

**LASDEL**

**Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques  
sociales et le développement local**

*BP 12901, Niamey, Niger – tél. (227) 20 72 37 80*

*BP 1383, Parakou, Bénin – tél. (229) 23 10 10 50*

[www.lasdel.net](http://www.lasdel.net)

# **La délivrance des services de santé dans la commune urbaine de Say**

**Amadou Oumarou**

Coordination scientifique : Mahaman Tidjani Alou

Assistants de recherche : Adamou Hannatou, Boubacar Amadou, Oumarou Issaka et  
Ousseini Abdoulaye

## **Etudes et Travaux n° 81**

**Financement : SNV**

**(Programme de recherche coordonné par le Laboratoire Citoyenneté)**

Octobre 2009

## Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>Contexte actuel des politiques sanitaires au Niger</b>	<b>6</b>
<b>Les structures de santé de la commune urbaine de Say</b>	<b>8</b>
Les centres de santé dans la commune	8
Les conditions locales d'installation des services de santé	12
Le personnel des formations sanitaires de la commune	13
Les COGES, une participation communautaire à la gestion des structures sanitaires ?	15
Le fonctionnement et les relations entre les structures de santé de la commune	17
<b>Les services offerts par les formations sanitaires de la commune urbaine de Say</b>	<b>20</b>
Des services diversifiés	20
L'accès aux services de soins	21
La qualité des soins	22
La gratuité des soins, entre croissance de la fréquentation et réduction de la qualité des soins	24
<b>La demande de services de santé</b>	<b>26</b>
Quand va-t-on au centre de soins ?	26
Pourquoi hésite-t-on à fréquenter les centres de soins ?	27
Les alternatives pour un meilleur accès aux services de santé	30
<b>Interactions soignants-soignés</b>	<b>32</b>
<b>Les partenaires des structures sanitaires</b>	<b>34</b>
Les actions des ressortissants	34
Les appuis des partenaires institutionnels	34
<b>Conclusion</b>	<b>37</b>
Bibliographie	38
ANNEXE I	39
Canevas d'entretien sur le secteur de la santé dans la commune urbaine de Say	39
ANNEXE II	40
Recherche complémentaire sur le secteur de la santé à Say, 2008	40

## **Sigles et abréviations**

ASC :	Agent de Santé Communautaire
CM :	Centre Médical
CSI :	Centre de Santé Intégré
COGES :	Comité de Gestion de Santé
CPN :	Consultation prénatale
CNS :	Consultation nourrisson sain
COSAN :	Comité de santé
EPS :	Education Pour la Santé
IC :	Infirmier Certifié
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IST :	Infections Sexuellement Transmissible
LC :	Laboratoire Citoyenneté
MSP :	Ministère de la Santé Publique
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PAC :	Programma d' Actions Communautaires
PASEL :	Projet d'Appui au Secteur de l'Elevage
PDS :	Plan de Développement Sanitaire
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PGRN :	Programme de Gestion des Ressources Naturelles
PTME :	Prévention de la Transmission du virus du SIDA de la Mère à l'Enfant
SNV :	Service néerlandais de développement
SFDF :	Sage Femme Diplômée d'Etat
SSP :	Stratégies de Soins Primaires
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
TO :	Télégramme Officiel
UNICEF :	Fonds des nations unies pour l'enfance

## Introduction

Cette étude est le prolongement d'une première phase de recherche réalisée entre avril 2006 et mai 2007 dans la commune urbaine de Say. Elle rentre dans le cadre d'un programme de recherche sous-régional sur quatre pays de l'Afrique de l'Ouest : Benin, Burkina-Faso, Mali et Niger. Cette première phase, il faut le rappeler, a concerné un balayage large sur l'état et le contexte de la fourniture du service public local. Ce programme de recherche est cofinancé par le Laboratoire Citoyenneté (LC) et l'Organisation Néerlandaise de Développement (SNV).

En 2008, l'étude a eu pour objet principal la fourniture des services du secteur de la santé. Les enquêtes de terrain ont été menées en deux étapes : une première réalisée au mois de mai 2008 par quatre assistants de recherche, et une seconde en juillet (qui approfondit les premières données) menée par deux assistants. A toutes ces étapes, les enquêtes ont concerné le personnel de santé, les responsables des comités de gestion des centres de santé, les usagers, les tradi-praticiens, les vendeurs ambulants des produits pharmaceutiques. Les principales techniques utilisées lors de ces enquêtes ont été :

- Les entretiens semi-directifs : ils ont permis, sur la base d'un guide semi-structuré (voir en annexe), de recueillir des informations sur l'ensemble des groupes qui relèvent du secteur de la santé dans la commune.
- Les observations directes et indirectes : elles ont permis de recueillir des données relatives aux interactions entre soignants et soignés et de valider certaines informations recueillies lors des entretiens.
- Les études de cas : elles ont concernées essentiellement le recueil des trajectoires thérapeutiques des malades interrogés afin de mieux comprendre les logiques qui sous-tendent la fréquentation des centres de soins

Au total 119 entretiens, 19 observations et 8 études de cas ont été réalisés. Ce qui a permis de disposer de données diversifiées sur les formations sanitaires dans la commune, leurs agents, les services fournis et les usagers qui en bénéficient.

Tableau n°1 : récapitulatif des entretiens, observations et études de cas réalisés

Techniques utilisées	Entretiens	Observations	Etudes de cas
1 <sup>ère</sup> phase	92	13	6
2 <sup>e</sup> phase	27	6	2
Total	119	19	8

La collecte de ces données ne s'est pas réalisée sans difficultés. Les principales concernent les relations soignants-soignés où des hésitations dans les réponses aussi bien des

usagers que du personnel soignant sont constatées. D'ailleurs, certains enquêtés refusent l'enregistrement démontrant leur réserve sur les aspects sensibles du guide d'entretien.

Ce rapport se structure autour des points suivants :

- Les structures de santé de la commune
- Les services offerts par les formations sanitaires
- La demande de services de santé
- Les interactions entre soignants et soignés
- Les partenaires des formations sanitaires de la commune

## **Contexte actuel des politiques sanitaires au Niger**

Le croisement des informations tirées du document sur la déclaration de politique sanitaire au Niger de mai 2002 et du Plan de Développement Sanitaire 2005-2009 montre que les politiques nationales en matière de santé connaissent une évolution marquée par deux options essentielles. La première est axée sur les soins curatifs et la seconde sur les soins de santé primaires (SSP). La genèse des différentes politiques sanitaires du Niger des indépendances à nos jours donne la situation suivante :

Au lendemain des indépendances, la politique sanitaire visait essentiellement la médecine curative individuelle caractérisée par une gratuité des soins et une faible participation des communautés aussi bien à la gestion qu'au financement du service de santé. Cette politique a favorisé la concentration des infrastructures sanitaires dans les grandes villes et agglomérations.

Tirant les conséquences de cette politique, le besoin d'une médecine décentralisée qui intègre à la fois les aspects curatifs et préventifs s'est fait sentir. Ainsi, entre 1974 et 1976 une médecine de masse, préventive et mobile, qui intègre explicitement l'aspect curatif des soins, a été adoptée. Son objectif principal était l'autosuffisance sanitaire dans tout le pays.

En 1978, le Niger souscrit à la déclaration d'Alma-Ata qui a adopté la stratégie des soins de santé primaire (SSP).

De 1980 à 1987, la stratégie des soins de santé primaire a été structurée par la mise en œuvre de l'auto encadrement sanitaire sur l'ensemble du pays. Un accent particulier a été mis sur la prise en charge des problèmes de santé en milieu rural par des équipes de santé villageoises supervisées par des agents des dispensaires ruraux. Cette politique a montré ses limites très tôt à travers la cherté de sa mise en œuvre et sa faible performance.

A partir de 1993, la politique de recouvrement des coûts de soins (initiative de Bamako) a été appliquée timidement mais progressivement sur l'ensemble du pays. Celle-ci, selon les spécialistes du domaine, a eu des résultats positifs justifiant sa généralisation sur le territoire national.

En juillet 1995, l'Etat adopte la déclaration de politique sectorielle de santé, après la déclaration de politique pharmaceutique la même année, accordant une priorité au district sanitaire au détriment des centres hospitaliers de référence. La mise en œuvre de cette déclaration a permis l'élaboration et l'adoption de plusieurs textes permettant d'organiser et d'orienter les activités de la santé. Ces textes concernent entre autres les domaines suivants : hygiène et assainissement, médicaments, exercice privé des professionnels de santé, recouvrement des coûts de soins de santé, éducation pour la santé, santé de la reproduction, nutrition etc.

L'élaboration et l'adoption de ces textes n'ont pas toujours été accompagnées d'une application satisfaisante, au point où la plupart des problèmes de santé restent encore entiers.

Dans la commune urbaine de Say, la création des centres de santé remonte à la période coloniale. En effet, Say faisait partie des premiers cercles coloniaux du Niger. A ce titre, elle disposait depuis lors d'une infirmerie construite en terre bâtie. Les travaux de construction furent assurés par les populations à travers les travaux forcés (logique coloniale). Ce centre médical était animé par des agents coloniaux et occupait l'actuel espace du CSI urbain. Mais les différentes réformes de la politique sanitaire (supra) ont changé son appellation et même ses objectifs. On peut citer entre autres : la transformation des anciens dispensaires ruraux et urbains en CSI et des centres médicaux en hôpitaux de district. Cette réforme a été amorcée dans les années 90 et a véritablement pris forme à Say à partir de 1996 pour se concrétiser en 1999.

De plus, par la même occasion, la dénomination de circonscription médicale utilisée pour désigner l'ensemble des structures sanitaires de l'arrondissement de Say a laissé place à celle du district sanitaire, avec, pour corollaire, la disparition des secouristes au niveau des villages et l'avènement des cases de santé à la même échelle.

## Les structures de santé de la commune urbaine de Say

Dans ce chapitre nous examinons les structures de santé dans leurs aspects physiques (architecture et équipements), le personnel qui les anime, leur gestion et leur fonctionnement.

### *Les centres de santé dans la commune*

La commune urbaine de Say dispose de trois structures de santé. Il s'agit de :

#### *Un hôpital de district*

Il est créé en 1982 sous le nom de « centre médical » (CM), et a été transformé en hôpital de district sanitaire en 1996 grâce à un appui financier du projet IDA. Cet appui a permis la construction des locaux pour l'équipe cadre de district et de la maternité de l'hôpital.

Le district sanitaire de Say couvre l'ensemble des structures sanitaires des quatre communes du département : Tamou, Guéladjo, Torodi et Say commune. L'équipe cadre de district est l'organe suprême au niveau départemental. Elle a sous sa supervision 22 CSI et 51 cases de santé. Le système est organisé de manière pyramidale autour des CSI de sorte que les cases de santé réfèrent leurs malades aux CSI et ces derniers à l'hôpital de district.

L'hôpital de district est composé de cinq services :

- Un service de médecine qui reçoit les cas référés des CSI. Ce service hospitalise les malades sur place ou les réfère à nouveau sur les hôpitaux de Niamey.
- Une maternité de référence qui prend en charge les accouchements
- Un service de laboratoire qui dispose de six laborantins.
- Un service de radiologie qui est non fonctionnel par manque de technicien radio
- Un bloc opératoire qui, par manque d'anesthésiste, est aussi peu fonctionnel.

Il faut y ajouter un dépôt pharmaceutique qui tient lieu d'espace de stockage des produits pharmaceutiques

Du point de vue de la logistique, le district sanitaire dispose d'un véhicule de supervision, d'une ambulance et de motos DT 125. La plupart de ces motos sont en panne depuis plusieurs mois.

#### *Les centres de santé intégrée (CSI)*

De création récente, les centres de santé intégrée de la commune urbaine de Say sont répartis dans les villages de Ganki-bassarou, de Kohan Garantché, et dans la ville de Say<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cette étude tiendra seulement compte des trois CSI fonctionnels au moment des enquêtes de terrain. Il s'agit du CSI urbain qui est à Say, de celui de Ganki Bassarou et celui de Kohan Garantché. Les activités du CSI de Tientiergou viennent de démarrer et donc n'ont pas fait l'objet d'observation par notre équipe. Par contre les enjeux autour de la mise en place du bureau du COGES demeurent assez intéressants.

Le CSI de Ganki-Bassarou est créé en 2003 par le projet santé II. Mais la maternité et le logement de la sage femme ont été construits en 2007 par le Programme d'Actions Communautaire (PAC). La participation de la population locale a consisté en la construction de deux cases d'observation pour les malades.

Le CSI de Kohan Garantché a été créé en 2004 par le projet santé II avec la participation physique de la population. Elle a aussi construit la clôture du centre de santé et deux salles d'observation en banco.

Les CSI constituent chacun une aire de santé regroupant plusieurs cases de santé fréquentées par les habitants des villages environnants (voir tableau n°2). Une aire de santé définit la zone d'attraction des populations vers une formation sanitaire<sup>2</sup>.

L'architecture de ces CSI se présente de la même manière à Ganki et à Kohan. Ces deux CSI sont initialement des cases de santé transformées en CSI respectivement en 2003 et 2004. Ils sont constitués chacun d'un bloc réparti en salle de soins, salle de consultation prénatale (CPN), bureau du gestionnaire, pharmacie et un petit hall d'attente. Ils disposent également d'une maternité, de deux salles d'observations de malades, d'un bloc de toilettes, d'une borne fontaine et d'un four d'incinération des déchets, et, pour ce qui est du cas de Ganki et Say, de deux logements (celui du major et de la sage femme).

A la différence des deux autres CSI de la commune, le CSI urbain se particularise par la présence d'un service de protection maternelle et infantile (PMI). Ce service a pour activités principales les consultations post-natales et les récupérations nutritionnelles, c'est-à-dire les consultations des nourrissons sains (CNS) et des malnutris.

Du point de vue logistique, les CSI disposent chacun d'une moto DT125 pour les consultations foraines et la supervision des cases de santé relevant de leur aire de santé. Les CSI disposent également d'un équipement complet leur permettant un fonctionnement régulier.

#### *Les cases de santé*

Elles constituent le premier dispositif de la structure sanitaire permettant de rapprocher les populations des services de santé. Dans la commune urbaine de Say, elles sont au nombre de dix et relèvent chacune d'une des aires de santé que constituent les trois CSI de la commune (Say, Ganki-Bassarou et Kohan Garantché). Les cases de santé couvrent les villages situés sur un rayon d'environ cinq kilomètres. Elles sont dirigées chacune par un agent de santé communautaire (ASC).

Les cases de santé de la commune ont pour la plupart été créées sur financement du Programme Spécial du Président de la République (PSPR). Seules celles de Sidi-Kouara et de Tientiergou ont été construites respectivement sur financement du projet PASEL (projet d'appui au secteur de l'élevage) en 2002, et du PGRN (programme de gestion des ressources

---

<sup>2</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies, Plan de Développement Sanitaire 2005-2009, février 2005

naturelles). Toutes les cases sont conçues sous un même modèle : un bâtiment de trois salles réparties en salle de soins, salle d'accouchement et salle d'observation.

Du point de vue de leurs équipements, chacune de ces cases dispose d'un bureau, de quatre chaises au moins, d'un lit de consultation, d'un lit pour les observations de malades, d'une table d'accouchement, d'une armoire pour les produits pharmaceutiques et d'une armoire pour les malades sous observation. A cet équipement, il faut ajouter le matériel de travail de l'agent de santé constitué d'un thermomètre (ou plus selon les lieux), d'un ou de deux tensiomètres, d'un dictionnaire Vidal, d'une balance pour la pesée, et d'un trousseau pour la matrone. Les cases de santé sont aussi équipées d'un ou de deux petits chariots qui permettent aux agents de déplacer le matériel de soin.

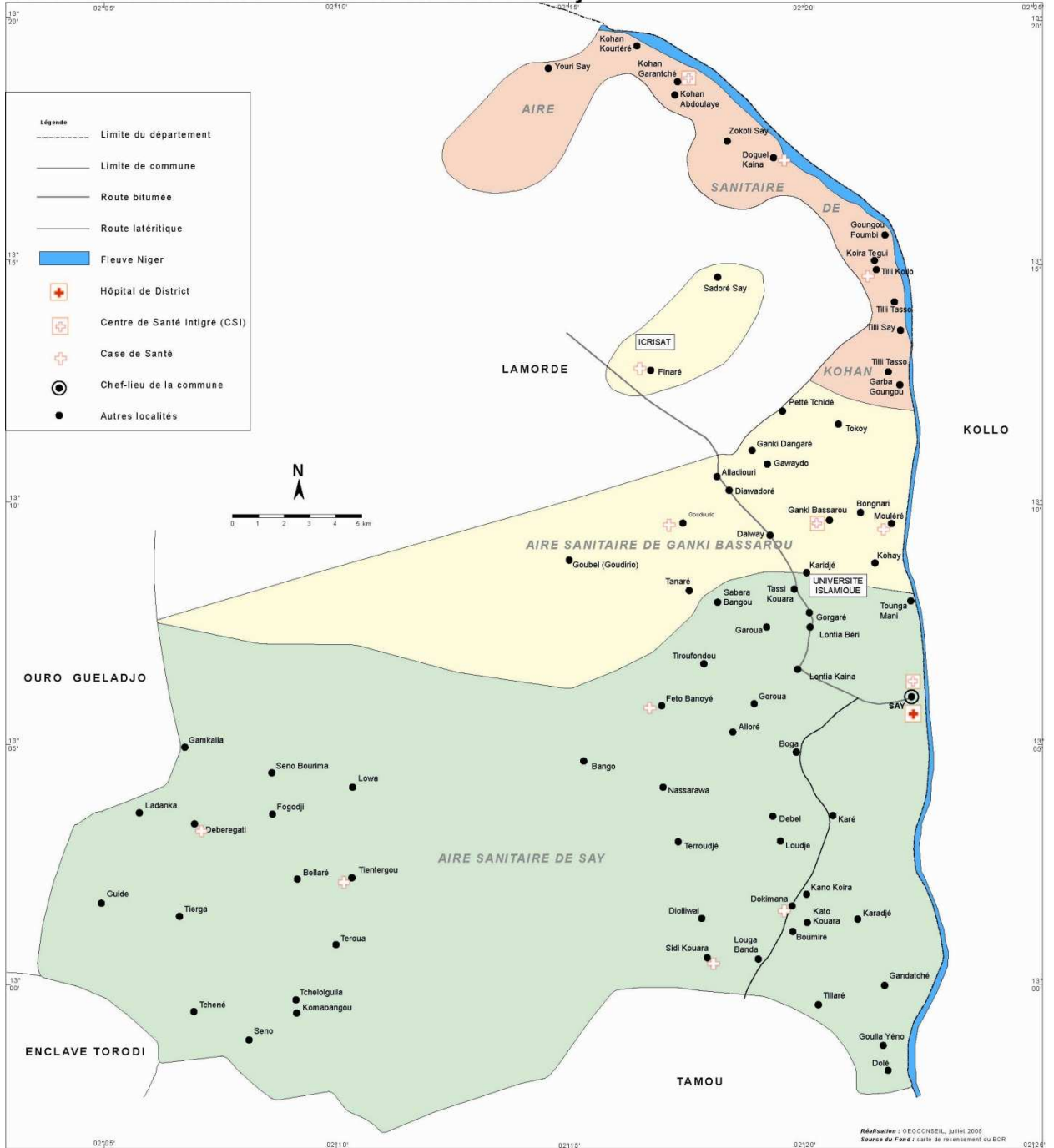
Tableau n°2 : Répartition des cases de santé autour des CSI  
(aires de santé dans la commune urbaine de Say)

Niveau 1 (cases de santé)	Niveau 2 (CSI)	Niveau 3 (hôpital de district)
- Débéré Gati - Sidi Kouara - Dokimana - Tientiergou* - Féto-Banoye	CSI urbain Say	Hôpital de district Say
- Finaré - Goudrio - Moulléré	CSI Ganki-Bssarou	'' ''
- Doguel Kaina - Tilli Kollo	CSI Kohan Garantché	'' ''

Source : données des enquêtes, mai 2008

\*NB : La case de santé de Tientiergou est transformée en CSI. L'extension de la construction est achevée et un agent de santé vient d'être affecté.

# Carte sanitaire de la commune urbaine de Say



### *Les conditions locales d'installation des services de santé*

La plupart des structures sanitaires de la commune de Say situées en milieu rural ont été construites dans les années 2000. Par contre, en ville de Say, l'installation d'un centre de santé moderne (celui du centre médical) remonte à la période coloniale. Le CSI urbain et l'hôpital de district, bien que de construction récente, remontent aux années où l'Etat assurait et centralisait toutes les actions de santé (infrastructures, équipements ainsi que les ressources humaines et financières). Pour les populations de la ville de Say, c'est l'Etat qui a réalisé ces infrastructures et, même si elles ont été construites grâce à un financement extérieur, aucune contribution ne leur a été demandée.

La crise des finances publiques a amené l'Etat à se faire de plus en plus absent dans la réalisation des infrastructures publiques. L'Etat a rétrocédée cette tâche ou l'a partagée avec des ONG ou projets œuvrant dans le secteur. Le PGRN (pour le cas de Tientergou) et Santé II (pour le cas de Ganki) ont construit une case de santé pour le premier, et un CSI pour le second, selon des modalités différentes : pour la construction du CSI, aucune contribution n'a été demandée aux populations de Ganki, alors que, pour la construction de la maternité, à défaut de pouvoir payer la part sociale demandée, elles avaient pris en charge l'approvisionnement du chantier en eau, sable et gravillon. C'est ce qui a été aussi exigé à la population de Tientergou.

L'avènement du programme spécial à travers son volet « construction des cases de santé » a marqué le retour de l'Etat dans son rôle de pourvoyeur d'infrastructures publiques en matière de santé, même si ce rôle n'est plus son apanage exclusif. En effet, dans le cadre de la coopération décentralisée, la commune peut, en partenariat avec des acteurs de développement, négocier la construction d'un CSI ou d'une case de santé. Cette catégorie de case de santé, même si elle existe à l'échelle départementale, ne nous a pas été signalée dans la commune urbaine de Say. Rappelons donc, qu'hormis la case de santé du village de Sidi Koira (construite par le PASEL), toutes les cases de santé de la commune urbaine de Say ont été construites par le programme spécial<sup>3</sup>.

Pour les ces cases de santé, la seule forme de participation demandée aux populations était la somme de cent soixante dix mille (170.000 FCFA), pour la constitution du stock des produits pharmaceutiques de démarrage. Ainsi, l'Etat intègre dans ses interventions des méthodes participatives, propres aux projets de développement.

Les récents centres de santé ont été créés sur demande des populations à travers soit une association de ressortissants basées à Niamey (c'est le cas du CSI de Ganki, ou des cases de santé de Moulléré et de Dokimana), soit des responsables du district sanitaire lors de l'élaboration du plan du développement sanitaire. Dans ce cas, les populations se soumettent à

---

<sup>3</sup> L'ensemble des cases de santé construites par le PGRN, dont celle de Tientergou, ont été reversées dans le compte du programme spécial.

la programmation des responsables sanitaires de Say et attendent (cas de la case de santé de Finaré).

Selon le médecin chef de l'hôpital de district, « pour optimiser la couverture sanitaire, la construction des centres de santé doit obéir au plan de développement sanitaire déjà établi. A cet effet, la commune doit, pour toute réalisation dans ce cadre, consulter les responsables sanitaires. Mais, compte tenu du fait que la commune outrepassé ce principe ou que certains ressortissants mènent leurs démarches à partir Niamey ou Tillabéry, on trouve implanté des cases de santé qui ne sont pas conformes aux normes du PDS » (entretien réalisé en mai 2008).

C'est le cas du village de Moulléré qui est seulement distant du CSI de Ganki de trois km. La conséquence est que la population de ce village boycotte les prestations de la case de santé au profit du CSI de Ganki. Il résulte de cette situation une très faible fréquentation de la case. Il n'est pas rare pour l'ASC en poste à Moulléré, de passer quarante huit heures sans une seule consultation. Pour le médecin chef de l'hôpital du district, la création de telles cases de santé, ne contribue en rien en l'augmentation du taux de couverture sanitaire dans la commune.

### ***Le personnel des formations sanitaires de la commune***

Le personnel de santé de la commune urbaine de Say peut se regrouper en sept grands groupes :

- Les médecins : ils sont au nombre de deux et servent à l'hôpital de district de Say. Il s'agit du médecin chef de l'équipe cadre de district, qui est le responsable de l'hôpital de district, et de son adjoint.
- Les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) qui sont généralement responsables des centres de santé intégrée (CSI) et sont des agents titulaires de l'Etat, même s'il est à constater quelques exceptions dans la commune urbaine de Say. En effet, le CSI de Kohan Garantché est dirigé par une infirmière certifiée (IC), et une infirmière diplômée d'état (IDE) est contractuelle au CSI de Ganki-Bassarou. A l'hôpital de district et au CSI urbain, on dénombre plusieurs IDE contractuels : quatre pour le premier et trois pour le second.
- Les infirmiers certifiés : avec un effectif réduit (quatre au total: deux à Kohan, une au CSI urbain et une à l'hôpital de district) par rapport aux IDE, les infirmiers certifiés se retrouvent surtout dans les CSI et au niveau de l'hôpital de district. Ils ont été formés dans des écoles de santé (publiques ou privées) après un diplôme de certificat d'études du premier degré.
- Les agents de santé communautaire (ASC) : de niveau varié (certificat, brevet ou baccalauréat), les ASC sont des agents de santé ayant reçu une formation courte (trois à six mois). Après un stage pratique dans un centre de santé, ils sont affectés dans les cases de santé comme agent de santé communautaire (ASC). Les femmes sont dominantes dans ce corps. Hormis la case de santé de Goudrio, de Moulléré et celle de Sidi-Koira, toutes les autres cases de la commune urbaine de Say, sont gérées par des agents de santé féminins.

- Les sages femmes diplômées d'Etat (SFDE) : elles sont au nombre de sept dans les CSI de la commune urbaine de Say et de quatre à la maternité de l'hôpital de district<sup>4</sup>. Rappelons-le, les trois CSI fonctionnels de la commune dispose chacun d'un bloc de maternité géré par une sage femme. Dans l'exercice de leur fonction, elles travaillent sous la direction du responsable du CSI. A l'hôpital de district, elles travaillent sous la responsabilité du médecin chef.
- Les assistantes sociales : on dénombre une seule assistante sociale qui sert au CSI urbain de Say. Elle est responsable de la PMI du CSI.
- Autres agents de santé : il s'agit des filles de salles, des matrones, des gardiens et manœuvres. Ces différents agents ne se retrouvent pas dans tous les centres de santé. Ils sont peu présents, comme le montre le tableau ci-dessous, et ne sont pas pris en charge par l'Etat. Ils sont plutôt bénévoles, pris en charge par la communauté à travers les comités de gestion (COGES) ou directement par la collectivité (cas de la fille de salle du CSI de Say).

Tableau n°3 : Caractéristiques générales des agents de santé de la CUS

Agents → Aire de santé	médecin	IDE	IC	ASC	Sage fem.	Fille de salle	Manœuvre gardien	Ass. social	Gestionnaire	Total
CSI Say		4		5	5	1	1	1	1	18
CSI Ganki		2	1	3	1	1	1		1	10
CSI Kohan			2	2	1		1		1	7
Hôpital district	2	5	1		4		2		1	15
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>50</b>

Source : enquête Say, mai 2008

**NB** : Les chiffres sont à prendre avec réserve car les affectations (à l'extérieur) des agents de santé sont régulières dans la commune, au point où de grandes différences sur les effectifs peuvent être remarquées d'un mois à un autre. C'est ce qui ressort de l'entretien avec le médecin-chef de l'hôpital de district réalisé à Say, mai 2008.

Ce tableau montre une insuffisance de médecins dans le département de Say surtout lorsqu'on se réfère aux normes internationales et même nationales. En effet, selon le plan de développement sanitaire (PDS) 2007-2009, les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont d'un médecin pour dix mille habitants. Pour le Niger, le même document montre que le taux est de trois médecins pour cent mille habitants. Le département de Say (qui regroupe quatre communes) compte deux médecins pour 271.086 habitants.

Par contre, toujours en référence aux normes internationales, la commune urbaine de Say dispose d'un nombre acceptable d'infirmiers. En effet, le tableau indique la présence de quinze infirmiers (IDE et IC) pour 45.519 habitants soit un infirmier pour moins de trois mille cinq cents habitants contre un infirmier pour cinq mille habitants selon les normes de l'OMS.

<sup>4</sup> Ces chiffres sont tirés du document sur la situation du personnel de santé du département de Say, mars 2008.

Deux facteurs essentiels caractérisent les agents de santé dans la commune urbaine de Say. Il s'agit de la féminisation progressive du corps, et de la proportion de plus en plus élevée des agents contractuels.

- La féminisation des agents de santé: les observations réalisées lors des enquêtes ont montré que plus de 80% des agents sont des femmes. Ceci pose un réel problème de régularité de la fourniture du service. En effet, les femmes en poste dans les formations sanitaires s'absentent beaucoup.

« La majorité des femmes qui sont dans ce CSI ont leur mari ailleurs. Elles les rejoignent dès qu'elles ne sont pas en garde. Et moi je ne peux rien leur dire car elles sont soutenues au sommet (...) » (Le chef CSI urbain, entretien réalisé en mai 2008).

- L'importance du taux d'agents contractuels dans le corps : les enquêtes ont montré que seuls les responsables des CSI et de l'hôpital de district sont titulaires d'un numéro matricule. Tous les responsables des cases de santé sont des contractuels. Ceci constitue un facteur défavorisant la délivrance des services publics de la santé. Ces contractuels sont peu motivés du fait de l'insuffisance de moyens et sont absents dès que les pécules tardent à tomber.

### ***Les COGES, une participation communautaire à la gestion des structures sanitaires ?***

« La participation des usagers à la décision est souvent présentée sous la forme d'une évolution allant de l'information au partenariat en passant par la consultation et la participation, laissant entendre un progrès dans le rapprochement » (Jeannot, 1998 : 76)

Les structures sanitaires au Niger sont gérées par un comité de gestion appelé COGES. Chaque centre de santé dispose de tel comité. Dans la commune urbaine de Say, chaque niveau de la pyramide sanitaire, à savoir la case de santé, le CSI, l'hôpital de district, dispose d'un comité de gestion. Au sommet de la pyramide (hôpital de district) se trouve le comité de santé (COSAN) qui est composé d'un délégué de tous les villages n'ayant pas de case de santé et de deux délégués de chaque village ayant une case de santé. C'est au sein des membres du COSAN que sont élus les membres du bureau du COGES (le comité de gestion) du CSI. Il s'agit d'un président, d'un vice président, d'un secrétaire (qui est généralement le responsable du CSI) et d'un trésorier.

Pour les cases de santé, le COGES est élu suite à une assemblée générale des délégués des villages de sa couverture (un délégué par village).

Dans tous les cas, le COGES a pour rôle essentiel d'assurer un bon fonctionnement du centre de soins à travers une gestion saine de ses recettes et une bonne régulation des rapports soignants-soignés.. Le président du COGES est chargé de signer les commandes des produits nécessaires au fonctionnement du centre. Le COGES est également une structure qui sert de médiation entre les agents de santé et les populations. Il est de ce fait chargé de prévenir et de résoudre les éventuels différends qui peuvent se produire entre soignants et soignés.

La caractéristique principale des COGES dans la commune urbaine de Say est leur faible fonctionnalité, voire leur a-fonctionnalité dans certaines structures sanitaires notamment au niveau des cases de santé.

Concernant les CSI, même si le fonctionnement du COGES se remarque par la tenue des comptes, la régularité des commandes de médicaments et, quelques fois, la prise en charge d'un gardien ou d'un manœuvre, la gestion de cette structure est le plus souvent l'apanage d'une seule personne (le président ou le trésorier, et, au mieux, les deux). Dans la plupart des cas, les membres du COGES sont désignés suivant leur statut dans le village (en référence avec le pouvoir coutumier, religieux ou économique) de sorte qu'il leur est difficile de jouer pleinement leur rôle dans le dit comité. Expliquant son rôle, un trésorier d'une formation sanitaire de la commune disait :

« Mon rôle dans le comité est de recevoir les recettes du centre chaque deux semaines. A la fin du mois, l'agent de santé signe et moi aussi je signe. (...), comme le président est un commerçant, il est très mobile, il voyage beaucoup. C'est pourquoi, c'est moi qui fait tout ce qu'il y a à faire pour le COGES ». (Entretien du 12/05/08)

Les COGES des cases de santé de la commune sont, dans leur majorité, non fonctionnels. Les structures existent de nom mais ne posent aucun acte qui démontre leur existence. D'ailleurs, les usagers des cases de santé interrogés ignorent l'existence d'une telle structure. Ceci peut s'expliquer par la taille relativement infime des recettes de ces cases et par le manque de formation des membres de ces structures sur l'importance de leur rôle dans le fonctionnement du centre.

« Nous n'avons jamais eu de formation sur ce que nous devons faire. On nous dit seulement que nous sommes les membres d'un comité qui doit veiller au bon fonctionnement de la case de santé du village. Mais l'agent de santé ne nous a jamais informés de ce qui se passe dans le centre. Je ne connais rien des recettes, ni des commandes de médicaments ». Le président du COGES du village de Moulléré (entretien réalisé en mai 2008).

Certains agents de santé, conscients de la méconnaissance des membres du bureau des COGES de leurs rôles, profitent pour gérer eux-mêmes les recettes tirées du recouvrement de coûts.

« Pour qu'on puisse voir l'argent nous-mêmes, il était arrêté que l'agent de santé vende les produits et verse la somme au trésorier du COGES. Mais il nous a dit que ses supérieurs lui ont expliqué autrement. Ils lui ont dit que c'est à lui-même de garder l'argent jusqu'au jour où il amène les commandes. C'est en ce moment seulement qu'il nous appelle pour nous montrer l'argent et que le président du COGES signe sur les papiers. Mais même cela n'a duré que deux mois. Maintenant il ne nous consulte plus même quand il est question de faire les commandes » (Le président du COGES de la case de santé Debéré-Gati, entretien réalisé en mai 2008)

Par ailleurs, le non fonctionnement du COGES a des effets néfastes aussi bien dans le bon fonctionnement du centre de santé, que pour l'agent lui-même. Par exemple, à Goudrio, le COGES n'arrive pas à mobiliser les villageois pour construire le logement de l'agent de la case de santé.

La mise en place des COGES n'est qu'une réponse aux exigences institutionnelles. Au niveau communautaire, le rôle des COGES n'est pas bien perçu. Il y a lieu de se demander quel serait le type de participation souhaité par les populations pour une meilleure gestion des recettes tirées des recouvrements des coûts.

### *Le fonctionnement et les relations entre les structures de santé de la commune*

Les structures sanitaires de la commune urbaine de Say fonctionnent sous une politique sanitaire double : celle du recouvrement des coûts et celle de la gratuité.

#### *La politique de recouvrement des coûts*

Issue de « l'initiative de Bamako », la politique de recouvrement des coûts met un accent particulier sur l'amélioration de l'offre du service de santé. Elle a institué un recouvrement forfaitaire des coûts des prestations et de médicaments, et vise essentiellement à l'amélioration du fonctionnement des services de santé sans se soucier de l'accès aux soins. Les limites d'une telle politique se sont faites remarquer très tôt et ont conduit l'Etat du Niger à initier une nouvelle politique dite « la gratuité des soins ». Mais, cette gratuité concerne certaines catégories de maladies et des groupes d'âges bien définis. Ainsi, les agents de santé gèrent un double système. D'un côté ils enregistrent des patients dans le système de recouvrement des coûts et de l'autre ceux relevant du système de gratuité des soins.

#### *La politique de la gratuité des soins*

Elle a été instituée en 2005 et a concerné des cas précis de traitement ou de prévention de maladie et des soins pour les enfants âgés de zéro à cinq ans. Des décrets et arrêtés ont institutionnellement balisé les secteurs de gratuité et/ou les malades concernés. Il s'agit :

- Du décret 2005-316/PRN/MSP du 11 novembre 2005 portant gratuité de la césarienne dans les établissements de santé publics ;
- Du décret 2007- 261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé ;
- De l'arrêté 79 MSP/LCE/DGSP/DPHL/MT du 7 avril 2006 instituant la gratuité des contraceptifs et préservatifs dans les établissements de santé publics ;
- De l'arrêté 079/MSP/MFE du 26 avril 2006 accordant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de 0 à 5 ans ;

Pour une application rigoureuse de ces mesures, plusieurs directives et autres notes d'explication ont été envoyées aux formations sanitaires publiques concernées par la gratuité des soins. Pour la commune urbaine de Say, seuls les deux derniers arrêtés concernent ses services de santé. Les autres ne peuvent être appliqués par manque de moyens matériels et/ou humains nécessaires.

C'est le lieu de noter les inadéquations observées lors des enquêtes entre la disponibilité de certains matériels de travail dans les centres de santé et les profils des agents sur place ne permettant pas leur utilisation. C'est le cas par exemple de l'existence à l'hôpital de district d'un bloc opératoire bien équipé mais sans anesthésiste, d'un service de radiologie

sans radiologue, ou de la présence de motos DT125 dans tous les CSI comme moyen de déplacement des agents alors que ces derniers, du fait de leur statut de femme et/ou qu'ils ne savent pas conduire, ne les utilisent pas. Ces exemples dénotent une mauvaise organisation du ministère en charge de la santé qui affecte dans les structures sanitaires un équipement sans l'accompagner des ressources humaines compétentes pour son utilisation.

Le fonctionnement des centres de santé s'articule autour de l'équipe cadre de district, assimilée à l'hôpital de district, qui centralise la gestion des affaires sanitaires dans la commune voire dans le département. A cet effet, en fonction du versement de leurs recettes mensuelles (acquises à travers le recouvrement des coûts), chaque CSI reçoit de l'hôpital de district un ravitaillement en médicaments pour son fonctionnement. A leur tour, les CSI ravitaillent les cases de santé à la hauteur de leurs recettes versées, même si certains responsables de ces centres se plaignent de ne jamais recevoir l'équivalent en médicaments des recettes qu'ils versent.

« (...) Lorsque nous faisons les commandes, nous ne recevons pas tous les produits. Les produits manquants ne sont pas remplacés et on ne nous retourne pas notre argent. Le mois passé par exemple, j'ai lancé une commande de produits pour un montant de 24.000 FCFA mais je n'ai reçu que pour 5.400 FCFA de produits. Pour le reste, je n'ai ni les produits, ni l'argent jusqu'ici » (l'ASC d'une des cases de santé de la commune, entretien du 12/05/08).

Par ailleurs, les CSI reçoivent des cases de santé les données nécessaires pour la mise à jour des supports du système national d'information sanitaire (SNIS) et les complètent avant de les transmettre à l'hôpital de district. C'est aussi le cas de l'unique salle de soins privés qui existent à Say : *Nourou-Salam*. Elle transmet un télégramme officiel (T.O) pour déclarer les cas de maladies contagieuses enregistrées.

Les CSI constituent la plaque tournante entre les cases de santé et l'hôpital de district. En effet, les agents de santé tiennent beaucoup à la hiérarchie administrative. Les usagers, dont l'attention a été attirée dès l'inauguration des différents centres, en sont aussi conscients. Presque tous les interlocuteurs disent n'avoir aucun droit d'aller à un autre centre de santé que celui de leur localité. Par exemple, un habitant de Finaré ne doit pas aller au CSI de Ganki sans y être référé par l'ASC de son village. De cette même façon, les ASC, face à des cas graves, n'ont le droit de référer qu'au CSI. C'est à celui-ci de décider de la suite à réserver au malade. Si le cas est assez grave, le CSI réfère vers l'hôpital de district qui est son supérieur hiérarchique.

De plus, pour toute question concernant le fonctionnement de la case, l'ASC s'adresse directement au CSI. Celui-ci a, à son tour, pour interlocuteur direct le district sanitaire de Say. Cependant, ce respect de la norme administrative n'est pas totalement rigide. En effet, pour certaines pathologies comme les hernies ou une tuberculose soupçonnée, l'ASC peut référer directement à Say, parce qu'une hernie demande une intervention chirurgicale et que, pour la confirmation de la tuberculose, il faut un test, toutes choses qui ne se font pas au CSI. Aussi, pour des raisons liées au coût du transport, certains usagers demandent-ils à ce qu'ils soient directement référés à Say. Cette souplesse des normes est aussi valable pour l'hôpital

de district, qui a sa hiérarchie administrative à Tillabéry (à plus de 150 km de Say) mais réfère ses malades dans les hôpitaux de Niamey (à 50 km de Say).

Concernant le fonctionnement interne de ces centres, hormis l'hôpital de district où un calendrier des activités précise les charges hebdomadaires de chaque agent de santé, les centres de santé fonctionnent presque dans l'informel. Il n'y a pas de calendrier des activités malgré la multitude des tâches qu'ils remplissent. Dans les CSI (où les agents en service dépassent deux), les rôles se chevauchent compliquant davantage la compréhension des usagers. Il y a une réelle absence de coordination des tâches à accomplir dans les centres de santé. Les absences et les retards non justifiés deviennent une norme admise par tous, car aucune sanction n'est appliquée, même si dans les textes elle y est prévue. Chaque agent qui arrive au centre exécute la tâche qui n'a pas encore d'exécutant, au point où les patients ne savent jamais exactement à qui s'adresser. Cette dispersion dans l'exécution des tâches des agents ne favorise ni une acquisition d'expériences dans un domaine précis du service, ni une délivrance de service de qualité.

Dans les cases de santé, le manque de programmation des activités peut s'expliquer par le fait que l'agent soit pour la plupart des cas seul dans le centre. Il doit donc organiser et exécuter seul l'ensemble des tâches.

L'examen des caractéristiques générales des formations sanitaires permet de tirer les constats suivants :

- Les formations sanitaires de la commune urbaine de Say et particulièrement l'hôpital de district disposent d'un équipement important, mais qui est sous utilisé par manque de personnel spécialisé. Ceci ne dénote-t-il pas une mauvaise politique nationale de santé publique ?
- Les formations sanitaires disposent de peu de personnel qualifié, avec une féminisation progressive du corps et un fort taux d'agents contractuels. Ces caractéristiques majeures du personnel de santé de la commune urbaine de Say expliquent en grande partie certains dysfonctionnements des services de santé.
- La démission dans la gestion du personnel pousse à un absentéisme régulier des agents de leur poste de travail et à un désordre dans les activités quotidiennes des centres de santé.
- La participation communautaire dans la gestion des formations sanitaires souhaitées par les autorités publiques est restée théorique dans la plupart des cas. En effet, les comités de gestion prévus pour être une représentation de la communauté sont devenus le cadre d'expression de la volonté d'une ou au maximum de deux personnes.

Partant de tous ces constats, il est à se demander si l'organisation et le fonctionnement actuel des services de santé dans la commune urbaine de Say n'entravent pas l'efficacité de la délivrance des services ?

## **Les services offerts par les formations sanitaires de la commune urbaine de Say**

Les centres de santé fournissent des services diversifiés qui varient en fonction des structures de santé. La fourniture de ces services est confrontée à plusieurs contraintes qui dégradent la qualité des soins.

### ***Des services diversifiés***

L'hôpital de district qui est la structure la plus importante (hiérarchie, équipements, ressources humaines) offre plus de services. Il hospitalise les cas référés des CSI, prend en charge les accouchements dystociques, fait des examens de sang et des transfusions sanguines, fait des interventions chirurgicales mineures (sous anesthésie locale). Par contre comme noté plus haut, du fait de l'absence d'anesthésiste, l'hôpital de district ne prend pas en charge les césariennes et les autres cas qui nécessitent une anesthésie générale. De même, cet hôpital ne prend pas en charge les cancers de sein du fait de l'absence de radiologue.

Le CSI délivrent de nombreux services à savoir : les soins curatifs, la consultation prénatale (CPN), les consultations des nourrissons sains, les consultations foraines, la recherche des perdus de vue chez les enfants - qui ont commencé les vaccinations mais ayant abandonnés -, la planification familiale, les accouchements, la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME), l'éducation pour la santé (EPS). Les CSI prennent en charge les cas transférés des cases de santé dans la limite de leurs compétences. Au-delà, le transfert se poursuit sur l'hôpital de district.

Les services délivrés par les cases de santé se limitent aux soins curatifs, à la prise en charge des affections légères, aux accouchements, et quelques rares fois à des sensibilisations. Leurs attributions sont d'autant plus limitées que les agents sont interdits de faire des injections. Mais, selon l'agent de santé de Goudrio, il leur est permis de faire des injections sauf le quinimax, compte tenu de la mauvaise prise en charge du paludisme par certains ASC. Tout cas de malade jugé grave par les ASC est référé à un niveau supérieur, principalement le CSI.

Les maladies les plus fréquentes dans la commune urbaine de Say, selon les personnels de santé, sont : le paludisme, les conjonctivites, la pneumonie, les affections respiratoires, les diarrhées, les vomissements, les dermatoses, les IST, les traumatismes liés aux bagarres, l'épigastralgie (ulcère de l'estomac), les douleurs pelviennes, les menaces d'avortement et les avortements.

## *L'accès aux services de soins*

« L'accessibilité et la qualité des soins sont les principaux facteurs qui influencent l'utilisation des services par les usagers »<sup>5</sup>.

La question de l'accès aux services de santé fait référence à une diversité de facteurs qui se résument autour de la proximité physique des formations sanitaires et du coût des soins.

### *La proximité des formations sanitaires*

Dans la commune urbaine de Say, la plus grande distance qui sépare un village d'un centre de soins est de 5 km, et concerne le village de Séno qui est dans l'aire de santé de Say. La case de santé qui lui est la plus proche est celle de Tientiergou. Il faut noter que le programme spécial du président de la République (PSPR) dans le secteur de la santé a considérablement réduit la distance entre usagers et formations sanitaires à travers la politique de la construction de mille cases de santé par an au niveau national. Dans cette logique, l'espace de la commune urbaine de Say a bénéficié entre 2002 et 2005 de huit cases de santé. De ce fait, même si le problème de proximité n'est pas définitivement résolu, les habitants de la commune parcourent moins de distance pour se faire consulter. Cependant, il est à noter que la proximité physique des usagers par rapport à l'emplacement des centres de santé n'est pas synonyme d'une accessibilité des services du fait d'une série de contraintes qui limitent leur efficacité (Fall, 2003 : 235). Le coût des soins est une des contraintes.

### *Le coût des soins*

Les tarifs des prestations dans les formations sanitaires sont presque identiques dans tout le pays. De petites variations peuvent être constatées selon les localités du fait de la prise en charge d'un agent subalterne par les populations. Cette prise en charge est facturée sur chaque consultation en raison de 50 ou 100 FCFA selon les centres. Dans tous les cas, la décision de l'augmentation de la consultation émane du COGES. A titre d'exemple, au CSI de Kohan Garanché, le COGES a décidé de la perception de 50 FCFA sur chaque usager pour faire face au paiement du salaire du gardien du CSI. Dans tous les centres de soins, les percepteurs ont deux types de carnets à vendre aux usagers : les carnets de soins et les carnets de la mère et de l'enfant. Les usagers sont classés autour de différentes catégories pour qui le coût varie selon l'âge du patient et la nature de la plainte.

- ➔ La catégorie A : elle est constituée de patients âgés de plus de cinq ans. Le coût de la consultation est de 700 FCFA
- ➔ La catégorie B : il s'agit ici des patients âgés de moins de cinq ans. Le montant de la prestation dans ce cas est de 500 FCFA
- ➔ La catégorie C : elle concerne les consultations prénatales qui coûtent 900 FCFA
- ➔ La catégorie E : elle désigne les cas de mise en observation qui coûtent 2.100 FCFA par patient.
- ➔ La catégorie H : il s'agit ici des consultations nourrissons qui sont facturées à 200 FCFA par patient.

---

<sup>5</sup> Plan de développement sanitaire (PDS), Ministère de la Santé Publique, février 2008, p.48

Au-delà de cette catégorisation des patients, il y a une autre prestation qui existe dans toutes les formations sanitaires de la commune. Il s'agit de l'accouchement qui est facturé à 600 FCFA. La politique de gratuité a pris effet en mars 2007, et a concerné trois catégories de patients. Il s'agit des catégories B, C et H qui touchent les enfants âgés de moins de cinq ans et les consultations prénatales. Pour ces catégories, les patients ne payent pas, mais l'Etat doit rembourser la somme correspondante au centre de santé (ce qui se fait avec beaucoup de retard, et parfois pas). Actuellement, dans la commune urbaine de Say, seuls les patients de catégorie A et E et les accouchements sont facturés au patient.

Par ailleurs, les patients membres de la mutuelle de santé « *Mballa* » payent pour toute prestation 20% du coût total, les 80% étant prises en charge par la dite mutuelle<sup>6</sup>.

Les usagers des centres de santé trouvent les soins chers, d'autant qu'ils ne voient pas de différence entre les médicaments qu'ils reçoivent dans ces centres et ceux que les tabliers de leurs villages vendent.

« Les usagers trouvent que le traitement coûte cher dans les formations sanitaires et les médicaments qu'on leur donne ne sont pas plus efficaces que ceux que je leur vends. Ils préfèrent donc se soigner à 25, ou 100 FCFA que d'aller payer 800 FCFA pour juste recevoir le même traitement » (un tablier vendeur de médicament, entretien réalisé en mai 2008 à Kohan).

### ***La qualité des soins***

La qualité des soins fait référence à une pluralité de facteurs qui convergent vers un traitement efficace du patient. Ces facteurs concernent aussi bien la phase du diagnostic que celle du traitement. Un bon diagnostic commence par un bon accueil. Un malade bien accueilli se confie au soignant en lui disant explicitement de quoi il souffre. La mise en confiance est un préalable pour un diagnostic réussi.

Mais les différentes observations menées aussi bien dans les CSI que dans les cases de santé relèvent des pratiques des agents contribuant à les éloigner des usagers, mettant ainsi en mal la qualité des soins. On peut retenir entre autres :

#### *Les longues attentes*

Les absences répétées de certains agents de santé de leur lieu de travail freinent la fréquentation des usagers. Même lorsque les agents sont sur place, ils prennent du temps pour répondre aux sollicitations des usagers. Souvent des villageois qui viennent de loin retournent ou changent de formation sanitaire sans avoir été consultés du fait de la négligence dont ils font l'objet. La prise en charge rapide est un indicateur de qualité de soins évoqué par les enquêtés lors des entretiens.

« Le bon centre, celui qui traite bien ses malades, c'est là où tu vois les malades rentrer et sortir sans problème. Mais là où tu vois les malades attendre en longueur de journée c'est

---

<sup>6</sup> La mutuelle de santé de la commune urbaine de Say a été créée en février 2008 et a pour objectif de soulager les populations par rapport aux coûts des soins de santé (consultations, hospitalisations et même évacuations sur Niamey). Pour plus de détails sur la mutuelle voir les pages suivantes.

un mauvais centre où les agents ne s'occupent pas des malades » (un usager d'une case de santé entretien du 14/05/06)

### *Les écarts de langage envers les usagers*

Lors des entretiens avec les usagers, il est ressorti qu'ils subissent des traitements indécents à travers les manières par lesquelles les agents s'adressent à eux. Par exemple dans une des formations sanitaires, une sage femme qualifie les femmes qui sont venues pour les consultations prénatales de « *djatu* » qui veut dire en langue zarma « ignorant, campagnard ». De même, une ASC responsable d'une case de santé traite les usagers de « moutons » parce que selon elle « ils ne comprennent rien même si on leur explique les choses » (entretien réalisé en mai 2008).

### *Les types de traitements administrés*

Pour les usagers, habitués à l'automédication, un traitement qui se limite à des comprimés ne peut leur sembler efficace, du fait que toutes les variétés se trouvent chez le vendeur ambulante. La seule chose qu'il n'a pas c'est l'injection, et c'est cela qu'ils recherchent au centre de soins. Lorsque l'autorisation de faire des injections a été retirée de la compétence des ASC, certains usagers ont comparé les cases de santé aux vendeurs ambulants. Lors d'un entretien un usager s'interrogeait en disant :

« On dit que les cases de santé ne font plus d'injection ; alors qu'est ce qui les différencie des vendeurs ambulants ? D'ailleurs ces derniers valent mieux qu'eux puisqu'à la différence des premiers, ils traitent à la fois les hommes et les animaux » (un usager de la case de santé de Goudrio, mai 2008).

### *Les absences des agents*

- ✓ Les absences des agents dans les formations sanitaires sont règlementées de la façon suivante : le major, premier responsable de l'aire de santé, accorde les permissions d'absence qui ne dépassent pas 72 heures. Au-delà, il avise et c'est le médecin chef de l'hôpital de district qui accorde la permission. Mais c'est seulement lorsque celle-ci ne dépasse pas une semaine. Au-delà d'une semaine, l'absence doit être accordée par le préfet. Mais, dans les faits, ces normes ne sont pas respectées. Les absences sont pour la plupart non formalisées.

« Quand je m'absente, j'appelle la majeure du CSI pour l'informer de mon voyage et des nombres de jours que je vais faire. Cela ne cause aucun problème ». (Entretien avec un responsable de case de santé, mai 2008).

Les raisons des absences sont multiples : formation, recherche de ravitaillement en produits pharmaceutiques, raisons de famille. C'est surtout cette dernière raison qui justifie la plupart des absences, bien qu'elle soit la moins réglementaire. En effet, comme noté plus haut, le personnel des formations sanitaires de la commune urbaine de Say est constitué de 43% de contractuels (plus de la moitié est composée de femmes). Ces deux caractéristiques, rappelons le, posent de réels problèmes de fonctionnement des centres de santé. En effet, le paiement des pécules des contractuels est toujours fait avec retard, ce qui les pousse à quitter leur poste de

travail pour Say ou même Niamey pour une durée non toujours déterminée. Quant aux femmes mariées, elles n'ont pas toujours leur mari sur place, ce qui les pousse à faire des va et vient entre leur lieu de travail et le lieu de résidence du mari. D'où les absences répétées qui n'ont pas toujours une justification administrative mais qui ne font pas objet de sanctions, parce que socialement tolérées.

### ***La gratuité des soins, entre croissance de la fréquentation et réduction de la qualité des soins***

L'accès gratuit aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer (pour les consultations prénatales et pour des maladies comme le cancer ou la césarienne) est en vigueur dans toutes les formations sanitaires publiques de la commune urbaine de Say. Cette politique a engendré une augmentation du taux de fréquentation dans ces centres. Les entretiens menés dans toutes les aires de santé font état d'une croissance visible de la fréquentation des services de santé à partir 2007, date à laquelle cette politique est mise en pratique. Prenant l'exemple de l'aire de santé de Kohan Garantché des évolutions suivantes sont constatées selon les types de prestations.

Tableau 4 : Données comparatives des consultations aux 1<sup>er</sup> trimestres 2006 et 2007 du fait de la politique de la gratuité

Type de consultations	1 <sup>er</sup> trimestre 2006 (pas de gratuité)	1 <sup>er</sup> trimestre 2007 (avec la gratuité)	Différences constatées
Consultation nourrissons	46	592	546
Consultation prénatales	51	197	146
Accouchements	11	16	5

Source : données des rapports trimestriels 2006 et 2007 du CSI de Kohan.

La lecture de ce tableau montre la grande différence qui existe entre le nombre des usagers sur la même période des deux années 2006 et 2007. On constate que les services non couverts par la gratuité n'enregistrent pas une forte demande. C'est le cas de l'accouchement qui n'enregistre que cinq usagers supplémentaires, contre une augmentation de 546 usagers pour les consultations nourrissons et 146 pour les consultations prénatales à la même période du fait de leur couverture par la gratuité.

Ceci est aussi valable pour les consultations curatives où dans le même CSI, 943 usagers ont été enregistrés en 2006 et 4.839 en 2007. Dans les autres formations sanitaires les mêmes constats sont observables. A Ganki par exemple, en janvier 2006 l'aire de santé a enregistré au total 37 consultations d'enfants de zéro à cinq ans, et en janvier 2008 pour la même tranche d'âge il a été enregistré 311 cas. Donc, le taux de fréquentation a considérablement augmenté dans tous les centres de santé.

Par contre, à côté de cette importante fréquentation, la qualité du traitement se réduit considérablement. La prise en charge financière de la gratuité par l'Etat n'est pas effective (retard dans le remboursement) au point de créer des ruptures des produits.

« L'Etat prend du temps à rembourser les frais liés aux reçus de gratuité. Le premier règlement est intervenu huit mois après le début de l'application de la politique de gratuité » (le médecin chef de l'hôpital de district, mai 2008).

Dans plusieurs centres de santé, les parents des enfants de moins de cinq ans reçoivent des ordonnances (et donc doivent acheter eux-mêmes les médicaments à l'extérieur) pour faire face aux maladies de leurs enfants, faute de disponibilité de médicaments dans leur formation sanitaire.

« Avec les ruptures des produits, on est amené à prescrire des ordonnances aux malades même couverts par la gratuité. Vous savez avec la gratuité les produits finissent vite. Et quand un malade vient, il faut faire quelque chose, et quand on a rien comme produit à lui proposer, on est obligé de lui donner une ordonnance pour qu'il s'en procure ailleurs » (un ASC d'une case de santé, mai 2008).

## La demande de services de santé

« L'analyse des données SNIS de 1999 à 2003 témoigne d'une faible utilisation des services curatifs et préventifs avec quelques variations selon les régions »<sup>7</sup>.

Dans la commune urbaine de Say, les données de l'étude font ressortir une fréquentation des formations sanitaires faisant généralement suite à l'inefficacité de l'automédication et du traitement des tradi-praticiens. Pourquoi les malades n'ont-ils pas le réflexe de se faire consulter dans les centres de soins dès les premiers maux ? Quand l'utilisation des services de santé est-elle nécessaire ?

### *Quand va-t-on au centre de soins ?*

Le recours aux formations sanitaires intervient dans divers cas.

#### *La gravité de la maladie*

La perception villageoise de la gravité est fonction des maladies. Pour les parturientes, on ne part à la case de santé ou à la maternité que lorsque le travail se complique. Dans certains cas, on attend 24 à 48 heures après le début du travail pour se rendre au centre de santé et même dans ce cas, c'est seulement lorsque la complication dépasse les compétences des matrones.

Pour les autres usagers, c'est lorsque la maladie persiste malgré l'automédication que les gens viennent vers les centres de santé, à des degrés de complications différents. Certains se rendent au centre de santé dès qu'ils voient qu'il n'y a pas de répit. D'autres se laissent d'abord aliter par la maladie avant de recourir aux structures sanitaires tandis que d'autres sont acheminés dans des situations assez critiques. Il existe une riche sémiologie pour qualifier cette situation : *jonta na fuuru* « la maladie l'a terrassé » ; *a si hin nga bon se hay foo* « il ne peut rien de lui-même » ; *jonta na kankam* « la maladie l'a serré » ; *dooroo hin bora* « la maladie l'a dominé ». En ces moments, si le malade n'a pas de moyens, on fait appel à la solidarité des parents amis et voisins pour l'amener au centre de santé.

Dans tous les cas, et presque partout dans la commune, on ne part au centre de santé qu'après avoir essayé sans succès l'automédication au moyen des comprimés des pharmacies par terre, ou la tradi-thérapie à travers différentes recettes : écorces d'arbres, feuillages, incantations, etc.

#### *La compétence du soignant*

La compétence est un ensemble de savoirs et de savoir-faire acquis dans le temps. Dans les centres de santé, les compétences des agents font l'objet de commentaires des usagers. Ces derniers pensent qu'un agent compétent est celui qui s'investit totalement pour pouvoir poser un bon diagnostic, qui est prêt à rejoindre le malade à domicile pour le soigner au cas où celui-ci ne peut pas se déplacer, qui lui rend visite pour s'enquérir de l'évolution de sa santé. Les habitants de Goudrio citent en exemple un IDE qui n'a servi dans leur village

---

<sup>7</sup> Plan de développement sanitaire (PDS), ministère de la santé publique, février 2008, p. 48

que pendant deux mois. Pour les habitants de Moulléré, la major de Ganki est un exemple d'agent compétent qui ne méprise pas les usagers :

« (...) Elle (parlant de la major) a même pris ma fille dans ses bras et m'avait rassuré que ma fille sera tirée de la situation dans laquelle elle était » avait affirmé un usager.

Cette catégorie d'agents est différente de celles des « *faveur-izey* »<sup>8</sup> qui n'ont pas beaucoup étudié et qui ne regardent pas les patients, a-t-elle ajouté.

« (...) Le mauvais accueil de certains agents et leur lenteur dans la prise en charge des malades font que ces derniers ne s'y rendent que quand ils n'ont pas le choix, c'est-à-dire lorsque la maladie devient très compliquée » (responsable de COGES, entretien réalisé en mai 2008).

Certains enquêtés ont expliqué que la compétence d'un agent est liée à son niveau d'étude, parce que c'est ce qui lui permet d'établir un bon diagnostic en posant des questions dans un langage courtois.

### *La disponibilité des produits*

Tous les centres de santé de la commune urbaine de Say font face au problème de rupture de médicaments. Des ruptures dont la récurrence et le caractère aigu varient d'un centre à un autre. A la case de santé de Goudrio, dans l'aire de Ganki, pendant la période du pic du paludisme, la commande ne couvre même pas la première quinzaine du mois. Ici, la rupture est plus aiguë que partout ailleurs car parfois la case peut manquer de tout ce qu'il faut pour la prise en charge des maladies légères. A Finaré et Ganki les ruptures sont relatives à certains médicaments, et les agents des deux centres prescrivent des ordonnances aux malades. Dans d'autres centres (Doguel Kaina et Tilli Kollo) la rupture de médicaments implique une référence automatique de tous les malades au CSI de Kohan ou même directement à Say. Au pire des cas, l'agent ferme la case de santé et rejoint le CSI pour épauler les agents sur place. La fermeture peut durer deux semaines selon les ASC en service au niveau de ces cases. Il arrive aussi que les agents de ces centres reçoivent des aides en médicaments d'ONG partenaires. Ils échangent aussi des ringers, des sparadraps et des solutés, contre des médicaments génériques les plus utilisés. Cet échange se fait au niveau du CSI urbain de Say et à l'insu des responsables de l'hôpital de district.

### *Pourquoi hésite-t-on à fréquenter les centres de soins ?*

Des recherches antérieures sur les services de la santé en milieu urbains (Souley, 2003) ont montré que les structures sanitaires publiques sont perçues par les usagers, et surtout les plus démunis, comme inaccessibles. Dans la commune urbaine de Say, nos enquêtes démontrent une réticence des malades à se rendre dans les formations sanitaires.

---

<sup>8</sup> Le terme fait référence aux agents de santé communautaires et aux bénévoles qui sont arrivés à leurs postes par la faveur d'un parent, d'un ami ou d'une connaissance quelconque.

### *Le coût des soins*

Le manque de moyens a toujours été la première raison évoquée par les enquêtés lors des entretiens, qui les freinent dans leur fréquentation aux centres de soins. Pour plusieurs acteurs, la somme de 800 FCFA à payer est certes modique, mais, en milieu rural, ce montant peut être difficile pour certaines personnes. A Ganki, d'autres enquêtés expliquent leur non fréquentation du CSI par le fait que le paiement des 800 FCFA ne les dispense pas de déboursier d'autres sommes pour faire face aux ordonnances. Donc, ils concluent qu'autant payer les médicaments de la pharmacie par terre qui coûtent beaucoup moins chers.

« Si un de mes enfants a la fièvre, j'achète d'abord des produits auprès du vendeur de médicaments du quartier. C'est lorsque la fièvre dépasse deux jours que je l'amène au CSI. Mais la plupart des cas, même au CSI on me donne le type de comprimés que je possède à la maison, bien qu'ayant beaucoup dépensé » (un usager du CSI urbain entretien réalisé en mai 2008).

### *Les soins alternatifs*

- Dans la commune urbaine de Say, les populations utilisent deux types de soins alternatifs : l'automédication et la tradi-thérapie.

#### L'automédication

Elle est pratiquée dans presque toutes les familles. Les premiers symptômes d'une maladie font toujours objet de plusieurs interprétations et de diverses propositions de traitements au niveau familial. Le vendeur ambulancier est toujours le premier recours. Les comprimés sont ici moins chers, disponibles et accessibles car le vendeur fait crédit. L'automédication est surtout utilisée lorsque les maladies sont considérées comme anodines (maux de têtes, fièvre légère, rhume, plaie, etc.).

#### La tradi-thérapie

Elle est surtout utilisée lorsque le malade présente des symptômes de maladies qui ne peuvent être prises en charge par la médecine moderne ; appelées localement « *saaji doori* », « maladies de brousse ». Il est à souligner que les tradi-praticiens prennent également en charge les autres formes de maladies à travers la pharmacopée traditionnelle. La particularité de ce type de traitement est son accès plus facile. En effet, le malade est consulté et soigné sans toujours verser des frais préalables. Le paiement peut intervenir après guérison. Ce qui n'est pas le cas dans les centres de santé.

« Le vieux Cissé, ancien technicien de la radiologie en retraite, avait, suite à une maladie, fait des examens de laboratoire qui confirment que son rein droit ne fonctionnait pas. Après un régime et une administration prolongée de produits, des malaises l'on poussé à faire des contrôles au niveau de l'hôpital de Maradi. Les examens ont décelé que le second rein est aussi attaqué et qu'il faut désormais une dialyse à Niamey. C'est une opération de purification de sang qui coûte 60.000 FCFA la séance. Elle doit aussi être répétée chaque semaine pour le vieux. Avant de prendre la décision de s'y rendre, un de ses voisins l'a conseillé de se faire consulter par un tradi-praticien résidant à l'IPDR de Kollo, et qui

donne une poudre à base d'écorce de plante pour guérir des malaises de reins. C'est alors qu'un de ses fils décide de faire le déplacement sur Kollo pour rencontrer le tradi-praticien et acheter le dit produit qui n'a coûté que 5000 FCFA. Il l'a apporté au vieux qui après utilisation s'est senti mieux. Il se fait contrôler à l'hôpital et le résultat fait état de la normalisation du fonctionnement de ses reins. A la fin de ses traitements, le contrôle médical explique le fonctionnement des deux reins. Ainsi, il apprend désormais que même le rein qui ne fonctionnait pas du tout a repris son fonctionnement normal. Une telle efficacité est irremplaçable, conclut le vieux, surtout que le produit coûte beaucoup moins cher que ce que propose les formations sanitaires.

### *Les considérations socioculturelles*

Say est une ville de tradition islamique (Idrissa, 1979 ; Moulaye, 1995 et Oumarou, 2007). Plusieurs aspects socioculturels en lien avec cette tradition expliquent la réticence des malades à se faire consulter dans les centres de soins modernes.

### Question d'éthique

Les dispositifs de la médecine moderne ne tiennent pas toujours compte des contraintes culturelles des usagers. En effet, « (...) des normes de bienséance locale viennent interférer avec les types de pratiques attendus d'usagers des structures de soins. C'est le cas de certaines conceptions liées au statut de la femme et qui peuvent donner lieu à des pratiques allant à l'encontre des recommandations médicales » (Gruénais et Ouattara 2007 : 382). Dans la commune urbaine de Say, plusieurs parturientes hésitent à se présenter à la case de santé ou à la maternité des CSI parce qu'elles ne veulent pas se faire assister par une sage femme qui est beaucoup moins âgées qu'elles. Les femmes rurales sont habituées à se faire assister par des femmes plus âgées qu'elles. Ces femmes sont supposées avoir une compétence dans le domaine et réputées être discrètes. Dans une des cases de santé de la commune, le passage d'une sage femme indiscreète, qui racontait le vécu des femmes lors des accouchements, avait encore plus découragé les femmes d'aller à la maternité.

Par ailleurs, les femmes, par pudeur, ne souhaitent pas non plus se faire assister par un homme. Elles préfèrent une femme expérimentée qui sait ce que signifie « accoucher » du fait de l'avoir vécue elle-même. C'est pourquoi les populations de Moulléré, à qui il manque d'agent de santé, insistent sur la préférence qu'elles ont pour un agent de sexe féminin à cause des accouchements.

### Techniques et/ou logiques inadaptées

Les entretiens menés avec les usagers révèlent que des femmes ne souhaitent pas fréquenter les maternités, parce que la méthode d'accouchement sur la table ne leur convient pas. Mieux, se rendre à la maternité (même pour des consultations prénatales) est une manière de rendre publique la grossesse qui, socialement, est une « chose » secrète qu'il faut conserver avec la plus grande discrétion. D'ailleurs, « accoucher » est considéré comme un évènement naturel et non une maladie qui nécessiterait une consultation.

### Occupation privative de l'espace du centre de santé

Nos observations sur le terrain indiquent que, dans certains cas, une partie du local de la formation sanitaire est transformée en logement d'un agent de santé. La présence régulière d'une personne tierce peut freiner la fréquentation à ce centre qui devient, de ce fait, de moins en moins public.

### ***Les alternatives pour un meilleur accès aux services de santé***

Les données de la recherche font ressortir d'autres stratégies mises en place aussi bien par les agents que par les populations afin d'accroître l'accès aux services de soins.

### *Les stratégies mises en place par les populations*

#### Création d'une caisse populaire de santé

Dans plusieurs localités de la commune, on remarque la mise en place d'une caisse qui permet de faire face aux contraintes financière liées à l'accès aux formations sanitaires. Par exemple, en février 2008 à Say-ville, une mutuelle de santé appelée « *Mballa* » qui veut dire « aide » en langue *fulfulde*, a été créée. Cette mutuelle couvre l'aire de santé du CSI urbain. Est membre de la mutuelle tout habitant de l'aire de santé qui accepte de prendre la carte de membre (500 FCFA) et qui paye sa cotisation annuelle qui est de 1.320 FCFA.

«L'objectif principal de cette mutuelle est de faire face, en cas de maladie, au manque chronique de disponibilité de moyens des populations » (le président de la mutuelle, entretien réalisé en mai 2008).

Lors d'une maladie d'un des membres, la mutuelle prend en charge les 80% des frais de soins. Le malade ne paye que les 20%. Ce qui permet d'alléger considérablement les coûts de soins des malades.

Dans les autres villages de la commune, on remarque l'existence d'une caisse d'entraide au niveau des groupements féminin. Par exemple, à Ganki et à Moulléré il existe une caisse appelée « *faaba nooru* » qui veut dire « fonds d'aide » en langue zarma. En cas de maladie, ce fonds permet aux villageois de contracter un crédit qui est remboursé sans intérêt. Ce crédit permet de faire face à l'urgence de la dépense et d'éviter le report de consultation lié au manque de liquidité. Il y a aussi l'accès aux soins à crédit dans la plupart des centres de santé de la commune sous certaines conditions.

#### Les mesures locales contre les accouchements à domicile

Dans certains villages de la commune, pour stimuler la population à fréquenter les centres de soins, les villageois ont pris des mesures pour amender les femmes qui accoucheraient à domicile. C'est dans cette logique que les habitants du village de Moulléré (aire de santé de Ganki) ont fixé cette amende à 2.200 FCFA sur toute femme qui accouche à domicile. C'est aussi le cas à Tientiergou et à Dokimana dans l'aire de santé de Say.

## *Les stratégies mises en place par les agents de santé*

### Utilisations multiples d'une même seringue pour un même usager

Pour faire face à l'insuffisance du matériel de travail, notamment les seringues, les agents de santé du CSI de Ganki ont adopté une stratégie qui permet d'utiliser la même seringue plusieurs fois, pour un patient. Elle consiste à marquer le prénom de l'utilisateur sur un morceau de sparadrap et le coller à la seringue utilisée afin de la réutiliser pour le même usager les jours suivants. Ce qui permet d'éviter les risques liés à la contamination de maladies et en même temps de résoudre le problème de manque de seringue.

### Prise en charge de la salubrité du centre de santé par l'agent

Dans certaines formations sanitaires où la prise en charge d'un manœuvre n'est pas assurée par le COGES ou la collectivité, l'agent de santé le fait lui-même l'entretien, ou paye un villageois pour le faire. C'est le cas du CSI de Ganki et de plusieurs cases de santé de la commune.

### *Stratégies communes (populations/agents de santé)*

Les agents de santé, du fait de leur cohabitation avec les populations, rendent l'application des textes plus souple en acceptant de traiter les malades à crédit. Ceci n'est possible que lorsque le malade présente une garantie crédible. La garantie peut être un des agents du centre, un membre du COGES, ou un leader villageois qui serait capable de payer la somme si le concerné n'arriverait pas à honorer son engagement. Cette pratique, bien qu'étant inéquitable dans son fond, permet à une partie de la population d'accéder aux services de soins. Elle n'est pas une règle pour toutes les formations sanitaires. Elle est surtout pratiquée dans les cases de santé où il arrive que l'agent communautaire de santé joue aussi le rôle de percepteur des fonds issus du recouvrement des coûts. Dans les CSI, lorsqu'elle est pratiquée, le gestionnaire paye les soins et se fait rembourser par la suite par le malade.

« Il y a certains malades qui viennent se faire soigner sans argent. Ils me demandent de leur faire le reçu et le carnet à crédit. Je suis obligé car sans cela, il n'est pas facile que les infirmières, surtout la major, les traitent. C'est moi qui verse l'argent dans la caisse pour être remboursé après. Certains malades qui ne sont pas de bonne foi (surtout les hommes) ne me remboursent que difficilement et d'autres d'ailleurs ne le font jamais » (le gestionnaire du CSI de Kohan, mai 2008).

## Interactions soignants-soignés

Les relations entre soignants et soignés dans les formations sanitaires au Niger et en Afrique de l'Ouest en général ont été largement abordées dans un ouvrage collectif *Une médecine inhospitalière* (Jaffré et Olivier de Sardan,, 2003). Cet ouvrage dont le sous-titre est assez parlant « *Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest* » montre bien comment chacune des parties (soignants et soignés) portent des jugements sur l'autre en l'incriminant à tort ou à raison. Les rapports soignants-soignés sont diversement appréciés. Dans la commune urbaine de Say, chacun des groupes porte des griefs sur l'autre avec des teneurs qui varient en fonction des villages et/ou des formations sanitaires.

Les agents de santé trouvent que les usagers négligent leurs maladies et finissent par se présenter au centre de santé lorsqu'elles se compliquent.

« Certains malades se présentent lorsqu'on ne peut rien faire. On est obligé de les référer car il n'y a pas de matériels pour leur prise en charge. S'ils se présentent tôt, le matériel à notre disposition permettra de le traiter sans problème » (un agent de santé communautaire, entretien du 12/05/2008 à Dokimana).

La négligence des malades et de leur entourage est ici incriminée. Laisser s'aggraver une maladie est pour le soignant un indice d'ignorance.

« Les populations rurales négligent les maladies. Elles attendent toujours que la nature règle leurs problèmes de santé ou ils se contentent de la médication traditionnelle alors que le centre de soins se trouve dans le village » (un agent de santé, mai 2008)

De plus, pour les agents de santé, les usagers ne sont pas toujours tolérants vis-à-vis d'eux. Par exemple, lors des consultations, ils doivent certes respecter l'ordre des arrivées des patients, mais aussi, avoir une attention pour les cas les plus urgents. Certains usagers ne le comprennent pas sous cet angle et les trouvent plutôt injustes.

Du côté des usagers, les entretiens font ressortir des plaintes liées aux absences répétées des agents à leur lieu de travail et/ou à leur poste de travail. La plupart des cases de santé manque de permanences et même les jours ouvrables des absences répétitives sont enregistrées. Très souvent, bien que l'agent ne soit pas absent du village, le centre de santé reste fermé. Le malade est obligé de le chercher à son domicile ou même à ses lieux de distractions dans le village. Ce qui ne favorise pas une régularité de la délivrance de service. Le cas de la case de santé de Dèbéré Gati est illustratif.

« Notre ASC est une personne malade. Elle tombe régulièrement malade. Ici, beaucoup de monde fréquente la case, mais l'absence de l'agent nous bloque. Lorsqu'elle tombe malade, elle peut faire 15 jours à Say et les patients qui viennent à la case de santé du village se découragent et vont ailleurs se faire soigner » (le président du COGES de Dèbéré Gati, entretien du 14/05/08).

Une autre forme de grief envers les agents de santé est l'accueil. Les usagers trouvent certains agents peu accueillants. Les usagers d'un des CSI gardent à l'inverse comme un fait rare le souvenir du passage d'une IDE accueillante.

« (...) Lorsque cette infirmière était en service à notre CSI, nous étions bien. Elle était accueillante et très attentive en vers les malades. Elle fait bien les diagnostics en utilisant le matériel (référence au thermomètre, tensiomètre, etc.) que l'agent actuel n'utilise qu'avec les femmes enceinte. Quand elle te donne un produit tu guéris rapidement. Mais maintenant, l'agent qui est là ne prend même pas le temps pour te poser de questions comme s'il est pressé que tu quittes les lieux. Les produits qu'il prescrit ne sont jamais efficaces ». (Usager d'un CSI de la commune, entretien réalisé en mai 2008)

Les usagers font ainsi un lien entre le niveau d'accueil de l'agent et l'efficacité de son traitement. Les données observations menées relèvent à différents niveaux un accueil peu enviable réservé aux usagers. Cette attitude a des effets aussi bien sur la fréquentation des usagers aux centres de soins mais aussi sur l'effectivité de l'application des soins. En effet, Gruénais et Ouattara (2007 : 383) notent : « (...) Tout un chacun (experts, chercheurs, responsables de programmes nationaux et internationaux) reconnaît que *le mauvais accueil* des personnels de santé à l'égard des patient(e)s contribue à éloigner les seconds des structures de soins, et que celui-ci est sans doute la traduction d'une relation souvent et partout conflictuelle entre patients et soignants ». De même, « un patient reçu selon les us et coutumes locales, écouté et réconforté, se sent confiant et à l'aise pour dire sa douleur. Il a plus de chance d'appliquer un traitement et de revenir une autre fois dans la structure de santé » (Souley, 2003 : 152).

## **Les partenaires des structures sanitaires**

Les intervenants extérieurs du secteur de la santé dans la commune urbaine de Say peuvent se classer en deux groupes principaux : les ressortissants, les ONG.

### ***Les actions des ressortissants***

Elles sont moins importantes que celles des ONG, mais restent significatives pour les populations. Dans l'aire de santé de Ganki, on note le financement de la clôture de la case de santé de Moulléré et l'achat du matériel de traumatologie et de pansement du CSI. Ceux de Dokimana se sont mobilisés pour l'achat de produits pharmaceutiques et de petits matériels (tensiomètre, balance, stéthoscope).

### ***Les appuis des partenaires institutionnels***

Plusieurs ONG et acteurs institutionnels œuvrent dans le secteur de la santé à Say et leurs actions sont connues des populations.

#### ***SNV***

Ses interventions dans la commune date d'avril 2005. Ses actions dans le domaine de la santé ont commencé en 2006 avec l'organisation d'un atelier de formation sur l'assainissement de la ville. Cette action qui ne concerne pas directement les centres de santé a tout de même eu des effets sur la santé des habitants. Les actions en direction des centres de santé ont démarré après la première étude sur la délivrance des services publics dans la commune. La commune urbaine de Say, en rapport avec la SNV a organisé un forum de programmation des activités pour un meilleur accès et une utilisation accrue des services de la santé les 12 et 13 décembre 2007. De plus, en janvier 2008, la SNV a mis à la disposition de la commune une enveloppe de cinq millions pour des actions concrètes dans le domaine de la santé. Le document de synthèse des activités relevant de ce financement note la réalisation des actions suivantes :

- une formation des agents de santé sur les textes régissant la participation communautaire (CP) au Niger et sur les techniques de communication interpersonnelle (CIP),
- une campagne de sensibilisation sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue,
- des séances de diffusion de messages sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue sur la radio rurale « Tapoa »,
- l'organisation des séances d'activités foraines,
- l'organisation d'une campagne de vulgarisation de la mutuelle de santé *M'Balla*,
- la mise en place d'une structure communale des tradi-praticiens

### *ONG VALPRO*

Elle a apporté un appui à tous les CSI de la commune en 2006. Son intervention a axé sur la prise en charge des enfants malnutris à travers des dons de sacs de riz, du sucre, du lait en poudre, etc., qui ont été distribués ensuite aux populations par le responsable du CSI. La gestion de ce don est toujours source de tension entre les agents et les responsables du COGES qui les accusent à tort ou à raison d'inéquité dans leur distribution, voire de détournement à d'autres fins.

### *ONG AU FIL DU NIGER :*

Elle fournit des équipements, des médicaments et même des habits aux femmes et aux enfants. Cette ONG met à la disposition des cases de santé des médicaments dits « de spécialité ». La dotation est annuelle, mais, six mois avant, l'ONG passe au niveau de chaque case de santé pour identifier les besoins en médicaments. Aucune règle de gestion de ces produits n'a été imposée par la donatrice. Ce qui fait que chaque case de santé les gère à sa manière, d'où certains abus. A Goudrio l'IDE, qui n'avait servi que pendant deux mois, aurait quitté la case parce que la population l'aurait accusé d'avoir fait un usage personnel de ces médicaments.

A Finaré, les produits sont intégrés dans la commande et utilisés dans le recouvrement des coûts. Par contre à Goudrio, ces médicaments sont offerts gratuitement aux usagers à certaines conditions : tout usager adulte reçoit d'abord un traitement à base des médicaments génériques pour lequel il paye les 800 FCFA de forfait ; mais l'agent lui donne les spécialités gratuitement lorsque sa santé ne s'améliore pas après trois jours de traitement et toute personne référée à Ganki ou à Say peut revenir à la case de santé pour se procurer ces produits lorsqu'une ordonnance lui est prescrite.

« Même le district sanitaire de Say, ne dispose pas des médicaments de qualité dont dispose notre case de santé ». (Entretien réalisé le 14/05/08 à Goudrio).

Mais l'appui des cases de santé en produits spécifiques ne pose-t-il pas un problème du fait de l'incompétence des agents en poste dans lesdites cases ? En effet, il ressort de l'entretien mené avec le médecin-chef que ces produits devraient être intégralement reversés à l'hôpital de district pour leur meilleure utilisation. Mais dans la plupart des cas, les ASC les conservent dans les cases de santé et les redistribuent gratuitement aux usagers ou les mettent dans leur stock de produits destinés aux recouvrements des coûts.

### *ONG EFFOR*

Elle offre des formations aux matrones des villages de la commune sur leurs rôles dans la mobilisation des femmes autour de l'accouchement à la maternité. Cette ONG a mis une charrette asine à la disposition des cases de santé de son intervention, et recruté deux donneurs de sang dans chacun des villages. Il s'agit des villages de Dokimana, Finaré et Ganki.

### *Mairie*

Elle offre de façon ponctuelle un appui en médicaments aux formations sanitaires, construit des hangars d'isolement en cas d'épidémie, et finance quelques fois le carburant pour l'évacuation de malades.

### *L'UNICEF*

Elle fait des formations sur l'hygiène et les vaccinations

### *Le projet santé FAD2*

Il appuie les activités foraines. Ce programme a offert une ambulance à la commune, et un véhicule de supervision pour les activités foraines.

### *Le fonds commun*

Il a apporté un appui pour des formations des agents de santé, doté l'hôpital de district en matériel informatique et logistique et renouvelé les structures de participation communautaire.

## Conclusion

Le croisement des données de terrain donne une lecture du paysage sanitaire de la commune de Say d'où ressortent les aspects suivants:

1. Une offre de service limitée en raison de la faiblesse de la couverture sanitaire dans l'espace communal : malgré la transformation récente de la case de santé de Tientiergou en CSI, la couverture sanitaire au niveau géographique est insuffisante dans la commune urbaine de Say. Plusieurs villages de la commune se trouvent au-delà des cinq kilomètres (distance considérée comme rayon maximal de couverture d'un centre de santé au Niger). De plus, les coûts de soins restent toujours élevés pour les usagers malgré la politique de gratuité instituée par l'Etat.
2. Un service marqué par le chevauchement de deux orientations politiques en matière de santé : les politiques de recouvrement des coûts et de gratuité appliquées dans tous les centres de santé laissent place à une incohérence dans l'offre de soins (inéquité dans les traitements des usagers, rupture des produits pharmaceutiques, baisse de la qualité de soins, etc.)
3. Un personnel peu compétent et peu motivé : le nombre important de contractuels dans le corps du personnel soignant pousse à une irrégularité de l'offre du service (absences répétées) et une prise en charge limitée des malades surtout dans les cases de santé.
4. Une demande de service où s'interpénètrent :
  - les habitudes culturelles des usagers dans leurs rapports avec les prestataires de service
  - les mauvaises relations soignants / soignés
  - les difficultés liées à l'application de règles formelles auxquelles sont préférés les accès négociés

## **Bibliographie**

GRUENAI, M. E., et OUTTARA, F., 2007 « Usages de la santé et structures de soins » in Bierschenk, Blundo, Jaffré, et Tidjani Alou, (eds) (2007) *Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'oeuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan*, Paris, Karthala, APAD, pp 379-396

IDRISSA, K., *Guerres et sociétés : les populations du Niger occidentale au 19<sup>e</sup> siècle et leurs réactions face à la colonisation*, Université Paris VII, 1979

JAFFRE Y. et OLIVIER DE SARDAN, J. P. (eds), 2003 *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, APAD

JEANNOT, G., 1998 *Les usagers du service public*, Paris, PUF, Que Sais-Je ? 1998

MOULAYE, H., 1995 *La transmission du savoir religieux en Afrique subsaharienne : exemple du commentaire coranique à Say*, Université Paris IV

FALL, A., 2003 « Quel façonnement organisationnel des centres de santé en Afrique de l'Ouest ? » in *Jaffré & Olivier de Sardan (eds) Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, APAD, pp. 217-236

OUMAROU, A., 2007 *Etat et contexte de la fourniture des services publics dans la commune urbaine de Say (Niger)*, LASDEL, rapport d'étude programme LC/SNV

SOULEY, A., 2003 « Un environnement inhospitalier », in *Jaffré & Olivier de Sardan (eds) Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, APAD, pp. 105-155

Ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies, *Plan de développement sanitaire (PDS)*, 2007-2009

## ***ANNEXE I Canevas d'entretien sur le secteur de la santé dans la commune urbaine de Say***

**Objectif :** Approfondir la question de l'offre et de la demande du service de santé dans l'espace communal

### **1. Au niveau des structures sanitaires.**

- Inventaire de l'équipement des structures de santé
- Etat du personnel soignant (nombre, qualification, expériences et biographie des responsables du centre)
- Les formes de services qu'ils délivrent
- Qui a accès à ces services (en termes de couverture spatiale et de coût)
- Type de maladies les plus fréquentes
- Prise en charge de ces maladies (efficacité du traitement et compétence du soignant)
- Politique de gratuité de soins
- La question de la demande du service de santé (quant est-ce qu'il y a nécessité de consultation pour un malade, définition des seuils de gravité d'une maladie)
- Les indicateurs de qualité (quels sont les éléments qui montrent qu'une structure sanitaire délivre un bon service à ses usagers ?)
- Les indicateurs d'équité dans l'accès aux soins (identifier les aspects qui expliquent l'équité dans l'accès aux soins des services de santé).
- Liens entre les structures de santé et aussi, avec Tillabery et Niamey (au niveau institutionnel)
- Sémiologie locale des structures de soins et des agents de santé
- Monographie des centres de santé (création, organisation, fonctionnement)
- Les intervenants extérieurs (projets ONG, ressortissants, etc.) et leurs actions dans ce secteur
- Interactions soignants soignés : discours du soignants/discours des soignés

2. **Etudes d'itinéraires thérapeutiques :** faire des études de cas des trajectoires thérapeutiques des malades en diversifiant autour du sexe, du niveau d'instruction, et du niveau économique.

## ***ANNEXE II Recherche complémentaire sur le secteur de la santé à Say, 2008***

### ***1. Histoire locale des politiques sanitaires***

- Dates de création des centres de soins (chercher les références des décisions)
- Liens entre l'histoire des communautés avec la demande et l'offre du service de santé : Comment le service de la santé était offert avant l'installation du centre de soins ? Comment la demande du service de santé était formulée avant l'installation du centre ?
- Les conditions locales d'installation des services de santé. Quelles sont les modalités locales d'installation des services de santé ? (demande formulée par les populations, par la commune ou par un leader local ? Les formes de participations communautaires dans la mise en place du centre ?)
- Les formes d'influence de l'histoire locale sur la délivrance du service de la santé (exemple : effet de la religion musulmane et/ou de la culture locale sur la demande du service de santé)

### ***2. Démocratie fonctionnelle***

- Rôle de la communalisation dans l'amélioration de la fourniture du service de santé. (Les adéquations et inadéquations du découpage administratif sur la délivrance du service de santé : ce découpage a-t-elle favorisé ou freiné l'accès aux services de soins ?)
- Intégration des enjeux locaux dans les stratégies des politiciens (locaux et nationaux) autour de la délivrance du service de la santé : quelles sont les formes de politisation constatées dans la délivrance du service de santé (par exemple au niveau des affectations des agents, du type d'équipement alloué aux centres de santé, de la qualité du service offert, etc.)
- Rôle des élus et des leaders locaux dans la fourniture du service de santé
- Rôles (institutionnel et réel) de la commune en matière de santé. Que devrait faire la commune en matière de santé communale ? Que fait-elle concrètement dans le secteur de la santé ?

### ***3. Services publics et production des identités***

- La délivrance du service de santé crée-t-elle une forme d'identité communale ?
- Quelle relation peut-on établir entre le service délivré par les centres de santé et le système de soins local ou soins informels (complémentarité, contradiction)
- Perception locale du service de soins (par exemple, quel lien peut-on établir entre l'identité sociale du prestataire et le type de service offert ?)

### ***4. Les formes de services publics communautaires en matière de santé***

- Participation communautaire dans la fourniture du service public de santé

5. *Rôles des intervenants extérieurs dans la délivrance des services de santé* (compléter les données existantes)