention qui traduisent les conditions selon lesquels les agents de santé obstétricaux du Niger seront prêts à aller travailler en milieu rural défavorisé, difficile d'accès et à y rester. Pour trouver

ces axes d'intervention, la technique de cartographie conceptuelle, nous a paru très pertinente pour la collecte et l'analyse des données.

Il s'agit d'une technique de production et d'analyse de données développée à la fin des années 1980 aux Etats-Unis (Trochim, 1989) et employés au Canada dans le milieu des années 1990 (Dagenais C, Ridde V, Laurneau M-C, Souffez K., 2009), testée et utilisée plus tard en Afrique au Sud du Sahara (Ridde, 2008 ; Dagenais C, Ridde V, Laurneau M-C, Souffez K., 2009).

Il s'agit donc de l'utilisation d'une technique de collecte de données auprès de deux groupes composés respectivement de vingt-neuf (29) personnes et de douze (12) personnes.

Le processus de la cartographie

La cartographie conceptuelle s'est effectuée autour de quatre opérations : énumérer, classer, coter et analyser qui se déclinent à leur tour en six étapes décrites par Kane, M., Trochim W.M.K. (2007)⁷.

Préparation de la cartographie et choix des participants

Une semaine avant la conduite de la première cartographie, nous avons menée en compagnie d'un assistant une enquête de repérage au niveau des écoles où nous devrions réaliser les cartographies. L'enquête de repérage a pour objectif de comprendre les contextes au sein desquels nous allons réaliser les cartographies, de comprendre sa configuration, d'étudier les différents groupes auprès desquels la cartographie sera conduite, de définir les critères de choix des participants, de définir avec l'administration les dates et lieux de la réalisation de la cartographie, afin de rendre disponibles les élèves.

Au cours de cette enquête, nous avons conduit huit (8) entretiens approfondis auprès des élèves de troisième année de la section sage-femme, de l'administration et des enseignants de l'école.

Nous avons donc réalisé deux cartographies conceptuelles, l'une avec un groupe constitué de vingt-neuf (29) élèves sages-femmes de deuxième et troisième année de l'école de santé publique et de l'action sociale (ESPAS) de Niamey. Les résultats de la cartographie 1 sont présentés à la p.103, Chap. 5.1. La deuxième cartographie a été effectuée auprès de douze étudiants de deuxième et troisième années de l'institut de santé publique de Niamey. Il s'agit d'anciens agents de santé ayant travaillé au minimum deux ans au niveau de formations sanitaires rurales et qui sont revenus pour suivre une formation en santé communautaire, santé de la reproduction, nutrition. Les résultats de la cartographie 2 seront présentés dans un prochain rapport.

⁷ Louise Bouchard a défini cinq étapes : précision de la question, sélection des participants, formulation des énoncés, cotation des énoncés par les participants, regroupement des énoncés et leur étiquetage et enfin l'analyse statistique (Bouchard, 2013 : 60-61). Dagenais et al, quant à eux ont identifié sept étapes : formulation de la question ; sélection des participants, formulation des énoncés par remue-méninges, cotation regroupement des énoncés par les participants, entrée des données, analyses statistiques et construction de la carte préliminaire, interprétation des résultats et choix des étiquettes, production des cartes finales (Dagenais C, Ridde V, et al., 2009).

Tableau 5 : Echantillon de cartographie conceptuelle

Groupe stratégiques	ESPAS		ISP		Total
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	
Elèves sage-femme en fin de cycle	0	26	0	0	26
Elève sage-femme en deuxième année	0	3	0	0	3
Elèves en santé de la reproduction Ayant exercé en milieu rural	0	0	3	9	12
Elèves en IEC Santé, ayant exercé en milieu rural	0	0	0	0	0
Elèves en santé communautaire, ayant exercé en milieu rural	0	0	0	1	1
Elèves en santé nutrition, ayant exercé en milieu rural	0	0	0	1	1
Total	0	29	3	11	43

A travers le choix de ces deux groupes, nous avons recherché une hétérogénéité des participants qui demeure, selon Trochim, essentielle dans la production d'un éventail très varié d'énoncés (Trochim, 1989 ; Ridde, 2006). Le choix des élèves sages-femmes est lié à leur méconnaissance de la réalité rurale, par contre celui des étudiants de l'ISP est en lien avec leur expérience du travail en milieu rural.

Production des énoncés

La production des énoncés a pris la forme d'une séance de remue-méninges au cours de laquelle les participants ont été invités à nous expliquer « à quelles conditions ils seront prêt à aller travailler en milieu rural au moins *pendant cinq ans* » (pour les premiers) ou « à y retourner à la fin des études » (pour les seconds). Chacune des séances a été animée par un chercheur. Le premier exercice de cartographie conceptuelle a en même temps été une formation de la part des chercheurs canadiens pour le coordonnateur national du projet et son équipe.

Pour permettre à ce remue-méninge d'être productif, un certain nombre de mesures ont été prises. Premièrement, le chercheur de l'université de Montréal et le coordonnateur national de la recherche ont, dès le démarrage de l'exercice, procédé à la présentation de la recherche, puis expliqué les règles de fonctionnement et enfin, demandé aux participants de lire et signer le formulaire de consentement éthique.

Après ces préalables, nous avons distribué des feuilles blanches et crayons et nous avons également mis à la disposition de chacun des participants les phrases suivantes imprimées sur une feuille : « **Je serais prête à aller travailler en milieu rural au moins pendant cinq ans, si....** », pour le premier groupe et « **je serais prêt à retourner travailler en milieu rural**

pendant cinq ans si... ». Cette formulation assez générique a permis l'émergence de plusieurs énoncés ayant trait à tous les aspects de la vie et de l'exercice des professions de santé en milieu rural.

Il a été ensuite demandé à chacun des participants, de réfléchir pendant cinq minutes à 3 à 5 conditions selon laquelle ils seront prêts à aller travailler en milieu rural. Un brainstorming a suivi jusqu'à épuisement des participants. Un seul énoncé devrait être formulé à la fois par chaque participant afin de permettre à toute l'assistance d'y participer.

Une pause de cinq minutes leur a été donnée, puis il leur a été de nouveau demandé de réfléchir chacun sur cinq autres conditions....ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'une saturation empirique. Il est important de noter que chaque participant a eu la liberté de se prononcer, sans qu'aucun jugement de valeur ne soit évoqué (Ridde, , 2006). Il est nécessaire de mentionner qu'après la proposition de chaque énoncé, tous les participants étaient invités à s'exprimer et de poser des questions afin de clarifier le sens d'un énoncé, mais non d'en discuter la valeur (Linton, 1989 ; Dagenais C, Ridde V, Laurneau M-C, Souffez K., 2009).

A la fin des exercices, 94 énoncés pour la première cartographie ont été obtenus auprès de vingt-neuf élèves sages-femmes et 75 énoncés chez les douze anciens agents de santé revenus pour étudier l'institut de santé publique.

Après l'obtention de la saturation empirique lors du remue-méninges qui a duré deux heures, une pause-café de deux heures a été donnée afin de pouvoir imprimer les énoncés en deux formats distincts : a) sous forme de liste munie d'une case de cotation selon une échelle de 1 à 5 et ; b) sous forme de fiche individuelle pour chaque énoncé. De retour de la pause-café, chaque participant a reçu une liste des énoncés à prioriser et une pile de 94 énoncés au cours de la première cartographie et de 75 au cours de la seconde à classer.

Cotation et regroupement des énoncés par les participants

Cette phase est individuelle. Il est demandé à chaque participant dans un premier temps de procéder à une cotation des énoncés obtenu selon une échelle de 1 à 5 (type Likert), lorsque 5 est le score le plus important et de l'inscrire sur la liste qui leur a été distribuée.

Analyse de la cartographie

La suite a été effectuée par les chercheurs. Il s'agissait d'appliquer deux types d'analyse statistiques (multidimensionnal scaling, hierarchical cluster analysis) effectuées à l'aide du logiciel, permettant de produire une carte collective regroupant les énoncés avec les participants. Le dernier jour, nous avons présenté les résultats aux participants. Nous avons discuté de ces résultats avec les participantes puis elles ont nommé chacune des grappes que l'analyse statistique a produit selon leur propre perception de leur signification. Enfin, nous avons également donné la parole à chacune des participantes pour obtenir leurs points de vue général sur les résultats de la cartographie conceptuelle

2.3 ENQUETE DOCUMENTAIRE

Au démarrage de l'étude, nous avons conduit une enquête bibliographique dans le but de cerner les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui favorisent la rétention et la fidélisation des agents obstétricaux en milieu rural. La recherche documentaire a été conduite de plusieurs manières. Nous avons effectué des recherches au niveau de plusieurs bases de données : moteurs de recherches spécialisés sur les ressources humaines en santé (Human Resources for Health, Education for Health, Journal of Rural n Remote Health), des moteurs de recherches non spécialisé (Pubmed, Index medicus, Persée, Cairn) des bibliothèques virtuelle des centres de recherche (CRDI, EHESS, et la bibliothèque virtuelle de l'université Louvain-La-Neuve).

La stratégie de recherche des articles a consisté dans un premier temps à utiliser des termes comme : Rural Medecine (médecine rurale), Rural Heath (santé rurale), staff retention (retention des effectifs), retention in rural areas (rétention dans les zones rurales), medical turnover (mobilité médicale), fuite de cerveaux, satisfaction des agents de santé. Dans un deuxième temps, des associations des premier termes avec healths workers (agents de santé), doctors (médecins), physicians (médecins), nurses (infirmiers) ont été réalisés, etc.

La majorité des articles que nous avons trouvés sont en anglais et écrits par des chercheurs de santé publique. Seuls quelques rares cas d'articles ont été réalisés par des spécialistes des sciences sociales (anthropologues, sociologues, politistes, géographes et économistes). Quelques rares articles qualitatifs ont été publiés par des spécialistes de santé publique ou en collaboration avec eux.

La deuxième partie de l'enquête documentaire a concerné la revue des documents de politiques, de stratégies ou d'interventions de santé publique nigériens. Cette enquête documentaire a également concerné les textes législatifs et réglementaires. Enfin, nous avons exploités des rapports divers (rapports d'évaluations, d'audit, de supervision, compte rendus des réunions, correspondances diverses, et analyse des registres au niveau des formations sanitaires).

La présente recherche a été diversement perçue par les parties prenantes rencontrées au cours des différentes phases de notre enquête de terrain. Si au niveau opérationnel, elle a été la bienvenue, au niveau central, malgré le fait qu'elle émane d'une demande de la DRH du MSP, cette recherche a été très mal accueillie. Nous avons, tout au long du processus, rencontré un grand nombre de personnes réticentes à répondre à nos questions ou administrer notre questionnaire de cartographie conceptuelle.

2.4 PERCEPTIONS DE LA RECHERCHE

Les matériaux que nous avons recoltés font dégager trois catégories de perceptions de la recherche.

« Cette recherche est une bonne chose. Elle va permettre à résoudre les choses »

Ce type de perception émane principalement des agents de première ligne ou des administrateurs de santé publique qui sont généralement, soit au niveau périphérique ou intermédiaire.

« C'est une bonne chose ; mais de toute la façon ils vont rien faire après cette enquête. A chaque fois on fait ce genre d'enquête mais on ne voit rien jusqu'à présent. Il n'y a aucune amélioration » (Une Infirmière du CSI urbain de Tillabéry).

« Votre recherche » est une consultation, donc vous êtes payé pour la faire.
« Nous devons avoir notre part pour vous donner l'information ».

Plusieurs consultants que nous avons rencontrés nous ont fait comprendre qu'au niveau du ministère de la santé, un problème d'appréciation des activités « poussées » de l'extérieur par ses partenaires se posait, et ce, quel qu'en soit la nature des projets, ou d'activités, leur impact sur la santé. Généralement ces types d'activités de réformes sont perçus par les différents acteurs de la santé comme une charge additionnelle, donc devant faire l'objet de rémunérations supplémentaires. Les recherches et consultations n'échappent pas à ces types de perceptions. En effets, les agents publics peuvent soutenir les initiatives de recherche, de consultations des partenaires, aller jusqu'à vanter les bien-fondés et même en être les avocats. Mais une fois les prestataires recrutés, les contrats signés, ces derniers ne ratent aucune occasion pour faire comprendre au prestataire.... des sémiologies populaires du type : *« mettre la main dans la poche »* ou bien il doit *« parler le bon français »*, ou encore lui dire de conjuguer le verbe manger au présent *« Je manger, tu manger, »* sont utilisées pour le manifester. A titre d'exemple, lorsque nous avons eu des difficultés pour conduire cette recherche, nous avons pris contact avec un haut cadre du MSP, très intéressé par notre travail, pour lui signifier les types de problèmes que nous rencontrons. Ce dernier nous a répondu au cours de cet entretien informel qui a eu lieu dans le couloir du MSP les phrases suivantes :

« Q : Bonjour Monsieur.

R : Bonjour Docteur

Q : Je partais dans votre bureau pour vous signifier les difficultés que je rencontre dans la conduite de cette étude.

R : Quelle étude ?

Q : Celle qui est financée par l'OMS pour votre compte.

R : Votre étude !

Q : Non ce n'est pas mon étude, c'est plutôt la vôtre. C'est vous qui l'avez initiée, et l'OMS la finance pour votre compte n'est pas ?

R : Même si c'est pour nous, vous avez reçu de l'argent pour faire cette étude. Donc elle est plus la vôtre que la mienne !

Q : Ah bon..... !

R : Bon quel type de problèmes avez-vous ?

Q : Les gens ne collaborent pas. Ils ne veulent pas mettre les informations nécessaires à ma disposition. J'ai ensuite distribué un questionnaire, il n'y a que deux personnes sur plus d'une dizaine que j'ai distribué au niveau de votre direction.

R : Vous savez docteur, ici au MSP, quand vous avez un arrêté ou une décision qui vous concerne, on doit automatiquement vous la notifier, mais si vous ne faites rien, personne ne s'en occupera. C'est leur travail, ils ne le font pas sans être payer. A plus forte raison un question ou une information à un consultant. Ce n'est pas leur travail, ils ne se sentent pas dans l'obligation de le faire. Si vous voulez que les choses soit facile pour vous, il faudra parler du bon français.

Q : C'est-à-dire ?

R : (rires)...il faut mettre la main dans la poche ».

Nous avons rencontré également ces perceptions et pratiques au niveau de la DRSP de Tillabéry.

Après une rencontre de courtoisie avec l'intérim de la directrice, nous lui avons remis un questionnaire de cartographie conceptuelle qu'il devait distribué aux chefs des différents services de la DRSP et aux membres des équipes cadres de districts de la région qui étaient en réunion. Sur une trentaine de questionnaires seuls deux (de la DRSP) ont été classés et côtés. Aucun membre des équipes cadre de district n'a rempli un questionnaire. Les motifs avancés à l'intérim sont :

« Il a pris l'argent pour faire sa consultation et nous on va faire son travail. On ne va pas le faire » (Un agent de la DRSP).

Pour un autre, si l'intérim de la DRSP que je connaissais de longue date a pris les questionnaires pour les distribuer au cours de cet atelier, c'est qu'il a été payé pour le faire.

« Heh, tu as donné ton argent, à l'intérim du DRSP pour nous faire remplir le questionnaire, tu crois qu'on va le faire. Tu te trompes. Il va manger son argent seul et nous allons faire le travail ? Pas question : » (Un agent de la DRSP).

Un gestionnaire d'un district nous a dit :

« J'ai reçu le questionnaire. Je ne sais pas où je l'ai possé. Le vent a pris ça. Tu n'as pas posé de caillou pour que le vent ne le prenne pas. si tu veux que je fasse remplir tous les questionnaires aux différents membres de l'ECD, il faudra poser un gros caillou. Si non, nous n'avons pas ton temps » (Un gestionnaire d'une ECD visitée).

« Cette recherche est inutile on connaît tous les problèmes et les solutions »

Selon un certain nombre de personnes que nous avons rencontrées, cette recherche est une « consultation de plus ». Selon eux, il existe une masse critique d'études qui ont été réalisées au MSP assorties de recommandations concrètes et qui souffrent de mise en œuvre.

«Il beaucoup d'études qui ont été réalisées ici au MSP. Nous n'avons rien vu comme changement. Et ce n'est pas la faute des agents de terrain, ni celle du Ministre. Le problème se trouve au niveau du MSP. Il y a beaucoup de personnes qui ne comprennent rien, qui ne méritent pas le poste qui leur a été donné. Ils sont là seulement pour faire des activités à cause de l'argent qui a été mis à leur disposition. Si les partenaires dit de faire une étude, ils font les TDR pour la réaliser. L'essentiel c'est de la faire et après... » (Un haut cadre du MSP).

« Plusieurs études ont été réalisées par des bureaux de consultations internationalement reconnus et il y a également des recherches qui ont été menées par le LASDEL sur les problèmes de santé du Niger », nous a indiqué un autre haut cadre du MSP, Selon lui plusieurs études ont réalisé de très bons diagnostics, mais ceux-ci sont restés sans suite.

« Les deux derniers exemples, ce sont : l'audit organisationnel et fonctionnel, l'étude sur les comportements non observants des agents de l'administration. Tout est dit au niveau de ces deux études. Des recommandations ont été réalisées par les experts de l'audit. A la date d'aujourd'hui rien n'est fait. Aucune recommandation n'a fait l'objet d'application. J'ai peur que votre étude ai le même sort » (Un cadre du ministère en complément d'effectifs).

Ce manque d'appropriation ou de prise en compte des différents analyses de situation et recommandations réalisées par les experts et chercheurs sont pour certains causés par l'existence de lobby au sein du ministère qui sont hostiles au réformes.

« Le ministère ne peut rien faire. Il y a une masse d'études, d'audits, d'évaluations, d'inspections et même de supervisions qui sont faites annuellement. Les résultats de ces travaux sont disponibles au MSP, ils sont entassés dans la poussière au centre de documentation. Il y a eu toutes sortes de recommandations. A quoi ça sert. C'est une nième étude. Il y a les recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP, des directions régionales. S'ils sont de bonnes fois, il n'ont qu'à les appliquer. Mais ils ne le feront pas. c'est pourquoi je dit et je repète que les études c'est inutile ! » (Un haut cadre du MSP).

Par contre au niveau local, cette étude est bien appréciée et bien accueillie. Pour les agents de première ligne, « c'est une bonne étude », elle va permettre aux agents du ministère de la santé de « comprendre notre situation », et « d'apporter des solutions ». Les extraits d'entretiens ci-dessous illustrent les perceptions de ces agents sur notre recherche.

« Je pense que cette enquête est intéressante parce que sa va permettre aux gens de ministère de connaître notre situation » (Sage-femme CSI de Tillabéry).

« Pour moi, cette enquête est très intéressante. Je pense qu'elle va permettre d'améliorer nos conditions de travail au futur » (Sage-femme CSI de Ayrou).

« L'enquête est bonne. Après cette enquête vous allez savoir le problème des agents et chercher à résoudre ce problème » (Major urgences HD de Ouallam)

« c'est une bonne chose de faire cette enquête parce que vous allez voir les conditions de travail des agents et encore sa va vous permettre de savoir le nombre des agents par services » (une Infirmière CSI urbain de Ouallam)

« Cette enquête est importante si les gens de ministère vont tenir compte de ce que vous allez rapporter » (sage-femme de Kandadji).

« Cette enquête est intéressante parce que les agents de santé ont beaucoup de problèmes qui sont méconnus des gens du Ministère. »(Mme maman nafiou sayaba inf CSI ouallam)

Néanmoins certains agents posent des inquiétudes sur le devenir des résultats de cette étude.

« C'est une bonne chose ; mais de toute le façon ils ne vont rien faire après cette enquête. Nous sommes habitués ici. Chaque fois nous voyons les gens venir faire ce genre d'enquête. Mais nous ne voyons rien jusqu'à présent. Il n'y a aucune amélioration »(Sage-femme de Ouallam).

« Il ne suffit pas seulement de faire une enquête et par la suite de mettre dans le tiroir le résultat de l'enquête et de ne pas pouvoir l'exploiter. On s'attend que cette enquête puisse apporter de changement positif surtout à l'endroit des personnels et qu'on puisse affecter les agents selon les besoins. De revoir le système de motivation et d'encourager les agents qui travaillent bien. Il faut qu'on est une administration ferme ; de mettre de côté la coloration politique et de se baser sur la droiture et le mérite ; surtout de sanctionner les agents qui abandonnent leurs postes ou qui refusent de rejoindre leurs lieux d'affectation »(Chef CSI de Ouallam)

2.5 DIFFICULTES RENCONTREES

Au cours de cette recherche nous avons rencontré plusieurs type de difficultés qui ont retardé son cours. Ces difficultés sont de l'ordre de la lenteur des procédures financière, ou de la méfiance et du manque de collaboration de la part de certains partenaires de l'étude. Une autre difficulté plus structurante a concerné le dysfonctionnement du logiciel de cartographie conceptuelle. Le problème informatique n'a pas été résolu au moment où nous écrivons ce rapport. C'est pourquoi nous avons jugé utile de présenter dans ce rapport seulement les résultats de la première cartographie réalisée avec les élèves sages-femmes de l'ESPAS. La seconde cartographie sera exploitée ultérieurement. La deuxième difficulté, la plus importante est que le ministère n'a pas écrit à ces différents démembrement pour les informer de notre arrivée⁸. Cela nous a fait perdre environ 3 jours, si on cumule le temps perdu. En effet, depuis le scandale financier lié à l'audit du fonds Gavi, les agents de santé refusent de collaborer ou de partager une information avec les chercheurs (même s'ils détiennent une autorisation de recherche du ministère de la recherche ainsi que l'autorisation du comité consultatif national d'Éthique) tant que leur hiérarchie ne les a pas saisie officiellement.

⁸ En effet, malgré l'intervention de l'administrateur santé de l'OMS, il nous a fallu attendre plus d'un mois avant d'être en possession de cette lettre.

III. Les contextes de l'étude

3.1 LE NIGER, LE SYSTEME DE SANTE ET LES POLITIQUES DE FIDELISATION DES AGENTS DE SANTE EN MILIEU RURAL

Le Niger est l'un des pays les plus vastes de l'Afrique de l'Ouest. Il est enclavé au plein cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il s'étend sur 1.267.000 Kms² entre les franges soudano-sahélienne au sud et le désert du Sahara au Nord. Il est limité au nord par l'Algérie et la Libye, à l'Est par le Tchad, au Sud par le Nigéria et le Bénin, à l'Ouest par le Burkina Faso et au Nord-Ouest par le Mali. Pays continental le pays est enclavé sans débouché vers la mer : le port le plus proche est situé à 1000 Kms. Des franges soudano-sahéliennes au sud au territoire désertique du nord, la pluviométrie définit deux saisons principales : une saison très longue saison sèche qui va du mois d'octobre au mois de mai, et une saison courte saison de pluies qui s'étale du mois d'avril au mois de septembre (Mondiale, Mars 2004 : 12). C'est une vaste péninsule dont le faible relief est interrompu par le massif de l'Air et les hauts plateaux du Djado au Nord-Est. (Coudray, 2011 : 14). Cette aridité fait concentrer les populations au Sud au tour des points d'eau.

L'histoire politique du Niger a été marquée par une succession de régimes démocratiques et de régimes militaires au cours des trois premières décennies après l'indépendance en 1960. Bien initié au début des années 90, un processus de transition vers un régime démocratique a été interrompu par l'instabilité politique et le retour de l'armée au pouvoir début de 1996, 1999 et 2010. Le pays est reparti sur le chemin démocratique en 2011.

Les différentes enquêtes sur le budget de consommation des ménages du Niger (1989/1990-1992/1993-2007-2008 : profil de la pauvreté), l'indice de la pauvreté au sein de la population était de 63,7% au niveau national et celle de l'extrême pauvreté de 34%. Avec une disparité entre Niamey 42%, 58% pour les autres villes du pays et 66% pour le milieu rural.. Les taux d'extrême pauvreté sont respectivement de 18%, 31% et 36%. Le Niger est classé 187^{ème} sur 187 selon l'indice de Développement Humain calculé par le PNUD en 2014 (PNUD, 2014).

3.1.1 Le système de santé

Conformément à une des orientations de l'organisation mondiale de la santé (OMS), la déclaration de politique sectorielle de santé avait prévu la structuration et la définition des missions du système de santé nigérien à l'image de ceux des autres pays de la zone africaine, en trois ceci dans une perspective de rapprocher les niveaux de décision et les niveaux opérationnels.

Cette organisation pyramidale du système de santé nigérien en trois niveaux comprend du haut vers le bas :

Le **niveau central ou stratégique** comporte, d'une part, les structures de coordination : l'administration centrale (le cabinet, le secrétariat général, l'inspection générale des services, les directions générales, les directions nationales et les 15 programmes nationaux) et les services rattachés ; 8 centres de référence nationale dont trois (3) hôpitaux nationaux,

une (1) maternité de référence nationale, 3 Ecoles et Instituts de santé, treize (13) EPA, EPIC, et EPSCT.

Le niveau **intermédiaire ou technique** correspond à la région sanitaire. Le Niger compte 8 régions sanitaires dont l'aire de santé correspond à la région administrative. Ces régions sanitaires sont dirigées par des directions régionales de la santé publique et comprennent, 6 centres hospitaliers régionaux (Agadez Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, et Tillabéry), sept centres de santé de la mère et de l'enfant (Agadès, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéry et Zinder)⁹.

Le niveau **périphérique ou opérationnel** comprend 42 Districts sanitaires, 33 hôpitaux de district, 829 centres de santé intégrés et 2499 cases de santé communautaires (Estimations RSS, 2009).

3.1.1.1 *L'administration centrale et les services extérieurs*

Le cabinet du ministre est dirigé par un directeur de cabinet. Il est chargé de : i) veiller à l'exécution des directives du ministre, de la gestion de l'agenda des audiences du ministre, d'assister le ministre dans la prise de décisions, d'assurer la gestion courante du personnel du département et enfin d'être l'interface avec les autres ministères et institutions.

Le cabinet du ministre comprend à ce jour le directeur de cabinet (DC) et un personnel comprenant officiellement cinq (5) conseillers techniques, réellement quatre (4) seuls sont effectifs, dont deux (2) seuls permanents sur site.

Les résultats de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP ont montré que les prérogatives du directeur de cabinet dépassent largement ses attributions, les conseillers techniques n'ont pas d'attributions réellement définies. Cette situation a pour conséquences une confusion entre les attributions du DC, celles du SG d'une part et celles des directions techniques d'autre part (Gaboriau C, Agbota G, Galadima S, Toure B, 2015).

Le secrétariat général, assure la gestion technique et administrative du ministère. Il est chargé de la coordination des activités des directions générales, centrale et des services extérieurs. Dans la pratique, le secrétaire général a en charge : i) examen des projets d'arrêté soumis à la signature du Ministre, ii) la rédaction de correspondances adressées aux ministères, iii) l'application des instructions du Ministre en matière de réforme administrative, iv) l'examen des offres de prestataires de services en matière de formation et d'équipement, v) l'impulsion, la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des différentes structures du MSP et des politiques et stratégies nationales en matière de santé publique ; vi) la gestion rigoureuse des ressources allouées au ministère (financières, humaines, et matérielles) et enfin vii) la coordination technique avec les autres ministères et autres partenaires.

Toujours selon les résultats de l'audit organisationnel et fonctionnel, il est constaté : i) une confusion des rôles du SG et celui du SGA (n'étant pas clairement définies et formalisées) ; ii) absence de synergie, de complémentarité et persistance de conflits entre le DC et le SG ; iii)

⁹ Suite à la construction et la mise en fonction des centres mères-enfants, les deux maternités de référence régionale (Tahoua, et Zinder) ont été intégrées à ces centres et leurs sites transformés en hôpitaux de districts

irrégularité dans la tenue des réunions et séances de coordination et de pilotage ; iv) une faille de leadership du SG ; v) contraintes matérielles, financières et humaines.

L'inspection générale de services est l'organe de contrôle interne, de veille et d'appui conseil du MSP. Elle est régie par la loi n° 2001520 du 08 Août 2001, déterminant l'organisation générale de l'administration civile de l'Etat en fixant ses missions et le décret n°1013-070/PRN/PM du 22 février 2013 portant attributions, organisation et modalités de fonctionnement de l'inspection générale de la santé. Selon les dispositions des textes ci-dessus cités, l'inspection générale de la santé publique assiste le MSP dans la gestion des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition du ministre et des organes qui en dépendent. Elle veille également au respect des normes tant pour l'administration centrale, déconcentrée, décentralisée que pour les établissements et organismes sous tutelles. Elle est le répondant du Secrétariat Général du Gouvernement au sein du MSP.

Selon les résultats de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP, L'inspection générale de la santé publique fait face à trois types de problèmes qui entravent l'accomplissement des missions qui lui sont assignées, surtout celle liées à la gestion des ressources humaines en santé. Ces problèmes ont pour noms : i) une insuffisance de personnel en quantité et qualité ; ii) le refus de l'administration du MSP de transmettre à l'inspection générale de la santé, les copies des rapports des services et marchés publics ainsi que les contrats administratifs ou tout document nécessaire à l'exercice de leur fonction, iii) le développement de la culture de l'impunité.

3.1.1.2 Les directions régionales de la santé publique

La direction régionale de la santé publique est régie par les dispositions de l'arrêté n° 154/MSP/CAB, portant attribution de la direction départementale de la santé¹⁰. C'est une structure technico-administrative représentant le Ministère de la santé publique au niveau régional. A ce titre elle participe à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique nationale de santé. La direction régionale de la santé est chargée de : i) traduire les directives et orientations nationales en actions adaptées de santé ; ii) d'apporter un appui technique au développement des districts sanitaires¹¹.

Les structures de soins de la région sanitaire à savoir le centre hospitalier régional, les hôpitaux de district, les centres de santé intégrés et les cases de santé communautaire ne fonctionnent pas dans une perspective lucrative, bien que le recouvrement partiel des coûts soit un des mécanismes du financement de la santé. Mais dans le cadre des réformes introduites par les institutions monétaires internationales dans les années 1980, le ministère de la santé et la région sanitaire ont autorisé la création de formations sanitaires privées. La DRSP contractualise également dans le cadre du partenariat public privé (PPP) avec des acteurs non gouvernementaux de la santé publique, à savoir les ONG, les associations, les acteurs privés, pour la suppléer dans la délivrance du service de santé d'intérêt public.

¹⁰ J.O du 1^{er} février 1995.

¹¹ Arrêté n°154/MSP/CAB, portant attribution de la direction départementale de la santé publique. JO du 1^{er} février 1995.

Selon les résultats de l'audit organisationnel, les DRSP « sont de véritables directions générales par délégation de pouvoir, représentant le MSP à l'échelon local. Pourtant, force est de constater que ce pouvoir (instruction, inspection, supervision, évaluation, et contrôle) n'est pas toujours assuré (évaluation et contrôle du travail réalisés ou à réaliser, présence/absence des agents, entretien des locaux, autorisation/renouvellement d'exercice du secteur privé...); par ailleurs, les DRSP sont "sous la coupe" du SG, et c'est un bon fonctionnement, mais aujourd'hui les DRSP ne répondent pas ou répondent insuffisamment aux besoins des services centraux (remontées et actualisation des infos, niveau d'avancement des cases de santé devant être transformées en CSI à hauteur de 50/an..) » (Gaboriau C, Agbota G, Galadima S, Toure B, 2015).

2.1.1.3 *Les districts sanitaires*

Le district est le niveau de base ou opérationnel. Il est découpé en aires de santé, lesquelles disposent chacune au moins d'une structure de première ligne appelée centre de santé intégrée qui offre le Paquet minimum d'activités (PMA) et reliée à un réseau de cases de santé communautaire qui constitue l'échelon le plus périphérique. Chaque aire de santé est dotée de structures de participation communautaires : le comité de santé (COSAN) et le comité de gestion (COGES). Les centres de santé intégrés et les cases de santé communautaires constituent les structures de premier contact de la population avec l'offre de soins. Chaque district dispose d'un Centre de santé de référence appelé hôpital de district. Chaque hôpital de district est doté d'un plateau technique plus étoffé et d'un personnel plus qualifié pour assurer la prise en charge des cas référés par les CSI.

Il est important de noter que l'offre de soins à tous le niveau de la pyramide sanitaire se caractérise par une co-délivrance des soins. Ainsi, il existe une variété de prestataires de biens et services de santé : autres formations sanitaires publiques, structures privées à but lucratif (cabinets, cliniques privées, salles de soins, d'accouchements de kinésithérapie etc.) et non lucratif (les centres de santé des ONG humanitaires, caritatives, association confessionnelles de divers mécènes etc.), les établissements de soins du secteur parapublic (le Service de santé des Armées avec ses centres de santé son laboratoire et ses infirmeries, les infirmeries scolaires des ministères de l'éducation, les centres médico-sociaux de la caisse de sécurité sociale) , les praticiens « réguliers » de la médecine traditionnelles et les une panoplie d'acteurs informels.

Sur le plan du financement de la demande, le Niger a depuis 1987 adhéré à l'initiative de Bamako et s'engagé dans le recouvrement des coûts dans le secteur non hospitalier des actes et des médicaments à tous les niveaux. L'approvisionnement, la distribution et la gestion des produits pharmaceutiques est assurée par l'ONPPC et d'autres centrales privée.

3.1.2 *Politiques, stratégies de santé, leurs instruments et les ressources humaines*

Les autorités nigériennes ont en mai 2002 adopté une politique sectorielle de santé qui a reconduit les principes et engagements de celle de 1995. Cette politique sectorielle a jeté les bases du développement de deux plans de développements sanitaires (2005-2009 et 2011-2015), la politique et le plan de développement des ressources humaines en santé, ainsi que la définition des orientations stratégiques pour la première décennie du 21ème

siècle L'option fondamentale était qu'au Niger devrait se pratiquer une médecine globale et intégrée, coordonnant les activités préventives, éducatives, curatives et promotionnelles pour toutes les communautés et visant l'autosuffisance sanitaire. Cette politique de santé confirme l'engagement du Niger pour l'amélioration de la santé et du bien-être social de ses populations est exprimé à travers plusieurs autres résolutions notamment :

- la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (1980-1990) adoptée par les Nations Unies en 1977 ;
- la Déclaration Mondiale en faveur de la Survie des Enfants en 1990 suivie par un Plan d'Action National ;
- la Conférence Internationale sur la Nutrition tenue à Rome en 1992 ;
- la Conférence Internationale sur l'Eau et l'Environnement de janvier 1992 à Dubha ;
- l'Initiative Afrique 2000, Dakar 1992 ;
- le Consensus de Dakar en 1993 par lequel les signataires réaffirment leur engagement au respect de la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant, la Déclaration et le Plan d'Action du Sommet Mondial pour l'Enfant, la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant ;
- la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Caire 1994
- la Conférence ministérielle sur l'eau potable et l'assainissement environnementale (1994) ;
- la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes à Beyging en 1995 ; la Conférence des Chefs d'Etat sur la Lutte contre le Paludisme à Abuja en 2000 ;
- le Sommet mondial sur le Développement Social.

La lecture de ces différents documents politiques et stratégiques élaborés par le MSP, nous amène à comprendre que les problèmes de ressources humaines en santé, sont bien connus par les parties prenantes. Plusieurs solutions ont été développées et des recommandations permettant de rendre effectif leur mise en œuvre ont également été proposées au MSP. Mais, force est de constater que l'application de ces différentes recommandations a souffert de l'insuffisance ou même parfois du manque d'engagement des différents acteurs.

3.1.2.1. Des problèmes bien connus....

La question des ressources humaines a fait l'objet d'une attention particulière au cours de l'élaboration des réformes et politiques de santé dans les pays en voie de développement ces dernières deux décennies (Beaglehole R, Dal Poz M, 2004 ; Franco LM, Bennett S, Kanfer R, 2002 ; Peters DH, Chakraborty S, Mahapatra P, Seinhardt L, 2010). Des organismes comme The joint Learning Initiative, l'Organisation Mondiale de la santé, et l'alliance mondiale pour les personnels de santé, ont mis une attention particulière sur les questions de ressources humaines, particulièrement le déficit, la mauvaise répartition, les mauvaises conditions de travail, les faibles revenus, l'augmentation de la fuite des cerveaux etc.

Au Niger, la situation globale des ressources humaines en santé a fait l'objet d'une préoccupation particulière dans tous les documents de politique et de stratégies les vingt dernières années.

Dans le document déclaration de politique nationale de santé de 2002-2012, les autorités sanitaires du pays ont indiqué une «...iniquité dans l'accès aux soins et services de santé entre la population urbaine et rurale, due surtout à la mauvaise répartition des ressources défavorisant ainsi les pauvres (...); une insuffisance du personnel et sa mauvaise gestion ; une insuffisance du personnel spécialisé » etc.. En 2002, la situation des ressources humaines en santé se caractérise selon les termes du même document par « une insuffisance et mauvaise répartition du personnel, une insuffisante maîtrise des effectifs, une mauvaise utilisation du personnel, des profils de carrière et des systèmes de promotion peu satisfaisants, une formation continue inefficace » (MSP/LCE, Mai 2002).

Sur le plan effectif, à la fin de l'année 2003, selon les données disponibles, les effectifs globaux du MSP/LCE (cadres auxiliaires, contractuels) sont estimés à environ 6215 agents en activité auxquels s'ajoutent les quelques 120 agents relevant de l'assistance technique étrangère. Sur ces 6215 agents, 4438 (71%) sont des cadres (dont 296 soit 7% sont des médecins et 64 % sont constitués du groupe des infirmiers et sages-femmes), 1281 (21%) sont des auxiliaires et 496 (11 %) sont des contractuels. La distribution de ce personnel de santé était déjà caractérisée par une répartition très disparate, d'un côté entre les structures hospitalières. A titre d'exemple « les cinq CHR et les trois hôpitaux nationaux concentrent 1027 agents, soit 17% des effectifs totaux pour 2620 lits, soit un agent pour 2,5 lits. Tandis que les hôpitaux de districts (HD) concentrent 840 agents soit 14% des effectifs totaux pour 1663 lits, soit un agent pour 2 lits ». Du côté des HD, il existe des disparités entre les HD urbains et ruraux. Par exemple, à « l'HD de Commune III, il y a 1 agent par lit ». Les trois maternités de référence comptent 248 agents, soit 4% des effectifs totaux pour 250 lits, soit un agent par lit. De l'autre côté, il existe des disparités entre les niveaux administratifs et les structures de soins. Ainsi, le niveau central (administration centrale, projets et programmes) compte 307 agents, soit 7% des effectifs cadres. Les DRSP comptent 243 agents soit 5,5% des effectifs cadres. On peut donc conclure que les deux niveaux, stratégique (niveau central) et intermédiaire (DRSP/LCE), de la pyramide sanitaire totalisent à eux seuls 12,50 % des effectifs pour des fonctions d'ordre administratif et gestionnaire essentiellement. Si on y ajoute les 519 agents en positions diverses (stages, disponibilités...), on arrive à près de 24% d'agents de santé occupés à des tâches autres que cliniques. Autrement dit, « près d'un agent de santé sur quatre est occupé à des tâches non cliniques et ce chiffre serait probablement encore plus important si on devait y ajouter les agents occupés à des tâches administratives ou formatives dans les Ecoles, les Districts sanitaires et les hôpitaux et centres de référence ».

Un autre niveau de disparités est celui qui concerne les zones urbaines et rurales et selon les régions. A titre illustratif, « Niamey concentre 33% des effectifs totaux pour 6% de la population et près de 37% des cadres si on compte les EPA de Niamey (ISP, ENSP, HNN, HNL et Maternité Gazoby). Les sept chefs-lieux de région où résident moins de 25% de la population absorbent 65% du total des agents cadres ». Egalement, les disparités selon les régions sont, elles aussi, très grandes. (MSP/LCE, Plan de développement sanitaire 2005-2009, 18 février 2005)

La plupart des problèmes de « Gestion chaotique des ressources humaines» (Olivier de Sardan, Mars 2014) en santé sont connus depuis fort longtemps. En effet, depuis 2003, l'étude PEMFAR/Niger a conclu que « la gestion des ressources humaines de l'Etat demeure embryonnaire; elle est encadrée depuis 5 ans par les contraintes de maîtrise des effectifs et de réduction de masse salariale qui ont progressivement conduit les gestionnaires et les responsables de structures à s'éloigner de tout raisonnement d'adéquation

besoins/ressources et poste/profil. La prégnance de ces contraintes associée au déficit chronique de moyens et aux nombreuses et successives mutations de l'organisation gouvernementale ont eu un impact négatif sur la qualité et l'efficacité de la gestion des ressources humaines et sur l'exercice des fonctions-clefs au sein des institutions» (MSP/LCE, Plan de développement sanitaire 2005-2009, 18 février 2005).

Cependant, ces efforts consentis, la GRH continue de souffrir des difficultés récurrentes suivantes : i) une insuffisance quantitative des Ressources Humaines en Santé (RHS) due aux contraintes budgétaires, à leur répartition déséquilibrée et à la complexité des redéploiements. « A titre d'exemple, au Niger nous avons un (1) médecin pour plus de 100 000 hts dans les régions de Tillabéry, Tahoua, Zinder et Dosso, La région sanitaire de Niamey concentre environ 33% des effectifs cadres et près de 40% des sages-femmes, seuls 13% des effectifs professionnels sont en zone rurale (19% des infirmiers et 8% des sages-femmes, et quasiment 0% de médecins). Pour la répartition du personnel par région et par principaux corps en 2005 et 2010 ; ii) une insuffisance quantitative du personnel accentuée par l'importance des effectifs occupant des fonctions administratives (20%) ou en position exceptionnelle des effectifs (en stage, disponibilité, détachement), et par la féminisation de la profession entraînant des difficultés d'affectation ; iii) une tendance à l'accroissement des effectifs de contractuels, qui représentent en 2011 près de 15% des effectifs (hors auxiliaires), ce qui risque, à l'image de la situation du secteur de l'éducation, de précariser les emplois et donc de réduire l'attrait et la rétention des personnels ; iv) une insuffisance qualitative des RHS qui concerne les filières traditionnelles (infirmiers certifiés, IDE, SFDE, médecins généralistes, THA,...) et qui s'explique par plusieurs facteurs : faiblesse et inadéquation de la formation initiale des agents, dysfonctionnements au niveau des recrutements et des affectations, déficits de management et d'encadrement, insuffisance des plateaux techniques pour un bon exercice des compétences, démotivation des agents elle-même due aux difficiles conditions de travail, à l'absence de plans de carrière, à l'inadéquation entre les compétences de certains agents et les fonctions assumées, ... ; v) une inadéquation des structures, des procédures et des outils de gestion aux exigences d'une gestion collective et prévisionnelle des effectifs : expression de besoins motivés des structures sanitaires mais sur la base de normes et standards uniformisés, absence de cadre organique actualisé et de description des fonctions clés, absence de plans de carrière motivants, centralisation excessive de la GRH ; vi) insuffisances opérationnelles dans la GRH ; vii) une mobilité excessive des agents, gestion subjective des affectations, insuffisance dans la planification et la coordination des sessions de formation continue (multiplicité des sessions de formation hors site générant un absentéisme fort), faible implication des districts dans la GRH, lenteurs administratives, ... ; viii) une multiplication des écoles privées de formation en santé au détriment de la qualité des enseignements qui engendrent la sous qualification des jeunes diplômés » (MSP, Plan de développement sanitaire 2011-2015, 27 Janvier 2011).

3.1.2.2. Aux solutions programmées dans les documents stratégiques...

Toutes les documents de politiques, de stratégies, d'intervention de santé publique, ou tout rapport d'évaluations à mis parcourt ou bien finales, tout rapport d'audits, d'inspection ou encore de supervisions, ou bien encore toutes les instances réunions, ateliers, foras, symposium, nationaux ou même internationaux auxquels ses agents de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire participent sont truffés de recommandations diverses et de

solutions aux multiples problèmes qui minent la gestion des ressources humaines au Niger. Nous allons dans cette section présenter quelques exemples, issus des documents stratégiques nationaux.

La politique nationale de santé 2002-2010 a prévue de mettre l'accent sur :

- La Production de ressources humaines de qualité et en quantité adéquate.

Il s'était agi en ce temps « de réhabiliter et réorienter le système de formation en vigueur de façon à le rendre capable de produire des ressources humaines compétentes et motivées destinées tant au secteur public qu'au secteur privé ». Egalement il s'était agi de procéder à « une distribution des rôles des institutions de formation ». L'Etat s'était engagé à prendre en charge la formation de base ainsi que les spécialisations dans les domaines prioritaires et de favoriser la spécialisation sur place.

- *Une gestion des ressources humaines plus performante et opérationnelle*

Sur le plan de la gestion des ressources humaines. L'Etat nigérien s'était engagé de « rendre plus performante et plus opérationnelle la structure chargée de la formation et de la gestion du personnel en la dotant de ressources pour qu'elle puisse jouer véritablement son rôle de planification et de gestion des ressources humaines » ; de réaliser une planification des effectifs « sur la base des besoins quantitatifs et qualitatifs des structures de santé en fonction des normes sera de rigueur ». Par ailleurs, il a été prévu de procéder au « recrutement de personnel qualifié et de volontaires diplômés, au développement d'un partenariat avec les associations, ONG et secteur privé, à l'instauration de la sous-traitance dans certains domaines, à la régionalisation des postes budgétaires, à la révision des normes et à la définition des profils, à l'instauration d'un système d'évaluation des performances, à l'élaboration et à l'adoption d'une politique de formation continue prenant en compte le cadre réglementaire » (MSP/LCE, Mai 2002).

- *Une poursuite de la mise en œuvre des stratégies prévues dans le PDS de 2005-2011 et une institutionnalisation de la motivation du personnel*

Les stratégies proposées par le PDS 2005-9 sont : i) La poursuite et la valorisation du recrutement des contractuels ; la canalisation la tendance à la reconversion des agents ; le retour à l'ancien système de la retraite ; le développement des compétences des agents à travers l'élaboration d'un plan de formation, l'institutionnalisation de la motivation du personnel et la mise en place d'un plan de carrière. La mise en œuvre du PDS 2005 – 2010 a permis d'obtenir des acquis importants en matière de GRH, notamment le recrutement de 1 212 agents entre 2005 et 2008, une meilleure maîtrise des effectifs suite au recensement et à la mise en place d'outils de suivi, la déconcentration de la fonction « Gestion des Ressources Humaines », la révision des curricula de formation, l'élaboration d'un plan de formation initiale et continue, le financement de près de 400 spécialisations médicales et paramédicales depuis 2005 et la mise en place d'un dispositif de primes de motivation pour les personnels médicaux et paramédicaux. Ainsi, suite à la mise en œuvre de ce PDS, le total des ressources humaines en santé a progressé de 16% entre 2005 et 2010 tous statuts confondus et notamment de 84% pour la catégorie des contractuels du MSP.

Pour résoudre ces problèmes, le plan de développement sanitaire 2011-2015 a prévu axe stratégique dans la continuité des priorités fixées lors du PDS 2005 – 2010. Ce axe a consisté à doter les structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins à travers : (i) amélioration de la disponibilité des ressources humaines dans les

formations sanitaires, (ii) le renforcement des compétences des agents de santé, (iii) la planification la formation initiale et continue, (iv) l'acquisition de la maîtrise du suivi des effectifs, (v) le développement de la gestion prévisionnelle des ressources humaines. Ceci a visé à rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays. Il doit passer par la mise en oeuvre de la Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines et du Plan de Développement des Ressources Humaines 2011 – 2020

3.1.2.3. Mais les problèmes de ressources humaines restent des problèmes négligés du système de santé nigérien

Les solutions aux divers problèmes que nous avons énumérés à titre d'exemple, ainsi que celles produites par les différents consultants, souffrent d'absence ou d'insuffisance de mise en oeuvre.

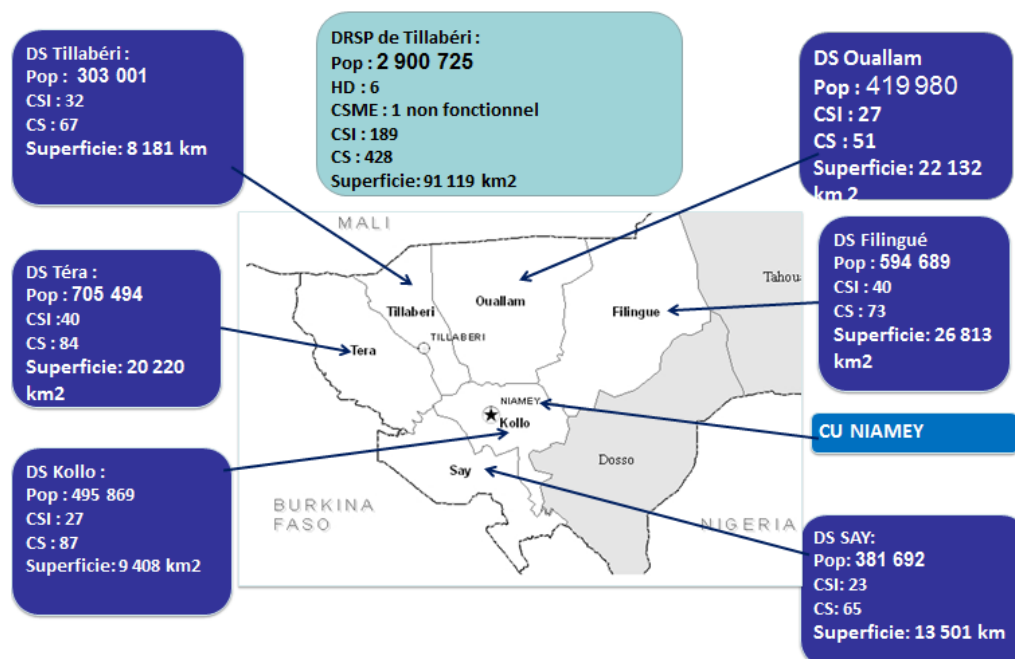
Le dernier exemple concerne la décentralisation des postes budgétaires, ou encore celles proposées par l'audit organisationnel et fonctionnel du ministère de la santé. L'analyse des différentes causes de cette absence de mise en oeuvre des différentes solutions ou options ne sera pas développée ici. Mais cette absence ou insuffisance dans la mise en oeuvre des différentes solutions proposées fait de la problématique des ressources humaines un « *problème négligés du système de santé nigérien* ».

3.2 LA REGION SANITAIRE DE TILLABERY

La région sanitaire de Tillabéry où s'es déroulé le terrain, est une localisée le long du fleuve Niger à l'extrême ouest du pays. Elle a une superficie de 95.251 Km² avec une population estimée en 2015 de 2 900 725 habitants selon RGPH de 2012 (Coudray, Mars 2011 ; DRSP de Tillabéry, Décembre 2015). Elle fait partie des zones les plus pauvres du Niger avec une indice de pauvreté qui s'est aggravée entre 2005 (68,9%) et en 2008 (71,7%).

La région sanitaire de Tillabéry comprend au départ 6 districts sanitaires anciens : Tillabéry, Ouallam, Filingué, Kollo, Téra et Say. Sept autres districts ont été créés. Il s'agit du district sanitaire du Bankilaré Banibangou, Balleyara, Dargol, Abala, Ayorou, et Torodi. Ce qui fait un total de treize districts dont six seulement sont fonctionnels.

Figure 1 : Profil sanitaire de la région de Tillabéry



La direction régionale de la santé (DRSP) de Tillabéry est logée dans les locaux adjacents du centre de santé mère-enfant, nouvellement construit, au Nord Est de la ville. En décembre 2015 (au moment de la réunion du Comité national technique de santé), la région sanitaire de Tillabéry utilisait 987 personnes, tous corps confondus: quarante-six (46) à la direction régionale de la santé publique; soixante-treize (73) agents au centre hospitalier régional ; et soixante-dix-sept (77) et sept cent quatre-vingt-onze (791) agents au niveau des districts sanitaires.

Sur le plan des infrastructures, la région sanitaire de Tillabéry comprend : un centre de santé mère-enfant, six (6) hôpitaux de district, cent quatre-vingt-neuf centres de santé intégrée tous sont fonctionnels autour desquels gravitent un réseau de quatre cent vingt-huit cases de santé communautaire, sept formations sanitaires du service de santé des armées, six pharmacies publiques. A côté de ces structures publiques de santé, la région de Tillabéry dispose d'un réseau de dix-neuf (19) cabinets médicaux, cliniques et salles de soins et une (1) pharmacie privée. La couverture sanitaire est de 45,46%.

Sur le plan des ressources humaines en santé, il est important de noter que 71,19% des centres de santé intégrée sont tenu par un seul agent de santé et 31 CSI sur les 189, sont dirigés par un médecin. .

Sur le plan de la logistique, la région de Tillabéry dispose de trente-neuf (39) véhicules utilitaires dont treize (13) en bon état pour un besoin de dix-neuf (18), soixante-quinze (75) ambulances dont quarante-une (41) en bon état pour un besoin de dix-neuf (19), et deux

cent-trente-sept motos dont cent deux (102) en bon état pour un besoin de quatre-vingt-cinq (85).

IV. Perceptions de la ruralité et problématique de l'exercice des professions obstétricales en milieu rural nigérien

4.1 PERCEPTIONS ET PRATIQUES AUTOUR DE LA RURALITE

« Kawye », « Sadjio », sont les concepts zarma-songhay utilisés pour parler de la ruralité.

4.1.1 La ruralité : un concept complexe et polysémique

Il est très difficile de définir la ruralité. De nos jours, elle prend en compte les dimensions contemporaines de la «ruralité», au-delà des paramètres administratifs et critères démographiques. Le monde rural est multiple et très diversifié et la notion de la réalité rurale en pleine mutations partout en Afrique.

Nous analyserons le concept de la « ruralité » à partir des populations et des services disponibles, mais surtout les mouvements à travers «le caractère attractif» de chaque unité élémentaire, selon qu'elle possède par exemple de l'eau potable, tel ou tel type de commerce, une formation sanitaire, un médecin, etc. (Placide R. Piatier A et al, 1979). L'introduction des éléments de la modernité comme, l'électricité solaire, les motos, la télévision, le téléphone portable et de l'internet etc., ont rendu les frontières entre villes et campagnes très floues. Ainsi, l'on peut parler de phénomène de « *rurbanisaion* ». L'on peut adhérer aux propos du chirurgien de l'hôpital de district de Tillabéry et affirmer sans se tromper que la réalité rurale est multiple. Elles dépendent également du niveau du découpage administratif.

« Il n'y a pas de ruralité unique. La ruralité doit être classée par niveau du découpage administratif et sanitaire. A chaque niveau de la pyramide administrative ou sanitaire, l'on peut trouver aussi des éléments de la ruralité que ceux de la modernité. Vivre en milieu rural, c'est être dans un milieu où les commodités de la vie moderne vous manquent ou sont difficilement accessibles. Des biens comme l'eau potable, l'électricité, le téléphone, le transport, le marché ne sont pas au rendez-vous. »(Le MCD et chirurgien de Tillabéry).

Selon le médecin chef de l'hôpital de district de Tillabéry, il existe trois niveaux de ruralité. Pour lui :

Premier niveau : les villages de la région ou une ruralité en marge de la modernité

«...le premier niveau, c'est lorsqu'il vous manque des commodités, comme l'accès à l'eau potable, à l'électricité, au téléphone, l'éducation de vos enfants, l'accès aux soins de qualité, le marché pour se ravitailler en vivres et condiments, un logement décent, des infrastructures d'hygiène et d'assainissement c'est la vraie brousse. C'est la ruralité primaire ».

Ce niveau de ruralité correspond à l'écrasante majorité des villages de notre pays, où sont implantés des cases de santé et les CSI de type I., parfois on trouve cette situation au niveau des chefs-lieux des communes construites au niveau des groupements « nomades ».

La ruralité secondaire : Les chefs-lieux des communes rurales. Des milieux ruraux en quête de modernité

Pour certains acteurs même si les chefs-lieux des communes gardent leurs caractéristiques rurales du fait des comportements des femmes, des hommes qui y habitent, du type d'habitats de mode de vie, ces localités comportent désormais et des éléments de la modernité, qui en font un type nouveau du rural. Ces éléments de modernité sont généralement introduite pas les actions de divers opérateurs de développement local.

Par contre, « lorsque vous avez accès à l'eau potable et à l'électricité, mais, il n'y a pas d'école pour la scolarisation de vos enfants (collège ou lycée), ou bien vous n'avez pas accès à des soins de santé de qualité, vous êtes dans le cadre d'une ruralité secondaire ».

Cette situation est celle des chefs-lieux des communes, où petit à petit certaines formes d'actions de développement sont en chantier, avec la réforme décentralisatrice introduite par l'Etat nigérien depuis 2004.

La ruralité tertiaire. Les chefs-lieux de la région et des départements: une ruralité en urbanisation ou la rurbainité

Au Niger, beaucoup de chefs-lieux des régions gardent à des degrés différents des éléments de la ruralité.

Et, enfin « quand vous avez tout ça, c'est-à-dire au chef-lieu des districts ou parfois de régions ou encore dans certains quartiers marginaux de grandes villes, vous êtes au troisième niveau de ruralité. Il y manque beaucoup d'éléments de la modernité comme l'accès à un logement décent, l'eau potable en quantité, l'internet, l'école de qualité pour les enfants, l'accès aux médecins spécialisés etc. ou ont un accès très limité. C'est-à-dire une ruralité supportable ».

Ce type de ruralité ou de « rurbainité » est présent au niveau des chefs-lieux des départements et parfois même des régions (cas de Tillabéry).

La ruralité comme une opposition entre l'urbain et le rural

Enfin, une grande partie des personnes que nous avons rencontrées, définissent le rural par opposition de l'urbain.

« Le rural se définit par rapport à l'urbain et le plus souvent à partir des aspects géographiques. On n'a pas le même environnement entre le milieu rural et urbain, absence d'infrastructures routières, scolaires, administratives, financières. Il n'y a pas de l'eau potable, ni d'électricité et ni de moyen de communication etc. » (Le coordonnateur national de MDM-France au Niger).

A l'inverse de l'urbain, le milieu rural, c'est aussi « là où les conditions de vie sont précaires », là où « il manque des infrastructures ».

«Les gens de la ville et ceux du village ne se ressemblent pas. Ici en en brousse, nous souffrons. Il n'y a pas de vie de qualité. Nous sommes dans l'obscurité. Il n'y a pas de lumière. Pas d'eau propre, c'est l'eau du fleuve que nous buvons. Il n'y a pas de propreté. Si tu vas dans les concessions, tu vas voir que les gens vivent dans des petits espaces avec les animaux. Il y a beaucoup des déchets d'animaux dans les concessions. Les gens ne nettoient pas. Avec ça comment la personne peut-elle vivre bien, comme celle de la ville» (Le président du COGES de Famalé)

« Kawye (la brousse), c'est là où il n'ya pas tout ce qui existe en ville. Ici nous sommes dans le Kawye (la brousse). Nous n'avons pas de lumière, nous n'avons pas de goudron. L'eau ne suffit pas au village. Pendant l'hivernage, les populations puisent l'eau des mares. C'est vrai nous avons une pompe. Mais elle est très vieille. Elle ne marche pas. Pour avoir plus 2-3 bidons d'eau, il faudra se lever de très bonne heure. Ce sont les grands problèmes du « kawye tarai » (ruralité) » (L'intérim du chef de canton de Sarakouara).

Ici également, le niveau de vie est en opposition à celui du milieu urbain :

« L'alimentation de la ville est différente de celle de la campagne. Même l'eau qu'ils boivent ce n'est pas la même chose que l'eau d'ici. Ici nous remplissons notre ventre, ce n'est pas de la qualité. Il n'y a pas de vitamine dedans. L'eau c'est ce que nous trouvons. En plus ici en brousse le travail est plus pénible : ir ga tabi dai no (nous souffrons seulement) » (Le président du COGES du CSI de Famalé)

D'autres acteurs définissent la ruralité sur une base économique : absence de marché hebdomadaire, ou l'incapacité d'acheter les produits dont on a besoin.

« Sadjo bafunaye (la vie de brousse), c'est une vie à problème. Tu peux avoir de l'argent et ne pas trouver ce dont tu as besoin pour vivre. Alors qu'au niveau du gabu (ville) tu peux tout acheter si tu as de l'argent. C'est ce qui fait que certains ne veulent pas venir en brousse » (Le président du COGES du CSI de Famalé).

Tableau 6 : caractéristique de la vie rurale dans la région de Tillabéry

Critère	Cadre de vie	Cadre de travail
Accès à eau	Eau de boisons le plus souvent de mauvaise qualité (eau du fleuve), eau du puits de qualité acceptable	Au niveau des formations sanitaires, l'eau reste également un problème.
Eclairage	Absence de réseau électrique de la NIGELEC. Lorsqu'il y a l'électricité, il s'agit de petits groupes électrogènes qui alimentent le village jusqu'à une certaine heure de la nuit. Plusieurs stratégies sont utilisées : plaques solaires, lampes à piles, lampe à pétrole.	Au niveau des formations sanitaires rurales, un projet de la coopération allemande a installée un circuit d'électricité solaire. Les réfrigérateurs fonctionnent avec du gaz.
Ecole	Absence d'écoles pour les grands enfants (collèges lycées). Absence d'enseignants de qualités.	
Coût de la vie	Très bas par rapport à la ville. « on ne trouve pas ce quel l'on veut ».	La vie en ville coute très chère. Il faudra tout payer : eau, électricité, le transport etc

Nourriture	Il faudra tout acheter à partir de Niamey. Parfois absence de marchés hebdomadaires, pour le ravitaillement.	La nourriture de qualité est à portée de main .
-------------------	--	---

Source : données d'enquête

Pour certains agents, la définition de la ruralité rime avec la notion de distance, d'éloignement par rapport à la ville, au chef-lieu du district. Pour le coordonnateur des activités d'immunisations au niveau de l'équipe cadre du district de Ouallam, être en milieu rural c'est « être loin ».

« Etre loin de l'urbain au-delà de 20km et plus. C'est aussi là où on manque de certaines infrastructures » (CDI, HD Ouallam)

L'une des difficultés que rencontrent les médecins dans l'exercice de leur profession en milieu rural, c'est l'impossibilité de remplir les missions qui leurs sont assignées, par manque de plateau technique. Car, selon le communicateur du district de Tillabéry, *« En milieu rural ou en milieu urbain, la mission des médecins est la même »* et :

« On ne peut pas être un bon médecin étant en brousse parce qu'on ne peut pas mettre en valeur ses connaissances. Par manque de laboratoire ».

Cette description de la vie en milieu rurale mettant en avant sa précarité fait que l'exercice dans ce milieu est perçu par les agents de santé soit comme « une prison », ou comme « l'esclavage ». Ainsi, certains agents de santé assimilent l'exercice en milieu rural à « être en prison ». Ce sentiment d'être comme dans une prison est lié à l'isolement, à l'absence d'infrastructures distractives ce qui fait qu'un agent peut passer des journées entières sans sortir du service. Cette situation oblige comme nous le révèle cette sage-femme d'Ayérou, d'être présente, tous les jours et à tous les moments au service.

« La vie en brousse, c'est une prison. Il n'y a rien. Tu es toujours au travail. Tu n'as pas où aller. Tu es obligée de venir au travail même si tu n'es pas de service pour avoir avec qui échanger » (La sage-femme responsable du CSI d'Ayerou).

Pour d'autres, le travail en milieu rural, c'est de « l'esclavage », dans ces milieux, l'agent de santé ne fait que travailler, sans repos et sans qu'une rémunération conséquente ne lui soit attribuée.

« Travailler en milieu rural, c'est de l'esclavage. Tous les jours vous êtes au travail. Vous ne faites que travailler. Parfois vous n'avez même pas le temps de manger et les malades vous dérangent. Vous ne pouvez pas vous absenter pendant longtemps sans que les populations ne soient indisposées et qu'ils ne se plaignent, sans que vos chefs hiérarchiques ne vous interpellent. Ici, nous faisons les gardes tous les deux jours, alors qu'à Niamey lorsqu'une sage-femme descend de garde, elle peut faire une semaine sans travailler » (Une sage-femme d'Ayerou).

Pour le médecin responsable du CSI de Sarakouara, son épouse assimile l'exercice dans son lieu d'affectation comme de l'esclavage.

« Lorsque j'étais à Niamey, j'étais dans une clinique privée. J'avais tous et je gagnais mieux ma vie. Mes deux épouses étaient avec moi, ainsi que mes enfants. Je voulais être

fonctionnaire donc exercer dans le public. C'est pourquoi j'avais accepté de venir ici travailler dans ces conditions où nous sommes. Je suis seul sans infirmier pendant longtemps. Ma femme voit cette situation comme de l'esclavage. Elle a fait tout pour que je quitte pour retourner à Niamey ».

La ruralité a été également définie par certaines personnes en fonction de la pratique médicale. Ce que nous qualifions de « *nursicisation* » de la médecine.

Nous entendons par « *nursicisation* », la réduction de l'exercice de la médecine à la pratique infirmière liée au non changement du plateau technique et du paquet minimum d'activité au niveau des Centres de santé intégrés où des médecins généralistes ont été redéployés. En effet, selon nos interlocuteurs, le manque de plateau technique, a tendance à transformer le médecin en infirmier, c'est-à-dire le confiner à accomplir des tâches infirmières comme la consultation des malades selon des protocoles et ordigrammes dédiés au personnel paramédical comme la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), la stratégie plaintes traitement (SPT), ou la pratique des injections, la délivrance des médicaments qu'il a lui même prescrits.

« Devant ce manque de plateau technique un médecin se transforme en infirmier et surtout les nouveaux sortis. Le médecin n'est pas formé pour faire des injections ». (Le communicateur de l'ECD de Tillabéry)

Le choix d'exercer en milieu rural

Du point de vue motivation à exercer en milieu rural, les agents de santé ne peuvent être classés qu'en trois catégories : i) ceux qui refusent d'exercer en brousse, ii) ceux qui aiment et restent, iii) ceux n'aiment pas l'exercice rural, mais le tolèrent.

Ceux qui aiment et restent travailler en milieu rural

Malgré ces contraintes multiples, certains agents choisissent et aiment travailler en milieu rural. C'est le cas de cette infirmière contractuelle de Kandadji, qui malgré une origine urbaine (née et grandie dans la capitale), a toujours rêvée travailler en milieu rural. Son choix d'enfance n'a pas posé de problème à ses parents, qui pour la rendre heureuse ont assumé ce choix.

« Moi je pensais à travailler en milieu rural depuis que j'étais à l'école bien que je suis née et grandie à Niamey bien que je sois une femme et célibataire, le fait que je travaille en brousse ne me pose pas de problème avec mes parents » (une infirmière au CSI Kandadji).

Au désir de remplir son rêve d'enfance, est venu se greffer une contrainte, « *ne pas trouver de travail en ville* ». Bien que les conditions de vie n'étaient pas bien (rester isolée dans l'île de Kandadji), et le salaire très bas (55.000 francs CFA/mois) notre infirmière a accepté de signer un contrat des collectivités, payé sous fonds PPT.

« J'ai décidé de signer le contrat parce que en ville on chôme et quand on reste à la maison on perd la main » (Une infirmière au CSI Kandadji)

Pour le Médecin chef de district de Ouallam, « *aimer et rester* » travailler en milieu rural est une exigence des professions de santé.

« L'agent de santé de par sa vocation est celle d'apporter les soins aux personnes ont le plus de besoin. C'est-à-dire ceux qui sont en zones reculées là où il y'a la pauvreté. Il doit donc

accepter d'aller travailler très loin sans mettre en avant les intérêts pécuniaires » (Le MCD de Oullam).

Cette vertu est de plus en plus absente chez les jeunes.

« Malheureusement, la génération actuelle est très matérialiste. Les jeunes veulent être dans la ville se promener dans les voitures. Ils ne veulent pas souffrir etc. » (Le MCD de Oullam).

Par contre, certains pensent qu'il est nécessaire d'aimer le métier de soignant pour accepter d'aller travailler et y rester.

« Tout le monde sait que c'est une très bonne chose de travailler au village parce que c'est au village que les gens ont plus besoins de soins. Mais il est important d'aimer le métier pour accepter l'exercer en milieu rural. Celui qui n'est pas venu par vocation n'ira pas exerce en brousse. Moi, j'ai l'amour de mon métier ce n'est pas un problème le fait d'être au village. » (Une sage-femme à Tondikiwindi, DS de Ouallam).

D'autres agents acceptent d'exercer en brousse, parce qu'ils ne voient aucune différence entre l'exercice rural et urbain des professions de santé. C'est le cas d'une infirmière du bloc opératoire de l'hôpital de district de Téra.

« La profession est la même en ville comme au village l'objectif c'est de soigner les populations. Pourquoi refuser d'aller travailler en brousse. Moi j'ai toujours aimé rester en brousse » (Une Infirmière au bloc opératoire du HD de Téra)

« En milieu rural, l'agent a beaucoup plus de considération avec les populations. La vie est moins chère. J'ai vécu dans une zone difficile (N'Guigmi) avec le problème d'eau. Mais si on est bien intégré il n'y a pas de problème. C'est à l'agent de savoir s'adapter à la population (attirer l'attention dans les causeries et non à elle de s'adapter à l'agent. Etant le premier là-bas, j'ai accepté de rester travailler là-bas sachant un jour que je pourrai quitter. Présentement je suis prêt à travailler en milieu périphérique » (Le CSE du district de Téra)

Ceux qui refusent d'aller

« Si on décide d'aller travailler en brousse c'est pour améliorer la qualité des soins, en brousse où il y'a le plus besoin. Mais les agents d'aujourd'hui ne veulent pas partir exercer en brousse. La cause est due au fait qu'ils ont grandi en ville. La deuxième cause c'est qu'en brousse, il n'y a pas de temps de repos on réveille l'agent à n'importe quelle heure on travaille 7 jours sur 7 » (Le major des urgences HD de Téra).

L'interventionnisme des ressortissants (députés nationaux, ministres ou autres personnalités influentes) à Niamey décourage les agents qui n'ont au départ aucune motivation à exercer en milieu rural.

« Dans certaines localités, les villageois appellent les ressortissants qui sont les supérieurs des agents de santé, au district ou à la DRSP. Par exemple à Bongoutra, les villageois ont écrit sur le major et sans que le District ne le sache on l'a fait quitter. Le major se trouve actuellement HD de Téra à la chirurgie » (Le major des urgences HD de Téra)

« C'est la même formation qu'il soit en brousse ou en ville. Avant c'est les meilleurs qu'on envoie à la brousse aujourd'hui c'est tout à fait la contraire. » (Le Maire de Téra)

« Pendant ma formation, je n'ai jamais pensé travailler en brousse. Au début j'avais refusé le contrat local mais par après j'ai accepté et petit à petit je suis habituée. En ville la population

comprend bien mais au village c'est n'importe quoi. Par exemple une parturiente peut dire qu'elle a trois ans, les gens n'ont pas d'acte de naissance. Une autre femme avait refusé un jour de lui faire le toucher » (SF Sargane)

Ceux qui n'aiment pas, mais qui se sont adaptés

Plusieurs agents, surtout parmi ceux qui sont nés et ont grandi en ville, n'ont pas aimé leur affectation en milieu rural. Mais après avoir gagné leur poste, ils ont fini par s'adapter.

« Au début, je n'ai pas apprécié d'être affecté à Banibongou, mais après j'ai compris que ce n'est pas un problème parce que c'est des nigériens que je vais servir » (médecin chef CSI Banibongou)

« Moi, je suis médecin d'origine étrangère. Je voulais travailler en ville, je suis tout le temps resté en ville. J'ai travaillé dans les cliniques à Niamey. Lorsqu'on m'a affecté ici je n'en voulais pas, mais petit à petit je me suis adapté » (Médecin chef CSI de Sarakouara).

4.2 PROBLEMATIQUE DE L'EXERCICE EN MILIEU RURAL

Les principaux facteurs influant l'exercice des professions de santé en milieu rural peuvent être appréhendés selon deux groupes : les facteurs favorisant et ceux entravant l'attraction et le retention des agents dans les zones rurales éloignées ou difficiles d'accès.

4.2.1 Quels sont les facteurs qui favorisent ou contraignent le personnel à travailler en milieu rural ?

4.2.1.1 Les facteurs de fidélisation ou « pull factors »

Les « pull factors », ou facteurs attractifs, sont ceux qui attirent un agent de santé vers une nouvelle destination. Ces facteurs comprennent : une meilleure opportunité d'avoir un emploi additionnel, une facilité de faire une belle carrière, un salaire élevé, meilleures conditions de vie, un environnement stimulant, etc. (Lehmann, U., Dieleman M., Martineau T., 2008). Dans le cadre de cette étude les « pull factors » rencontrés peuvent être regroupés selon les différents contextes : international, national, local et individuel.

Au plan international, il s'agit des actions réalisées par les PTF dans le but de recruter et de fidéliser les agents de santé en milieu rural. Ainsi, dans la région de Tillabéry, plusieurs partenaires techniques et financiers appuient la direction régionale à faire face au déficit de ressources humaines en santé. Ces partenaires recrutent, re-déploient et prennent en charge des agents de santé contractuels qu'ils mettent à la disposition des équipes cadre de district.

« Une ONG italienne COPI, a recruté une infirmière pour aider le major, mais, ces jours elle n'est pas là. Le contrat de COPI, c'est pour un petit temps. C'est seulement pour cinq (5) mois. Sur les quatre sages-femmes que nous avons eu ici, une seule a été envoyée par le gouvernement. Les trois autres ont été recrutées par les ONG » (Le président du COGES de Famalé).

Au plan national, depuis plusieurs années des efforts ont été réalisés par les différents gouvernements qui se sont succédés afin de rendre extractives les zones rurales. Ces efforts ont trait à l'amélioration du contexte de vie et de travail des agents de santé. Ces efforts sont également soit en lien avec le développement local de manière global, soit, ils sont spécifiques au secteur de la santé.

L'existence de conditions de vie favorables

L'existence d'un cadre de vie est le produit d'une co-production des actions de développement local. Même si la littérature n'a pas été unanime sur le rôle des facteurs individuels dans la rétention des agents de santé en milieu rural, un consensus international est de plus en plus clair sur le rôle des facteurs de l'environnement de vie, de travail et les obligations sociales dans le choix du lieu d'exercice (Lehmann U, Dieleman M, Martineau T, 2008).

Les conditions de vie favorable à l'exercice rural sont généralement l'œuvre des projets de développement, des programmes gouvernementaux (liés à d'autres secteurs comme l'hydraulique, l'agriculture, le commerce, le transport, l'énergie etc.), des collectivités territoriales, ou en lien avec les programmes politiques des différents Présidents de la république : Programme spécial du Président de la République de Tandja Mamadou et le Programme de la Renaissance du Niger du Président Issoufou Mahamadou. Elles sont également le fruit du secteur privé, comme dans le cadre de l'énergie (électrification rurale par la NIGELEC), branchement sociaux en eau potable par la SEEN, mise en place de différents réseaux de communication par les agences de télécommunication (SONITEL, AIRTEL, MOOV, ORANGE etc.) ou de Banque (BOA¹²).

Dans le cadre de tous ces programmes, des ouvrages ont été construits et sont entrain de l'être pour créer au niveau de plusieurs villages : écoles, puits, mini-adductions d'eau potable, électrification rurale, butinage de routes, création de retenues d'eau permettant le développement de la pisciculture, de cultures de contre-saisons.

Sur le plan sectoriel, les actions visant l'amélioration des conditions de vie et de travail des agents de santé ont plutôt été l'œuvre dudit ministère. C'est le cas de la construction de logement pour les agents de santé de l'électrification des CSI, de la construction de nouveaux centres de santé (CSI et cases de santé) répondant aux nouveaux standards du MSP. Il s'agit également de la transformation des cases de santé en centres de santé intégrés.

Le gouvernement du Niger a développé depuis deux décennies plusieurs interventions en vue de retenir les agents de santé, surtout ceux délivrant les soins obstétricaux en milieu rural. Ces mesures sont entre autres : i) la décentralisation de la formation (à travers la privatisation) ; ii) le formation des médecins capacitaires en chirurgie de district, ainsi que les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation et en chirurgie et obstétrique et leur affectation au niveau des hôpitaux de district ; iii) le choix et l'attribution des bourses de formation aux élèves originaires des zones défavorisées et difficiles d'accès ; iv) l'attribution

¹² La Bank Of Africa (BOA) a construit une maternité et un logement de la sage-femme au CSI de Mokko, dans le district de Dosso.

d'incitatifs liés à l'exercice au niveau de ces zones ; v) le recrutement d'agents de santé contractuel pour les zones rurales ; vi), l'instauration du service civique obligatoire etc..

Malgré ces interventions, un déséquilibre énorme reste encore entre Niamey et les autres régions ou entre la ville et les campagnes.

L'octroi d'une responsabilité

L'octroi d'une responsabilité à un agent est considéré comme un facteur attractif. Il s'agit d'avoir une promotion qui permet d'accéder à plusieurs avantages liés à la responsabilité. Ces avantages peuvent être l'octroi d'un logement, d'une moto de service, gérer des ressources financières qui peuvent permettre à l'agent de mettre la main sur une partie, de manière illicite ou licite. Participer à des formations, des séminaires et ateliers qui donnent droit à des perdiems sont également des avantages liés à l'occupation d'un poste de responsabilité.

« Lorsqu'un nous nommons un agent comme chef-CSI, il part immédiatement sans réfléchir. Même si le CSI est éloigné ou même isolé. C'est en réalité une responsabilité qui fait que les agents de santé obtiennent beaucoup d'avantages. Il y a les formations avec les perdiems qui suivent, il y a le logement de service. Dans certains CSI vous avez de l'électricité, de l'eau potable et vous ne payez pas pour y accéder. Vous avez également une moto de service. A côté de tout ça, l'infirmier gère plusieurs activités déconcentrées comme les campagnes de vaccinations, les supervisions des cases de santé, la formation des agents de santé communautaires. Bref, les chefs CSI dans la brousse, ce sont de vrais chefs » (La CSE du district de Tillabéry).

« J'étais à Tillabéry au bloc opératoire. Je suis affecté ici à Thiem où il n'y a rien. Vous avez vu, il n'y a même pas de logement pour le major. Le CSI est de type réduit. J'ai accepté de venir car, c'est une promotion. C'est important pour faire carrière. Mieux vaut être responsable même si c'est en brousse que d'être sous ordre » (Le chef CSI de Theim).

4.2.1.2 *Les facteurs qui contraignent le travail en milieu rural ou « push factors »*

Les « push factors » ou facteurs répulsifs sont des facteurs repoussant les agents de santé d'une localité, ici le milieu rural défavorisé. Ces facteurs très nombreux englobent les mauvaises conditions de vie et de travail, l'absence d'opportunité de travail, un revenu très bas, les difficultés de faire carrière, etc. (Boyle, et 1998 ; Campbell, Buchan, Cometto, et al., 2013 ; Chen, 2010 ; Buchan , Aiken, 2008). Ces facteurs sont en lien avec l'affectation des agents, leur rétention etc.

Les affectations entre régions convoitées ou refusées

Au moment de l'organisation du concours de recrutement des agents de santé, le Ministère de la fonction publique (organisateur dudit concours), demande au ministère de la santé de mettre à sa disposition huit agents (soit un par région). Ces agents du ministère de la santé ont pour rôle de superviser la tenue du concours.

« En fait, ils ne savent pas à qui s'adresser dans les régions, comme leur ministère n'a pas de démembrements. Ils font appel à nous. Nous leur donnons un superviseur par région. Une fois sur le terrain, nous allons avec eux voir la DRSP. Nous connaissons les agents, nous passons à la vérification des candidats. Puis nous surveillons avec eux les épreuves. A chaque fois qu'une épreuve est fini, ils récupèrent les copies les mettent dans une enveloppe celée à la cire et centralisent toutes les épreuves ».

Selon nos interlocuteurs, les régions de Niger qui éprouvent plus de problèmes de ressources humaines en santé, sont les régions de d'Agadès, Diffa et de Tahoua. Dans la région de Maradi, le problème est moyennement préoccupant. Par contre, dans les régions ouest du pays, le problème du personnel de santé est plus un problème de répartition que celui de disponibilité.

« Excusez-moi, dans la région de Niamey, Tillabéry, il n'y avait pas réellement un problème de personnel. Il y avait eu un temps où des ministres de ces zones se sont succédés. Ils ont profité pour faire le plein en RH. Dans les années 2007-2009, nous avons été très stricts au niveau du Ministère dans le recrutement des contractuels surtout celles de l'Etat et leurs affections. Nous n'affectons plus d'agents pour la région de Niamey. Toutes les femmes de personnalités et leurs parentes, se sont repliées dans les districts à côté de Niamey, comme Kollo, Say, (dans la région de Tillabéry), Boboye, Dosso et Doutchi dans la région de Dosso. Là où elles peuvent aller quotidiennement travailler et revenir à la maison). Pendant qu'elles sont contractuelles elles restent servir dans ces régions. Une fois qu'elles sont recrutées et qu'elles ont leurs numéros matricules, elles cherchent à revenir à Niamey et elles reviennent pour y rester définitivement. Et ces deux dernières années c'est un effectif très important qui est revenu à Niamey » (Un agent du Ministère de la santé publique).

Dans la région de Zinder, tous les districts qui sont dans la partie Sud, sont bien dotés en personnel. Les agents de santé aiment travailler dans les formations sanitaires de cette zone. Ils y vont et y restent. C'est dans le district de Gouré et probablement dans celui de Tanout, que les difficultés d'affecter et de retenir le personnel de santé, surtout féminin, pose problème. Cette situation est la même à Dosso. Le district de Loga, la partie nord des districts de Doutchi, de Boboye sont de réels déserts en matière de ressources humaines en santé.

A Tahoua, les agents de santé sont friands à travailler dans les districts de Konni, Madaoua département de Tahoua et dans une certaine mesure le district d'Illéla. Par contre, ils ne veulent pas entendre parler de Bouza, Keita, Abalak et Tchitabaraden. Ces trois districts éprouvent de très sérieux problèmes pour avoir des agents en nombre suffisant.

Les régions sanitaires d'Agadès et de Diffa, sont les plus dépourvues en RH. Si dans la région d'Agadès, il existe une forte concentration d'agents au niveau d'Arlit et de Tchirozérine, au détriment des autres districts, cela est en lien avec la présence des mines d'uranium et de charbon dans ces localités.

A Diffa, c'est également la même chose, à la différence que les mines de N'Gourti, viennent seulement de démarrer. Les agents n'ont pas encore concentré leurs épouses au niveau des sites de la SORAZ.

« Au niveau d'Agadès et Diffa, le problème, c'est l'éloignement de Niamey, les grandes distances entres les localités où existent les formations sanitaires, mais aussi, les conditions

climatiques qui sont très rudes. Il y a également le facteur sécuritaire qui a aggravé dernièrement la situation » (Un agent du Ministère de la santé publique).

Les affectations du personnel se font au niveau du MSP. Une commission nationale d'affectation est mise en place par arrêté ministériel. Une fois les agents recrutés par le MFP, ils sont mis à la disposition de l'utilisateur, la commission fait la situation des besoins au niveau régional et local. Deux situations se sont présentées lors des affectations de 2011 : i) l'affectation des cadres médicaux ; ii) celle des cadres paramédicaux.

Pour les cadres médicaux, les besoins ont été définis par le MSP central jusqu'au niveau opérationnel, c'est-à-dire au niveau des CHR, HD et CSI communaux. Par contre, pour les cadres paramédicaux, l'option choisie est celle qui consiste à les mettre à la disposition des directions régionales de la santé, qui les répartira en fonction des besoins réels.

Au cours de ces travaux, la commission nationale d'affectation a opté pour la répartition des agents recrutés en fonction des régions ou des lieux d'exercices (pour les médecins). Un besoin d'équité entre agents a été mis en avant par la commission. Il s'agit selon nos interlocuteurs de donner la même chance à chacun des médecins dans la répartition. Cette option a consisté à faire une liste des CSI à pourvoir de médecin et à tirer au sort les noms de médecin à amener dans chaque CSI.

« Nous avons choisi au niveau de la commission d'être équitable dans la répartition des agents au niveau des régions et des structures de santé. Pour assurer cette équité, nous avons procédé à une anonymisation des dossiers. Ensuite, nous avons procédé à la répartition des agents région par région en fonction des besoins identifiés. En tout cas, ça a été très objectif » (un agent du ministère de la santé).

« Il n'y a pas de mouvement dans le Ministère. Le Ministère a perdu la gestion de personnels. Le Ministère ne s'occupe pas des affectations mais aujourd'hui, les affectations sont des initiatives personnelles. Par exemple moi, il a fallu passer par quelqu'un pour m'affecter à Tillabéry » (Surveillant de l'HD, Tillabéry).

Pour les agents de santé communautaire et les contractuels des collectivités, le recrutement et les affectations sont faits au niveau du district de la préfecture.

« Bon, ce sont les districts et la préfecture qui gère les ASC. Nous, on ne les gère pas. Mais pour te donner une idée, au cours du recrutement, nous, les membres des équipes cadre de district faisons l'objet de très nombreuses sollicitations. Il y a des agents qui viennent, suite d'un coup de fil ou avec une note de nos collègues, de nos patrons, de nos amis ou même de grands politiciens. Après le recrutement, c'est l'affectation. Nous sommes envahis. Nous ne savons que faire » (Le gestionnaire de RH de Tillabéry)

Ce recrutement et affectations sont minés par « l'interventionnisme politique » (Olivier de Sardan, 2014). Et tout le travail fait par la commission a été compromis, car selon un membre de la commission :

«...dès la fin de ces travaux, nous n'avons pas pu mettre en application les décisions prises. Nos patrons sont intervenus et ont mis tout en cause » (Un agent de la DRH)

« L'interventionnisme des politiciens nous réduit notre marge de manœuvre. Parce qu'en disant à tel agent il ne faut pas qu'il soit affecté loin, nous complique les choses au moment des affectations. Souvent même on nous désigne l'endroit où vous devrez affecter l'agent : "il

faut me l'amener à tel endroit''. Et ça c'est surtout les femmes » (Le gestionnaire des RH de Tillabéry).

Les affectations de « piston »

Le problème d'affectation a été posé par les différentes parties prenantes tant au niveau central que périphérique.

« Aujourd'hui, les affectations sont des initiatives personnelles. Par exemple moi, il a fallu passer par quelqu'un pour m'affecter à Tillabéry ».

Le deuxième problème qui nous a été révélé, a concerné le « court-circuitage » des équipes cadres régionales et des districts dans les affectations, autrement dit «le ministère envoie des fois des agents sans que le district ne soit informé et quand le besoin ne se fait sentir ».

« On ne peut rien contre ça parce que si tu ne fais pas attention, tu vas te créer des problèmes pour rien parce que si tu touches à la femme d'un politicien ou de quelqu'un qui est puissant c'est toi qui va quitter. Des fois on affecte quelqu'un à un poste et le lendemain, on t'appelle pour te dire de changer l'affectation là. C'est un papier des fois qui va t'obliger à t'exécuter » (Le gestionnaire de l'ECD de Ouallam).

« Il y a une grande mobilité des agents. Par exemple sur une seule décision, on a eu 65 personnes de la région qui ont été affectés à Niamey, mais en réalité en fin décembre 2013 on nous en a amené 5 seulement. Ça c'est la décision où il y a un grand effectif mais sinon, chaque jour il y a des décisions individuelles qui sortent, qui amènent des gens à Niamey. Par exemple si vous faites la différence, en 2013 nous avons 637 infirmiers et en 2014 on a 182. Tout le monde est allé à Niamey. Vous voyez ? Les gens devraient rester travailler en brousse, parce que la population n'est pas seulement à Niamey, c'est en milieu rural » (Le DRSP intérim)

Les sous-effectifs et la question des supplétifs

Le premier problème selon la majorité des agents que nous avons rencontré, c'est l'insuffisance du personnel.

« Bon, je peux dire que le premier problème c'est l'insuffisance de personnels. Maintenant il y a des conséquences qui sont liées à ça. C'est quand il y a insuffisance qu'on fait recours aux contractuels et c'est en ce temps que les problèmes commencent. Parce que si on a assez d'agents titulaires, on allait amener au moins un agent titulaire dans un poste. Et c'est à lui de voir comment manager son emploi de temps et voir comment il va travailler avec les contractuels et les bénévoles » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

« Les vrais problèmes, il y a d'abord le nombre, il est très insuffisant, c'est un des problèmes. Il y a les normes au MSP. Mais ces normes-là sont caduques maintenant. Selon les normes du MSP, au niveau d'un CSI type II, il faut trois (3) infirmiers diplômés d'Etat (IDE), une (1) sage-femme diplômée d'Etat (SFDE), un (1) technicien d'hygiène et assainissement et un (1) laborantin. Tout ce personnel manque. Pour le CSI de type I, les normes préconisent deux (2) infirmiers dont un (1) IDE et un (1) infirmier certifier (IC). Maintenant on n'arrive plus à respecter ces normes. Nous sommes obligés de faire des colmatages. Parce que dans la majorité de nos CSI, c'est ceux qu'on appelle agents de santé communautaire (ASC), ceux qui sont diplômés qui sont destinés aux cases de santé communautaires qui sont détournés pour

être amenés au niveau des CSI pour combler les trous, vous voyez ? C'est ça qui nous permet de lever un peu la tête sinon, il y aura de CSI sans agents » (Le gestionnaire des RH de Tillabéry).

Selon le gestionnaire des RH de Tillabéry, « à la date du 31 Mars 2015, la région sanitaire de Tillabéry, compte un total de 623 agents toutes catégories confondues. Parmi les 623, on a 43 médecins, 151 infirmiers diplômés d'Etat et 41 infirmiers certifiés, dont 42 sages-femmes pour l'ensemble de la région ».

Tableau 7 : couverture en personnel d'obstétrique

Catégorie de personnel	Tillabéry		Normes OMS
	Nombre	Ratios	
Médecin	46	1/63 059 Hbts	1/10 000
Infirmier	737	1 /4 180 Hbts	1/5 000
Sage-femme	108	1/ 5 800 FAP	1/5 000 FAP

A Tillabéry, les deux districts de Téra, de Ouallam et de Filingué sont les moins lotis puis suit le district de Tillabéry. Les districts de Kollo et Say sont les plus convoités parce que proche de Niamey.

« Au niveau des districts de Téra, de Ouallam et Filingué, il y a des CSI très éloignés du chef-lieu de district et surtout difficile d'accès et même se trouvant dans des zones d'insécurité, là, c'est très difficile d'envoyer des femmes. C'est pour cela que les gens préfèrent Kollo, Say et Tillabéry, parce qu'ils peuvent aller chaque weekend à Niamey » (Un agent à la DRSP de Tillabéry)

La profession de sage-femme est une ressource humaine rare au Niger, malgré les taux officiels qui sont au dessus des normes de l'OMS à Tillabéry. Cette ressource humaine reste très marginale dans la région.

« En 2013, nous avons un infirmier pour 4296 habitants, une sage-femme pour 4493 femmes en âge de procréer. En 2014, nous avons un infirmier pour 15 509 habitants et une sage-femme pour 15 524 femmes en âge de procréer » (Le DRSP par intérim).

Au moment de notre enquête, en aout 2015, la situation en sage-femme de la région était d'une pour 5800 femmes en âge de procréer. Selon le gestionnaire des RH de la DRSP, aucun district sanitaire de cette région ne dispose d'assez de sages-femmes.

« Ah oui ! Parce que personne n'en a assez, ils ont tous les mêmes problèmes. Je vous donne un exemple, le district de Filingué, dans tous les districts, avec 40 CSI je crois, ils n'ont que 5 sages-femmes y compris dans l'HD, Kollo n'a que 9 sages-femmes, Ouallam 6, Say 8, Téra 6, Tillabéry 8, vous voyez c'est presque la même chose » (Le gestionnaire des RH de la DRSP de Tillabéry).

Malgré que la région de Tillabéry fait face de manière récurrente à un problème d'assainissement de d'épidémie de choléra, cette région rencontre un problème crucial en techniciens d'hygiène et assainissement.

« Maintenant, le problème qu'on a c'est surtout concernant les techniciens d'hygiène et assainissement, parce que la région n'en a pas du tout, y compris à la région, on a seulement 11 techniciens d'hygiène. Il n'y a plus de recrutement, même s'il y a recrutement, la formation pose problème » (Le gestionnaire de la DRSP de Tillabéry).

Dans le district de Tillabéry, sur les 31 CSI et 69 cases de santé communautaires fonctionnelles, quatre (4) CSI sont dirigés par des médecins (Ayorou, Dessa, Sara Koira et Sansani Hausa) et 8 par des ASC qui sont redéployés dans des cases de santé par faute d'agent. Plus de 70% de ces CSI sont gérés par un seul agent. Même au niveau de l'HD un redéploiement a été fait des CSI pour renforcer cette structure. Pour ce qui est des sages-femmes, seules douze (12) tout statut confondu, professent cette activité.

Tableau 8 : situation des agents obstétricaux dans le district de Tillabéry

Localité	Type de formation sanitaire	Localisation	Nombre de sages-femmes	Statut de la sage-femme
CSI urbain de Tillabri	CSI type 2	Dans le chef-lieu de la région	2	Cadres de l'Etat
Djiambala		Sur le goudron à xx Kms en amont de Tillabéry	1	Contractuelle des collectivités
Sona		Sur le goudron	1	Contractuelle des collectivités
Lossa		Sur le goudron	1	Contractuelle des collectivités
Dayi Kaina		Sur le goudron	1	Contractuelle des collectivités
Kourani		Ile	1	Contractuelle des collectivités
Wami		Périurbain (5 Kms de Tillabéry)	1	Cadre de l'Etat
Ayorou	CSI type 2	Sur le goudron	2	Cadres de l'Etat
Kadja		Sur le goudron	1	Cadre de l'Etat

Bon Futa		Sur le goudron	1	Contractuelle d'ONG
Sarakouara	CSI de type 2	Sur une route latéritique	1	Contractuelle des collectivités
Sakouara	CSI de type 2	Sur le goudron	1	Contractuelle des collectivités
Sansané Hausa	CSI de Type 2	Sur le goudron	1	Cadre de l'Etat

Sur les quinze (15) sage-femmes exerçant dans le district sanitaire de Tillabéry, six (6) sont des cadres de la fonction publique. Ces sages-femmes cadres se trouvent concentrées au niveau du CSI urbain et des CSI de type II, situés sur le goudon non loin du chef lieu de la région et du district. Les CSI de type I sont généralement les plus difficiles d'accès. Ils ont été laissés aux supplétifs généralement contractuelles de collectivités territoriales.

Sur les 31 CSI, huit (8) ne sont pas aimés par les agents de santé. Il s'agit des CSI d'Inates, de Tangoushmane, de Theim, Kofouna et certains CSI insulaires (Assani, Kourani, Wissili et Sawani). L'équipe cadre de district éprouve des difficultés énormes à redéployer les agents au niveau de ces formations sanitaires, surtout lorsqu'il s'agit de supplétifs (bénévole, contractuels etc.).

« Nous avons des difficultés pour affecter les contractuels des collectivités au niveau de ces huit CSI éloignés ou insulaires. Ils ne veulent pas aller, dès qu'on dit Inatès, ils disent qu'ils ne vont pas aller. Mais avec les agents qui ont le matricule, il n'y a aucun problème » (Le Gestionnaire de l'ECD de Tillabéry),

Le district de Téra, compte 37 CSI et 5 autres sont en chantiers avec un HD et 85 cases de santé. Actuellement, 50 à 60% des CSI de ce district sont tenus par des contractuels destinés aux cases de santé. Les CSI du district (ancien) de Téra se caractérisent par leurs éloignements du chef-lieu et la difficulté d'accès.

« Si vous prenez Yatakala, Wanzarbé, c'est plus de 125 km, Dobel qui est à 120 km, Balley koira qui est à 90 km, Wayzé Bangou, vous avez Tégué qui est à 90 km, vous avez Bouppo qui est à 50 km mais en saison de pluie c'est une piste rurale, mais coupez, vous avez Touré qui est à peu près à 150 km de Téra bien que maintenant Touré c'est dans le district de Gothéye maintenant, mais constitue quand même une zone un peu reculée même si c'est une voie qui a été pas très longtemps rénovée par les miniers. Vous avez au niveau corniche, Tessa, la zone de Lougui, Mamassaye, c'est au bord du fleuve mais c'est loin. Vous avez Bangaré, c'est à 35 km mais pendant la pluie c'est difficile d'y aller, vous avez la zone de Zaney, Fanbica, c'est difficile d'accès, parce que s'il pleut, vous allez attendre la décrue pour continuer. Parce que c'est une zone qui a beaucoup de cours d'eau de ruissellement qui enclavent les CSI. Il y a Amarsingué qui est à deux pas du Burkina » (Le gestionnaire de l'ECD de Téra).

Une forte féminisation des professions de santé

Par l'avis des personnes rencontrées, la forte féminisation des professions de santé est le deuxième nœud critique dans la gestion des ressources humaines.

« Maintenant le deuxième problème, c'est la féminisation du personnel. Et ça, le problème, c'est quoi ? C'est que tu peux avoir des femmes compétentes, mais elles ne peuvent pas occuper certains postes à cause de l'éloignement. Vous voyez ? Donc, quand tu as deux centres intégrés, un très important et un petit centre, même si la femme est compétente, tu es obligé de l'amener au niveau du petit centre parce que l'autre est très éloigné pour elle. Donc, on favorise les femmes à occuper des postes qui ne sont pas éloignés » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

« La prédominance des femmes est le grand problème c'est qu'elles ne veulent pas aller en brousse parce que de fois elles sont mariées, on ne peut pas amener la femme de quelqu'un en brousse » (Le gestionnaire de Ouallam).

Il est à l'origine de plusieurs autres problèmes.

« La féminisation est l'origine de tous les problèmes du système de santé au Niger. Les femmes qui sont ici c'est des célibataires pour la plupart » (MCD de Ouallam).

A titre d'exemple au moment de l'enquête, le district de Tillabéry avait 67% de personnel féminin.

« Tu vois la dernière situation, j'ai 65% d'agents féminins. C'est beaucoup et quand je vais réactualiser la situation, ça va augmenter » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

La féminisation des professions de santé pose aujourd'hui de sérieux problèmes dans la gestion des ressources humaines. Si, avant, cette situation caractérisait la profession des sages-femmes, aujourd'hui les 2/3 des effectifs se trouvent concentrés dans la communauté urbaines de Niamey et les grandes villes du pays, aujourd'hui le tableau est devenu général (Moha, 2015 : 39).

« Le plus grand problème en matière de ressources humaines aujourd'hui, c'est la féminisation, il ne faut pas oublier ça, parce que dès que la femme se marie, c'est fini, ce n'est pas une ressource pérenne » (Un agent de la DRSP de Tillabéry),

« Le 2^e problème c'est la féminisation, on a environ 65% de notre personnel qui est féminin. On peut avoir des femmes compétentes mais on ne peut pas bien les utiliser parce qu'on ne peut pas les amener partout, par exemple des endroits éloignés où elles seront pourtant très utiles. Ce qui fait que nous même nous favorisons les femmes à exercer en milieu urbain ou dans des endroits faciles d'accès » (Le gestionnaire du district sanitaire de Tillabéry).

L'abondance des jeunes filles au niveau des écoles de santé est d'une causalité complexe. Une des causes, selon un de nos interlocuteurs est liée au fait que :

« Les filles ne veulent pas faire des longues études, moins de 15% poursuivent leurs études supérieures » (Une sage-femme de l'HD Tillabéry).

Mais aussi, aujourd'hui, il est plus facile de trouver du travail dans les deux secteurs sociaux comme la santé et l'éducation.

« Au Niger il n'y a pas d'autres activités pour la femmes à part l'éducation et la santé. C'est parce que c'est plus facile pour une femme de trouver du travail dans ce secteur que les femmes ont désormais tendance à les embrasser et le plus souvent sans vocation » (SG mairie Tondikwindi).

Il y a également le fait que les études de santé sont devenues payantes du fait de l'ouverture de plusieurs écoles et instituts de santé privés.

« Les filles sont les plus grandes élues dans le paiement des frais de scolarité. Si chez les garçons, se sont le père qui est le principal bailleur, les filles bénéficient à ce niveau, plus de personnes prêtent à payer pour elles : le père, la mère, le grand frère ou la grande sœur, le beau-frère, le fiancé ou le mari » (Un ancien enseignant de l'ENSP de Zinder).

De plus en plus au Niger, on assiste à une forte féminisation des professions de santé. Le dernier recrutement des agents de santé réalisé de 2012, *« ce sont les femmes qui ont prédominé. Et ce sont les femmes qui ne veulent pas être en brousse. C'est surtout ça le problème la féminisation »*, nous a indiqué le chef de service des ressources humaines de Tillabéry. Il ajoute que sur les 623 agents, le taux de femmes est à peu près 40,29%.

« Dans le district sanitaire de Tillabéry, on a 56 femmes contre 36 hommes toutes catégories confondues, Say on a 42 femmes contre 35 hommes, Filingué 37 femmes contre 81 hommes, Kollo on a 52 femmes contre 69 hommes et Téra on a 31 femmes contre 67 hommes ».

Les districts de Filingué et Téra du fait qu'ils sont les plus isolés, compte plus d'hommes que de femmes.

« Notre politique c'est que quand nous affectons des agents dans la région, nous préférons amener les hommes plus loin parce que ce sont eux qui peuvent plus supporter les réalités du terrain. Parce que ce n'est pas facile de voir des femmes à moto pour sillonner leur CSI ou les CS. Mais avec les hommes c'est plus facile. Même si les femmes veulent l'égalité, sur certains terrains ce n'est pas facile » (Le chef de service GRH de la DRSP de Tillabéry).

Par contre, au moment de notre enquête de terrain, le district de Kollo, avait une situation inverse. Il comptait 67 hommes pour 31 femmes. Ce changement de situation a fait suite au recrutement massif effectué. Une fois recrutées, ces *« grandes dames »* se font affecter à Niamey.

« Pour Kollo, toutes les femmes qui ont leurs maris à Niamey, ont quitté, elles ont été affectées toutes. C'est ce qui fait que maintenant, il y a plus d'hommes que des femmes dans ce district » (Le gestionnaire de la DRSP de Tillabéry).

Malgré le manque de texte législatif ou réglementaire, une norme pratique consiste à affecter une femme au lieu de résidence de son époux est devenue presque une *« norme officielle informelle¹³ »*,.

« Les femmes sont protégées par la "loi" (informelle). Chez nous il y a une pratique qui dit que la femme doit suivre son mari. De ce fait, aujourd'hui, même une fille nous ne pouvons pas l'envoyer en brousse à plus forte raison une femme mariée » (Le Gestionnaire de district de Tillabéry).

¹³ Nous entendons par norme officielle informelle, une norme pratique en voie d'institutionnalisation. Dans le cas de norme officielle informelle, malgré la non existence de support juridique, sa non application pose de sérieux problèmes administratifs. Généralement une norme pratique devienne norme officielle informelle que lorsque son existence date de longtemps et qu'elle a un fondement socio-culturel, généralement en lien avec les valeurs islamique.

Les causes qu'elles mettent en avant, généralement sont en lien avec le mariage et la maternité.

« Les femmes ne peuvent pas aller dans les milieux ruraux et isolés pour problème d'accouchement ou de mari » (CDI, HD Ouallam).

« Les femmes sont protégées par la loi. Même une fille on ne peut pas envoyer à plus forte raison une femme mariée » (CDI, HD Ouallam).

Ce sureffectif d'agents féminin dans le secteur de la santé pose de sérieux problème pour les effectifs des formations sanitaires rurales, éloignées, isolées (comme les îles), ou difficiles d'accès, qui sont très nombreuses dans la région de Tillabéry.

« Oui, en ce temps où le ministère recrutait les volontaires de l'Etat, c'était Kollo qui avait le plus de personnel, comme Kollo était à côté de Niamey, tout le monde voulait être dans le district de Kollo et quand les gens n'ont pas Kollo, ils veulent être dans le district de Say, au niveau des CSI qui sont entre Niamey et Say. Avec le nouveau recrutement il y a plus de femmes et elles ne veulent pas être en brousse. C'est surtout ça le problème la féminisation » (Le gestionnaire de la DRSP de Tillabéry).

La féminisation des professions de santé au Niger pose également un problème de qualité de soins, pensent les personnes rencontrées, car les jeunes filles embrassent ces professions sans vocation.

« Il y a la baisse de la qualité des soins parce que avant les gens étaient choisis sur la base d'orientation après des tests psychotechniques, mais actuellement, ce sont les filles et le plus souvent les parents qui choisissent le métier pour elles sans vocation. Ce qui a fait qu'aujourd'hui avec beaucoup de femme on n'a plus de meilleurs résultats avant » (MCD de Banibongou)

« C'est maintenant que les gens ont pris conscience de la féminisation. Si on regarde la profession de l'infirmier à son origine c'est pour les femmes. Les femmes sont trop paresseuses pour gérer les structures de santé. Elles ne peuvent pas tenir, elles sont chaque fois en conflits avec leurs semblables qui viennent en consultations » (infirmière du Bloc chirurgie de Téra)

« Dans toutes les écoles c'est pareil, elles ne s'inscrivent pas par vocation mais c'est le dernier recours. Heureusement il y'a l'examen de fin d'année ce n'est pas tout le monde qui le passe. Avec les femmes mariées il y' a plus de problèmes parce que il faut qu'elles préparent, s'occuper des enfants, les baptêmes et mariages qu'elles prennent part et quand il y'a un homme dans le service elles laissent tout dans ses mains » major urgences Téra

« En tant qu'administrateur ça ne nous arrange pas. Les femmes ne veulent pas aller en brousse plus que les hommes et cela a des effets sur les indicateurs ou le résultat. Elles rentrent à la santé parce qu'elles croient la santé plus facile que les autres formations, aussi c'est un métier plus convoité par les femmes. On parle facilement de la santé et de l'éducation il y'a aussi l'ouverture de plusieurs écoles de formation en santé, elles sont nombreuses c'est pour ça que tout le monde s'inscrit » gestionnaire HD Téra

« Quand on voit la population du pays, on constate plus de femmes que d'hommes. Les femmes ont tendance à être des infirmières. Les hommes laissent les femmes dans la santé pour être dans la brousse » CSUE HD Téra

« Avec la démographie galopante on ne peut rien dire. Les parents préfèrent payer les écoles à leurs enfants. On recrute aussi dans la santé, on ne chôme pas, il y'a de l'emploi dans le domaine de la santé. On copie typiquement la France parce que même là-bas il y'a plus d'infirmière que d'infirmiers. Si le salaire est égal au diplôme je crois qu'il n'y a pas de problème. Pour les femmes le fait de porter la blouse rose de la sage-femme les rendaient confiantes avant mais je ne sais pas aujourd'hui. Mais il faut bien encadrer les écoles privées. » Maire Téra

« Les femmes sont plus nombreuses que les hommes et cela compte dans la féminisation du système de santé » SG préfecture Téra

Des services à forts taux de supplétifs et les difficultés de leur gestion

Au niveau de tous les services de l'hôpital de district, ainsi que dans les centres de santé intégrés, il existe un fort taux d'utilisation de supplétifs : appelés de service civique national, bénévoles, contractuels de tout genres. Ces supplétifs constituent l'épine dorsale du fonctionnement quotidien des formations sanitaires tant dans la ville de Tillabéry, dans les chefs-lieux de districts visités qu'au niveau des CSI ruraux et éloignés.

« Au CRENI de l'hôpital du district de Téra, il y a au moins 10 contractuelles ici. C'est difficile de les retenir jusqu'à midi, parce qu'avec seulement 55 000f par mois on ne peut pas les obliger de rester ou de venir chaque fois à l'heure » La majeure de la pédiatrie CRENI du HD de Téra).

Bien que ces supplétifs soient la principale ressource humaine qui assure le fonctionnement des formations sanitaires de première ligne, ceux-ci constituent, une sorte de partie « invisible » (Aborio, 2012) de l'iceberg. En effet, ce personnel, ne figure pas dans les effectifs officiels du dispositif tant au niveau national qu'au niveau opérationnel.

Des difficultés de redéploiement des agents

Le redéploiement au même titre que les affectations sont faits en cas de nécessité.

« Ce n'est pas tout le monde qui accepte de quitter la ville, Niamey par exemple. Moi, j'ai des amies qu'on a affecté en brousse, mais elles ont refusé d'aller et elles sont allées au MSP de la santé où elles connaissent des gens qui ont changé leurs affectations » (La majeure de la pédiatrie CRENI de l'HD de Téra).

Le redéploiement des contractuels exige un travail de négociation. Cette négociation est nécessaire pour éviter les abandons.

« Bon, les contractuels, il faut négocier d'abord. Parce qu'au lieu de prendre quelqu'un qui va abandonner, on lui explique d'abord là où on va l'amener quand il accepte on l'amène » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

Dans le district de Tillabéry, c'est surtout au niveau des CSI septentrionaux comme Inates, Tougoushman, et ceux de la commune d'Azourou (Theim, Kohouno). Au niveau de la bande Sud, les agents de santé refusent de se faire affecter au niveau des CSI insulaires : Assani, Kourani, Wissili, Sawani, et Kandadji. La difficulté de redéploiement des agents est liée selon le gestionnaire du district à la rareté des agents titulaires :

« Ici, la difficulté, je vous ai dit qu'on n'a pas beaucoup d'agents titulaires, on a un manque d'agents titulaires qu'on peut affecter facilement. En dehors de ça, nous prenons des agents cases de santé pour les redéployer ».

Deux raisons fondamentales expliquent cette difficulté. La première est liée à l'éloignement. Les agents contractuels préfèrent rompre leur contrat que d'aller servir dans certaines localités.

« La première raison c'est que les agents ne veulent pas travailler dans un CSI très éloigné. Dès qu'on te dit que c'est le CSI d'Inatès, tu dis carrément que tu ne veux pas de ce contrat parce que c'est loin ».

La deuxième raison est comme nous l'avons vu plus haut, la forte féminisation des professions de santé. Les femmes ont tendance à éviter les postes éloignés et/ou insulaires.

« Et nous avons plus d'agents féminins que masculins. Par rapport à Inatès, on devrait recruter un agent pour l'amener dans une case de santé dès qu'on dit que c'est Inatès, ils disent qu'ils ne veulent pas. Il y a deux femmes qui se sont présentées, elles ne peuvent pas aller à Inatès. Comme c'est le contrat, on ne peut pas les obliger à aller là-bas ».

Une très forte mobilité des agents avec plus de départs et moins d'arrivées

La région de Tillabéry est selon le chef de service Ressources Humaines de la DRSP, une région de « transit » des agents de santé, surtout les femmes. De ce fait, il y a plus de départs que d'arrivées. La mobilité des agents selon les acteurs rencontrés est le principal problème.

« Notre région ne constitue qu'un passoir. Quand les gens veulent aller à Niamey, ils demandent Tillabéry, un mois ou deux mois après ils gagnent leurs affectations. Qu'ils soient mariés ou non ». (Le DRSP intérim)

« On affecte quelqu'un, on l'amène par exemple à Ouallam, il fait quelques mois, il n'est pas content, il fait les couloirs au MSP et tu vas le voir ailleurs. Or selon lui quand on affecte quelqu'un c'est pour le besoin, même quand le poste ne vous convient pas, vous devez rester » (Le gestionnaire de Ouallam).

« Par exemple, en 2014 il y a eu 67 agents qui sont arrivés dans la région et il y a eu 117 départs et même 2013 c'est la même chose. Cette année je ne sais pas ce qui va se passer. Vous voyez ? » (Le gestionnaire des RH de la DRSP de Tillabéry).

« Oui, c'est fréquent, dès que les gens trouvent des opportunités ils quittent, s'il y a une ONG qui recrute, ils vont aller vers l'ONG parce qu'elle va leur donner plus que ce qu'ils gagnent avec l'Etat. C'est cela ! » (Le Gestionnaire de Téra).

Dans la région de Tillabéry, les arrivées sont plus virtuelles sur le papier. La région ne voit pas beaucoup d'agents affectés prendre service.

« Ici, ce sont des arrivées théoriques, ce sont des arrivées qui nous amènent des problèmes de gestion » (Le chef de service GRH)

Les agents contractuels quant à eux ont une forte mobilité. Ils quittent dès qu'ils trouvent mieux.

La première cause, c'est la recherche d'un « meilleur traitement » : travailler dans un projet ou dans une ONG, où les pécules et les conditions de travail sont meilleures.

« Ici nous recrutons des contractuels que quand il y a un départ. Parce que ce sont des agents qu'on ne maîtrise pas dès qu'ils trouvent une offre meilleure ils quittent, en ce temps on est obligé de chercher un autre agent pour le remplacer. Il y a des ONG qui opèrent, souvent ils acceptent d'aller malgré eux, mais dès qu'ils trouvent un projet qui leur propose mieux, ils quittent. Ils misent beaucoup sur l'argent parce que le contrat case de santé c'est 55 000Frs CFA » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

La deuxième cause est liée au fait que certains parents font quitter leurs enfants, prétextant que c'est loin.

« Parfois, elle peut aller même quand elle est célibataire, ces parents vont lui faire quitter l'endroit. J'ai un agent qu'on a amené à Tangousmane, elle a fait quelques mois, mais ses parents ont dit qu'elle ne peut plus rester là-bas, Or, elle s'est intégrée et la population l'a acceptée mais les parents l'ont fait quitter. Ils ont dit qu'elle va aller étudier mais c'était juste pour la faire quitter. Ils ne veulent pas qu'elle continue à rester là-bas » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

La troisième cause est le mariage. Les filles célibataires acceptent généralement d'aller dans une zone éloignée, mais une fois qu'elle trouve un époux, elle quitte.

« Par exemple si on prend le sexe féminin, on a plus de femmes maintenant agents de santé. Donc, la femme peut aller en tant que célibataire et elle va trouver un mari puis elle quitte » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

Ces zones sont difficiles pour les femmes, même titulaires. Cette difficulté pour une femme d'exercer dans ce milieu est liée à l'éloignement et aux conditions des routes.

« Bon, quand elle est titulaire, elle peut aller mais dès qu'il y a un poste, on change pour amener un homme. Maintenant pour les contractuelles, ce n'est pas facile. D'ailleurs même pour toutes les femmes ce n'est pas facile, il faut être à moto le plus souvent et ce sont des zones très distantes et c'est compliqué. Il faut des hommes et on n'a pas assez d'hommes » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

La quatrième cause est l'absence de recrutement après plusieurs années de contrat.

« Non, mais je n'ai pas les statistiques sur les abandons, mais je sais qu'il y a eu des cas de gens qui sont partis parce qu'ils ont trouvé de meilleures opportunités. Certains quand ils voient qu'ils sont en train de perdre de l'âge sans que le recrutement qu'ils attendent ne vienne pas, ils préfèrent retourner à l'école pour continuer les études au lieu d'attendre un recrutement qui ne vient pas ! »

Un fort absentéisme au travail

Au Niger, un fort absentéisme au travail a été décrit sous ses diverses formes : social, économique, institutionnel, de désœuvrement, de convenance personnelle (Olivier de Sardan, Mars 2014), résidentiel, confessionnel, maladie, et militant (Moha, 2015) et gériatrique.

L'absentéisme résidentiel

Le fait que certains agents de santé ne résident pas au lieu d'affectation a une influence sur leur présence au travail, donc par conséquent le travail lui-même (sa continuité et sa qualité).

A titre d'exemple, un médecin capacitaire en chirurgie de district est nommée adjointe au MCD d'un district proche de Niamey. Elle a refusé de résider au niveau du district d'affectation. De ce fait, elle ne fait ni garde, ni astreinte. Pourtant, en tant que capacitaire de district, elle a l'obligation d'assurer les interventions chirurgicales d'urgences, ce qu'elle ne fait pas. Ainsi, toutes les urgences nocturnes de ce district sont évacuées à la maternité Issaka Gazobi.

« Cette situation, j'ai passé par toutes les étapes jusqu'au Ministre de la santé pour la régler. Je n'ai pas réussie. Elle est toujours restée dans ce district. Qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? » (La DRSP de Tillabéry au cours de la réunion du comité national technique de santé).

Cet absentéisme résidentiel peut également être lié à la non-résidence du conjoint. En effet, la féminisation des professions obstétricales, et la concentration de plusieurs femmes mariées dont les époux vivent à Niamey, fait en sorte que ces derniers vivent dans différentes régions que leurs conjoints. Cette situation les conduit à abandonner leurs services respectifs les week-ends et les jours fériés.

« La prédominance d'agents dont les époux sont à Niamey nous pose beaucoup de problèmes de gestion de la continuité du service. Les weekends, elles veulent toutes être à Niamey à côté de leurs maris. Donc, certaines quittent leurs postes sans demandes. C'est après que vous allez le comprendre. Lorsque une urgence arrive, il n'y a pas l'agent de garde » (Le gestionnaire de DRSP de Tillabéry).

L'absentéisme gériatrique ou de vieillissement

Nous parlons d'absentéisme gériatrique ou de vieillissement, lorsque certains agents de santé refusent de venir à l'heure ou quittent avant l'heure, ou encore refusent d'assurer les gardes et astreintes alors qu'elles perçoivent les primes y afférentes, prétextant qu'elles sont âgées. Cette situation s'observe le plus souvent à Niamey (refusant de travailler en milieu rural) refet elle est la conséquence des affectations sociales. En effet, selon la gestionnaire des ressources humaines de la DRSP de Niamey. Les formations de cette localité bien qu'elles ont des effectifs pléthoriques, sont truffées des vieilles dames à un pas de la retraite. Celles-ci se sont fait affectées à Niamey, malgré que le besoin n'y est pas mais pour soit disons préparer la retraite.

« Ici à Niamey, nous avons beaucoup d'agents qui sont à cinq ans de la retraite qui ont demandé à revenir ici pour préparer la retraite. La plupart se présente comme des personnes fatiguées, surtout chez les femmes et elles refusent de faire la Garde. Dans un de nos CSI nous avons une quarantaine d'agents seuls quelques 6 prennent la garde. Ils sont très difficiles à gérer. Surtout par les jeunes majors. Ils viennent au service quand ils veulent. Personne ne peut leur parler. Ça veut dire vous avez des agents sur le papier alors que vous n'en avez pas pour faire marcher le CSI » (La gestionnaire de ressources humaines de la DRSP de Niamey)

Un système de gestion de carrière des agents inopérants

Selon les personnes que nous avons rencontrées, l'absence de système fiable de suivi de carrière des agents constitue la pierre angulaire du refus des agents à exercer en milieu rural ou éloigné.

« Si tu vas en brousse on t'oublie. Même lorsque tu envoies ton dossier d'avancement, si tu ne viens pas toi-même le suivre ça n'aboutira jamais » (Un agent de santé de Sargan)

« Ici au CSI urbain, il y a une sage-femme, c'est maintenant qu'elle part à la retraite qu'on a réalisé qu'elle n'a pas avancé depuis longtemps. C'est très grave. Si vous êtes en brousse on vous oublie » (Le MCD de Tillabéry).

Il n'est pas rare de constater des agents qui méconnaissent les procédures de suivi de leur carrière. Certains restent plusieurs années sans être avancés dans leur grade, d'autres sans même être titularisés. Deux principales causes sont à la base de ce problème. D'un côté, il s'agit de la méconnaissance des textes en la matière ou même la négligence par les agents de santé et de l'autre, la lenteur administrative, l'absence de communication, la non-transmission des arrêtés, le manque d'archivage de ces documents.

La méconnaissance et le déficit de communication du système de gestion des carrières par les agents

Plusieurs agents surtout ceux qui sont en brousse ne connaissent pas le système de gestion de la carrière. Ils ignorent les textes qui régissent la fonction publique.

« Les agents eux-mêmes ne sont pas informés sur leur carrière. Il y a même qui ne savent pas qu'il y a des avancements, qu'il y a des titularisations » (Le gestionnaire de la DRSP de Tillabéry).

« Sur la gestion des carrières aussi, il y a un problème, parce que les informations sur les agents nous manquent, les avancements, les titularisations, en réalité les agents n'ont pas besoin de se déplacer pour le faire, c'est à nous de le faire et à travers le ministère. Malheureusement, les arrêtés, les décisions sortent, mais les ampliations au niveau de Tillabéry, sont rares. Les quelques ampliations sont faites ne viennent pas. Je ne sais pas comment les gens font pour les garder à Niamey (Le gestionnaire de la DRSP de Tillabéry).

Les abandons et démissions

Les abandons et les démissions constituent une donnée constante dans la gestion des ressources humaines en santé, surtout chez les supplétifs : les bénévoles, les contractuels. Les principaux motifs de démission ou d'abandon sont : l'obtention d'un nouveau poste plus rémunéré (par exemple au niveau des ONG), ou plus accessibles au niveau d'un autre district. Cette situation affecte beaucoup les zones rurales, car l'écrasante majorité des agents qui exercent au niveau rural sont des contractuels des collectivités.

« Nous n'avons pas de cas d'abandon de poste avec les titulaires, mais nous avons des cas de suspension de contrat case de santé. Parce que quelqu'un qui de manière volontaire souscrit à un contrat et de manière volontaire il écrit un papier de démission pour dire qu'il ne veut plus continuer » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

« J'ai trois collègues sages-femmes avec lesquelles nous avons étudié qui ont carrément abandonné la profession. Une est au commissariat, elle est devenue policière. Une autre dans la garde, une troisième fait du commerce. Moi, je suis devenue professeure d'enseignement ménager. C'est mieux. Nous sommes mieux payés et tu travailles moins. Actuellement je gagne ici à Niamey 150.000 francs pour 8heures de cours par semaine. Sans compter que j'ai les congés de Noël, de Pâques et les grandes vacances. Dans la santé, tu travailles beaucoup sans bien gagner ta vie avec beaucoup de risque de se retrouver en pleine brousse avec 55.000 francs d'allocations pour le contrat » (Une ancienne sage-femme).

« Il y a d'autres qui admettent à des concours, de police ou même d'autres choses. Il y en a certains qui retournent étudier » (Le gestionnaire de l'ECD de Tillabéry).

D'autres, surtout les jeunes filles, déclinent l'offre après avoir été et observé les conditions de vie dans les villages où elles sont appelées à servir.

« Ici à Téra, dès le recrutement, le personnel contractuel majoritairement féminin, dès que vous allez lui dire voilà le poste où il y a le besoin, quand il va voir que c'est un poste enclavé, c'est un poste lointain, c'est un poste où l'accessibilité n'est pas facile, celles-ci déclinent l'offre. Ce sont des jeunes filles qui viennent de sortir des écoles, donc, qui n'ont pas connu d'autres expériences en dehors de la vie familiale, donc quand vous allez les envoyer dans certains milieux, elles ont le stress et elles ont même la hantise de rester. Donc d'où c'est un réel problème pour nous. Démotivations des agents, féminisation du secteur de la santé et aucune expériences pour ces jeunes filles qui n'ont connu aucune expérience que l'horizon du milieu familial, où elles ont évolué jusqu'à la fin de leurs études » (Le gestionnaire de l'ECD de Téra).

« Mais en dehors de ça, tous ces agents là dès qu'ils trouvent une offre meilleure que celle qu'on leur donne aujourd'hui, ils abandonnent sans sommation, c'est celui qui a la gentillesse qui va vous appeler « ah moi j'ai arrêté depuis telle date parce que j'ai trouvé meilleure ailleurs » mais sinon, c'est le chef CSI qui va vous appeler pour vous dire que tel agent a quitté depuis un certain temps » (Le gestionnaire de l'ECD de Téra).

4.3 LES PRINCIPAUX PROBLEMES DE L'EXERCICE RURAL

La faille du leadership

Le court-circuitage de la hiérarchie opérationnelle dans les affectations des agents de santé placer sous leur autorité, l'impunité chronique, finissent par porter un coup sur le leadership des chefs locaux. Il n'est pas rare de constater que des agents subalternes refusent de rejoindre un poste rural jugé non intéressant. Pour certains cette faille de leadership est la conséquence d'un laisser-aller, introduit avec la démocratie néolibérale. Beaucoup restent nostalgique du régime d'exception du Général Seini Kountché.

« Il y a maintenant un laisser-aller. Au temps de Kountché, si un agent est affecté, il ne peut pas dire qu'il ne va pas rejoindre son poste. C'est impossible ! La démocratie a tout gâté. Les gens font ce qu'ils veulent. Vous voyez par exemple, les médecins ils ont signé un engagement de trois ans. Mais ils font ce qu'ils veulent et personne ne les sanctionnent. C'est le manque de conscience professionnelle. Ce n'est pas comme avant. La plupart des agents

maintenant sont des contractuels et ça c'est un peu dangereux. Ici nous avons deux médecins un pour l'ECD et le deuxième pour le CSI. Le deuxième a mis six mois avant de venir. Il a fallu interpellé le ministre de la santé » (Le chef de groupement Teengueragedesh).

Des mauvaises conditions salariales et autres incitatifs

Les conditions salariales constituent une des premières préoccupations des acteurs. Mais, ces préoccupations sont à géométrie variable. Si pour les fonctionnaires de l'Etat, les salaires sont calculés sur la base d'une grille salariale unique, ce n'est pas le cas des supplétifs (appelés du service civique national, contractuels de l'Etat, des collectivités, ceux des partenaires et les bénévoles).

Selon les personnes que nous avons rencontrées, le salaire de la fonction publique a pour problème central la non-prise en compte de l'éloignement, la difficulté d'accès, l'isolement dans le traitement. Cette situation pose préjudice aux agents qui acceptent d'aller exercer dans ces « milieux hostiles » où ils ne trouvent pas de travail autre que celui de la fonction publique.

Des cadres de vie et de travail très précaires

Dans cette sous-section, il s'agira de décrire les facteurs liés au cadre de vie qui sont favorables à la rétention et la fidélisation des agents de santé en milieu rural, difficile d'accès et défavorisé.

Dans tous les districts visités, les conditions de vie et de travail en milieu rural constituent un des principaux facteurs répulsifs chez les agents de santé à exercer en milieu rural. Des conditions de vie défectueuse ont été décrites par les parties prenantes rencontrées comme le manque de divertissement, l'absence de commodités (d'électricité, d'eau potable, manque d'école pour les enfants, difficulté d'accès, l'éloignement), l'inaccessibilité et l'isolement social ; le manque d'offre de formation et d'emploi ; les conditions de travail déplorable. etc.

« Au village il n'y a pas de divertissement, pas d'électricité, pas des primes de motivations, pas des bonnes routes, le salaire n'est pas motivant. Pour quelqu'un qui se trouve à 200 Km de Téra, il peut se déshumaniser ou se trouver dans l'alcool à cause de ces conditions de vie » (le maire de Téra)

Ces mauvais déterminants sociaux de la santé ont donc l'effet double, ils touchent les populations et aggravent leur état de santé mais en même temps, ils sont des freins à l'arrivée des agents de santé... double fardeau montrant comment le système de santé est un de ces déterminants.

Absence de commodités

La problématique de fidélisation des agents de santé en milieu rural est un problème de développement global. Généralement, il est lié au manque de commodités et à la pauvreté dans ces milieux. Cette absence d'infrastructures de développement se traduit par : i) la non électrification ou la sous-électrification des villages ; ii) la non accessibilité à l'eau potable ; iii) les difficultés d'accès aux différentes localités ; iv)

« Les gens refusent de rester parce qu'ils ne sont pas contents de leur affectation. Ils ne veulent pas vivre là où ils ont été amenés. Ils vous disent "vous m'avez amené là où il n'y a rien. Il n'y a pas d'eau, il n'y a pas d'électricité. Et c'est très loin. Il n'y a même pas un bon marché à côté pour pouvoir s'approvisionner. C'est un problème. Je ne peux pas rester. Chef, il faudra faire une gymnastique pour m'enlever de là-bas". » (Un agent du ministère de la santé publique).

« Ici à Tillabéry la plupart des agents de santé sont originaires de Niamey. Ils n'ont pas habitude de vivre en milieu rural. Ils ne trouvent pas assez d'aliments nécessaires pour vivre aisément. Ils manquent d'eau potable, d'électricité. C'est intenable pour eux» (Technicienne de laboratoire, HD Tillabéry).

« Dans les communes rurale, les conditions de vie sont très difficiles, il n'y a pas d'eau potable, l'électricité, les routes sont impraticables, certaines zones sont enclavées les comportements de la population sont désagréables » (Le vice maire de Sarakouara)

« Les conditions de vie sont pénibles, les routes sont inaccessibles, il n'y a pas d'électricité ni de l'eau potable et le marché n'est pas équipé pour acheter les condiments » la traversée du fleuve, les hippopotames (infirmière CSI Kandadji)

Absence d'eau potable

« Aman iman », (l'eau c'est la vie !) Disent les Targuis du désert nigérien.

L'accès à l'eau potable est un déterminant de la santé. Car l'inaccessibilité à l'eau potable est facteur d'exposition aux diverses maladies dites hydriques comme les maladies diarrhéiques, les dysenteries, la fièvre typhoïde, le choléra. Cette dernière a fait l'objet d'épidémies récurrentes les dix dernières années dans la région de Tillabéry. Au Niger, l'accès à l'eau potable est encore faible dans le pays. Selon les résultats de l'enquête démographique et de santé de 1998, seulement 43% des ménages ont accès à l'eau potable. Cette proportion s'est nettement améliorée au Niger car 64,2 en 2010, 66,1 en 2011 et 69,1 en 2012¹⁴, ont accès à une source d'eau potable. Malgré cette amélioration sur le plan national, des inégalités importantes continuent d'exister dans les régions, entre les zones urbaines et les zones rurales, et entre les communautés où vivent les pauvres et celle où vivent les riches.

A Tillabéry, le problème d'eau potable est crucial. Malgré le fait que cette région longe le fleuve Niger sur ses deux rives, l'accès à l'eau potable reste une grande préoccupation pour les populations et les agents des services publics et privés qui exercent dans cette région. En effet, la région de Tillabéry est quasi totalement sur un socle granité, rendant difficile l'infiltration des eaux de pluies. Cette eau pendant les saisons de pluies est collectée par le biais d'innombrables koris qui traversent la contrée. Ces koris s'agrandissent d'année en années et ramassent tout sur leur passage : une énorme quantité de sable, ils déracinent les arbres et les font tomber sur leur cours. Ils coupent la route, rendant inaccessibles certaines zones.

« Le CSI où on m'a amenée, il n'y a pas d'eau potable, c'est l'eau du fleuve que nous prenons pour filtrer et boire » (contractuelle dans un CSI).

¹⁴ Institut National des statistiques. Le Niger en chiffres, 2014.

« Ici, même si ce n'est pas une campagne, on a quand même des problèmes d'eau, tu es là, tu sais que pour avoir de l'eau c'est un problème à cette période et d'ailleurs l'eau d'ici, elle fait noircir » (La majeure de la pédiatrie de l'HD de Téra).

« J'aime travailler à Dakoro parce qu'il y'a les conditions et je me suis habitué. Mais ici au bord du goudron on a la facilité d'accès. Le projet du développement de Kandadji nous ravitaille en eau depuis Tillabéry. Parfois on puise au puits du village, qui est situé derrière le CSI. Son eau est sale » (Une infirmière au CSI Kandajdi).

A Tillabéry avoir un robinet dans le logement ou dans la concession est encore un privilège. Dans cette région, la principale source d'eau reste encore les puits et les pompes qui généralement ne suffisent pas pour alimenter les différentes agglomérations.

Même dans le chef-lieu de la région et ceux des départements, plus des deux tiers de la population s'approvisionnent en eau aux bornes fontaines auprès des revendeurs ambulants.

Quant aux populations des zones rurales, elles utilisent l'eau des puits non-protégés du fleuve et de ses affluents.

Le village de Sarakouara, chef-lieu de la commune et du canton d'Anzourou, est alimenté par un forage, munie de pompe immergée. Cet ouvrage ne permet pas de couvrir les besoins en eau potable du Village.

Selon le chef de canton par intérim, « il y a un problème d'eau crucial dans le village. Nous avons un château d'eau, mais l'eau ne suffit pas pour le village. C'est une vieille pompe qui ne marche pas. La nappe d'a pas d'eau. Si l'on pompe trois à quatre bidons de vingt litres il faudra attendre. Nous avons soufflé à plusieurs reprises mais, ça ne marche pas. Nous avons averti, ils ont promis faire quelque chose, mais jusqu'à présent rien n'est fait ».

Pour faire face à ce manque d'eau, les populations et les agents de santé vont se ravitailler au niveau d'autres localités. Le médecin utilise son véhicule pour se ravitailler en eau de boisson : « actuellement l'eau que je bois, il me faut aller avec mon véhicule et un tonneau, pour puiser de l'eau » (Le médecin responsable du CSI de Sarakouara). Les autres agents payent des charretiers pour les ravitailler. C'est le cas l'infirmière chef CSI et de l'ambulancier : « il y a des charretiers qui nous amènent de l'eau de boisson. Chacun paye pour lui à la fin du mois. Moi, je paye 5000 francs CFA, pour un bidon de 20 litres tous les deux jours, soit 15 bidons par mois » (l'ambulancier). La sage-femme, quant à elle est ravitaillée par ses beaux-enfants.

Absence d'électricité

L'absence d'électricité ou son insuffisance, est un facteur répulsif pour les agents obstétricaux à rester exercer en milieu rural. Si certains s'adaptent à ce manque d'électricité, d'autres, surtout parmi ceux qui sont nés et ont grandi dans de grandes villes, le manque de réfrigérateur ne leur permet pas d'avoir de l'eau fraîche. Ce qui pose problème.

« Ici en brousse, ON manque de l'eau fraiche en brousse, mais aussi pour quelqu'un qui n'est pas habitué c'est un problème. » (Percepteur de COGES de DH Ayorou).

« Certains ne veulent pas être loin d'électricité, le réseau de communication, loisirs, la demande est forte. Il n'y a pas de repos, l'agent est sollicité à tout moment » (inf. bloc chirurgie de Téra)

« Il n'y a pas d'électricité, même simple panneau solaires nous n'avons pas, pour faire un accouchement par exemple, il faut utiliser une lampe. Vous voyez monsieur, quand il y a une petite complication c'est difficile » (contractuelle dans un CSI).

« Le travail en milieu rural n'est pas facile, manque d'électricité surtout ici c'est un gros village on reçoit 46 accouchements par mois, manque de matériels (gants), insuffisance des agents etc. » (La sage-femme responsable de Sargane).

Certaines formations sanitaires disposent d'électricité, mais pas toute la journée.

« Il y'a l'électricité mais non permanente le matin de 10H à 14H et le soir de 19H à 00H. Cela pose de problèmes lors des accouchements pendant la nuit » (Médecin responsable du CSI Banibongou)

Depuis quelques mois, certains centres de santé sont entrain de faire l'objet d'électrification par le projet de développement du barrage de Kandadji ou le programme de la renaissance du Président de la République.

« Il n'y avait pas d'électricité dans le village. Mais depuis deux mois, le programme de développement du barrage de Kandadji est en train d'installer l'électricité dans le village » (Le médecin responsable du CSI de Sarakouara).

« Notre commune (Dessa), n'est pas électrifiée totalement. Il y a seulement le chef-lieu de la commune qui l'est à cause des interventions du projet de développement local de Kandadji qui a eu à électrifier le siège de ma mairie (...) Là où il n'y a pas d'électricité de panneaux solaires, les agents de santé vivent et travaillent à l'aide de lampes à pétrole ou de lampes torches» (Le maire de Dessa).

Absence de logement décent

La région de Tillabéry, se caractérise par une absence de logements décents, permettant aux agents de santé, en dehors des chefs-CSI de mener une vie agréable. En effet, même dans les chefs-lieux des districts visités, trouver une villa acceptable reste un parcours du combattant. Les localités de la rive hausa, sont les moins loties en habitations construites en matériaux définitifs. Le chef-lieu de département le mieux bâti est Téra. Au niveau des villages la situation est moins envieuse.

« Lorsque j'étais venu à Tillabéry, je n'ai pas trouvé de maison. Il a fallu six (6) mois pour l'avoir» (Surveillant de l'HD, Tillabéry).

« En milieu rural, il y a le problème de logement. Par exemple à Garay on a affecté deux infirmières mais elles ont une difficulté à se loger. Et dans le CSI, l'infirmier vit avec sa femme et le CSI ne peut pas les contenir. Maintenant comment les deux autres vont faire pour rester ? » (Percepteur de DS, Ayorou).

A Ayorou, la sage-femme responsable et son adjointe sont toutes cadres de la fonction publique. La sage-femme responsable loge dans une villa construite en matériaux définitifs. Cette maison comporte deux chambres et un salon. L'adjointe quant à elle vit en ville avec son conjoint qui est douanier dans une maison construite en semi dur. Cette maison n'est pas en bon état, car « pendant la saison de pluies, notre maison coule. Il n'y a pas de mur. La porte et le plancher c'est nous qui les avons aménagés à nos frais. Il n'y ni eau, ni électricité » (la SF d'Ayorou).

« A Sarakouara la sage femme n'a pas de maison quand j'étais la bas » (L'ancienne infirmière de Sarakouara)

« Souvent au niveau des villages, il n'y a pas de logement décent. C'est généralement une petite case construite par la population qui est mise à la disposition de l'infirmier. Ceci fait qu'il se trouve obligé d'aller louer dans le village et vivre dans les mêmes conditions que les villageois. S'il ne trouve pas de logement décent, il fait tout pour quitter le poste » (Le maire de Dessa).

Lorsqu'on trouve un logement dans cette localité, généralement ces logements sont dans un état précaires, ou dans le meilleur des cas, coûtent trop cher, pour ces agents surtout les contractuels.

« Au moment où je travaillais à Sarakouara, la sage-femme n'a pas de maison. Je louais une maison en banco dans le village. Il n'y avait aucune commodité. » (Une sage-femme à l'HD de Tillabéry)

« Les locations sont chers (deux (2) chambres salons à cinquante mille francs 50.000f). Quand nous étions venu ici, nous avons passé six mois (6) mois avant d'avoir une maison » (Technicienne de laboratoire, HD Tillabéry).

« Ici dans la commune de Dessa, les CSI sont loin du village. Lorsqu'on nous affecte une sage-femme, il n'y a pas de logement pour elle. Elle est obligée de loger dans le village. Pour la déplacer, surtout la nuit, c'est très difficile. Il faudra qu'on l'accompagne, sinon elle n'ira pas » (Le maire de Dessa).

« A Tillabéry pour avoir une maison c'est tout un problème et la maison est cher » (Aide chirurgien à Tillabéry).

D'énormes difficultés de trouver des bonnes en pays Songhay

Dans la région de Tillabéry, trouver « une bonne » est selon nos interlocuteurs un casse-tête.

« Ici, il n'y a pas de bonnes. Ici tout le monde est "Maiga". Ils ne veulent pas faire les petits boulots. Donc chaque jour, il faudra faire la cuisine avant de venir au service. Je n'ai pas eu de nourrice pour garder mon enfant. Il a fallu que je fasse venir une petite sœur de Maradi. Ici tu n'as pas le temps de t'occuper de tes enfants et ton mari » (La sage-femme d'Ayorou).

Problème de scolarisation des enfants

« L'éducation des enfants empêchent les parents de travailler en brousse » (Sage-femme contractuelle, HD Tillabéry).

L'absence d'école pour les enfants reste un problème majeur qui fait que les agents de santé refusent l'exercice au niveau des postes éloignés (Moha, 2015 : 68). Si, malgré le manque de commodités, les agents célibataires (surtout les hommes) acceptaient à contre cœur à exercer dans des localités où il n'y avait pas d'écoles pour leurs enfants, cette situation se complique avec l'âge. Au moment où leurs enfants grandissent, la scolarité des enfants (surtout le secondaire et le supérieur) devient l'une des conditionnalités majeures.

« Quand j'étais célibataire, j'ai été dans des zones où il n'y a rien, pas d'eau, pas d'électricité, pour aller il faut attendre le jour du marché et quand il pleut même le jour du marché impossible d'aller à cause des cours d'eau, mais maintenant, je ne peux pas faire ça à cause des enfants, il faut qu'ils soient à l'école en ville. Je ne peux plus faire ça maintenant, il faut des jeunes » (agent au district de Téra)

« Le problème avec la brousse pour certains, c'est l'éducation des enfants. Même dans une ville comme Ouallam, c'est un problème, parce qu'il n'y a pas des écoles de qualité pour les enfants. A un certain âge, la priorité pour un parent, c'est la scolarité de ses enfants. On ne peut pas accepter de travailler en brousse pour sacrifier ses enfants » (agents CPADS)

« Le problème de l'éducation des enfants, reste une préoccupation des agents de santé vivant en milieu rural. Parfois, il n'y a pas de collège encore moins de lycée. Si par exemple moi, j'ai un enfant qui doit faire le collège ou le lycée, je ne vais pas le laisser faire n'importe quelle école. Il faudra que je lui cherche une bonne école à Niamey. Chaque parent se soucie du devenir de son enfant. C'est également le problème d'avoir de bons tuteurs où laisser les enfants qui fait que certains parmi les agents refusent de rester travailler à Tillabéry. Ici à Tillabéry qui est le chef-lieu de la région, les écoles ne sont pas à la hauteur. Les bons enseignants également ne viennent pas rester à Tillabéry. Quelqu'un qui a un enfant dans une école privée à Niamey, est-ce qu'il va le ramener ici ? » (Le chirurgien, MCD de Tillabéry).

« Je ne peux pas rester en milieu rural tant que j'envoie mes enfants étudier chez quelqu'un. Moi je veux que mes enfants étudient près de moi et les éduquer bien » (Major CSI Kandadji).

« Il y a des sages-femmes qui laisse leurs enfants à Niamey avec leurs mères. Elles ne peuvent pas les amener ici à cause du problème de scolarité. Or, personne ne peut éduquer les enfants d'autrui. C'est ce qui fait qu'elles finissent par demander une affectation » (Le président du COGES de Famalé).

La dispersion, l'éloignement, l'inaccessibilité et l'isolement social

Au Niger, et plus particulièrement dans la région de Tillabéry, la dispersion des populations surtout dans la partie septentrionale du pays et de la région, la pauvreté des routes et la détérioration des pistes existantes, les longues distances entre les formations sanitaires, l'absence de moyens de transport font l'exercice dans ces zones un casse-tête. Cette situation contribue au manque de ressources humaines dans les formations sanitaires de ces zones rurales où habitent la majorité des nigériens.

La dispersion, accessibilité aux formations sanitaires et aux grands centres urbains

Dans la partie Nord de la région de Tillabéry, les localités sont dispersées et très éloignées les unes des autres, ce qui complique l'accès des agents de santé aux autres agglomérations et marchés hebdomadaires.

Dans le district de Tillabéry, les zones difficiles d'accès sont principalement situées dans la zone septentrionale. Il s'agit de la commune rurale d'Inates, de la commune d'Azourou. Par contre dans la partie Sud, c'est au niveau des zones insulaires que le problème d'accessibilité se pose avec acuité.

La commune d'Inates

La commune d'Inatès se trouve au Nord-Ouest de Tillabéry, vers la frontière malienne. Il s'agit d'une zone désertique, elle est traversée par un énorme koris qui la rend inaccessible pendant la période d'hivernage.

« Les CSI de la commune d'Intès, à savoir le CSI d'Inatès, celui de Tangoucheman sont à la lisière du désert et ils sont très difficiles d'accès. Pour amener un agent, il faudra avoir un chauffeur très expérimenté et courageux. Quand les cours d'eau arrivent, il faudra faire une semaine en train d'attendre pour essayer de passer » (Le chirurgien, MCD du district de Tillabéry).

La commune d'Azourou

Au niveau de la commune d'Azourou, surtout dans sa partie Nord-Est, l'accessibilité est très difficile, également en période d'hivernage. Les CSI de Theim, Sarakoura, Molia, Bossaye Bongou, sont inaccessibles, surtout les gros porteurs.

« La route est très mauvaise. Les gens du PAM ne peuvent même pas ravitailler les villages en vivres. Les gens utilisent les charrettes comme moyens de transport. Cette inaccessibilité fait que le transport et les vivres coutent trop cher. Il y a des agents de santé communautaires qui ont le contrat de collectivités qui achètent le sac de vivres de riz à 30.000 FCFA (rires), alors qu'elles ont des pécules de 55.000 CFA par mois ».

Les zones insulaires

Les îles du fleuve Niger, comme Assani, Sawani, Kouran, Kandadji sont très enclavées. Le déplacement se fait en pirogue. La zone est infestée d'hippopotames. Ce qui complique le déplacement des agents de santé et ceux des usagers en cas d'évacuation sanitaires. Les femmes n'aiment pas être affectées au niveau des formations sanitaires insulaires.

« Il y a des formations sanitaires que les femmes ne veulent pas aller à cause de la traversée du fleuve et la peur des hippopotames qui renversent la pirogue » (Le communicateur de l'HD de Tillabéry).

Certains agents de santé et même parmi les hommes qui ne sont pas originaires de la zone du fleuve ont également trop peur de la navigation sur l'eau.

Problème de transport et l'enclavement

La région de Tillabéry fait face à un problème de déplacement. Les différentes agglomérations sont très difficiles d'accès soit du fait du manque de routes en bon état, soit du fait du manque de moyens de transport de façon constante.

« Des fois même quand tu veux venir en ville pour faire un ravitaillement, c'est compliqué parce que tu ne peux pas avoir un véhicule quand tu veux. Il faut attendre le jour du marché du village voisins, parce que le jour-là, les véhicules passent à côté du village. Sinon, il faut marcher environ 10 km. Et d'ailleurs quand c'est la saison des pluies, les véhicules ne passent même pas » (agent d'un CSI)

« Les difficiles conditions d'accès dans les zones reculées surtout en période de pluies et en période sèche, les zones sont sableuses et font tomber la voiture » (Le communicateur de l'ECD de Tillabéry).

L'insularité fait que certaines localités sont difficiles d'accès, surtout en période de hautes eaux. La plupart des agents de santé refusent d'exercer dans ces localités. Certains agents vont jusqu'à qualifier ces localités de « prison ».

« Nos plus gros villages sont insulaires. Des villages comme Kandadji, Senon, Tomaré, Issiley, Garo-Kouara, sont des îles. Ils souffrent du manque de problème de moyens d'évacuation (...) Les agents de santé ne veulent pas aller vivre et travailler dans les îles. Il n'y a pas de moyen de communication, c'est comme si tu es dans une prison. Quand tu es dans une île, tu ne peux pas bouger comme tu veux. En plus il n'y a pas de réseau téléphonique. C'est ce qui fait que les agents de santé se considèrent en prison, lorsqu'ils sont affectés dans une île » (Le maire de Dessa).

« Il y' a des endroits difficiles pour accéder comme Wani même pour une réunion du District il faut un trajet : Wani-Tillabéry-Niamey-Téra. Dans cette localité même pour prendre le salaire l'agent ne sait pas quoi faire » (gestionnaire HD Téra)

« A Téra, nous avons bien quelques zone de refus. C'est le cas de Gourouol à cause de sa distance pas moins de 120 km de Téra et surtout c'est une route latérite. Il y'a également Kokorou pour son difficile accès et enfin Bankilaré qui est considéré comme une zone nomade » (Le maire de Téra)

La présence des sorcières dans la localité

Une des causes de refus des agents de santé à rester au niveau des CSI ruraux, restent l'existence des rumeurs sur les pratiques de sorcellerie dans le village et les hameaux qui l'entourent. Plusieurs agents de santé, surtout de sexe féminin, déclarent avoir vécu une expérience de menace sorcière dans leur domicile. Ces menaces ont lieu surtout les nuits et se manifestent sous plusieurs formes.

« Le CSI dans lequel on a amené mon mari est hanté. Depuis que je l'ai rejoint, je fais des cauchemars, je vois un peul en rêve qui dit vouloir m'épouser et le matin quand je me réveille, il est là devant moi, mais je suis la seule à le voir. J'ai été deux fois déjà à la maison pour un traitement. Les gens disent que je suis folle quand je leur dit qu'il est là en train de me parler puisqu'il n'y a que moi qui le vois. Je suis là pour chercher une affectation, sinon j'abandonne pour retourner à Ayorou » (Contractuelle dans un CSI)

Histoire de vie et vécu d'un cas de sorcellerie rurale chez une soignante

FS a choisie d'être infirmière contre le vœux de son grand frère qui était gendarme à Zinder « *mon grand frère a voulu que je fasse l'enseignement mais je lui dis que moi je veux faire la santé* ». Elle a fait ses études comme agent de santé de base à l'ENSP de Zinder. Pendant sa formation FS a connu une expérience rurale, « *j'ai fait mon stage de troisième année au CSI de Gouré. Car les stages de première et deuxième années se font en ville* ». FS apprécie bien le stage rural. Selon elle « *c'est pendant le stage rural qu'on apprend mieux les choses. Au cours des stages urbains, nous sommes très nombreux. On a pas le temps d'apprendre les choses. Par contre, quand j'étais à Gouré, j'ai appris à poser des perfusions, à réaliser les consultations prénatales, à prendre en charges les enfants malnutris au CRENI* ».

LS après la fin de ses études a rendu visite à sa grande soeur à Ayorou c'est ainsi qu'elle a travaillé d'abord comme bénévole au CSI d'Ayorou pendant trois mois : « *Je suis venue voir ma grande sœur à Ayorou, j'ai fait un mois chez elle, puis je lui ai dit que je vais aller faire bénévolat au CSI, c'est mieux que de rester sans rien* ». Après trois mois de bénévolat sur proposition du chef CSI, FS est recrutée comme contractuelle. LS, exerce dans une île au CSI de Kandadji depuis novembre 2014. Avec le projet barrage, les populations ont été délocalisées et un nouvel CSI a été construit sur la rive hausa. A sa sortie de l'école c'est au cours de son exercice comme contractuelle que LS a connu un infirmier qui finit par devenir son époux. Après la célébration du mariage, le couple fût séparé et l'époux de FS fût affecté au CSI d'Inates. Depuis un an FS vit avec son mari. Kandadji : « *ils ont décidé de faire un rapprochement familial en nous affectant ensemble au CSI de Kandadji* ». *Les conditions de vie sont difficiles. Il n'y a rien dans le village, même simple viande, on ne peut pas avoir. Même le poisson bien que ce soit une île, il faut l'acheter à Ayorou. Il n'y a pas d'eau potable, c'est l'eau du fleuve que l'on traite pour boire. Il n'y a pas non plus d'électricité dans le CSI.*

Malgré la construction d'un nouveau centre de santé intégré sur le nouveau site, assorti de logement, FS ne souhaite pas rester dans cette localité.

Les raisons de demande d'affectation est en lien avec une maladie paranormale que FS associe à une attaque de sorcellerie. Elle fait des cauchemars chaque nuit. Elle est hantée par un génie peul qui veut l'épouser malgré qu'elle vit avec son mari : « *...la nuit je ne dors pas, je fais des cauchemars et la journée ça se réalise. Je fais des crises. C'est-à-dire la nuit je fais un rêve et le lendemain quand je me réveille, ça se réalise. La nuit je rêve qu'un homme vient me dire qu'il m'aime, qu'il m'a cherché partout et le lendemain, quand je me réveille, je le vois qui vient me dire ce que j'ai vu en rêve. J'ai été deux fois chez moi pour me soigner à cause de ça* ». FS a à plusieurs occasions été soignée traditionnellement, et « *...Il vient me dire d'empêcher qu'on fasse la médecine traditionnelle pour me soigner. Et le problème quand je dis aux gens qu'il est là avec moi en train de me parler, on ne me croit pas parce que personne ne le voit ! On me traite de menteuse* ».

Deux autres agents de santé féminins ont vécu la même chose au niveau dudit CSI : « *ce qu'on m'a dit après quand je me suis renseignée, on m'a dit que moi, je n'ai même rien vu. La majeure qui a quitté aussi a eu les mêmes problèmes que*

moi, dit que c'est tout le village qui a des sorciers.» FS a rencontré au cours des formations deux autres infirmières qui ont servi à Kandadji et qui avaient eu le même problème : *« je connais deux infirmières Balkissa et Rakia qui ont connu le même problème que moi. On s'est vu à une formation et on parlait chacun de son centre, quand j'ai dit que je suis à Kandadji, elles m'ont dit qu'elles étaient restées là-bas mais qu'elles étaient obligées de quitter le CSI »*. Prête à servir partout et même à quitter son mari ou rompre le contrat si on ne la change pas de CSI : *« Bon, ce n'est pas facile d'avoir, ils disent de patienter ! Mais moi, je leur ai dit de m'amener partout, l'essentiel c'est de quitter le CSI là ! A Kandadji, je ne resterai pas, si on me refuse l'affectation, je vais arrêter le contrat parce que c'est pour ma santé ! »*

Un infirmier sur les attaques de sorcellerie

L'agression des sorciers peut être vécue sous forme de fausse alerte. Selon un infirmier d'un CSI de Téra : *« Il y a des fois quelqu'un qui tape à la porte, vous sortez et vous ne trouvez personne. Il m'est arrivé à plusieurs occasions d'entendre dans le sommeil quelqu'un dire "salama alekum ! J'ai amené un malade". Je vais au CSI et je ne trouve personne »*.

L'attaque de sorcellerie, peut être vécue sous forme de maladie, que l'on n'arrive pas à soigner au niveau de système biomédical. Cet exemple vécu par un infirmier dans le district de Téra en illustre cette situation : *« A Balleye Kouara, ma propre femme a eu des problèmes. Elle est allée au village pour accoucher. Au retour, la première nuit, nous avons été réveillés par une voix qui lui parlé sous forme de menace. Puis elle a commencé à pleurer et par la suite s'est mise à enlever ses habits... Je l'ai amené faire une consultation médicale au district. Le médecin a diagnostiqué une infection perpurale. Un traitement lui a été prescrit. Au retour à la maison, après le traitement, il n'y a pas eu d'amélioration. Je l'ai amené chez mes parents. Mon père a vu un marabout qui lui a fait des prières, lui a fait boire du "hantum harit" (l'eau d'écriture). Quelques mois après elle s'est améliorée et je suis retourné la chercher. J'ai demandé une affectation, pour aller dans un autre CSI et depuis, elle n'a plus ce problème.*

L'accès à la communication

L'arrivée de la téléphonie mobile a réconfiguré l'espace communicationnel, même en milieu rural. Le problème de manque de communication est très fréquemment cité par les agents de santé, surtout ceux qui vivent dans les îles. L'isolement, l'incapacité d'appeler ses proches est une condition de création d'angoisse. Les agents de santé, surtout parmi le personnel féminin, ne supportent plus cet état de fait.

Ce manque de communication paralyse également l'exécution des actes professionnels comme l'évacuation sanitaire, la consultation de collègues plus expérimentés en cas de difficulté, ou la difficulté de joindre un agent pour l'inviter à un atelier.

« Les problèmes liés à la communication pour appeler un agent en cas d'urgences » (SF H.D Tillabéry).

« Exemple : lorsque la mère de l'un de nos agents d'un CSI du village était décédée, il n'y avait pas de moyens de communication pour l'informer, il a fallu envoyer un véhicule pour l'informer. (Le MCD de Ouallam).

« Pour quelqu'un qui est habitué à vivre en ville c'est très difficile de travailler en brousse avec le problème d'eau, de routes, de communication (le réseau et la radio), il faut parcourir 8 Km pour émettre un appel téléphonique sur Mangaizé actuellement. Je suis sur le point de quitter pour aller continuer mes études et quand je fini je peux accepter de retour travailler dans ce village pour assister les populations » les populations sont difficiles et les gens ne viennent pas à temps au centre alors la maladie se complique (inf. Tilloa)

L'absence de marché hebdomadaire à côté

L'absence de marché hebdomadaire est un problème pour les agents. Ils ne peuvent pas « faire leurs courses ». Se ravitailler devient un casse-tête. Certains se ravitaillent mensuellement au moment où ils se rendent en ville pour récupérer leurs salaires ou au cours des ateliers et séminaires. D'autres font des commissions auprès des amis qui vivent en ville et utilisent les services d'autres collègues (enseignants, forestiers, agents d'élevage ; etc.) pour récupérer les commissions. Enfin, d'autres se déplacent hebdomadairement, pour se rendre sur les marchés de la zone, qui parfois peuvent être très éloignés et difficiles d'accès.

La difficulté de faire carrière en milieu rural

« Ce qui fait aussi que les gens ne veulent pas aller loin de Niamey, c'est que on ne sait même pas quand est-ce qu'on doit avancer et quel avantage a-t-on droit. Nos collègues qui sont à Niamey, vous allez les voir profiter de beaucoup de choses, alors que nous ici, même les ristournes, on n'en a pas » (La majore de la pédiatrie CRENI de l'HD de Téra).

L'insécurité, viol et agression contre les agents

Les question d'insécurité sont devenus, depuis la guerre du Mali, au Nigéria et en Libye avec leurs répercussions au Niger, des éléments importants dans la prise de décision dans le choix du lieu de travail, surtout chez le personnel contractuel.

« Dans le zones d'insécurité comme Inates, Firghoun, il y'a des rebellions, c'est seulement les hommes qui partent. Actuellement c'est un Touareg qui sert là-bas » (Une sage-femme de l'HD de Tillabéry)

« L'insécurité est une nouvelle donnée qui provoque la réticence des agents de santé pour aller travailler dans certaines zones de Tillabéry. Avec l'insécurité dans la zone de Tillabéry, les gens abandonnent certains CSI de Tillabéry. Par contre pendant la rébellion touareg du Nord et même dans la zone de Diffa, les agents de santé n'ont pas posé de problèmes » (Un agent du ministère de la santé).

« Il y a des CSI même pour aller en supervision, il faut aller avec une escorte. Ce n'est pas lié à la rébellion du Mali, ça été toujours une zone d'insécurité. Par exemple les CSI D'Inates et de Tamgoushmane » (agent à l'HD de Tillabéry)

« C'est une zone désertique et d'insécurité. Un jour j'ai eu très peur parce qu'on a fait une supervision et le véhicule qui nous a déposé au retour, a été attaqué par les bandits et il a été pris » (ancien chef CSI).

« Le problème d'insécurité nous dépasse. Les agents de santé ne sont pas en sécurité. Compte tenu de l'insécurité, les gens ne reçoivent pas les malades. Par exemple dans la zone Nord, les ONG ne partent pas à 15 km des CSI » (CDI, HD Ouallam).

« Il y'a aussi des raisons d'insécurité : par exemple lors d'une campagne de distribution de médicaments une femme a été attaquée et a reçu une balle, les bandits l'ont arraché du véhicule, le responsable du service lui avait du marcher à pied pour aller à Ayorou. Présentement il y'a une case de santé fermée à Tassa où personne ne veut aller » (Le communicateur de l'HD de Tillabéry).

« Nous avons un problème de sécurité, nous n'avons pas suffisamment d'électricité nous n'avons pas de clôture ce qui fait parfois des faux arrivés. Il y a aussi des serpents. Vraiment on ne se sent pas en sécurité. Tu vas passer la nuit seule dans le CSI sans clôture sans gardien et on doit se réveiller à tout moment» (Infirmière CSI urbain Téra)

« Les gens ne veulent pas aller dans les zones Nord parce que c'est éloigné. Tant que ce ne sont pas des ressortissants, personne ne veut aller là-bas. Par exemple Falka à l'ouest est loin de route. Guinaou Bangou, Labou Bangou, Tchou Bangou toutes sont des zones où il y a des problèmes d'insécurité, il n'y a pas d'approvisionnement, l'accès c'est un problème » (CDI, HD Ouallam).

« Les agents ne veulent pas aller dans la zone Nord parce qu'il y a une insécurité » (Communicateur, HD Ouallam)

« Ici à Bankilaré, les gens parlent d'insécurité. Mais, c'est pour ne pas rester. Il y a des gens qui sont ici et travaillent. Rien ne leur est arrivé. Nous sommes là pour les aider et les protéger » (Le chef de groupement Tengueregedesh)

« A Yatakala , il n' y a pas 2 ou 3 mois qu'une voiture de l'ONG Samaritain a été interceptée par les bandits » (major urgences HD Téra)

« L'insécurité aussi cause problème surtout en période de vaccination il y'a des endroits où même les villageois ne veulent pas aller » Infi. Tilloa

« A Tilloa, à chaque fois que l'on veut se rendre, il faut qu'on informe le commandant de camp 24H à l'avant et cela créé la psychose » MCD Ouallam

« Nous avons un problème de personnel à cause du problème d'accessibilité et d'insécurité. Pour se rendre à Ouallam il faut profiter des évacuations par l'ambulance » (médecin chef CSI Banibongou)

« L'insécurité au Nord incite les agents à quitter d'une manière improvisée, il y'avait un agent qui a quitté pour Kollo en trouvant plus » (Sage-femme de Tondikiwindi)

« A Harga, une infirmière avait été menacée de tentative d'un viol par le chef du village même alors qu'il a plus de 60 ans. L'affaire était venue jusqu'à nous, demain je peux vous montrer le chef du village il sera là c'est le jour du marché. A Baina aussi une infirmière nous

raconte que pour coucher la nuit elle chevauche avec la famille qui l'a accueillie. Elle n'a pas de logement. » (SG préfecture Téra)

« Moi, on me volait tous les jours, c'est comme si c'est une organisation. On vous dit qu'il y a un malade, vous partez le prendre en charge et à votre retour vous remarquez que vous avez été volé » (Le médecin responsable de Sarakouara).

« Ici, c'est le problème d'insécurité qui fait en sorte que les agents de santé ne veulent pas venir travailler malgré l'accessibilité (presque tous les CSI de la commune sont sur le goudron) et la proximité du fleuve (les denrées alimentaires ne coûtent pas chers). En effet, dans la plupart des villages, les CSI sont à l'écart du Village. Souvent les agents de santé sont des femmes. Elles ont peur de vivre seules ou d'être réveillées la nuit » (Le maire de Dessa).

« Vous voyez cette chambre en banco, c'est pour la sage-femme. C'est construit par le COGES. Comme c'est une femme, elle a peur c'est pourquoi elle a abandonné le logement pour aller vivre avec une vieille femme dans le village. Le problème il y a de l'insécurité dans le village vis-à-vis des sages-femmes. C'est pour ça que nous avons décidé que lorsqu'une parturiente arrive la nuit, il faudra passer par moi ou par le gardien pour réveiller et accompagner la sage-femme » (Le président du COGES de Famalé).

Par contre, certaines sages-femmes n'ont pas peur de vivre seules dans des logements loin du village.

Une sage-femme du CSI de Famalé est restée vivre seule au niveau du logement construit pour elle au niveau du CSI. Elle n'a pas peur. « si tu n'a pas la peur dans la tête, il n'y a pas de problème » (Le président du COGES de Famalé).

Des environnements de travail inadaptés

Au niveau des trois districts visités, les mauvaises conditions de travail également entravent la rétention des agents de santé en milieu rural.

« A Ouallam il y a un problème sérieux : le plateau technique n'est pas bon ; ruptures des médicaments et insuffisance du personnel et ensuite c'est une zone d'insécurité. (Infirmier aux urgences HD de Ouallam)

« Dans la majorité de village les routes ne sont pas accessibles surtout en période pluvieuse; problème d'eau et de l'électricité » (Sage-femme CSI de Tillabéry)

Un plateau technique défectueux et précarité des formations sanitaires

L'un des problèmes de l'installation et de la rétention des agents de santé obstétricaux en milieu rural, demeure l'absence de plateau technique, leur permettant d'exercer leur métier. Plusieurs sage-femmes exercent au niveau de formations sanitaires où il n'existe pas de maternité, avec un manque de médicaments, d'équipements et autres instruments.

Absence de maternité

« Ici nous n'avons pas de sage-femme, car nous ne disposons d'aucune maternité au niveau des CSI de la commune. Nous n'avons qu'une "cellule" d'accouchement. C'est ce qui fait que

les femmes ne sont pas encouragées à accoucher au niveau du CSI sauf en cas de complication. En plus il n'y a que le médecin ou les infirmiers ».

Problèmes d'accès aux médicaments

« Au niveau des CSI, lorsqu'ils font les commandes en médicaments, ils ne reçoivent que le 1/5^{ème} ou même 1/10^{ème}. Même le paracétamol on ne trouve pas. Souvent, les gens vont vers les pharmacies par terre » (Le maire de Dessa).

« Il y a un manque de produits pour prendre en charge les malades. On passe dans les services demander des produits restants ou laisser par les décédés ». (Infirmière, HD Téra)

« Quand on fait la commande des produits l'administration nous dit que c'est chère ; il faut qu'il ait l'intervention des ONG » (Anesthésiste de l'HD de Ouallam).

Malgré ces tâtonnements pour prendre en charge certaines maladies les agents de santé se trouvent dans l'obligation de référer à Niamey :

« Devant une proposition d'évacuation, certains disent qu'ils ne vont pas aller parce qu'ils n'ont pas de moyens. Parfois même si on dit au médecin de mettre le carburant pour évacuer le malade le problème c'est Niamey, arrivé là-bas qui va les prendre en charge »

Problèmes d'équipements et autres instruments

Plusieurs mobiliers équipements et instruments manquent, cela n'est pas compatible avec la pratique des agents de santé obstétricaux au niveau périphérique.

Une logistique defectueuse

L'absence de moyen de déplacement pour les agents de santé, ainsi que le manque d'ambulance ont été cités parmi les facteurs répulsifs par les agents de santé que nous avons rencontrés.

« Ici au CSI, on n'a même pas d'ambulance. Vous pouvez avoir une évacuation, vous ne savez même pas quoi faire » (le chef CSI de Yatakala).

La prédominance de supplétifs malformés

« Le personnel des cases de santé n'est pas formé. Les aides sages-femmes aussi. On joue avec la santé des gens. Ce n'est pas sérieux de confier la vie des gens à des personnes non qualifiées. Ils mettent des perfusions aux gens, ils ne savent même pas si le produit est à usage intramusculaire ou intraveineux » (Le maire de Dessa).

La surcharge de travail

Les agents de santé au niveau de tous les districts se plaignent de la surcharge de travail. Cette surcharge de travail est généralement causée selon les différents agents par le déficit en ressources humaines, la mauvaise organisation de la demande de soins qui a pour cause « l'ignorance des populations » et la promotion du droit à la santé.

Plusieurs centres de santé sont tenus par un seul agent. Cette situation a un impact sur la charge de travail.

« Je suis le seul agent à Theim. Je fais quotidiennement les consultations curatives, le préventif (CPN, CN), je fais les accouchements. Je suis trop sollicité. A côté il n'y a même pas de case de santé » (Chef CSI de Theim) .

« Les agents de santé de la brousse travaillent beaucoup et ils sont généralement seul dans les CSI » (Ambulancier HD Tillabéry).

« Présentement ici à l'HD de Tillabéry, il n'y a pas de technicien radio. Ils veulent que je fasse les deux boulots, c'est-à-dire la radio et l'échographie. C'est top pour moi. Surtout avec les urgences » (Echographiste HD Tillabéry)

« Même moi c'est à cause de mon mari que je suis ici. Imagine je suis la seule anesthésiste. Je fais chaque jour le programme opératoire et les urgences et j'ai un problème de santé. Je suis hypertendue... » (Anesthésiste HD Tera)

« Nous dans un CSI de type 2 et il n'y a que trois (3) agents de santé matriculés (moi ; la sage-femme et la majeure) et une assistance sociale. Nous faisons 24 heures de garde seule tous les deux jours, alors qu'à Niamey les sages-femmes peuvent faire plus d'une semaine sans prendre la garde » (infirmière CSI urbain Tillabéry).

« En brousse on est surchargé ? Nous n'avons pas de samedi et dimanche » (Major maternité HD oualam.)

« Par manque d'agents, c'est une seule sage-femme qui garde ici à Tera » (Sage femme Tera).

Décalage dans le vie sociale

- Le dépaysement

Beaucoup d'agents de santé qui ont évolué en ville sont dépayés lorsqu'ils arrivent dans leurs lieux d'affectation.

« Imaginez quelqu'un qui a grandi à Niamey et qu'on l'affecte à Ayorou » (SF H.G Tillabéry)

« Pour une infirmière grandit à Niamey, c'est difficile de travailler à Itkal ; Oriba à 400F et la glace à 150F. il faut attendre le jour du marché même pour acheter les condiments. » (Une infirmière de pédiatrie de Téra).

Certains, surtout parmi les contractuels quittent les localités parce que les nouvelles conditions de vie au lieu de travail ne correspond pas à celles qu'ils ont connues.

« Je suis arrivée dans le village il n'y a même pas de logement, pas d'eau potable. Encore moins d'électricité. Je ne pouvais pas rester. C'est ce qui a fait que j'ai rompu le contrat pour rentrer à Niamey » (Un ancienne contractuelle d'un CSI de Ouallam).

« Il n'y a pas une vie meilleure en brousse. Certains villages sont sans eau comme Dolbel, Gondey et Sirfi Kouara. Lorsque à Niamey il y'a la pâtisserie. A Téra on perd les habitudes de la ville. » (major pédiatrie HD Téra)

- Le faire famille à distance

Le « *faire famille à distance* » est une expression introduite par Pierre Joseph Laurent, dans le cadre de l'analyse la migration internationale des membres de familles capverienne (Laurent, 2014).

La crise de ressources humaines en santé couplée d'une forte féminisation, force désormais les agents de santé féminin à exercer en milieu rural, loin de son foyer familial. Cette situation très fréquente chez les supplétifs, surtout en début d'exercice, crée une rupture avec une norme nigérienne qui avance que la « *femme suit son mari* » au lieu d'affection. Il n'est pas rare aujourd'hui de voir des femmes mariées, à l'instar des femmes capverdiennes, s'engager dans un processus de migration professionnelle, pour aller exercer le métier de santé. Les études de cas ci-dessous illustrent comment certaines sages-femmes arrivent à maximiser la mobilité professionnelle tout en ayant l'intention de garder le capital des relations intrafamiliales.

Etude de cas n° 1 :

HA est originaire de Koygolo dans la région de Dosso. Elle est la fille d'un commerçant de la diaspora nigérienne du Bénin. Elle est née et a grandi dans ce pays hôte. A ce titre HA a suivi ses études primaires et secondaires au Bénin. Après l'obtention de son baccalauréat, HA est rentrée au Niger pour suivre des études de sage-femme.

Le choix de devenir sage-femme est né d'une double préoccupation ; « je souhaite faire face à la mortalité maternelle, mais aussi, c'est parce que j'aime les enfants ».

HA, est mariée depuis 15 novembre 2014, avec un commerçant de Katakou. Son époux réside à Niamey. Elle vit dans un ménage polygamme où elle occupe la deuxième place.

HA est sage-femme au CSI de Bankilaré, situé à plusieurs kilomètres au Nord du chef-lieu du district et du domicile familial. Comme contractuelle des collectivités, HA reçoit une indemnité de 55.000 FCFA.

La vie du couple

HA, se rends tous les deux mois à Niamey pour rejoindre son conjoint. Elle n'a pas pour le moment d'enfant, mais souhaite tomber enceinte. Son mari lui envoie chaque mois des vivres et lui aussi vient régulièrement lui rendre visite. Elle espère après le recrutement à la fonction publique trouver une affectation à Niamey pour un rapprochement familial : « j'espère avoir un matricule. Lorsque je l'aurais je souhaiterais avoir une affectation à Niamey ».

En octobre 2015, HA, a été affectée au CSI de xx, dans le district de Drgol. Le CSI est sur le goudron : « je suis très contente. J'ai été affectée à xx. C'est sur le goudron et plus proche de Niamey. Ça me facilite la tâche ».

Etude de cas n° 2 :

KR est sage-femme diplômée d'Etat. Elle est originaire du Gorouol. Elle sert dans un CSI non loin de domicile familial. Elle a 33 ans et est mariée à un agent de santé communautaire, qui lui, sert dans une case de santé au niveau du district sanitaire nouvellement créé de Bankilaré. C'est lorsqu'elle a été affectée dans une case de santé qu'elle a rencontré celui qui est devenu son compagnon pour la vie. Bien qu'elle soit de grade plus élevé que lui, KR a décidé de se marier avec cet agent de santé communautaire, car selon elle: « ce n'est pas le métier, ni le statut que l'on épouse, mais c'est l'amour. C'est surtout pour son caractère que je me suis mariée à lui ». Au début de leur mariage, le couple exerçait toujours au niveau d'une même formation sanitaire (case de santé communautaire): « au début, on était ensemble, on a servi à la case de santé de BGR, puis nous avons été affectés au niveau d'une autre case de santé, celle de NGA ». Après un changement de médecin chef de district, le couple s'est vu séparer de toi. Le mari sert dans une autre case de santé et la femme a été affectée au niveau d'un CSI de type 2. Selon elle, « c'est le nouveau médecin chef de district, qui a décidé de nous séparer. Il m'a dit que mon mari n'est pas un agent de santé qualifié. C'est un agent de santé communautaire, il ne peut pas être affecté dans un CSI, alors qu'il y a des agents qualifiés. Quant à moi, je suis une sage-femme, il ne peut pas non plus m'affecter dans une case de santé. C'est un gâchis ». Les deux conjoints se trouvent obligés d'exercer dans deux formations sanitaires très éloignées l'une de l'autre et difficile d'accès. Si le mari est dans le département de Bankilaré, la femme, se trouve dans le Gorouol qui dépend du département de Téra.

La vie du couple

Depuis cette vie de couple à distance, c'est l'époux qui fait les vas-et-viens entre sa résidence fonctionnelle, et son domicile familial : « c'est lui qui vient de quitter ce matin. Comme j'étais malade hier, il est venu passer la nuit avec moi. Parfois, il vient les week-ends. Ce n'est pas facile, mais on arrive à gérer ça ainsi jusqu'au moment où nous trouverons une solution ». Selon KR ce sont les difficultés d'accès au village de résidence de son mari qui ont fait qu'elle ne se rend pas chez lui : « c'est très difficile d'accès. La route est très mauvaise et il n'y a pas de véhicule de transport. Il y a une piste très difficile à rouler dessus et surtout pendant la saison des pluies il y a une rivière qui coupe la route ». En effet, le couple a déjà réfléchi à une stratégie pour sortir de ce « faire famille à distance », qui selon elle est un vrai calvaire. Ils ont envisagé (après entente) « qu'il parte faire des études et devenir un agent qualifié ». Le mari de KR est inscrit pour suivre un cours à distance au niveau d'une école de santé privée de Tillabéry : « cette année, il va faire la troisième année et ça va être la fin du calvaire (rires) ».

4.4 QUELLES SONT LES MOTIVATIONS INTRINSEQUES ET EXTRINSEQUES DU PERSONNEL QUI CHOISIT DE RESTER EN MILIEU RURAL ?

Dans une étude réalisée auprès d'infirmiers psychiatriques, R et I Simpson (1959) parlent de motivations « *intrinsèques* » (relatives au métier lui-même) et de motivations « *extrinsèques* » (extérieures au métier). Pour eux, le personnel infirmier qui persiste dans le métier est parmi de ceux qui valorisent les motivations intrinsèques. Pour Catherine Déchamps-Le Roux, la « pourvoyance médicale¹⁵ » (motivation intrinsèque) motive les étudiants (de médecine) quelqu'en soit leur origine sociale (Déchamp-Le Roux, 1994 : 94).

4.4.1 Les motivations intrinsèques

La vocation

La vocation est un élément qui a été cité par nos interlocuteurs comme facteur attractif primordial chez les agents de santé à exercer en milieu rural. Au Niger, elle en est le moteur. Nous distinguons quatre groupe de vocations : la vocation comme initiation, la vocation comme produit de l'influence familiale, la vocation comme résultat du simple hasard et enfin des situations complexes. L'image de l'agent de santé dévoué et bienfaiteur fait partie des valeurs attachées aux professions de santé, surtout en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Plusieurs des personnes rencontrées parlent de « *vocation* » ou du désir « *d'aider les gens* » (Moha, 2015 : 59). Plusieurs raisons ont été évoquées par nos interlocutrices dans le choix des professions obstétricales : « *C'est un rêve depuis mon enfance* », « *porter la blouse me plait* », « *c'est pour aider femmes* », « *je veux venir en aide aux femmes parce qu'elles souffrent* ».

Ces idées ou envies de devenir sage-femme sont déclenchées pour deux raisons. D'abord, les mauvais souvenirs vécus par l'interlocuteur ou par quelqu'un de sa famille ou même quelqu'un issu de son environnement social, sont des déterminants dans le choix de cette profession. Certaines de nos interlocutrices rapportent avoir vécu une mauvaise expérience qui a déclenché en elle l'envie de devenir sage-femme.

L'altruisme

« *J'ai voulu être une sage-femme, c'est pour aider les femmes. C'est une bonne chose qu'une fille du terroir devienne une sage-femme. Elle pourra aider les femmes, car les femmes dans nos villages souffrent beaucoup* » (La sage-femme de Kandadji).

¹⁵ Le concept « pourvoyance » est introduit par le sociologue A. Memmi (1979). Il s'agit de « ce qui répond à l'attente du dépendant ». Dans le cas de la « pourvoyance médicale », le soignant pourvoit aux besoins de quelqu'un dépendant de ses soins. La pourvoyance médicale peut caractériser le rôle social du soignant (Déchamp-Le Roux, 1994 : 93-94)

La vocation comme un processus d'initiation

Catherine Déchamps-Le Roux (1994), désigne par groupe initiation, « ceux qui disent avoir été marqués par une expérience de maladie ou avoir éprouvé un intérêt particulier pour la maladie et qui font remonter leur désir de devenir médecin à l'enfance ou l'adolescence, ceci à l'occasion d'une expérience de maladie pour eux même ou pour un proche » (Déchamp-Le Roux, 1994 : 109).

Etude de cas n° 3

FA est de formation infirmière diplômée d'Etat (IDE). Elle est cadre de la fonction publique. Elle a fait ses études dans une école privée de santé à Niamey institut pratique de santé publique (IPSP) de 2002 à 2005. Elle a choisi d'être infirmière après l'obtention du brevet d'études du premier cycle. FA est originaire de Téra et a fréquenté l'école primaire Dan Dicko Dan Koulodo à Niamey de 1990 à 1996 l'école et le collège à Tillabéry de 1996 à 1999. Elle est de parents fonctionnaires. Son père est vétérinaire et sa mère inspectrice d'enseignement.

Le choix d'être infirmière est lié à une expérience de maladie.

« J'ai voulu être infirmière parce que j'ai vu que les gens sont en train de souffrir parce que je trouve qu'il n'y a pas assez d'agents. Un jour j'étais tombée malade, on m'a amené à l'hôpital de district par manque d'agent, je n'ai pas pu être traitée. Parce qu'il n'y avait pas de personnel, celle qui était de garde était descendue et sa remplaçante n'était pas encore là, on n'avait trouvé personne.

Cette expérience personnelle ma fait aimer le métier d'infirmière pour alléger les souffrances des personnes qui vont se présenter ».

Si c'est FA qui a choisi de devenir infirmière, le choix de l'école a été fait par ses parents.

« C'était un choix des parents, ils ont accepté de payer »

Un environnement familial et social favorisant

Le groupe héritage « désigne ceux dont la "vocation" est de caractère social. La vocation a pris naissance et a été entretenue au sein du groupe social. La famille proche ou lointaine, ou les amis, ont joué un rôle significatif dans la genèse de la vocation » (Déchamp-Le Roux, 1994 : 112).

Ainsi, pour certains agents, la vocation de devenir agents de santé fait suite au désir de satisfaire le choix des parents.

« Ces dernières années les élèves vont dans la santé pas parce qu'ils le souhaitent, la plupart des cas ce sont les parents qui les obligent. Ce qui fait qu'ils ne sont pas soucieux de leur métier, ils veulent trop de faciliter. Les jeunes maintenant ne se soucient pas de leur avenir. Rien que ce matin, le délégué de 2^e année a pris son sac sans raison pour aller à la maison, il m'a seulement dit « tantie je suis fatigué, je vais à la maison ». Certains nous disent clairement, nous ne voulons pas la santé, ce sont nos parents qui nous obligent ! Des gens comme ça, comment ils vont accepter de travailler en brousse ? » (Une enseignante).

Le cas d'BB, illustre le choix du métier comme celui des parents.

Etude de cas n°4 : Etre agent de santé choix du père réussi

BB est en Master santé communautaire. Il est selon lui devenu agent de santé par un fait de hasard : « Je suis devenu agent par un coup de destin. Après avoir repris trois fois le BEPC, je me suis présenté à deux concours, celui de l'ENICAS (pour être agent de santé) et celui de CNIPT (pour devenir postier) ». Par coup de chance, BB est admis au deux concours. Après l'obtention des résultats des concours, BB, a souhaité être postier. Mais son père a fait tout pour qu'il soit agent de santé : « Mon vieux m'a dit qu'il souhaite que je fasse agent de santé. Que la santé c'est bien, pour ici et pour nos au-delà. Dieu merci j'ai accepté le choix du vieux et ça a marché ».

Les parents jouent également un rôle dans la fidélisation des agents obstétricaux, surtout les supplétifs.

« Les contractuels sont des agents qu'on ne maîtrise pas. Dès qu'ils ont une meilleure offre ils quittent le poste des fois sans même informer l'HD. Ils acceptent d'aller malgré eux. Par exemple on avait une agente à Tangoushmane, mais ce sont ses parents qui lui ont dit d'abandonner. Parce que c'est une fille, le CSI est loin. Les parents ont fait pression sur elle pour qu'elle quitte, ils nous ont dit que c'est pour qu'elle étudie mais en réalité, ce n'est pas cela. Il faut reconnaître que pour ces zones, ce n'est pas facile pour les femmes » (Le gestionnaire du district de Tillabéry).

Parfois, il s'est agi de perpétuer un rituel familial en sorte qu'il y ait toujours un membre de la famille dans le milieu de la santé (Humbert, 2005 : 37).

Le rôle du modèle et l'attrait de la blouse

Le rôle de modèle et ou l'attrait de la blouse est un des principaux motifs de choix de métier de la santé. Ce modèle peut être une personne connue (appartenant à l'entourage familial), ou une personne éloignée et idéalisée.

Etude ce cas n°5 : devenir infirmier : un modèle distancé

HS est anesthésiste dans un HD. Le choix de devenir agent de santé est lié au fait qu'au moment où il était au collège, « notre école était voisine du dispensaire. Chaque jour, je voyais le major habillé dans sa blouse très propre. J'ai été très impressionné par le major, surtout quand je voyais venir les malades au dispensaire sur une charrette et les voir quitter sur pieds. Cette expérience vécue de loin a fait que j'ai choisi d'être infirmier ».

Les figures complexes

La vocation peut être précoce ou tardive. On parle de vocation précoce lorsque le choix de devenir agent de santé remonte à l'enfance. Quant à la vocation tardive la personne décide

de devenir agent de santé au cours de ses études au collège, voir au lycée (Humbert, 2005 : 19).

L'origine sociale

L'origine sociale joue un rôle important dans le choix de l'exercice rural des professions obstétricales.

Etude de cas n° 6 : Etre sage-femme : une socialisation familiale

HH est sage-femme responsable de la maternité d'un HD de district. Elle a vingt sept ans de service. Elle est originaire d'un village dans le département de Dosso et née d'une famille de paysans. Elle est la seule qui a réussi à l'école dans son village. Le choix de devenir sage-femme est née depuis l'enfance : « ma grande mère était une matrone. Je l'accompagnais au niveau des ménages pour assister les femmes aux accouchements ». Cette situation a fait que très tôt HH c'est familiarisée avec la maternité. Mais selon elle le déclin est lié au fait que sa mère lui a raconté les conditions dans lesquelles elle est venue au monde : « je suis née quatrième de ma fratrie en 1966. Ma mère s'était rendue à la maternité pour me mettre au monde. La sage-femme n'était pas gentille. Elle a refusé d'assister ma mère. Elle a laissé ma maman me mettre au monde seule sans assistance et par terre. C'est ce qui a fait que j'ai choisi de devenir sage-femme ». Selon elle cette histoire qui lui a été racontée a renforcé son amour du métier de sage-femme : « comme je suis villageoise, en devenant sage-femme, je vais aider les pauvres, éviter à d'autres ce qui est arrivée à mère ».

Devenir fonctionnaire

La plupart des agents de santé aspire devenir fonctionnaire. C'est leur ambition (Vasseur-Mahé, 2004 : 30). La plupart des agents de santé, dans le but de devenir fonctionnaires, s'engagent avec détermination à la recherche d'un emploi et même en brousse. Les agents obstétricaux se font ainsi recruter comme bénévoles, volontaires de service civique national, ou encore contractuels dans le but de se faire la main, d'assurer un petit revenu, le temps d'admettre au concours d'entrée à la fonction publique.

D'autres laissent même leurs conjoints en ville pour aller très loin exercer comme supplétifs, en attendant le recrutement.

Le statut matrimonial

Etude de cas n° 7 : Entre rêve familiale et aide d'une association de développement

KR a choisie d'être agent de santé lorsqu'elle était en classe de quatrième (4^{ème}) de collège. Cette aspiration à la santé et surtout à la profession de sage-femme, est née par l'attrait de la blouse rose : « moi, c'est la blouse rose qui me plaisait.

Chaque fois que je voyais une femme en blouse rose, je m'imaginai là dans. Je vois comment nos mères à Dolbel souffraient à l'accouchement. En ce temps, il n'y avait pas de sage-femme dans notre village. C'est principalement pour venir en aide aux femmes ». Cette aspiration au métier de sage-femme c'est vue se renforcer avec l'arrivée dans son village chaque année, d'une association appelée médicale française « Association Raoul Kanazi ». Chaque année, il y avait les membres d'une association française qui venaient à Dolbel. C'était toute une équipe médicale qui venait consulter et prendre en charge les malades. Il y avait parmi eux des sages-femmes, des infirmières, des médecins etc. ». KR, pendant le séjour de cette équipe, leur servait de traductrice : « ils avaient remarqué que j'aimais le travail de la santé, surtout tout ce qui est en lien avec les femmes. Un jour leur chef m'a demandé si je souhaite faire des études de santé. Je lui ai dit oui, mais mes parents n'ont pas d'argent pour me payer. Il m'a demandé quel métier je préfère. Je lui ai dit celui de sage-femme. Il m'a demandé le pourquoi et je lui ai répondu : "ici à Dolbel, il n'y a pas de sage-femme et vous voyez que nos mères souffrent pendant l'accouchement. Si je suis sage-femme, je pourrais aider ici"». C'est ainsi que les membres de l'association Raoul Kanazi, avaient décidé de payer les études de Sage-femme à KR pour servir à Dolbel, nous a-t-elle indiqué. KR regrette ne pas travailler là où elle était prédestinée : « avant que je ne finisse les études, l'Etat a affecté une sage-femme à Dolbel. Les membres de l'association ont tout fait pour que l'ECD m'affecte à Dolbel ». Mais le district et la DRSP ont refusé de redéployer KR dans son village natale, au profil duquel sa formation a été payée par l'association. Selon eux : « je dois travailler partout où on m'amène. Par finir les membres de l'association Raoul Kanazi ont accepté et je suis restée travailler là où le district a voulu ».

L'un dans l'autre KR aime la brousse et travailler en milieu rural. Selon elle le choix de se marier avec un agent de santé communautaire en est une explication : « je pouvais comme mes autres collègues chasser et trouver un mari en ville même à Niamey pendant mes études, je ne l'ai pas fait. Ou bien me marier à un porteur de tenue. Vous avez vu à côté à Wanzarbé, il y a une compagnie de force de défense et de sécurité. Beaucoup de mes collègues se sont mariées à des gendarmes, des gardes, moi j'ai préféré autrement ».

Ce choix KR l'a fait en toute connaissance de cause : « je connais la vie de la brousse. Elle est très difficile. Je suis née ici en brousse. Je sais que ce n'est pas facile. Lorsque je suis allée devenir sage-femme, c'est pour revenir aider les femmes. Mes parents n'avaient pas de moyens pour me payer des études. Dieu a amené des gens qui l'ont fait pour aider mes parents. Si je ne reviens pas servir ici en brousse c'est une grosse trahison. J'ai trahi mes parents, j'ai trahi ceux qui m'ont payé les études. Et Dieu n'aime pas les traîtres ». A part son intransigeance à respecter les valeurs morales et religieuses, qui selon elle, sont nées de l'éducation que lui a donné sa mère, mais aussi celle qu'elle a reçue à l'église et également du fait de travailler comme traductrice auprès des personnes qui viennent aider les pauvres. Plusieurs de ses amies, s'étonnent du fait qu'elle aime travailler en brousse et lui pose régulièrement des questions : « les gens s'étonnent et me demandent pourquoi j'aime la brousse. Et pourquoi, je ne veux pas aller en ville. Elles me disent au moment où j'étais célibataire, marie toi à un

fonctionnaire militaire, et tu vas vite quitter cette vie de misère. Vous voyez ! Je me suis dit, si tout le monde qui est né en brousse veut aller servir en ville, qui va rester aider nos parents ? C'est ça l'essence de mon choix. Je suis née en brousse et j'y resterai servir et aider mes mères et mes sœurs ».

Cette vignette renvoie à plusieurs motivations intrinsèques qui amènent les agents de santé à exercer en milieu rural.

La vocation

L'image de l'agent de santé dévoué et bienfaiteur fait partie des valeurs attachées à cette profession. Comme dans d'autres travaux que nous avons menés, nos interlocuteurs mettent en avant la question de la « vocation », ou le désir d'« aider les gens » (Moha, 2015 : 59). Dans ce désir d'aider, certains ont déclaré qu'ils ont choisi leur métier dans le but « d'améliorer la santé de leurs familles et de leurs entourages ». Par contre, un nombre non négligeable des répondants estiment qu'ils ont choisi leur profession dans le but de se sécuriser : « avoir un métier, garantissant un salaire à la fin du mois ».

D'autres admirent le statut de soignant, surtout le port de la blouse.

Le rôle de la vocation dans le choix d'exercer en milieu rural est souvent soulevé par nos interlocuteurs sur le terrain.

4.4.2 Les motivations extrinsèques

Etre supplétif en milieu rural dans l'espoir d'être recruté

Mme BF est infirmière diplômée d'Etat. Elle est actuellement la majeure du service de médecine de l'HD Tillabéry. Après ses études à l'Institut pratique de Santé Publique (IPSP) de Niamey, son encadreur de stage de vacances avait fait appel à elle pour travailler comme bénévole au cours de la crise alimentaire de 2004-2005. Bien qu'en ce moment les ONG avaient commencé à recruter les gens pour les mettre au niveau de leurs sites d'intervention, «...on a préféré venir travailler ici comme bénévoles. Pour nous c'était essentiellement pour apprendre auprès de notre encadreur qui a fait appel à nous ». BF est allée à Téra chez sa grand-mère. Elle a pris service comme bénévole où elle est restée de juillet 2005 à Avril 2006. Selon elle, il s'agissait d'une question de vocation :

« Bon, vous savez c'est une question de vocation, on n'avait pas mis l'argent devant sinon, on allait partir travailler pour MSF, c'est de travailler. On s'est dit peut être qu'un jour on sera récompenser ».

Après ce sacrifice, suite à une visite du Ministre de la santé qui a fait le constat que l'hôpital était tenu par des bénévoles, il a demandé de les recruter immédiatement.

« Parce qu'en ce temps il y avait eu le passage du ministre de la santé. Quand il était venu, en ce temps on avait déjà séparé la pédiatrie de la médecine. Donc, le ministre était venu en pédiatrie, il a trouvé que j'étais la seule infirmière qui était de garde et la responsable en même temps. J'ai présenté le service et les indicateurs. Ce jour-là quand il a fait le tour, on avait eu la chance, parce que tous les agents qui étaient de garde étaient des bénévoles de la pédiatrie jusqu'à la maternité. Quand ils sont retournés à la salle de réunion pour la synthèse, le district avait fait cas d'un problème d'agents, le ministre a dit de nous engager directement sous le contrat d'Etat ».

Juste après son recrutement, BF a été affectée au CSI, de Gounday.

« ...c'est sur le goudron à 21 km de Téra, comme responsable, d'avril 2006 jusqu'en septembre 2007. La seule difficulté que j'ai rencontré, c'est dans l'organisation des JNV. En ce temps on n'avait jamais organisé de campagne de vaccinations, ça été la seule difficulté que j'ai connu, mais en dehors de ça, ça va ».

Pour faire face à ces difficultés, le district *« nous a appuyé et le consultant qui était venu pour cela aussi ».*

Au moment de cette affectation BF était célibataire :

« Ce n'était pas difficile pour une célibataire à l'époque, parce que l'idée qu'on s'est mise en tête c'était le travail ».

Après Gounday, BF a été affectée de septembre 2007 à octobre 2008 dans une autre localité difficile d'accès Balley koira, située à environ 150 Kms de Téra, dans le Gorouol. C'était un CSI électrifié et il y avait de l'eau potable. L'un des problèmes de Balley Koira, c'est l'éloignement et l'état des routes surtout en période hivernale.

« Balley Koira en période hivernale tu peux avoir un malade à évacuer, tu ne pourras pas le faire. Parce qu'il y a de l'eau, c'était difficile vraiment ! Même pour le ravitaillement c'est difficile, parce que si ce n'est pas le jour de marché c'est difficile d'avoir un véhicule qui va t'amener à Balley Koira et le Jour de Marché c'est un dimanche ! »

Malgré l'éloignement et l'isolement, BF garde de bons souvenirs de cette expérience :

«Le centre avait assez de médicaments, le centre était bien. J'avais même une moto DT qui était à ma disposition. Je conduisais moi-même. Mais comme le terrain était accidenté, j'ai utilisé un chauffeur. Un jeune homme du village qui me servait de chauffeur ».

De 2008 jusqu'en 2009 BF a été affectée au CSI de Bégorou Tondo. Il s'agit d'une case de santé transformée en CSI située à 18 km de Téra, c'était une création.

Bien que cette localité soit à côté de Téra, BF estime que c'est là-bas que les problèmes ont commencé.

« C'est là-bas que les difficultés ont commencé, parce que je n'étais pas logé dans le CSI, il n'y avait pas de logement, je logeais dans le village. Il n'y avait pas d'électricité, j'ai fait juste un an là-bas »

Bien que les conditions de vie et de travail soient très difficiles, BF s'est très vite adaptée.

« Q : Comment vous avez fait ça pour travailler dans ces conditions ?

R : mais je ne suis juste adaptée, avec le temps tout s'est bien passé

Q : Vous n'avez pas cherché à quitter ?

R : Non »,

Sans demandé BF s'est vue un an après affecté au chef-lieu du district. Où elle a servi de 2009 à 2011 comme responsable de la pédiatrie CRENI. C'est au profil de son séjour à Téra que BF profite pour se marier à un commerçant originaire de Bankilaré.

«...je me suis mariée ici, (à Téra) mais j'ai été affectée là-bas pour le rejoindre. Il était commerçant là-bas ».

Après ce break de deux ans, BF se voit de nouveau affectée à 85 Kms au Nord de Téra au CSI de Bankilaré. Malgré le fait qu'elle ne soit plus célibataire.

Toutes ces affectations à l'exception de la première ont été faites avec l'avis de BF. A titre d'exemple, si elle a été affectée à Balley Koira, c'était pour remplacer une infirmière qui s'était mariée et qui souhaitait rejoindre son mari :

« La première affectation c'était sans mon avis, la 2^e affectation c'était une infirmière qui s'était mariée, elle était à Balley Koira, elle voulait rejoindre son mari, elle a cherché partout, elle n'a pas eu, on lui a dit si elle trouve quelqu'un qui peut permuter, ça peut marcher. Elle m'a vu et j'ai accepté ça ».

Les membres de l'ECD venaient régulièrement superviser le CSI : BF n'a pas éprouvé de difficulté pour vivre et exercer dans cette localité éloignée.

«...la régularité des supervisions, c'était un facteur motivant. On avait l'impression qu'on s'occupait de nous ».

Partout où elle a servi BF était avec des contractuelles de l'Etat. Elle atteste ne jamais avoir eu de problème avec ses collaborateurs, encore moins avec les populations.

« Q : Vous étiez partout seule ou vous aviez des agents ?

R : Non je n'étais jamais seule, j'avais des agents des contractuels de l'Etat.

Q : Est-ce qu'avec les agents tout s'est toujours bien passé ?

R : Oui, je n'ai jamais eu de problème avec mes agents dans le travail

Q : Pourquoi ?

R : parce que je collabore avec eux, on était en bons termes ».

« Vous savez dans un CSI, vous êtes en contact direct avec les populations, certaines sont contentes et d'autres pas c'est comme ça ! On ne peut pas satisfaire tout le monde (...). Vous savez, la différence est qu'ici en ville (Téra), c'est chacun pour soi, Dieu pour tous, personne ne rentre dans la vie de l'autre. Mais en campagne même si tu ne veux pas, ils sont toujours chez toi. Pour certains c'est un dérangement. Quand tu finis de préparer tu vas trouver des gens chez toi, il faut que vous mangiez ensemble, que vous fassiez tout ensemble. Il y a des gens qui t'obligent leur présence !. Mais je n'en fait pas de problème. Je m'intègre partout où je vais. A titre d'exemple en 2014 j'étais responsable CSI Bankilaré, je me suis bien intégrée et j'ai même appris le tamashek ».

Maintenant, BF ne veut plus aller travailler au niveau des CSI, néanmoins elle peut rester au niveau de l'hôpital de district. Elle estime avoir joué sa part et qu'elle doit assurer l'éducation de ses enfants.

« Q : Est-ce que vous accepterez d'aller en brousse maintenant ?

R : Maintenant non ! Je ne peux plus

Q : Pourquoi ?

R : Pour l'éducation de mes enfants, avant je n'avais pas d'enfants, je pouvais tout faire, maintenant j'ai d'autres contraintes. Parce que même maintenant si je quitte le matin, il faut le soir pour retourner. Parce que moi, mon travail c'est important, il prime avant tout ».

Pour FB les agents de santé ne veulent pas aller travailler en milieu rural à cause de la précarité des conditions de vie. A titre d'exemple, elle cite, les difficultés d'accès à cause de l'impraticabilité des routes, la difficulté d'approvisionnement, mais également l'insécurité, la charge de travail.

« Bon, en plus il y a la surcharge de travail, dans un CSI tu ne peux pas te reposer comme ici. Ici quand tu finis ton travail, personne ne vient chez toi pour te dire qu'on t'attend. Alors que dans les CSI, tu ne peux pas te reposer, on tape à ta porte n'importe quand »

Parlant de l'insécurité, BF déclarent qu'elle a pris beaucoup de risque au cours de sa carrière :

« Il y a l'insécurité, par exemple à Balley Koira, c'est une zone d'insécurité. Il y a certains endroits où nous prenons les risques pour aller prendre des malades. Or, on ne doit pas aller dans ces endroits sans agents de sécurité »

Occuper une responsabilité dans une formation sanitaire

Avoir une responsabilité d'une formation sanitaire, c'est-à-dire être chef CSI est la principale motivation extrinsèque qui fidélise les agents de santé à exercer en milieu rural. Être chef CSI, permet selon les agents que nous avons rencontrés « d'avoir un logement gratuit », de participer à des formations continues organisées par le district, la direction régionale ou même le niveau national. La participation à ces différentes formations fournit aux agents de santé de revenus additionnels.

« Nous avons un agent de santé qui était ici au bloc opératoire de l'hôpital de district. Malgré que le CSI de Theim soit très éloigné et très difficile d'accès, notre infirmier a préféré quitter le chef-lieu de la région où il a de l'électricité, de l'eau potable et tous les avantages de la vie citadine, pour être chef CSI dans cette localité. Pour moi, c'est le fait d'être responsable qui m'a fait accepter cette proposition du district » (Un membre de l'ECD de Tillabéry).

La reconnaissance du sacrifice des agents de santé par les populations et les pouvoirs publics

Lorsqu'un agent de santé sent que ses efforts sont reconnus par la population et ses chefs hiérarchiques, il a tendance à accepter à rester aussi longtemps que possible dans une localité éloignée.

La reconnaissance de la population se manifeste par le respect que les villageois accordent à l'agent de santé. Ce respect se manifeste de plusieurs manières : i) les salutations et le remerciement des membres des communautés où l'on exerce ; ii) l'octroi de la bienséance que les villageois accordent à l'agent ; iii) la participation des communautés à l'action de santé ; iv) les différents cadeaux et services que les populations accordent à l'agent.

Les salutations et remerciements

Il y a des communautés qui sont très attachantes. Lorsque vous travaillez dans ce type de communauté, tous les jours les gens vous adressent chaque matin des salutations. Partout où l'agent passe, tout le monde se lève pour le saluer.

« Quand j'étais à MKG, (dans le district de Douchi), partout où je passe, hommes, femmes, jeunes et vieillards se lèvent pour venir à ma rencontre. Ils passent le temps à me dire bonjour major. Si je prends un effet, un jeune, parfois même un adulte, va le prendre pour me l'amener où je vais (à la maison ou bien au CSI où même à la gare » (l'anesthésiste d'un HD de Tillabéry).

Offrir de la bienséance à l'agent de santé

Il s'agit d'offrir une place de choix au major dans l'espace public. Cette place de choix peut être : une place dans la cabine de véhicule, lui offrir un service de vente rapide en court-circuitant les autres clients (qui proposent de servir le major avant eux) ; ça peut être une priorité au porteur d'eau du major à la pompe ou puits etc.

Trouver un conjoint dans le village

Un des facteurs intrinsèques qui poussent les agents obstétricaux, surtout féminins, à rester exercer dans les villages consiste à trouver un mari dans le village, ou dans le chef-lieu de la commune ou du canton. Nous avons au cours de nos différentes recherches au LASDEL rencontrées des sages-femmes, infirmières ou même enseignantes qui trouvaient des époux au niveau des communautés d'affectation. Au niveau de certains villages, ce sont même les habitants qui développent des stratégies de types matrimoniales pour retenir et fidéliser des agents de santé féminins (surtout les sages-femmes). Un exemple est le cas du village de Sarakouara.

Etude de cas n°8: faire quitter le médecin et retenir la sage-femme

Le CSI de Sarakoura est un CSI de Type II, situé au niveau du chef-lieu de la commune et du canton d'Anzourou dans le district sanitaire de Tillabéri. Il était dirigé par un médecin généraliste qui a fini par être affecté à l'hôpital de district pour s'occuper de la prise en charge des cas médicaux. Il est d'origine étrangère, donc ne parle pas la langue locale, ce qui a été un handicap pour son acceptation dans un premier temps. Il est aidé par une sage-femme et une infirmière. A l'arrivée du médecin, les villageois ne l'avaient pas accepté. Ils sont allés jusqu'à écrire une lettre au MSP pour demander son départ : « c'est un *gaida* (étranger), il ne comprend pas la langue. Nous sommes allés jusqu'à écrire une lettre au MSP pour demander son départ », nous a indiqué l'intérim du chef de canton. Mais le ministère ne l'a pas remplacé. Par après « le même comité qui a écrit ne voulait plus qu'il quitte » (le percepteur).

Compte tenu de la méconnaissance de langue, le docteur faisait ses consultations avec l'aide d'un membre du COGES qui servait d'interprète. Par après, il est reconnu par les villageois comme un bosseur : « il travaille beaucoup. Il est patient. Il n'a pas suivi les intrigues de la population pour le faire partir ». Il est resté donner le maximum de lui et s'est investi à apprendre la langue locale : « avec le temps, il a appris la langue du village et a commencé à faire ses consultations sans mon aide. Il traite bien les malades, c'est un docteur. Quand tu viens chez lui, tu lui expliques ta maladie, il t'écoute, il te prescrit le

médicament quand tu le prends bien c'est-à-dire comme il te l'a expliqué, tu vas guérir. » (Le percepteur). Trois ans après son arrivé dans le village, au moment où les villageois avaient reconnus ses qualités cliniques et son dévouement à servir les populations, celui-ci a été redéployé au niveau de l'HD, mais « aujourd'hui, ils ne sont plus d'accord pour mon départ, car, il y a des pathologies que je prenais sur place au moment où j'étais dans le CSI, qu'aujourd'hui l'infirmière est obligée de me les référer ici. Maintenant quand ils viennent ici, ils sont obligés de payer de l'argent pour être consulter par moi » nous a-t-il indiqué. Selon le chef de canton « nous n'avons pas voulu qu'il quitte. Et nous avons même regretté le fait que nous avons écrit une lettre contre lui ». Le CSI dispose d'une sage-femme diplômée d'Etat. Elle est venue dans le village depuis qu'elle était sur les bancs de l'école dans le cadre d'un stage. Elle est originaire d'un village d'une commune voisine. Pour la faire retenir dans le village, les villageois ont développé une stratégie qui a consisté à lui trouver un époux dans le village. Il s'agit d'un commerçant qui est en même temps est gestionnaire du dépôt pharmaceutique : « la sage-femme, vit dans le village. Nous lui avons trouvé un mari. C'est un commerçant du village. Nous voulons également trouver à la major un mari ici afin qu'elle reste ici » (l'intérim du chef de Village). Selon le percepteur du CSI, « les sages-femmes de maintenant, sont différentes de celles d'avant. Aujourd'hui elles cherchent même des paysans pour se marier. Il y a une enseignante originaire d'un village de Sarakouara qui a également marié un cultivateur. Vous savez maintenant les femmes sont plus nombreuses que les hommes ».

Avoir une origine rurale

Ne pas avoir une origine rurale est un facteur d'absence de motivation pour exercer au niveau des formations sanitaires éloignées et défavorisées.

« Nous sommes nées et avons grandi en ville (Niamey et Maradi). Nous n'avons jamais vécu en brousse. C'est notre première expérience. Nous n'aimons pas travailler en brousse. Nous n'avons pas la motivation » (Les sages-femmes d'Ayorou).

Par contre être issu et surtout avoir grandi dans ce milieu favorise le choix et la fidélisation du personnel obstétrical à exercer au niveau des CSI ruraux.

Un contexte fusionnel entre les agents de santé et la population

Au niveau de certains villages, il y a une atmosphère de fusion entre les agents de l'administration (dont celui de la santé) et la population. Cette atmosphère fusionnelle se retrouve aussi bien entre les membres des COGES, la chefferie du village, les autorités décentralisées et les agents de santé. Cette fusion est tributaire des comportements des ressortissants et le leadership du chef de village.

« A Maikalgo, la population n'était pas difficile. La population collaborait bien avec le CSI. Quand nous les convoquons pour une réunion, ils venaient presque tous. Ils remplissaient la cours du CSI. Ils écoutent ce pourquoi nous les avons appelé. Ils discutent avec nous pour trouver des solutions aux problèmes que nous avons posé. Puis ils s'engagent et ils tiennent à

leurs engagement » (Un ancien chef CSI de Maikalgo District de Dosso. Anesthésiste d'un HD de Tillabéry).

A titre d'exemple, les villages à travers le COGES ont décidé d'introduire des centimes additionnels¹⁶ pour régler le problème de transport de vaccins.

« Le CSI n'avait pas de moto. Nous avons des problèmes pour transporter les vaccins. Je louais une moto pour aller à Koré Mairoua, puis je rends le véhicule de marché pour aller à Douchi chercher les vaccins. Je le faisais dans ma poche. Un jour j'avais posé ce problème au cours d'une réunion avec la population. Ils ont très vite décidé d'ajouter 25 francs CFA, sur chaque consultation nourrissons. Cet argent sera utilisé pour le transport des vaccins » (Un ancien chef CSI de Maikalgo District de Dosso. Anesthésiste d'un HD de Tillabéry).

Pour l'ancien chef CSI de Maikalgo, si la population est fusionnelle avec le CSI dans l'action sanitaire, c'est parce que les ressortissants ont joué un rôle important dans la sensibilisation.

« Ils ont des parents qui sont à Niamey qui ont réussis. C'est ces ressortissants qui ont sensibilisé les populations. Ils aident tous les services techniques. Cette situation fusionnelle de Maikalgo, a fait qu'il y a deux infirmiers qui ont duré et qu'on a voulu affecter qui ont été refusés. Ils ne voulaient pas quitter » (Un ancien chef CSI de Maikalgo District de Dosso. Anesthésiste d'un HD de Tillabéry).

Dans le même district de Douchi, un ancien chef CSI nous a fait comprendre que la fusion entre le village et le CSI est liée au leadership du chef de village qui est résident à Niamey.

« A Dan Katsari, c'est le chef de village qui est exemplaire. Dès que je lui explique une situation, il n'attend rien et il mobilise la population. Vous voyez dans des villages de ce genre, malgré la ruralité, lorsque les agents sont affectés, ils ne veulent plus quitter. Donc les relations entre les agents de l'administration et la population, est un facteur qui permet aux agents de rester ou bien de quitter très vite une localité ».

Dans certaines localités par contre, lorsqu'ils sont affectés, les agents ne veulent pas y rester. Ils vont à Niamey chercher une intervention au MSP pour se faire affecter et quitter ce village. Selon les personnes que nous avons rencontrées, ce sont les ressortissants de ces villages, établis à Niamey, qui font des interventions généralement politiques au niveau national pour obtenir l'affectation de certains agents. A ce niveau, deux causes loin d'être exhaustives expliquent cette situation.

Garder de très bonnes relations avec les populations où l'on a servi

Etude de cas n°9

Beaucoup d'agents de santé qui ont développé dans des contextes fusionnels avec les populations ont gardé de très bonnes relations avec les populations des

¹⁶ Les centimes additionnels est une nouvelle stratégie palliative que les comités de gestion des centres de santé ont introduit pour résoudre un certain nombre de problèmes. Il s'agit de collecter une somme forfaitaire de 10° FCFA sur chaque consultant payant. Cette somme est mise en commun pour financer certaines activités. Il existe des centimes additionnels pour les évacuations sanitaires ; pour l'entretien des locaux, pour le transport des vaccins.

villages où ils avaient exercé. Leurs affections des différents postes où ils avaient exercé étaient vécues comme un malheur.

Une sage-femme était restée au CSI de Famalé. Après son départ de ce poste elle et son mari (qui n'est pas resté dans la localité) ont gardé de très bonnes relations avec le président du COGES de la localité : *« si j'ai une cérémonie, ils viennent participer ils m'apportent leur contribution. Puis chaque année, leurs moutons de Tabaski, c'est moi qui les leur achète. Ils envoient de l'argent, j'achète les moutons, je les garde ici et la veille de la fête, ils viennent les chercher »*. Quand ils ont également une cérémonie dans leur famille à Niamey, ils invitent le président du COGES. Ce dernier vit cette situation comme un exemple de bons agents.

Etude de cas n° 10

KNG est infirmier diplômé d'Etat. Il a servi huit ans au CSI de Famalé. Lorsqu'il est affecté, les villageois dans leur totalité ne l'ont pas aimé : *« Le jour de son départ, cette cours était pleine des gens. Il y a des gens qui ont pleuré. Il y a actuellement des gens qui quittent ici pour aller le trouver dans son nouveau poste de l'autre côté de la rive pour se faire soigner. Il accueille bien les gens. Il donne les meilleurs soins aux malades »* (Le président du COGES de Famalé).

Par contre, celui qui l'a remplacé n'est pas apprécié par la population. A en croire même le président du COGES : *« il ne s'entendait pas avec ses collaborateurs encore moins avec les autorités du village : « il s'en fout de tout le monde. Il accueille mal les malades. La nuit quand on le réveille il refuse de soigner les gens. Il n'y avait pas de tensiomètre dans le village. Nous avons fait une réunion du COGES, nous lui avons demandé de prendre de l'argent dans la caisse pour acheter le tensiomètre. Ce qu'il a fait. Un jour le chef du village est venu faire prendre sa tension, il a refusé et il a exigé au chef de payer la somme de 500 francs. Vous voyez ? Comment le chef du village tu vas lui demander de payer ? »* C'est ainsi, que nous avons demandé son affectation.

Etude de cas n° 11 :

DA est infirmier diplômé d'Etat. Il a travaillé dans la fonction publique depuis 1997. Il a eu dans sa carrière à servir deux ans au centre hospitalier départemental de Diffa à 1360 Kms à l'extrême Est du Pays. Puis cinq ans à l'hôpital de district de Tillaabéry, puis comme chef CSI à Sarakouara, Fargoun, Ayorou. Sansané Hausa et Famalé où nous l'avons trouvé.

Lors de sa première affectation comme chef CSI de Sarakouara, DA a dans un premier temps servi seul pendant quatre (4) ans. Puis une sage-femme et une infirmière ont été affectées pour l'appuyer. La sage-femme s'est mariée avec un commerçant du village qui fait office de dépositaire pharmaceutique. Quant à l'infirmière, elle fut promu un an après comme chef-CSI de Molia. Partout où DA

est resté, il a tissé des très bonnes relations avec ses collègues, les membres de COGES et la population. A Sarakouara, DA atteste recevoir des cadeaux sous formes de remerciements : *«... je m'entendais beaucoup avec la population et depuis mon arrivée je n'achetais pas d'habits ni de savons de toilette. Plusieurs jeunes vont annuellement en exode au Ghana. Ils me rapportaient des cadeaux de tout genre »*.

A Firgoun AD était resté seul. Le CSI était situé au bord du fleuve loin du village. AD vivait avec sa famille. A chaque fois qu'il se déplaçait pour une formation, une réunion ou une autre activité, il s'inquiétait pour sa famille restée seul : *« quand je partais en formation je n'avais pas la conscience tranquille. J'avais peur pour ma femme, mes quatre enfants, mes deux sœurs et mes deux neveux »*. Pour gérer cette peur, AD fait venir un agent de santé communautaire qui reste au niveau du CSI dans une salle qui lui a été aménagée et en même temps assure la continuité du service. AD a gardé un bon souvenir de la population de Firgoun. Après son affectation à Famalé, ce sont les habitants de Firgoun qui sont venus lui aménager le local : *« une quinzaine de personnes a été envoyée par le chef du village et le COGES pour venir arranger mon domicile avant mon installation »*.

Partout où il est resté les villageois n'ont pas voulu de son départ. Ils ont tout fait pour qu'il reste, à Sarakouara, les villageois ont même écrit une correspondance pour qu'il soit gardé à son poste. Il a toujours gardé ses relations avec les villageois qui continuent à le fréquenter à l'occasion des cérémonies diverses.

L'activisme politique des agents

Si un agent arrive dans un village, et qu'il n'appartient pas au parti dominant dans le village, c'est-à-dire un parti dont les ressortissants du village sont très influents à Niamey, il fait de l'activisme politique, il est vite dénoncé par les représentants locaux du parti au pouvoir.

« Ici au temps du MNSD, si un agent de santé militant de l'opposition vient ici et fait de la politique, les villageois appellent indécement l'ancien vice-président de l'assemblée national et l'agent est affecté. Souvent avant l'affectation celui-ci est constamment menacé » (Un membre de l'ECD de Tillabéry).

Le refus de « collaborer » dans les malversations des membres des COGES

Un deuxième facteur qui fait quitter les agents de santé de certains villages est l'interventionnisme des membres du COGES. Le plus souvent, il s'agit des situations au cours desquelles l'agent de santé refuse d'accepter des malversations avec les membres, ou bien, lorsqu'il est soupçonné de malversation ou d'enrichissement.

« A Yatakala, les agents de santé ne durent pas longtemps. Généralement, les villageois pensent que nous faisons vite l'argent sur le dos du CSI. C'est pourquoi, ils appellent Niamey pour faire quitter l'agent de santé » (un ancien infirmier de Yatakala).

« Dans certaines localités, lorsqu'un agent de santé s'habille bien ou bien possède des animaux, les villageois le déteste. Ils se disent que c'est dans leur village qu'il s'est enrichi. Ils appellent les politiciens de leur zone qui résident à Niamey pour le faire quitter. Nous avons

vu plusieurs agents qui ont été chassés manu militari pour ces motifs » (Un agent de l'hôpital de district de Tillabéry).

Le non-respect des heures de repos des agents de santé par les usagers

Dans les CSI, les usagers non pas de notion d'horaire de travail, ni de notion d'urgence. Les villageois généralement mettent au premier plan leurs activités quotidiennes devant les consultations des services de santé. Cette non-priorisation des activités de santé est la source des conflits entre usagers et agents des services de santé.

« C'est la mentalité des gens ici dans les brousses qui pose des problèmes. Un agent de santé pour eux n'a pas droit au repos. Il est affecté pour les soigner quelle qu'en soit l'heure. Il doit se réveiller pour les traiter, sinon il n'est pas un bon agent de santé. Un malade peut trainer une plaie d'une semaine et venir dans la nuit te réveiller. Pour lui quelle que soit l'heure et le cas, il doit être pris en charge. Ils non pas de notion de soins différés. Ils ne viennent jamais lorsqu'ils n'ont pas mal. Ils ne viennent pas lorsque la maladie commence. C'est seulement lorsque ça les empêche de dormir ou de vaquer à leurs activités qu'ils font recours à nous » (Un agent d'un HD de la région Tillabéry).

« Pour les villageois, l'agent de santé n'a pas de droits. Il n'a que des devoirs. Il n'a pas droit au repos. Il est venu pour travailler, il n'a que ça à faire. Par exemple en ce moment de paludisme, je peux consulter et prendre en charge les malades jusqu'à seize heures, si je pars à la maison pour manger et me reposer un usager peut arriver avec un cas non urgent et exige que j'arrête de manger et venir le soigner » (Un anesthésiste d'un HD de la région de Tillabéry).

« La mentalité des gens de brousse, c'est un grand problème. Les malades ne viennent pas au moment où ils tombent malades. Ils attendent de finir leurs occupations. Par exemple aujourd'hui, c'est le jour du marché. L'infirmier est seul. Et c'est la période de paludisme. Il peut travailler jusqu'à 17 heures. Vous voyez il est déjà midi passé. Beaucoup de malades ne sont pas encore arrivés. Même pour aller manger c'est un problème. Au moment où le major part pour manger un malade peut arriver avec un problème qui n'est pas urgent. Il peut exiger de lui d'arrêter de manger pour venir le prendre en charge. S'il ne le fait pas, il peut même l'insulter ou bien le menacer. Pour les malades l'agent de santé n'a pas de repos. Il est venu ici pour eux. Il est à leur service quel qu'en soit son état de santé (urgence ou pas) » (Le président du COGES de Famalé).

« Lorsqu'il y a beaucoup de travail, ça rend l'agent de santé nerveux. Nous avons eu une sage-femme ici qui a quitté à cause de la surcharge de travail. Elle était devenue très nerveuse. Et elle a demandé une affectation pour quitter » (Le président du COGES de Famalé).

« Nos gens de Kawye, ne sont pas patients. Ils se bagarrent trop avec les agents de santé. Dans la plupart des cas ce sont les villageois qui ont tort. Il faudra que les agents de santé soient trop patients. C'est un problème de mentalité. Ils sont trop ignorants. Pour eux l'agent de santé est là pour eux. Il n'a pas le droit de se reposer. Il doit les servir à n'importe quelle heure qu'ils arrivent. Par exemple à Theim et Moliya il y a un seul agent dans chacun de ces deux centres de santé. Ils n'ont pas d'aide. Ils doivent travailler seul matin soir et nuit. Pour les gens ils ne doivent pas dire qu'ils sont fatigués. Ça c'est un problème. Il faudra beaucoup de sensibilisation pour changer les choses. » (L'intérim du Chef de canton d'Anzourou).

La faiblesse des dépenses en milieu rural

Les conditions de vie rurales ne permettent pas aux habitants de ces localités d'acheter ce qu'elles désirent même si elles disposent de l'argent.

« Le "sadjo bafunaye" ne permet pas à ceux qui sont dans ces conditions d'acheter ce qu'ils veulent, même si ils ont de l'argent » (Le président du COGES de Famalé).

Cette situation a selon notre interlocuteur deux effets. Elle peut être considérée comme un facteur répulsif car certains agents de santé ont tendance à quitter les localités où ils ne peuvent pas disposer des objets, aliments et autres produits malgré qu'ils disposent de l'argent, car :

« Sadjio bafunaye hari hano sino" (En brousse, il n'y a pas de belle vie ») (Le président du COGES de Famalé).

Pour illustrer la différence entre la vie rurale et urbaine, il ajoute :

« Si vous voyez une personne qui vit en brousse et celle d'une ville comme Niamey, elles ne se ressemblent pas. Celle qui vit en brousse est maigre, fanée, elle a des yeux et des joues enfoncées. Dès que vous la voyez, vous comprenez qu'elle est dans la misère. Par contre une personne qui est en ville est en bon état. Bien potelée, luisante. Tout ça parce que la vie de brousse, c'est l'enfer. Car tu ne trouves pas du waarii (la nourriture) de qualité, même l'eau de boisson n'est pas bonne. Nous en brousse, on remplit seulement le ventre pour ne pas mourir de faim. Mais la nourriture rurale ne construit pas l'organisme. (...) même les agents de santé ou autres fonctionnaires de la brousse et ceux de la ville ne sont pas les mêmes. Lorsqu'un agent de l'administration reste longtemps en brousse, il devient comme un paysan. Même dans le cadre de son travail ce n'est pas la même chose. Nous le voyons avec les gens de Niamey qui viennent regarder leur travail ici (superviser). La vie en brousse nous sommes dans l'obscurité totale : pas de modernité, ni de civilisation. La vie de la brousse ce n'est pas bon, sauf si un agent de santé est obligé !» (Le président du COGES de Famalé).

Par contre d'autres considèrent cette situation comme une occasion pour économiser. De ce fait, le fait de ne pas pouvoir acquérir ce que l'on souhaite comme un facteur attractif :

« Il faudra savoir que plusieurs agents de santé préfèrent rester en brousse parce qu'ils dépensent moins. La vie coûte moins cher. Ils n'ont pas à payer l'électricité, l'eau et autres produits du "gabu" (ville) » (Le président du COGES de Famalé).

V. Conditions des agents pour aller exercer en milieu rural : Le point de vue des parties prenantes

Dans ce chapitre nous répondons à la question : ***quelles seraient les conditions qui permettraient de faciliter la nomination et la rétention du personnel en milieu rural ?*** Pour répondre à cette question, nous avons demandé aux participantes des cartographies conceptuelles de compléter la phrase suivante : « ***Je serais prête à travailler en milieu rural au moins pendant cinq ans si....*** ».

Les cartographies conceptuelles réalisées auprès des deux catégories d'élèves de santé (sans aucune expérience rurale versus ayant eu une expérience d'au moins cinq années d'exercice en milieu rural) et son appréciation auprès des différents groupes stratégiques, a fait ressortir dix (10) groupes de conditions. Dans le premier groupe, les conditions prioritaires qui permettraient de faciliter la nomination et la rétention du personnel en milieu rural sont que les droits et les devoirs de la sage-femme soient respectés, mais aussi que les gratifications des agents obstétricaux exerçant en milieu rural soient supérieures à celle du milieu urbain. La troisième condition qui se dégage du sondage est liée à ce que la zone soit favorable à la vie familiale.

L'enquête qualitative a également fait ressortir d'autres conditions qui n'ont pas été relevées par la cartographie conceptuelle. Il s'agit de l'amélioration du financement, de la gouvernance et de renforcement du leadership.

Les résultats de la première étude (groupe 1) sont présentés ci-dessous.

5.1 RESULTATS DE L'ENQUETE TERRAIN-CARTOGRAPHIE 1

Les principales conditions d'exercice des élèves sages-femmes en milieu rural

Les résultats de l'enquête pour la première cartographie obtenus auprès de 29 élèves sages-femmes (groupe 1) classent par chronologie décroissante et sur une échelle de mesure de 5, les facteurs incitant le plus grand nombre de personnel de santé à exercer en zone rurale.

Les critères prioritaires d'attractivité pour l'exercice des agents obstétricaux en milieu rural sont :

le respect des droits et devoirs de la sage-femme, la gratification supérieure attribuée à l'exercice en zones urbaines, un environnement favorable à la vie familiale ainsi que la prise en charge et la prévention faite pour les sages-femmes.

Nous verrons plus en détail dans les tableaux qui suivent les critères de définition de chacun de ces axes.

Tableau 9 : Les principales conditions d'exercice des élèves sages-femmes en milieu rural

Axe	Priorité
Respect des droits et devoirs de la sage-femme	4,32
Gratification supérieure aux zones urbaines	4,08
Zone favorable à la vie familiale	4,04
Prise en charge totale et prévention pour la sage-femme	4,04
Mesures sécuritaires	3,73
Disponibilité du personnel qualifié et travail en équipe	3,65
Participation et collaboration de la communauté	3,64
Disponibilité du matériel et équipements nécessaires	3,54
Conditions de vie favorables	3,31
Accessibilité de la zone et moyens de déplacement	3,24

Figure 2 : Concepts et priorités

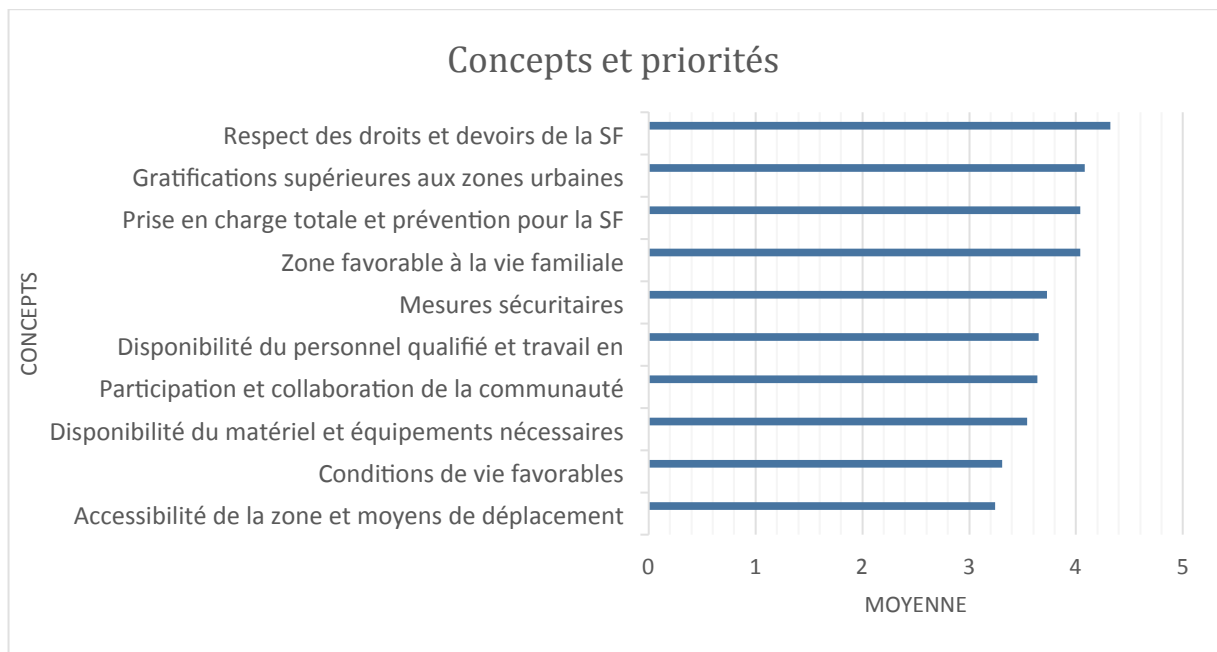
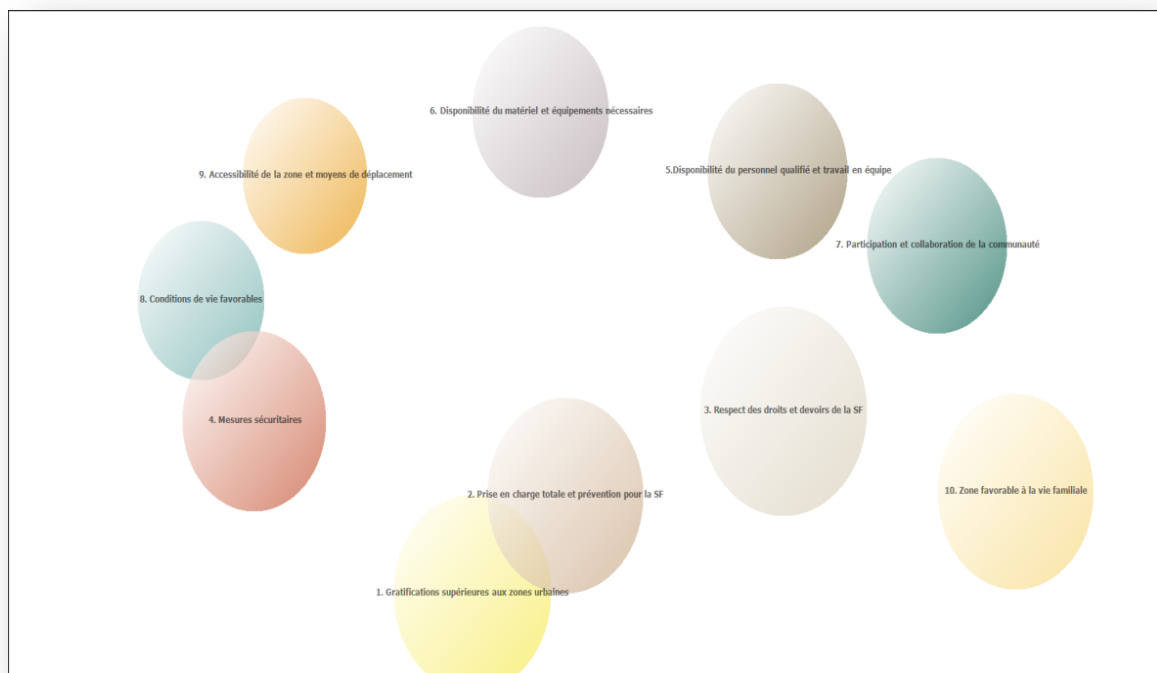


Figure 3 : Cartographie 1



(Groupe 1 : 29 élèves sages-femmes de deuxième et troisième année de l'école de santé publique et de l'action sociale (ESPAS) de Niamey)

Respect des droits et devoirs de la sage-femme (priorité 1)

Le respect des droits de la sage-femme et ses devoirs est la priorité première attribuée par les sages-femmes pour leur exercice en milieu rural. Leur titularisation au titre d'employée de la fonction publique, le respect de leur vie religieuse ainsi que l'autonomie dans leurs fonctions ou encore l'allocation des congés annuels, seront les facteurs critiques pour leur engagement à aller exercer en milieu rural.

Tableau 10 : Respect des droits et devoirs de la sage-femme

Énoncé	Priorité
si la sage femmes qui doit aller en milieu rural doit être immédiatement engagée dans la fonction publique	4,75
si on respecte la pratique religieuse de la sage-femme	4,71
si la sage-femme est autonome	4,46
si mes droits et devoirs seront respectés	4,42
si il y a des congés annuels	4,33
si les agents bénéficient de formations continues	4,29
si il y a des congés de maternité	4,17
si on à le droit aux permissions d'absence	4,08
si le travail rural ne serait pour pour suivre les études	3,63
MOYENNE	4,32

Gratifications supérieures pour les zones rurales (les conditions salariales) (priorité 2)

Les résultats nous montrent que les conditions primordiales sont relatives aux conditions salariales. En effet, les élèves sages-femmes en fin d'études seront prêtes à aller travailler en milieu rural pendant au moins cinq ans « *si les gratifications seront supérieures aux zones urbaines* ». Ce qui selon ces élèves est non seulement associé au traitement salarial mensuel. Ainsi, selon elles, « le salaire doit être bon » (4,42), il doit être supérieur « *pour la sage-femme rurale par rapport à celui de la sage-femme urbaine* » (4,48 et 4,08). A côté de la question relative aux taux de traitement s'ajoute d'autres préoccupations comme celles relatives au paiement des salaires à terme échu « *S'il n'y aura pas de retard au niveau de paiement* », ou encore la question liée aux autres types d'incitatifs comme : des indemnités de risque « *S'il y a des indemnités de risques pour la santé* » (4,38), des indemnités de logement « *si il y a des indemnités de logement* » (3,67).

Tableau 11 : Gratifications supérieures aux zones urbaines

Énoncé	Priorité
Si on a un bon salaire	4,42
Si le salaire de la sage-femme rurale est supérieur à celui de la sage-femme urbaine	4,38
S'il y a des indemnités des risques pour la santé	4,38
Si le salaire de la sage-femme rurale est supérieur à celui de la sage-femme urbaine	4,08
S'il y a des indemnités de logement	3,67
S'il n'y aura pas de retard au niveau de paiement	3,58
MOYENNE	4,08

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

Zone favorable à la vie familiale (priorité 3)

Sur le plan des préférences de ces élèves sages-femmes à exercer en milieu rural au moins pendant cinq ans, les caractéristiques de la zone d'exercice ont occupé la deuxième place, avec une cote de priorité de 4,04/5,0. Sur ce plan, la vie conjugale a été mise en avant par ces dernières avec « *Si le travail en milieu rural n'est pas un obstacle à mon foyer* » (4,5), l'éducation de enfants « *...si c'est une localité ou les enfants peuvent fréquenter l'école* » (4,25). Deux énoncés occupent la troisième place. Il s'agit du rôle des conjoints dans la prise de décision de l'exercice rural des élèves sage-femme. Selon les élèves sages-femmes, elles seront prêtes à aller exercer en milieu rural au moins pendant cinq ans « *si mon mari accepte* » ou bien « *si on tient compte de la vie conjugale de la sage-femme* » avec une côte de priorité de 4,17

Tableau 12 : Zone favorable à la vie familiale

Si le travail en milieu rural n'est pas un obstacle à mon foyer	4,5
Si c'est une localité ou les enfants peuvent fréquenter l'école	4,25
Si mon mari accepte	4,17
Si on tient compte de la vie conjugale de la sage-femme	4,17
Si c'est dans une zone ou mon mari peut avoir accès a son boulot	3,75
Si le travail en milieu rural ne me mettra pas en retard (marie, enfant....)	3,67
Si le travail en milieu rural n'est pas un obstacle à mon foyer	4,5
MOYENNE	4,04

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

Prise en charge totale et prévention pour la sage-femme (priorité 4)

La capacité de prise en charge de la sage-femme en cas d'accident de travail (4,67) confirme leur besoin d'être rassurées et de se sentir en sécurité dans leur milieu professionnel. La prévention de leur santé par une couverture vaccinale est un critère de haute importance.

Tableau 13 : Prise en charge totale et prévention des SF

S'il y a une prise en charge en cas d'accident de travail	4,67
Si la sage-femme aura un minimum de vaccination pour aller en milieu rural	4
Si la sage-femme dispose d'une prise en charge pour elle-même et pour sa famille	3,92
A condition qu'il y ait le dépistage et la prise en charge VIH	3,83
Si l'Etat prévoit des vaccins en cas d'épidémie	3,79
MOYENNE	4,04

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

Mesures sécuritaires (priorité 5)

La sécurité de la sage-femme (4,54) et l'environnement (4,25 et 4,21) dans lequel elle se trouve seront des critères de sécurité qu'elles privilégieront pour leur exode professionnel. L'importance accordée à la rigueur du cadre juridique et réglementaire (4,13) appliqué à leur établissement sanitaire d'affectation, sera un facteur attractif et rassurant.

Tableau 14 : mesures sécuritaires

Si la zone est sécurisée	4,54
Si la sage-femme sera en toute sécurité	4,25
Si la maternité est sécurisée	4,21
Si en cas de problèmes je serai défendu par la loi	4,13
Si la maternité dispose d'une clôture	2,67
S'il n y a pas de sorcières dans le village	1,96
MOYENNE	3,73

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

Disponibilité du personnel qualifié et travail en équipe (priorité 6)

Le travail en équipe et la disponibilité de personnels qualifiés sont les conditions nécessaires à réunir pour permettent aux sages-femmes de bien effectuer leur travail. Le respect mutuel interprofessionnel, l'autonomie accordée aux matrones, la suffisance en sages-femmes pour assurer la relève ainsi que l'indépendance entre le CSI et la maternité, seront autant de facteurs de fidélisations.

Tableau 15 : Disponibilité du personnel qualifié et travail en équipe

Si toutes les conditions sont réunies pour bien faire le travail	4,25
Si les chefs CSI laissent les matrones travailler en paix	3,96
S'il y a le respect mutuel entre les agents	4
Si la maternité et le CSI seront indépendants	3,75
Si il n y a pas de problèmes de personnel	3,71
Si il y suffisamment de sage-femme pour se relever	3,88
Si tous le personnel nécessaire a tous moment	4
S' il y a du travail en équipe	3,54
Si la maternité dispose d'un médecin	2,88
Si la maternité dispose d'un gynécologue	3
S'il y'a un gynécologue disponible en cas de difficulté qui dépasse la sage-femme	3
S'il y a la disponibilité des matrones	3,17
S'il y a des filles de salle	3,21
Si les filles de salle feront bien leur travail	3,04
Si le matériel et le personnel est toujours disponible en cas d'urgence	4,5
Si un ambulancier est toujours disponible	4,46
MOYENNE	3,65

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

Participation et collaboration de la communauté (priorité 7)

Les conditions de collaboration de la population seront l'enjeu principal (4,25) à la participation et la collaboration de la communauté pour encourager les sages-femmes à exercer en milieu rural.

Le respect de la sage-femme par la population (3,92) et par la communauté rurale (3,75) sera avec légitime, des facteurs facilitants à l'intégration de la sage-femme dans son milieu professionnel et son épanouissement à y rester.

Tableau 16 : Participation communautaire et collaboration de la communauté

S'il y aura la collaboration de la population	4,25
Si la sage-femme serait acceptée par la population	3,92
Si la sage-femme est respectée par la communauté rurale	3,75
S'il y aura la collaboration des chefs coutumiers	3,63
Si après deux ans d'exercice il y a une baisse d'accouchements à domicile	3,38
Si la population sera au service de la sage-femme	3,29
S'il n'a pas de problème de sous fréquentation	3,25
MOYENNE	3,64

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

Disponibilité du matériel et équipements nécessaires (priorité 8)

Outre l'importance de l'infrastructure du plateau technique, la disponibilité du matériel (et sans subir de ruptures de stock) au sein de la maternité (ambulance, stérilisateur, médicaments, matériels opératoires) est un critère important à l'exercice de leur fonction, critère toutefois placé en 8^{ième} position (sur 10) aux priorités attribuées pour aller exercer en milieu rural.

Tableau 17 : Disponibilité du matériel et équipements nécessaires

si la maternité est bien équipée	4,58
si il y toujours du carburant pour l'ambulance	4,46
si l'équipement nécessaire est disponible	4,38
si la maternité dispose d'une ambulance	4,17
s'il y a un stérilisateur pour le matériel	4
si il n y a pas de rupture de médicaments en cas d'urgence	3,92
si les équipements sont toujours disponibles à la demande	3,88
à condition qu'il n'y ait pas de rupture de médicament	3,83
s'il y a une pharmacie dans la communauté	3,54
s'il y a un moyen de transport disponible pour les consultations foraines	3,46
s'il y a le matériel nécessaire dans l'ambulance	3,29
s'il y a disponibilité d'un groupe électrogène en cas de coupure	2,92
si la maternité dispose d'une couveuse pour les prématurés	2,71
si le centre dispose d'un bloc opératoire en cas d'urgence extrême	2,63
si la maternité dispose d'un laboratoire	2,54
si le centre dispose d'une unité de néonatalogie	2,29
MOYENNE	3,54

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

Zone d'exercice favorable (priorité 9)

Les conditions de vie et de logement révèlent bien souvent des conditions de vies plus difficiles dans les villages qu'en milieu urbain où l'accès à l'eau potable, à l'électricité (4,25), ou encore l'approvisionnement facilement en denrées alimentaires font défauts (3,58).

L'infrastructure de services sanitaires souvent limitée à des laterines renforce des conditions de vies défavorables.

Toutes ces conditions seront des facteurs qui faciliteront l'attractivité des sages-femmes vers le milieu rural. Un autre facteur d'impact est la durée de séjour de l'affectation, qui se voit tolérée pour tout au plus trois années de séjour.

Tableau 18 : Conditions de vie favorables

S'il n'y a pas de problème de logement	4,46
S'il n'y a pas de problème d'eau et d'électricité	4,25
Si les conditions de vies ne sont pas précaires	3,96
S'il est possible de mener une vie paisible	3,88
Si la maternité dispose d'un château d'eau ou d'un puits	3,79
Si le séjour en milieu rural est moins de trois ans	3,67
S'il y a l'approvisionnement en alimentation	3,58
S'il y a des toilettes pour les besoins	3,54
Si le CSI dispose d'un radio pour la communication en cas d'épidémie	3,13
S'il y a un logement dans la maternité	2,96
Si le réseau téléphonique est disponible	2,88
A condition que je sois seul dans mon logement	2,21
S'il y a une télévision pour suivre les informations	2,08
Si le village est propre	2
MOYENNE	3,31

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

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

Cadre de vie (priorité 10)

Les conditions d'accessibilité et de déplacement des sages-femmes pour vivre en milieu rural sont des critères décisifs à leur mobilité professionnelle. L'insécurité que peut représenter aux sages-femmes de vivre dans les zones recluses et difficiles d'accès est un facteur d'impact pour leur volonté et leur engagement de mobilité professionnelle. L'évacuation sanitaire et l'accès facile au CSI sont les conditions les plus importantes parmi celles-ci.

Notons que ce critère est classé dernière priorité du classement (10/10) avec une moyenne de 3,24/5.

Tableau 19 : Accessibilité de la zone et moyens de déplacement

si la route est accessible en cas d'évacuation	3,96
si le CSI est accessible	3,83
si il n y a pas de problèmes de moyens de déplacement	3,71
si la maternité n'est pas éloignée du village	3,5
si l'hôpital de district n'est pas loin de la maternité	3,29
si on doit pas traverser le fleuve avant d'atteindre le village ou se trouve la maternité	2,63
s'il y a une voiture à la disponibilité de la sage-femme en cas de besoin	1,75
MOYENNE	3,24

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

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

VI. Conclusion

Il est important de rappeler qu'au Niger, comme dans la sous région, la mauvaise répartition des ressources humaines en santé, les difficultés de la retenir en zone rurale, ont été depuis longtemps identifiées par les autorités sanitaires du pays. Plusieurs politiques publiques, stratégies d'action ont été proposées de manière régulière. Leur mise en oeuvre a beaucoup souffert pour des causes qui n'ont pas fait l'objet d'analyse dans ce rapport. Il ressort de cette étude que la notion de ruralité est polysémique et très complexe. Elle se manifeste sous plusieurs formes. Cette multiplicité et complexité de la ruralité, pose d'énormes problèmes et contraintes à l'exercice des professions de santé dans ces zones. Ainsi dans les brousses et campagnes nigériennes, le personnel de santé, ne peut pas toujours disposer des moyens pour délivrer le service public de santé. Pour les agents que nous avons rencontré au cours de cette étude, exercer les professions de santé en milieu rural, est synonyme de disponibilité de patience et de surcharge de travail comparativement à ceux qui exercent en milieu urbain. Plusieurs types de comportements d'agents face au travail en milieu rural a été révélé par cette étude : i) qui refusent, ii) ceux qui aiment et restent, iii) ceux n'aiment pas mais le tolèrent. En effet, les conditions de vie et de travail (l'insularité, la présence des hippopotames, l'eau, l'électricité, le logement, le transport, le téléphone, la bonne, l'école, l'insécurité, la peur de la sorcellerie, etc...) en milieu rural constituent un des principaux facteurs répulsifs chez les agents de santé à exercer en milieu rural.

Trois principaux facteurs attractifs favorisent la rétention des agents de santé en milieu rural à savoir le recrutement par un partenaire extérieur (ONG, Coopération bi et multi-latérale type OMS, UNICEF, FNUAP et) l'affectation à un « poste juteux » ou la nomination à une responsabilité. Toutes ces situations qui donnent accès à des avantages pécuniaires et symboliques multiples. L'affectation du personnel en milieu rural ne dispose pas toujours d'un processus juste et transparent et il fait face à de multiples interventions et sollicitations à tous les niveaux (central et local), provenant souvent du politique. Cette étude montre que la féminisation du personnel est de plus en plus grandissante et semble être une contrainte structurante à l'affectation et la rétention du personnel d'obstétrique en zones rurales. Une norme sociale, selon laquelle « la femme suit son mari » complique la résolution de ce problème. La contractualisation introduite depuis l'introduction des PAS ont conduit à une présence excessive des personnels supplétifs dans les formations sanitaires. Ces supplétifs qui font marcher bon gré le système de santé périphérique nigérien, est très éphémère car faute de situation stable conduit à une fuite de cerveau interne par le biais de l'obtention d'un autre poste mieux rémunéré, par le mariage en ville, ou l'abandon des professions de santé vers d'autres mondes comme la police, l'enseignement, etc.). L'existence d'un système chaotique de gestion des ressources humaines, la méconnaissance de ses textes, la faille du leadership, l'interventionnisme sur toutes ces formes sapent les tentatives d'affectation et de rétention des agents d'obstétrique en milieu rural.

Les facteurs intrinsèques comme vocation (de multiples formes), l'altruisme, le rôle du modèle et l'attrait de la blouse, une histoire de famille, devenir fonctionnaire, jouent un rôle dans le choix d'exercice en zone rurale.

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

Bibliographie

- Aborio, A. (2012). *Un personnel invisible. les aides soignantes à l'hôpital.*
- Anyangwe SC, Mtonga C. (2007). Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. *Int J Environ Res Public Health*, 4(2), 93-100.
- Anyngwe SC, Mtonga C. (2007). Inequities in the global health workforce: the greatest imeiment to heath in sub-Saharan Africa. *In J Environ Res Public health*, 4, 93-10.
- Beaglehole R, Dal Poz M. (2004). Commentary Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health*, 1(1), 4.
- Blaauw D, Erasmus E, Pagaiya N, Tangchaoensathein V, Mullei K, Mudhune S, Goodman C, Englisj M & Lagarde M. (2010). Policy intervenntions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bull World Health Organ*, 88, 350-356.
- Buchan J, Aiken L. (2008). Solving nursing shortages: a commpn priority. *J Clin Nurs*, 17, 3262-8.
- Buchan J, Calman L. (2004). *The global shortage of registered nures: an overview of issues and actions.* Geneva: International Council of Nurses.
- Campbell J, Buchan J, Cometto G, et al. (2013). Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*, 91, 853-63.
- Chen L, Evans T, Anand S, Brown H, Chowdhury M et al. (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 364, 1984-90.
- Chen, L. (2010). Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*, 88, 323.
- Coudray, M. (Mars 2011). *Audit techniue et organisationnel des directions régionales de la santé publique (DRSP) du Niger. 29 novembre -27 décembre 2011.* Niamey: MSP.
- Dagenais C, Ridde V, Laurndeau M-C, Souffez K. (2009). La méthode de cartographie conceptuelle pour identifier les priorités de recherche sur le transfert des connaissances en santé des populations: quelques enjeux méthodologiques. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23(1), 61-80.
- D'Almeida, H. (2013). La déperdition obstétricale au Togo: Un aperçu. Dans H. M, *Les sage-femmes dans la Francophonie. Témoins silencieuses de la vie...et de la mort* (pp. 152-163). Montréal: CHU Sainte-Justine.
- De Brouwere V, Richard F, Witter S. (Aug 2010). Accss to maternal and perinatal health service: lessons from successful and less successful exemple of improving access to safe delivery and care of. *Trop Med Int Health*, 15, 901-9.

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

- Diop, B. (2013). Les sages-femmes sénégalaises face à la mortalité maternelle et néonatale. Dans H. M, *Les sages-femmes de la Francophonie. Témoins silencieuses de la vie ... et de la mort* (pp. 133-151). Montréal: CHU Sainte-Justine.
- DRSP de Tillabéry, p. (Décembre 2015). *Revue annuelle 2015*. . Niamey: MSP.
- Dussault G, Franceschini MC. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*, 4(12).
- Franco LM, Bennett S, Kanfer R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54, 1255-1266.
- Gaboriau C, Agbota G, Galadima S, Toure B. (2015). *Rapport d'audit organisationnel et fonctionnel du MSP*. . Niamey: MSP.
- Grobler L, M. B. (2009). *Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas*. Cohorte Databasa Sys Rev.
- Gross JM, Riley PL, Kiriinya R, Rakuom C, Willy R, Kamenju A, Oywer E, Wambua D, Waudu A, Rogers MF. (2010). The impact of an emergency hiring plan on the shortage and distribution of nurses in Kenya: the importance of information systems. *Bull World Health Organ*, 88, 824-830.
- Hatem, M. (2013). *Les sages-femmes dans la francophonie: témoins silencieuses de la vie...et de la mort*. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.
- Initiative, J. L. (2004). *Human resources for health. Overcoming the crisis*. Harvard: Harvard University Press.
- K, B. J. (1998). *Exploring contemporary migration*. Harlow: Longman.
- Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J, Seddah A. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Serv Res*, 6-89.
- Kwast, B. (1991). Shortage of midwives. the effects on family planning. *IPPF Med Bull*, 13(5), 1-3.
- Lanktree E, Corluka A, Cohen M, Larocque R. (2014). Addressing the human resources for health crisis through task-shifting and retention: results from the African Health Systems Initiative Support to African Research Partnerships program. *Hum Resour Health* 2014, 12.
- Laurent, P. (2014). Morphologie de la "famille à distance" capverdienne. migrations entre Mosterios (Fogo, Cap-vert) et Boston (Massachusetts, USA). Dans & M. Canut C, *La migration prise au mots*. Paris: Le Cavalier Bleu.
- Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. (2008). Staffing remote rural areas in middle-and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC*, 8-9.
- Moha, M. (2015). *Comportements des agents de santé au Niger. Cas de la région de Dosso*.
- Moha, M. (2015). *Evaluation de la mise à échelle des soins obstétricaux et néonataux essentiels au Niger. Volet Qualitatif*. Niamey: URC.

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

- Moha, M. (2015). *La supervision des agents de santé de première ligne. un problème négligé du système de santé nigérien*. Lasdel. Niamey: Lasdel.
- MSP. (27 Janvier 2011). *Plan de développement sanitaire 2011-2015*. Niamey: MSP/SG.
- MSP. (Octobre 2015). *Politique nationale de santé*. 35.
- MSP/DGR/DRH. (Octobre 2015). *Plan stratégique de gestion des ressources humaines dans le contexte de décentralisation*. Niamey: MS" P.
- MSP/LCE. (18 février 2005). *Plan de développement sanitaire 2005-2009*. Niamey: MSP/LCE.
- MSP/LCE. (Mai 2002). *Déclaration de politique nationale de santé*. Niamey: MSP/LCE.
- MSP/SG/DGR/DRH. (Octobre 2015). *Plan stratégique de gestion des ressources humaines dans un contexte de décentralisation*. Niamey: MSP.
- Muula AS, Panulo B Jr, Maseko FC. (2006). The financial losses from the migration of nurses from Malawi. *BMC Nurs*, 5(9).
- Olivier de Sardan, J. (Mars 2014). *La routine des comportements non-observants au sein des services public nigériens. connaître la culture bureaucratique pour réformer de l'intérieur*. LASDEL, HCME, Projet MEDEN, Niamey.
- OMS. (2010). *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones ou recullées grace à une meilleure fidélisation recommandations pour une politique mondiale*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS, Alliance mondiale pour les personnels de santé. (2008). *Le personnels de santé pour tous et tous pour lle personnel de santé. Déclaration de Kampala et Programme pour une action mondiale*.
- Organisation, W. H. (2006). *The world health report 2006. Working together for health*. Geneva: WHO.
- Peters DH, Chakraborty S, Mahapatra P, Seinhardt L. (2010). Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two indian states. *Human Ressources for Health*, 8(27).
- Placide R.Piatier A et al. (1979). *Radioscopie des communes de France. Ruralité et relations villes-campagnes. Une recherche pour l'action, préface de J. Fiquet*. Paris: Économica.
- Pluye, P. (2012). Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. Dans V. &. Ridde, *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 125-143). Montréal: Presse de l'Université de Montréal.
- PNUD. (2014). *Rapport sur le développement humain. Pérenniser le progrès humain: réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience*. . PNUD.
- Santé, O. M. (2004). *ICD-10: international statistical classificatio of diseases and related health problems*. Geneva: WHO.
- Silvestri DM, Blevins M, Afzal AR, et al. (2014). Medical and nursing students intentions to work abroad or in rural areas: a cross-sectional suvey in Asia an Africar. *Bull World Healt Organ*, 12, 750-9.

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

- UNICEF. (2009). *State of the World's Children*. New York: United Nations Children and Education Fund.
- WHO. (2006). *The World Health Report: Working together for health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2013). *WHO Recommendations. Optimizing health worker role to improve access to key maternal and newborn health intervention through task shifting*. Geneva: OPTMIZEMNH.
- WHO. (2014). Rising to the grand challenge of human Resources for Health. www.int/workforcealliance/knowledge/resources.annual_report1013/en/.
- World Health Organisation. (2010). *Trends in maternal mortality: 1990-2008. estimates development by WHO, UNFPA, and World Bank*. Geneva: WHO.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stiwell B, Adams O. (2004). Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health*, 2(1), 13.

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

Tableau 20 : Chronogramme de l'enquête (Niamey et Tillabéry)

Dates	Activités	Qui
DEMANDE ET MONTAGE DU DOSSIER		
06.11.14	Réception de la demande	VR
10.11.14	Montage de l'équipe	VR, MM, CD
11.14	Elaboration de la note conceptuelle et soumission à l'OMS	VR, MM, CD
20.11.14	Signature du premier contrat avec l'OMS	AED (directeur Lasdel)
24.11.14	Rencontre avec la directrice des ressources humaines du MSP	MM
	Conférence téléphonique	VR, CL, MM, GM, CD, Nadia
	Elaboration du protocole et sa soumission à l'OMS	VR, MM, CD
15.01.15	Envoi du protocole et de la facture n°04-15	SM
03.05.15	Participation au deuxième atelier inter-agences sur l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes en Afrique francophone. Abidjan Hôtel du Golf	MM
	Préparation de la mission de CD, pour effectuer la cartographie conceptuelle	MM
06-07-15	Participation à l'atelier sur la dividende démographique	MM
	Réunion avec équipe OMS, équipe de recherche Côte d'Ivoire	MM, CL, Nadia,
	Partage avec l'équipe de recherche sur la cartographie des stratégies de fidélisation au Niger.	MM
10.03.15	Préparation du dossier pour le comité national d'éthique	MM
04.04.15	Passage devant le comité national d'éthique et obtention de l'autorisation	MM
17.03.15	Virement	SM
24-25.03.15	Discussions par mail sur le démarrage de l'étude et le virement des fonds	MM, VR, LC
31.03.15	Réception des fonds	SM

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

ENQUETE PRELIMINIAIRE		
27.03.15	Entretien avec Abdo, SG Institut de Santé Publique. Ancien directeur des études de l'ENSP de Zinder.	MM
	Entretien avec Ibrahim Mahaman, Chef de personnel, MSP	MM
28.03.15	Dépouillement des deux entretiens, et revue bibliographique	MM
03.05.15	Préparation détaillée du canevas d'entretien et partage avec assistant	MM
05.05.15	Discussions et réappropriation du canevas avec l'assistant de recherche	MM & AH
06.05.15	Présentation de l'assistant aux membres de la DRH du ministère de la santé publique	MM & AH
08.05.15	Entretien avec Aboubacar Koraou, Division gestion prévisionnelle des emplois et des compétences MSP	AH
ENQUETE EXPOLORATOIRE		
11.05.15	Voyage de l'assistant de recherche Abdoutan Harouna Niamey-Tillabéry (par compagnie de transport Africa Aslam Difficulté de trouver un hébergement par les relations, location d'une case de passage à l'Ecole Normale de Tillabéry	AH
12.05.15	Prise de contact avec les autorités sanitaires au niveau de la région. Difficulté dans un premier temps d'acceptation de l'étude (aucun papier du MSP autorisant l'étude). Il a fallu un coup de fil à Dr Gagara pour déblocage par ses relations cet obstacle. -Entretien avec le représentant de la DRSP absente, le point focal Palu, VIH, PTME -Entretien avec le gestionnaire DRSP	AH
13.05.15	-Entretien Abdoul Razak, stagiaire ISP, section Epidémiologie. à la DRSP -Entretien avec Rahina Altiné, stagiaire ISP section SR à la DRSP -Balkissa Daouda Diabaté, stagiaire ENSP, section ASB au District Tillabéry -Entretien avec Baraatou Issa, stagiaire ENSP section ASB au district Tillabéry	AH

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

14.05.15	<ul style="list-style-type: none"> -Entretien avec Halido Younoussi, GRH DRSP -Entretien avec Mme Daouda Haoua Ousmane, surveillante ISPS -Entretien avec Balkissa Mamane Bi Oumarou, étudiante 2^e ISPS 	AH
15.05.15	<ul style="list-style-type: none"> -Entretien avec Mohamed Ahmid, gestionnaire HD Tillabéry -Entretien Mme Loukoumane Salamatou, Contractuelle CSI Kandadji Voyage pour Niamey 	AH
16.05.15	Voyage pour Téra, maire de la commune en mission. Difficulté de trouver logement. Nuit au domicile du petit frère d'un ami, situation très gênante.	AH
17.05.15	Téra, rencontre avec le Maire de la commune, explication du programme de recherche. Il est au courant déjà Dr Moha lui a parlé de ça.	AH
18.05.15	<ul style="list-style-type: none"> Coup de fil de la DRSP et début des entretiens -Entretien avec Mme Seini Halima Moussa, contractuelle service pédiatrie HD Téra -Entretien avec Mme Souley Mariama Abdoulaye, Majore pédiatrie HD Téra -Entretien avec Hamadou Halidou, Major Services Urgences -Entretien avec ousseini Hassane, gestionnaire HD Téra -Entretien avec Fatouma Alhousseini Maiga, stagiaire à l'HD de Téra 	AH
19.05.15	<ul style="list-style-type: none"> -Entretien avec Mme Idrissa Asmaou, Sage-Femme contractuelle maternité HD -Entretien avec Mme Djibrille Aissa, Sage-Femme contractuelle maternité HD Téra -Entretien avec Mme Niandou Bouli, responsable maternité HD Téra -Entretien avec Maire Téra 	AH
20.05.15	<ul style="list-style-type: none"> -Entretien avec Mme Sirfi Roumana Harouna, contractuelle service médecine HD Téra -Entretien avec Mme Ben Fadouma, Majore médecine HD Téra 	AH

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

21.05.15	Voyage à Ouallam.	AH
22.05.15	L'appelle a eu lieu vers 9h le 22, mais le médecin n'a informé quelques membres de son staff qu'à 11h. -Entretien avec le gestionnaire du district -Entretien avec Adamou Oumarou, stagiaire section Nutrition ISP -Entretien avec Mariame, stagiaire section nutrition ISP Niamey	AH
22.05.15	Niamey, Ecole de santé publique et de l'action sociale -Entretien avec Bagnan Soulemon, Etudiante sage-femme Entretien avec Djibo, SG Espace	NO
23/05/15	-Entretien avec Moustapha Adamou, IDE Bloc Opératoire -Dr Adamou Boubacar Directeur CPADS -Entretien avec Dr Issiakou, MCD/A Aguié en formation au centre -Entretien avec Dr Abdoulaye Garba MSD/A Madarounfa en formation au centre	AH
23.05.15	Entretien avec Mme Yaou Oumma Kaltoum, Etudiante sage-femme ESPAS	NO
24/05/15	-Entretien avec Morou, major urgences HD -Entretien avec Mme Abdou Ramatou Sage-femme maternité HD -Entretien avec MCD/A Ouallam -Entretien avec Dr Saidou Abdoul Baki, médecin ONG Rescu	AH
25.05.15	Préparation cartographie conceptuelle Entretien avec Mme Alou Mariama, Directrice Générale ESPAS	MM NO
26.05.15	Entretien avec Mme Ibrahim Rahamou, Coordinatrice Sages 3 ^{ème} année ESPAS Entretien avec Mme Aboubacar Balki Mahamadou Etudiante sage-femme Entretien avec Hasatou Boukari Etudiante sage-femme	NO, MM

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

	Arrivée de Christian Dagenais Réunion de travail avec Christian Dagenais	
FORMATION CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE		
27.05.15	Cartographie conceptuelle auprès de 29 élèves sages-femmes de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} année de l'école de la santé et de l'action sociale -collecte des énoncés -cotation des énoncés -Classement des énoncés	CD, MM
28.05.15	Saisie et analyse des données dans le progiciel	CD,MM
29.05.15	Interprétation et validation des résultats avec les élèves	CD,MM
30.05.15	Voyage de Christian Dagenais sur Montréal	CD,MM
ENQUETE APPROFONDIE		
16.07.15	Entretien avec Baoubaoua SG SUSAS	MM
12.07.15	Voyage sur Tillabéry	MM, MSA, CBG, MSI
13.08.15	Entretien avec MCD district sanitaire de Tillabéry Mariama Elhadji Samni, CSE District sanitaire de Tillabéry Entretien avec Mme Omar Zeinabou, Technicienne de laboratoire HD Tillabéry Entretien avec Maimouna Abdou, Sage-femme HD Tillabéry	MM, MSA, CBG, MSI
14.08.15	Entretien avec la Sage-femme responsable de Tillabéry Entretien avec Halirou Seydou, anesthésiste HD Tillabéry Entretien avec Abdou Kanta Communicateur de district Tillabéry Entretien avec Ayouba Margai, Surveillant général HD Tillabéry Entretien de groupe avec Dr Alexandre Njikam, médecin CSI de Sarakouara et Dr Larabou Aminou, médecin CSI de Dessa Entretien avec Djamila Moussa, Sage-femme HD Tillabéry	MM

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

	Mme Ibrahim Aminatou, infirmière pédiatrie HD Tillabéry	
15.08.15	<p>Voyage Dessa-Famaley-Ayorou-Tillabéry</p> <p>Entretien avec le maire de la commune rurale de Dessa</p> <p>Entretien avec Harouna Issaka, Trésorier COGES CES de Famalé</p> <p>Entretien de groupe avec Rafiyatou Hamid et Mme Soumaila Mariama, Sages-femme, maternité de district d'Ayorou</p> <p>Entretien avec Daouda Halidou, IDE, Major CSI urbain d'Ayorou</p> <p>Entretien avec Abdoulaye Ag Ismaghi, maire de la commune rurale d'Inates</p> <p>Entretien de groupe Préfet et SG d'Ayorou</p> <p>Entretien avec Hamidou Abdoulaye, Major de Famaley</p> <p>Entretien avec Hamadou Tayabou percepteur communautaire CSI urbain Ayorou</p>	<p>MM, MSA</p> <p>MM, MSA</p> <p>MM</p> <p>MM</p> <p>MM</p> <p>MM, MSA, CBG, MSI</p> <p>MSA, CBG, MSI</p>
16.08.15	<p>Voyage sur Sarakouara-Theim-Kandadji-Dessa</p> <p>Entretien avec Boubacar Souleymane Ambulancier CSI de Sarakouara</p> <p>Entretien avec Abdourahmane Hassan, Intérim du chef de canton d'Azourou</p> <p>Entretien avec Younoussa Mamoudou, percepteur communautaire, CSI de Sarakouara</p> <p>Entretien avec Hamsatou Hamidou, infirmière chef CSI de Sarakouara</p> <p>Entretien avec le vice maire de Sarakouara</p> <p>Entretien avec Mme Aminatou Hamsatou, Sage-femme CSI de Kandadji</p> <p>Entretien avec Nafissa Moumouni Kabirou, Infirmière d'appui de l'ONG COPI CSI de Kandadji</p>	
17.08.15	<p>Voyage sur Ouallam</p> <p>Entretien avec Mlle Fatima Hamidou, perceptrice communautaire HD Ouallam</p> <p>Entretien avec Mahamadou Boubacar Stagiaire épidémiologiste, ECD Ouallam</p>	

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

18.08.15	Entretien avec Wantinié Ekiri, CDI ECD de Ouallam Entretien avec Dr Harouna Oumarou médecin responsable du CSI de Banibangou	
19.08.15	Entretien avec Ousseini Idrissa, le Vice maire de Ouallam	
20.08.15	Entretien avec de groupe avec le vice maire et le SG de la commune rurale de Tonndikiwindi Entretien avec Dr Habou Abdourahmane, Médecin responsable du CSI de Tondikiwindi Entretien avec Mme Agassa Aissa, Sage-femme CSI de Sargane	
21.08.15	Synthèse	
22.08.15	Repos	
23.08.15	Voyage sur Niamey et Téra	
24.08.15	Entretien avec Omar Djadjé, communicateur du district Entretien avec Boubacar Nahantchi, CDI ECD de Téra Entretien avec Souley Marou Belko, IC chef CSI de Mamasey Entretien avec Oumarou Mahaman, Préfet de Téra Entretien avec Mahaman Hassane, enseignant à Yatakala Entretien avec le MCD de Téra Entretien avec Souleymane Hamidou Gartio, infirmier au bloc opératoire HD de Téra Entretien avec Mme Harouna Nafissa, Infirmière de pédiatrie Entretien avec Mme Daouda Nafissa, IDE HD de Téra Entretien avec Oumarou Boubacar, Travailleur social ONG HELP, HD Téra Entretien avec : Mme Moussa Karimatou (ASB), HD Téra Entretien avec Hamadou Halidou, TSSI, Service des urgences HD Téra	
25.08.15	Mme Salou Hamsatou, Sage-femme CSI urbain de Téra Entretien avec Tanimoun Saadou, Gestionnaire ECD de Téra	

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

	<p>Entretien avec Amadou Mairiga, chargé de surveillance épidémiologique ECD de Téra</p> <p>Entretien avec Mme Souley Mariama, TSSI, Major pédiatrie HD Téra</p> <p>Entretien avec Hamidou Niandou, Maire de la commune urbaine de Téra</p> <p>Entretien Mme Idrissa Perceptrice CSI urbain Téra</p> <p>Mme Ousmane Halima, Infirmière CSI urbain Téra</p> <p>Entretien avec Mme Seydou Kadja, Sage-femme contractuelle, CSI urbain Téra</p> <p>Entretien avec Mme Amadou Mariama, sage-femme CSI urbain de Téra</p> <p>Mme Mahamadou Naffissa, IDE Creni, HD Téra</p> <p>Voyage de Moha sur Bankilaré-Yatakala</p> <p>Entretien avec Abdoulaye Amougue, maire de la CR de Bankilaré</p> <p>Entretien avec le SG de la commune rurale de Bankilaré</p> <p>Entretien avec gérant dépôt pharmaceutique de Bankilaré</p> <p>Entretien avec Amaou Idrissa, gérant dépôt pharmaceutique, militant Oxfam et Timidria</p> <p>Administration de la cartographie conceptuelle au niveau de la mairie</p> <p>Visite à la préfecture de Bankilaré</p> <p>Entretien avec le préfet et le SG</p> <p>Entretien avec le major de Yatakala Abdou Boubé, IDE</p> <p>Entretien avec Sourghiya Maiga, ancien ministre de la santé</p> <p>Nuit à Yatakala</p>	
26.08.15	<p>Entretien avec Illiassou Ousseini, Président du COGES de Yatakala</p> <p>Entretien avec M Bembello ancien ministre, chef de canton de Gorouol</p> <p>Entretien avec Mme Mamata Ouma Adamou ASB, Chef CSI de Wanzarbé</p> <p>Entretien avec ME Kader Ramatou, Sage-femme de</p>	

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

	<p>Tégué</p> <p>Entretien avec Douramane Idriissa, Président COGES dde Tégué</p> <p>Entretien avec Elmoumine Boula, Chef de groupement touareg Tengueragedesh</p> <p>Entretien avec TSSO, la sage-femme de Bankilaré</p> <p>Entretien avec M. Tahirou Ibrahim le chef CSI de Fonéko</p> <p>Mme Ben Fatouma IDE Service de médecine HD Téra</p> <p>Entretien avec Mohamed Abdou SG préfecture de Téra</p>	
	<p>Activités de transfert de connaissances</p> <p>Utilisations au cours de la recherche des données produites pour éclairer les prises de décision au niveau du cabinet du PM et au MSP</p>	
20.10.15	Validation de la politique nationale de santé	
26.11.15	Atelier de lancement de l’Axe 4 de la politique Nationale de la modernisation de l’Etat, en présence du premier ministre	
20.11 au 04.12.15	Réunion du comité national technique de santé. Présentation d’une communication sur la problématique des ressources humaines en santé	
3.12.15	Une communication sur les résultats de l’étude sur les comportements des agents de santé dans la région sanitaire de Dosso devant les directeurs des ressources humaines et inspecteurs de tous les départements ministériels.	
	Réunion du comité national technique de formulation de la politique nationale de santé	

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

VII. ANNEXE : Les mesures de rétention et de fidélisation du personnel en milieu rural

Le gouvernement du Niger a développé depuis deux décennies plusieurs interventions en vue de retenir les agents de santé, surtout ceux délivrant les soins obstétricaux en milieu rural. Ces mesures sont entre autres : i) la décentralisation de la formation (à travers la privatisation) ; ii) la formation des médecins capacitaires en chirurgie de district ainsi que les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation et en chirurgie et obstétrique et leur affectation au niveau des hôpitaux de district ; iii) le choix et l'attribution des bourses de formation aux élèves originaires des zones défavorisées et difficiles d'accès ; iv) l'attribution d'incitatifs liés à l'exercice au niveau de ces zones ; v) le recrutement d'agents de santé contractuels pour les zones rurales ; vi), l'instauration du service civique obligatoire etc..

Malgré ces interventions, un déséquilibre énorme reste encore entre Niamey et les autres régions ou entre la ville et les campagnes.

7.1 CADRE REGLEMENTAIRE

Tableau 21 : le dispositif réglementaire

Texte	Date d'introduction	Contexte d'introduction	Indemnités et cibles
Décret 79-147	20-09-1979		Indemnité de zone désertique. Personnel de santé
Décret 86-124	11.01.1986		Indemnité de roulage Médecins chefs de service ou de pavillon
Décret 92-032	17.01.1992		Indemnité de téléphone Directeur d'hôpitaux et CHD, chirurgiens, gynécologues, économistes d'hôpitaux et de maternité nationales, gestionnaires des hôpitaux, directeurs départementaux de la santé, chef de postes médicaux, médecins responsables de service ou de pavillon, responsables de santé familiale de CHD et CM
Décret 94-196/PRN/MSP	10.12.1994		Indemnité de logement Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes (si l'agent n'est pas logé)
Décret 97-141	20.03.1997		Prime de fonction

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

			Fonctionnaires occupant des postes ou effectuant des soins dans les formations sanitaires hospitalières et non hospitalières
Décret 98-036	23-01-98		Prime de sujétion Indemnité de risque Personnel occupant des postes dans les formations sanitaires hospitalières et non hospitalières
Décret 2006-079/PRN/MSP/LE			
Décret 2012-61/PRN/MSP/MF/PF/PE/MFP/T/MF	29 février 2012		
Décret n°2012-500/PRN/MFP/T/MF	05 novembre 2012		Indemnités de transport et indemnité de logement Prime du service public Agents fonctionnaires de l'Etat ¹⁷
Décret n°2013-053/PRN/MFP/T/MF	13.02.2013		Prime de garde et astreinte, (agents cadre de la fonction publique occupant des postes hospitaliers et non hospitaliers) prime de motivation aux agents (aux agents cadre de la santé et de l'action sociale exerçant hors Niamey)

Source : données d'enquête

Le décret 2006-079/PRN/MSP/LE. Les salaires des agents de l'Etat sont régis par le décret n° 2012-61/PRN/MSP/MF/PF/PE/MFP/T/MF du 29 février 2012, fixant la grille de traitement des personnels des cadres de la santé publique (Voir Tableau 21).

Le décret n°2012-500/PRN/MFP/T/MF du 05 novembre 2012, déterminant, les indemnités et autres avantages alloué à certains responsables de l'Etat, a institué des primes, indemnités et autres avantages à caractère général et d'autres à caractère spécifiques.

Le décret n°2013-053/PRN/MFP/T/MF du 13 février 2013 déterminant les primes, les indemnités et les autres avantages alloués aux agents de l'administration des finances et de la santé publique et de l'action sociale, a introduit des innovations : la première a consisté à

¹⁷ Au sens de ce décret, on entend par agents de l'Etat, les agents fonctionnaires, les contractuels de la fonction publique et les agents auxiliaires de l'Etat. (Article 1^{er}).

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

accorder « en sus de la prime de service public et des indemnité de logement et de transport prévues par le décret n° 12-500/PRNMFP/T/MF du 05 novembre 2012 susvisé, les agents fonctionnaires et cadre de la santé publique et de l'action sociale des primes ci-après : i) la prime de garde et d'astreinte, de prime de motivation » (article 6). La deuxième innovation de ce texte, a consisté à éclater les anciens districts et adopter la prime de motivation en conformité avec l'arrêté 000043/MSP/DGSP/DOS du 23 décembre 2014, modifiant et complétant l'arrêté n°069/MSP/SG du 03 juin 1996 portant création, organisation et attribution du District Sanitaire. La troisième innovation, l'octroi aux agents auxiliaires de la santé publique et de l'action sociale « en sus de l'indemnité de transport prévue par le décret n°2012-500/PRN/MFPT/MF du 05 novembre 2012 une prime de service public, une prime de garde et astreinte et une prime de servitude ».

7.2 LE SYSTEME DE REMUNERATION DES AGENTS DE SANTE NIGERIENS

Le système de rémunération des agents de santé au Niger comprend trois principales composantes : i) les salaires ou pécules (pour les supplétifs) ; ii) les autres incitatifs financiers ; et enfin iii) les pensions (pour les retraités). Le premier ne prend pas en compte la localité d'exercice. Le régime indemnitaire (que nous appelons ici les autres incitatifs financiers), également n'a pas intégré la composante lieu-d'exercice dans l'élaboration de ses grilles. Par contre pour combler cette insuffisance, les autorités nigériennes, ont prévu des indemnités de zones désertiques qui prévoit l'octroi d'une indemnité aux agents affectés dans les zones retenues comme désertiques.

Les salaires

L'ordonnance portant statut de la Fonction Publique du 8 décembre 1089 définit trois éléments constitutifs de la rémunération des agents de l'Etat. Ces éléments sont :

- a) Le traitement indiciaire calculé d'après un indice qui varie suivant la catégorie, le grade et l'échelon du fonctionnaire ;
- b) Les allocations familiales (2500 FCFA par enfant à charge dans la limite de six (6) enfants ;
- c) Eventuellement des primes valorisant certains emplois ou rétribuant des travaux supplémentaires effectifs, des sujétions ou des risques inhérents à certains et/ou indemnités de représentativités de frais.

Le traitement de base ou traitement indiciaire annuel est obtenu en multipliant l'indice atteint par la valeur du point indiciaire. Le montant annuel obtenu est divisé par douze (12) pour obtenir le montant mensuel du traitement de base. Le traitement de base subit la retenue pour la constitution des droits à la pension.

La grille de paiement du personnel et cadre de la santé publique prévoit le salaire des personnels de la santé publique selon les points indiciaires qui dépendre de la catégorie du personnel (A1, A2, A3, B1, B2, C1, C2, D1 et D2). Les agents de chacune des catégories sont répartir en quatre classes (2^{ème} classe, 1^{ère} classe, classe principale et classe exceptionnelle).

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

La deuxième classe et la classe exceptionnelle comprennent chacune quatre échelons. Par contre la première et la classe principale ne comprennent que deux échelons chacune.

Toutes les catégories des agents de santé peuvent être regroupés en trois niveaux : i) les cadres supérieurs de conception ; ii) les cadres moyens et iii) les cadres élémentaires d'exécution.

Les cadres supérieurs

Le traitement indiciaire selon cette grille va pour la catégorie A1 de 750 pour le débutant (1^{er} échelon) et termine à l'indice 1500 pour le 4^{ème} échelon de la classe exceptionnelle.

La catégorie A2 commence par l'indice 450 et finit à l'indice 775.

La catégorie A3 commence par l'indice 413 et se termine par 665.

Les cadres moyens

Les cadres moyens comprennent la catégorie B1 et B2.

La catégorie B1 débute avec l'indice 375 à l'échelon premier de la 2^{ème} classe et se termine avec l'indice 520 lorsque l'agent atteint l'échelon quatre de la classe exceptionnelle. Conséquemment la catégorie B2 va de l'indice 330 à 460.

Les cadres élémentaires

Quatre catégories correspondent ce que l'on appelle les cadres élémentaires dans le secteur de la santé. Il s'agit des catégories C1, C2, D1 et D2.

La catégorie qui est au sommet des cadres élémentaires, c'est-à-dire la catégorie C1 commence par l'indice 263 et finit par l'indice 365. Par contre la catégorie qui se trouve à la base de la pyramide des personnels de la santé est payée à leur entrée dans la fonction publique par l'indice 165 et termine avec un salaire de base qui est calculé sur la base de l'indice 270.

Toutefois, une indemnité compensatrice à titre transitoire a été instituée par décret 2012-500/MFP/T/MF au profit des fonctionnaires des cadres de la santé publique et de l'action sociale des A2, A3, D1, B2, C1, C2, D1, D2 de la classe exceptionnelle à compter du 1^{er} janvier 2013. Cette indemnité compensatrice est allouée aux agents qui n'ont pas bénéficié de traitement de revalorisation de la rémunération de base consacrée par la grille spéciale de traitement des cadres de la santé publique et de l'action sociale.

7.3 LES AUTRES INCITATIFS FINANCIERS

En application des textes législatifs et réglementaires, les agents de santé bénéficient des primes, indemnités et autres motivations afin d'amener les agents de santé à effectuer correctement leurs travaux, mais aussi pour les fidéliser dans le travail en milieu rural et/ou

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

désertiques. Il s'agit de primes et certains avantages dont bénéficie le fonctionnaire. Néanmoins il est important de signaler que le fonctionnaire est soumis à l'impôt sur les traitements et salaires.

Les incitatifs financiers mis en place par le gouvernement du Niger et ses partenaires, peuvent être classés en deux grandes catégories : i) les incitatifs financiers mensualisés et les incitatifs financiers non mensualisés. Ils peuvent également avoir un caractère général et un caractère spécifique en fonction du poste ou de la fonction occupée.

Les incitatifs financiers mensualisés

Les incitatifs financiers mensualisés sont les primes et indemnités que les agents de santé perçoivent chaque mois et sont intégrés au salaire de base. Il s'agit de la prime de fonction, de la prime de sujétion, de la prime de motivation, de la prime de servitude, de l'indemnité de risque, de logement, de garde et astreinte, de roulage, de téléphone et d'heures supplémentaires.

Les primes

La prime de fonction et la prime du service public

Une prime de fonction est attribuée aux agents de santé par *décret n° 2007-516 du 22 novembre 2007 portant régime des primes et indemnités accordées aux agents de la santé publique et de l'action sociale*. Selon les dispositions de ce décret, la prime de fonction a pour objectif de valoriser la fonction de la santé. Elle est allouée exclusivement aux agents de santé qui sont fonctionnaires et qui occupent effectivement des postes dans les formations sanitaires où ils « *effectuent des soins* ». De ce fait, les titulaires des postes administratifs dans les formations sanitaires ne peuvent en bénéficier. Cette prime de fonction est strictement attachée à l'occupation de la fonction de « *soignant* ». Ainsi, le décret précise que « *toute interruption dans l'exercice de la fonction, hormis le congé annuel, a pour effet l'interruption simultanée du versement de la prime* » (article, 3). La prime de fonction est forfaitaire et son montant mensuel est fixé en fonction de la catégorie des agents dans le statut de la fonction publique. Pour les agents qui sont à la catégorie A, elle est de 11.000 francs. Pour ceux de la catégorie B, elle est de 9000 francs. Ceux de la catégorie C perçoivent mensuellement la somme de 6000 et enfin les agents de la fonction publique logés à la catégorie D se contentent de 5000 francs par mois.

Pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, la prime de fonction est fixée à 15.000 francs¹⁸.

Une prime de service public a été instituée par décret 2012-500 MFP/T/MF du 5 novembre 2012, et à compter de janvier 2013 au profit des agents fonctionnaires de l'administration des finances et le personnel des cadres de la santé publique de L'Etat, en

¹⁸ Décret n° 2006-070/PRN/MSP/LE du 16 mars 2006 accordant des avantages aux pharmaciens, médecins, et chirurgiens-dentistes assurant des fonctions modifiées par décret n° 2007-515/PRN/MSP du 22 novembre 2007.

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

lieu et place de la prime de fonction sous réserve de réaménagement des régimes spécifiques dont ils sont bénéficiaires.

Tableau 22 : Taux de la prime de service publique (PSP)

Catégorie	Montant
A1	35.000
A2	30.000
A3	25.000
B1	20.000
B2	20.000
C1	15.000
C2	15.000
D1	15.000
D2	15.000

Source : Décret 2012-500 du 5 novembre 2012.

Une prime de service publique a été accordée aux agents auxiliaires de l'état. Les montants forfaitaires mensuels sont de 12.500 francs pour les agents de la 1^{ère} à la 4^{ème} catégorie et de 14.500 francs pour ceux de la 5^{ème} catégorie (Décret 2013-053/PRN/MFP/T/MF du 13 février 2013).

La prime de sujétion

La prime de sujétion est une prime forfaitaire destinée à compenser les difficultés et les astreintes particulières de la fonction de santé et de l'action sociale. Cette prime est allouée exclusivement aux fonctionnaires occupant effectivement des postes dans les formations sanitaires hospitalières et non hospitalières. Toute interruption dans l'exercice des fonctions hormis le congé annuel ou de maternité a pour effet l'arrêt simultané du versement de la dite prime. Les montants mensuels de la prime de sujétion sont fixés par les dispositions du décret pour les agents de santé et de l'action sociale hormis les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes selon les catégories de la fonction publique : les fonctionnaires de la catégorie A1 reçoivent 20000 francs. Ceux de la catégorie A2 et A3 ont 15.000 francs, les agents des catégories B1 et B2 bénéficient de 10.000 et enfin ceux des catégories C et D se

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

contentent de 7.500 francs. Pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, la prime de fonction est fixée à 30.000 francs (Décret 2006-079/PRN/MSP/LE).

Les primes de motivation

Pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, cette prime vise à encourager ceux-ci à servir dans les localités autres que la capitale et est allouée en fonction des zones de service. Ainsi, selon les dispositions du décret 2006-070/PRN/MSP/LE du 16 mars 2006, le Niger est divisé en 4 zones. La zone 1 qui comprend les régions d'Agadez, de Diffa, et les districts sanitaires de Gouré, Tanout, Loga, Ouallam, Filingué, Abalak, Tchintabaraden, Keita, Bouza, Illéla, Dakoro et Mayahi. Les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes exerçant dans cette zone reçoivent une prime de motivation de 65.000 francs par mois.

Ceux qui exercent dans la zone n°2 à savoir l'Hôpital national de Zinder, les districts sanitaires de Matamaye, Zinder, Magaria, Mirriah, et la maternité centrale de Zinder reçoivent quant à eux la somme de 40.000 francs par mois.

Quant à ceux de la zone N° 3 à savoir les districts sanitaires de Konni, Madaoua, Maradi, Guidan Roundji, Tessaoua et Tahoua, CHR de Tahoua, CHR de Maradi, et Maternité Tassigui de Tahoua, reçoivent 30000 francs. Pour ceux de la zone n°4 c'est-à-dire les districts sanitaires de Dosso, Boboye, Doutchi, Gaya, Tillabéry, Say, Téra, et le CHR de Dosso se contenteront de 15.000 francs par mois.

Le décret n°2013-053/PRN/MFP/T/MF du 13 février 2013 déterminant les primes, les indemnités et les autres avantages alloués aux agents de l'administration des finances et de la santé publique et de l'action sociale, vient éclater les zones en intégrant de façon précise, les nouveaux districts créés par arrêté 0430 MSP/DGSP/DOS du 23 décembre 2014, modifiant et complétant l'arrêté n° 069/MSP/SG du 03 juin 1996 portant création, organisation et attributions du district sanitaire. Ce décret a également introduit des primes et des indemnités aux agents auxiliaires de la santé publique.

La prime de servitude

Une prime de servitude de 8000 francs par mois, est allouée aux agents auxiliaires occupant les emplois d'ambulancier, d'infirmiers et d'aides-soignants. Cette prime est de 7000 francs pour les vaccinateurs, les filles de salles, les manœuvres, les matrones, les agents de laboratoires et les chauffeurs (Décret 2013-053/PRN/MFP/T/MF du 13 février 2013).

Les indemnités

- **Les indemnités de risques**

L'indemnité de risque quant à elle est destinée à compenser les risques auxquels sont exposés quotidiennement les agents de santé et de l'action sociale. Cette indemnité est allouée aux fonctionnaires et agents de santé des ministères de la santé publique et de l'action sociale travaillant dans les formations sanitaires hospitalières et non hospitalières.

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

Toute interruption dans l'exercice des soins de santé hormis le congé annuel ou de maternité, a pour effet l'arrêt simultané du versement de l'indemnité. Le montant de cette indemnité est forfaitaire. Il est fixé à 20.000 francs par mois pour tous les agents sans distinction de catégorie.

- **Les indemnités de logement**

Le montant de l'indemnité de logement est fixé selon les catégories et les localités. Pour les auxiliaires cette indemnité est de 7000 francs dans la communauté urbaine de Niamey, 5.000 pour les chefs-lieux de régions et 3.500 francs pour les autres localités. Les fonctionnaires de catégorie C et D perçoivent une indemnité de 9.000 FCFA à Niamey. Dans les chefs-lieux des régions ils ont 7.000 FCFA et enfin 5.000 FCFA dans les autres localités. Les agents de santé des catégories B2 et B1 bénéficient quant à eux d'une indemnité de logement de de 10.000 FCFA à Niamey, et dans les chefs-lieux des régions et 8.000 FCFA dans les autres localités. Pour ce qui est des agents des catégories A3 et A2 cette indemnité s'élève à 20.000 CFA à Niamey, 15.000 dans les chefs-lieux des régions et 10.000 dans les autres localités. Enfin pour les agents de santé de catégories A1, ils bénéficient de 30.000 à Niamey, 25.000 francs dans les chefs-lieux des régions et 20.000 CFA dans les autres localités pour se loger.

Les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, ont une indemnité forfaitaire de logement de 50.000 CFA, sans distinction de lieu de résidence.

Il est à noter que l'occupation effective d'un logement administratif ne donne pas droit au bénéfice de l'indemnité de logement. Néanmoins lorsque chacun des époux vivants sous le même toit à droit à une indemnité de logement, le ménage ne peut bénéficier que de l'une des deux indemnités au choix.

L'indemnité de logement est cumulable avec la prime de fonction, de sujétion et l'indemnité de risque.

Le décret 2012-500 du 05 novembre 2012 a institué une indemnité de transport au profit des agents fonctionnaires de l'Etat. Les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, ne bénéficient pas de cette indemnité. Les montants forfaitaires mensuels de l'indemnité de logement sont fixés comme suit :

Catégorie	Montant
A1	40.000
A2	35.000
A3	30.000
B1	27.000
B2	25.000
C1	20.000

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

C2	17.500
D1	15.000
D2	15.000

Source : Décret 2012-500 du 5 novembre 2012.

L'indemnité de logement n'est pas accordée à l'agent si toutefois il bénéficie d'un logement de fonction.

Les indemnités de garde et d'astreinte

Selon les dispositions du décret, le montant mensuel de la prime de garde et d'astreinte est fixé à 15.000 FCFA pour toutes les catégories de fonctionnaires concernés.

Indemnité de roulage ou indemnité de transport

Une indemnité de transport a été accordée aux agents fonctionnaires de l'Etat, à l'exception des médecins, pharmaciens, et chirurgiens-dentistes. Cette indemnité n'est pas accordée à tous les agents qui bénéficient d'un moyen de transport de service. Les montants forfaitaires mensuels de l'indemnité de transport sont fixés comme suit.

Tableau 23 : Indemnité de transport

Catégorie	Montant
A1	20.000
A2	17.500
A3	15.000
B1	12.500
B2	12.500
C1	10.000
C2	10.000
D1	7.500
D2	7.500

Source : Décret 2012-500 du 5 novembre 2012.

Une indemnité de transport, d'un montant forfaitaire de 7000 FCFA a été également octroyée aux agents auxiliaires de l'Etat qui ne bénéficient pas d'un moyen de transport alloué par l'Etat.

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

Les perdiems

Les incitatifs non financiers

Il existe au Niger un système d'incitatifs non financiers utilisé par les pouvoirs publics pour motiver les agents de santé. Ces incitatifs non financiers sont de deux catégories : a) les incitatifs non financiers formels ; et les incitatifs non financiers informels.

Les décorations

Les agents de la santé publique, ayant totalisé 15 ans et âgés de 35 ans à l'instar des autres fonctionnaires et conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, peuvent être décorés de la médaille de bronze. Pour la promotion d'une médaille à une autre, une ancienneté de 5 ans est requise. Les agents victimes d'un accident de travail ou bien ceux qui se sont honorablement distingués peuvent être décorés ou promus avec possibilité de sauter de grade, à titre exceptionnel sans tenir compte de l'ancienneté ci-dessus indiquées (Ministère de la santé publique & Banque Mondiale, 2005 : 14. Il existe d'autres possibilités de décoration comme : i) la proposition dans l'ordre du Niger pour les agents déjà décorés ; ii) la proposition dans l'ordre de mérite du Niger ; iii) la proposition pour la médaille d'honneur de la santé (même conditions que dans l'ordre national).

Selon le statut général de la fonction publique, « à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire, qui se distingue par son dévouement à la cause publique et par sa contribution exceptionnelle à l'accroissement du rendement, de la productivité et de l'efficacité du service ; peut recevoir des récompenses monétaires et ou non monétaires suivantes : i) prime exceptionnelle pour fait de service public, ii) lettre d'encouragement ; iii) lettre de félicitation ; iv) témoignage de félicitation ; v) mention honorable ; vi) diplôme d'excellence, vii) l'honorariat » (MFP/RA, Mai, 2014)

Les témoignages de satisfaction

Les agents de santé qui se sont distingués positivement peuvent être honorés par l'attribution des témoignages officiels de satisfaction décernés par les autorités administratives (Ministre, Gouverneur & Préfet).

Mission d'encadrement des Pèlerinages à la Mecque et à Rome

Il est depuis longtemps, une tradition au Niger d'envoyer chaque année, des équipes d'encadrement composées notamment d'agents de santé. (Ministère de la santé publique & Banque Mondiale, 2005)

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

Ce rapport est issu de la recherche Préférence des agents de santé d'Afrique à exercer en milieu rural, financée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

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.

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